

Dificuldades de adaptação de estruturas e comportamentos ao aumento contínuo da atividade operacional: Caso de uma instalação assistencial em situação de déficit orçamentário

Difficulties to adapt structures and behaviors to the continuous increase of the operating rooms activity: Case of a hospital confronted with a budget deficit

Dificultades de adaptación de las estructuras y los comportamientos al aumento continuo de la actividad de la sala de operaciones: Caso de un establecimiento de atención en una situación de déficit presupuestal

Les difficultés d'adaptation des structures et des comportements à l'augmentation continue de l'activité opératoire : Cas d'un établissement de soins en situation de déficit budgétaire

Sophie Le Lédan¹

RESUMO: As unidades de saúde estão sujeitas a fortes pressões normativas e orçamentárias. O aumento da atividade com meios constantes permite melhorar rapidamente a eficiência. No caso da instituição de cuidado privado de interesse coletivo estudada, nossa problemática questionou

¹ Doctorante en Sciences de Gestion (Université Lyon3, France, sophie.le-ledan@univ-lyon3.fr)

os fatores que o estabelecimento teve que evoluir para aumentar sua atividade melhorando seu desempenho global. Nossa hipótese central propõe que o aumento da atividade aumenta as disfunções pré-existentes e cria novas, o que degrada os ganhos de produtividade esperados. Um diagnóstico socioeconômico foi conduzido na sala de cirurgia e em seus serviços a clientes e fornecedores. Após a recuperação dos dados qualitativos e quantitativos, os materiais de campo foram analisados no contexto da teoria socioeconômica e da gestão industrial. Os resultados revelaram grandes falhas e destacaram custos ocultos significativos. O aumento da atividade na verdade aumentou algumas disfunções. Todas as estruturas do estabelecimento mostram inadequações com as necessidades da atividade operativa. Comportamentos são, na maioria das vezes, comportamentos paliativos, que permitem que a sala de operações continue a realizar suas missões. Os comportamentos e todas as estruturas devem, portanto, ser adaptados, ou mesmo transformados concomitantemente com o aumento da atividade. As principais disfunções são as áreas de melhoria a serem investidas em um grupo de projetos. As restrições orçamentárias, consideradas hoje como limites para o desenvolvimento da atividade, devem dar oportunidade de inovar e transformar as estruturas em direção a um modelo operacional mais eficiente. A identificação de custos ocultos é a prova da existência de um pool de recursos para a organização.

Palavras-chave: Salas cirúrgicas. Análise socioeconômica. Estruturas. Comportamento. Déficit orçamental. Hospital.

ABSTRACT: Health facilities are subject to strong normative and budgetary pressures. The increase in activity with constant means makes it possible to rapidly improve efficiency. In the case of the private care institution of collective interest studied, our problematic questioned the factors that the establishment had to evolve in order to increase its activity by improving its overall performance. Our central hypothesis proposes that the increase in activity increases pre-existing dysfunctions and creates new ones, which degrades the expected productivity gains. A socio-economic diagnosis was conducted on the operating theater and its customer and supplier services. After retrieval of qualitative and quantitative data, field materials were analyzed in the context of socioeconomic theory and industrial management. The results revealed major malfunctions and highlighted significant hidden costs. The increase in activity actually increased some dysfunctions. All the structures of the establishment show inadequacies with the needs of the operative activity. Behaviors are, most often, palliative behaviors, which allow the operating theater to continue to carry out its missions. The behaviors and all the structures must therefore be adapted, or even transformed concomitantly with the increase in activity. Major dysfunctions are the areas of improvement to be invested in a project group. Budget constraints, considered today as limits to the development of activity, should give the opportunity to innovate and transform structures towards a more efficient operating model. The identification of hidden costs is proof of the existence of a resource pool for the organization.

Key words: Operating rooms. Socio-economic analysis. Structures. Behaviors. Budget shortfall. Hospital.

RESUMEN: Los establecimientos de salud están sujetos a fuertes presiones normativas y

presupuestarias. El aumento de la actividad con medios constantes permite mejorar rápidamente la eficiencia. En el caso de la institución de atención privada de interés colectivo estudiada, nuestra problemática cuestiona los factores que el establecimiento tuvo que evolucionar para aumentar su actividad al mejorar su desempeño general. Nuestra hipótesis central propone que el aumento de la actividad aumenta las disfunciones preexistentes y crea otras nuevas, lo que degrada los aumentos de productividad esperados. Se realizó un diagnóstico socioeconómico en el quirófano y sus servicios al cliente y proveedor. Después de la recuperación de datos cualitativos y cuantitativos, los materiales de observación se analizaron en el contexto de la teoría socioeconómica y la gestión industrial. Los resultados revelaron fallas importantes y destacaron costos ocultos significativos. El aumento de la actividad en realidad aumentó algunas disfunciones. Todas las estructuras del establecimiento muestran insuficiencias con las necesidades de la actividad operativa. Los comportamientos son, en la mayoría de los casos, comportamientos paliativos, que permiten que el quirófano siga desempeñando sus misiones. Por lo tanto, los comportamientos y todas las estructuras deben adaptarse, o incluso transformarse concomitantemente con el aumento de la actividad. Las principales disfunciones son los ejes de mejora que se invertirán en un grupo de proyecto. Las restricciones presupuestarias, consideradas hoy como límites para el desarrollo de la actividad, deberían brindar la oportunidad de innovar y transformar las estructuras hacia un modelo operativo más eficiente. La identificación de costos ocultos es una prueba de la existencia de un fondo de recursos para la organización.

