

le tourisme médical au Maroc : enjeux et nouvelles compétences des professionnels de santé

Mickaela Angel

► To cite this version:

Mickaela Angel. le tourisme médical au Maroc : enjeux et nouvelles compétences des professionnels de santé. Gestion et management. Université Paris-Saclay, 2016. Français. <NNT : 2016SACLV105>. <tel-01634031>

HAL Id: tel-01634031

<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01634031>

Submitted on 13 Nov 2017

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.

NNT : 2016SACLV105

THESE DE DOCTORAT
DE
L'UNIVERSITE PARIS-SACLAY
PREPAREE A
L'UNIVERSITE VERSAILLES SAINT-QUENTIN EN YVELINES
LABORATOIRE DE RECHERCHE EN MANAGEMENT LAREQUOI

ÉCOLE DOCTORALE N°578
Sciences de l'Homme et de la Société

Spécialité de doctorat : Sciences de Gestion

Par

Mme Mickaëla ANGEL

**LE TOURISME MÉDICAL AU MAROC :
ENJEUX ET NOUVELLES COMPÉTENCES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ**

Thèse présentée et soutenue à Guyancourt, le cinq décembre 2016 :

Composition du Jury :

Directeur de Thèse :

Kokosowski Alain : Professeur émérite, Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines

Rapporteurs :

Ben Abdelaziz Fouad : Professeur à Neoma Business School (Rouen / Reims)

Rival Madina : Maître de conférences HDR en gestion, Conservatoire National des Arts et Métiers

Président du jury :

Rouet Gilles : Professeur des universités, Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines

REMERCIEMENTS

La déontologie impose le remerciement de ses pairs et encadrants lors de la remise d'une thèse.

Je souhaite, pour ma part, faire preuve de gratitude envers toutes les personnes qui ont permis l'aboutissement de cette thèse, à travers les années de réalisation, d'écriture, de correction.

J'ai bénéficié de l'aide morale, matérielle et intellectuelle de plusieurs personnes pour la réalisation de cette thèse.

Tout d'abord Monsieur Alain KOKOSOWSKI, Professeur à l'ISM (Institut Supérieur de Management) de l'Université de Versailles Saint Quentin (UVSQ), directeur de cette thèse, pour l'aide et le temps qu'il a bien voulu me consacrer et sans qui cette thèse n'aurait jamais vu le jour : son suivi, ses conseils avisés, ses directions et éclaircissements. Après quelques années de travail commun, c'est toujours un réel plaisir d'être à ses côtés et de pouvoir travailler ensemble.

Je m'incline particulièrement devant mes amis, qui semaine après semaine n'ont eu de cesse de me relancer pour que je conduise à terme cette recherche. Votre acharnement aura permis la réalisation de ce travail.

De plus, je tiens à adresser mes remerciements au personnel de chaque clinique au Maroc (Ville de Rabat et de Casablanca) pour leur accueil chaleureux au sein de leur établissement et de m'avoir donné la possibilité de concrétiser cette thèse.

Mes remerciements vont également au personnel administratif de l'ISM, et au corps enseignant pour leur contribution au bon déroulement de cette étude.

Pour finir, je remercie ma famille, pour leur écoute quotidienne, leur attention, leur soutien et la patience qu'elle m'a témoignée.

SOMMAIRE

Remerciements	2
Sommaire	3
Introduction	5
Chapitre I / La notion de compétence et la gestion des compétences	7
Section 1 : La notion de compétence	7
1.1/ Définition du concept : Compétence	7
1.2/ Vers un nouveau modèle de référence	10
1.3/ Management des compétences et professionnalisme	14
1.4/ L'évaluation des compétences	18
1.5/ Compétences et Performances	27
Section 2 : La Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences	29
2.1/ L'approche de la GPEC	29
2.2/ La formation et le plan de formation dans l'entreprise	33
2.3/ La mobilité	39
Chapitre II / La compétence des cadres	41
Section 1 : Origine juridique de la notion de cadre	41
1.1/ Etymologie du terme cadre	41
1.2/ Evolution de la notion (1914-2012)	43
Section 2 : Le cadre dans les organisations	52
2.1/ Un statut dans les organisations	52
2.2/ Hommes et Femmes cadres.....	54
2.3/ Les différents rôles et fonctions des cadres.....	57
Section 3 : Les nouveaux enjeux de la fonction « cadre »	62
3.1/ Le nouvel environnement organisationnel	62
3.2/ Le travail des cadres	66
Chapitre III / Les cadres du tourisme médical.....	71
Section 1 : Le métier de cadre	71
1.1/ Le métier de cadre de santé	71
1.2/ Les compétences des cadres	77
1.3/ La formation	79
Section 2 : Les acteurs du tourisme.....	82
2.1/ La cartographie des fonctions principales et connexes du tourisme	83
2.2/ Définition des activités touristiques	84
2.3/ Description des différentes activités du tourisme	84
2.4/ Les activités touristiques et hôtelières.....	85

2.5/ Les qualités et les compétences requises	88
2.6/ Les formations du tourisme.....	92
Section 3 : Le développement du tourisme médical	94
3.1/ Le tourisme médical au niveau mondial	94
3.2/ Le tourisme médical en France	98
3.3/ Le tourisme médical en Thaïlande	102
3.4/ Le tourisme médical au Maroc.....	107
Problématique de la thèse.....	115
Chapitre IV / Méthodologie de recherche	116
Section 1 : Le positionnement épistémologique	116
1.1/ Paradigme et épistémologie	116
1.2/ Le paradigme positiviste	118
1.3/ Le paradigme constructiviste	118
1.4/ Le paradigme interprétativiste.....	119
Section 2 : La méthodologie du terrain de recherche	120
2.1/ L'approche qualitative.....	120
2.2/ Les caractéristiques du questionnaire.....	121
2.3/ Les problèmes de terrain	123
2.4/ Les caractéristiques des établissements et de l'échantillon.....	123
Section 3 : L'analyse des données.....	127
Section 4 : L'interprétation des résultats.....	157
Conclusion.....	161
Bibliographie	162
Annexes	169
Annexe 1 : Analyse des compétences des managers du tourisme (Atout France, 2012).....	170
Annexe 2 : Les questionnaires	175
Annexe 2.1/ Le questionnaire vierge.....	176
Annexe 2.2/ Le questionnaire rempli par un médecin de Rabat	183
Annexe 2.3/ Le questionnaire rempli par un médecin de Casablanca.....	189
Annexe 2.4/ Le questionnaire rempli par une infirmière	195
Annexe 2.5/ Le questionnaire rempli par un administratif.....	201
Annexe 3 : Brève présentation des deux cliniques enquêtées	207
Annexe 3.1/ La clinique « S » à Rabat	208
Annexe 3.2/ La clinique « GC » à Casablanca.....	210

INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, le tourisme se définit comme « *l'ensemble des activités (loisirs, affaires, et autres motifs) déployées par des personnes au cours de leurs voyages et séjours dans des lieux autres que leur environnement habituel pour une période consécutive qui ne dépasse pas une année.* » Le tourisme renvoie donc à l'action de voyager et de séjourner au moins une nuit à l'étranger, hors du lieu de résidence habituel. Le tourisme médical, quant à lui, désigne un déplacement vers un pays étranger pour y recevoir des soins.

Le tourisme médical est une pratique ancienne qui remonte au VI^{ème} siècle av. J-C. Dans l'Antiquité, la cité grecque Épidaure, réputée pour l'habileté de ses médecins, attirait un grand nombre de Grecs qui venaient s'y soigner. Au Moyen Age, le thermalisme prend son essor dans de nombreuses villes dont les eaux bénéfiques ont longtemps attiré les visiteurs. Plus récemment, ce secteur s'est développé dans plusieurs pays.

L'Organisation Mondiale de la Santé a établi un classement du tourisme médical par zones géographiques qui inclut l'Asie, l'Europe, l'Amérique et l'Afrique ainsi que la région du Moyen-Orient. L'Asie se place en tête de ce classement, le tourisme médical étant particulièrement répandu en Thaïlande, en Malaisie, en Corée du Sud, à Singapour, aux Philippines, en Inde, en Turquie, en Jordanie, à Taiwan, et en Iran. Parmi ces dix pays, la Thaïlande s'impose comme la première destination de ce type de tourisme.

L'Europe occupe la seconde place, notamment grâce à la Pologne, classée cinquième destination mondiale. En outre, la Hongrie, l'Allemagne, l'Angleterre, la Belgique, la Slovénie et la Suisse accueillent un grand nombre de patients étrangers.

L'Amérique est classée troisième : seuls les États-Unis, le Mexique, le Costa Rica, le Brésil, Cuba et la Colombie offrent ce type de services aux étrangers.

Enfin, en dernière position, on trouve le Moyen-Orient et l'Afrique, respectivement représentés par un seul pays : les Emirats Arabes Unis qui occupent la seizième position du classement, et l'Afrique du Sud, classée en quatrième position.

Comparable à la Thaïlande en termes de superficie et de population, la France a été, contre toute attente, exclue de ce classement mondial. Cela est sans doute lié au caractère tabou de ce secteur en France où les soins sont considérés comme un service public et non pas comme une activité marchande. Toutefois, l'étude réalisée par l'économiste Jean de Kervasdoué en juin 2014 pourrait influencer l'évolution de ce secteur. D'autre part, la chirurgie plastique et ophtalmologique étant peu remboursée, le tourisme médical vers les pays offrant des tarifs plus compétitifs s'impose comme une alternative peu coûteuse pour les Français.

Cette activité inclut plusieurs services comme l'hôtellerie et la restauration, les établissements de santé (hôpitaux, cliniques), les services dédiés aux divertissements et aux loisirs (parcs, monuments, shopping...), les agences de voyage (en tant qu'intermédiaires, celles-ci achètent à prix négociés des prestations complémentaires auprès de différents fournisseurs comme les compagnies aériennes, les loueurs de voitures, les hôtels, les restaurants).

Le tourisme médical requiert ainsi diverses compétences telles qu'une vaste culture générale, l'écoute des patients, la maîtrise des langues étrangères, et des compétences managériales et commerciales.

Ces différentes activités nous conduisent à étudier plus particulièrement les cadres : notamment leur statut, mais aussi leurs fonctions et les rôles qu'ils remplissent au sein d'une

entreprise. Les cadres du tourisme médical interviennent à la croisée de champs d'activités très différents : il est donc primordial que ces professionnels maîtrisent et intègrent des compétences très diversifiées.

Depuis quelques années, plusieurs pays, dont les pays en développement, s'ouvrent progressivement au tourisme médical. Le Maroc, qui considère que ce secteur joue un rôle stratégique pour son développement, est devenu une destination majeure du tourisme médical. Ce secteur comprend plusieurs instituts de soins avec de nombreux cadres médicaux et administratifs : l'évolution de leurs compétences et des modalités de leur acquisition est au centre de notre travail de recherche.

Afin de pouvoir répondre à cette problématique, nous avons développé les quatre chapitres suivants.

Dans un premier chapitre, nous analysons la notion de compétences qui a pris une place de plus en plus grande au sein des sciences de gestion. Complémentairement, nous analyserons la gestion de compétences qui permet d'identifier et développer les compétences au sein d'une organisation.

Le deuxième chapitre est consacré à l'analyse des compétences des cadres dans une perspective juridique et sociologique dans un premier temps, puis dans le cadre des nombreux apports des sciences de gestion.

Dans le troisième chapitre, nous analysons les cadres du tourisme médical, après avoir rappelé les compétences et les modalités de formation d'une part des cadres de santé et d'autre part des cadres du tourisme. Nous avons adopté cette démarche car aucune recherche et aucune étude n'ont été produites sur les compétences spécifiques des cadres du tourisme médical au Maroc. Néanmoins, on peut signaler qu'au moment où on termine cette thèse un premier colloque international est organisé au Maroc : il aura lieu le 29 et 30 septembre à Agadir.

Enfin, dans le quatrième chapitre nous aborderons notre approche épistémologique et méthodologique d'une part, et analyserons l'ensemble des données de l'enquête réalisée auprès des professionnels des deux cliniques marocaines, d'autre part.

CHAPITRE I : LA NOTION DE COMPÉTENCE ET LA GESTION DES COMPÉTENCES

Au sens large du terme, les compétences renvoient à des connaissances (savoir, savoir-faire, savoir-être) mobilisables, issues généralement de l'expérience et nécessaires à l'exercice d'une activité (professionnelle dans ce cas). Cette notion, qui ne se cantonne pas uniquement à la sphère du travail et de l'entreprise, est apparue à différentes époques dans des champs scientifiques divers : (linguistique, ergonomie, psychologie, sciences de l'éducation, sociologie, gestion des ressources humaines) qui attribuent au concept de compétence des définitions particulières qui impliquent des enjeux et des processus différents.

La notion de compétence comporte des acceptions diverses dans les différentes disciplines des sciences sociales. Dans notre étude, nous privilégierons la perspective de la Gestion des Ressources Humaines, ce qui nous conduira à évoquer l'évaluation des compétences, la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences, et enfin la formation.

Section 1 : La notion de compétence

1.1/ Définition du concept : Compétence

En Gestion des Ressources Humaines, il est souvent question des compétences et non de la compétence. En effet, cette discipline définit le concept de compétence comme un ensemble de savoir-faire et de savoir-être acquis par l'expérience et dont l'enjeu repose sur la question suivante : « comment mettre en œuvre les compétences ? ». Les savoir-faire englobent tant les connaissances scolaires (lire, écrire, et calculer) que les connaissances techniques. En revanche, les savoirs-être renvoient aux compétences comportementales d'un individu comme la capacité à s'intégrer dans l'équipe, à comprendre les enjeux de ses fonctions ou à respecter certaines règles.

