



HAL
open science

The patient–stakeholders place in performance management

S. Karaca, Guillaume Grandazzi, P. Lenesley

► **To cite this version:**

S. Karaca, Guillaume Grandazzi, P. Lenesley. The patient–stakeholders place in performance management. *Éthique & Santé*, 2020, 10.1016/j.etiqe.2020.05.004 . hal-02927055

HAL Id: hal-02927055

<https://normandie-univ.hal.science/hal-02927055>

Submitted on 22 Sep 2022

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

La place du patient-stakeholder dans le management de la performance

The patient-stakeholders place in performance management

KARACA SILA

Auteur correspondant
M2 Management du Social et de la Santé
Référénte Etablissement Médico-sociaux
Département de l'Aude
06.19.83.54.97
Silakaraca1195@gmail.com

GRANDAZZI GUILLAUME

MCF en sociologie université de Caen, EA

= ...

PAULINE LENESLEY

MCF en sciences de gestion
Laboratoire Coactis Lyon EA 4161

Résumé :

Le champ sanitaire est de plus en plus marqué par la mesure de la performance, où les maîtres-mots sont « rentabilité », « efficacité » et « résultat ».

Cependant, le droit à la santé n'est pas une notion avec laquelle les enjeux de performance financière sont corrélables. En effet, le législateur a défini des lois phares protégeant le malade, et ce de manière de plus en plus pointilleuse, notamment à travers les grilles des certifications de la Haute Autorité de Santé sur « l'éthique ».

Parallèlement, des agences sont créées pour accompagner les structures de santé dans la recherche d'efficacité, de rentabilité, et les modes de financement de ces établissements sont basés sur la recherche de performance.

Sans oublier tous les stakeholders (parties prenantes), notamment les actionnaires et les commanditaires, qui ont tous respectivement des intérêts primordiaux (Freeman, Stakeholder Theory, 1984 & Friedman, Shareholder Theory, 1970). Le mouvement de recomposition hospitalière initié par la loi hospitalière de 1991 a donné un statut particulier à cette catégorie de moyen séjour représenté aujourd'hui par les centres SSR qui est le maillon complémentaire de l'hôpital pour la fluidité dans le parcours patient. La gestion d'un établissement de SSR demande un management de la performance rigoureux pour garantir une certaine stabilité et régularité dans la rotation des lits, tout en préservant l'intégrité des patients et un accompagnement adapté vers la sortie.

Ce travail, basé sur une étude théorique et conceptuelle mise à l'épreuve d'une enquête empirique dans une clinique SSR, étudie la possibilité de recherche de performance à travers la satisfaction d'un stakeholder primordial qu'est le patient, par le management éthique des parties prenantes.

Mots clés : Management, santé, lucratif, performance, éthique, patient, stakeholder.

Abstract:

The health field is increasingly marked by the measure of performance, where the keywords are "profitability", "efficiency" and "result", especially in the for-profit sector. However, the right to health is not a concept with which financial performance issues are correlated. Indeed, the legislator has defined flagship laws protecting the patient, and this in a more and more fussy way, through the grids on "ethics" during certifications of the High Authority of Health.

At the same time, agencies are created to support health structures in their quest for efficiency and profitability, and the methods of financing these establishments are based on performance research. Not to mention all stakeholders, including shareholders and limited partners, who all have primary interests (Freeman, Stakeholder Theory, 1984 & Friedman, Shareholder Theory, 1970).

The hospital recomposition movement initiated by the hospital law of 1991 has given a special status to this category of medium stay represented today by the SSR centers which is the complementary link of the hospital for the fluidity in the patient journey. The management of an SSR institution, and especially an SSR clinic, requires rigorous performance management to ensure stability and regularity in the rotation of the beds, while preserving the integrity of the patients and appropriate support to the exit.

This work based on a literature review and empirical investigation in a middle-stay clinic studies the possibility of performance research through the satisfaction of a primary stakeholder who is the patient in the middle-stay clinic, through the ethical management of the stakeholders.

Key words : Management, health, profit, performance, ethics, patient, stakeholder.

INTRODUCTION

De nos jours, le champ sanitaire est marqué par la recherche constante de l'efficience par des modes de management permettant de répondre aux objectifs de performance, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'organisations du secteur lucratif. D'une part, le poids lié au référentiel démocratique et participatif dans les politiques publiques et plus particulièrement dans le secteur de la santé, où le critère qualité à l'égard du patient est souligné, entraîne une demande constante de singularité de l'accueil et un accompagnement personnalisé. D'autre part, le cadre d'intervention d'un directeur de structure de santé est rythmé par la recherche « d'efficience », de « rationalisation de coût » et de « maîtrise ».

Ainsi, une logique de gestion financière accrue s'est installée durant ces dernières décennies, nécessitant une réflexion sur la manière et les limites de sa mise en œuvre. Cette tension est palpable entre le volet de gestion économique et de performance, et celui de la qualité de prise en charge du malade : quel patient ne souhaiterait pas une prise en charge bienveillante et soucieuse des valeurs ? Quel gestionnaire ne voudrait pas que son établissement soit rentable ? Pourtant, la mise en œuvre conjointe de ces objectifs n'est pas chose aisée sur le terrain, et la littérature devrait encore s'enrichir en matière de piste de réflexion applicable et expérimentable au point que certains auteurs parlent même de débats polémiques (Lemire et al., 2011).

Quant aux managers de ce type d'établissements, ils sont confrontés quotidiennement à la conciliation difficile de la recherche de performance statuée et imposée par la hiérarchie et du bien-être réel des usagers qui nécessiterait une vraie implication, et non une « éthique de façade » comme le dénonce le concept de *window-dressing* (Gond, 2001) : l'instrumentalisation de l'éthique au service du résultat, de la « bottom-line », de la performance résumée dans l'expression selon laquelle « l'éthique paye » suggère que l'éthique est de nature à fidéliser les clients, à renforcer la réputation, à affermir la confiance.

Cette implication réelle passe également par le bien-être du manager qui se retrouve parfois pris dans un entre-deux, notamment entre ses propres valeurs personnelles et celles du système de gouvernance auquel il appartient.

Cette recherche repose sur la conciliation entre exigence de performance et éthique dans les prises de décisions relatives aux patients.

Les données recueillies ainsi que les connaissances apportées par la phase d'exploration ont montré que la théorie avancée par certains auteurs tels que Friedman (1970) et Comte Sponville (2004) selon laquelle le capitalisme serait amoral, reste à vérifier.

Au contraire, la nécessité d'un management éthique par une prise de décision « juste », et par le « souci de soi et de l'autre » est soulignée par Freeman, avec la théorie des parties prenantes (Freeman, 1984). Par ailleurs, le secteur sanitaire, de par la responsabilité lourde qu'endosse l'établissement de soins en accueillant la personne malade, est encadré par une réglementation stricte, avec un contrôle accru de la garantie des droits du malade et de l'éthique, notamment à travers les grilles de certification de la Haute Autorité de Santé de plus en plus strictes sur ces points¹.

Tout ceci dans un contexte économique tendu, où les grandes instances d'accompagnement des établissements de santé (Agence Nationale d'Appui à la Performance, programme PHARE ²et MAP³, les pôles « performance et investissement » des ARS etc.), ainsi que les tutelles parlent de plus en plus de « performance ». La clinique privée doit satisfaire un ensemble de parties prenantes. Tout d'abord, les investisseurs propriétaires préoccupés par la rentabilité de la structure et la génération de profits. Parallèlement, la clinique constitue une

¹ *Méthode d'évaluation des aspects éthiques, guide méthodologique HAS, 2013.*

² *Lanc* » en 2011 par la direction générale de l'offre de soins (dgos), le programme a pour vocation de porter une dynamique de professionnalisation et de valorisation de la fonction "achat" dans les régions. L'objectif de « phare » est d'acheter mieux pour dépenser moins, tout en maintenant le même niveau de qualité des soins (source : site de l'ars).

³ *Mission d'appui à la performance.*

entreprise de main-d'œuvre comme en témoignent les charges de personnel qui représentent en moyenne 50 % des charges d'exploitation d'une clinique privée (Pioversan, 2003).

De plus, et surtout, la clinique doit être en mesure de prendre en compte les attentes des patients, en se conformant aux différentes dispositions législatives, réglementaires et sanitaires dictées par l'État et les différents organismes.

Dans ce contexte de maîtrise des dépenses, indispensable pour assurer la pérennité du système d'assurance maladie (Igas-Igf, 20121), les établissements de santé sont confrontés à plusieurs défis : ils doivent offrir des soins de qualité à toutes les personnes qui en ont besoin tout en veillant à une mobilisation au plus juste de leurs ressources (effectifs et plateaux techniques) pour limiter les coûts.

Alors comment concilier ces exigences ? Comment un management éthique, pourrait-il combler les attentes des tutelles (Agence Régionale de Santé, HAS, etc.) mais aussi et surtout du patient ?

Le concept de management éthique, introduit à travers l'éthique managériale, s'intéresse donc à la conduite des managers dans la conduite des organisations dont ils ont la responsabilité.

Dans ce contexte, le management éthique par les parties prenantes (stakeholders) paraît être une forme d'action pouvant amener une réponse concrète. Ainsi, cet article vise à montrer **comment la prise en compte des intérêts du patient en tant que stakeholder grâce à un management éthique par les parties prenantes, peut contribuer à l'amélioration de la performance d'une clinique SSR.**

Pour ce faire, nous ferons le point sur les données de la littérature traitant de la performance dans les établissements de santé, du management éthique et réfléchi pour mieux préciser notre

mobilisation de la théorie des parties prenantes [1]. Nous confronterons ces éléments théoriques aux analyses des acteurs de terrain [3] après avoir précisé notre méthodologie [2]. A travers l'analyse du management mis en œuvre, nous mettons en lumière la possibilité de gérer autrement en laissant la porte ouverte à la flexibilité et l'adaptabilité pour le bien-être de la structure et des patients [4].