Palabras clave: Quirófano. Análisis socioeconómico. Estructuras. Comportamientos. Déficit presupuestario. Hospital

RÉSUMÉ: Les établissements sanitaires sont soumis à de fortes pressions normatives et budgétaires. L'augmentation d'activité à moyens constants permet d'améliorer rapidement l'efficacité. Dans le cas de l'établissement de soins privé d'intérêt collectif étudié, notre problématique a questionné les facteurs que l'établissement devait faire évoluer pour parvenir à augmenter son activité en améliorant sa performance globale. Notre hypothèse centrale propose que l'augmentation d'activité majore les dysfonctionnements préexistants et en crée de nouveaux, ce qui dégrade les gains de productivité escomptés. Un diagnostic socioéconomique a été mené sur le bloc opératoire et ses services clients et fournisseurs. Après retraitement des données qualitatives et quantitatives, les matériaux de terrains ont été analysés dans le cadre de la théorie socioéconomique et dans celui de la gestion industrielle. Les résultats ont fait émerger les dysfonctionnements majeurs et mis en évidence d'importants coûts cachés. L'augmentation d'activité a effectivement majoré certains dysfonctionnements. Toutes les structures de l'établissement montrent des inadéquations avec les besoins de l'activité opératoire. Les comportements sont, le plus souvent, des comportements palliatifs, qui permettent au bloc opératoire de continuer à assurer ses missions. Les comportements et toutes les structures doivent donc être adaptés, voire transformés concomitamment avec l'augmentation d'activité. Les dysfonctionnements majeurs sont les axes d'amélioration à investir en groupe de projet. Les contraintes budgétaires, considérées aujourd'hui comme des limites au développement de l'activité, devraient donner l'opportunité d'innover et de transformer les

structures vers un modèle de fonctionnement plus efficient. L'identification des coûts cachés est la preuve de l'existence d'un gisement de ressources pour l'organisation.

Mots-clés: Bloc opératoire. Analyse socio-économique. Structures. Comportements. Déficit budgétaire. Hôpital.

1. INTRODUCTION

Dans le contexte d'augmentation continue des dépenses de santé et de raréfaction des ressources humaines dans certaines spécialités, les pouvoirs publics français tentent de maîtriser les dépenses publiques. Le système de santé est en pleine mutation pour faire face aux transitions épidémiologiques et démographiques, tout en maintenant le niveau de qualité.

Les établissements sanitaires doivent faire face à deux évolutions concomitantes et, en apparence, antagonistes. D'une part, la demande en soins croît avec le vieillissement de la population et la demande du citoyen, mieux informé, plus attentif à sa santé et donc plus consommateur de soins. Le coût des dépenses augmente du fait à la fois de l'inflation et de l'innovation. D'autre part, les recettes diminuent avec le mouvement de baisse annuelle des tarifs de la tarification à l'activité (T2A) et des dotations nationales pour le financement des missions d'intérêt général. Depuis la loi Hôpital Patient Santé et Territoire, les établissements sont incités à se rapprocher pour mutualiser leurs ressources dans un objectif d'optimisation des moyens alloués au système de santé.

A l'intérieur des établissements sanitaires, les plateaux médico-techniques, qui comprennent essentiellement le bloc opératoire et les services d'imagerie, sont des centres de coûts et de ressources très importants. Le poids économique du bloc opératoire dirige vers lui de nombreux efforts d'optimisation. L'amélioration de sa performance, est constituée des mêmes composantes que la performance industrielle : amélioration de la qualité, maîtrise des coûts et diminution des délais¹. Aujourd'hui, s'y ajoute la composante de la qualité de vie au travail, qui est devenue une dimension de la performance, dans les établissements de soins comme dans l'industrie.

L'établissement dans lequel cette étude a été menée est spécialisé dans le traitement des cancers. Il nous a accueillie pour notre stage de Master 2. La région dans laquelle il se trouve voit le nombre de cancers augmenter régulièrement. Au début des années 2010, la saturation des capacités de son bloc opératoire et la demande croissante de soins de la population ont conduit sa Direction à contractualiser une aide avec l'État pour construire un nouveau bâtiment, permettant de développer notamment la prise en charge ambulatoire (axe prioritaire de la politique nationale de Santé) et de construire un bloc opératoire plus grand, équipé des technologies vidéo les plus avancées.

