

COMMENT ACCOMPAGNER L'ÉVOLUTION DU MANAGEMENT DU PERSONNEL ADMINISTRATIF EN MILIEU HOSPITALIER

Sophie LE LÉDAN
ISEOR Centre Magellan
Université Jean Moulin Lyon 3
(France)

Véronique ZARDET
ISEOR Centre Magellan
Université Jean Moulin Lyon 3
(France)

Carole BOUSQUET
Chercheur associé ISEOR
IDRAC Business School
(France)

RÉSUMÉ:

Cette communication décrit comment une recherche-intervention réalisée dans le service administratif d'un hôpital a permis d'identifier des marges d'amélioration de la performance globale. Un soutien à la gestion a fait l'objet d'une partie de la recherche doctorale. Après un diagnostic socio-économique, un projet incluant plusieurs axes d'amélioration a débuté. L'étude des compétences a montré les vulnérabilités à corriger par une formation et une réorganisation intégrées. Les adaptations du processus d'intervention liées à la crise sanitaire et au contexte de l'établissement sont utiles et produisent des résultats spécifiques. Les résultats partiels d'une intervention en cours et le contexte ne permettent pas de généraliser les résultats.

Mots-clés: Hôpital. Management des services administratifs. Compétences. Recherche-intervention socio-économique.

INTRODUCTION

Le secteur hospitalier français, objet de réformes majeures depuis les années 1970, est en profonde mutation. Les objectifs de performance et d'efficacité s'imposent aux établissements publics et privés, les soumettant ainsi à des contraintes budgétaires de plus en plus fortes et à l'obligation d'assurer une qualité de soins de plus en plus exigeante (Clarevanne, 2003). Outre ces contraintes et une concurrence accrue, les organisations hospitalières font face à des défis clairement identifiés : difficultés de recrutement, pénibilité du travail, pénurie de personnel et départs en retraites (Dejoux & Dietrich, 2005 ; Observatoire et Unifaf, Enquête Emploi 2012).

En 2021, le secteur hospitalier est confronté à trois enjeux majeurs :

- accroître sa performance économique ;

- améliorer la qualité des soins en répondant aux exigences croissantes de la patientèle ;
- préserver et développer les compétences internes en modernisant le management des ressources pour faire face à la concurrence du secteur, tout en trouvant des sources de financement de la masse salariale (Cappelletti et *al.*, 2015) et des innovations techniques.

Les réorganisations ont donc pour but d'aboutir à une meilleure allocation et utilisation du temps de travail des personnels pour générer une meilleure valeur ajoutée, en particulier des personnels administratifs. (Buono, 2021)

Cette hypothèse repose sur deux constats :

- l'importance des personnels administratifs et des services supports est sous-estimée en matière de performance à l'hôpital ;
- la réduction de la masse salariale comme seule réponse à des apports budgétaires réduits montre ses limites, en dégradant la performance globale de l'organisation.

La dimension sociale de la performance fait référence à la dimension humaine de l'entreprise. La production et ses résultats sont le fruit du travail et pas seulement du capital qui y est investi. A cet égard, le management doit se développer via des managers au contact des personnes au travail.

La théorie socio-économique (Savall, 1974, 1979 ; Savall & Zardet, 1987) affirme que le développement du potentiel humain est le principal facteur d'efficacité à court, moyen et long termes. Les coûts cachés découlent de l'atrophie des structures qui interagissent avec les comportements inadéquats. Lorsque les structures et les comportements interagissent harmonieusement, l'activité se déroule correctement. Lorsque cette harmonie est rompue, des dysfonctionnements se produisent, dont la régulation génère des coûts cachés conduisant à la dégradation des performances économiques et sociales. De plus, les nombreuses recherches-interventions ont prouvé que seule une approche globale est susceptible d'expliquer le niveau et les mécanismes de la performance économique et d'inspirer des actions pour l'amélioration durable de cette performance.

En effet, chaque organisation, quels que soient son secteur d'activité et ses effectifs, dispose d'un réservoir de ressources "cachées" de l'ordre de 20 000 à 70 000 euros par an et par personne (Savall et Zardet, 1987, 2020).

Une recherche-intervention socio-économique permet de conduire un processus d'innovation socio-économique (Savall et Zardet, 1987, 2020). C'est à la fois une méthode d'intervention dans les organisations et un processus de gestion du changement. Elle permet d'établir un diagnostic de l'organisation dans son ensemble et de révéler les coûts et performances cachés. Les interventions socio-économiques sont, dans leur essence même, de la consultance scientifique (Buono, Savall et Cappelletti, 2018). Tous les intervenants pratiquent une même méthodologie rigoureuse. Tout d'abord, un diagnostic socio-économique est réalisé à travers une approche dysfonctionnelle de tous les niveaux et métiers du périmètre étudié, qualitative, quantitative et financière. Certains outils complètent la description et donc la connaissance du fonctionnement d'un service ou d'une organisation. C'est le cas de la grille de compétences. La connaissance qualitative des dysfonctionnements et de leurs impacts est partagée avec tous ceux qui ont participé au diagnostic. C'est l'effet-miroir. La communication de

cette connaissance et la prise de conscience qui en résulte permettent d'initier et d'alimenter le projet d'innovation socio-économique, qui suit immédiatement le partage du diagnostic. Le projet comprend une part importante d'accompagnement des acteurs pour la mise en œuvre. Il s'appuie fortement sur les managers à tous les niveaux, de la conception à l'évaluation des améliorations réelles par des gains de performance visibles et cachés. En effet, les expériences menées par les intervenants-chercheurs en management socio-économique confirment le rôle crucial des managers dans le fonctionnement des organisations et dans leur performance.