I. APPROCHES THEORIQUES

1. POURQUOI PARLE-T-ON DE « CONTEXTE DE PERFORMANCE » DANS LE SANITAIRE ?

Une vaste littérature a défini la performance des organisations de santé, dans une perspective systémique, à savoir en montrant combien la qualité des soins (diagnostic, actes de soins, traitement, suivi...), qui constitue une des dimensions de la performance globale de l'organisation, était liée à la performance de la gestion de l'offre de soins (structures, circulation de l'information, modes de travail, bonnes pratiques...). Les travaux de Kaplan et Norton (2007) sont cités par des auteurs pour retenir quatre dimensions de la performance : la dimension financière, qui s'intéresse à la satisfaction des actionnaires, la dimension client, qui s'interroge sur les indicateurs de satisfaction des clients, l'organisation interne de l'entreprise, qui porte sur ce en quoi l'entreprise est forte et la capacité d'apprentissage et d'innovation de l'entreprise.

Ces différentes approches sont finalement proches de celle retenue par l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance) qui se réfère à la définition donnée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé, 2000) de la performance en santé, et visant à l'amélioration de la santé, la réactivité des organisations et une contribution financière équitable.

Ainsi, pour l'OMS, la performance repose sur « la satisfaction des besoins et des attentes de la clientèle, la mobilisation et le bien-être du personnel, la gestion efficace des processus organisationnels et la capacité d'amélioration de l'organisation ».

Une manifestation concrète de cette prégnance croissante est la multiplicité des instruments juridiques, des recommandations de bonnes pratiques etc.

Mais aussi des acteurs publics ou agences qui encadrent tout à la fois ce que doit être la performance des organisations de santé, c'est-à-dire la question de « comment atteindre la performance et comment la mesurer ? », faisant dire que « *peu de secteurs ont connu une telle succession de réformes au cours des trois dernières décennies* » (Mevellec et Nautré, 2011, p. 3).

Pour ne citer que quelques-unes de ces réglementations et instrumentations : la loi de décembre 1991 introduisant la planification de l'offre de soins et la contractualisation avec les autorités publiques, les ordonnances d'avril 1996 qui créent les ARH (Agences Régionales de l'Hospitalisation), ordonnance de septembre 2003 (appelé également Plan Hôpital 2007) qui renforce le contrôle sur les ressources et le mode de fonctionnement des hôpitaux, l'introduction du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), de la T2A (tarification à l'activité, depuis 2004) mais aussi de la Dotation Modulée à l'Activité pour les SSR (2017) ; le contrôle de gestion et de nombreux textes relatifs à l'accréditation (devenue obligatoire depuis les ordonnances de 1996) et aux démarches qualité, sans oublier la récente loi de juillet 2009 (HPST) qui donne aux nouvelles ARS (Agences Régionales de Santé) de nouveaux instruments pour mieux contrôler la performance. Parallèlement, de nombreuses recommandations ou prescriptions émanent d'agences ou services (ANAP, HAS, Caisse Nationale de Solidarité et d'Autonomie...) pour mesurer la performance en santé, souvent dans une perspective normative, de comparaison, renforçant le sentiment de mise en concurrence des acteurs entre eux (Dupille, 2011). Sans oublier la loi sur la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP) qui, pour diminuer la dépense publique tout en renforçant l'efficacité et la qualité de l'action publique, a créé divers instruments dont par exemple les Conventions Pluriannuelles d'Objectifs et de Moyens (CPOM), qui ont tout d'abord été mises en œuvre dans le sanitaire et sont désormais étendues au médico-social.

2. « MANAGEMENT ETHIQUE » OU « ETHIQUE DU MANAGEMENT » ?

Ricœur (1990) donne une définition de l'éthique comme « *la vie bonne, avec et pour les autres, dans des institutions justes* ».

Cette définition relève deux aspects, l'un ayant trait à l'universalité des droits acquis, l'autre à l'empirique, c'est-à-dire au terrain-même où pourront être appliqués ces valeurs et droits universels. Cette définition vient interroger la manière par laquelle le manager pourra appliquer cette éthique, et donc façonnera son management; mais sur quoi s'appuyer pour réfléchir son management ? Peut-on parler d'éthique managériale ?

Les premières formes d'éthique managériale ont été décrites par le sociologue Frédéric Le Play au XIXème siècle ; mais pour Hirèche-Baida (2008, p.25), il convient de citer en premier Mary Parket Follet comme ayant été la première auteure à avoir souligné l'importance fondamentale d'une éthique managériale.

L'éthique managériale peut être définie comme l'évaluation morale des actions des managers, c'est-à-dire la manière par laquelle une personne conduit le projet dont il a la charge. Il s'agit alors de la conduite des managers dans la conduite des organisations dont ils ont la responsabilité. De ce fait, elle concerne la façon de coordonner l'action au sein d'un groupe de personnes dont l'éthique individuelle n'est, par définition, pas identique (Deslandes, 2012).

Il existe une multitude de conceptions de l'éthique normative pouvant éclairer le sujet, cependant, il convient de présenter les trois modèles principaux à savoir : la déontologie, l'utilitarisme, et l'éthique des vertus afin de mieux comprendre la démarche éthique dans le management. (cf tableau 1)

Tableau 1 : Modèles principaux de l'éthique normative

Modèles	Déontologie, la notion de devoir	Utilitarisme, pour une finalité bonne	L'Éthique des vertus, l'art de manager sagement
Définition	La vision déontologique est une vision absolutiste : la règle, la loi, le principe etc., priment sur toute autre considération.	Ce qui importe le plus c'est le résultat de l'action (impact pour le plus grand nombre de personnes, l'intérêt général) La finalité est de servir le bien-être général. Le jugement de l'action ne se porte pas en amont, mais plutôt a posteriori, sur : - l'impact, - le bénéfice - et la satisfaction générale apportés par le biais de l'action	Capacité à mettre en pratique la vertu la plus adaptée à la situation, au contexte mais aussi à soi. Intention de faire se rejoindre : - le souci de soi et le souci de l'autre, - les aspirations individuelles - et le bien pour sa communauté - à partir de buts communs - et dans l'exercice concret et pratique de ses fonctions (Deslandes, 2012). Perçue comme le prolongement de la philosophie morale aristotélicienne qui se veut contextualisée et singulière.
Références	Fondation de la métaphysique des Mœurs (Kant, 1795) : « Agis toujours de telle façon que tu traites l'humanité dans ta propre personne comme dans tout autre, non pas seulement comme un moyen, mais toujours aussi comme une fin en soi ».	Jeremy Bentham est cité comme l'initiateur, qui s'inspire surtout de Hume et Helvétius. Bentham propose une première forme d'utilitarisme, plus tard caractérisée d'utilitarisme hédoniste. C'est avec l'apport de John Stuart Mill que l'utilitarisme devient une philosophie élaborée. Ce courant a continué son effervescence au XXème siècle, notamment au travers du conséquentialisme qui s'intéresse à une théorie du juste (plutôt que du bien).	Éthique à Nicomaque d'Aristote : l'eudaemonia (la vie bonne) est en fait la qualité de la contribution de chacun pour rendre la société dans laquelle il vit, meilleure. il n'y a seulement qu'une réponse adaptée en fonction du contexte ; L'éthique des affaires : s'inspire de l'éthique des vertus pour tenter de déterminer une échelle des principales vertus managériales (fidélité, phronésis/jugement, parresia/franchise (Shanahan et Hyman, 2003). mais les possibilités de contexte peuvent être infinies.
Limites	L'application simple des règles peut parfois créer des dilemmes éthiques dans de nombreux contextes professionnels, qui nécessiteraient une étude personnalisée de chaque situation.	Risque de window-dressing (Gond, 2001), d'instrumentalisation de l'éthique.	- Pour Nietzsche, il faut voir derrière les « vertus » le ressentiment, et la peur de soi-même. Les vertus n'ont d'autre but que de conformer chaque individu aux modèles dominants de la moralité commune. - Pour Pascal, les vertus sont le masque que prennent les ambitions et la force brutale. → mise en garde prudentielle contre toute sorte de jugements hâtif : on peut parfois donner l'impression de se comporter vertueusement sans l'être (Deslandes, 2012).

3. AGENTIVITÉ, GOUVERNANCE DE SOI ET DE L'AUTRE : ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION POUR UN MANAGEMENT « RÉFLÉCHI »

Au fond, il est possible d'associer ces différents modèles éthiques entre eux : une action ne peut-elle pas améliorer la performance/image de la structure et être bonne pour l'intérêt général ? Un directeur soucieux du résultat ne peut-il pas être doté de vertus qui lui feront garder ses propres valeurs et principes ? C'est ce qu'on peut nommer « la vision pratique » de l'éthique managériale, où le manager puisera en elle les ressources nécessaires pour forger sa conduite et sa politique de management.

Toutes ces affirmations posent bien évidemment la question de l'agentivité institutionnelle, c'est-à-dire toute la stratégie, le projet et la raison d'être du système d'appartenance du manager, mais aussi de la gouvernance, car le manager ne prend pas les décisions de manière isolée, et il est souvent le représentant officiel des valeurs institutionnelles de l'entité dont il fait partie.

Sous l'angle éthique, la gouvernance fixe en quelque sorte le degré d'imputation des responsabilités et des tâches respectives ce qui permet au manager de comprendre aussi son degré d'affiliation.

Plusieurs modèles relatifs à la gouvernance sont véhiculés, pendant de nombreuses années et encore aujourd'hui, certaines entités optent pour le modèle actionnarial qui s'est imposé le plus largement : le manager défend en priorité les intérêts des actionnaires dans une relation dite fiduciaire. Certains auteurs évoquent une exclusivité en matière de responsabilité à l'égard des actionnaires et dans la maximisation de leur richesse (Friedman, 1970). Alain Anquetil (2009) explique que selon Friedman, le manager a été choisi pour qu'il défende les intérêts de « ceux qui le payent », et la seule responsabilité sociale de l'entreprise est de

dégager des bénéfices tout en maintenant un minimum moral. Le fait d'évoquer la responsabilité personnelle du manager ouvre des questions importantes liées aux notions d'identité personnelle et son engagement dans l'action. Comme l'explique Flipo (2008, p. 76), le rôle des philosophes et grands penseurs « est d'aider au progrès de civilisation des sociétés humaines, et notamment à leur pacification afin que le « vivre ensemble » s'harmonise avec la « vie bonne" individuelle ».