Pendant les années de travaux et d'investissement, les tarifs de la T2A ont baissé ainsi que les dotations pour les missions d'intérêt général. L'environnement concurrentiel s'est renforcé. L'établissement s'est trouvé en situation de déficit budgétaire au cours de plusieurs exercices consécutifs. La Direction a alors décidé d'augmenter l'activité chirurgicale et endoscopique pour

revenir à l'équilibre. Globalement, le nombre d'actes total a crû de 63 % entre 2011 et 2017, soit en moyenne 9 % par an sur 7 ans,

Les établissements sanitaires dans leur ensemble sont incités à améliorer leur performance. Pour les établissements en déficit budgétaire, il s'agit d'augmenter les recettes tout en diminuant les dépenses mais en investissant peu ou pas du tout. Pourtant, l'augmentation d'activité implique une augmentation mécanique des dépenses de « matières premières » des soins que sont les heures de travail, les médicaments et les dispositifs médicaux notamment. La question qui a guidé notre recherche est la suivante : quels sont les facteurs qui nécessitent une adaptation pour permettre l'augmentation d'activité, en maintenant ou en améliorant la performance globale?

Les dysfonctionnements sont probablement proportionnels au nombre d'actes pratiqués. Nous avons donc posé l'hypothèse que l'augmentation d'activité majore les dysfonctionnements préexistants et en crée d'autres, ce qui dégrade les gains de productivité escomptés.

2. OBJECTIFS

Le champ de notre recherche concerne le bloc opératoire d'un établissement privé d'intérêt collectif. Il est envisagé comme étant au centre d'un sous-système constitué d'un bloc opératoire et des services en relation avec lui. Les répercussions systémiques des augmentations durables d'activité d'un bloc opératoire sont rarement complètement anticipées. Si certaines conséquences internes sont rapidement prises en considération comme la nécessité d'ouvrir des salles d'interventions ou des vacations opératoires supplémentaires, les conséquences sur les services en interfaces ne sont que rarement analysées *a priori*.

Pour étudier précisément les éléments constitutifs de l'organisation, de la situation en présence et des collectifs de travail, nous nous sommes inscrite dans l'approche structuro-comportementale mise au point par Henri Savall (1975). Si structures et comportements n'interagissent pas en synergie, des dysfonctionnements apparaissent. Notre recherche porte sur les structures et les comportements qui sont en interaction dans la situation en présence. « Les dysfonctionnements constituent le facteur prépondérant qui explique le niveau de performance d'une organisation. [...] Ainsi, la performance économique d'une organisation dépend de la qualité (nature et intensité) de l'interaction entre les structures multiples de l'organisation et les comportements des hommes qui y agissent (acteurs). » 2

L'hypothèse fondamentale de la théorie socio-économique est résumée et schématisée dans la figure suivante 3:

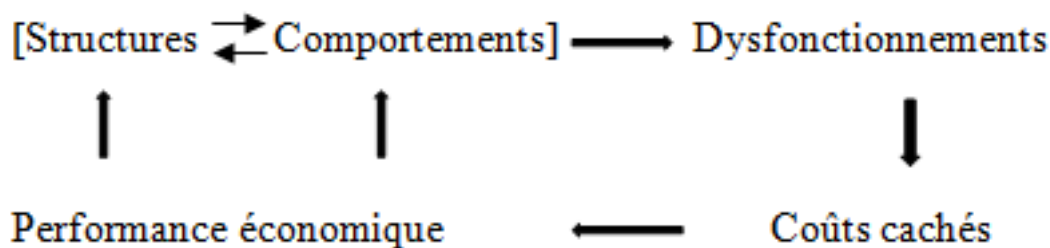


Figure 1: Hypothèse fondamentale de la théorie socio-économique

Les coûts cachés sont des coûts qui n'apparaissent pas dans le système d'informations comptables de l'entreprise ou de l'organisation, tels que le bilan et le compte de résultat. Ce sont des surcharges générées par les dysfonctionnements ou des coûts d'opportunité.

La théorie socio-économique est ainsi une approche globale de l'organisation de toute forme d'entreprise, quelle que soit sa taille ou son statut. Elle nous permet d'étudier les conséquences de l'augmentation d'activité à budget presque constant sur les structures et les comportements afin de prévoir les adaptations nécessaires à l'avenir.

Toute entreprise ou établissement est construite autour de 5 structures. Chacune d'entre elles est subdivisée en sous-catégories. La grille ci-dessous les présente.

Physiques	Technologiques	Organisationnelles	Démographiques	Mentales
1. espace physique	1. degré de vétusté, d'ancienneté des équipements	1. organigramme	1. ajustement des effectifs	1. style de gestion de la direction
2. configuration des lieux	2. sophistication, complexité, degré d'automatisation	2. sociogramme	2. pyramide des âges et structure de la population	2. « esprit-maison » (culture de l'organisation)
3. nuisances : • Bruit • Chaleur • Toxicité • Éclairement	3. adaptabilité des équipements aux besoins de l'activité	3. division du travail	3. instances de représentation et de concertation	3. microclimats
	4. incidences sur l'adéquation formation-emploi	4. méthodes opératoires	4. bassin d'emploi	4. conceptions socio-culturelles dominantes (idéologies professionnelles)
	5. nuisances liées aux matériels	5. horaires et rythmes de travail	5. structures des formations initiales	
		6. procédures	6. formation continue	

		7. système de communication-coordination-concertation	7. structures des qualifications	
		8. système d'informations opérationnelles et fonctionnelles	8. filières professionnelles et promotionnelles	
			9. politique de recrutement	

Notre recherche s'est appuyée sur l'hypothèse centrale suivante:

L'augmentation continue d'activité dans les blocs opératoires entraîne des dysfonctionnements internes et d'interface avec les services clients-fournisseurs lorsque l'organisation hospitalière n'a pas adapté les structures concernées par cette augmentation.