Fondée sur une recherche-intervention réalisée dans le cadre d'un établissement de santé français, cette communication met en évidence les coûts-performances cachés révélés par l'analyse du fonctionnement au moyen d'un diagnostic socio-économique sur l'ensemble de l'établissement. Elle vise également à souligner la nécessité d'un meilleur management du personnel administratif comme levier de la performance interne et la manière dont un intervenant-chercheur peut contribuer à son amélioration.

1. PROBLÉMATIQUE

1.1. Le personnel administratif hospitalier en France : une ressource cachée et méconnue

En 2018, 57% des établissements publics de santé français étaient enregistrés comme déficitaires, comptabilisant un déficit de 567 millions d'euros (Drees, 2018). Un établissement privé sur quatre était en déficit, dont 18% des établissements de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR).

Cet état n'est une surprise pour personne. Depuis des années, les établissements sanitaires font face à des défis sociaux et économiques importants, se retrouvant dans une dualité qui semble paradoxale. D'une part, les acteurs du soin font face à une demande croissante – notamment due au vieillissement de la population et à une meilleure information du patient « consommateur de soins ». D'autre part, les recettes diminuent d'année en année.

Pour les SSR spécifiquement, les tentatives de réformes du financement sont en pourparlers depuis une dizaine d'années. Les modifications ont été testées puis repoussées d'année en année et seront effectivement mises en œuvre à compter de 2022.

Sur les 20 dernières années, l'ensemble des établissements de santé ont été réformés presque tous les quatre ans sans que les effets escomptés soient vraiment au rendez-vous. Dans les médias, les déficits des établissements hospitaliers publics et privés sont souvent présentés au travers des personnels soignants (médecins, infirmiers, aides-soignants) mais qu'en est-il du personnel administratif ?

Le rapport entre soignants et non-soignants est d'environ 80% -20% (Holcman, 2015) et dans l'ensemble des établissements français de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) privés, les personnels administratifs représentent 10% des équivalents temps pleins, hors direction et direction des soins (DREES, 2017). Il existe là des marges de manœuvre importantes : coordination, communication, développement de la polyvalence, augmentation de la productivité tout en maintenant une certaine qualité de vie au travail. La population administrative

des établissements de santé est également un levier de performance pour la qualité des soins, tout en faisant face à des contraintes budgétaires conséquentes car ce sont les services sur lesquels les réductions d'effectif sont les plus faciles. Pour autant, cela nécessite une prise de conscience du rôle réel et/ou possible de ces personnels pour améliorer la performance globale. La connaissance du travail sur le terrain, des compétences et des marges d'amélioration nécessite un meilleur management et, plus généralement, une meilleure gestion de ces ressources humaines.

1.2. Le rôle du management des administratifs sous-estimé

La consolidation de l'organisation et du fonctionnement interne de l'entreprise est l'un des principaux leviers qui permet d'atténuer les impacts de ces environnements instables (Savall & Zardet, 1995, 2005). L'objectif est, dès lors, de repenser l'organisation de façon à absorber les « chocs » extérieurs, rester concurrentiel (pour les établissements hospitaliers privés comme publics) et développer des stratégies à court, moyen et long termes. Cette (re)structuration induit des changements de pratiques organisationnelles, notamment les pratiques de gestion des ressources humaines (GRH). Il s'agit de repenser la contribution stratégique des individus et du collectif pour développer la performance globale de l'organisation (Bousquet, 2018). Dès lors, les établissements doivent miser sur l'efficacité collective : développement des talents, mobilisation, engagement et adhésion des ressources humaines. Bien que ces nouvelles tendances en GRH soient admises depuis quelques années (Baromètre FNEGE, 2018), ce changement de paradigme est encore faible dans sa mise en pratique sur le terrain.

La première phase essentielle pour cette mise en pratique est une phase d'identification : que font les personnels ? A quoi est alloué leur temps de travail ? Quelles sont leurs compétences réelles ? Et de quelles compétences l'organisation a-t-elle besoin pour que l'activité fonctionne au mieux et puisse satisfaire les exigences des parties prenantes externes (patients, fournisseurs, crédettes...)?

2. MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE-INTERVENTION

2.1. Cadre de la recherche

Cette recherche exploratoire s'appuie sur une recherche-intervention longitudinale, initiée début 2019 dans un établissement de santé. Cette recherche doctorale est menée dans le cadre d'une convention industrielle de formation par la recherche en entreprise (CIFRE).

Ce cadre de recherche est particulièrement propice à la collecte de données primaires par le chercheur lui-même car un minimum de 50% des trois années du contrat est consacré à la recherche sur le terrain. Nous avons consacré 83% du temps de travail de la première année à l'étude de terrain.

Ce projet de recherche est né de la reprise d'un établissement en redressement judiciaire par deux hôpitaux privés à but non lucratif. Le redressement de l'institution est rapidement apparu beaucoup plus complexe que prévu. Les conflits sociaux latents et les difficultés rencontrées pour mettre l'établissement au niveau des attentes des acteurs ont conduit à une demande d'appui technique

dans la gestion du personnel de santé. Une étude du projet et des objectifs exprimés par la direction ainsi qu'une analyse des difficultés rencontrées ont orienté les négociations entre la direction, le doctorant et son directeur de thèse vers une recherche-intervention.