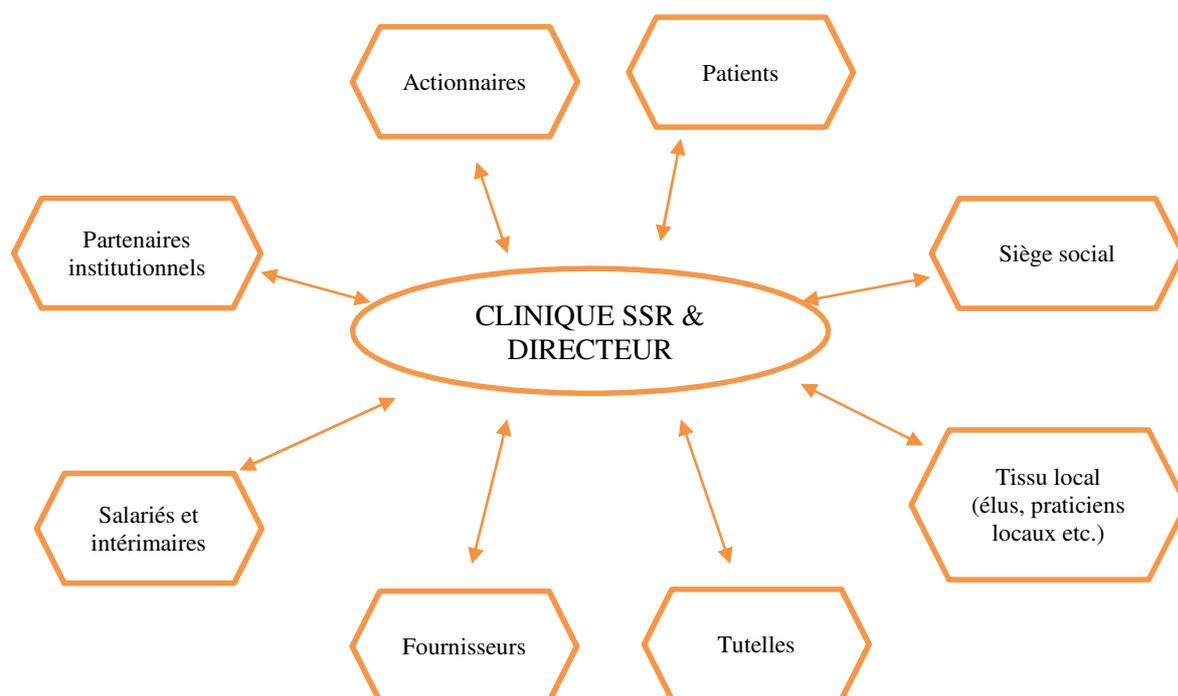
Foucault et Ricoeur apportent des éléments de réflexions intéressantes sur la maîtrise de soi, le contrôle de soi, « l'identité narrative » du manager dans sa relation aux autres (*in* Deslandes, 2012) : le « soi » et autrui, éthique du « souci de soi » (Foucault, 1982-1983), le « soi, autrui et cité » (Ricoeur,1990).

4. MANAGEMENT PAR LES PARTIES PRENANTES ET SON APPLICABILITÉ EN GESTION DE STRUCTURE DE SANTE

L'organisme ou l'institution ne peut être résumé à la seule addition des droits et intérêts de ses propriétaires ou financeurs. Selon Freeman et sa théorie des parties prenantes (stakeholder theory 1984), l'entreprise n'appartient plus seulement à ceux qui la détiennent, mais aussi et surtout à ceux qui l'utilisent et participent au bon fonctionnement.

Il place l'organisation et son manager au centre de nombreux stakeholders (détendeurs d'intérêts) comme les usagers (les patients dans le cas de notre étude), les partenaires, le personnel etc., et introduit par la même occasion la nécessité de prise de décision éthique pour ne pas abolir les droits des autres stakeholders.

Figure I : Stakeholders d'une clinique SSR



Selon Freeman (1984 p.46), un stakeholder *correspond aux groupes, ou individus, qui peuvent affecter, ou être affectés par la réalisation des objectifs d'une organisation* ». Par sa théorie, Freeman démontre que le fait d'entendre davantage les demandes et besoins des différents détenteurs d'intérêts de l'entreprise, fait progresser ses résultats en réduisant ses risques, donc devient plus performante ; il démontre également que la relation fiduciaire citée plus haut entre actionnaire/manager/agent est transformée. En effet, au prix de l'élargissement de l'image traditionnelle de l'organisation, se trouvent intégrés non seulement les droits légitimes des non-actionnaires mais encore une meilleure prise en compte des attentes fiduciaires des actionnaires eux-mêmes. La reconnaissance des parties prenantes dans le gouvernement d'entreprise offre une meilleure garantie du succès de la firme, puis assure l'actionnaire d'un niveau supérieur d'assurance, limitant ainsi les menaces qui pèsent sur son investissement (Freeman 1984 in Deslandes, 2012).

Selon Deslandes (2012), si le Management par les Parties Prenantes commence par ouvrir des perspectives importantes en stratégie, elle pose dans le même temps la question de son applicabilité. Aussi, elle paraît toujours prise entre deux postures, l'une qui est descriptive (qui sont mes stakeholders ? Quelles sont leurs demandes ? Certains sont-ils plus importants pour mon organisation que d'autres ?) tandis que l'autre semble plus prescriptive : elle incite directement à l'action concrète.

Dans la Théorie des Parties Prenantes (TPP), l'attention portée aux stakeholders peut se révéler le moyen par lequel l'organisation atteint ses fins de création de résultats et d'augmentation de la rentabilité. Dans ce cadre, la hiérarchisation des parties prenantes se fait sur la seule base de leur importance pour le succès de l'organisation. Les salariés, s'ils sont assidus et productifs, ou les clients s'ils sont fidèles, ou encore les fournisseurs s'ils sont efficaces, etc. Un stakeholder sera d'autant plus écouté que sa part contributive sera déterminante pour les résultats de l'entreprise (cf Tableau 4).

L'analyse de la littérature nous permet d'établir que le contexte actuel de gestion de structure sanitaire repose sur la notion de performance qui vient interroger les pratiques managériales, où les managers sont interpellés par les relations fiduciaires et les enjeux auxquels ils font face. Dans ce cadre l'éthique managériale offre une réflexion intéressante dans la mise en œuvre et l'applicabilité d'un management responsable, où la théorie du Stakeholder semble être aujourd'hui un outil de gestion à développer au service d'un management éthique soucieux de performance.

Ce concept de « pratique managériale » interroge les outils d'aide à la décision dont dispose le directeur d'un établissement de santé, notamment d'une clinique SSR.

La place du secteur de soins de suite et de réadaptation dans le système de santé est particulière de par sa contribution à fluidifier « l'après-hôpital » (un point important pour

comprendre la raison d'être de ces établissements), mais aussi par la typologie des publics accueillis dans cet « entre-deux », ce temps d'attente avant de retourner chez soi, voire de retrouver un domicile ; c'est exactement ici que la notion de « réadaptation » trouve tout son sens, et c'est aussi pour cette raison que ces établissements se dotent de travailleurs sociaux, dans la quête de « réadaptation » de leurs patients, parallèlement à la réadaptation du milieu de vie, à condition qu'il y en ait un avant leur arrivée.

La réinsertion, qui est l'un des buts affichés par les centres SSR, représente donc l'aboutissement idéal d'un projet d'accueil totalement personnalisé du patient, avec un travail global sur les dimensions familiales, professionnelles et sociales .

Que se passe-t-il lorsque le patient se révèle être dans une situation socio-économique difficile, où cet objectif de réinsertion se complique ? Comment le centre SSR accompagne-t-il cette attente de réadaptation et de retour dans la vie civile ? Que faire lorsque les délais de séjour commencent à devenir longs et entravent la fluidité du taux d'occupation ? Quel comportement adopter face à cette situation qui compromet les objectifs de performance et de rotation fixés en amont, à travers l'analyse de chaque séjour déclinée en GME ⁴ qui donne une durée de séjour prédéfinie et conseillée à l'établissement pour préserver une ligne de conduite axée sur la performance ?

En effet, le secteur SSR, et plus particulièrement la clinique SSR (secteur lucratif), est un terrain intéressant pour étudier l'applicabilité du management éthique en santé et la place du patient en tant que stakeholder. La moyenne d'un séjour en SSR étant de trois semaines, ce lieu est dit « de passage » et ce n'est aucunément un lieu de vie, où après la réadaptation et la

⁴ Selon les indications de l'atih (agence technique de l'information sur l'hospitalisation), et dans le cadre de la dotation modulée à l'activité, toutes les informations concernant le séjour d'un patient sont entrées dans le logiciel dédié par le médecin dim ; en fonction des données enregistrées, le logiciel classe le séjour respectivement dans : une catégorie majeure, un groupe nosologique, une racine de groupement médico-économique et un groupement médico-économique (gme). Chaque gme a une base de tarification bien précise, avec une indication temporelle du séjour.

réinsertion, le patient doit pouvoir recouvrer son autonomie physique et sociale et sortir. C'est aussi un lieu où plusieurs problématiques peuvent s'entrecroiser et freiner l'accompagnement du patient vers la sortie, ce qui demande au Comité de direction (CODIR) et au directeur de revoir les objectifs fixés en permanence.

Ce croisement du management de performance et de l'accompagnement à la réinsertion sociale représente le point de déclenchement des questions morales et des situations de dilemmes éthiques où, dès lors, la prise de décision revêt toute son importance pour le bien-être des patients et de l'établissement.