3. METHODOLOGIE

Cette recherche a été menée sur la période de novembre 2017 à juin 2018. Le temps de présence sur le terrain de recherche se situe autour de 900 heures.

La recherche-intervention a été conçue en suivant le processus d'innovation socio-économique. Cette méthodologie a permis d'étudier le sous-système du bloc opératoire et de ses interfaces à la fois dans les caractéristiques de chacun de ses éléments mais aussi dans les relations que les éléments entretiennent entre eux. Cette méthodologie est qualimétrique. Elle comporte en effet une large part qualitative, complétée d'une étude quantitative puis financière. Le processus dit « de résolution de problème » est construit en quatre étapes : le diagnostic, le projet, sa mise en œuvre et son évaluation 3.

Le diagnostic socio-économique a comporté :

- Une *partie qualitative*, au cours de laquelle ont été menés des entretiens semi-directifs d'une heure pour les entretiens individuels à une heure trente pour les entretiens collectifs. 30 à 50 % des personnes de chacune des catégories socio-professionnelles concernées ont été rencontrés. Le tableau ci-dessous synthétise le nombre de personnes, leur fonction et le nombre d'entretiens.

Personnes interrogées	Fonctions	Nombre d'entretiens
Direction et encadrement	9 Directeurs, 21 cadres de secteur et managers de proximité, 3 responsables médicaux,	33
Personnel paramédical	2 Brancardiers, 5 infirmiers anesthésistes, 2 infirmiers de salle de réveil, 7 infirmiers de bloc opératoire, 1 infirmière d'endoscopie	17

Personnel médical	15 Chirugiens, 6 médecins anesthésistes, 2 médecins intervenant en endoscopie	23
Personnels des services clients et fournisseurs	1 Préparateur en pharmacie, 5 agents de nettoyage, 1 pharmacien, 3 infirmiers de services d'hospitalisation, 6 secrétaires médicales, 2 médecin et infirmière hygiéniste	10
Total	91 personnes	83 entretiens

Les propos ont été transcrits pendant les entretiens sous forme de notes aussi exhaustives que possible. Dans chaque entretien ont été sélectionnées 10 à 12 phrases témoins exprimant un dysfonctionnement. Chaque phrase a été classée à l'aide du logiciel expert Segese© suivant la typologie des dysfonctionnements identifiée par le laboratoire de recherche. Sur l'ensemble des 400 dysfonctionnements issus du diagnostic, environ 200, dont l'existence même ou l'intensité avait un lien avec l'augmentation d'activité, ont ensuite été extraits et classés en fonction de leur origine structurelle ou comportementale, puis en fonction des catégories et sous-catégories identifiées 3,

- Une *partie quantitative* qui a consisté en la quantification des dysfonctionnements par leur fréquence, le nombre de personnes impliquées dans leur régulation, le temps et/ou la quantité de dispositifs médicaux gaspillés pour chacun d'entre eux, avec les professionnels concernés.

- Une *partie financière* dans laquelle a été opérée l'affectation du coût économique des dysfonctionnements pour l'établissement selon leurs composantes:

- Les **sursalaires** sont des « *éléments de rémunération et de charges associées versées sans contrepartie d'activité* »³. « *Cela se produit lorsqu'une activité est réalisée par un salarié mieux payé que celui qui aurait dû faire ce travail, par exemple dans le cas de glissements de fonction.* »³. Pour l'absentéisme, ils se calculent à partir des taux horaires salariaux. Pour les glissements de fonctions, ils se calculent sur le différentiel de niveau de salaire entre les deux catégories salariales.

- Les **surtemps** correspondent au « *coût du temps passé pour corriger les dysfonctionnements. Il s'agit par exemple du temps perdu pour corriger un défaut de qualité (...). L'évaluation est faite sur la base de la Contribution Horaire à la Valeur Ajoutée sur Coûts Variables* »³ (CHVACV).

- Les **surconsommations** sont « *des consommations de ressources qui auraient pu être évitées* ». Elles « *sont évaluées financièrement à partir des prix effectivement supportés par l'entreprise* ».

➤ Les **non productions** sont « *un composant de coûts cachés qui entraîne une déperdition de recettes pour l'entreprise, due par exemple, à des pannes ou des absences qui abaissent le niveau de la production. Les coûts de non-production sont calculés sur la base de la valeur ajoutée (marge) sur coûts variables. En effet, l'entreprise continuant à payer ses charges fixes locaux, équipements, et même le temps non-productif des salariés, il y a un manque de ressources correspondantes.* »³.

➤ Les **non-créations de potentiel** « *regroupent les pertes de certaines performances différées sur l'exercice suivant du fait des dysfonctionnements qui se sont produits* »³.