Recherche à visée transformative (Plane, 2000 ; Argyris et Schön, 1978, 1996 ; Savall et Zardet, 1996, Louart, 1995), la méthode de recherche-intervention se traduit par une position particulière du chercheur vis-à-vis de son objet d'étude. En effet, elle favorise l'interaction entre le chercheur et le terrain, permettant une alternance entre immersion et distanciation pour permettre au chercheur de déployer un raisonnement logico-inductif et hypothético-déductif (Burrell et Morgan 1985 ; Mckelvey, 2006). Lorsque le chercheur est au sein de l'organisation, sa position lui permet de collecter des données interprétées selon un processus d'abduction (David, 2000) lors de ses phases de distanciation. L'ensemble de ce processus et le contraste entre les différentes phases favorisent ainsi la création de connaissances (Wacheux, 1996).

Au démarrage, en 2019, l'établissement concentre son activité sur 68 lits et accueille des patients ayant besoin de soins de suite et de réadaptation non spécialisés. Il emploie 72 personnes dont 4,5 % appartiennent au corps médical, 80,5 % au corps paramédical, 4,5 % sont des personnels de direction et 10,5 % des personnels administratifs. L'histoire et la taille de l'établissement ont conduit à mener une recherche sur l'ensemble de l'établissement.

2.2. Dispositifs de recherche

Après une période d'observation et d'échanges avec les professionnels de terrain, nous avons débuté l'intervention socio-économique par un diagnostic intégral.

2.2.1 Diagnostic socio-économique intégral

Initialement prévue entre mars et avril 2020, la première étape du diagnostic a dû être reportée car les mesures de confinement et de gestes barrière à mettre en place dans un établissement de santé ont mobilisé toutes les énergies. De plus, la situation critique et tout à fait exceptionnelle occupait tous les esprits et l'expression des salariés. Les 51 entretiens qualitatifs ont été réalisés entre mai et août 2020. Tous les membres de la direction, du personnel des fonctions support et du conseil d'administration ont été interrogés dans le cadre d'entretiens individuels d'une heure. Les personnels soignants et les employés sans responsabilité de gestion ont été interrogés par groupes de deux à cinq personnes pendant une heure et demie, en utilisant la même grille d'entretien semi-directif. Des volontaires de tous les métiers ont eu l'occasion de faire part de leurs difficultés.

La prise de notes exhaustives nous a permis de choisir dix à quinze phrases témoins décrivant les dysfonctionnements élémentaires vécus ou perçus par les personnes interrogées. Ces phrases ont été classées par thème, sous-thème et sous-sous-thème à l'aide du logiciel expert Segese©, selon la nomenclature des catégories de dysfonctionnements élémentaires résultant des recherches-interventions successives au fil des années. (Savall, Zardet & Harbi, 2004 ; Krief & Zardet, 2013).

Le contexte de changements répétitifs dans l'organisation du personnel administratif nous a conduits à approfondir l'étude de son fonctionnement. Une

grille de compétences de l'équipe administrative a été établie avec un membre de ce service qui, à l'époque, n'était pas le responsable désigné. Une grille de compétences rassemble dans un document synoptique les opérations essentielles à la réalisation de l'activité d'une organisation et leur maîtrise par le personnel de l'organisation et/ou du service donné. (Savall & Zardet 1987, 2020). Elle permet ainsi de visualiser les compétences effectives disponibles, le degré de polyvalence et les zones de vulnérabilité d'un service, d'une équipe ou d'une organisation. En mettant en évidence l'adéquation ou l'inadéquation entre la formation et l'emploi des individus, cet outil explique certains des dysfonctionnements identifiés dans le diagnostic.

Parallèlement, une étude quantitative puis financière des dysfonctionnements quantifiables a permis d'évaluer une partie des coûts cachés qu'ils génèrent pour l'établissement. Ce diagnostic qualimétrique, car basé sur des données qualitatives, quantitatives et financières, permet de décrire le fonctionnement réel de l'organisation tel qu'il est connu par chacun des acteurs.

Les résultats obtenus ont été présentés au conseil d'administration et à la direction en octobre 2020 par visioconférence. Les administrateurs ayant des responsabilités opérationnelles dans un des établissements repreneurs ont acquiescé sur les dysfonctionnements mais ont été étonnés de leurs étendues. Les autres administrateurs se sont dit très étonnés et inquiets. Cette étape, appelée "effet miroir", se déroule généralement en deux temps : présentation à la Direction puis à l'ensemble des personnes interrogées. Elle a pour but de valider ou d'infirmer les dysfonctionnements mentionnés et de partager la connaissance des dysfonctionnements vécus ou causés par chaque service. Les discussions qui surviennent à cette occasion enrichissent l'image de l'établissement esquissée par le diagnostic et provoquent le plus souvent un choc, en sensibilisant les personnes à l'importance de procéder à des changements. C'est aussi un dispositif de recherche qui permet de vérifier la pertinence des informations recueillies et de la première analyse proposée par le chercheur. Ici, la présentation au personnel a été annulée car elle était prévue au moment du deuxième pic épidémique fin 2020. L'augmentation de la charge de travail, l'interdiction des réunions et les tensions liées aux risques de contagion pour les patients et le personnel n'ont pas permis d'envisager la mise en place d'une approche participative de projet d'innovation socio-économique. Néanmoins, la présentation au conseil d'administration, dont certains membres ont une connaissance de réalités opérationnelles de l'établissement, a permis de valider une grande partie de l'analyse présentée.

