



**HAL**  
open science

## Comment repenser la chaîne de valeur globale à l'hôpital: Etude exploratoire

Maud Poil Burtin, Olivier Bachelard

### ► To cite this version:

Maud Poil Burtin, Olivier Bachelard. Comment repenser la chaîne de valeur globale à l'hôpital: Etude exploratoire. 22e Université de Printemps de l'Audit Social, IAS, Institut International de l'Audit Social, May 2021, Brest, France. 11 p. hal-03240323

**HAL Id: hal-03240323**

**<https://hal.science/hal-03240323>**

Submitted on 28 May 2021

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## 22<sup>e</sup> Université de Printemps Brest mai 2021

### Audit Social et RSE au travers du prisme de la chaine de valeur globale.

---

**Titre :** Comment repenser la chaine de valeur globale à l'hôpital : Etude exploratoire

Maud POIL BURTIN :

Doctorante, Université de Lyon, Jean Moulin, iaelyon, Magellan

Action Learning Mentor EM Lyon Business School ([poilburtin@em-lyon.com](mailto:poilburtin@em-lyon.com))

Olivier BACHELARD :

Professeur EM Lyon Business School ([obachelard@emlyon.com](mailto:obachelard@emlyon.com))

#### Résumé :

Comprendre les enjeux du management à l'hôpital, c'est comprendre les pressions qui s'exercent sur les soignant dans un contexte mouvant de contraintes économiques budgétaires et de nouvelles contraintes de performance, tout en tentant de réorganiser les métiers de santé face à une pénurie du personnel soignant.

Face à ces notions d'efficacité et productivité, nouvelles pour l'Hôpital, on voit à travers l'application de la chaine de valeur de Porter, que la ressource principale de l'hôpital se trouve dans ses ressources humaines, et que la finalité de ce processus n'est autre qu'une bonne qualité de soin mais aussi la satisfaction du personnel. Il faut alors s'employer à développer un environnement organisationnel favorable au bien être, à la satisfaction du personnel et à la qualité des soins, un environnement où chacun maîtrise son rôle. L'exemple de l'hôpital magnétique nord-américain, révèle certains facteurs clé de succès, de cette nouvelle organisation hospitalière qu'il apparait urgent de mettre en place.

Understanding the challenges of hospital management implies understanding the pressures on healthcare professionals in a changing contexte of economical and new performance constraints, while attempting to recognize the health professions that are facing a shortage of health care workers.

In front of these notions of efficiency and productivity, that are new for the Hospital, the application of the Porter value chain shows that the main resource of the Hospital is its human resources, and that the purpose of the Porter Value chain process is not only a good quality of care but also healthcare professionals satisfaction. It is then necessary to strive to develop an organizational environment conducive to well-being, staff satisfaction and quality of care, an environment in which everyone is in control. The example of the North American magnetic hospital, reveals certain key factors of success, of this new hospital organization that it seems urgent to set up.

**Mots Clés :** Service Public, management public, hôpital magnétique, chaine de valeur, Bien-être, adhocratie, ambiguïté de rôle.

Pour comprendre les enjeux d'actualité du management à l'hôpital, il est important de revenir sur l'évolution contextuelle et législative source de tension et profonde mutation. Au point de départ se trouve la volonté de modernisation sur service public initié par M. ROCARD en 1989. Les dispositions législatives successives et nombreuses (1970, 1991, 1996, 2020, 2005, 2008) contribuent à réorganiser spécifiquement la structure de l'hôpital français. En effet, ce dernier doit à présent faire face à contraintes économiques budgétaires et des contraintes de performance (BARTOLI.A et BLATRIX.C, 2015) ainsi que réorganiser les métiers de santé face à une pénurie du personnel soignant.

Dans un contexte hospitalier marqué par de fortes tensions budgétaires, comment favoriser un environnement organisationnel favorable au bien être, à la satisfaction du personnel et à la qualité des soins ?

Nous tenterons d'apporter des éclairages à cette problématique.