L'espace qui regroupe les décisionnaires de la stratégie et de la politique de cette clinique SSR est le CODIR qui est présidé par le directeur de la structure, et composé par la directrice adjointe, les trois médecins, la responsable qualité et la cadre de santé.

Rappelons que dans la définition du modèle normatif de la Théorie des Parties Prenantes (Donaldson et Preston, 1995), l'attention est exclusivement portée sur le comportement à avoir en face de sollicitations plus ou moins diverses. L'organisation tente, selon la diversité des contextes et des acteurs, de se fixer sur des normes comportementales qui peuvent du reste, aller au-delà des demandes exprimées par les parties prenantes, les stakeholders.

Toujours dans ce sens, cette pratique managériale présenterait un intérêt de performance pour la structure : elle réduirait ses risques et ferait progresser ses résultats.

Concrètement, quelle forme pourrait prendre la mise en œuvre de cette théorie en milieu sanitaire, et notamment en clinique de SSR ?

En effet, quelles sont les ressources, espaces ou outils, que peuvent mobiliser le directeur de la clinique ainsi que les membres du CODIR dans les situations de dilemmes éthiques, dans le

souci d'une prise de décision juste ? De quelle manière cette décision « juste » concernant le patient pourrait être génératrice de performance ?

En somme, dans quelle mesure la prise en compte des intérêts du patient en tant que stakeholder grâce au management éthique par les parties prenantes, participe-t-elle à l'amélioration de la performance de la clinique SSR ?

II. METHODOLOGIE

Nous avons effectué une étude de cas au sein d'une clinique SSR. Nous avons étudié le fonctionnement de cette structure de santé privée à but lucratif de 70 lits, à l'aide d'un recueil de données documentaires permettant de comprendre cette entité au sein de l'écosystème de la santé. Nous avons ensuite identifié les parties prenantes et identifié les personnels qui sont acteurs de ce service par l'étude des documents propres au fonctionnement de la structure, mais aussi par des entretiens informels sur le terrain tout au long de la phase de précision de l'objet de recherche afin de respecter une démarche de recherche inductive.

Nous avons alors envisagé deux axes de recueil de données complémentaires à notre étude de données documentaires. Ainsi, nous avons réalisé des entretiens semi directifs auprès de quelques membres du personnel d'une part, et distribué un questionnaire auprès des patients d'autre part.

L'ensemble de ces démarches de recueil de données a été rendu possible par la présence d'un des chercheurs au sein de la clinique dans le service de direction, dans le cadre de son cursus universitaire, spécialisé en gestion d'établissements sanitaires et médico-sociaux.

Tableau 2 : types de données recueillies

Types de données	Données documentaires	Entretiens semi directifs	Questionnaires
Description	<ul style="list-style-type: none"> - Projet d'établissement - Rapports d'activité - CPOM signé avec les tutelles - Tableaux de suivi de l'activité et du taux d'occupation - Tableaux de bord envoyés par le contrôleur de gestion - Tableau de l'ANAP à compléter - Tableaux de suivi de l'évaluation interne, avec indicateurs de qualité multidimensionnels 	<p>5 entretiens :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Directeur de la clinique - Qualificienne - Médecin chef (DIM) - Cadre de - Psychologue clinicienne <p>Thématiques abordées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Éthique et Management dans un centre SSR Privé à but lucratif : forme de management, responsabilités, performance et résultats, management et dilemmes éthiques - Prise de décision : l'acte de prise de décision, outils et espaces d'aide à la décision - Le management par la TPP : définitions et représentations et détenteurs d'intérêts, leur contribution à la performance générale, réputation et image de l'entreprise. 	<p>77 questionnaires distribués</p> <p>Taux de retour : 44 sur 77 = 57%</p> <p>Thématiques abordées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivations dans le choix de l'établissement - attentes et intérêts du patient-stakeholder - Connaissance sur les instances représentatives et leur saisine - Période post-SSR : difficultés éventuelles dans la phase de sortie et de libération du lit - Qualité d'accueil et critères
Date de recueil	Octobre 2017 - Avril 2018	5 entretiens d'une durée d'une heure (ou plus) réalisés entre Mai et Juin 2018.	Date de dépôt : 20 Juin 2018. Nb de relance : 1 relance. Date de restitution : 15 Juillet 2018. Distribution des questionnaires après le recueil par entretiens semi-directifs.

Les données documentaires et contextuelles ont été recueillies par le chercheur-stagiaire tout au long de la période d'immersion professionnelle pour, comme le disent Arborio et Fournier, « aller “voir sur place”, être physiquement présent dans la situation, la regarder se dérouler en temps réel pour en rendre compte » ; dès le départ, le directeur de la clinique lui a confié diverses tâches en vue de participer à la gestion et au management de l'établissement ; cela a été facilitateur pour le recueil de données documentaires et lui a permis de trouver sa place au sein de l'équipe de direction, avec une posture nécessairement analytique.

La posture empathique a été privilégiée tout au long de cette période de recherche empirique, pour faire ressortir le « simplement perceptible » et les éléments importants pour l'enquête. Selon Charliac (2014), « choisir de fonder sa méthodologie sur une posture empathique relève d'un choix épistémologique entre deux représentations intellectuelles, telles que les distingue Maffesoli (La connaissance ordinaire) : « pour reprendre une distinction un peu simpliste, et que l'on peut accepter comme idéal-type (c'est-à-dire n'existant jamais d'une manière aussi tranchée), on ne manquera pas d'observer qu'il y a des représentations intellectuelles reposant sur *l'abstraction* et d'autres qui font appel à ce qu'une certaine tradition allemande appelle *l'Einfühlung*, ce que l'on peut traduire par "empathie".

L'approche empathique consiste, selon le dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines, en l'« ensemble des techniques liées à une attitude intuitive qui consiste à saisir le sens subjectif et intersubjectif d'une activité humaine concrète, à partir des intentions que l'on peut anticiper chez un ou plusieurs acteurs, cela à partir de notre propre expérience vécue du social ; puis à transcrire ce sens pour le rendre intelligible à une communauté humaine », dans ce sens, notre chercheur-stagiaire a été le « médiateur », le sujet transcripteur du savoir sociologique, empirique, afin de travailler à posteriori ce recueil d'éléments.

Après une présentation du sujet d'étude, et de l'intérêt des entretiens avec les membres du CODIR, les entretiens semi directifs ont été réalisés à l'aide d'une grille d'entretien reposant sur différents thèmes d'étude (voir tableau n°2).

La réalisation d'une étude de cas avec une approche inductive implique la prise en compte simultanée de données littéraires, documentaires et d'entretien et questionnaire mis en résonance avec notre question de recherche. La relecture par les chercheurs extérieurs à l'établissement a permis de préciser les données recueillies et l'analyse de contenu effectuée.

L'analyse de la communication non verbale a été envisagée selon la méthode d'Hubermann et Miles qui définissent globalement le processus d'analyse en trois étapes :

- condenser les données (réduction, codage),
- présenter les données,
- formuler et vérifier les conclusions.

Le travail d'analyse est un processus progressif qui intervient tôt durant la phase même du recueil de données et il y a forcément des interactions entre les différentes composantes de l'analyse

Si les entretiens étaient guidés par notre grille d'entretien thématique, il nous a semblé nécessaire de laisser les personnes rencontrées épiloguer, extrapoler sur la dimension managériale d'une clinique SSR lucrative, échanger sur l'art de concilier exigences de performance et éthique. En effet, l'éthique, par définition est l'affaire de tous mais reste individuelle, et par la même nécessité de laisser le discours s'installer sans que les questions du chercheur n'interfèrent dans la réflexion éthique de la personne.

Pour assurer l'installation de cet espace d'échange, un guide d'entretien a été élaboré à l'aide d'éléments issus d'observations réalisées lors de la phase de définition de notre objet de recherche.

Dans un souci de confidentialité, les personnes interrogées ont été assurées que les entretiens seraient anonymisés et une demande orale d'enregistrement par dictaphone des entretiens a été effectuée avec chaque individu afin d'autoriser l'utilisation de ces données (demande et réponse enregistrée). Ceci a permis également de viser l'obtention de témoignages sincères et libérés.

L'élaboration du questionnaire a nécessité une réflexion sur chaque question posée, de façon à déterminer le type de réponse recherchée, dans le cadre des thématiques pré-définies à travers les phases précédentes de l'enquête et les informations qui étaient en notre possession.

L'objet de cette enquête a été de pouvoir recueillir des éléments d'informations concernant les attentes et intérêts des patients accueillis dans ce centre SSR privé à but lucratif en interrogeant directement les principaux concernés, et par conséquent en ouvrant la porte à d'autres éléments éventuels pouvant enrichir ce travail.

La construction et la diffusion du questionnaire destiné aux patients ont été effectuées après les entretiens semi-directifs réalisés avec les professionnels. Ceci afin de pouvoir adapter le contenu pour assurer une analyse croisée avec les représentations émises par les professionnels sur les attentes du patient-stakeholder).

Le questionnaire a été déposé par la responsable hébergement dans toutes les chambres de l'établissement, avec une brève présentation de celui-ci, et des modalités de retour (dépôt dans une boîte anonyme à l'accueil). Il était donc destiné à tous les patients séjournant dans le centre sur une période de quatre semaines (77 personnes).

L'échantillonnage n'a pas été nécessaire car l'objet d'étude concernait le « patient accueilli en centre SSR », avec aucune limite d'âge, de genre, de maladie, ou de Catégorie Socio-Professionnel (CSP). Il n'y a pas eu de recherche de caractère de représentativité.

Ce dispositif de recueil de données a été réalisé par trois chercheurs complémentaires, l'un sur le terrain, alors que les deux autres disposaient d'une compétence disciplinaire complémentaire (sociologie, sciences et politiques sociales, sciences de gestion).

Les analyses des données ont été faites après transcription intégrale de l'ensemble des entretiens et confrontation des contenus (Blanchet et Gotman, 1992) des entretiens avec les données des questionnaires et les données documentaires.