2.2.2 Projet d'innovation socio-économique

La méthodologie d'intervention socio-économique implique le passage au projet d'amélioration dès que le diagnostic a été présenté. Les domaines prioritaires d'amélioration sont étudiés par un groupe de projet, assisté de groupes de travail composés de professionnels directement et indirectement concernés par les dysfonctionnements identifiés lors du diagnostic. Dans notre cas, l'impossibilité de réunir et de faire travailler le personnel soignant sur les actions d'amélioration a rendu nécessaire l'adaptation du dispositif. Nous avons adapté la hiérarchisation des dysfonctionnements majeurs à traiter en priorité avec la Direction. Le choix a été de se concentrer sur ceux dont le traitement pouvait conduire à des résultats

significatifs en six mois et ne nécessitaient pas la pleine mobilisation du personnel soignant. La discussion avec la direction a permis d'ajouter trois axes aux trois proposés initialement par nos soins. La réorganisation des processus administratifs est l'un d'entre eux. Nous présentons maintenant les résultats partiels concernant cet axe d'amélioration.

3. RÉSULTATS PROVISOIRES DE LA RECHERCHE

3.1. Dysfonctionnements principaux

Les principaux dysfonctionnements identifiés concernant l'équipe administrative touchent tous les thèmes. Le tableau 2 ci-dessous montre la synthèse des dysfonctionnements en fonction des thèmes :

Tableau 1 : Dysfonctionnements du service administratif par thème

Thèmes	Principaux dysfonctionnements
Conditions de travail	<ul style="list-style-type: none"> - Travaux d'aménagement non finalisés - Manque d'automatisation de certains process - Système téléphonique inadapté - Existence de clans au sein des différentes catégories de personnels - Ambiance perturbée par une manque d'unité dans l'entreprise – Ambiance jugée mauvaise
Organisation du travail	<ul style="list-style-type: none"> - Certaines tâches ne reposent que sur une personne - Manque d'efficacité et d'efficience de l'organisation du travail - Tâches mal assumées en cas d'absence - Autonomie trop importante - Inadéquation entre les effectifs et la charge de travail - Sous-productivité chronique - Règles et procédures non formalisées ou non mises à jour - Manque de certaines fonctions
Communication-coordination-concertation	<ul style="list-style-type: none"> - Absence ou insuffisance de réunions d'information et de travail - Manque de cohésion à l'intérieur de l'entreprise et au sein des équipes - Communication entre services défaillante - Manque ou absence de dispositifs de communication-coordination interne - Circuits d'informations peu performants - Manque de 3C entre le personnel et la direction
Gestion du temps	<ul style="list-style-type: none"> - Tâches mal assumées en facturation (retard)
Formation intégrée	<ul style="list-style-type: none"> - Les besoins de formation ne sont pas satisfaits
Mise en œuvre stratégique	<ul style="list-style-type: none"> - Orientations stratégiques non perçues - Insuffisance de qualité

	- Démotivation du personnel
--	-----------------------------

Les dysfonctionnements relevés pour l'équipe administrative ont été communiqués avec les personnes qui assurent la coordination et l'encadrement. Cet effet-miroir a confirmé que ce constat était partagé. Il a permis de faire comprendre la complexité des problèmes managériaux et l'utilité de recourir à un autre outil de description : la grille de compétences.

3.2. Principaux coûts cachés

Alors que les coûts cachés dus à l'absentéisme, aux accidents du travail et à la rotation du personnel sont faibles, comparativement à ceux relevés parmi les équipes soignantes de l'établissement, des coûts cachés importants apparaissent sous les deux autres indicateurs.

3.2.1 Ecart de productivité directe

Il est apparu que la charge de travail prévue pour quatre des neuf personnes titulaires de postes de travail était insuffisante pour occuper la totalité de leur temps de travail. Par exemple, la technicienne en information médicale était inoccupée pendant 40 % du temps, et la responsable de la facturation pendant plus de 66 % de son temps de présence. Le personnel d'accueil, à la disposition des médecins qui viennent donner des consultations, se voit confier peu de tâches et dit s'ennuyer lorsqu'il occupe ce poste. Bien que le calcul soit basé sur des données non exhaustives, la sous-productivité avérée s'élève à 80 000 euros pour la seule équipe administrative, ce qui représente une masse salariale de 2,3 ETP. L'équipe administrative étant composée de 5,8 ETP, elle recèle une marge de développement supérieure à 39% de son temps de travail. Les coûts cachés liés aux écarts de productivité directe représentent, à eux seuls, 13 800 euros par ETP et par an.

3.2.2 Défauts de qualité

De nombreux défauts de qualité récurrents ont été signalés lors du diagnostic. Ainsi, les dossiers administratifs sont régulièrement incomplets. La facturation prend plus de temps, ne peut pas être faite complètement, est reportée ou purement et simplement oubliée. Les rejets de paiement par les assurances complémentaires sont traités plusieurs mois après leur réception. Les conséquences vont de la perte de temps pour tous les professionnels qui doivent intervenir en aval, au retard de perception des recettes jusqu'à la perte pure et simple de produits de l'activité. Ces coûts cachés ont pu être évalués quantitativement : plus de 50 % des dossiers étaient incomplets au moment du diagnostic. Plus de 20 % des dossiers nécessitaient une action correctrice de 5 à 20 minutes pour pouvoir donner lieu à une facturation. L'évaluation financière n'a pas été faite.

3.3. Analyse des compétences

Nous présentons dans cette section l'analyse de la grille de compétences de novembre 2020 (figure 1), réalisée dans le cadre de cette recherche exploratoire et validée par l'encadrement.