Tout d'abord, nous allons reprendre des définitions de cadrage sur les spécificités et enjeux du service public dans un contexte mouvant. Il s'agit là de comprendre la notion de service public, la mission de l'hôpital afin de pouvoir aborder les enjeux et paradoxes de cette organisation bureaucratique qui doit se transformer sous le coup de réformes successives.

Dans une deuxième partie nous explorerons la littérature, les concepts pouvant être appliqués pour y apporter des éléments de réponse.

Face à ces injonctions inédites d'efficacité et productivité, pourquoi pas d'adapter à l'hôpital, la chaîne de valeur de Porter, processus permettant la satisfaction du personnel et des patients ainsi qu'une bonne qualité de soin.

Le bien-être, « non plus simplement considéré comme la récompense d'un effort, mais, comme la ressource même qui rend possible la performance durable » selon NADISIC, T doit être ajouté à l'équation. En effet, même si la vocation de service public persiste les soignants manquent de sens et de reconnaissance à l'exécution d'actes prescrits. (PIERRON J.P., VINOT D., CHELLE E., 2020)

L'hôpital doit faire face à son organisation interne complexe dans laquelle interviennent plusieurs acteurs clés, administratif, corps soignant et corps médical possédant des compétences et capacités d'influence différentes et d'ampleur inégale. (MINTZBERG, 1989)

L'imbrication de rôle multiple des différents acteurs favorise les ambiguïtés de rôle. En effet, chaque acteur de l'organisation occupe une position précise qui implique un rôle, un ensemble de tâches (MIREMONT M.C., VALAX M., 2015). Il peut arriver que chaque individu ne maîtrise pas les tâches liées à sa position et ne sache pas précisément ce que l'on attend de lui. On parle de conflit de rôle, cela peut être un risque pour l'organisation à court terme. (BACHELARD, 2017)

Après la description de l'hôpital magnétique, dans une troisième partie, nous terminerons par une projection dans l'analyse en précisant tout d'abord la méthodologie choisie, l'outil support que nous utiliserons ainsi que les différents champs exploratoires.

## **1 HOPITAL, UN SERVICE PUBLIC DANS UN CONTEXTE MOUVANT**

Tout le monde parle du service public, mais à quoi est cela correspond-il réellement ? On pourrait en donner plusieurs définitions. Nous allons nous concentrer sur le principe de base le définissant : Le service public c'est l'égalité pour tous du traitement, de l'accès et de la prestation elle-même.

A ce stade, il apparaît intéressant de s'attarder sur les spécificités du service public BARTOLI.A et BLATRIX.C (2004), inhérentes à toutes les organisations de service public :

- Ces organisations reposent sur l'intérêt général.
- Le profit n'est pas la finalité dans la définition de l'activité.
- Les activités de ces organisations sont dépendantes du contrôle de tutelles.
- Le personnel est régi par des statuts spécifiques et codifiés
- Ces organisations n'ont pas connaissance de « l'enjeu économique de survie » connu dans les PME
- Et enfin, la taille de ses institutions et leur dépendance au pouvoir public provoquent leur lourdeur.

Ces organisations publiques traduisent trois tendances de base. En effet, elles exercent des fonctions de services plutôt que de la fabrication, dans un environnement complexe, contraignant et marqué par des barrières à l'entrée. Elles sont de taille généralement importante ce qui leur procure une certaine complexité en lien avec leur lourdeur et leur inertie.

L'hôpital représente 21% du service public.

## **1.1 Le Service public et ses spécificités**

### **1.1.1 Organisation bureaucratique professionnelle**

Déjà dès 1975 (Mintzberg, 1975), qualifie le milieu hospitalier comme un ensemble de bureaucratie professionnelle où la logique de métier et le l'indépendance des qualifications l'emporte sur celles des tâches répétitives et des échelons hiérarchiques.

### **1.1.2 Le Management spécifique du service public**

Le management public est assez spécifique et encore plus depuis qu'on cherche à y introduire des notions d'efficacité.

D'ailleurs, parle-t-on de gestion ou de management ?

