

ÉTIOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE DYSFONCTIONNELLES D'UN CABINET MÉDICAL D'EXERCICE LIBÉRAL : CAS D'UN CABINET DE CHIRURGIE GÉNÉRALE

Jérémy-Clément SALMERON
ISEOR
(France)

Miguel DELATTRE
ISEOR et Magellan
Iaelyon, Université Jean Moulin
(France)

François MITHIEUX
BOVAMISI
(France)

RÉSUMÉ :

Au sein des territoires, les cabinets médicaux d'exercice libéral sont au cœur du système de santé français. Lien privilégié entre des patients et des praticiens, ces structures regroupent une part importante des médecins et de l'activité médicale produite dans une relation de proximité avec les patients. Pour autant, elles n'ont que rarement fait l'objet d'une étude en sciences de gestion.

À travers une recherche intervention socio-économique longitudinale démarrée en 2017 et se poursuivant à ce jour, cette communication a pour objet de répondre à la problématique suivante : quels sont les différents dysfonctionnements auxquels sont confrontés les cabinets médicaux libéraux ? En effet, ces structures sont passées progressivement d'une forme « artisanale » (un médecin et son/sa secrétaire médical-e) à de véritables entreprises, regroupant parfois des associés et plusieurs profils d'employés (secrétaires, infirmières diplômées d'État (IDE) ...

Seront présentées dans cette communication, les grandes catégories de dysfonctionnements auxquels sont confrontées ces cabinets ainsi que la méthodologie utilisée pour les accompagner dans la mise en place d'actions d'amélioration durables.

Mots clés : Dysfonctionnements, Cabinet médical d'exercice libéral, recherche-intervention

1. INTRODUCTION

Le secteur des activités libérales réglementées a été peu investi en sciences de gestion, particulièrement en ce qui concerne leur mode de management. Des publications sont toutefois à noter sur les études notariales (Cappelletti et Khouatra, 2009) les agences d'architectures (Delattre, Zardet, 2015 ; Delattre,

Petit, Zardet, 2015 a et b ; Petit, Delattre, Ruat, 2015 a et b), les cabinets dentaires (Noguera et Tronc, 2019 ; Tronc et Delattre, 2016). Ce secteur d'activité est aussi traité de manière incidente lorsque par exemple des auteurs souhaitent aborder des problématiques managériales en TPE (Delattre et Roche, (2018 a et b) ou de déploiement des normes (Cappelletti, Noguera, Plane, 2012) voire de l'analyse du poids des normes professionnelles dans leur mode de fonctionnement (Tronc et Delattre, 2017).

Le secteur médical est l'objet d'une littérature gestionnaire importante qui relèverait plus d'une approche sectorielle d'activités du secteur public. En effet peu de publications (Salmeron, et al. 2018) développent des approches plus organisationnelles de professionnels de santé confrontés au pilotage des performances d'une structure qui pour survivre et se développer, doit négocier les conditions de sa survie et de son développement. Cette communication a pour ambition de présenter une étude détaillée du fonctionnement organisationnel d'un cabinet médical, plus particulièrement de son management.

La crise sanitaire que nous vivons met en exergue le besoin de pilotage des organisations de santé, au quotidien, au niveau des équipes et au niveau des interactions inter organisationnelles. L'année 2020 restera dans les annales de l'histoire des organisations de santé, privées comme publiques, car elle a vu à la fois des déprogrammations massives et des réorganisations tout aussi massives de sa carte et de son offre de soins.

Nous n'allons pas traiter des enjeux directement induits par le télétravail, par le confinement, par les déprogrammations ou encore l'impact psychologique de ces derniers sur des médecins de ville, au cœur du système de santé.

Nous présenterons la transformation progressive d'une structure de santé, un cabinet d'exercice médical par l'étude approfondie d'une recherche-intervention socio-économique (Savall et Zardet, 2004) effectuée sur une durée de 3 ans.

2. OBJET, PROBLÉMATIQUE, HYPOTHÈSE CENTRALE

Cette communication a pour objectif de présenter les dysfonctionnements organisationnels auxquels sont confrontés les cabinets médicaux libéraux. Pour cela nous sommes intéressés à la nature des perturbations organisationnelles, à leur impact et aux différents modes de régulations pratiqués par les acteurs d'un cabinet médical.

Quels sont les différents types de dysfonctionnements auxquels sont confrontés les cabinets médicaux d'exercice libéral ? Sont-ils spécifiques à ces derniers ?

Nous formulons l'hypothèse que les cabinets médicaux sont des entreprises comme les autres et que la nature des dysfonctionnements organisationnels auxquels les acteurs sont confrontés s'éloignent peu des entreprises qui doivent assurer leur survie à court terme et leur développement à moyen-long-terme.