➤ Les **risques** « *sont des coûts futurs induits par des dysfonctionnements actuels. Pour les calculer, on peut évaluer la probabilité de l'événement et multiplier cette valeur par les coûts de dysfonctionnements qui adviendraient si cet événement se produisait* »³.

Les surtemps et les non-productions se calculent à partir de la Contribution Horaire de la Valeur Ajoutée sur Coûts Variables. C'est la valeur moyenne en euros générée par une heure de travail pour une personne de l'entreprise. Elle se calcule en divisant la marge sur coûts variables par le nombre d'heures annuel attendu.

$$CHVACV = \frac{\text{Chiffre d'Affaires} - \text{Charges Variables}}{\text{Nombre d'heures attendues}}$$

La CHVACV est un indicateur de productivité globale de l'établissement.

Ont été ainsi mis en évidence les coûts cachés des dysfonctionnements, c'est-à-dire la charge financière que les dysfonctionnements et leurs corrections font peser sur le budget de l'établissement et sur sa performance.

A la fin du travail de recueil par observations, entretiens, étude de documents et d'analyses des données, une synthèse des dysfonctionnements observés a été présentée aux acteurs. Cette étape, appelée « effet miroir », a permis de valider, compléter et affiner les observations, analyses et synthèses et de garantir ainsi la fiabilité des données de la recherche.

Par la suite, un ensemble d'axes d'amélioration a été proposé à la Direction afin d'accompagner le changement souhaité. Des groupes de travail devraient être organisés. La recherche-intervention présentée dans cet article n'était pas encore avancée au-delà de cette étape.

Pour la recherche présentée, les dysfonctionnements identifiés comme ayant été générés ou aggravés par l'augmentation d'activité ont été classés en fonction de la structure de l'établissement ou du type de comportement qu'ils illustrent.

4. INTERPRETATION DES DONNEES

4.1. Structures

L'analyse dysfonctionnelle des structures a fait apparaître :

- Pour les *structures physiques*, la taille des zones techniques (stockage, pré désinfection, vestiaires) est devenue insuffisante.
- Pour les *structures technologiques* :
 - Les matériels techniques et biomédicaux sont insuffisants en nombre et vétustes. La maintenance est limitée aux réparations en cas de panne.
 - Les matériels informatiques manquent. Les logiciels métiers coexistent mais les interfaces sont peu nombreuses et peu fonctionnelles
- Pour les *structures démographiques* :
 - Les compétences sur la gestion de la chaîne d'approvisionnement et du matériel biomédical sont insuffisantes. Ces fonctions n'ont pas été professionnalisées.
 - Les effectifs de médecins anesthésistes, d'infirmiers de bloc opératoire et de technicien d'information médicale sont devenus insuffisants pour faire face à la charge de travail.
 - L'encadrement du bloc opératoire n'a pas évolué, ni en nombre ni en méthodes de gestion des ressources humaines ou du programme opératoire, malgré l'augmentation des effectifs et du nombre de plages opératoires.
 - La formation continue des infirmiers de bloc opératoire et de salle de réveil n'a pas été adaptée aux spécificités et aux évolutions techniques et réglementaires.
 - Le *turn over* est important pour les infirmiers de salle de réveil et de bloc opératoire (20 % en 2017)
- Pour les *structures mentales* :
 - Un cloisonnement important entre le bloc opératoire et les autres services limite la communication, ce qui génère des incompréhensions et des conflits. Les personnels du bloc et des autres services ne travaillent pas ensemble, voire ne se connaissent pas. A l'intérieur sont observés régulièrement des comportements irrespectueux, en particulier de la part des chirurgiens à l'encontre des infirmières de bloc opératoire. Ces médecins ont un comportement souvent différent en dehors du bloc opératoire.

- Les conceptions socio-culturelles dominantes se caractérisent par une grande autonomie des médecins. Le manque de considération de certains chirurgiens à l'égard des autres professionnels s'accompagne du non-respect des règles de programmation opératoire et du délaissement des tâches administratives. Leur position de force n'est ni contestée ni équilibrée.

- Pour les *structures organisationnelles* :

- La répartition des tâches est devenue floue sur certaines activités.
- La programmation et la planification opératoire ne sont pas maîtrisées. Le pilotage de l'activité est inexistant.
- Les approvisionnements ne tiennent compte ni de l'augmentation d'activité ni de la surface de stockage réelle.
- Les horaires et rythme de travail n'ont pas été adaptés au temps réel d'ouverture du bloc opératoire et de la salle de réveil. Le personnel fait de nombreuses heures supplémentaires.
- La stratégie de la Direction pour la chirurgie n'est pas connue des professionnels.
- La communication, la coopération et la concertation sont peu formalisées et insuffisantes. Par exemple, certaines informations nécessaires à l'intervention prévue (installation, nature exacte du geste, besoin en matériel) ne sont pas communiquées au moment de la programmation. Ou encore, les changements de programme opératoire ne sont pas communiqués aux autres services prenant en charge le patient. Cela fait perdre du temps à tous les autres professionnels.