Au sein du service public, on parle plus facilement de gestion que de management. D'après (BARTOLI.A et BLATRIX.C, 2004) la gestion correspond à l'ensemble des fonctions et techniques consistant à combiner des moyens pour l'obtention d'un résultat produit par une organisation donnée (RH, finances, équipement ...).

Le management public reviendrait alors à « correspondre à l'ensemble des processus de finalisation, d'organisation, d'animation, et de contrôle des organisations publiques visant à développer leur performance générale et piloter leur évolution dans le respect de leur vocation ».

La notion de management se crée à travers des outils du secteur privé amenés par les consultants, revient plutôt à optimiser le fonctionnement des institutions. Le management accorde de l'importance à la gestion des personnes et aux relations internes et externes des organisations

Le défi majeur du management public est de concilier les nécessaires mouvements de modernisation et la raison d'être de l'action publique autour de l'intérêt général tout en tenant compte des facteurs de motivation et d'attachement des agents et des citoyens (BARTOLI.A et BLATRIX.C, 2004). Pour avancer dans le fonctionnement plus performant le management est de plus en plus considéré comme un véritable levier nécessaire. (Rocard 1989)

## **1.2 Contexte mouvant, succession de Reformes**

Pour comprendre les enjeux du management à l'hôpital, il est important de revenir sur l'évolution contextuelle et législative source de tension et profonde mutation. Au point de départ se trouve la volonté de modernisation sur service public initié par M.Rocard en 1989.

Les dispositions législatives successives et nombreuses (1970, 1991, 1996, 2020, 2005, 2008) contribuent à réorganiser spécifiquement la structure de l'hôpital français.

En effet, ce dernier doit à présent faire face à contraintes économiques budgétaires et des contraintes de performance (BARTOLI.A et BLATRIX.C, 2015)

## **2 EXPLORATION DE LA LITTÉRATURE**

### **2.1 Chaîne de valeur**

#### **2.1.1 Chaîne de valeur : Principe et définition**

A l'origine, PORTER, M 1985 a créé le concept de chaîne de valeur pour permettre à chaque entreprise d'analyser successivement l'ensemble de leur activité afin d'améliorer autant que possible chacune des étapes en vue de constituer et d'optimiser un avantage concurrentiel.

C'est un outil de management stratégique qui sert à identifier ou se crée le plus de valeur pour le client dans l'entreprise et d'affecter les ressources le plus efficacement tout au long de la chaîne de valeur.

Pour (PORTER M, 1985) on peut y distinguer 2 types d'activités impliquées : Les activités principales qui sont celles qui concourent directement à la création matérielle et à la vente du produit. Et les activités de soutien ou support : elles viennent en appui de l'activité principale et forment l'infrastructure de la firme. Les trois principaux objectifs de cette analyse sont l'amélioration des services, la réduction des coûts et la création de valeur.

Connues sous la dénomination de « pôles » neuf grandes fonctions génératrices de valeur constituent le modèle de la chaîne de valeur de Porter. Ces neuf pôles sont divisés en deux catégories : les activités de base au nombre de 5 et qui interviennent dans la valeur ajoutée du produit final. La 2<sup>e</sup> catégorie correspondant aux activités de soutien participant de façon indirecte à la création de valeur ajoutée finale.

La marge représente la différence entre la valeur finale du produit et l'ensemble des coûts qui y sont attribués.

La chaîne de valeur de Porter est un modèle adaptable et même si la terminologie « fabrication » peut laisser croire que son application est exclusivement dédiée à la production, elle fonctionne très bien avec les services. On peut donc aussi essayer de l'appliquer aux administrations.... C'est ce que nous allons faire, mais avant cela nous allons revenir sur la finalité de la chaîne de valeur. Outil stratégique nécessaire aux organisations en quête de valeur ajoutée de leurs activités ainsi que de réduction des coûts de production, la chaîne de valeur peut se définir comme l'étude précise des activités de l'entreprise afin de mettre en évidence ses activités clés, c'est-à-dire celles qui ont un impact réel en termes de coût ou de qualité et qui lui donneront un avantage concurrentiel. Dès lors que cet outil s'interroge la performance au regard de l'utilisation de ses ressources dans la création de valeur au sein de l'organisation, on lui loue un objectif de productivité.