3. CADRAGE THÉORIQUE

Cette section a pour objet de présenter le cadrage théorique de notre objet de recherche, c'est-à-dire le management des cabinets médicaux. Pour cela, nous

positionnons ce dernier au sein de son champ et nous mettons en évidence le rôle de la théorie socio-économique des entreprises et des organisations.

3.1. Le management des cabinets médicaux libéraux

Le modèle traditionnel de la médecine libérale en France repose sur un binôme médecin/assistant qui exerce au sein d'un cabinet auprès d'une patientèle. L'étoffement de la carte de soins territoriale a permis l'émergence, au cours des années, de spécialités médicales auparavant exercées en instituts, en centres ou encore en cliniques. Le binôme a petit à petit évolué remplaçant progressivement l'assistant-e (médical-e) par un-e assistant-e plutôt administratif-ve : le/la secrétaire médical-e. Ce binôme gérant en autonomie l'ensemble des opérations nécessaires au processus de prise en charge médicale (Mithieux et Demauve, 2019) : prise de rendez-vous, consultation, comptes-rendus, facturation, archivage...

L'augmentation de l'accès aux soins, le développement de la démographie et le vieillissement de la population a progressivement encouragé les médecins à se regrouper, par spécialité ou non, au sein de cabinets médicaux qui mutualisent des ressources (humaines, immobilières, matérielles ...).

Ce mouvement va de pair avec le développement de l'autonomie de parcours de soins des patients et une mise en concurrence de plus en plus forte entre les différents praticiens. Ainsi les plates-formes de réservation de rendez-vous en ligne (Doctolib...), bien que développant l'implication des patients dans leur parcours de soins, mettent en avant la nécessité pour les médecins de piloter le développement et la composition de leur patientèle qui devient de plus en plus exigeante et volatile (Salmeron, et al. 2021).

De nouvelles missions, éloignées du cœur de métier de santé, prennent une place de plus en plus conséquente dans l'emploi du temps des médecins. En effet, le modèle traditionnel de la médecine libérale tend à se raréfier et nous observons des concentrations de médecins au sein du cabinet de plus en plus gros, avec de plus en plus d'employés aux profils divers (secrétaires, infirmiers-ères ...). D'un modèle artisanal (Mithieux et Demauve, 2019) le cabinet se transforme et s'assimile désormais à une petite entreprise.

La fonction de management, gestion des personnes et des activités tend à prendre une place prépondérante pour le bon fonctionnement de ces entreprises, générant parfois plusieurs millions d'euros de chiffre d'affaires pour des effectifs allant de 2 à 10 personnes (Mithieux et Demauve, 2019). Cette nécessité de professionnalisation du management au sein des cabinets médicaux n'est pas sans rappeler le fonctionnement des agences d'architecture et autres professions libérales réglementées (Delattre et Zardet, 2015).

Cette trajectoire, devenant de plus en plus concrète au fil des ans, ne s'accompagne pas d'une prise en compte de cet aspect du métier dans la formation des médecins. La formation en management et en gestion est quasiment absente de leur cursus. Ainsi, les médecins, dès leur installation ne disposent pas de compétences ni même de référentiel initial pour piloter des équipes.

Lorsque nous parlons de management, nous parlons également du management des équipes d'associés, tant au plan de la gouvernance (décisions stratégiques) que de la gérance (décisions opérationnelles). Là encore, la formation initiale est absente du cursus de médecine, qui reste hyper-spécialisée (Salmeron, et al. 2018).

3.2. Les dysfonctionnements organisationnels

Nous avons fait le choix de mobiliser la théorie socio-économique des organisations (Savall, 1974 ; Savall et Zardet, 1987) afin de mettre en évidence les différents dysfonctionnements organisationnels auxquels les cabinets médicaux sont confrontés.

La théorie socio-économique des entreprises et des organisations (Savall, 1974 ; Savall et Zardet, 1987) a pour objet de mettre en évidence le rôle des dysfonctionnements organisationnels comme des variables explicatives des différents niveaux de performances des organisations. Selon les auteurs, l'interaction entre les structures (permanentes) de l'organisation et les comportements des individus génère des dysfonctionnements : conditions de travail, organisation du travail, communication, gestion du temps, formation intégrée et mise en œuvre de la stratégie. Ces derniers diminuent la performance sociale (satisfaction au travail) de l'entreprise. Lorsque les acteurs choisissent (consciemment ou inconsciemment) de palier à ces dysfonctionnements, c'est-à-dire de les réguler, cela provoque des coûts cachés qui viennent augmenter la partie charge du compte de résultat de l'entreprise (*surcharges*) qui se caractérisent par des surtemps, des surconsommations, ou encore des sursalaires. Certaines régulations n'agissent pas sur le compte de charges mais sur le volet produits. En effet, des non-produits (non-production, non création de potentiel, risques) constituent des pertes de marges ou des coûts d'opportunités. Selon Savall et Zardet (1987), c'est en agissant sur les dysfonctionnements et sur les modes de régulation, que l'entreprise améliore ses résultats immédiats (à court terme) et sa capacité à se développer (création de potentiel) à moyen-long terme.