La grille de compétences met en regard de chacun des salariés de l'équipe (identifié dans la première colonne par un code) les activités qui lui sont confiées

et les compétences qu'il possède sur ces tâches mais aussi sur d'autres. Le niveau de compétences est coté par un carré noir lorsque l'activité est pratiquée régulièrement et de façon complètement maîtrisée. Lorsque la fréquence n'est qu'occasionnelle ou que la pratique n'est pas maîtrisée, un carré semi noir est apposé. Un carré blanc signe une connaissance théorique sans pratique. La lecture en ligne permet d'évaluer la polyvalence de chaque salarié. La lecture en colonne fait apparaître la plus ou moins grande vulnérabilité du service pour chaque activité.

Ainsi, les activités de contrôle de caisse, de remise en banque et de traitement des factures fournisseurs ne sont réalisées et maîtrisées que par une seule personne. Dans le cas d'une absence longue ou d'un départ de l'entreprise, le service n'est pas en capacité de la remplacer rapidement car les compétences requises ne sont détenues par aucun autre salarié. Sur ces activités, l'établissement rencontrerait des difficultés sensibles au bout de 3 à 4 semaines d'absence. De même, l'établissement des devis de frais d'hospitalisation pour les patients sans couverture sociale française est une compétence très spécifique. Elle n'est utilisée que 3 à 4 fois par an mais elle est obligatoire pour garantir le paiement de l'ensemble des frais engagés par l'établissement pour un patient. Le manque à gagner serait alors très important.

Figure 1 - Grille de compétences - personnel administratif novembre 2020

ACTIVITES		GRILLE DE COMPETENCES		Version provisoire		SAVOIR-FAIRE PARTICULIER		OBSERVATIONS	
		DANS L'ORGANISATION EN DEBIT DE PERIODE		DE GESTION DEVELOPPEE		PARTICULIER			
ACTEURS		OPERATIONS EXISTANTES		DE GESTION DEVELOPPEE		SAVOIR-FAIRE PARTICULIER		OBSERVATIONS	
		DE GESTION SECURITE		DE GESTION DEVELOPPEE		SAVOIR-FAIRE PARTICULIER			
		CLINIQUE		PAR SI		CONJUGATION		OBSERVATIONS	
		SERVICE DE SOINS		PAR SI		CONJUGATION			
ADM 1	Accueil physique et téléphonique	Accueil	Accueil						
ADM 2	Prise de RDV	Prise de RDV	Prise de RDV						
ADM 3	Gestion appels téléphoniques	Gestion appels téléphoniques	Gestion appels téléphoniques						
ADM 4	Gestion courrier	Gestion courrier	Gestion courrier						
ADM 5	Gestion dossiers médicaux	Gestion dossiers médicaux	Gestion dossiers médicaux						
ADM 6	Gestion de l'ordonnance	Gestion de l'ordonnance	Gestion de l'ordonnance						
ADM 7	Gestion de l'ordonnance	Gestion de l'ordonnance	Gestion de l'ordonnance						
ADM 8	Gestion de l'ordonnance	Gestion de l'ordonnance	Gestion de l'ordonnance						
ADM 9	Gestion de l'ordonnance	Gestion de l'ordonnance	Gestion de l'ordonnance						
Support ponctuel secr gestion adm									
Support ponctuel TMI									
LEGENDE:		<input checked="" type="checkbox"/>	Pratique courante maîtrisée	<input type="checkbox"/>	Connaissance des principes sans pratique	<input type="checkbox"/>	Non maîtrisée en NOV 2020	<input type="checkbox"/>	Vulnérabilité majeure en NOV 2020
		<input checked="" type="checkbox"/>	Pratique occasionnelle ou non entièrement maîtrisée	<input type="checkbox"/>	Non maîtrisée en pratique	<input type="checkbox"/>	A réaliser	<input type="checkbox"/>	

Le départ en retraite prochain de deux personnes est matérialisé ici par les lignes grisées. La grille de compétences permet à l'encadrement d'évaluer rapidement les conséquences en termes de compétences disponibles.

Ces résultats qualitatifs enrichis de l'évaluation quantitative puis financière de la sous-productivité ont mis en évidence la nécessité de repenser l'organisation administrative de l'établissement. L'ensemble des dysfonctionnements servent de bases de réflexion pour le projet de restructuration du service et des processus administratifs.

3.4. Projet d'amélioration socio-économique

Ce projet a débuté dès l'identification des axes de travail prioritaires.

Dans un premier temps, le périmètre et la portée du projet ont été discutés lors d'une réunion de cadrage entre le directeur et l'intervenant-chercheur. Les impératifs à court terme et l'ampleur des dysfonctionnements décrits ont guidé à la fois le choix des objectifs donnés au groupe de travail, les dates de remise des travaux intermédiaires et la priorisation de mise en place des différents autres projets. Les modalités d'organisation ont pris en compte la nécessité de respecter le souhait de restreindre le groupe de travail à la responsable d'équipe, au directeur et à l'intervenant-chercheur. L'objectif à très court terme était d'instruire le choix de remplacer ou non la personne qui partait à la retraite en décembre 2020. Le second objectif est l'étude et la présentation de différents scénarii de réorganisation des postes de travail afin de diminuer les vulnérabilités identifiées. Quatre réunions de travail intermédiaires ont eu lieu. Au vu de l'évaluation des coûts cachés, la décision de ne pas remplacer les deux personnes a été prise. La modification des postes de travail a fait apparaître la nécessité de changer les amplitudes horaires de présence. Deux scénarii de réorganisation des activités et de développement de la polyvalence ont été étudiés conjointement. Une première présentation a été faite au directeur. Par ailleurs, la responsable d'équipe, formée à l'occasion du diagnostic sur l'utilisation de la grille de compétences, s'est approprié l'outil. Elle a commencé à l'utiliser pour négocier, en dehors du cadre du groupe de travail, les améliorations qu'elle a à cœur d'obtenir. Les dysfonctionnements identifiés et la grille de compétences ont permis d'imaginer des outils de suivis des dossiers adaptés aux personnes qui en ont la charge.