#### **2.1.2 Mise en pratique du concept de la chaîne de valeur à l'Hôpital**

D'ordinaire réservé au monde de l'entreprise et à la stratégie, la chaîne de valeur pourrait apparaître un peu inadaptée à l'hôpital. Pourtant, il est intéressant de l'y appliquer.

Définissons tout d'abord le champ. Comment pourrait-on définir le processus de l'Hôpital ? Processus permettant la satisfaction du personnel et des patients ainsi que la bonne qualité de soin.

L'hôpital est un ensemble de ressources rares et limitées de nature humaines, techniques financières et immatérielles.

L'Hôpital est un lieu de connexions, d'interactions multiples entre les différentes activités, entre les nombreux acteurs et aussi un lieu d'imbrication de rôle multiple d'acteur tel que :

Le Président du conseil d'administration en lien avec le Maire

Le Directeur de l'Etablissement en lien avec les Hautes écoles de Santé

L'ARS qui joue le rôle de la tutelle, l'assistance maladie celui du payeur.....

On est bien face à une organisation très hétéroclite, on aperçoit aussi en toile de fond se dessiner sa complexité.

Un des principaux défis de l'hôpital se trouve alors dans la coordination permanente de l'ensemble des ressources humaines matérielles et financières de l'organisation et de motiver ou garder motiver sa principale ressource qui est ses collaborateurs.

### 2.1.3 Schématisation de la chaine de valeur de l'Hôpital



On peut se demander s'il est pertinent d'appliquer un tel processus à un service public.

La chaîne de valeur appliquée à l'hôpital se distingue par la spécificité de ses fonctions support : les fonctions traditionnelles support de l'activité ainsi que les fonctions liées aux différentes spécialisation et métiers présents dans l'hôpital.

VAN CAILLIE.D, 2014 complète d'ailleurs la chaîne de valeur classique en précisant les fonctions support transversales à l'hôpital.

Selon lui, elles sont à la fois au niveau de sa gestion stratégique (gestion de l'institution hospitalière) au niveau opérationnel (services métiers et support techniques transversaux) et au niveau du métier. Le support à la gestion regroupant correspond à la gouvernance, la gestion financière, contrôle de gestion, la stratégie d'efficience et RSE

Le support opérationnel correspond à la gestion de RH, gestion des infrastructures.

Le support au métier correspond lui à la gestion de la qualité des risques, la pharmacie hospitalière, les soins infirmiers.

L'hôpital doit combiner en permanence des ressources humaines et techniques de pointe et hyper qualifiées et coordonner au quotidien des ressources toujours trop rare en fonction d'un flux de patients difficile à anticiper. Sa principale ressource se trouve dans ses collaborateurs et sa valeur dans la satisfaction du patient, son efficience et le bien-être de ses soignants.

Appliquer ce concept à l'hôpital permet surtout de prendre conscience de l'importance de la coordination dans cette organisation, où chaque maillon de l'entreprise apporte une valeur à optimiser.

## **2.2 Structure des organisations selon Mintzberg**

Comprendre une organisation c'est comprendre qu'il n'y a pas de modèle universel d'une organisation ni de réponse universelle aux problématiques rencontrées dans l'organisation. Les structures des organisations sont très variées. Il existe des variables propres et spécifiques à chaque organisation, c'est ce que MINTZBERG, 1982 appelle les facteurs de contingence qui influencent les caractéristiques d'une organisation. Par exemple, la taille de l'organisation : plus elle est grande, moins elle est flexible et plus elle nécessite de la coordination. Les formes d'organisation dépendent donc des conditions auxquelles elles sont confrontées, c'est la théorie de la contingence.

### **2.2.1 L'hôpital, bureaucratie professionnelle selon MINTZBERG**

Pour MINTZBERG, H. 1980, Il y a 5 éléments de base de l'organisation. Ces éléments de base correspondent à des groupes d'acteurs exerçant une fonction et dotés de moyens de coordination internes.