Cette approche par les dysfonctionnements n'est pas simplement une démarche explicative passive des écarts de fonctionnement au sein des entreprises. Elle permet de formuler une stratégie délibérément pro-active, la stratégie socio-économique (Savall et Zardet, 1995 ; 2005) qui s'appuie sur les ressources de l'organisation (Penrose, 1947) : Produits, Marchés, Technologie, Organisation et Potentiel Humain. Ces 5 leviers stratégiques représentent l'ensemble des domaines structurants sur lesquels une organisation, quel que soit son secteur ou sa taille, peut s'appuyer pour élaborer sa stratégie. Selon Savall et Zardet (1995 ; 2005), pour qu'une stratégie soit complète et se traduise en réalité, elle se doit d'intégrer à la fois l'environnement interne et externe.

Nous présenterons au sein de cette communication des exemples de résultats obtenus dans le cadre de la recherche-intervention longitudinale.

4. MÉTHODOLOGIE ET RÉSULTATS

Afin de mettre en évidence les différents dysfonctionnements auxquels peuvent être confrontés les cabinets médicaux libéraux, nous avons fait le choix d'étudier en profondeur le cas d'un cabinet de chirurgie générale, du diagnostic des dysfonctionnements jusqu'à la mise en œuvre des solutions proposées.

4.1. Présentation du cas : Cabinet Médical X.

En France, l'exercice de la médecine peut s'effectuer de deux manières : soit au sein d'une structure hospitalière (CHU, CH, ESPIC ...) avec des médecins ayant

le statut de fonctionnaires, soit sous forme de profession libérale, le médecin étant alors chef de son entreprise. Lorsque plusieurs médecins libéraux travaillent ensemble, ils exercent au sein d'un cabinet médical tout en conservant leur statut et leur responsabilité individuelle.

Le cabinet médical X a été fondé en 2008, par 4 associés historiques, chacun étant chirurgien, c'est-à-dire effectuant à la fois des activités de consultations en cabinet et des interventions chirurgicales au sein d'un établissement de santé partenaire. Cela signifie que les installations des blocs opératoires ne sont pas intégrées au sein du cabinet, ce qui le différencie d'une clinique. .

Au démarrage de la recherche-intervention, le cabinet comportait les 4 associés ainsi qu'une responsable administrative, également responsable de l'équipe de secrétaires médicales (5 personnes). Particularité de ce cabinet, il y avait également du personnel infirmier officiant en bloc opératoire sous contrat avec le cabinet X (4 personnes) dont une IBODE (infirmière de bloc opératoire diplômée d'état) plus expérimentée. Soit un total de 14 personnes dont 4 chirurgiens.

Le choix de ce cabinet a été effectué compte tenu de ses ambitions stratégiques formulées au démarrage de la recherche-intervention : la création d'un deuxième site d'exercice (consultations + bloc opératoire) distant de 100 km du premier, l'intégration en cours d'une recherche intervention longitudinale.

4.2. Présentation du dispositif de recherche intervention initial

Nous avons réalisé une recherche-intervention socio-économique de type qualimétrique (Savall et Zardet, 2004) au sein du cabinet en mobilisant l'ensemble des personnes : associés, manager et personnel sans responsabilité hiérarchique. Cette méthodologie a pour objet d'identifier les dysfonctionnements organisationnels rencontrés par les acteurs du périmètre diagnostiqué afin d'extraire des symptômes génériques et d'accompagner les acteurs dans la recherche de solutions qui peuvent y être liés. Il s'agit d'une méthode de recherche en sciences de gestion présentant des similarités avec la recherche médicale (Savall et Fièrè, 2014).

Celle-ci a démarré en novembre 2017 et se poursuit toujours à l'heure actuelle. Dans le cadre de cette communication, nous nous concentrons sur la première phase correspondant à la mise en place d'un processus de résolutions de problèmes (Savall et Zardet, 1987).

Les grandes étapes de cette phase ont été les suivantes :

- 1) réalisation d'un diagnostic des dysfonctionnements organisationnels et des compétences disponibles
- 2) Mise en place d'un groupe de projet participatif afin de proposer des améliorations
- 3) Accompagnement du groupe de projet dans la génération d'actions d'amélioration
- 4) Evaluation des actions mises en place

La figure ci-dessous présente le planning réel de cette première phase de la recherche-intervention.

Figure 1 Calendrier de la première phase de la recherche-intervention socio-économique conduite au sein du cabinet X.