Après 6 mois de travail, le projet d'innovation a été repris par le directeur. La marge d'amélioration identifiée a été utilisée pour réduire les effectifs de 5,8 à 4,8 ETP et réorienter 0,5 ETP vers la vente de prestations hôtelières. Un potentiel de 0,8 ETP reste à la disposition de projets d'amélioration ou de de développement.

4. DISCUSSION

La recherche-intervention est toujours en cours. Les résultats présentés ici sont intermédiaires. A ce stade, trois points nous paraissent importants.

4.1. Adaptation du processus d'intervention

L'adaptation du processus d'intervention a été rendue nécessaire par la crise sanitaire. Les contraintes de la pandémie se sont ajoutées au contexte de l'établissement, qui se caractérise par une résistance assez forte des équipes et une opposition, non exprimée publiquement, entre deux parties aux objectifs antagonistes : la direction ne veut pas remplacer ceux qui partent alors que les

personnes espèrent un remplacement « un pour un ». Face à l'impossibilité d'avoir un processus participatif et à l'urgence de la situation économique de l'établissement, le dispositif de recherche-intervention a été adapté à plusieurs reprises. Le confinement généralisé et la mise en place de mesures de distanciation sociale ont interdit et interdisent encore la tenue de réunions de groupes de travail élargis aux salariés. Certains entretiens collectifs ont été transformés en entretiens individuels. La présentation du diagnostic au conseil d'administration a été soumise à distance et celui prévu pour l'ensemble des salariés a été annulé.

Les projets ont été travaillés en petits groupes. L'intervention socio-économique, qui est essentiellement de nature participative, s'est avérée moins participative que ce qui avait été imaginé. Les premiers résultats positifs ont cependant été obtenus, montrant que l'adaptation du processus d'intervention était préférable à son annulation pure et simple.

L'aspect moins participatif semble avoir eu des effets spécifiques. Les acteurs clés du projet décrit ici, à savoir le directeur et le responsable administratif récemment nommé, ont été particulièrement impliqués. Le groupe de travail, qui s'appuie généralement sur les connaissances et le travail intermédiaire des professionnels de terrain, a pu produire les premiers résultats en moins d'un mois. L'analyse des dysfonctionnements et des grilles de compétences a été réalisée conjointement par le responsable administratif et l'intervenant-chercheur. Un accompagnement personnalisé a permis de le former à l'utilisation de la grille de compétences et d'approfondir la réflexion sur les impacts organisationnels et financiers des scénarii imaginés. Les discussions ont mis en évidence l'inadaptation de certains processus que le diagnostic n'avait pas précisément identifiés.

4.2. Fonction médiatrice de l'outil de gestion

La grille de compétences était un outil tout à fait inconnu dans cet établissement. Lors de la présentation du diagnostic, son aspect visuel a attiré immédiatement l'attention de tous et suscité des commentaires et des analyses sur un sujet pourtant moins choquant que d'autres. Bien que portant les noms des salariés, il a permis de décentrer la réflexion des individus vers l'organisation. La synthèse synoptique a littéralement capté l'attention des utilisateurs. La plupart des compétences et des activités attribuées à chaque personne étaient bien connues de la direction. Les informations fournies à chaque ligne semblaient peu intéressantes lors de la compilation de la grille. Cependant, il est vite apparu qu'il fallait connaître les tâches très précisément afin de les nommer correctement, ce qui a approfondi la connaissance du responsable. Ensuite, la nécessité d'identifier les activités partagées par plusieurs personnes a conduit à mieux analyser le fonctionnement du service. La dimension affective, subjective et les considérations politiques et syndicales ont été dépassées au profit de l'analyse des données concrètes que sont les opérations et les compétences partagées ou non.

L'outil « grille de compétences » a non seulement permis la description puis l'analyse de la situation présente mais également la projection dans le futur. Dans un premier temps, en effet, la grille des compétences des personnels présents après le départ en retraite des deux agents administratifs a montré les activités vulnérables dans l'état actuel de l'organisation du travail. Puis, dans un second temps, il a stimulé l'imagination du groupe de travail pour concevoir des scénarii de nouvelle organisation tout en constituant le banc d'essai de leur adaptation aux besoins du service.

4.3. Des avancées à confirmer

Le premier résultat de la phase de conception du projet était positif. Il a été obtenu rapidement (quelques semaines) et a suscité un enthousiasme prometteur. Il ne préjuge cependant pas de résultats efficaces, réels et durables. Il est important de rester lucide sur les difficultés qu'il reste à surmonter dans la phase de mise en œuvre, qui nécessitera beaucoup d'attention. La littérature relate de nombreuses expériences de recherche dans le domaine de la gestion du changement dans les hôpitaux. Elles confirment qu'il reste de nombreux écueils à éviter.