Ces moyens de coordination, associés aux différents éléments de l'organisation et aux variables contingentes, aboutissent selon lui à 5 structures organisationnelles :

Structure simple, Bureaucratie mécaniste, Bureaucratie professionnelle, Structure divisionnelle et adhocratie.

Le fonctionnement des organisations revient alors à une problématique récurrente de coordination entre les différents éléments de base.

Chaque configuration va avoir un mécanisme principal de coordination, une partie clé de son organisation et un type de décentralisation. Dans cette approche, l'hôpital serait une bureaucratie professionnelle.

La structure de l'organisation n'est pas figée, elle évolue fonction de l'environnement, de la maturité de l'organisation. Une organisation peut revêtir plusieurs structures en fonction des services, ce qui se vérifie complètement à l'hôpital.

On observe aujourd'hui des transformations qui rendent plus souples des organisations historiquement bureaucratiques.

### **2.2.2 Adhocratie impacte positif sur la productivité**

Le principe d'adhocratie s'oppose à la bureaucratie. Apparue dans les années 60 et popularisée TOFFLER.A au travers d'une étude « le Choc du futur » en 1970. Pour lui, l'essor de l'adhocratie est une conséquence directe de l'accélération de l'évolution de la société dans son ensemble".

L'adhocratie c'est un « mode de travail dans un entreprise ou une organisation qui utilise des compétences pluri disciplinaires, spécialisées et transversales pour conduire des missions précises ou réaliser des projets, comme par exemple la recherche d'efficacité en matière de gestion, la résolution de problème. ». Tout ceci n'est d'ailleurs pas très éloigné de la définition que faisait Mintzberg de l'adhocratie, selon ses critères spécifiques de coordination.

Une des spécificités principales de l'adhocratie se trouve dans son management : très souple, favorisant l'innovation, la responsabilisation, le développement de soi.

Mise en place dans des contextes d'environnement instables et complexes, l'adhocratie s'appuie sur une organisation flexible, multidisciplinaire, innovante ainsi que sur un ajustement permanent entre les différents acteurs.

Cette structure d'organisation a un réel impact sur la productivité et l'efficacité. On a pour habitude de la voir dans des organisations jeunes en mode Start up.

Cependant ses caractéristiques et bénéfiques laissent à penser que son utilisation pourrait être appliquée à des secteurs « plus traditionnels » voire historiquement bureaucratiques comme l'hôpital.

On est relativement éloigné de l'image de l'hôpital aujourd'hui, mais nous verrons avec l'exemple de l'hôpital magnétique que ce mode de coordination n'est pas antinomique avec l'hôpital et qu'elle peut même avoir un impact bénéfique sur la productivité et le bien-être.

### **2.3 Le bien-être au travail rend possible la performance globale**

L'organisation, comme les relations de travail ou l'activité peuvent induire des Risques Psycho-Sociaux. Dans le rapport demandé par le Ministère du Travail, emploi et santé à GOLLAC & BODIER en 2011, il apparaît 5 facteurs favorisant ces RPS : l'intensité et le temps de travail, l'exigence émotionnelle, l'autonomie et la marge de manœuvre, les rapports sociaux et les relations de travail et enfin l'insécurité socio-économique. On voit bien de ce constat que l'hôpital est le terrain de conditions dangereuses et de mal-être, qui impactent forcément la productivité et la qualité des soins. Si l'on reprend les éclairages de NADISIC.T, « le bien-être n'est plus simplement considéré comme la récompense d'un effort, mais, ..., comme la ressource même qui rend possible la performance durable » (BACHELARD, O 2017). Vision relativement disruptive et moderne du travail au travers le bien-être. Pour NADISIC.T, il existe 5 leviers pour un bien-être au travail, qui favorisent la performance au travail et la performance organisationnelle, comme :

- L'engagement au travail, aimer son travail et s'y engager
- L'émotion positive contagieuse aura un bénéfice sur la performance de l'organisation- Qualité des relations, et principalement celle entretenue avec son manager
- Le sens de l'action, comprendre pourquoi je fais avant comment je fais
- Management délatif orienté vers l'accomplissement, « des réussites concrètes qui donnent à chacun envie d'aller plus loin »

Face à la crise de l'hôpital aujourd'hui, on observe que ces conditions sont rarement voire jamais réunies. Sommes-nous là aussi face à un élément constitutif de la crise de l'Hôpital ?