4.2. Comportements

Dans l'ensemble, les *logiques comportementales* observées n'ont pu donner lieu à une catégorisation précise, contrairement à ce qui était souhaité initialement. En revanche, les comportements individuels et collectifs ont effectivement évolué afin de s'adapter aux défaillances structurelles. Par exemple, pour limiter les conséquences des ruptures de stocks, des stocks supplémentaires ont été constitués à l'intérieur du bloc opératoire et non dans le dépôt du service logistique. Pour faire face aux dépassements d'horaire, les infirmiers ont décidé de prévoir qui ferait des heures supplémentaires, si nécessaire. Alors que, parallèlement les horaires officiels en routine n'ont pas été modifiés. Les comportements relevant de logiques catégorielles ou de logique de groupes d'affinité semblent s'être développés. Cependant, il n'a pas été possible de discerner la part due à l'augmentation d'activité.

La décision, définie comme l'action mentale volontaire de faire le choix d'une solution à un problème identifié, est une forme particulière de comportement 4. Le diagnostic a mis en lumière les conséquences de ce comportement particulier sur les structures. La décision de ne pas remplacer les

absences infirmières a conduit à ne pas pourvoir le poste d'infirmière instrumentiste pour certaines interventions ou certaines spécialités chirurgicales, pendant plusieurs mois. Certains chirurgiens ont alors employé des étudiants en médecine sans aucune formation à l'instrumentation, modifiant ainsi durablement la structure démographique car cette décision a masqué le manque d'infirmières de bloc opératoire. La décision de ne pas communiquer sur la stratégie de la Direction sur l'activité de chirurgie a eu pour conséquences la démission de certains médecins, l'apparition de conflits sur des objectifs non partagés et la naissance d'un fort sentiment de manque de reconnaissance. Ce sont alors fait jour ou aggravés des comportements de contournement des structures organisationnelles, des comportements de logique catégorielle et une résistance, souvent passive, aux évolutions demandées.

4.3. Les coûts cachés

Les conséquences économiques des dysfonctionnements observés sont rendues partiellement visibles par le calcul des coûts cachés. Les calculs sont toujours faits à partir des hypothèses de fréquence et de coût les plus bas. Nombre de dysfonctionnements ne peuvent être quantifiés et évalués du fait de la période limitée de l'étude ou d'informations de contrôle de gestion non disponibles. Il n'est donc en aucun cas exhaustif. De plus, les informations dont dispose le contrôle de gestion dans cet établissement, comme dans beaucoup d'autres organisations sanitaires et médicosociales à but non lucratif, sont réduites. Il est ainsi impossible de connaître les dépenses et les ressources du bloc opératoire, pris isolément.

Néanmoins, le diagnostic a permis d'objectiver un montant de coûts cachés, pour le bloc opératoire uniquement, supérieur à 2 500 000 € pour l'année 2017, soit un montant supérieur au déficit de l'établissement. L'absentéisme a coûté plus de 560 000€, la rotation du personnel 190 000 €, les défauts de qualité plus de 160 000 € et les écarts de productivité directe plus de 1 600 000 €. Ramenés à l'effectif du bloc opératoire, les coûts cachés dus aux dysfonctionnements identifiés s'élèvent à plus de 29 000 € par personne et par an.

5. DISCUSSION

5.1 Impact sur la qualité des soins

Les dysfonctionnements relevés ont un impact à la fois sur la sécurité et sur la qualité des soins : les délais d'attente entre la consultation et la chirurgie sont considérés comme trop longs par les chirurgiens et par les patients. Cela a conduit certains chirurgiens à diminué le nombre de patients acceptés en consultation. Les conditions de sécurité sont dégradées pendant les périodes de débordement par manque de personnel.

5.2 Augmentation du volume d'activité

L'analyse des structures a montré que l'augmentation du volume d'activité fait naître des

dysfonctionnements proportionnels au nombre d'actes réalisés, directement (volumes d'instruments chirurgicaux sales à désinfecter par exemple) ou indirectement (nombre de connections aux dossiers patients informatisés). Dans le cas des ruptures de stocks, le manque d'espace de stockage est une cause directe. De nombreux exemples montrent que le manque d'adaptation des structures majeure ou crée des dysfonctionnements. La partie quantitative du diagnostic a montré que le temps passé par une personne pour la régulation d'un dysfonctionnement a le même coût à chaque fois que la même personne doit faire la même régulation. Par conséquent l'augmentation de volume d'activité fait bien croître les dysfonctionnements et les coûts cachés parce que les structures ne sont pas en adéquation avec les besoins du processus de « production de soins ».