Jusqu'aux années 1990, le monde du travail a connu de nombreuses mutations comme le changement du régime de concurrence, et l'ouverture des économies nationales aux marchés mondiaux. Dans ce contexte, la notion de compétences est devenue un concept majeur dans les sciences de gestion et plus particulièrement dans la Gestion des Ressources Humaines.

Cette notion de compétence se place donc au cœur des Ressources Humaines, et concerne à tous les groupes professionnels : les ouvriers, employés, les cadres (agents de maîtrise, cadres supérieurs...) et les managers (dirigeants, gestionnaires...).

Pour définir les compétences Philippe Jonnaert, adopte une approche en « cascade », « *la mobilisation en cascade des composantes de la compétence se fait en situation, en interaction avec d'autres ressources et les stratégies que le sujet a mises en place pour lever les contraintes imposées par cette même situation. L'architecture d'une compétence est donc très complexe. Elle s'observe et s'analyse en situation, ce qui ne simplifie pas la tâche.* » (P. Joannert, 2009, p.57)

La mise en œuvre des connaissances se situe à quatre niveaux :

- Les compétences relatives aux informations, aux notions, aux procédures acquises, mémorisées et reproductibles par un individu dans un contexte donné.
- Les capacités correspondant aux opérations mentales et aux mécanismes de la pensée mis en œuvre par l'individu quand il exerce son intelligence.

■Les habiletés, à savoir toutes les perceptions, les mouvements, les gestes acquis et reproductibles dans un contexte donné, qui s'avèrent efficaces pour atteindre un but.

■Les contenus disciplinaires, « sont décrits de manière factuelle. Ils sont décontextualisés, indépendants de toute situation dans lesquelles les utiliser. » (P. Jonnaert, 2009, p.57)

Comme l'écrit Philippe Jonnaert « la compétence convoque une série de ressources pour traiter une situation avec succès. Certaines de ces ressources sont des capacités cognitives maîtrisées par le sujet. Les capacités sélectionnées et coordonnées entre elles, reposent sur une série d'habiletés que le sujet maîtrise à propos de certains contenus disciplinaires. Les habiletés sur lesquelles reposent les compétences et les capacités mobilisées, permettent une utilisation appropriée de certains contenus disciplinaires. Les contenus disciplinaires fournissent la matière première aux habiletés et aux capacités. » (P. Jonnaert, 2009, tableau 3.4, p.57)

Une telle conception de la compétence montre que cette dernière est toujours contextualisée : chaque individu acquiert les compétences propres à son domaine de spécialité. Différents domaines peuvent néanmoins se recouper dans certains contextes. À titre d'exemple, un plombier compétent doit naturellement pouvoir résoudre tous les problèmes de plomberie, tout en devant maîtriser les systèmes électriques. Ces deux domaines sont complémentaires, ils permettent aux plombiers de réparer également les installations électriques : Dans ce cas précis, on peut parler de « familles de situations ».

Il ne s'agit pas d'appliquer linéairement les différentes compétences, mais de les associer de façon cohérente selon les tâches exigées. On peut ainsi définir la notion de compétence comme la capacité à mobiliser les ressources adéquates pour réaliser une action.

Longtemps sujette à des interprétations diverses, la notion de « compétence » est désormais entendue de façon consensuelle comme une « combinaison de connaissances, de savoir-faire et une « combinaison de savoirs, de pratiques et de comportements professionnels nécessaires permettant de faire face à des situations professionnelles évolutives. » (Claude Flück, 2001, p.55)

À partir des définitions existantes, nous tenterons de dégager les caractéristiques communément admises de ce terme en nous appuyant sur les approches de Guy le Boterf et Philippe Zarifian.

Pour Guy Le Boterf, « la compétence est bien plus qu'un simple état, c'est un processus qui est plus qu'une simple addition de savoirs. » (G. Le Boterf, 2004, p.44-45)

En effet, « la compétence a longtemps été assimilée à la capacité à tenir un poste ou à une connaissance. Ce ne peut être le cas. Ce n'est pas parce que l'on possède un diplôme professionnel ou que l'on a suivi une formation que l'on peut agir avec compétence dans des contextes de travail évolutifs et de plus en plus caractérisés par l'évènementiel et l'inédit. Être compétent, c'est de plus en plus être capable de gérer des situations complexes et instables. » (Ibid, p.43).

La compétence peut alors se définir comme un savoir-faire opérationnel acquis, c'est-à-dire comme une reconnaissance des connaissances ou l'expérience du salarié. Emprunté au bas latin « competens » qui signifie « approprié à », « qui convient », la compétence ne peut être

dissociée des conditions dans lesquelles elle s'applique, c'est d'ailleurs pourquoi l'adaptabilité se place au cœur de ce concept. (Ibid, p.18-22)

Guy Le Boterf précise « *la compétence est un système, une organisation structurée, qui associe de façon combinatoire divers éléments. Les compétences sont des ensembles de connaissances, de capacités d'action et de comportements structurés en fonction d'un but et dans un type de situations données (P. Gilbert, M. Parlier, 1992) »* (Guy Le Boterf, 1994, p.22) :

« *■Pour agir avec compétence, une personne doit pouvoir associer ses propres ressources (connaissances, expérience,...) avec celles de l'entreprise (réseaux...) ;*

■Une compétence peut être entendue comme des savoirs, assimilés socialement, en dehors du contexte du travail ;

■Une compétence est une responsabilité étroitement partagée entre plusieurs facteurs : l'individu, le management, le contexte de travail et la formation ;

■Un modèle de référence est nécessaire pour faire respecter les normes et les règles du collectif de travail. » (Ibid, p.52-53)

En 1999, Philippe Zarifian, définit la compétence comme « *l'intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances acquises et les transforme avec d'autant plus de force que la diversité des situations augmente. »* En effet, elle correspond à « *la prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté. »* (P. Zarifian, 1999, p.70)

En outre, « *la compétence est la faculté à mobiliser des réseaux d'acteurs autour des mêmes situations, à partager des enjeux, à assumer des domaines de responsabilités. »* (P. Zarifian, 1999, p.70)

Cette définition repose sur trois aspects : elle implique d'abord l'esprit d'initiative et le sens des responsabilités face aux situations rencontrées par les acteurs dans leur travail. Elle suppose ensuite des savoirs d'action associés à une intelligence pratique qui s'appuient sur la mobilisation de l'expérience et de connaissances acquises en formation. Enfin, cette définition implique l'existence, le développement, la consolidation et la mobilisation de réseaux d'acteurs qui contribuent directement, par leur soutien, à la prise en charge de différentes situations.

Quelques années plus tard, Philippe Zarifian définit la compétence comme « *l'occupation experte de l'espace d'autonomie dévolu (reconnu) au salarié, espace d'indétermination, de non-prescription, que l'action de l'individu ou du groupe « compétent » doit remplir. »* (P. Zarifian, 2004, p.27)

Elle est donc l'expression des capacités individuelles au sein d'un groupe, et l'aptitude à assumer une responsabilité en situation et à réagir à un événement inédit.

1.2/ Vers un nouveau modèle de référence

Afin d'approfondir notre analyse des compétences, il est important d'analyser le nouveau modèle de référence qui s'est progressivement mis en place et dont nous allons présenter les différents éléments.

Selon Philippe Zarifian, *« on peut dire, en synthèse, que travailler devient à la fois : l'application pratique d'une compétence individuelle, détenue et développée par une personne, l'insertion dans le processus de socialisation, (...) la mise en communication et en apport réciproque d'un ensemble de compétences individuelles dans une activité coopératrice (...) mais qui impose de redéfinir de nouveaux repères pour la reconnaissance du professionnalisme des salariés. »* (P. Zarifian, 1999, p.58)

Guy Le Boterf, quant à lui, avance que *« le professionnel ne peut plus définir son identité en se référant uniquement aux savoirs faire d'un métier. Il sait mobiliser l'ensemble des ressources de sa personnalité pour trouver une solution au problème de son client. Le professionnel s'engage à tout mettre en œuvre pour résoudre un problème ou faire face à une situation. »* (G. Le Boterf, 2003, p.27)

D'après cet auteur, *« l'identité du professionnel se construit par rapport à un projet, un produit...à rendre à un client »* Il lui est demandé de contribuer à des processus inter-métiers, ... *mais d'intervenir sur des processus et d'être efficient dans l'inter-opération. »* (G. Le Boterf, 2003, p.28) Ainsi, *« être compétent, c'est savoir mobiliser à bon escient une combinatoire de compétence pour maîtriser un ensemble de situations professionnelles. »* (G. Le Boterf, 2003, p.31)

En effet, ces deux auteurs montrent la nécessité de prendre en considération deux éléments fondamentaux : le travail dans les organisations d'une part, et le métier d'autre part. Depuis plusieurs décennies, le travail des organisations a connu de profondes transformations : du taylorisme au fordisme, les connaissances et les savoirs s'imposent aujourd'hui, selon Guy Le Boterf, comme l'enjeu principal des organisations.

Nous ne pouvons parler des compétences sans prendre en compte les caractéristiques majeures des métiers existants dans le marché du travail. Guy Le Boterf identifie deux modèles différents pour réaliser des activités : le taylorisme et le fordisme d'une part (modèle 1), les connaissances et les savoirs d'autre part (modèle 2).

Nous pouvons représenter cela par le schéma ci-dessous :

Modèle 1 (conception de Taylor et de Ford)	Modèle 1 (économie du savoir)
Opérateur ↓ Exécuter le prescrit ↓ Exécuter les opérations ↓ Savoir-faire ↓ Adopter un comportement prescrit ↓ Management par le contrôle ↓ Finalisation sur le poste de travail	Acteur ↓ Aller au-delà du prescrit ↓ Mettre en œuvre des actions et réagir à des évènements ↓ Savoir-agir ↓ Choisir une conduite ↓ Management par le pilotage ↓ Finalisation sur l'employabilité

Source : Guy Le Boterf, 2003, tableau N°19, p110

Guy Le Boterf propose le schéma ci-dessous pour différencier les compétences des talents.

Métier/Compétence	Métier /Talent
Finalisation sur une production (biens, services) à fonction d'usage.	Finalisation sur une œuvre ou une interprétation à fonction exclusivement symbolique.
La production attendue peut être contenue dans un cahier des charges.	L'œuvre ou l'interprétation n'est pas réductible à un cahier des charges.
La performance se caractérise par une production extérieure au sujet.	La performance caractérise le sujet lui-même au travers de son œuvre.
La compétence est un savoir agir sur une situation externe au sujet.	Le talent suppose mais dépasse le savoir et le savoir-faire : il est la capacité de la personne (...)

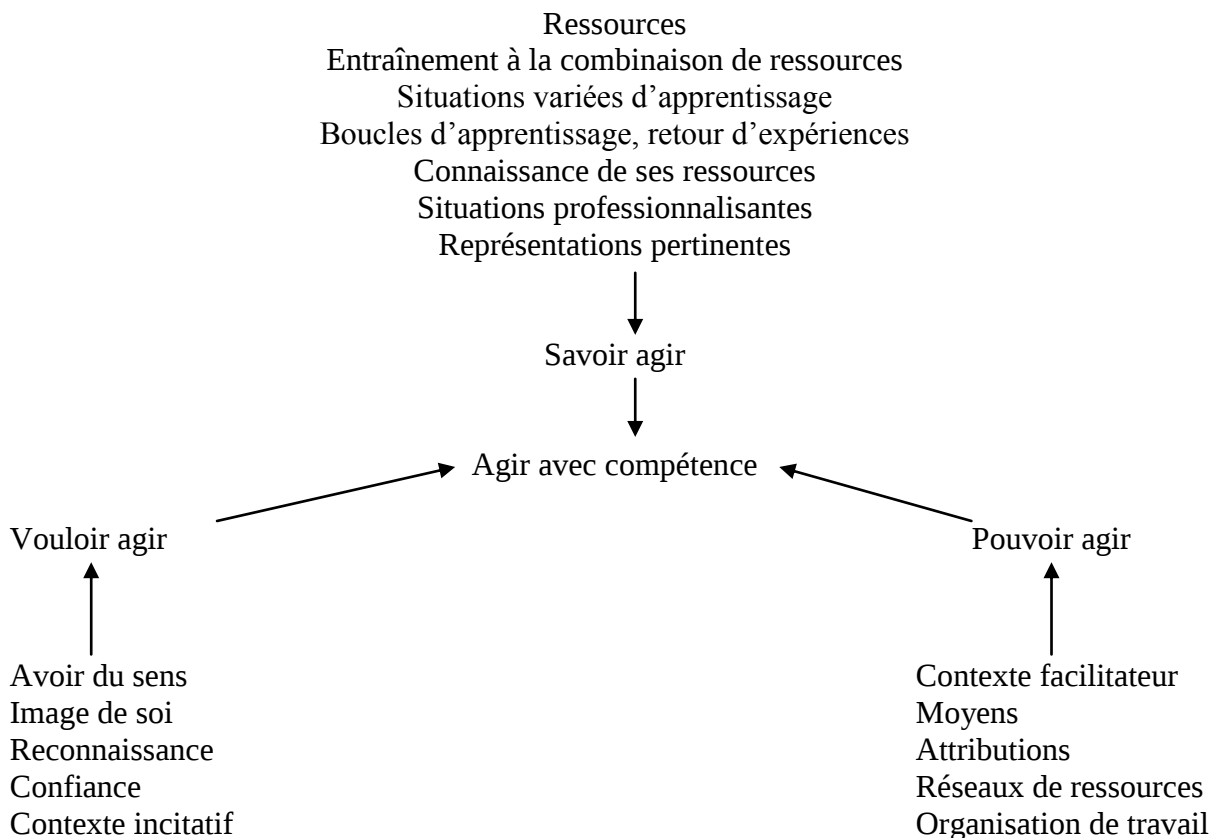
Source : Guy Le Boterf, 2003, tableau N°16, p104

« Avoir des compétences », c'est disposer des ressources (connaissances, savoir-faire, méthodes de raisonnement, aptitudes physiques, aptitudes comportementales, ...) nécessaires pour agir avec compétence.