ACTIONS	MOIS											
	Nov. 17	Déc. 17	Jan. 18	Fév. 18	Mars 18	Avril 18	Mai 18	Juin 18	Juil. 18	Sep. 18	Oct. 18	Nov. 18
FORMATION – CONCERTATION INTER-STRUCTURES <i>Outils du management socio-économique</i>	1 14/11			2 27/02		3 23/04		4 19/06		5 11/09		6 26/11
DIAGNOSTIC SOCIO-ÉCONOMIQUE <i>Dysfonctionnements et estimation des coûts cachés</i>		[1] Tous 19/12	[2] Tous 23/01									
GROUPE DE PROJET D'INNOVATION SOCIO-ÉCONOMIQUE <i>Actions d'amélioration du fonctionnement et de la performance</i>					[3] Asso. 13/03 [4] Pers. 27/03		[5] Asso. 28/05	[6] Pers. 05/06				[7] Asso. 15/10 [8] Pers. 16/10

Cette phase a duré 12 mois et a mobilisé l'ensemble des acteurs de la structure : au total 16 personnes ont été impliquées dans le processus, incluant la future associée et une secrétaire médicale recrutée en cours d'année.

4.2.1. Détail de l'étape diagnostic socio-économique des dysfonctionnements organisationnels

Le diagnostic socio-économique des dysfonctionnements organisationnels (Savall et Zardet, 1987) comporte trois principaux volets : l'expression des dysfonctionnements par les acteurs, le calcul des coûts cachés et l'analyse des compétences. Nous ne présenterons au sein de cette communication uniquement des résultats provenant des deux premiers.

Nous avons réalisés des entretiens semi-directifs portant sur les dysfonctionnements organisationnels relatifs aux conditions de travail, à l'organisation du travail, à la communication-coordination-concertation, à la gestion du temps, à la formation et à la stratégie auxquels étaient confrontés les acteurs. L'ensemble des acteurs du cabinet a été vu en entretien soit en individuel (associés et responsable administrative) soit en groupe (secrétaires médicales et personnel de bloc opératoire). Les entretiens ont par la suite donné lieu à une exploitation qualitative par le biais d'un logiciel expert dans le cadre d'une analyse de contenu thématique. Pour cela nous avons extrait des phrases-témoins, c'est-à-dire des verbatims illustrant un dysfonctionnement que nous avons la suite imputées sous des idées clés génériques provenant de la base de données de l'ISEOR (Savall et Zardet, 1987).

En parallèle, nous avons réalisé un entretien semi-collectif (2 associés, la responsable administrative et 5 membres du personnel). Nous avons extrait des dysfonctionnements élémentaires, c'est-à-dire des anomalies perçues de fonctionnement. Dans un second temps, nous avons évalué les régulations opérées par les acteurs lorsque l'anomalie survient. Nous avons principalement identifié des *surtemps*, c'est-à-dire de l'utilisation de temps supplémentaire pour réaliser une activité par rapport à un référentiel base 0 dysfonctionnement (Savall et Zardet, 1987). Le tableau ci-dessous présente quelques exemples de surtemps calculés avec les acteurs lors de cette séance.

Tableau 1 Exemples de surtemps calculés au sein du Cabinet X.

Dysfonctionnement élémentaire	Détail de la régulation	Coûts cachés évalués
Système de rappel de rendez-vous défaillant	Temps passé au téléphone avec un patient ayant oublié la date / l'heure de son rendez-vous 4 secr x 20 min x 234 jours x 136 €	42 000 €
	Un certain nombre de patients ne se présentent pas à leur rendez-vous 4 chir x 2 fois x 234 jours x 23 € (base sécurité sociale)	43 000 €
Excès de formation du personnel de la clinique	L'important turn-over des infirmières de la clinique oblige les chirurgiens à réexpliquer de nombreuses fois les mêmes choses 4 chir x 1 heure x 10,8 mois x 136 €	5 800 €

Nous avons également évalué avec l'équipe les *non-productions*, c'est-à-dire les activités ne générant pas de produits au sein du compte de résultat : manque à gagner, défaut de développements... Le tableau ci-dessous présente quelques exemples de *non-productions* évaluées en 2017.

Tableau 2 Exemples de non-productions calculées au sein du Cabinet X.