L'analyse des données a été réalisée en deux temps, tout d'abord, l'étude des données documentaires a permis de mettre en évidence les parties prenantes du système à étudier et d'en comprendre les problématiques spécifiques d'activités.

Ensuite, l'analyse des données issues des entretiens et des questionnaires a été effectuée par triple contrôle de l'analyse du chercheur ayant récolté les données. Ainsi, dans le cas où le sens donné aux contenus par le chercheur de terrain n'était pas accessible pour les chercheurs contrôles, des recueils de données complémentaires ont pu être envisagés.

III. RESULTATS

1.1 Éthique et management de la santé : une équation pas si naturelle

« Il faut viser la performance, et la performance n'est pas qu'économique. L'équilibre entre le versant économique et le versant sanitaire est un combat quotidien, car il n'y a rien de plus fragile que la santé au niveau éthique » (Médecin chef de la clinique).

La définition donnée du « management éthique » est semblable entre interrogés : c'est le respect de la volonté et valeurs du patient, du soignant, mais aussi de l'organisation. Les attentes du collaborateur reviennent dans l'échange avec la psychologue qui reçoit régulièrement les « confidences » des salariés : *« la confiance est très importante dans le management : faire confiance à son collaborateur permet la valorisation et elle est nécessaire pour le management éthique »*.

La place du manager est difficile car il peut être confronté à des « tensions » entre patients et salariés : *« le directeur a un rôle très difficile d'être au milieu de tout le monde, d'essayer que tout le monde soit satisfait, de trouver la bonne alchimie entre mise en confiance, empathie et gestion »* ajoute la psychologue. Le management de personnes qui ont des points de vue différents (soignants et gestionnaire) n'est pas chose facile explique le médecin chef, car ils n'ont pas toujours la même vision des choses. Chef de file de la politique de l'établissement, le directeur affirme que *« l'éthique guide le directeur, et régit la fonction du soignant »*, mais ce n'est pas une chose acquise et naturelle au quotidien selon la cadre de santé nouvelle dans sa fonction : *« cette conciliation est difficile*

car je suis à la base une soignante, trouver cet équilibre entre le côté humain (soins, prise en charge médicale etc.) et le côté financier avec la performance, le taux d'occupation etc., ce n'est pas facile ».

Par ailleurs, la cadre de santé souligne l'intérêt de la démarche qualité pour la prise en compte de l'éthique sur le terrain : *« on parle souvent de l'éthique, mais de là, comment la mettre en œuvre ? Une seule manière ou différentes possibilités ? Le fait de tendre vers l'amélioration continue permet de s'orienter le plus possible vers l'éthique à travers les audits, la communication en interne etc., en faisant ressortir des éléments du quotidien qui peuvent interpeller ».*

La qualitiennne s'est interrogée sur plusieurs aspects de ce concept d'éthique : *« quelles sont les limites et frontières de l'éthique ? Peut-on tout accepter venant du patient ? ».*

Selon elle, l'éthique concerne aussi la place des soignants, et notamment leurs droits.

Elle souligne également les questionnements éthiques qui rythment la vie de l'établissement :

« on parle de consentement, de droit au refus etc., mais la conscience du patient concernant sa décision dans un moment de souffrance est-elle suffisante ? ».

Le médecin chef a le *« sentiment que dans le sanitaire l'éthique est piétinée, ne serait-ce que par rapport au droit au refus »*, il est difficile pour des soignants d'entendre cela, ils ont envie d'imposer leur vision des choses, dit-elle, ce qui dérive également sur la notion de responsabilité : quel équilibre entre responsabilités et droits du patient ?

Par ailleurs, la définition donnée du « dilemme éthique en clinique SSR » est similaire et repose sur les mêmes mots. Le dilemme éthique en clinique SSR est expliquée comme suit : toute situation qui remet en question l'intérêt du patient/salarié, ses droits universels et légaux, et qui nécessite une réflexion collégiale avec la mesure des différents enjeux que la situation soulève.

Cependant, même si les interrogés semblent être d'accord sur la définition de « dilemme éthique », l'évaluation des situations pouvant être caractérisées ainsi ne fait pas l'unanimité : une même expérience relatée est définie comme dilemme par un interlocuteur, et comme n'étant « pas un gros problème » par un autre.

Tableau 3 : exemples de situations de « dilemmes éthiques » décrites par les acteurs de terrain

Dilemme décrit	Explications
Croyances et religions	La nécessité de juger l'urgence vitale peut venir compliquer le respect de la personne, et l'idéal serait de s'adapter à la volonté du patient en respectant son code moral ; le directeur souligne le besoin de flexibilité et de volonté d'adaptation de la part de l'établissement. Il me fait part d'une expérience vécue avec un patient ayant besoin d'une alimentation fractionnée, avec un régime alimentaire religieux bien spécifique : la gestion a été faite en partenariat avec la famille.
Occupation d'un lit/ sortie	Un lit bloqué a un impact économique, et un impact social sur les salariés (patient qui peut devenir maltraitant par habitude et situation sociale difficile). D'autre part, il y a un devoir de trouver une solution digne sans faire non plus « ce pourquoi sont payés les autres » (directeur). Les professionnels de la structure « boostent » le réseau local pour la meilleure prise en charge post-SSR, dans les meilleurs délais.

Concernant plus spécifiquement la question « du risque d'instrumentalisation de l'éthique », la qualitiennienne soumet qu'en France, il y a un retard sur cette notion d'éthique dans les établissements de santé ; de ce fait, le risque de l'instrumentalisation de l'éthique ne parlerait pas encore à tout le monde. Elle continue sa réflexion en s'interrogeant :

« Peut-on instrumentaliser ou « jouer sur l'éthique » pour choisir une option qui nous conviendrait davantage ou qui minimiserait les risques ? Est-ce toujours un choix éthique ou une étude de cause/conséquences ? C'est vrai qu'il est difficile de trancher. »

Le médecin chef est plus déterminé sur cet aspect : *« oui, il est possible de le manipuler »* dit-elle. Mais elle souligne et dénonce la discordance entre les demandes à différents niveaux, mais aussi le fait que la théorie est très différente de l'opérationnel, en donnant l'exemple de l'éducation thérapeutique tant prônée par les tutelles, mais qui ne serait pas facile à mettre en place selon elle, pleinement dans un centre SSR car les patients ne sont pas en état de le faire vivre :

« Les tutelles demandent toujours plus avec moins de moyens : la gestion quotidienne avec des moyens diminués laissent peu de place à la réflexion, et je pense même que les éventuels risques de maltraitance, de malveillance etc. peuvent augmenter ».

L'évocation du concept d'éthique dans le secteur privé lucratif, a fait surgir différentes réponses quant à cette image associée au statut juridique d'un établissement : selon tous les interlocuteurs, le secteur public connaîtrait aussi voire davantage de difficultés et de questionnements éthiques; le New Public Management, la diminution des moyens, l'augmentation de la précarité des patients, le dialogue social tendu seraient des facteurs déterminants de ces difficultés.

En effet pour la cadre de santé : *« le statut public de l'hôpital et le fait qu'il soit non lucratif ne lui garantit pas obligatoirement un management éthique : ça peut même être pire avec le manque de moyens, et le principe de service public, le management peut être même plus sévère . Le collaborateur dans le groupe privé, a beaucoup d'importance pour son image de marque, son fonctionnement et sa performance quotidienne ».*

En somme, le management éthique semble être défini avec les mêmes mots, et les mêmes arguments. Un important travail de réflexion est engagé par les professionnels lorsque le lien entre gestion et éthique est abordé, avec des questionnements sur le statut juridique d'un établissement de santé, où l'image du secteur lucratif et son rapport à l'argent est bien vécu par le personnel, questionnant à leur tour le management actuel et les difficultés rencontrées dans le secteur public et son rapport à l'éthique : *« L'éthique est à tout le monde, privé ou public peu importe, du moment que cela concerne la santé. »* (psychologue de la clinique). La sensibilité quant à la situation de « dilemme éthique » et au risque « d'instrumentalisation » de l'éthique ne semble pas être au même degré : la singularité de la

perception du « risque éthique » nous questionne sur la connotation réelle de la définition pensée et comprise, contrairement à celle exprimée par les professionnels. Cette singularité dans la définition des notions pourrait représenter une autre difficulté dans le management de l'éthique, où ce « mot-valise » devrait être décomposé et travaillé avec chaque collaborateur, qui lui revêt un sens particulier, selon sa propre éthique, son histoire, ses compétences, son champ de vision.

1.2 Le management et la gouvernance institutionnelle : des objectifs à atteindre

Premièrement, abordons le thème de la « gouvernance » qui revient souvent, ayant trait au contrôle prégnant du groupe (le siège) sur les établissements, mais aussi d'une partie prenante loin d'être négligeable que sont les actionnaires. Selon la qualitiennne, les chefs d'établissements et les membres du CODIR n'ont pas toujours toutes les informations concernant la stratégie planifiée par le groupe national qui détiendrait les informations relatives à la politique générale : « *c'est gouverné de Paris* » dit- elle, en ajoutant « *c'est là qu'on se rend compte que la force d'un tel groupe devient une faiblesse pour les acteurs du terrain* ».

Cependant, concernant plus particulièrement l'éthique, elle ajoute que le système de valeur descend de la politique du groupe : l'éthique et la bienveillance sont au cœur de la politique du groupe, ce qui fait sa force, et une notion prônée par les directeurs d'établissement.

Quant au volet commercial, les réponses mettent en exergue un axe financier qui peut être mobilisé pour produire les objectifs quantitatifs attendus : le directeur explique qu'il est aidé par le directeur commercial du groupe pour la « vente » des chambres.

Le cadre de santé explique qu'il y a une « attente de démarchage » auprès des adresseurs, auprès des autres cadres de santé du réseau pour la promulgation de la clinique.

Quant aux objectifs qualitatifs (outre ceux fixés par les tutelles), les différents interlocuteurs ont cité la réussite de la certification, la fidélisation des salariés, la satisfaction des patients, la fixation de critères pour les prestations hôtelières etc., dans un souci de conservation d'une « image de marque » selon le directeur.