Par « être compétent », cependant, on entend « agir et de réussir avec compétence dans une situation de travail » (activité à réaliser, évènement auquel il faut faire face, problème à résoudre, projet à réaliser, ...) en mettant en œuvre des « pratiques professionnelles pertinentes tout en mobilisant une combinatoire appropriée de ressources permanentes. » En effet, un individu « agit avec compétence » lorsqu'il sait associer les ressources pertinentes (connaissances, savoir-faire, comportements, mode de raisonnement, qualités, réseaux...) pour résoudre un ensemble de situations professionnelles, et produire des résultats satisfaisants. (Guy Le Boterf, 2008, p.21)

Guy Le Boterf situe la compétence à trois niveaux : le savoir agir « qui suppose de savoir combiner et mobiliser des ressources pertinentes » ; le vouloir agir qui se réfère à « la motivation de l'individu et au contexte plus ou moins incitatif » du travail ; et le pouvoir agir qui renvoie à « l'existence d'un contexte, d'une organisation de travail, de choix de management, de conditions sociales pouvant rendre possibles et légitimes la prise de responsabilité et la prise de risques de l'individu. » (Guy Le Boterf, 2003, p.196-197)

Ce même auteur propose le schéma suivant pour illustrer ces trois composantes des compétences :



Source : Guy Le Boterf, 2003, Tableau N°34, p.198

Agir avec compétence suppose donc un « *savoir agir* », un « *vouloir agir* » et un « *pouvoir agir* ».

Le « *savoir agir* » repose sur les ressources individuelles de l'employé et sa capacité à les associer, notamment dans diverses situations d'apprentissage. Le « *vouloir agir* » tient aux représentations que l'individu se fait de lui-même, de la reconnaissance de ses compétences et de la confiance en soi.

Le « *pouvoir agir* » résulte des aptitudes de l'employé qui requiert, pour être mises en œuvre, un contexte et une organisation de travail ainsi qu'un réseau de ressources assez développé.

En somme, le verbe « *agir* » remplace la notion « *avoir des compétences* ».

Enfin, en tant que savoirs combinés, les compétences sont mobilisables au sein de divers contextes ou situations professionnels.

On constate, en outre qu'elles ne peuvent être définies sans certaines conditions, qui correspondent d'après Guy Le Boterf à :

- un savoir-agir, c'est-à-dire la capacité à combiner et mobiliser les ressources nécessaires,
- un contexte particulier impliquant un environnement de contraintes et des ressources spécifiques,
- un savoir agir validé, c'est-à-dire une compétence reconnue,
- une finalité.

Les compétences se divisent en deux catégories : les compétences techniques, entendues comme la capacité à résoudre des problèmes dans une situation définie. À titre d'exemple, un pâtissier acquiert des connaissances techniques et pratiques non seulement au cours de son apprentissage mais également par son expérience professionnelle qui lui permet de résoudre des difficultés particulières. En outre, on parle également de compétences sociales qui, définies comme le savoir-être, représentent un enjeu majeur lors du recrutement.

À ce propos, Philippe Zarifian adopte une « *approche qui met (...) l'accent sur le comportement et les attitudes, c'est-à-dire sur la manière dont un individu appréhende son environnement « en situation ». (...) Ce n'est pas « l'être » que l'on cherche à saisir, mais le mode de conduite face à un environnement donné.* » (P. Zarifian, 2004, p.166)

Selon cet auteur, les compétences sociales correspondent aux « *comportements manifestés dans les trois domaines suivants : l'autonomie, la prise de responsabilité, la communication.* » (P. Zarifian, 2004, p.167)

« *Une compétence est le résultat d'une action, qui se met en œuvre sous la forme d'une prise d'initiative, d'une prise de responsabilité d'un individu dans une situation de travail donnée.*

Ce qui implique, selon l'auteur, qu'il doit nécessairement y avoir :

- action et situation professionnelle,
 - mise en action sous la responsabilité du manager,
 - implication et engagement de la personne comme acteur de son développement de compétence,
 - combinaison par l'individu par un certain nombre de ressources (ressources personnelles et ressources qui lui viennent de l'environnement).
- » (P. Zarifian, 2004, p.98-99)

Si un professionnel peut être autonome sans être compétent, « *l'autonomie reste une condition incontournable d'un déploiement de la compétence.* » (P. Zarifian, 2004, p.45)

1.3/ Management des compétences et professionnalisme

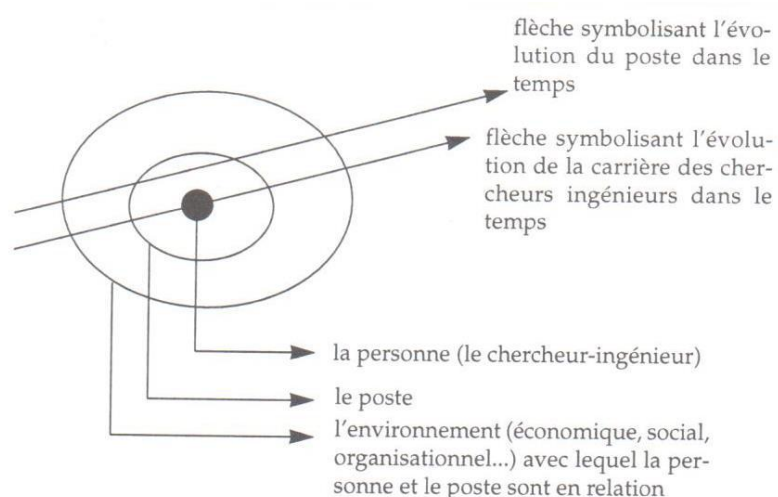
Depuis plusieurs années, les questions concernant les savoirs, les compétences et les connaissances représentent un enjeu de plus en plus déterminant dans les grandes entreprises. Plusieurs facteurs sont à l'origine de cette nouvelle tendance, provoquée en premier lieu par un contexte macro-économique mondialisé où la concurrence et l'innovation prédominent. Cela s'explique également par l'importance accordée dans les grandes entreprises à l'organisation interne en vue d'optimiser leur structure organisationnelle. Remis en cause, le modèle classique et hiérarchisé de l'organisation cède la place progressivement à un modèle collaboratif, autrement dit à une approche transversale qui repose sur les réseaux.

1.3.1/ Situations et compétences

Philippe Zarifian et Guy Le Boterf accordent une grande importance à la notion de situation, qui comprend une dimension tant individuelle qu'organisationnelle. Pour la définir, ces deux auteurs évoquent la notion de « *situation-type* » qui permet de rapprocher des situations professionnelles mobilisant des systèmes de compétences proches.

Dans un premier temps, pour Guy Le Boterf, « *une situation professionnelle est constituée d'un ensemble de missions, fonctions, tâches que le sujet doit assurer non seulement dans son emploi, mais en relation avec les autres acteurs, les autres emplois et l'entreprise ou l'organisation dans son ensemble. Les tâches professionnelles requises ne sont pas nécessairement des tâches précises, particulières, mais aussi des rôles et des fonctions souhaitées.* » (G. Le Boterf, 1997, p.25)

Ensuite, il souligne la nécessité de prendre en compte l'évolution de ces situations professionnelles : « *une situation professionnelle est un poste mis en relation ; c'est aussi un poste en devenir : la situation professionnelle se modifie sous l'influence de facteurs d'évolution (technologiques, économiques, organisationnels, évolution des demandes des clients et partenaires...).* » (G. Le Boterf, 1997, p.25), et il propose le schéma suivant :



Source : G. Le Boterf, 1997, p.26

D'après Philippe Zarifian, rappelons-le, « *la compétence est la prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur les situations professionnelles auxquelles il est confronté.* » (P. Zarifian, 2004, p.81)

Dans cette définition, où chaque mot a son importance, le terme « *prise de* » souligne la responsabilité des employés vis-à-vis d'eux-mêmes et de leurs fonctions.

En effet, la prise d'initiative reflète la capacité de l'individu à réagir et de façon adéquate à une certaine situation, tandis que la prise de responsabilité montre son engagement dans ses fonctions. Cela requiert donc une forme d'autonomie et une décentralisation des prises de décision, qui permet de renforcer la participation des employés et de favoriser ainsi la créativité et l'esprit d'initiative.

En outre, Philippe Zarifian ajoute que la compétence désigne « *une intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances acquises et les transforment, avec d'autant plus de force que la diversité des situations augmente.* » (P. Zarifian, 2004, p. 81)

Cette deuxième définition met en évidence l'importance de l'apprentissage, élément primordial dans la démarche compétence.

Cette évolution tient de même au développement soudain de l'informatisation et de la communication de l'organisation qui a permis de réorienter l'apprentissage.

Les savoirs tacites désignent les compétences instinctivement acquises par l'expérience. Ces savoirs correspondent donc à des connaissances non verbalisées et s'avèrent difficilement transmissibles.

L'évolution des savoirs tacites vers des connaissances objectives s'est révélée problématique tant au niveau individuel que collectif. Etant justement implicites, certaines méthodes de travail au sein d'un groupe et au niveau de l'individu peuvent diverger. Aussi est-il nécessaire d'établir une interaction efficace entre les différents acteurs de l'organisation en favorisant la commensurabilité (la représentation collective à un moment donné).

Ainsi, afin que l'employé s'engage davantage dans le travail, une représentation commune s'impose.

Dans l'exemple des services au client, dont la satisfaction est primordiale, la gestion des connaissances est liée à l'informatisation des données. Cela signifie donc que l'absence d'une représentation collective partagée peut affecter les connaissances et les compétences individuelles, collectives et organisationnelles de l'entreprise.

1.3.2/ Le management par les compétences

Le management par les compétences comprend une triple dimension puisque le fonctionnement des entreprises repose sur trois niveaux complémentaires. En effet, la dimension stratégique, orientée par la Direction, et la Direction des Ressources Humaines (et dont on informe les partenaires sociaux) se situe au niveau de l'entreprise. Les différentes entités d'une organisation constituent la dimension opérationnelle, pilotée par les managers. Enfin, la dimension individuelle concerne tous les acteurs.

On peut retenir quatre facteurs dont l'identification et la combinaison peuvent garantir la réussite du management par les compétences :

- L'implication des différents acteurs dans chacune des étapes.

- L'évolution de la Gestion des Ressources Humaines, puisque le management par les compétences appelle à professionnaliser et outiller l'approche basée sur les Ressources Humaines. Le service RH doit donc contribuer à définir un projet partagé, en tant que levier de changement et de « conseiller interne » chargé d'analyser les situations avec les managers. Ce service favorise les rapports performance/compétences sur de nouvelles bases : il concrétise la compétence, résultat d'une convention entre les managers et le personnel.

- Une organisation sociale à même d'établir des relations entre différents acteurs (créer des réseaux internes et externes) et de favoriser leur collaboration. En tant que processus traduisant la volonté de « s'occuper des personnes », l'organisation sociale relève du management par les compétences.

- Les responsables doivent s'intéresser de près à la manière dont chaque employé réalise son travail, aux moyens dont il dispose, et aux causes des difficultés qu'il rencontre.

En outre, le management par les compétences introduit la notion de « différence », et montre ainsi que la compétence discrimine, conforte la réussite et la performance de chacun grâce à des appuis adaptés et personnalisés (accompagnement), et incite chaque employé à trouver les réponses adéquates en encourageant une dynamique de recherche d'information et de projets.

Les entreprises parlent souvent de stratégie globale qui, déclinée en objectifs opérationnels, interrompt le processus au niveau des managers de proximité. Dans certaines organisations, il est question d'outils liés aux compétences (cartographie, appréciation des compétences, comportements). Cependant, seules quelques-unes laissent entrevoir une démarche cohérente qui relie l'avenir de l'entreprise aux résultats quotidiens du terrain et au rôle des compétences. C'est cette démarche que nous proposons dans notre étude.

Dans le contexte de travail actuel, les compétences cèdent le pas au professionnalisme, tandis que l'homme de métier devient un professionnel. Cette évolution est marquée par la notion de professionnalisation entendue comme « *l'ensemble des actions qui transforment un individu en professionnel apte à tenir un rôle dans des configurations professionnelles complexes.* » (Claude Flück, 2001, p.59)

Le professionnalisme se définit par trois dimensions :

- La maîtrise complète du métier et la capacité d'adaptation. Il s'agit donc de posséder les compétences nécessaires pour exercer un métier, comme les compétences techniques (connaissances, pratiques professionnelles), organisationnelles et relationnelles (client, équipe), et de pouvoir s'adapter à travers l'actualisation des connaissances et des méthodes de travail.