La décision d'augmenter le volume d'activité fait partie du Projet Médico-Scientifique depuis 2009. Ce projet a été conçu et écrit en concertation avec des groupes de travail des personnels de l'établissement. Cette décision a été influencée à la fois par la demande en soins régionale et par la nécessité de combler le déficit budgétaire. Par conséquent, elle est bien *réactive* à l'environnement externe. Il n'est cependant pas vérifié que cette décision est socialement la mieux acceptée pour augmenter la productivité, donc pour combler la dette car cette décision est antérieure à l'endettement. Elle est, en effet, à l'origine de l'investissement dans un nouveau bâtiment, car le bloc opératoire précédent était saturé et les locaux ne permettaient pas d'ouvrir de nouveaux services. L'étude menée pour dimensionner le projet d'agrandissement n'a pas été accessible pendant notre étude. L'analyse de documents indirects tels que les procès-verbaux de Comités d'Administration et de Comités d'Entreprise fait apparaître l'anticipation de l'ajustement nécessaire en ressources humaines pour le bloc opératoire et pour la logistique. Il semble que l'augmentation d'effectifs a été prévue d'emblée et non par ajustements progressifs en fonction de la croissance de l'activité. De plus, le sous-dimensionnement actuels des services fournisseurs a surpris certains membres du Comité de Direction lors de la présentation de l'effet miroir. Il est donc très probable que certains ajustements de moyens ont été anticipés mais que les conséquences systémiques de l'augmentation de production n'ont pas été précisément étudiées.

5.3 Adaptations locales

Nous avons vu que les acteurs ont multiplié les adaptations de comportements pour faire face à l'augmentation d'activité. En l'absence de transformations suffisantes des structures, des solutions palliatives ont été trouvées. Ainsi, la création d'un outil informatique de transmissions en pré admission ou l'allongement du temps de travail ne résolvent-ils pas le problème posé de façon définitive, mais ils permettent aux acteurs de continuer à réaliser les tâches qui leur sont demandées. Localement, c'est-à-dire à l'intérieur du bloc opératoire, la structure organisationnelle a évolué. Les débordements du programme opératoire étant devenus quotidiens, les infirmiers et les médecins anesthésistes restaient à leurs postes au-delà de l'heure prévue. Les heures de fin de service ont été décalées pour couvrir le débordement de programme en temps complémentaire, payé ou récupéré. Cette adaptation a continué de s'appliquer au fur et à mesure que les débordements augmentaient en suivant l'augmentation d'activité. De même, les tâches afférentes délaissées par le

personnel infirmier du fait du manque d'effectif, sont remplies par la cadre du bloc ou les référents infirmier anesthésiste et infirmier de bloc opératoire. La division du travail se modifie en fonction des besoins, de façon réactive. Ainsi la structure organisationnelle est bien utilisée pour compenser le manque d'adaptation des structures physiques, technologiques, démographiques et mentales. Nous parlons ici de la structure organisationnelle du bloc opératoire. Lorsque le responsable infirmier anesthésiste va au magasin pour expliquer au magasinier quels dispositifs il a commandé, l'adaptation est inter services. Cette hypothèse n'est pas vérifiée à l'échelle de l'établissement.

Ces adaptations sont attendues. Elles font partie du travail du manager opérationnel. Il est demandé aux professionnels de s'adapter aux situations rencontrées. Comme nous l'avons vu, la complexité des prises en charge au bloc opératoire est à l'origine de nombreuses situations imprévues. L'organisation des professionnels s'adapte *autour* du patient dans son parcours singulier. L'adaptation à l'imprévu est donc normale. Mais jusqu'à quel point ? Au fur et à mesure que les adaptations organisationnelles augmentent, les coûts cachés croissent. La présentation de l'effet miroir a donné lieu à l'expression d'une grande surprise tant sur le nombre de dysfonctionnements que sur l'existence de certains d'entre eux et sur leurs conséquences en termes de coûts cachés. L'aspect habituel de ces adaptations conduit à ne pas communiquer. L'absence de dispositif de retour d'expérience et d'outils de pilotage est probablement un facteur aggravant la banalisation. La récurrence des adaptations n'est pourtant pas perçue comme un dysfonctionnement. Les adaptations restent donc le plus souvent locales au bloc opératoire, voire parfois internes à une salle d'intervention, sans information de l'encadrement. La nécessité de synchronisation avec les services extérieurs n'apparaît qu'à la marge, de façon réactive. Les éléments visibles pour l'encadrement de proximité mais surtout pour la Direction, dans ces conditions, sont les besoins en personnels par le biais des compteurs d'heures supplémentaires ou des demandes de remplacements, et les besoins en matériel par le biais des commandes et des dépenses en dispositifs médicaux.

5.4 Pilotage

Le manque d'informations du terrain vers la Direction rend le pilotage difficile. Les adaptations réactives aux dysfonctionnements patents arrivent, par nature, après l'apparition de dysfonctionnements et donc de coûts cachés. Sur notre terrain d'étude, la rotation du personnel a fait perdre des personnes très compétentes, expertes dans certains domaines. Cette rotation est arrivée lorsque le niveau d'exaspération n'a plus été acceptable. Ainsi, le taux de rotations des personnels paramédicaux, qui était stable autour de 10% de 2014 à 2016, a atteint 14,7 % en 2017. Les actions correctives arrivent donc longtemps après le début de la dégradation de l'ambiance et des conditions de travail. Il paraît donc souhaitable d'anticiper les modifications de structures face à l'augmentation de l'activité. Nous avons pu vérifier sur le terrain que les structures nécessitent une adaptation, voire une transformation. Ce qui paraît nécessaire est une anticipation *proactive*. Nous avons constaté qu'il y a eu une tentative d'adaptation des effectifs proactive. De même, l'ouverture d'un bloc opératoire de 11 salles est une anticipation sur l'augmentation d'activité à venir. Dans les deux cas, les adaptations ont été surdimensionnées et créent actuellement des coûts

cachés d'opportunité.