Parallèlement, le médecin chef fait référence à l'actionnariat : « *on est un SSR lucratif, il faut que cela rapporte de l'argent aux actionnaires* » ; quant au directeur, il dénonce un système qui selon lui profite aux actionnaires : « *30% des gains vont « dans la poche » des actionnaires et non dans l'investissement ou la recherche, ce n'est pas normal* ».

1.3 Le patient stakeholder : du patient « roi » au patient « responsable »

L'analyse des questionnaires fait ressortir des réponses quasi-similaires concernant la question sur les attentes et intérêts du patient-stakeholder, ils soulignent : le bon accueil, le fait d'être rassuré, d'être informé, d'être bien installé dans son lieu « de vie », d'être écouté, la bonne organisation de sa sortie, la présence du soignant, la rapidité d'arrivée suite à la sonnette, et le respect de sa personne. Le médecin chef ajoute : « *un patient calme et serein adhère davantage à son projet thérapeutique* ».

Outre ces aspects, l'axe hôtelier est régulièrement évoqué : les patients rechercheraient un minimum de confort, de la modernité, des services adaptés, la propreté, la qualité du lit, l'accès WIFI, l'accès TV, et la qualité de la restauration. Les attentes en termes d'hôtellerie et de restauration sont plus souvent mentionnées et exprimées par les patients, contrairement à celles liées à la santé ; selon la qualicienne, cela pourrait être lié à l'amélioration générale de la qualité de prise en charge durant ces dernières années, à l'individualisation et au phénomène « patient roi », voire aux changements des normes de la société ; selon elle, ces changements se ressentent dans le rapport à la santé des personnes.

Les objectifs de convalescence ne reviennent pas souvent dans les réponses des patients : ils seraient mêmes en second plan selon les enquêtes ; la cadre de santé souligne cependant l'importance de l'implication du patient dans son projet thérapeutique en tant que partenaire pour des meilleurs résultats.

La nécessité de « jouer » sur les nouvelles attentes du patient pour se démarquer de la concurrence est un objectif permanent selon le directeur, le but serait de « faire oublier le côté médical » et mettre en place un cadre agréable pour combler les attentes du patient.

La question de la satisfaction du patient dérive sur ses limites. Ici, l'intérêt de la formation des professionnels aux droits du patient revient, face à une législation qui ne cesse d'évoluer.

Aujourd'hui, les patients connaîtraient bien leurs droits, mais pas toujours leurs devoirs : il y a un équilibre difficile à demander et à mettre en œuvre pour un manager selon la qualicienne : « *comment faire jouir de leurs droits tout en protégeant les soignants et en respectant le règlement de l'établissement ? Équation difficile* ». Par ailleurs, la fonction de jugement du patient d'aujourd'hui aurait changé : le patient jugerait davantage les dires des soignants comparé à avant.

Mais le directeur ne semble pas être du même avis : le bon soin est attendu mais le patient « *ne connaît pas la médecine* », donc il ne peut pas juger sur cela, selon lui il juge sur autre chose, la douleur par exemple.

Par ailleurs, la question de la place de la famille dans la relation patient-SSR revient : besoin de rassurance de la famille, besoin d'information ; il faudrait savoir s'adapter aux particularités du patient et de sa famille : « *parfois je fais dérogation sur les heures de visite pour le bien-être du patient. Il faut une prise en charge globale du patient et tout ce qui est autour, et pas que lui* » (cadre de santé).

1.4 Le salarié stakeholder : un détenteur d'intérêt, acteur de performance

Un autre thème ressortant des réponses concerne l'intérêt du bien-être du salarié pour une bonne prise en charge du patient ; ce thème est revenu quasiment lors de chaque entretien suite à la demande de définition d'un management éthique, ce qui souligne l'importance de la bienveillance du personnel. De même, le besoin de valorisation et de reconnaissance, le besoin d'implication à la vie de l'établissement et à sa « stratégie » (notamment à travers le partage des chiffres qui les intéresserait), le besoin de se sentir « encadré mais pas trop », mais aussi écouté et soutenu, sont des éléments retenus des entretiens. Ce stakeholder qui gravite autour du patient a aussi ses intérêts et attentes à combler pour la qualité de travail : cela contribuerait à la performance de l'établissement. Selon le cadre de santé, l'enjeu d'un établissement de santé lucratif passe aussi par la fidélisation des collaborateurs, le turn-over n'est jamais bon, donc l'ambiance sociale contribue aussi à la performance.

Tableau 4 : Verbatim sur le concept de performance en établissement de santé

Données recueillies	Verbatim
Management par la qualité et performance	<p>« La maîtrise des coûts est obligatoire surtout pour un établissement comme celui-ci, mais elle ne doit pas être le seul objectif, car la non qualité a un cout bien supérieur. Le top management passant par une sensibilisation et formation des salariés, par des audits et la rigueur, ce n'est pas évident car la limite est très fragile entre droits et devoirs, et l'éthique est parfois entre les deux. Mon idéal est que la qualité soit un acquis, du naturel, et non de l'attendu pour une échéance fixe comme la certification, cela accroît l'adhésion du personnel, minimise les risques, augmente la performance de l'établissement ». (Qualificienne).</p>
La performance et les notions « d'image et de réputation » dans le secteur privé à but lucratif	<p>« Si le patient choisit de « déboursé » pour aller dans le privé et non le public, c'est qu'il recherche un « plus », « autre chose », et c'est là que le patient devient client » (directeur).</p> <p>« Des patients choisissent le privé pour cette image de confort et de qualité ; d'autres ne le choisissent pas pour ne pas déboursé en plus et vont au public » (médecin chef).</p> <p>« Pour les anciennes générations, l'hôpital signifiait l'État, qui signifiait « qualité », aujourd'hui les nouvelles générations n'ont pas forcément cette idée du soin « payant », déjà avec les facilités de la prise en charge sanitaire, mais surtout, on ne joue pas avec la santé pour avoir des résultats financiers, c'est antinomique avec la raison d'être d'un établissement de santé » (cadre de santé).</p> <p>Mesure de l'image et la réputation d'un établissement de santé :</p> <p>Les réponses sont quasi-similaires et relatent les questionnaires de satisfaction des patients, la satisfaction des adresseurs, le taux d'occupation (mais la qualificienne souligne la nécessité de prudence dans l'analyse de cet indicateur qui n'est pas forcément objectif), la demande d'embauche de professionnels, les échos et retours des réseaux professionnels (exemple donné par le médecin chef : un médecin de son réseau qui lui parle spontanément de la bonne réputation de l'établissement SSR : à quoi cela peut-il être lié ? Pourtant ce sont les mêmes professionnels, la même prise en charge, mais l'établissement est plus moderne, plus neuf, plus beau), et les acteurs locaux.</p> <p>Quant aux vecteurs de l'image et de la réputation de l'établissement, « le bouche à oreille » revient très souvent « en fonction de la taille de la Ville » dit le médecin chef ; les réseaux sociaux semblent être aussi un vecteur très important aujourd'hui, et le directeur dénonce que « le problème du réseau social c'est l'instantanéité du partage de sentiment, et le négatif prime sur le positif ».</p>
La performance définie par les acteurs de terrain : critères d'une clinique SSR performante	<p>Les définitions respectives d'une clinique performante s'articulent entre la qualité des soins et le taux d'occupation : « Donner le bon soin, au bon patient, au bon moment, et au bon coût. » (Qualificienne). Le directeur ajoute : avec les bons professionnels, les bons matériels et les procédures, et inclut la notion du taux d'occupation. La notion économique revient dans sa définition : « Une clinique performante, c'est une clinique pleine, qui dégage des fonds sur l'exploitation ».</p> <p>« Il faut viser la performance, et la performance n'est pas qu'économique. L'équilibre entre le versant économique et le versant sanitaire est un combat quotidien, car il n'y a rien de plus fragile que la santé au niveau éthique ». De sa place délicate combinant gestion sanitaire et économique, le médecin DIM explique : « la gestion du facteur économique peut générer du manque d'empathie vis-à-vis des patients et des soignants, il faut une auto-vigilance permanente ».</p> <p>La vision du cadre de santé complète ces déclarations : « pour le bon fonctionnement de l'établissement, il faut aussi de bons résultats de performance économique. Parfois je suis trop dans le rôle de soignant et moins de « gestionnaire » ; mon objectif à moi est de rendre les soignants les plus performants possibles en les soutenant, avec empathie, les écouter et puis trancher ».</p>

IV. DISCUSSION ET IMPICATIONS MANAGERIALES

Cette recherche a fait ressortir divers points de vue, de multiples questionnements, et ouvre la porte à des réflexions sur la notion de responsabilité, la nécessité du recadrage des devoirs du patient accueilli tout en préservant ses droits, les moyens humains et financiers dans la mise en œuvre de l'éthique, et le concept de la « famille-stakeholder ».

La notion de responsabilité est intervenue à plusieurs reprises, que ce soit en parlant de la responsabilité du chef d'établissement, de celle des soignants, du patient mais aussi de celle des partenaires qui gravitent autour du parcours patient. La direction a fait part de son manque de marge de manœuvre totale lié à la gouvernance, ce qui compliquait parfois la prise de décision. Cet acte de décider ne peut relever de son unique souhait, il doit prendre en compte de manière perpétuelle les intérêts de tous les stakeholders de la clinique, et pas uniquement ceux du patient. Effectivement, même si cette liberté est limitée, elle existe quand même, et c'est ce contexte même qui rend le management en santé difficile : mettre en œuvre un management éthique malgré toutes les composantes et caractéristiques de l'établissement géré.

En même temps, cette liberté a un prix : elle amène, dans un second temps, à « faire les comptes ». Il existe un lien obligé entre responsabilité et gestion. En effet, comme nos résultats le montrent, chaque professionnel présente l'éthique selon sa propre définition, en faisant référence à soi. Il incombe au directeur d'identifier une « cohérence » éthique à travers toutes ces interprétations et définitions et parfois divergentes. Nous pourrions nommer ce phénomène « l'éthique managériale partagée ».