Dysfonctionnement élémentaire	Détail de la régulation	Coûts cachés évalués
Consultations non facturées	Au moins 2 consultations par jour et par chirurgien non facturées (au moins la base sécurité sociale) pour des raisons diverses (retards, oublis, connaissances...) 4 chir x 2 consultations x 234 jours x 23 €	38 000 €
Glissement de fonction entre chirurgiens/aides opératoires et brancardiers	Temps passé par un chirurgien ou une aide opératoire au brancardage à la place du brancardier 7 pers x 2 fois x 5 min x 46 sem x 136 €	7 000 €
	Temps passé par les aides opératoires à rappeler les brancardiers n'ayant pas correctement nettoyé le bloc. 3 pers x 3 fois x 5 min x 46 sem x 136 €	4 500 €

Pour les évaluer, nous avons réalisé le calcul de l'indicateur *contribution horaire à la valeur ajoutée sur coûts variables* (CHVACV), au cours d'un rendez-vous avec la responsable administrative et le médecin-gérant, correspondant à la valeur générée par une heure d'activité humaine au sein du cabinet. Pour calculer cet indicateur, nous avons retranché au chiffre d'affaires de l'entreprise les charges

variables d'activité, c'est-à-dire les charges qui varient en fonction du niveau d'activité (charges de personnel considérées comme fixes). Le résultat nous a donné la valeur ajoutée sur coûts variables (VACV) qui correspond à la création de valeur par l'entreprise lui permettant de couvrir les charges fixes, la masse salariale, les honoraires des médecins, les obligations sociales et fiscales ainsi que les dividendes des actionnaires. Cette VACV nous l'avons divisée par le nombre d'heures nécessaires pour réaliser l'activité, c'est-à-dire le niveau de chiffre d'affaires réalisé. La valeur obtenue est la *contribution horaire à la valeur ajoutée sur coûts variables* de l'entreprise. Chaque heure passée à réguler un dysfonctionnement ne génère pas cette valeur horaire.

Le résultat de ces deux étapes a été par la suite présenté à l'ensemble des acteurs au cours d'une séance collective sous forme d'effet-miroir (Savall et Zardet, 1987) dans le but de provoquer un choc culturel et de faire prendre conscience des dysfonctionnements du cabinet et de l'impact économique de ces derniers. Le tableau ci-dessous présente la synthèse des coûts cachés regroupés par principaux postes d'analyses.

Principaux dysfonctionnements*		Montant des coûts cachés
ORGANISATION DU CABINET	Défaillance de l'environnement informatique et logiciel	117 060 €
	Manque d'efficacité dans les méthodes de travail	20 340 €
	Difficultés d'accès des patients	159 100 €
GESTION DE LA FACTURATION	Consultations non facturées	38 750 €
	Gestion des impayés (consultation et hospitalisation)	279 200 €
COMMUNICATION COORDINATION CONCERTATION CLINIQUE CABINET	Glissement de fonction avec le personnel de la clinique	17 370 €
TOTAL		631 800 €

Nous avons également présenté par la suite une synthèse des principaux dysfonctionnements, la hiérarchisation de l'effet-miroir (HEM) qui a servi de base pour constituer des pistes d'amélioration.

Voici la synthèse des dysfonctionnements exprimés au sein du cabinet X.

HEM 01. L'agencement et l'accessibilité des locaux ainsi que le système informatique détériorent le service au patient et les conditions de travail du personnel médical.

HEM 02. Le manque de rigueur, d'anticipation, de planification et de suivi de certaines activités conduit à une perte d'efficacité et alourdit la charge d'activité.

HEM 03. Le manque de clarté dans l’attribution des fonctions et des missions, de l’équipe administrative et soignante, impacte l’intérêt du travail.

HEM 04. Défaut de communication-coordination-concertation entre le cabinet et la clinique, entre les associés, et entre le personnel et la direction.

HEM 05. Manque de dispositifs de communication formalisés et défaillance du système de transmission d’information.

HEM 06. Des besoins de formation non satisfaits nuisent au développement de l’autonomie des personnes.

HEM 07. L’absence d’objectifs partagés contribue à expliquer la non finalisation de certains projets.

HEM 08. Manque de stimulation et d’implication du personnel à la stratégie du cabinet.

4.2.2. Détail de la phase projet et de la mise en œuvre

Par la suite, des groupes de travail ont été constitués au sein du cabinet. Ces groupes de travail ont été constitués à la fois avec du personnel sans responsabilité hiérarchique et des associés ou managers. Au nombre de 5, chacun piloté par un membre de la direction (associés) ou l’encadrement (manager) ils avaient pour objectif de proposer des solutions d’améliorations et de préparer leur mise en œuvre. Au total 6 séances de groupe de projet ont eu lieu sur la période.

Les résultats des groupes de travail ont donné lieu à une validation, tant qualitative que financière par la direction, et des actions de changements ont été mises en œuvre dans la période.

Pour cela, nous avons fait le choix d’inciter l’entreprise à modéliser un outil de pilotage stratégique, le PASINTEX (Plan d’Actions Stratégiques Internes et Externes) afin de piloter la mise en œuvre effective de ces propositions d’actions. Par la suite, nous avons réalisé des séances de pilotage de l’avancement des actions jusqu’à la fin de la première phase. La figure ci-dessous présente un extrait de cet outil de pilotage stratégique.