- L'adaptation à l'évolution des métiers et à celle de l'environnement de travail, autrement dit la capacité à faire face à la complexité des situations et d'innover en se situant au cœur des collectifs, mais également de faire face à l'imprévu, et de mettre en œuvre sa propre capacité à prendre du recul, à coopérer et à formaliser les savoirs.

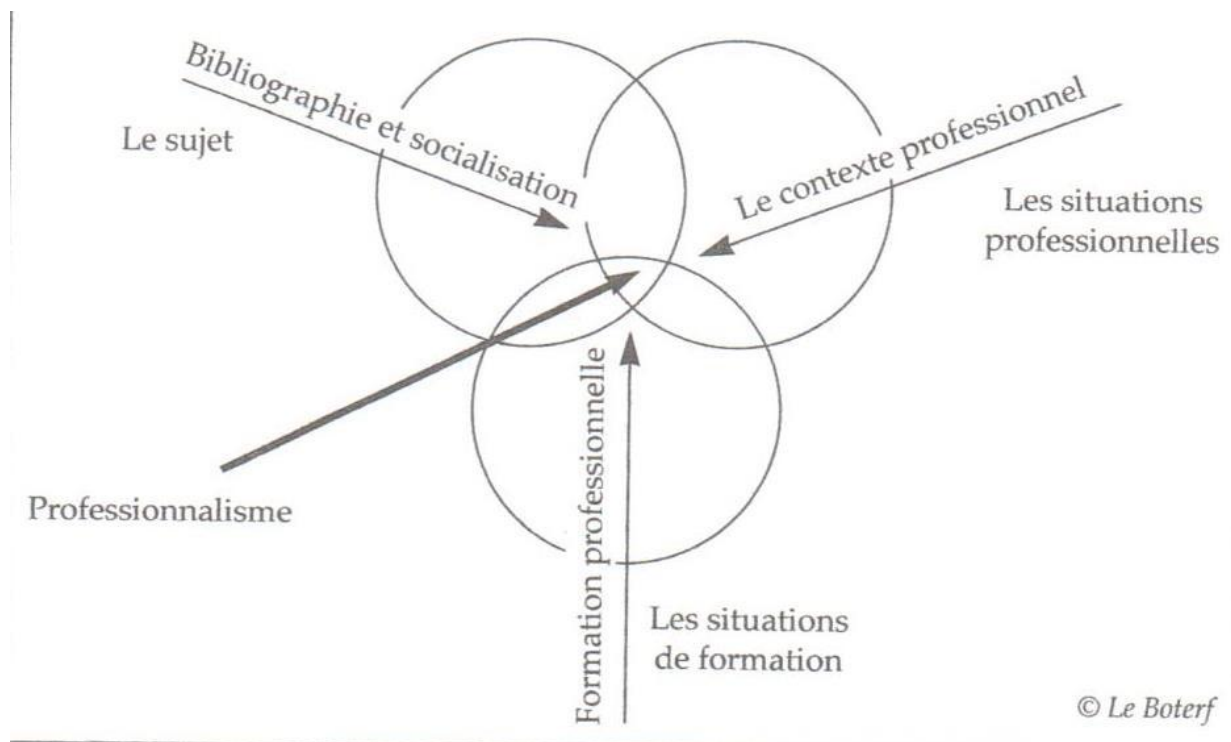
■La dynamique et le positionnement personnel de chacun ainsi que la prise de responsabilité, ce qui implique plus précisément les ressources de l'individu, sa personnalité, son engagement, et son éthique en vue de trouver des solutions pour les clients.

Construire le professionnalisme se traduit donc par une double action : le développement, d'une part, du capital de compétences que possède chaque salarié afin de pouvoir l'exercer dans des contextes complexes et inédits, et d'autre part, l'inscription de ces compétences dans des dispositifs et des parcours qui prennent en compte ses capacités d'adaptation, d'initiative, de création. (Claude Flück, 2001, p.60)

Guy Le Boterf montre que le professionnalisme est situé au carrefour des situations professionnelles, des situations de formations et les caractéristiques du sujet.

Cette définition est illustrée par le schéma ci-dessous :

Le professionnalisme au carrefour



Source : G. Le Boterf, 2003, Tableau 5, p.60

Etre compétent ou être reconnu comme professionnel : « ne saurait reposer sur les seules épaules de l'individu. Cette responsabilité est une responsabilité partagée. Trois types d'acteurs y sont en particulier engagés : l'individu, le manager et le formateur/gestionnaire des ressources humaines. » (Guy Le Boterf, 2003, 199)

1.4/ L'évaluation des compétences

La gestion des compétences désigne les méthodes et les outils de Gestion de Ressources Humaines qui visent à optimiser la performance d'une entreprise en cherchant la meilleure adéquation possible entre les compétences nécessaires à l'entreprise et les compétences disponibles des Ressources Humaines.

1.4.1/ Définition

« L'évaluation de la compétence peut s'effectuer en référence à des situations professionnelles que la personne doit savoir agir. L'estimation du degré de maîtrise d'une situation professionnelle s'effectuera donc au plus près du terrain mais en référence à des critères qui doivent être explicités dans le descriptif de cette situation professionnelle. » (G. Le Boterf, 2008, p.494)

« Evaluer, c'est porter un jugement de valeur. Placée au cœur de la Gestion des Ressources Humaines, ce jugement s'exprime dès qu'une décision concernant le salarié est prise, qu'il s'agisse de recrutement, d'augmentation de salaire ou de promotion. » (A. Dietrich, F. Pigeyre, 2005, p.23)

Difficile à maîtriser de façon continue, l'évaluation renvoie à un enjeu de transparence, étroitement lié à celui d'équité et de « justice distributive », auquel vient s'ajouter l'enjeu de la performance économique.

1.4.2/ Les différentes phases de l'évaluation

L'évaluation nécessite une rigueur méthodologique tout au long de la démarche :

1^{ère} phase : La collecte d'informations relatives aux salariés par les responsables, qui s'informent ainsi sur les finalités (raisons d'être), les modalités concrètes et les dates de l'évaluation, ainsi que sur le rôle des évalués et l'identité des évaluateurs.

2^{ème} phase : L'incitation des salariés à participer à leur évaluation en raison des conséquences qu'elle peut impliquer en termes de formation, d'objectifs, d'évolution de carrière et de réorganisation du travail.

Il existe des conditions de réussite comme des informations précises concernant les finalités, les enjeux, les objectifs, les règles, les modalités et les outils du dispositif, etc.

Il faut également permettre aux salariés de préparer leur évaluation, en s'auto-évaluant notamment sur l'ensemble ou une partie du dispositif. Le succès de la procédure dépend également de l'existence d'un espace de négociation sur les actions qui résulteront de l'évaluation.

3^{ème} phase : La préparation de l'entretien : Il est nécessaire, lors de cette phase, d'analyser le contexte du poste dans l'entreprise, le service, le poste lui-même et enfin les problèmes à résoudre. Au niveau de l'entreprise, il suffit d'étudier sa situation économique, ses produits, sa politique de développement, sa politique sociale, sa culture et ses objectifs.

En ce qui concerne le service auquel il est rattaché, l'employé doit en vérifier la composition, les moyens, les hommes, et les objectifs.

Quant au poste, il permet à l'employé d'étudier son positionnement dans la hiérarchie, la nature de ses tâches, son niveau de responsabilité, les réseaux de communication avec la structure, etc.

Enfin, l'analyse des difficultés rencontrées suppose une bonne connaissance de la situation et des conséquences actuelles ou probables qu'elles impliquent.

Analyser les enjeux de l'entretien est également primordial, en ce qu'il peut conduire à des décisions plus ou moins importantes pour les acteurs et surtout pour l'interviewé. Ce dernier risque d'adopter une attitude défensive pour protéger ses intérêts si un climat de confiance n'est pas pleinement établi.

4^{ème} phase : L'accueil de l'interviewé : C'est lors de cette phase, dont dépend la qualité de l'entretien, que s'instaure la communication entre le collaborateur et son manager. Celui-ci utilisera un ton personnel, il rappellera la place et le rôle de l'entretien dans l'entreprise, informera l'interviewé des conséquences concrètes de l'entretien (objectifs, formation, mobilité), et précisera également la structure de l'entretien en lui permettant de s'exprimer rapidement.

5^{ème} phase : Le déroulement de l'entretien : Quatre grandes étapes structurent cette phase :

- L'accueil, étape importante qui détermine la qualité des échanges.
- Le bilan : le manager évalue les contributions de l'interviewé et la réalisation de ses objectifs au cours de l'année écoulée.
- L'identification de nouveaux objectifs.
- La synthèse de l'entretien au terme duquel le manager encourage son collaborateur et lui fait part de sa confiance.

Cette structure d'entretien représente avant tout un ensemble de repères, mais la carte n'est pas le territoire : le temps que le manager accordera à chacune de ces phases variera en fonction du niveau de compétence de son interlocuteur, et de la qualité de leurs relations. La capacité personnelle du manager à s'investir dans l'entretien déterminera la qualité des échanges.

1.4.3/ Le processus d'évaluation

Le processus d'évaluation doit répondre à cinq critères :

- La finalité : inefficace si elle n'implique pas d'enjeux, l'évaluation doit viser un objectif clair pour éviter notamment de décevoir le salarié évalué.
- L'établissement d'un objet précis : elle n'est pas arbitraire et illimité, mais circonscrite à un domaine défini au préalable et porté à la connaissance de la personne évaluée.
- Les procédures : avec quoi évalue-t-on ? (cela renvoie à la question des outils).
- Les acteurs : qui participent à l'évaluation ?
- L'utilisation d'un référentiel en se conformant aux normes de l'entreprise. Tout référentiel comporte quatre rubriques : aptitudes et capacités professionnelles requises, implication dans le travail, prise en compte de la dimension collective du travail, résolution des situations, des problèmes et des changements.

1.4.4/ Les sources d'information de l'évaluation

L'évaluation s'appuie sur plusieurs méthodes détaillées dans le tableau ci-dessous :

<i>Méthodes d'évaluation</i>	<i>Principe</i>
<i>L'entretien individuel</i>	<i>Il s'agit d'un entretien en face à face entre le salarié et son supérieur hiérarchique (N+1). L'objectif est de faire un bilan de l'année passée (points positifs et négatifs) et de fixer des objectifs pour l'année à venir.</i>
<i>Le 360°</i>	<i>Il s'agit d'une méthode d'évaluation des compétences managériales d'un cadre faite par son entourage professionnel. Le salarié commence par s'auto-évaluer puis par ses collaborateurs et son N+1. Cette évaluation d'effectue à partir d'un formulaire distribué au maximum à une vingtaine de personnes et comprenant jusqu'à 200 questions. L'évaluation se fait au moyen de notes sur des items variés.</i>
<i>L'entretien collectif</i>	<i>Il s'agit d'un entretien de groupe. Il est néanmoins précédé ou suivi par un entretien individuel. L'évaluation collective est particulièrement adaptée dans le cadre d'un projet ou pour une équipe autonome de travail.</i>
<i>L'assessment center</i>	<i>L'assessment center permet d'évaluer la performance, les comportements, les compétences, et les potentiels des individus. Des simulations sont organisées en face à face ou en groupe mais l'évaluation est individuelle.</i>
<i>L'auto-évaluation</i>	<i>L'auto-évaluation peut accompagner l'évaluation. Elle se pratique au moyen d'un questionnaire ou d'un formulaire rempli par l'évalué.</i>
<i>Le PCB (Personal Business Commitment)</i>	<i>C'est une procédure de fixation d'objectifs et d'évaluation qui privilégie un système de notation en attribuant des notes de 1 (la meilleure évaluation) à 4 (la plus mauvaise évaluation).</i>
<i>Le 20-70-10</i>	<i>C'est une procédure d'évaluation annuelle pour les cadres inventée par Jack Welch (General Electric) qui distingue les 20% de « performants », les 70% de « moyens » et les 10% de « médiocres ».</i>
<i>Le classement forcé</i>	<i>C'est une procédure qui consiste à classer les salariés dans les différentes cases à la grandeur prédéfinie de manière à identifier les 10% de salariés les plus performants.</i>
<i>L'évaluation qualifiée</i>	<i>C'est une procédure qui conduit à classer les salariés parmi trois catégories : exceptionnel, bon et à améliorer.</i>
<i>L'évaluation en niveaux</i>	<i>C'est une procédure d'évaluation qui amène à classer les salariés selon trois niveaux : A, B et C.</i>

Source : Tableau reconstitué à partir de citations de Chloé Guillot-Soulez, 2011, p.80-87

À partir de ce tableau, on peut constater que tout processus d'appréciation (visée, procédures, déroulement) demande à être entièrement explicité. Cependant, les évaluateurs, dont l'exemplarité est primordiale, ne disposent pas toujours d'une capacité immédiate à formuler un jugement. Il est donc nécessaire d'établir des formations particulières pour leur faire connaître les enjeux et les objectifs visés par le processus et les aider à exercer leur rôle.

L'évaluation est devenue une opération majeure, transversale aux différentes pratiques de la Gestion des Ressources Humaines. De la sélection à la rémunération, en passant par l'évaluation des salariés et leurs performances, elle sous-tend l'ensemble des décisions de gestion, et conduit la transition de l'administration du personnel vers la Gestion des Ressources Humaines.

L'évaluation, qui peut être effectuée en dehors de l'entreprise, elle se présente alors sous deux formes : le bilan de compétences, et la Valorisation des Acquis de l'Expérience (VAE).