Ce concept de responsabilité évoqué, peut être applicable dans la dénonciation du patient actuel qui serait « roi » ; au vu des éléments d'analyse soulevés, on pourrait se demander s'il est nécessaire aujourd'hui de « responsabiliser » le patient.

« C'est la prise en compte et la connaissance des attentes et souhaits du patient qui font la performance de la clinique », souligne le directeur, en plaçant donc ce stakeholder en priorité dans la génération de résultats. Cette priorisation du patient-stakeholder renvoie à la théorie de classification des détenteurs d'intérêt de Mitchell (1997), qui suggère de s'appuyer sur trois critères, la légitimité (autorité fondée et acceptée socialement), le pouvoir (capacité d'imposer sa volonté) et le niveau d'urgence. En combinant ces trois attributs, on obtient un outil efficace pour les classer utilement. Dans ce cadre, la hiérarchisation des parties prenantes se fait sur la seule base de leur importance pour le succès de l'organisation.

Un stakeholder sera d'autant plus écouté que sa part contributive sera déterminante pour les résultats de l'entreprise. Certains professionnels pointent du doigt le fait que la législation souligne davantage les droits, mais pas souvent les devoirs du patient, qui sont eux aussi une composante du bon fonctionnement de la structure, du projet thérapeutique, et selon les propos de la qualitiennne, « cela renvoie à la notion de respect du soignant ». Cette situation engendrerait des situations de conflits entre soignant/soigné, dès lors que la limite « des droits de l'autre » est franchie, la qualitiennne décrit le questionnement soulevé : « L'éthique mise en œuvre dans un établissement doit prendre en compte les droits et devoirs de tous ». Nous pouvons donc nous demander si le classement des stakeholders selon l'intérêt qu'il représente pour l'établissement pourrait avoir un impact dans l'écoute qui lui sera apportée ? Est-ce que d'autres dilemmes éthiques pourraient être engendrés par ce fonctionnement ? Est-ce là une des limites prévisibles de la TPP ?

Ici, nous retrouvons l'importance de l'acte de prise de décision dans le management appliqué. « Pour prendre la bonne décision, il faut une certaine autorité innée, et des traits de caractère qui feront que tu seras un meilleur manager qu'un autre » (médecin chef).

Certains interlocuteurs font référence aux attributs du manager : « le manager doit savoir prendre une décision (les professionnels attendent une ligne de conduite), doit se faire

confiance, doit être formé, et avoir ce « petit plus », ce « feeling » (directeur). Alors, comment prendre la bonne décision ? Est-ce une attitude éthique acquise ou innée ?

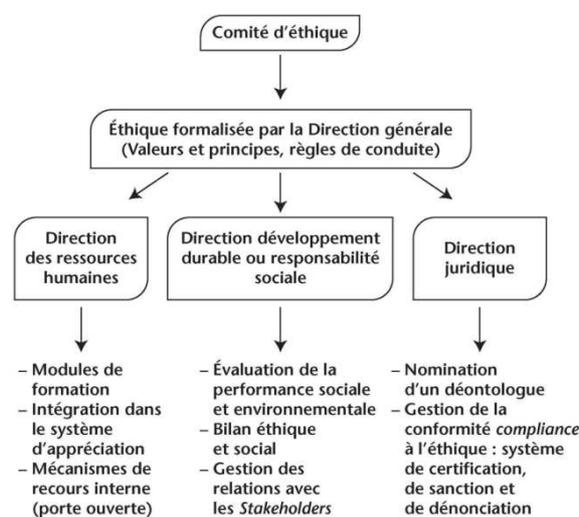
La modélisation proposée par le psychologue Kohlberg (Garz, 2009) tente de montrer la constitution d'une capacité morale tout au long de l'existence, depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte (largement influencé en cela par les travaux de Piaget). Il a étudié la manière avec laquelle les personnes utilisent leurs facultés de raisonnement lorsqu'elles doivent prendre une décision morale. Les niveaux du développement moral sont ainsi résumés en trois étapes, et au niveau 3, l'individu développerait ses capacités de prises de décision en fonction non plus d'influences externes mais de ses propres règles de justice. Sont pris en compte aussi bien les devoirs s'imposant à tous que le caractère parfois relatif des situations, notamment dans le cas des dilemmes (Deslandes, 2012).

Cependant, toutes les personnes interrogées sont unanimes sur le fait qu'une décision doit être prise en équipe, doit être réfléchie, documentée, et rapide en cas de délais impartis. L'enquête a démontré qu'il existe plusieurs espaces de réflexions au sein de cette clinique SSR.

L'aide à la décision revêt toute son importance face à ces situations critiques. Concernant les instances, outils et sources d'aide à la décision, le directeur cite le CODIR comme étant l'espace principal, les proches/famille, le réseau personnel, le directeur régional, ainsi que les supports juridiques et économiques dont il dispose. « Le CODIR est l'organe et la charpente même de toute organisation, tout part de là ; à condition que les membres soient bien informés de la vie et des changements de l'établissement. C'est un espace de débat, il donne la pulsion, dit ce qu'il faut faire et comment il faut faire. Mais est-ce que c'est un espace suffisant ? Je ne sais pas » explique la qualitiennne.

La nécessité d'élargissement du CODIR revient dans pratiquement toutes les réponses : « si on veut prendre la meilleure décision pour chaque cas, il faudrait l'ouvrir à la psychologue et à l'assistant social », dit-elle.

Au fil des entretiens, nous apprenons qu'un Comité d'Éthique a été créé par le directeur « pour discuter de sujets non discutables en CODIR » ; sa composition différente et plus élargie, et dans le cas où il serait porté par un professionnel engagé et non le directeur, ferait qu'il aurait une réelle place dans l'établissement et une réelle différence par rapport à celle du CODIR. Selon lui, il offrirait l'avantage et la possibilité de s'ouvrir à l'extérieur, et permettrait de mettre les enjeux de côté, ce qui est différent du CODIR qui doit prendre en compte justement tous les enjeux pour définir une stratégie et une politique.



Source : Mercier S. (2004), L'éthique dans les entreprises, La Découverte, Paris.

Le schéma ci-dessus illustre la place de l'éthique dans les entreprises. Mercier démontre par ce schéma que l'éthique a une place centrale dans une entreprise, étant déployée à différents niveaux à travers la politique globale ; par ailleurs, il fait le lien également entre l'éthique et les « stakeholders », à travers la gestion des relations.

Nous pouvons décrire cette recherche d'espace adapté pour « travailler » l'éthique, comme un exemple du modèle descriptif de la Théorie des parties prenantes citée par Crane et Matten (2007, p. 189-190), où selon eux, les organisations se doteraient d'outils de suivi et d'audit comme la création de comité d'éthique, la nomination d'expert en déontologie ou

l'introduction de système d'alerte interne afin d'étudier les relations aux parties prenantes de manière empirique et la manière avec laquelle l'organisation et ses parties prenantes interagissent et s'influencent.

Une autre thématique qui nous semble importante à relever concerne les moyens humains et financiers comme conditions de mise en œuvre de l'éthique qui a été amorcée par le médecin chef (médecin DIM). En effet, durant plusieurs entretiens, un lien entre les « moyens » et l'éthique a été fait pour expliquer que, la conjoncture tendue d'une structure pourrait impacter la mise en œuvre d'une « attitude éthique » sur le terrain. Certains parlaient de manque de moyens humains et de risque de maltraitance, d'autres faisaient le lien avec le secteur public qui connaîtrait des difficultés financières permanentes mettant à mal et en difficulté le service public hospitalier, et notamment cette attitude de « bienveillance » attendue.

Cet aspect de « moyens » comme condition de l'éthique soulèvent les questions suivantes : l'éthique se doit-elle d'être appliquée quelle que soit la conjoncture économique d'un espace ? Peut-elle être influencée par le manque de moyens ?

Que ce soit lors des entretiens, ou dans les réponses apportées aux questionnaires par les patients, la famille et les proches sont des acteurs qui reviennent souvent dans les discours comme étant des acteurs clés. Ils joueraient un rôle important dans et dès le choix de la structure, dans l'accompagnement durant le séjour du patient mais aussi lors de la sortie. Autant d'éléments qui amènent à se demander s'il ne faut pas les considérer comme un autre stakeholder.

Ces réflexions nous permettent d'apporter des éclairages sur la littérature managériale de l'éthique en santé devant intégrer plus précisément les concepts de responsabilité et de gestion des ressources communes.

En effet nous avons pu lire à travers la revue de littérature, que le management éthique dans un souci de justice et d'égalité offre la possibilité de réfléchir sur les modes de gestion des établissements du secteur sanitaire et/ou médico-social, accueillant des publics fragilisés sur différents points, et évalués sur la base de critères touchant l'éthique. La TPP est un outil de management éthique qui a des formes variées d'application, et même s'il est difficile aujourd'hui de statuer clairement sur les résultats factuels de sa mise œuvre, elle a permis de repenser les pratiques managériales devant satisfaire plusieurs détenteurs d'intérêts, les stakeholders et les managers dans leur quête de sens.

Sur le plan pratique, notre enquête montre la diversité des conceptions éthiques et la réalité des préoccupations éthiques dans les établissements de santé et tout particulièrement en SSR. Pourtant les services de SSR ne sont pas ceux dans lesquels les débats éthiques sont mis en place prioritairement, le sens donné à l'activité et la participation à un service de santé de ce type fait débattre les professionnels.

En effet, le directeur et les membres du CODIR de cette clinique ont engagé des réflexions intéressantes en termes de management éthique pour pouvoir répondre à des situations qui sortaient de l'ordinaire et qui nécessitaient une décision : l'intérêt du patient-stakeholder prendrait le dessus dans le mode de management appliqué dans cette structure. Comme par exemple ce patient pour qui il a fait dérogation dans son plan alimentaire, et a noué un partenariat avec la famille, de manière à réduire les risques d'évènements indésirables (alimentation fractionnée et régime religieux) et surtout à satisfaire la demande de celui-ci. De nature utilitariste ou pas, le directeur mène un management qui tend à satisfaire le patient, qui est selon lui le générateur de performance car c'est lui qui participe à la bonne réputation et à l'image de l'établissement.