Cependant, lorsqu'est étudié l'exemple des limites de capacité des locaux et de leurs conséquences, celles-ci ont été perçues tardivement. Le fonctionnement en silo, propre aux structures bureaucratiques comme les établissements sanitaires, a été décrit à de nombreuses reprises dans la littérature. Dans l'établissement étudié, la stratégie d'augmentation d'activité opératoire n'est pas accompagnée d'une étude régulière des flux de matières nécessaires. A notre connaissance, personne n'a une vision globale des conséquences pour l'ensemble de l'établissement de cette croissance. Pour adapter toutes les structures qui doivent l'être, les répercussions sur chaque service qui concourt à l'activité doivent pouvoir être anticipées, tant sur le plan qualitatif que quantitatif. Nous n'avons pas vérifié cette hypothèse sur le terrain.

Les étapes des processus de réingénierie ont été mises au point dans l'industrie dans les années 1980 5. Dans le cas du bloc opératoire de l'établissement que nous étudions, l'industrialisation du processus reposerait sur les principes mis en place en phase d'exploitation. Les solutions proposées par ces auteurs reposent soit sur des méthodes de contrôle de gestion telles que *l'Activity Based Costing*, soit sur des méthodes d'amélioration continue de la qualité tels que le *Kaizen* ou le *lean manangement*. Certains outils appartenant à ces deux méthodes sont déjà utilisés dans l'établissement, localement. Nous n'avons pas connaissance d'exemples de mise en place complète et globale d'une telle méthode dans un établissement sanitaire. Toutes nécessiteraient un investissement conséquent, donc particulièrement difficile en situation de déficit budgétaire.

5.5 Déficit budgétaire

L'augmentation d'activité a permis de répondre au déficit budgétaire mais seulement partiellement à la pression des tutelles pour améliorer la performance économique. En Conseil d'Administration, la représentante de l'ARS a précisé que des discussions ont effectivement lieu régulièrement afin d'analyser la trajectoire de l'établissement. « *La dernière réunion a eu lieu mi-janvier lors de laquelle a été constatée une amélioration de la trajectoire et de l'aspect structurel (...), avec un maintien et une hausse de l'activité notamment sur les activités ambulatoires et également une maîtrise des dépenses contenues. Effectivement, sur le plan du résultat d'exploitation, l'ARS constate une amélioration. Par contre, concernant le taux de marge par rapport à la trajectoire initiale, ce n'est pas le cas* ». (Procès-verbal du Conseil d'Administration du 8 février 2017, p.4).

L'augmentation d'activité de l'ensemble de l'établissement ne suffit donc pas à améliorer la performance budgétaire attendue. Le taux de marge brute doit également augmenter, ce que n'a pas permis l'augmentation d'activité à personnel constant. Nous avons vu que ces difficultés ont amené la Direction, par exemple, à réduire les achats de matériel, y compris biomédical. L'adaptation de cette part de la structure technologique a été délibérément repoussée pour faire des économies. Par conséquent, en situation de déficit budgétaire, l'adaptation des structures aux besoins de production sont limitées. L'augmentation d'activité progressive est souhaitée mais constatée *a posteriori* et

s'est faite à moyens humains constants et sans investissement structurel après l'ouverture du bloc opératoire en 2013.

5.6 Limites et perspectives

Notre étude sur un cas unique est une recherche à visée exploratoire. Les limites sont autant de perspectives à développer dans nos futurs travaux de thèse. Ainsi, d'une part, nous souhaiterions poursuivre le processus de résolution de problème au bloc opératoire, étendre notre étude à d'autres services, cliniques et de support, et, peut-être étudier cette problématique dans un contexte culturel ou politique différent.

D'autre part, des pistes effleurées dans ce travail pourront être explorées et approfondies telles que les apports du génie industriel, la rénovation de la théorie de la décision en considérant la décision comme un type de comportement particulier, les forces et limites de l'analyse différenciant la diachronie et la synchronie. Enfin, l'évaluation de la charge de travail dans une perspective d'adaptation des moyens aux besoins sera une question à étudier.

RÉFÉRENCES

1. Chaabane S, Guinet A, Smolski N, Guiraud M, Luquet B, Marcon E, Vialle JP. La gestion industrielle et la gestion des blocs opératoire. Annales françaises d'anesthésie et réanimation. 2003 ; 22 : 904-908.
2. Savall H. La notion de structure dans l'analyse socio-économique des organisations. Note de clarification. 1979.
3. Savall H, Zardet V. Maîtriser les Coûts et les Performances Cachés. 6^{ème} édition. Paris : Economica ;1987-2015.
4. Martinet AC, Silem A. Lexique de gestion et de management. 8^{ème} édition. Paris : Dunod. 2008.
5. Marcon E, Guinet A, Tahon C. Gestion et performance des systèmes hospitaliers. Paris : Lavoisier. 2008

Artigo apresentado em: março 2019

Artigo aprovado em: maio 2019

Conflito de interesses: a autora declara não haver conflito de interesses

Suporte financeiro: nao