Le bilan de compétences

La loi du 31 décembre 1991, qui définit le bilan de compétences, accorde un droit de congé à tout salarié (ayant cinq ans d'expérience) souhaitant analyser ses compétences professionnelles et personnelles ainsi que ses aptitudes et ses motivations en vue de définir un projet personnel, et le cas échéant, un projet de formation.

En outre, le bilan de compétences permet à l'entreprise de mieux organiser la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) mais également de favoriser la gestion des carrières et la mobilité professionnelle.

Cette procédure donne lieu à la rédaction d'un document de synthèse en vue de définir ou de confirmer un projet professionnel, ou le cas échéant, un projet de formation.

Le bilan de compétences peut être réalisé à l'initiative de l'entreprise (il est alors inscrit dans son plan de formation) ou du salarié (dans le cadre du congé de bilan de compétences).

L'évaluation des acquis de l'expérience

En vue de favoriser l'insertion et la mobilité professionnelle, le dispositif législatif s'est enrichi le 17 janvier 2002 d'une loi sur la Valorisation des Acquis de l'Expérience (VAE).

Toute personne justifiant d'au moins trois ans d'expérience en rapport direct avec la certification visée peut bénéficier de la VAE, quels que soient son âge, sa nationalité, son statut et son niveau de formation. Cette certification qui correspond à un diplôme, un titre ou un certificat de qualification professionnelle doit être inscrite au Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP).

Actuellement, le bilan de compétences n'a pas produit les résultats escomptés, tandis que la mise en place de la VAE s'est révélée laborieuse et les résultats des premiers bilans sont modestes.

1.4.5/ Les outils d'appréciation

Nous proposons une démarche qui permet de définir les compétences et les comportements que tout professionnel doit détenir, quel que soit son secteur d'activité.

Pour de nombreux chefs d'entreprise, les référentiels de compétences représentent, comme son nom l'indique, une référence mise en place en vue de faciliter l'appréciation des compétences et du professionnalisme des employés. En effet, les référentiels objectivent l'évaluation et en établissent des critères communs. Du fait de la très grande diversité des compétences requises pour chaque métier, les référentiels servent avant tout d'outils d'échange pour mieux les comparer.

Ils détaillent ainsi ce qui est attendu de chaque salarié et les compétences nécessaires pour exceller dans différentes situations professionnelles. Les responsables s'intéressent particulièrement aux comportements, c'est d'ailleurs pour les définir clairement et les objectiver que ces outils ont été élaborés. Actuellement, les supports 360° fournissent des référentiels plus sophistiqués pour les évaluer.

1.4.6/ L'entretien d'appréciation des compétences et du professionnalisme

La conception d'une démarche compétences implique que l'on différencie en trois types d'entretien : l'entretien d'appréciation périodique, le bilan de carrière, et l'entretien d'appréciation des compétences.

L'entretien d'appréciation périodique permet au responsable ou au collaborateur de faire le point sur sa situation professionnelle en évaluant ses forces et ses faiblesses, ses performances et ses résultats, ses objectifs annuels, ses ressources pour progresser, et sa volonté d'évoluer.

Le bilan de carrière permet à tout salarié de faire un bilan sur sa carrière professionnelle à un moment donné, et de formaliser un nouveau projet professionnel avec l'aide d'une personne qualifiée.

Enfin, l'entretien d'appréciation des compétences est une démarche centrée sur la maîtrise des compétences qui permettent de résoudre des situations professionnelles de façon pertinente et immédiate. Cet entretien repose par ailleurs sur des outils et des supports relatifs aux compétences.

L'appréciation des compétences et du professionnalisme s'effectue au cours d'un entretien individuel (recrutement, promotion), organisé de façon annuelle ou ponctuelle.

Quel que soit le niveau de responsabilité, chaque employé prépare individuellement l'entretien à partir des documents proposés. Il est ensuite amené à confronter ses points de vue avec son interlocuteur en vue d'identifier les besoins de formation ou d'accompagnement.

Quatre éléments garantissent l'efficacité de cet entretien : le référentiel « métiers » pour apprécier la couverture des activités et le niveau de maîtrise ; le référentiel « compétences » pour identifier les compétences nécessaires à la réalisation des activités ; une grille d'appréciation afin d'évaluer la qualité des compétences ; et enfin le dialogue et la confrontation.

L'entretien d'appréciation vise à créer une véritable relation professionnelle et à formaliser les rapports entre différents acteurs : s'accorder sur les tâches à réaliser permet de pouvoir

constater l'implication du salarié et celle de l'organisation. L'appréciation permet, en outre de détecter les potentiels, de faire part d'une opinion sur une prestation objectivée par des chiffres, et d'évaluer les résultats obtenus et les objectifs à atteindre. À travers cet outil, on entend également garantir l'équité au sein de l'organisation, établir un bilan global des compétences pour éventuellement les améliorer, et enfin identifier les besoins d'accompagnement et de formation, sans oublier le niveau de rémunération.

On peut donc constater que « *l'évaluation de la performance consiste à mesurer les résultats produits par les salariés par rapport aux objectifs préétablis, ou aux résultats d'autres salariés exerçant des activités similaires dans un même contexte.* » (D. Weiss, 2003, p.82)

Elle permet ainsi de situer le niveau d'un salarié par rapport à ces collègues. Certaines études ont également analysé l'évaluation du professionnalisme, définie comme la maîtrise des compétences nécessaires à l'exercice d'un métier.

Ce type d'évaluation, qui permet d'apprécier le degré d'implication de l'employé dans son travail, nécessite un référentiel des compétences requises pour chaque métier. Il faut toutefois se garder de confondre l'engagement et les résultats, puisque l'un n'implique pas systématiquement l'autre.

1.4.7/ Objectifs et enjeux de l'évaluation

L'évaluation est mise en place selon des objectifs précis, néanmoins elle implique plusieurs enjeux tant pour le salarié que pour l'entreprise.

a- Objectifs de l'évaluation

Au niveau de l'entreprise, l'évaluation sert avant tout des objectifs organisationnels afin d'adapter de façon précise les missions et les responsabilités aux différentes situations. Pour le salarié, cette procédure comporte des objectifs psychologiques : elle lui permet de situer sa contribution par rapport aux normes de réussite et aux attentes de sa hiérarchie en lui accordant la reconnaissance professionnelle qu'il recherche.

En revanche, les objectifs de performance et de développement concernent aussi bien l'entreprise que le salarié. En effet, l'obligation de performance impose au collaborateur des objectifs ambitieux, à condition d'être réalisables. C'est sur le degré de réalisation de ces objectifs que portera l'évaluation en prenant en considération le contexte et les moyens mis à sa disposition. Les objectifs de développement visent, quant à eux, l'adaptation du salarié à son poste, à l'entreprise, et au développement de son employabilité.

L'évaluation aboutit, en outre, à une sélection, une mutation, une formation, une promotion, ou une sanction du salarié, ainsi qu'à des régulations internes telles que l'adaptation, le perfectionnement, la motivation, etc.

En conclusion, le système d'évaluation doit permettre à la fois de mesurer et d'encourager la contribution de chacun en lien avec la rétribution.

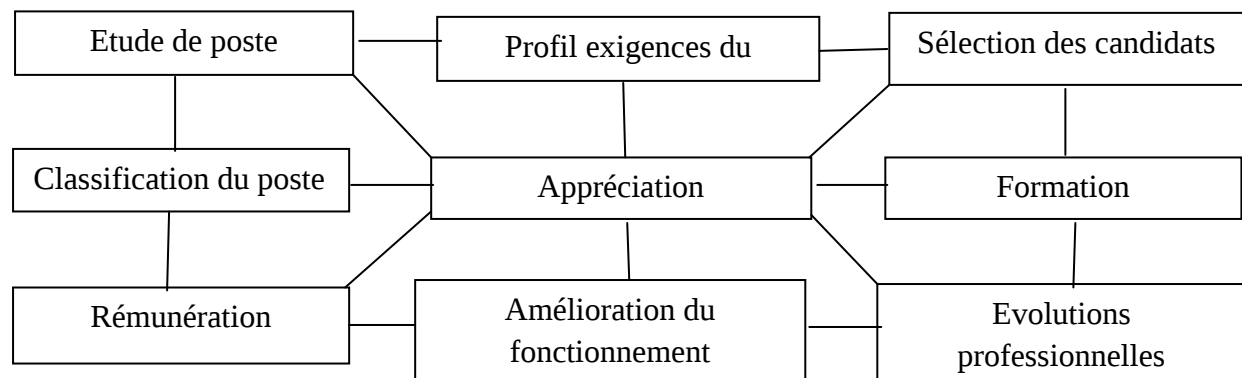
b- Enjeux de l'évaluation

L'évaluation implique un enjeu économique au niveau de l'entreprise, dans la mesure où elle permet d'identifier les salariés capables de réussir dans des formations qualifiantes qui peuvent être coûteuses, et dont la mise en place est essentielle pour s'adapter aux évolutions technologiques ou organisationnelles. Elle sert également un enjeu technique en ce qu'elle guide l'élaboration de dispositifs de formation adéquats, basés sur les acquis des salariés.

L'évaluation comporte, en outre, une dimension politique déterminante pour les responsables des Ressources Humaines, qui doivent d'abord comprendre la situation de l'organisation et identifier les forces et les faiblesses des ressources humaines avant de définir les orientations de l'entreprise.

Quant aux salariés, l'évaluation leur permet, de par sa dimension pédagogique, d'analyser leurs performances et leurs compétences, et de mieux appréhender leur évolution professionnelle. L'enjeu psychologique qu'elle entraîne renvoie à des éléments très personnels tels que l'identité professionnelle, l'image et l'estime de soi, etc.

Le schéma suivant montre les multiples enjeux de l'évaluation :



Source : Chloé Guillot-Soulez, 2011, p.76

L'appréciation permet d'évaluer la bonne adaptation du nouveau salarié, en analysant ses points forts et points faibles afin d'améliorer ses performances.

Celle-ci permet de proposer une mobilité géographique (mutation géographique, nationale ou internationale) ou professionnelle (promotion, mutation, réorientation,...) au salarié.

L'évaluation des compétences peut également entraîner des changements dans la classification du poste occupée par une personne et de ce fait sa rémunération peut changer.

L'appréciation est un moyen d'envisager des besoins en formation et de proposer un plan de formation au salarié. Elle permet aussi d'améliorer les relations de travail en favorisant la communication entre les supérieurs hiérarchiques et les collaborateurs.

L'évaluation est aussi déterminante pour les grandes structures que pour les petites, où la performance individuelle joue un rôle primordial.

D'autre part, si les économies réalisées en termes de coûts et de temps sont réduites par les coûts du processus (temps/homme principalement), in fine, le rapport coût/bénéfice reste avantageux.

c- Avantages et limites de l'évaluation

AVANTAGES	-L'évaluation est l'occasion de faire le point sur la période écoulée ; -La démarche permet de détecter les compétences des salariés ; -L'évaluation favorise la motivation en offrant au salarié des perspectives d'évolution dans l'entreprise (lien avec la gestion des carrières) ; -L'évaluation permet de connaître les attentes des salariés et d'y répondre (formation, mobilité, rémunération,...)
LIMITES	-L'évaluation peut comporter une part de subjectivité : -La méthode d'évaluation utilisée peut parfois mélanger aspects personnels et aspects professionnels, -Les outils d'évaluation (fiches, de notation, grilles d'évaluation) peuvent générer des effets de halo (réponses tranchées positivement ou négativement) -L'évaluation est source de stress ; -L'enjeu de l'évaluation peut conduire l'évalué à se censurer ; -La pratique d'une évaluation individuelle est parfois en contradiction avec des exigences de travail en équipe ; -Le choix des critères d'évaluation apparaît comme central. Le choix des critères est d'autant plus difficile que les postes sont élevés.

Source : Tableau reconstitué à partir de citation de Chloé Guillot-Soulez, 2011, p.77

L'analyse du processus d'évaluation nous conduit à aborder la question du recrutement des nouveaux potentiels au sein de l'entreprise.

1.4.8/ Le recrutement

Le recrutement, essentiel à la politique des Ressources Humaines de l'entreprise, constitue l'un des principaux leviers de la régulation de la main d'œuvre.

Contrairement à une idée très répandue, le recrutement ne se limite pas uniquement aux procédures de sélection, mais recouvre également un ensemble d'opérations qui s'articulent autour de trois phases : l'identification, la campagne de recrutement et les procédures de sélection, et l'intégration du candidat dans le poste de travail.

Le déroulement de ces trois étapes détermine le succès d'un recrutement qui vise deux objectifs principaux : assurer la meilleure adéquation possible entre le potentiel individuel et les exigences du poste ; sélectionner les candidats capables de s'adapter à l'évolution de leurs fonctions et de l'entreprise.

Plusieurs tâches incombent alors à l'entreprise :

- définir une stratégie d'évolution des effectifs et des compétences,
- établir et guider les campagnes de recrutement,
- gérer le recrutement des employés.

La stratégie de recrutement s'articule entre le compromis, le souhaitable et le possible.

Le poste, quant à lui, se définit à partir de trois axes principaux :

- sa mission ou son rôle dans la réalisation des objectifs de l'entreprise,
- la description détaillée des fonctions à remplir,
- son positionnement par organigramme ou par une description de ses relations avec d'autres postes.

Cette définition de poste est fixée par une terminologie officielle commune en vue de fournir des informations fiables aux recruteurs et aux candidats.