Toujours selon NADISIC.T, « les transformations de l'environnement des organisations publiques, ..., représente une opportunité. Le type de management qui peut leur permettre de faire face à de nouveaux enjeux est en effet positif ». « Il s'avère que dorénavant ces deux buts du bien-être des collaborateurs et de la performance organisationnelle sont compatibles. ». Une organisation bureaucratique peut donc produire de la performance en créant un bien-être au travail.

Que pourrait être le Bien Être appliqué à l'hôpital ? On voit au travers de l'exemple de l'hôpital magnétique que le Bien Être au travail est possible et qu'il favorise non seulement la satisfaction du personnel mais aussi la qualité des soins et donc la satisfaction du patient.



## **2.4 L'hôpital théâtre d'ambiguïtés de rôle**

Avant de comprendre l'importance des conflits et ambiguïté de rôle dans le fonctionnement d'une organisation, nous allons reprendre les définitions :

Le comportement de chaque individu est guidé par ses attentes et celles de son environnement. C'est ces attentes que l'on appelle « rôle »

Pour (KATZ & KAHN, 1964) le rôle est un ensemble de comportements attendus. L'organisation est donc par extension un système de rôles. « Les acteurs interprètent des rôles prédéterminés, qu'ils incarnent individuellement de diverses façons » MINTZBERG.H, 1982

« Les rôles sont en quelque sorte des règles et des normes qui guident le comportement dans des situations spécifiques. Les rôles précisent également quels objectifs sont poursuivis, quelles tâches doivent être accomplies, et quelle performance est attendue dans une situation donnée. Une bonne partie du comportement des individus peut donc être prédite par les rôles ».

Chaque acteur de l'organisation occupe une position précise qui implique un rôle, un ensemble de tâches. Il peut arriver que chaque individu ne maîtrise pas les tâches liées à sa position et ne sache pas précisément ce que l'on attend de lui. C'est ce qu'on appelle une ambiguïté de rôle : une imprécision de la tâche. Elle est principalement liée à une information manquante associée à une mauvaise communication.

L'ambiguïté de rôle est un facteur de risque pour l'organisation et ses acteurs mais aussi une source de stress et tension favorisant le mal être au travail ainsi que la perte d'efficacité et de productivité.

On parle de conflit de rôle, quand l'individu doit jouer simultanément des rôles incompatibles, ou bien lorsque l'individu est soumis des pressions, qui le poussent à jouer un rôle au détriment d'un autre. Cela peut être la conséquence d'ordre contradictoire, un phénomène assez banal, par exemple. Les facteurs de risques sont identiques aux ambiguïtés de rôle.

Ambiguïtés et conflits de rôle ont bien évidemment des conséquences sur l'organisation et entraînent un dysfonctionnement. Elles sont ainsi qualifiées de « négatives », dans la mesure où ils diminuent la satisfaction, la motivation, la performance, et accroissent les intentions de départ ainsi que le stress. L'hôpital de par ses multiples connexions et acteurs ne peut alors qu'être un théâtre d'ambiguïtés et conflits de rôle qui favorise et entretient un certain mal être au travail.

## **3 L'HÔPITAL MAGNETIQUE, UNE STRUCTURE ADHOCRATIQUE AU LEADERSHIP PARTAGÉ**

### **3.1 Définition de l'hôpital magnétique**

Dans les années 80, suite à une prise de conscience, une étude qualitative est menée aux Etats Unis auprès de 41 hôpitaux réputés « attractifs » (BRUNELLE.Y, 2009). De celle-ci ressort que certains problèmes de gestion du personnel infirmier liés à un roulement élevé étaient très rependus dans certains hôpitaux.

Cependant, certains établissements réussissent mieux, gardant assez facilement leur personnel infirmier. On parle alors des hôpitaux magnétiques qui tirent leur nom de l'attraction et de l'attractivité qu'ils exercent.