Figure 2 Extrait du Plan d'Actions Stratégiques Internes et Externes du cabinet X. (2018)

Axe stratégique	Objectif prioritaire	Action prioritaire	Porteur	2018		2019		2020	
				S1	S2	S1	S2	S1	S2
Augmentation de l'activité	Favoriser la visibilité du cabinet	Améliorer et développer le site internet (mise à jour, incorporer vidéos robots, pancréas, foie, thorax, endocrin...)...	Dr. 1	X					
		Développer l'activité bariatrique	Dr. 2		X	X	X		
	Développer l'activité du cabinet	Développer l'activité foie	Dr. 3				X	X	X
		Développer la clientèle étrangère	Dr. 4			X	X	X	
		Se renseigner pour faire de la publicité ou de l'information patients	Resp. Admin.		X				
		Créer une activité sur un autre site	Dr. 5	X	X	X	X		
Améliorer de la productivité et le mieux-être au travail	Améliorer la base de données patients du cabinet	Regrouper les bases et créer base commune	Resp. Admin.			X			
	Envisager base patients commune avec l'hôpital	Avoir accès aux infos patients de tous les cabinets	Dr. 1				X	X	
	Développer la communication avec les cabinets partenaires	Radiologues	Dr. 3		X	X			
		Anesthésistes				X	X		
	Avoir une meilleure communication au bloc opératoire	Prévoir communication avec brancardage, pour matériels...	Dr. 2	X					
	Mettre en place une communication en interne régulière	Créer un système d'échanges simple pour gestion des planning, bloc, heures sup, créneau supp, absence...	Dr. 1	X	X				
	S'occuper mieux de la sortie des patients	Créer un secrétariat externalisé	Resp. Admin.					X	X

4.2.3. Détail du processus d'évaluation

À l’issue de cette première phase de la recherche-intervention, nous avons procédé à une évaluation qualimétrique (Savall et Zardet, 2004), c’est-à-dire une évaluation qualitative, quantitative et financière des réalisations marquantes effectuées par l’entreprise dans la période.

L'objectif de cette étape est de faire prendre conscience aux acteurs de l'entreprise de leur capacité de réalisation d'actions d'améliorations mais également de mesurer l'écart entre une situation à T0 et à T1. Cette séance a également donné lieu à une présentation du retour sur investissement des actions de changements par l'évaluation du niveau de recyclage des coûts cachés en valeur ajoutée.

Par la suite, la seconde phase de la recherche-intervention a démarré mais il ne s'agit pas de l'objet de cette communication.

Nous avons dès lors identifiés trois leviers d'amélioration qui nous ont servi à classer les réalisations marquantes recensées. Le premier volet concerne l'amélioration de la qualité du management. Le second, l'amélioration de la qualité du fonctionnement et enfin le troisième concernant l'amélioration de la qualité des produits/services (Savall et Zardet, 1987). Nous vous présentons par la suite quelques exemples de réalisations marquantes classées par levier d'amélioration.

Améliorations de la qualité du management (2018 uniquement)

- Amélioration de la communication au sein de l'équipe par la mise en place d'une réunion hebdomadaire avec le staff administratif.
- Déploiement d'un outil de pilotage de la stratégie : PASINTEX (voir ci-dessus)
- Organisation de séminaires collectifs bi-annuels avec toute l'équipe
- Mise en place d'un roulement permettant le passage au bloc opératoire des secrétaires médicales qui a permis d'améliorer leurs connaissances du service de chirurgie hospitalisation.
- ...

Améliorations de la qualité de fonctionnement (2018 uniquement)

- Mise en place d'une base de données commune avec l'établissement de santé partenaire au niveau des patients
- Mise en place d'un bureau secrétaire au sein de l'établissement de santé partenaire avec une secrétaire sur place
- Harmonisation des créneaux opératoires
- Création de protocoles pour harmoniser les dossiers d'hospitalisation
- Création de protocoles pour l'installation des patients au bloc opératoire
- Déploiement d'un calendrier de formation d'un instrumentiste à la chirurgie robotique
- Pilotage régulier des internes
- ...

Améliorations de la qualité des produits/services (2018 uniquement)

- Modification du site internet
- Mise en place d'un texto de confirmation et d'un rappel à J-1 des consultations.
- Ouverture d'un nouveau site de consultation
- Etablissement d'un nouveau partenariat avec un établissement de santé privé
- Intégration de deux nouveaux associés permettant l'ajout de disciplines chirurgicales

5. DISCUSSION

5.1. Le cabinet médical libéral est-il une entreprise comme une autre ?

En effet, la rareté d'informations disponibles à ce sujet (Salmeron, et al., 2018 ; 2019 ; 2020) et le manque de littérature en sciences de gestion sur ce thème a été le fil rouge de cette communication. Pour cela nous avons fait le choix de réaliser une recherche-intervention telle que pratiquée par le centre de recherche ISEOR dans le respect du protocole méthodologique afin de pouvoir valider notre hypothèse. Ainsi, nous avons réalisé l'étude suivante.