Les réformes nationales successives ont fait pression sur les hôpitaux français pour qu'ils s'adaptent en permanence. L'environnement extérieur oblige les établissements à procéder à des changements très fréquents et non choisis. Les réformes sont en effet guidées par des considérations macro-économiques, qui ne se répercutent pas facilement au niveau micro-économique. L'évaluation de l'efficacité des réformes se limite, lorsqu'elle a lieu, aux indicateurs de santé publique, pilotés au niveau national-régional. Le secteur des soins de suivi et de réadaptation verra ses modalités de tarification profondément modifiées en 2021 et en 2022. Cette réforme concerne les conditions dans lesquelles chaque établissement recevra la part la plus importante de ses ressources. En pratique, il est impossible d'anticiper l'adaptation stratégique de l'établissement car les modalités pratiques et les dates d'application n'ont été connues des établissements que quelques semaines avant leur mise en œuvre. Ainsi, les changements d'origine interne viennent s'ajouter aux modifications profondes imposées par les acteurs externes.

L'établissement étudié ajoute à la complexité de tout établissement de santé d'avoir été repris deux ans plus tôt, d'être en situation de déficit budgétaire et d'avoir profondément modifié son activité pour tenter d'assurer sa survie. Dans ce contexte, et celui de la crise sanitaire, le directeur a opté pour un changement progressif plutôt que radical. Le diagnostic socio-économique a montré la nécessité d'une transformation profonde et globale. La stratégie pour surmonter la crise est donc celle des petits projets, prélude à une remise en cause des processus plus transversaux.

Cependant, il s'agit d'une évolution forcée, selon la classification de Dunphy et Stace (1988). Ces auteurs rendent compte dans l'industrie du succès des stratégies de changement progressif mais imposé. Cependant, la littérature montre que le changement dans les organisations pluralistes (Denis et al., 2001) doit tenir compte de la complexité des institutions considérées. Ici, les observations et le diagnostic socio-économique ont mis en évidence le manque de leadership et de conscience tactique et stratégique partagée. De plus, l'annulation de la présentation des résultats à l'ensemble du personnel n'a pas permis de stimuler la phase de prise de conscience collective qui, dans de nombreux projets de recherche-intervention, incite ou accélère le passage à l'action (Merdinger-Rumpler C, & Nobre, T., 2011). L'absence de diagnostic partagé et de participation du personnel de terrain à l'élaboration des solutions nécessitera une attention accrue lors de la mise en œuvre des décisions prises.

Deux écueils attendent le projet que nous avons décrit et qui est toujours en cours. La phase la plus difficile reste à venir : la mise en œuvre. Le premier est le risque que les décisions ne soient pas appliquées. La difficulté liée au contexte pourrait conduire à la décision de ne changer que ce qui ne peut pas ne pas être changé. Les départs des deux salariés ne seront pas remis en cause. Ni le fait qu'ils ne seront

pas remplacés. Toutefois, l'identification des formations à mettre en œuvre pour limiter la vulnérabilité de l'établissement à ces processus administratifs nécessitera de convaincre les employés dont le soutien au projet n'est pas assuré. Le rôle du chercheur sera de soutenir la formation de la direction dans la négociation des changements décidés. Les mécanismes de communication (ordre du jour et organisation des réunions, co-rédaction des documents de travail) seront utilisés pour convaincre la direction de mettre en œuvre le projet en le sécurisant, et le personnel en fournissant des éléments concrets pour améliorer les conditions de réalisation et la qualité des tâches qui lui sont confiées. Le deuxième écueil est que les changements décidés apportent une amélioration de l'efficacité mais une détérioration de l'efficacité. Le départ non remplacé de 1,5 ETP permettra de réduire directement les coûts salariaux des services administratifs. Toutefois, le défi consiste à faire en sorte que les processus administratifs conservent au moins le même niveau de qualité. Le diagnostic a montré des retards dans la facturation, de nombreux manquements à la qualité dans la gestion des dossiers administratifs et un manque de sécurité dans le processus de recouvrement. L'augmentation de la polyvalence pourrait entraîner à la fois une dégradation ou une amélioration de la qualité. Cependant, il semble qu'il n'existe actuellement aucun indicateur permettant de garantir la fiabilité et l'exhaustivité de la facturation, même si l'on constate un niveau très élevé de sous-productivité sur ces postes de travail. La formation des acteurs actuels n'est pas en cause. Il s'agira donc de mobiliser les personnes sur la qualité du travail effectué. L'appui du management et du personnel devra donc déboucher sur des systèmes de suivi régulier, qui permettront à la fois de fixer des objectifs et de contrôler leur réalisation. Pour ce faire, la création d'outils concrets, simples et rapides à utiliser sera proposée puis améliorée par la co-construction. Les indicateurs attendus seront le nombre de dossiers facturés par rapport au nombre de patients présents, le taux de dossiers de paiement rejetés par période de deux semaines et le suivi mensuel des sommes non recouvrées par rapport aux sommes facturées.

Le suivi des indicateurs de gestion de la facturation et de l'encaissement devrait permettre à la direction de suivre de plus près les flux de trésorerie.

CONCLUSION

Les réformes hospitalières visant à rationaliser les dépenses de santé ont conduit, dans leur grande majorité, à une réduction importante de la masse salariale. Les études et les décisions ont principalement porté sur les économies potentielles résultant de la fermeture de lits et de services, et donc sur les économies sur la masse salariale du personnel de santé. Les services de soutien ont été beaucoup moins étudiés, mais ont également été réduits en termes de ressources humaines. Cependant, il apparaît après cinquante ans de réformes successives que les dépenses n'ont pas été rationalisées au niveau souhaité et que le secteur hospitalier continue d'exprimer une situation critique tant du point de vue économique qu'organisationnel. L'efficacité a été améliorée, mais elle ne satisfait pas toutes les parties prenantes. Le cas du service administratif d'un établissement de santé français présenté ici illustre la manière dont se produit cet apparent paradoxe. Les gains de charges qui résultent d'une réduction du personnel peuvent entraîner une détérioration de l'efficacité du travail qui leur est confié. La difficulté vient, en

partie, du fait que la masse salariale est directement visible dans la comptabilité d'une entreprise, alors que la dégradation de la qualité du service est souvent, dans les établissements de santé, invisible pour le service comptable ou la direction.