Ces hôpitaux magnétiques réussissaient en imaginant des organisations de soins qui fonctionnaient comme des « aimants » pour la profession d'infirmier : Ils étaient capables

d'attirer et de retenir des personnels correctement qualifiés, alors que globalement il y a une pénurie d'infirmières et/ou un fort turn-over» (McCLURE et AL., 1983)

La profession d'infirmière est actuellement peu prisée. Les difficultés de recrutement accentuent la pression sur les soignants en place et contribuent à détériorer d'avantage le milieu et augmentent les perceptions négatives externes conduisant à une fuite de la profession. Face à ce phénomène, on peut alors se retrouver face à un « présentéisme » comme le qualifie BRUN JP, 2006 Les employés sont physiquement présents mais souvent perturbés ils sont alors moins efficaces et moins investis mentalement.

Ce phénomène de présentéisme associé à un grand roulement de personnel aidant et soignant est considéré être une source de problèmes et en particulier lorsque la connaissance mutuelle, le travail d'équipe, l'expertise professionnelle, la circulation de l'information, et le temps de formation en emploi constituent des variables critiques d'un milieu donné. C'est le cas des milieux hospitaliers.

BRUNELLE.Y, 2009, définit simplement l'hôpital magnétique comme « un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner ». Huit conditions sont associées à l'hôpital magnétique :

- 1-L'autonomie professionnelle des infirmiers
- 2-Le support fourni par l'administration dans les diverses conditions de travail, comme garderie, sécurité au travail ...
- 3-Une bonne collaboration entre les médecins et les infirmiers
- 4-La valorisation professionnelle et le leadership infirmier
- 5-Des relations positives avec les pairs
- 6-Un ratio de personnel adéquat
- 7-Un focus client
- 8-L'importance de la qualité de soins

Enfin, Le chercheur français SIBÉ.M, 2012, relève 3 grandes valeurs essentielles à l'hôpital magnétique :

- La bienveillance ou le «CARE », vis-à-vis des patients, comme du personnel
- L'Autonomie dans le cadre organisé par les normes professionnelles
- La complémentarité des actions des pouvoirs administratif, médical et soignant visant la responsabilisation et la coopération

### 3.2 Une organisation adhocratique, un leadership partagé.

Contre toutes attentes, on se rend compte qu'un des facteurs clé de succès de l'hôpital magnétique se trouve dans la structure de son organisation et sa coordination. En effet, l'hôpital magnétique est d'organisation adhocratique est une structure d'organisation à l'opposé de l'hôpital bureaucratique qu'on connaît

Aujourd'hui l'hôpital, dans le contexte de turbulence qu'il vit, a besoin de gestionnaire compétent, mais il a aussi besoin de bon leader perçu comme porteur de sens et de valeurs (Pinel, 2009), à l'opposé du management de la performance qui aujourd'hui dégrade la qualité des soins voire un hôpital qui n'est plus en mesure d'assurer sa mission de service public. La remise en question du management traditionnel apparaît nécessaire.

Les managers hospitaliers affichent en plus de leur vocation leur désir de leadership partagé pour accompagner et promouvoir ce changement. (ROGER.A & VINOT.D, 2019). Le management partagé est une approche qui considère le leadership de chacun, sa capacité d'exprimer sa vision, ses opinions, son système de valeur ainsi que son engagement dans l'action. L'efficacité de ce type d'organisation repose sur les valeurs et l'éthique des professionnels dans un modèle conventionnel à partir d'une gestion collégiale entre paires. (ROGER.A & VINOT.D, 2019).

## **4 METHODOLOGIE ET CHAMPS EXPLORATOIRES**

### **4.1 Etude qualitative, base COMET**

L'étude qualitative apparaît comme la plus adaptée. En effet, dans un contexte hospitalier marqué par de fortes tensions budgétaires, on s'interroge sur la façon de créer un environnement organisationnel favorable au bien être, à la satisfaction du personnel et à la qualité des soins. Il apparaît important de comprendre pourquoi et comment certains hôpitaux au travers de l'hôpital magnétique.