Nous sommes partis de l'expression des acteurs relevée au cours de la phase de diagnostic, les phrases-témoins, que nous avons classées par idées clés génériques différentes. Le tableau suivant présente cette classification par thème de dysfonctionnements.

Tableau 3 Classement des idées clés du Cabinet X par thème de dysfonctionnement (Savall et Zardet, 1987)

Thèmes de dysfonctionnements	Idées-clés / thème en %
Conditions de travail	9 %
Organisation du travail	22 %
Communication-coordination-concertation	22 %
Gestion du temps	16 %
Formation intégrée	3 %
Mise en œuvre stratégique	28 %
TOTAL	100 %

Nous remarquons que la variété des dysfonctionnements spontanément exprimés (idées clés génériques différentes) est majoritaire sur les thèmes organisation du travail, communication-coordination-concertation et mise en œuvre stratégique ce qui peut signifier une attente particulière sur ces sujets de la part des acteurs de l'entreprise.

Afin de pouvoir étayer notre hypothèse nous avons comparé nos résultats avec ceux cumulés par l'ISEOR depuis 1974 publiés au sein du livre Maîtriser les coûts et les performances cachés (6^{ème} édition). Le tableau ci-dessous présente une adaptation graphique de ces résultats.

Tableau 4 Extrait et adaptation des idées-clés totales de l'ISEOR (source Savall et Zardet, 1987)

Thèmes de dysfonctionnements	Idées-clés / thème en % (Général ISEOR)
Conditions de travail	15 %
Organisation du travail	19 %
Communication-coordination-concertation	19 %
Gestion du temps	11 %
Formation intégrée	8 %
Mise en œuvre stratégique	28 %
TOTAL	100 %

Nous observons que la variété des idées clés (dysfonctionnements différents) obtenus au sein du Cabinet X. se rapproche de ce qui a déjà été comparé au niveau de l'ensemble des cas du centre de recherche ISEOR. Cela nous permet d'affirmer que les dysfonctionnements différents (idées clés génériques) relevés au sein du cabinet médical X. s'inscrivent dans la même tendance que la capitalisation des résultats du centre de recherche ISEOR.

Ainsi, un cabinet médical dysfonctionnant comme d'autres entreprises semble bien être à ce titre, une entreprise comme une autre.

5.2. Mobiliser des médecins dans la recherche de performance organisationnelle

Au cours de cette recherche-intervention, nous avons identifié des variables clés qui se doivent d'être ici explicitées. La première consiste à faire participer des médecins-chirurgiens au sein d'un processus de changement organisationnel itératif. La rédaction d'un bilan d'étape ne rend pas toujours suffisamment compte d'une réalité bien souvent différente. Cela se traduit très simplement par la difficulté de pouvoir regrouper ensemble dans un même espace-temps des acteurs qui ne se croisent presque jamais compte tenu de l'intensité opérationnelle des activités. En cela, le cabinet X. a réussi, à de multiples reprises, l'exercice afin d'engager une réelle animation des équipes.

5.3. Vers la professionnalisation du rôle de manager médecin au sein d'un cabinet médical libéral

Nous souhaiterions approfondir la question de l'enseignement de la gestion en faculté de médecine qui, à l'heure actuelle, reste peu développée, en particulier sur ce qui concerne le management opérationnel et stratégiques. En effet, cela peut contribuer à accentuer une fragilité opérationnelle ou stratégique des cabinets médicaux qui auraient dès lors une appétence plus forte pour des logiques court-termistes.

Cette communication constitue le point de départ d'une recherche plus approfondie sur les leviers de professionnalisation de la fonction de manager au sein des cabinets médicaux d'exercice libéral.