Première étape de la gestion des carrières, la définition du profil du candidat (censée décrire l'employé « idéal ») repose sur les critères suivants :

- indispensable,
- essentielle,
- souhaitable.

Il existe deux types de recrutement :

- Le recrutement interne est défini comme une « *opération ayant pour but de pourvoir un poste en interne, c'est-à-dire en sélectionnant le candidat retenu parmi les salariés actuels.* » (J.M Peretti, 2005, p.185)

Dans cette situation, l'avis de recrutement est porté à la connaissance des travailleurs au sein de l'organisation afin qu'ils puissent postuler. L'évaluation permet justement de sélectionner les candidatures les plus pertinentes sur la base de conditions et de critères préétablis. Ce type de recrutement permet la valorisation des qualifications acquises par les salariés en cours de formation.

Le recrutement interne peut prendre plusieurs formes : il est soit effectué par le supérieur hiérarchique, soit par connaissance ou cooptation, soit par affichage sur le lieu d'embauche.

- Le recrutement externe est confié à un organisme extérieur, tel que les cabinets de recrutement ou les chasseurs de têtes.

La sélection des candidats peut être réalisée selon plusieurs modalités : analyse graphologique, tests, interviews fortement, semi ou totalement structurées et discussion de groupe. Cette dernière méthode est soit centrée sur le poste pour étudier le comportement du candidat et lui communiquer des informations, soit sur ses traits de personnalité.

On peut, enfin, citer les méthodes (assessment center), qui consistent à mettre les candidats en situation afin de constater leur réaction face aux événements qu'ils auront à maîtriser (cette méthode concerne surtout les cadres et les candidats internes).

Après la campagne de recrutement, l'entreprise doit gérer les nouveaux salariés, en vue notamment de les intégrer à sa structure. En réalité, la mise en place d'un programme d'intégration est indispensable, dans la mesure où il atténue les difficultés d'adaptation au nouvel environnement de travail. Cette étape suppose également une phase d'apprentissage progressif dont l'efficacité dépend de la pertinence du programme en question. Celui-ci vise plus précisément à fournir au nouvel employé des informations relatives à l'entreprise (ses procédures...), au service concerné, aux contacts immédiats du poste, aux salaires et aux programmes sociaux.

1.4.9/ La gestion des carrières

« La gestion des carrières se définit comme étant une succession d'affectations. Elle inclut le suivi dans le passé, le présent et l'avenir des affectations d'un salarié au sein d'une organisation. » (J.M Peretti, 2006, p.83)

Il ressort de cette définition que la gestion des carrières consiste à prendre en compte les besoins de l'entreprise et les capacités des salariés, ce qui suppose un système d'appréciation capable de déterminer les potentiels et d'orienter la gestion personnalisée de l'emploi. Au niveau de l'entreprise, cela nécessite en outre, la mise en place d'une politique pertinente de promotion, de mobilité, de gestion des départs ainsi que l'établissement des bilans de compétences et de carrière. En effet, la gestion des carrières vise à renforcer la position de l'entreprise en encourageant la motivation et la performance des salariés sur le long terme. Pour ce faire, elle leur offre l'opportunité d'évoluer au sein de l'entreprise et de développer leur carrière tout en favorisant le sentiment d'estime de soi et d'accomplissement.

La partie intégrante de la gestion des carrières est l'évaluation qui influence donc fortement les compétences des salariés, et par conséquent, la performance de l'entreprise.

1.5/ Compétences et Performances

Lorsqu'on pose la question *« qu'est-ce que le management par les compétences ? »*, on risque de formuler une réponse décousue et hasardeuse en raison de l'absence d'une vision globale sur le sujet.

Notre objectif dans cette partie est d'apporter les informations de base nécessaires en établissant une carte des connaissances du management par les compétences. Cela devra permettre de se situer d'abord, de s'orienter ensuite, et de déterminer enfin les différentes approches possibles afin d'aboutir au but fixé : la performance.

1.5.1/ Lien entre la performance et les compétences

Notre objectif est de clarifier les liens entre la performance et le management par les compétences afin de pouvoir représenter un système plus concret et plus opérationnel.

La gestion de la performance par les compétences vise avant tout à garantir la performance de l'entreprise. Aujourd'hui, les organisations tentent de comprendre la complexité économique actuelle dans le but d'ajuster les systèmes et les processus, et d'obtenir ainsi des résultats satisfaisants.

Si les prévisions à moyen terme s'avèrent difficiles à réaliser et donc à préparer, les entreprises introduisent constamment des macro-changements (fusion, acquisition, nouveaux marchés, ...) et des micro-changements (installation de nouveaux logiciels, internet, ...) pour prévenir l'évolution du travail. Toujours à la recherche de solutions, de prestations et de modalités nouvelles pour améliorer les rendements, la qualité et les coûts, les entreprises visent constamment la performance. Cette notion, qui découle d'une obligation de résultat, est entendue comme la somme des résultats économiquement mesurables obtenus par une entreprise.

En effet, la performance se présente d'abord comme une notion quantitative : chiffre d'affaires, nombre de produits vendus, etc. On l'évalue alors en termes de délai (temps du traitement d'un dossier), de risque (vols constatés en boutiques), et de qualité (nombre de réclamations).

Cette notion s'étend ensuite à d'autres indicateurs souvent énoncés sous le terme de « souplesse », qui suppose la flexibilité (capacité à modifier le comportement des collaborateurs en fonction du problème à résoudre), l'adaptabilité (caractéristique d'un système qui s'adapte à la fois à son environnement et à ses données internes), et la réactivité au marché par des actions simultanées sur les flux physiques, décisionnels et informationnels de l'entreprise, de manière à réduire les délais de production et de mise à disposition des produits ; c'est la réduction du temps entre la compréhension des besoins et l'action en réponse.

La notion de performance peut aussi refléter les équilibres sociaux (internes et externes), c'est-à-dire la coopération, la qualité des relations et de la communication entre les personnes, le management et la qualité d'expression des difficultés rencontrées. La performance exprime alors la capacité d'un système à réguler les fonctionnements humains permettant de limiter les risques sociaux.

Pour faire face à la pression du marché, l'entreprise doit optimiser l'ensemble des facteurs contribuant à la performance : stratégies, moyens et techniques organisationnels et financiers, organisation du travail, communication, management, et compétences. Dans ce contexte, l'obligation générale de résultat pour l'entreprise et pour les salariés oriente l'action. Ainsi, la performance devient explicitement la norme de structuration des questions relatives au personnel.

Afin d'accroître la performance et de résoudre les problèmes liés aux Ressources Humaines, l'entreprise a besoin de « professionnels » pour « gérer les situations complexes ». Cela suppose que le professionnel possède la capacité de choisir les conduites professionnelles adaptées à tous les contextes singuliers qui se présentent à lui. Les entreprises doivent donc faire appel à des professionnels de référence, capables d'actualiser leurs compétences pour optimiser les résultats économiques et sociaux, ce qui montre « l'utilité économique » du savoir.

En outre, le rôle des professionnels au sein d'une entreprise est essentiel en ce que la performance repose en large partie sur la qualité de la gestion, la polyvalence, et la coopération.

Le terme professionnel n'est pas employé ici de façon anodine, car parler de professionnels, c'est dépasser la notion de compétence en y introduisant, complémentirement, les notions de responsabilité professionnelle, et de capitalisation des savoirs dans un cadre de travail et de performance.

Il s'agit donc de préciser la notion de professionnalisme. Pour ce faire, nous proposons de revenir à la « logique des compétences » en référence aux travaux de Guy Le Boterf.

Dans son sens large, le professionnalisme est, en effet, entendu comme la capacité à mettre en œuvre tout ce qui est nécessaire pour « gérer avec pertinence toute situation complexe qui se présente. » Le professionnalisme associe trois éléments, relatifs à la personne, au métier, et au rapport de l'individu à son environnement.

1.5.2/ Appréciation des compétences et du professionnalisme

Nous allons aborder dans ce point les modes d'animation et de management des collaborateurs par les compétences, en soulignant l'accompagnement individualisé dans une dynamique de réussite conjointe.

Lorsqu'on parle de la logique « compétences », on met en avant la notion de compétence(s) et, par voie de conséquence, celle de référentiels métiers/compétences qui guident le management des compétences.

Il convient de distinguer les termes « performance », « compétences », « professionnalisme » et « comportements » sans néanmoins en nier le maillage.

Ainsi, cette notion comprend à la fois les ressources de l'individu (compétence dont il dispose), ses responsabilités (chaque activité relève de la compétence d'une structure spécifique), sa performance (il atteint les résultats fixés), son comportement et son potentiel. L'expression « apprécier les compétences » sous-entend plusieurs critères tels que le potentiel, les compétences, la motivation, les comportements, ou la valorisation des acquis. Le potentiel désigne une disposition à réaliser une tâche qui est évaluée par des tests en situation.

Les compétences, résultats d'un apprentissage, renvoient aux acquis mis en œuvre par une personne dans différentes situations professionnelles.

La motivation correspond à l'ensemble des facteurs déterminant l'action et le comportement d'un individu pour atteindre un objectif ou réaliser une activité.

Les comportements traduisent la manière dont une personne agit dans un environnement précis, en fonction de son éducation et de son milieu de référence. Les comportements sont susceptibles d'évoluer par une analyse des pratiques personnelles et un travail sur soi-même.

Enfin, la valorisation des acquis, caractérisée par la réussite professionnelle, désigne le parcours d'un individu, sa carrière et sa performance.

Consciente de l'insuffisance des compétences sans la performance, les entreprises s'attachent désormais à les associer de façon à améliorer la production.

Section 2- La Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

2.1/ L'approche de la GPEC

En France, la loi impose l'instauration de la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences aux sociétés ou groupes de sociétés employant au moins 300 salariés, ainsi qu'aux entreprises de dimension communautaire employant au moins 150 salariés en France. Pour les entreprises de plus de 300 salariés, il existe une obligation légale de négociation tous les trois ans afin d'éviter des restructurations brutales pour les salariés.

Cette négociation avec les partenaires sociaux porte sur trois aspects :

- les modalités d'information et de consultation au sein du comité d'entreprise concernant ses stratégies et ses actions éventuelles sur l'emploi,
- la mise en place de la GPEC et les mesures qui peuvent en découler telles que la formation et la mobilité,
- la qualification des catégories professionnelles menacées par les évolutions économiques ou technologiques du marché.

2.1.1/ Définition

À partir de la définition de « *compétence* » analysée précédemment, la gestion prévisionnelle des compétences peut être entendue comme la somme des actions, des démarches et des outils qui permettent à une entreprise d'acquérir, de stimuler et de réguler les compétences individuelles et collectives dont elle a besoin pour répondre aux évolutions du marché.

Née dans les années 1970, cette approche a été successivement désignée sous les termes de gestion des effectifs, de gestion prévisionnelle des emplois, et enfin de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC). La GPEC consiste précisément « *à concevoir, à mettre en œuvre et à contrôler les politiques et les pratiques visant à réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et les ressources de l'entreprise, tant sur un plan quantitatif (en terme d'effectifs) que qualitatif (en terme de compétences).* » (M. Parlier et P. Gilbert, 1999, p.498).

Concrètement, la GPEC correspond à un ensemble d'actions visant à assurer en permanence l'adéquation entre l'emploi et les ressources existantes ou acquises par voie de formation et de recrutement. Elle consiste plus précisément à anticiper les besoins en ressources humaines à court et moyen terme afin d'adapter les emplois, les effectifs et les compétences aux exigences issues des mutations de l'environnement économique, social et juridique.

La GPEC, dont l'élaboration incombe aux services de Ressources Humaines, est l'outil qui guide les stratégies des entreprises pour atteindre un niveau optimal de performance. Pour ce faire, la Direction des Ressources Humaines met en œuvre plusieurs instruments comme les référentiels emplois-compétences, la carte des métiers, le bilan social (si l'entreprise emploie plus de 300 salariés), les entretiens annuels. Pour anticiper les départs à la retraite, la GPEC suppose également l'élaboration d'une pyramide des âges par catégorie socio-professionnelle qui indique l'ancienneté des employés. On peut aussi tenir compte des promotions et des démissions.

Destinée à identifier les emplois et les compétences impactés par les orientations stratégiques de l'organisation, la grille d'analyse, appelée la grille EMOFF¹- compétence, permet d'évaluer l'environnement interne et externe de l'entreprise. L'objectif de cette approche est non seulement d'analyser les opportunités et les menaces externes mais également d'étudier les atouts et les faiblesses internes de l'organisation par rapport au marché.

La grille EMOFF-compétence constitue donc un moyen rapide pour fournir à l'entreprise une vision d'ensemble sur sa situation et faciliter l'identification des axes stratégiques et leur impact sur les emplois à court et moyen terme.

Indispensable, la GPEC permet en somme à toute entreprise de dégager les informations relatives à sa stratégie, à ses projets de développement et à son positionnement sur les marchés.

¹ Environnement, Menaces, Opportunités, Forces, Faiblesses : ce sont des critères de la gestion de projet.

2.1.2/ Principe général de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

Afin de garantir l'efficacité de la GPEC, l'entreprise doit d'abord réunir deux conditions essentielles : la mise en place d'objectifs définis, et l'existence de moyens organisationnelles, technologiques, méthodologiques, et budgétaires adéquats.