Nous privilégierons les entretiens individuels afin d'identifier les représentations, les opinions d'une personne, approfondir en permettant à la personne d'expliquer ou de justifier ses opinions et enfin de mettre en évidence des différences individuelles.

Nous pensons procéder à des entretiens semi directifs sur la base de l'outil COMEt, (Mesure du Contexte Organisationnel et Managérial en Etablissement de Santé) développé et expérimenté depuis 2009 par SIBÉ.M.

COMEt est un outil de mesure qui permet d'explorer l'organisation et le management au sein d'un collectif de travail, à partir de tous les professionnels participants aux activités de l'unité de travail (service, unité de soins, secteur, équipe, établissement ...)

L'outil cible principalement les équipes d'encadrement de tout type d'établissement de santé Son objectif est de décrire le fonctionnement d'une unité de travail en termes de dimensions et aussi de mesurer des indicateurs du contexte organisationnel et managérial d'une unité de travail.<sup>[1]</sup><sub>[SEP]</sub>

### **4.2 Champs exploratoires**

Actuellement, je suis en train de développer des contacts avec différents établissements de santé. Je pense prioritairement explorer l'environnement de la mutualité, à mi-chemin entre service public et l'organisation privée. L'objectif étant de formaliser un terrain.

Cependant, compte tenu du contexte COVID de confinement et crise sanitaire dans lequel nous sommes les entretiens préliminaires sont reportés.

## **CONCLUSION**

Sujet qui prend toute son importance dans un contexte crise sanitaire due au Covid19, que nous traversons qui renforce et accentue sans doute les problématiques profondes de la décentralisation de l'hôpital, du Bien être des soignants ainsi que de la satisfaction des patients. Je souhaite approfondir ce travail exploratoire de recherche dans le cadre d'une thèse.

## BIBLIOGRAPHIE

- Bachelard.O, (2017),** *Le bien-être au travail*, presses de l'EHESP.
- Bartoli. A et Blatrix. C (2004)** *Management dans les organisations publiques*, Dunod 2004
- BISMUTH.D, (2018),** Harvard Business Review 28/05/2018
- Brunelle Y, (2009),** « Les Hôpitaux magnétiques Un hôpital ou il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », CNAMTS, « Pratiques et Organisation des Soins » 2009/1 Vol. 40 | pages 39 à 48 ISSN 1952-9201
- Mintzberg H. (2004),** *Le management voyage au cœur des organisations*, Eyrolles, (ouvrage original publié sous le titre *Inside our strange world of organizations*, New York).
- Mintzberg H. (1982),** *Structure et dynamique des organisations*, Eyrolles, (ouvrage original publié sous le titre *Structuring of the organisations : a synthesis of the research*, New York).
- Miremont M.C., Valax M. (2015)** Vers un leadership partagé à l'hôpital pour une GRH plus éthique, *@GRH*, 2015/2, N°15, pages 15 à 35.
- Pierron J.P., Vinot D., Chelle E. (2020),** *Travail du soin, soin du travail*, Sedi Arslan.
- Plane J.M. (2000)** *Méthode de recherche intervention en management*, l'Harmattan
- Porter, M. E., (1985),** *Competitive advantage : creating and sustaining superior performance*, Free Press.
- Roger A., Vinot D. (2019),** *Management des compétences, nouvelles perspectives*, ISTE editions.
- Sibé M. Alis D., (2016),** Un hôpital « aimant » qui favorise performance et bien-être au travail, In *"Stress, burn-out, harcèlement moral : de la souffrance au travail au management qualitatif »* Préface de Boris Cyrulnik, sous la direction de Roland Coutanceau, Rachid Bennegadi, Serge Bronstein Collection : Psychothérapies, Dunod.
- Van Caillie D. (2014)** *L'hôpital, une entreprise comme une autre ? oui, mais .....*  
Source : [http://www.abbet.be/Association Bruxelloise pour le bien-être au travail](http://www.abbet.be/Association%20Bruxelloise%20pour%20le%20bien-%C3%AAtre%20au%20travail), FICHE 6.1.6. (Les ambiguïtés et les conflits de rôle, ça fait mal...)