Le manque d'espace de réflexion partagée sur les situations de dilemmes éthiques a été souligné : un lieu où il serait intéressant de trouver des consensus, et des définitions communes, notamment pour définir ce qui serait éthique ou non dans une situation donnée, mais aussi de veiller sur le risque d'instrumentalisation de l'éthique. Animer ces débats et prendre en compte les éthiques des acteurs et des patients semble être un point à travailler dans ces établissements.

S'il y a autant d'éthiques que de personnes, il y a matière à faire vivre ces positionnements et à les intégrer aux décisions de gestion voire de planification de l'activité, ce qui pourrait définir un management dit partagé.

Le concept de responsabilité pourrait alors être mieux vécu par les professionnels et notamment les managers/directeurs de ce type de structures qui sont parfois dans un entre-deux entre leur propres système de valeurs et celle de l'institution qu'ils représentent.

Ces directeurs choisis et recrutés sur la base de leurs diverses compétences, sont dès le départ sollicités pour leurs capacités de gestion et notamment sur le plan financier. Il faut donc que ces managers arrivent à prendre du recul et agir en agent libre malgré la gouvernance, de façon à trouver le juste milieu entre les exigences auxquelles ils font face et leurs propres limites morales, éthiques. D'autant plus que, comme le démontre cette étude, une structure performante serait l'addition de la satisfaction de tous les stakeholders, et pas uniquement celle des tutelles/actionnaires comme le stipule le modèle qui pèse encore aujourd'hui dans le vocabulaire de gestion sur le terrain. Ces nouveaux modes de management qui offrent plus de flexibilité et d'adaptabilité devraient être développés afin de pouvoir mesurer leur impact réel sur le bien-être des managers, des usagers et des établissements. Au risque de devoir « rendre des comptes » sur une décision prise en tant qu'agent libre. Nous l'avons vu, la liberté du manager est limitée, certes, mais elle existe quand même, et cette liberté a un prix, c'est ce qui rend le management difficile dans ces structures où l'éthique pèse tant, mais c'est ce qui le

rend en même temps intéressant et motivant. C'est peut-être là que se trouve le sens et l'essence-même du travail d'un directeur de structure de santé/social : permettre aux institutions de se repositionner, se questionner sur leur démarche dans le cadre de la responsabilité collective, comme une forme de veille permanente afin de garder le bon équilibre entre gestion et éthique, et agir en « institution juste » comme la célèbre formule employée par Ricœur dans *Soi-même comme un autre* (1990).

Ce travail, qui a aussi ses limites évidentes, mériterait d'être élargi à un plus grand nombre de cliniques de soins de suite et de réadaptation du secteur privé à but lucratif (représentant 30% des lits en 2014), mais aussi à toute structure du champ sanitaire et social, afin de pouvoir mettre en exergue les résultats obtenus et les comparer de façon à analyser les modes de management mis en œuvre, dans un éventuel souci de recherche de l'éthique, parallèlement aux objectifs de performance fixés.

Tableau n°5 : Tableau des contributions

CONTRIBUTIONS	ELEMENTS DE REFLEXION
<p align="center">Le lien entre manager et système de gouvernance</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Décider, au risque de rendre des comptes, - L'intérêt d'un management éthique pour soi et pour autrui.
<p align="center">Politique de gestion d'un établissement sanitaire, social ou médico-social</p>	<p>Notion d'éthique managériale partagée pour valoriser et favoriser l'implication du personnel en contact direct avec le public, dans l'instance décisionnaire de la structure ou tout espace créé à cet effet.</p>
<p align="center">La priorisation du patient-stakeholder dans le management de la performance</p>	<p>Réflexions empiriques sur la nécessité ou non de hiérarchiser les stakeholders dans une logique de performance. Ici, le patient serait le stakeholder premier à prendre en compte.</p> <p>Parallèlement, la notion de « patient-roi » fait surface à travers l'enquête de terrain, où la limite entre droits et devoirs semble être fragile.</p>
<p align="center">Ethique et espaces d'aide à la décision au service du gestionnaire</p>	<p>Le Comité d'Ethique est avancé comme un moyen d'aide à la décision en cas de dilemmes éthiques, ou même dans le pilotage général de la structure, pour toute prise de décision pouvant avoir un impact sur l'accueil du patient.</p>
<p align="center">Conditions pour la mise en œuvre de l'Ethique en clinique SSR</p>	<p>Les données empiriques apportent des éléments de réflexion sur les conditions matérielles et humaines pour une bonne mise en œuvre de l'éthique ; c'est-à-dire que le risque de négligence de l'éthique dans l'accueil des patients n'est pas zéro, en cas de manques de moyens qui pourrait aller jusqu'à la maltraitance.</p>
<p align="center">Place de la famille</p>	<p>La question de la place de la famille dans le projet d'accueil personnalisé du patient est souvent revenue durant l'enquête, jusqu'à générer le questionnement suivant : peut-on parler d'un autre stakeholder à prendre en compte ?</p>

CONCLUSION

« Si la vie des affaires est un processus social, alors la moralité y occupe une place centrale ».

Par cette citation, Alain Anquetil (2010, p. 106) tente de démontrer le lien qu'existe entre sciences de gestion et sciences humaines et sociales : pas de processus social sans éthique, sans morale, écrit-il.

C'est dans cette optique que pourrait s'inscrire la difficulté du management du social et de la santé : permettre aux usagers de jouir de leur droits et intérêts à travers un management qui se veut éthique, juste, et réfléchi, malgré les intérêts respectifs de tous les stakeholders, au risque d'être parfois divergents entre eux.

Cette démarche, vue sous l'angle de la théorie des parties prenantes (TPP) serait au service du développement de la performance, conformément à l'attente des financeurs du projet.

Les témoignages faits par les membres de direction de la clinique SSR dans le cadre de ce travail d'étude, ont bien mis l'accent sur la nécessité première de combler les attentes et les intérêts du patient dans la recherche de performance générale.

Que le management employé soit déontologique, utilitariste ou d'un autre type, ce n'est pas tant la question.

Finalement, la question est de savoir si une réflexion éthique peut aider à mieux appréhender le comportement individuel du manager dans un système, afin de se construire et se constituer en agent libre et autonome malgré les attentes et les enjeux liés à la gouvernance, pour mettre en œuvre un management en ayant le « souci de soi » et « d'autrui » et de concilier éthique et gestion.

BIBLIOGRAPHIE

ALBOUY et al. (2009). « Les dépenses de santé en France : déterminants et impact du vieillissement à l'horizon 2050 », DGFTE, Documents de travail numéro 2009/11 – juillet.

ANQUETIL, A. (2009), Qu'est-ce que l'éthique des affaires ?. Vrin.

ARENDRT, H. (2009). Responsabilité et jugement. Payot.

ATKINSON, A.A. WATERHOUSE, J. H., WELLS, R B. (1997) « A Stakeholder Approach to Strategic Performance Measurement », Sloan Management Review, Spring, pp. 25-37

CASAGRANDE, A. (2016). Éthique et management : du soin et de l'accompagnement, Métiers et pratiques". Dunod.

CASH, R., DUPILET, C. (2011). « La réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires », DREES, Dossier Solidarité et santé.

DE POUVOURVILLE, G. ET JOYAU, M. (2009). « Analyse comparée de la productivité des établissements hospitaliers du secteur public et privé », Fédération de l'Hospitalisation Privée.

DESLANDES, G. (2012). Le management éthique. Dunod.

DORMONT, B., MILCENT, C. (2011). « Comment évaluer la productivité et l'efficacité des hôpitaux publics et privés ? Les enjeux de la convergence tarifaire », CEPREMAP, Document de travail no 1108.

EVAIN, F., & YILMAZ, E. (2012, Décembre 20). Les déterminants de la rentabilité économique des établissements de santé. Récupéré sur www.economiepublique.revues.org: <http://economiepublique.revues.org/8983>, ISSN : 1778-7440.

FOLLET PARKER, M. (1896). The Speaker of the House of Representatives Longmans, Green and Co.

FOUCAULT, M. (1982-1983). Le Gouvernement de soi et des autres. Cours au Collège de France. Arnold Davidson.

GOND, J.P. (2001). Construire la relation (positive) entre performance sociétale et financière sur le marché de l'ISR : de la performance à l'autoréalisation ? Revue d'économie financière
Année 2006 85 pp. 63-79.

GRENIER, C. (2013, 3 n°61). Performance des organisations et bien-être des usagers : quels modes de pilotage et d'intervention? Management & Avenir, pp. 129-145.

JIHANE SEBAI, 2015/3 Vol. 27, « L'évaluation de la performance dans le système de soins. Que disent les théories ? », Santé Publique 2015/3 (Vol. 27), p. 395-403. DOI 10.3917/spub.153.0395

MACHEFERT, T. (2017). Fondements philosophiques de l'éthique en santé. Master 2 Management sectoriel parcours gérontologie et qualité des soins. Université de Caen.

MAUREL, J. (2017). Les conséquences épistémologiques, éthiques et professionnelles des évolutions en cours et de la normalisation intégrée des pratiques de soins. Master 2 Management sectoriel parcours gérontologie et qualité des soins. Université de Caen.

POURTOIS J.P., HUBERMAN, MILES (1993). Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes. Revue française de pédagogie, volume 105, pp. 132-134.

RAOUL-CORMEIL, G. (2017). Approche juridique de l'éthique en gérontologie. Master 2 Management sectoriel parcours gérontologie et qualité des soins. Université de Caen.

RICOEUR P. (1990), Soi-même comme un autre, Seuil.

SOUISSI L. (2009) "Processus de construction des indicateurs de mesure de performance dans un établissement de soins privé." La place de la dimension Européenne dans la Comptabilité Contrôle, Strasbourg, France.