Plus encore que les services de santé, les services administratifs ont un rôle moins visible dans le système d'information comptable et financière. À l'interface des soins aux patients, des relations avec les fournisseurs et les clients, et des processus de facturation et de recouvrement, ils jouent pourtant un rôle crucial dans la détérioration éventuelle des performances d'un établissement. Leur relative invisibilité ne doit pas nous faire perdre de vue l'importance de la gestion des services pour la survie des établissements.

Les recherches-interventions actuelles ont montré que de nombreux dysfonctionnements de base donnent lieu à une quantité importante de coûts cachés. La sous-productivité chronique qui a été objectivée met en évidence des marges d'amélioration des performances jusqu'alors insoupçonnées. L'analyse des causes profondes des dysfonctionnements observés donne lieu à l'hypothèse que l'importance de la gestion de proximité ne doit pas être sous-estimée.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Argyris, C., & Schön, D. 1978, 1996. *Organizational learning: A theory of action perspective*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Bousquet C., 2018. L'articulation des compétences individuelles et collectives à la stratégie de l'entreprise. Thèse de doctorat, Université Lyon 3.

Buono, A. F. à paraître 2021. SEAM's role in merger and acquisition integration in Savall, H. & Zardet, V. *Traité du management socio-économique : Théorie et Pratique*. EMS.

Buono, A., Savall, H., et Cappelletti, L. 2018. *La recherche-intervention dans les entreprises et les organisations*. Charlotte, NC: IAP.

Burrell, G. & Morgan, G. 1979. *Sociological Paradigms and organizational analysis*. New York : Routledge.

Cappelletti, L., Lartigau, J., & Noguera, F. 2015. Contribution au pilotage de la masse salariale par la fonction RH dans les établissements publics de santé : premiers résultats d'une recherche collaborative. *Revue de gestion des ressources humaines*, 4, 58-73.

Claveranne, J. P. 2003. L'hôpital en chantier : du ménagement au management. *Revue française de gestion*, 5, 125-129.

David, A. 2000. *Les nouvelles fondations des sciences de gestion*. Paris : Vuibert-FNEGE.

Dejoux, C. & Dietrich, A. 2005. *Le management par les compétences : le cas Manpower*. Pearson.

Denis, J.-L., Lamothe, L. & Langley A. 2001. The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations. *Academy of Management Journal*, 44 : 809-837.

DREES - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2017. *Les établissements de santé*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2017>.

DREES - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2019. *Les dépenses de santé en 2018. Résultats des comptes de santé*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2018-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2019>.

Holcman, R. 2015. *Management hospitalier. Manuel de gouvernance et de droit hospitalier*. Paris, Dunod

IRDES - Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. 2019. *Les réformes hospitalières en France*. www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html. Lu le 22 mars 2020.

Krief, N. & Zardet, V. 2013. Analyse des données qualitatives et recherche-intervention. *Recherche en Sciences de Gestion*, 95, 2, 211 – 237.

L'observatoire et Unifaf – *Enquête emploi 2012. Résultats et enseignements*.

Le Lédan, S. 2018. *Regroupement d'activités de blocs opératoires à l'hôpital : Quels impacts économique réel ?* Communication "Organizational development and Change" of the Academy of Management and Institut de Socio-économie des Entreprises et des Organisations, Lyon.

Louart, P. 1995. *Succès de l'intervention en ressources humaines*. Rueil-Malmaison: Liaisons.

McKelvey B. 2006. Van de Ven and Johnson's "Engaged scholarship": nice try, but... *Academy of Management Review*, 31: 822-82.

Merdinger-Rumpler, C., & Nobre, T. 2011. Quelles étapes pour la conduite du changement à l'hôpital ? *Gestion 2000*, 28: 51-66;

Plane, J. M. (2000). The ethnomethodological approach of management: a new perspective on constructivist research. *Journal of Business Ethics*, 26(3), 233-243.

Rivière, A., Loubès, A., & Oriou, L. 2019. Mécanismes de construction et d'appropriation d'un dispositif de GPEC élargie au territoire (GPEC-T) dans le secteur sanitaire et médico-social : une étude de cas exploratoire en Languedoc-Roussillon. @ *GRH*, 2: 65-89.

Savall, H. & Zardet, V. 1996. La dimension cognitive de la recherche-intervention : la production de connaissances par interactivité cognitive. *Revue internationale de systémique*. Paris : Dunod.

Savall, H. 1974. *Enrichir le travail humain dans les entreprises et les organisations*. Paris : Dunod.

Savall, H. 1979. *Reconstruire l'entreprise. Analyse socio-économique des conditions de travail*. Paris : Dunod.

Savall, H., & Zardet, V. (1995, 2005). *Ingénierie stratégique du roseau* (2ème ed.). Paris, France: Economica.

Savall, H., & Zardet, V. 1987, 2020. *Maîtriser les coûts et les performances cachés*. (7th ed.). Paris: Economica.

Savall, H., Zardet, V. & Harbi, N. 2004. Analyse spectrale de diagnostics socio-économiques : traitement qualimétrique de données qualitatives. Colloque AOM-RMD-ISEOR, IAE Lyon.

Wacheux, F. 1996. *Méthodes Qualitatives et Recherches en Gestion*. Paris : Economica.