En effet, pouvoir identifier les atouts et les handicaps de l'organisation à travers une étude attentive de l'environnement technologique, économique et social permet d'évaluer la faisabilité des objectifs fixés. En d'autres termes, l'analyse de l'environnement technologique contribue à en mesurer l'impact sur la qualité des produits mais aussi sur la gestion quantitative et qualitative des emplois, tandis que l'environnement économique permet à l'entreprise de déterminer son positionnement sur les marchés-cibles. Enfin, l'environnement social donne lieu de constater les différentes mutations existantes et observées chez la plupart des consommateurs et des salariés.

Le succès de la GPEC dépend, en outre, de trois facteurs :

- L'entreprise doit adopter une approche globale et préventive de la Gestion des Ressources Humaines. Sa performance étant tributaire des qualifications et de l'implication des salariés, cette démarche lui permet d'accroître leurs compétences.
- Elle doit disposer d'un mode d'action intégré à la stratégie de l'ensemble du personnel. Si toute politique de la GPEC se déduit des stratégies de l'entreprise. Cette démarche s'appuie sur une définition précise de la problématique « Ressources Humaines » qui détermine les actions à mettre en œuvre : accompagner un changement organisationnel ou une modification du processus de travail ; améliorer les conditions de travail, le dialogue social, et les méthodes de gestion des ressources humaines ; développer une filière métier, renforcer la mobilité interne, créer des passerelles entre les postes ; ajuster les compétences aux évolutions de l'environnement, qualifier les salariés, développer la formation ; maîtriser les effectifs et les sureffectifs, les difficultés de recrutement, le turn-over, et la pyramide des âges.
- Elle doit adopter une gestion participative des Ressources Humaines, en menant des actions ciblées et limitées concernant le personnel. Inscrite dans une vision prospective des emplois et des compétences, cette approche doit être conduite avec la participation des employés dont les postes constituent un enjeu essentiel au sein de l'entreprise.

L'ensemble de ces conditions suppose un fort engagement de la part de la direction générale, mais aussi des responsables opérationnels. Cela requiert également l'accès des salariés aux informations relatives à leur évolution professionnelle, une prise en compte de la participation des instances de personnel, ainsi que l'articulation des règles et des procédures avec les objectifs visés. En outre, l'entreprise doit savoir adopter des combinaisons d'événements stratégiques telles que le rapport marché/produit, les modèles de fonctionnement et les types d'emploi. Ce dernier élément, de nature à entraîner des conséquences assez importantes, conduit à définir les besoins en emplois, et de répertorier les différents facteurs clés susceptibles de modifier la structure des emplois à créer ou à supprimer. Enfin, il est nécessaire d'inventorier les postes « sensibles », et plus particulièrement ceux dont dépend les décisions stratégiques de l'entreprise. Ces démarches nous conduisent à un ensemble de paramètres actifs tels que les gains de productivité, et l'obsolescence des équipements et du matériel de l'entreprise.

Par ailleurs, la GPEC peut présenter certaines limites liées à plusieurs facteurs : la taille de l'entreprise, le type de management stratégique ou participatif, le désengagement des acteurs de l'entreprise, l'inexistence de la gestion des ressources humaines, l'absence du dialogue social au sein de l'entreprise.

Il est néanmoins possible de combler progressivement ces lacunes, si l'entreprise exploite les outils existants en les améliorant ou en créant d'autres outils plus adaptés.

2.1.3/ La démarche type de la GPEC

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences relève d'une démarche normative qui repose sur deux étapes principales impliquant tous les acteurs de l'entreprise :

1. L'identification de la problématique et l'analyse de la situation : quelle est la position de l'entreprise dans son environnement ? Quel est son projet ? Quelle est la situation actuelle des emplois, des effectifs et des compétences ? Quel est l'impact du projet d'entreprise sur la situation des emplois, des effectifs et des compétences ? Quels seront les emplois, les effectifs et les compétences visés si aucune décision ne vient modifier les orientations de l'entreprise ? Dans cette première étape, la problématique établie conduit l'étude de la situation des Ressources Humaines et peut nécessiter un travail d'investigation plus ou moins important.

Il s'agit, en effet, de décomposer les éléments constitutifs de l'existant dans l'entreprise pour mesurer les conséquences de ses changements stratégiques sur les emplois et les compétences qui seront nécessaires à l'avenir. Cette étape consiste donc à décrire les emplois-types² et à les classer en familles professionnelles pour analyser les différentes compétences requises pour chaque poste. Cela va permettre à l'organisation d'identifier l'ensemble des ressources disponibles (selon une approche quantitative basée sur l'âge, la formation et l'ancienneté) et d'évaluer qualitativement les compétences de ses employés (potentiel, compétences acquises, performance, motivation, volonté d'évoluer).

La classification des « emplois-types », élément majeur de la GPEC, se fonde sur trois étapes destinées à :

- vérifier l'adéquation entre toutes les activités de l'organisation,
- contrôler la concordance des compétences (pour éviter tout déséquilibre entre elles),
- évaluer la flexibilité de la mobilité professionnelle au sein de l'entreprise.

2. La définition/préparation d'un plan d'action à partir des questions suivantes : Quels sont les moyens à mettre en œuvre pour prévenir, ou réduire les écarts identifiés ? Sur quelles variables, internes et/ou externes, est-il possible d'agir ?

Cette deuxième étape conduit à la rédaction d'un plan d'action relatif à l'emploi et la gestion des compétences afin d'organiser la Gestion des Ressources Humaines au niveau collectif (évaluation, formation, recrutement, communication, etc.) et individuel (bilan de compétences, congés individuel de formation, validation des acquis de l'expérience (VAE), etc.)

L'objectif consiste ainsi à identifier les écarts quantitatifs et qualitatifs entre l'existant dans l'entreprise et les besoins ultérieurs, c'est-à-dire entre les effectifs dont elle dispose et ceux qu'elle doit acquérir. Cet écart doit être pris en compte pour chaque emploi-type. Mais, il faut

² Emploi-type est un regroupement de postes similaires.

également analyser les écarts entre les compétences requises et celles qui apparaîtront nécessaires, pour l'avenir.

2.2/ La formation et le plan de formation dans l'entreprise

2.2.1/ Les composantes de la fonction formation

a/ Définition

Selon Sylvie St Onge, spécialiste en GRH, « *le premier paramètre du capital de compétence de l'entreprise est bien cet ensemble d'activités cherchant à développer, au moyen de diverses approches pédagogiques, un système intégré de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être destinés à rendre les employés plus performants dans la réalisation de leur travail.* » (Lakhdar Sekkiou, 2001, p.336)

« *La formation professionnelle se définit comme l'ensemble des dispositifs (pédagogiques) proposés au salarié afin de leur permettre de s'adapter aux changements structurels et aux modifications de l'organisation du travail impliqués par les évolutions technologiques et économiques, et de favoriser leur évolution professionnelle.* » (J.P Citeau et Yvan Barel, 2008, p.127)

Outil stratégique du développement des compétences, la formation vise en premier lieu à améliorer la performance et la productivité des employés, en favorisant la mobilité professionnelle. Elle correspond, en effet, aux dispositifs pédagogiques destinés à adapter les Ressources Humaines aux mutations structurelles et organisationnelles du travail entraînées par les évolutions technologiques et économiques. L'objectif est d'inciter les employés à améliorer leurs connaissances, leurs comportements, leurs attitudes, leurs habiletés pour atteindre les objectifs de l'organisation et des objectifs personnels ou sociaux du salarié.

La formation constitue, en outre, un instrument de régulation sociale qui garantit la satisfaction professionnelle des salariés et la productivité de l'entreprise. Les besoins en formation peuvent être déterminés à partir des résultats de la gestion prévisionnelle du personnel, des indicateurs d'alerte ou d'enquêtes formelles et informelles.

b/ Les différents types de formation

Il existe plusieurs types de formation : la formation initiale (préalable au poste), la formation d'entretien (s'effectue tout au long de la carrière), la formation externe et la formation interne. La durée de la formation dépend du type d'emploi occupé ; les postes à haute responsabilité (cadres, managers) requièrent, à titre d'exemple, une formation plus pointue et plus longue. Par ailleurs, les formations peuvent être organisées en continu, en discontinue ou en alternance.

On distingue généralement quatre types de formation :

- La spécialisation, définie dans le dictionnaire des Ressources Humaines comme une méthode de développement caractérisée par la mobilisation et le renforcement permanents des Ressources Humaines dans le domaine où l'entreprise souhaite consolider sa position.
- La formation continue, destinée à adapter constamment les salariés à l'évolution du travail (évolution des métiers, des professions, des techniques, etc.).

- Le coaching, c'est-à-dire l'accompagnement individuel d'un employé par un membre de l'organisation (à l'interne) ou un consultant (à l'externe) dans le but d'accroître ses compétences.
- La formation professionnelle, généralement dispensée dans un établissement (national ou international), vise à transmettre aux apprenants les connaissances théoriques et pratiques nécessaires pour exercer un métier ou une profession dans un domaine spécifique. Certaines institutions disposent de leur propre centre de formation communément appelée « Centre de Formation Professionnelle » (CFP), dont l'objectif est de développer les compétences des salariés.

c/ Les moyens de la formation

L'article L.930.1 du code du travail précise que *« le congé de formation a pour objet de permettre à tout salarié, au cours de sa vie professionnelle de suivre, à son initiative et à titre individuel, des actions de formation indépendamment de sa participation aux stages compris dans le plan de formation de l'entreprise dans laquelle il exerce son activité. »*

Fortement inscrite dans la politique de développement d'une entreprise, la formation sert principalement :

- Un objectif économique, par l'adoption d'une logique d'investissement dans les ressources immatérielles ou intellectuelles de l'entreprise en vue d'acquérir de nouvelles compétences et gagner en compétitivité.
- Un objectif sociologique, dans la mesure où elle devient un outil de socialisation et du développement de la culture organisationnelle.
- Un objectif psychologique : la formation est l'articulation entre les projets individuels des employés et l'intérêt économique de l'entreprise lié à la notion d'investissement.

La formation est soit organisée à l'initiative de l'employeur au moyen, entre autres, du plan de formation, soit à l'initiative du salarié à travers de deux dispositifs juridiques principaux :

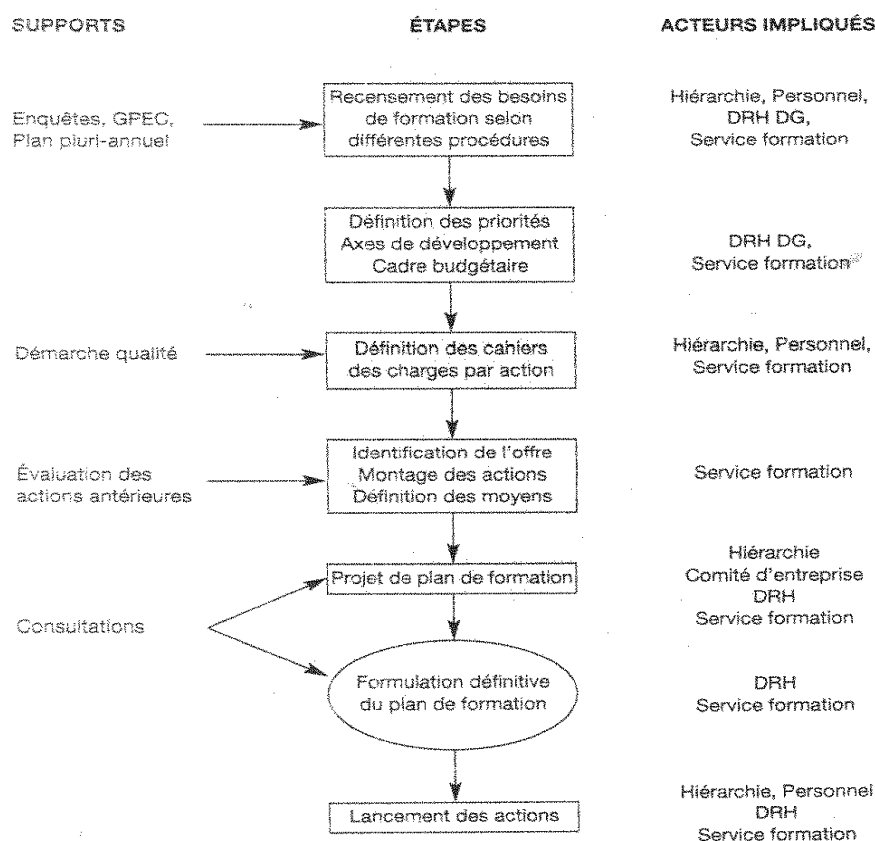
- Le CPF (Compte Personnel de Formation depuis le 1^{er} janvier 2015) qui vient remplacer le DIF (Droit individuel de Formation, loi du 4 mai 2004), dont il se distingue par l'importance qu'il accorde à la personne du salarié, et non plus au contrat de travail. Le CPF est prévu par la loi du 14 juin 2013 sur la sécurisation de l'emploi et la loi du 5 mars 2014 sur la réforme de la formation professionnelle.
- Le CIF (Congé Individuel de Formation) qui, sous certaines conditions, donne le droit à tout salarié de participer à des actions de formation de son choix, indépendamment des formations organisées et financées par l'entreprise.

« En 2012, 43,2% des salariés français, des entreprises de plus de dix salariés, soit 5,72 millions ont suivi une formation. Ils y ont consacré 164 millions d'heures. Les entreprises ont financé cette formation à hauteur de 13,8 milliards d'euros. » (Alain Meignant, 2015, p.351)

2.2.2/ Le plan de formation

La mise en place et la gestion de la formation s'articulent autour d'un plan de formation, qui reflète concrètement la politique de formation d'une entreprise (voir schéma ci-dessous).