Enfin, nous souhaiterions étendre cette réflexion sur le rôle du cabinet médical au sein de son territoire et les différents leviers de résolution de problèmes médico-socio-économiques comme celui de la désertification médicale.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Cappelletti, L. et Khouatra, D. (2009). L'implantation d'un système de contrôle de gestion au sein d'entreprises libérales : cas des offices de notaires. *Comptabilité Contrôle Audit*, 1(1), 79-103. <https://doi-org.ezscd.univ-lyon3.fr/10.3917/cca.151.0079>
- Cappelletti, L., Noguera, F. et Plane, J. (2012). La normalisation du management des ressources humaines : le cas des professions libérales réglementées. *Revue de gestion des ressources humaines*, 3(3), 36-52. <https://doi-org.ezscd.univ-lyon3.fr/10.3917/grhu.085.0036>
- Delattre M., Roche A. (2018), « *La petitesse des entreprises, un véritable atout ?* », 7ème Colloque international AOM-ODC-ISEOR, Lyon, France.
- Delattre M., Roche A. (2018), « *Proximité dans les TPE ? Oui, mais la bonne ?* », 15ème Congrès ADERSE, Paris, France.
- Delattre M., Zardet V. (2015), « Professional Architects: Normative dispossession of an art trade is not inevitable » (Chap.11), in *Organizational Change and Global Standardization: Solution to Standards and Norms - Overwhelming Organizations*, Editing by David Boje, Routledge, 2015, pp.186-195.
- Delattre M., Zardet V., Petit R. (2015a), « Ar(t)chitectes et management : histoires d'introduction d'outils de management chez les architectes », revue *Gérer et comprendre*, publication Juin 2015, 18 p
- Delattre M., Zardet V., Petit Renaud (2015b), « *Architectes : l'art et la règle, quelle cohabitation ?* » (Chapitre 10) in *Dynamique normative : Arbitrer et négocier la place de la norme dans l'organisation*. Ouvrage collectif coordonné par Laurent Cappelletti, Benoît pigé, Véronique Zardet, 2015, EMS, pp.133-142
- Mithieux F. et Demauve E. (2019) « *Accueil et formation en alternance* » in Savall, H. et Zardet, V. (2019) *Comment travailler ensemble, les défis de l'intergénération*. Paris : éditions Management et Société (EMS)
- Noguera, F. et Tronc, B. (2019). Les nouveaux défis des cabinets d'odontologie : vers une normalisation du management et de la GRH. *Management et Avenir*, 4(4), 171-194. <https://doi-org.ezscd.univ-lyon3.fr/10.3917/mav.110.0171>
- Penrose, E., (1959). *The theory of the Growth of the firm*. London: Basil Blackwell.
- Petit R., Delattre M., Ruat T. (2015a), « Adaptation of HORIVERT to architects Profession » (Chap.12) in *The Socio-Economic Approach to Management Revisited: The Evolving Nature of SEAM in the 21st Century*, Research in Management Consulting, Edited by AF Buono et H Savall, IAP, 2015, pp. 239-263.
- Petit R., Delattre M., Ruat T. (2015b), « *Management Consulting Interventions in Architects' Practices* », AOM annual Meeting, 7-11 August 2015, Vancouver, Canada.
- Salmeron, J-C, Savall, H. et Petit, R. (2020). Broaden sight of physicians about organizational innovation : case study of a medical office. Paper presented *Annual Meeting of Academy of Management, Management Consulting Division* (virtual edition), August 2020.
- Salmeron, J-C, Savall, H., Zardet, V. et Petit, R. (2019). Innovation Management in Medical Offices. From Organizational Dysfunctions to Strategic Innovations: Intervention-Research Case. *Colloque AOM-ISEOR, Management Consulting Division*, Juin 2019, Lyon (France).

- Salmeron, J-C, Savall, H., Zardet, V. et Petit, R. (2021). *La responsabilité sociale du médecin libéral à l'aube de la télémédecine : cas d'un cabinet de chirurgie générale*. 17^{ème} et 18^{ème} Congrès de l'ADERSE, Juillet 2021, Évry (France).
- Salmeron, J-C, Zardet, V., Petit, R. et Caumeil, V. (2018). Comment intéresser les médecins libéraux à l'innovation stratégique, organisationnelle et managériale ? Cas d'un processus d'innovation socio-économique dans un cabinet d'exercice libéral. *XXIX^{ème} Congrès ALASS*, Septembre 2018, Lyon (France).
- Savall H. (1974). *Enrichir le travail humain : l'évaluation économique*. Paris : Dunod. 5^o édition, Economica, 1989.
- Savall, H. et Fièrè, D. (2014). Étude comparative de méthodologies de recherche en médecine et en gestion. Cas de la recherche-intervention socio-économique d'ordre qualimétrique. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 5(5-6), 354-370. <https://doi-org.ezscd.univ-lyon3.fr/10.3917/jgem.145.0354>
- Savall, H., et Zardet, V. (1987, 2004, 2007, 2015). *Maîtriser les coûts et les performances cachés*, 6^{ème} éd., Paris : Economica
- Savall, H., et Zardet, V. (1995, 2005). *L'ingénierie stratégique du roseau*. Paris : Economica, 1^{ère} ed. 1995
- Savall, H., et Zardet, V. (2004). Recherche en Sciences de Gestion : Approche Qualimétrique, observer l'objet complexe. Paris : Economica
- Tronc B., Delattre M., (2016), « *Renouveau du Leadership et direction partagée : le cas d'une SCP de dentistes* », 27^{ème} Congrès de l'AGRH 2016 : retour vers le futur, EM Strasbourg, 19-21 octobre 2016, Strasbourg, France, 16 p.
- Tronc, B., Delattre, M. (2017), « *Manager face aux normes professionnelles : le cas de deux professions libérales* », 28^{ème} Congrès de l'AGRH, Aix-en-Provence, France.