Le plan de formation



Source : J.P Citeau et Yvan Barel, 2008, p.134

Ce schéma résume l'ensemble des objectifs et des moyens destinés à valoriser les compétences et le développement de l'entreprise au cours d'une période donnée.

Le plan de formation se présente généralement sous la forme d'un document écrit qui précise, d'une part, les objectifs généraux ou stratégiques de l'organisation (amélioration de la compétitivité par la qualité, changements technologiques, dynamisation de la force de vente, etc.) ainsi que des objectifs spécifiques (comme l'informatisation de la gestion des stocks, le développement des outils bureautiques, etc.), et indique, d'autre part les catégories, les effectifs, et les métiers concernés. Ce plan présente, en outre, les modalités d'évaluation, les actions, les contenus, les modalités, et le calendrier de l'organisation, et établit le budget.

Le plan de formation, inscrit dans une culture et une dynamique d'entreprise, suppose une élaboration et une réalisation minutieuses par un responsable de formation et/ou le Directeur des Ressources Humaines lorsque la structure le permet.

Le plan de formation s'articule autour de trois étapes :

1. L'identification des besoins

Cette étape permet d'évaluer les compétences disponibles au sein de l'entreprise, et le potentiel de chaque employé par rapport aux opportunités de carrière.

2. L'élaboration du plan de formation

Lors de cette phase, l'entreprise détermine la nature, la cible, la densité, la durée, et le contenu d'une action. Le chargé de formation a justement pour mission de traduire ces objectifs en actions selon le budget alloué à la formation.

Pour ce faire, deux possibilités s'offrent à l'entreprise :

- La formation interne, assurée par l'organisation elle-même à travers son centre de formation intégré (comprenant une équipe de formateurs), ou en faisant ponctuellement appel aux compétences de ses cadres et techniciens. Si elle permet de proposer une formation spécifique à la politique de l'entreprise, cette démarche ne garantit pas toujours la rigueur et l'efficacité pédagogiques.

- La formation externe, dispensée dans le cadre d'une convention de formation entre l'entreprise et des organismes externes. Dans cette situation, l'entreprise peut soit recourir à la formation interentreprises en envoyant ses salariés suivre un stage proposé dans le catalogue d'un prestataire, soit opter pour une formation intra-entreprise lorsque le prestataire est sollicité pour monter une action à la carte au seul bénéfice des salariés qui en ont fait la demande.

Quelle que soit la formation, l'entreprise doit sélectionner le ou les prestataires capables de lui fournir les programmes et les itinéraires pédagogiques les mieux adaptés à ses objectifs et son personnel. Lorsqu'il est question d'actions de formation assez larges, les entreprises préfèrent lancer un appel d'offres afin de trouver l'organisme de formation adéquat.

Cette deuxième étape est enfin formalisée par un document destiné aux différents prestataires impliqués dans le processus de formation, et utilisée comme référentiel dans l'application et l'évaluation du plan.

3. L'exécution et l'évaluation du plan de formation

La mise en œuvre du plan de formation requiert, bien entendu, la gestion, le suivi et l'évaluation des différentes actions programmées.

À cette fin, le responsable de formation se charge tout d'abord de diffuser à l'ensemble du personnel et de la hiérarchie le contenu du plan de formation. Afin de préserver la stabilité de l'unité de travail, il est nécessaire d'anticiper les départs en formation des collaborateurs et les dispositions conséquentes.

L'accueil de stagiaires suppose, par ailleurs, une logistique administrative et comptable permettant d'assurer le déclenchement et le suivi des actions (convocations, conventions de stage, déplacements et hébergement des stagiaires, etc.).

L'importance accrue de la formation a conduit les entreprises à développer de véritables outils (tableaux de bord) pour rationaliser le suivi administratif et budgétaire de leurs actions.

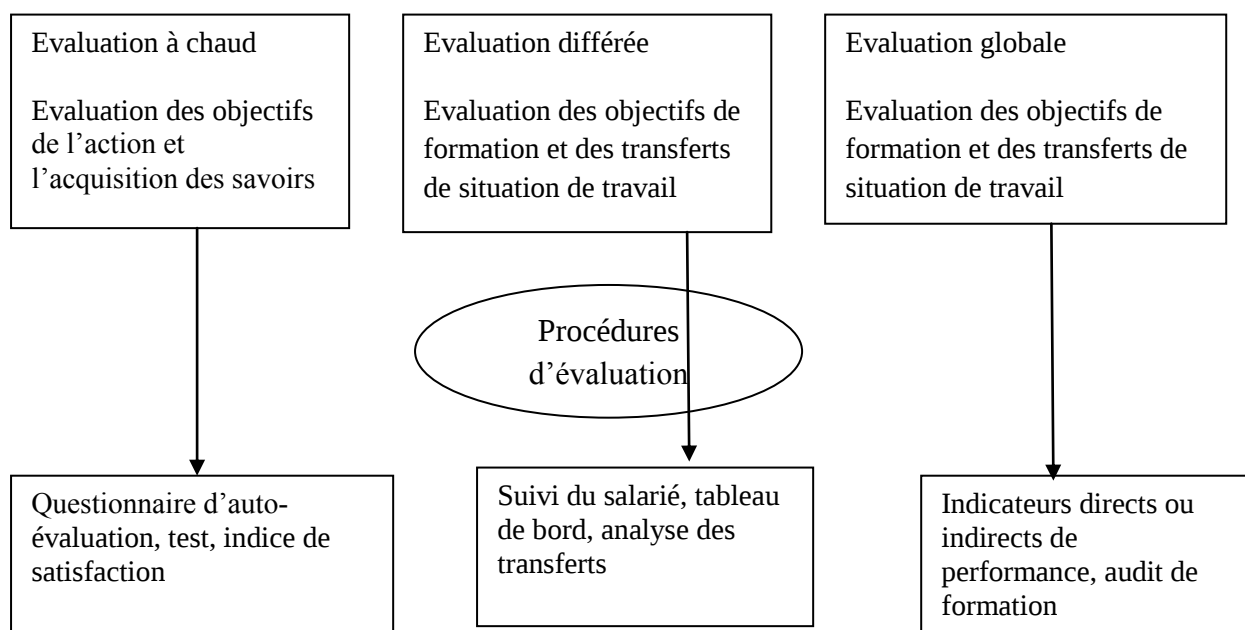
Cette comptabilité des données peut servir à alimenter le tableau de bord du responsable de formation sur lequel il pourra s'appuyer pour rendre compte de l'exécution du plan de formation.

Ce tableau comporte des informations concernant les dépenses de formation, la ventilation des frais engagés pour les différentes actions de formation, le nombre de stagiaires et leur classement par catégorie de personnel, ainsi que le nombre d'heures de formation réparties par type d'action, sans oublier le coût des actions de formation rapporté aux prévisions budgétaires et le taux horaire des stagiaires.

Ces données quantitatives ne suffisent pas, cependant, à évaluer les effets de la formation sur l'entreprise et sa performance. En effet, l'obtention de résultats comparables en dépit de la disparité des budgets alloués à la formation dans certaines entreprises montre que le lien n'est pas immédiat entre le montant des dépenses engagées au titre de la formation continue et l'efficacité de l'entreprise.

Comme le montre le schéma ci-dessous, l'évaluation de la formation doit s'effectuer à plusieurs niveaux et par étapes.

Les trois niveaux de l'évaluation de la formation



Source : Jean-Pierre Citeau et Yvan Barel, 2008, p.138

Le premier niveau correspond à une évaluation à chaud qui mesure l'efficacité pédagogique du stage, et vise que les stagiaires possèdent les compétences que la formation est supposée leur apporter. Cette démarche présente également l'occasion de recueillir le sentiment des stagiaires sur le contenu et le déroulement de la formation, et d'apprécier ainsi leur degré de satisfaction.

L'évaluation de la formation étant souvent déterminée par le déroulement du stage, deux autres niveaux doivent être évoqués :

- L'évaluation différée, qui vise à vérifier si les salariés formés sont capables de transférer leurs acquis dans leurs situations de travail respectives et donc à déterminer s'ils possèdent les compétences professionnelles pour lesquelles ils ont été préparés.

Cette évaluation est réalisée à travers l'observation directe des comportements au travail, le relevé et l'analyse des résultats de l'activité du salarié, et les entretiens pour connaître sa position par rapport à la formation.

Ce suivi se révèle toutefois difficile à mettre en œuvre, en ce qu'il nécessite au préalable une définition précise des termes relatifs à la formation tant au niveau du responsable de formation que du responsable hiérarchique.

- L'évaluation globale, qui permet de mesurer la rentabilité économique de la formation, et révèle la façon dont le budget a été utilisé.

Cette démarche s'appuie sur deux éléments : les facteurs liés au développement de l'entreprise (gains de productivité, valeur ajoutée...) d'une part, et à l'amélioration des conditions générales de son activité d'autre part (diminution de l'absentéisme, la qualité ...).

Parmi les nombreux modèles d'évaluation de formation, le plus connu est indéniablement celui du chercheur américain, Donald Kirkpatrick. (Jonathan Pottiez, 2013, p.6)

Créé en 1953, ce modèle permet d'évaluer les formations au niveau des réactions, des apprentissages, des comportements et des résultats.

Le premier niveau reflète la position des employés par rapport à la formation, tandis que le niveau relatif aux « apprentissages » se rapporte aux nouvelles compétences acquises lors de la formation. À l'échelle des « comportements », l'objectif est de mesurer à quel point les compétences acquises ont été utilisées en situation de travail.

Quant aux résultats, ils permettent d'évaluer les effets de la formation sur la performance et la qualité de travail de l'entreprise.

En dépit de son importance dans la valorisation de la formation, l'évaluation est une pratique peu développée dans les entreprises. En réalité, on se contente souvent d'une simple évaluation par les réactions, en omettant les éléments les plus déterminants de cette démarche.

Ces lacunes peuvent résulter de plusieurs facteurs.

- Le désintérêt vis-à-vis de l'évaluation de la formation : « *Plutôt que l'insuffisance méthodologique, la faiblesse des pratiques d'évaluation des formations découle* », selon Alain Meignant, d'une absence de demande sociale, de la part notamment des apprenants eux-mêmes. (A. Meignant, 2009, p.350)

- L'incompréhension de la finalité d'évaluation « *à qui serviront les résultats de l'évaluation et pour quoi faire.* » (A. Meignant, 2009, p.306) : Dans certaines entreprises, les responsables de formation peuvent avoir des difficultés à définir les objectifs et l'objet de l'évaluation

lorsqu'ils ne possèdent pas les compétences techniques et les outils adéquats à cette démarche.

■Le coût de l'évaluation, considéré trop élevé par les entreprises : Néanmoins, cela ne doit pas minimiser l'importance de la formation quant à la motivation, la qualité, l'organisation et l'engagement des salariés envers l'entreprise.

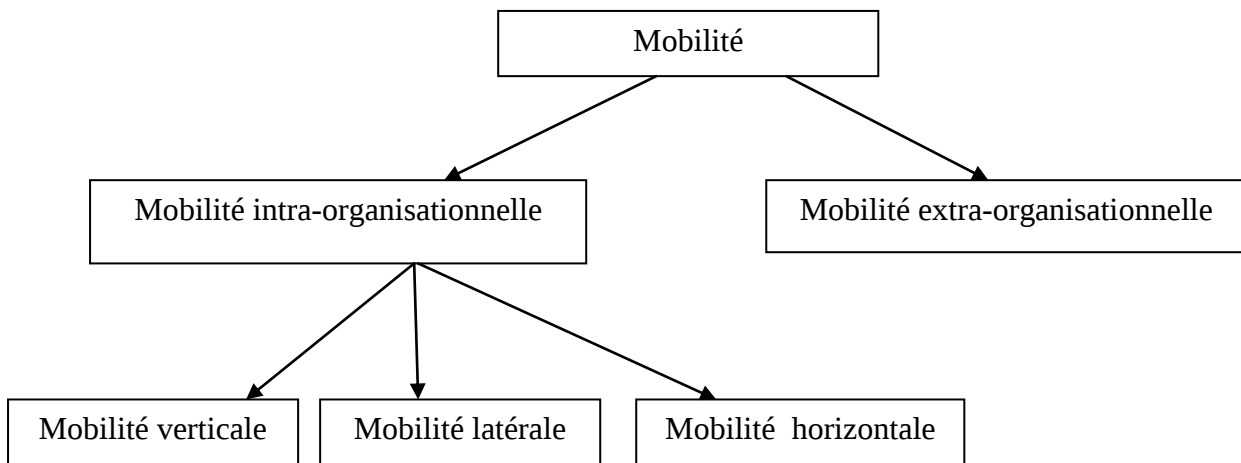
2.3/ La mobilité

La mobilité permet au salarié d'évoluer à l'intérieur de son organisation (mobilité intra-organisationnelle ou en changeant d'entreprise (mobilité extra-organisationnelle).

Au sein de la mobilité interne, il existe trois types de mobilité :

- « La mobilité verticale est associée à la notion de promotion. »
- « La mobilité latérale permet à l'individu d'être sur une position centrale dans l'organisation. »
- « La mobilité horizontale correspond au changement de fonction sans changement hiérarchique. » (Chloé Guillot-Soulez, 2011, p.64)

Le schéma ci-dessous illustre nos propos.



Source : Chloé Guillot-Soulez, 2011, p.64

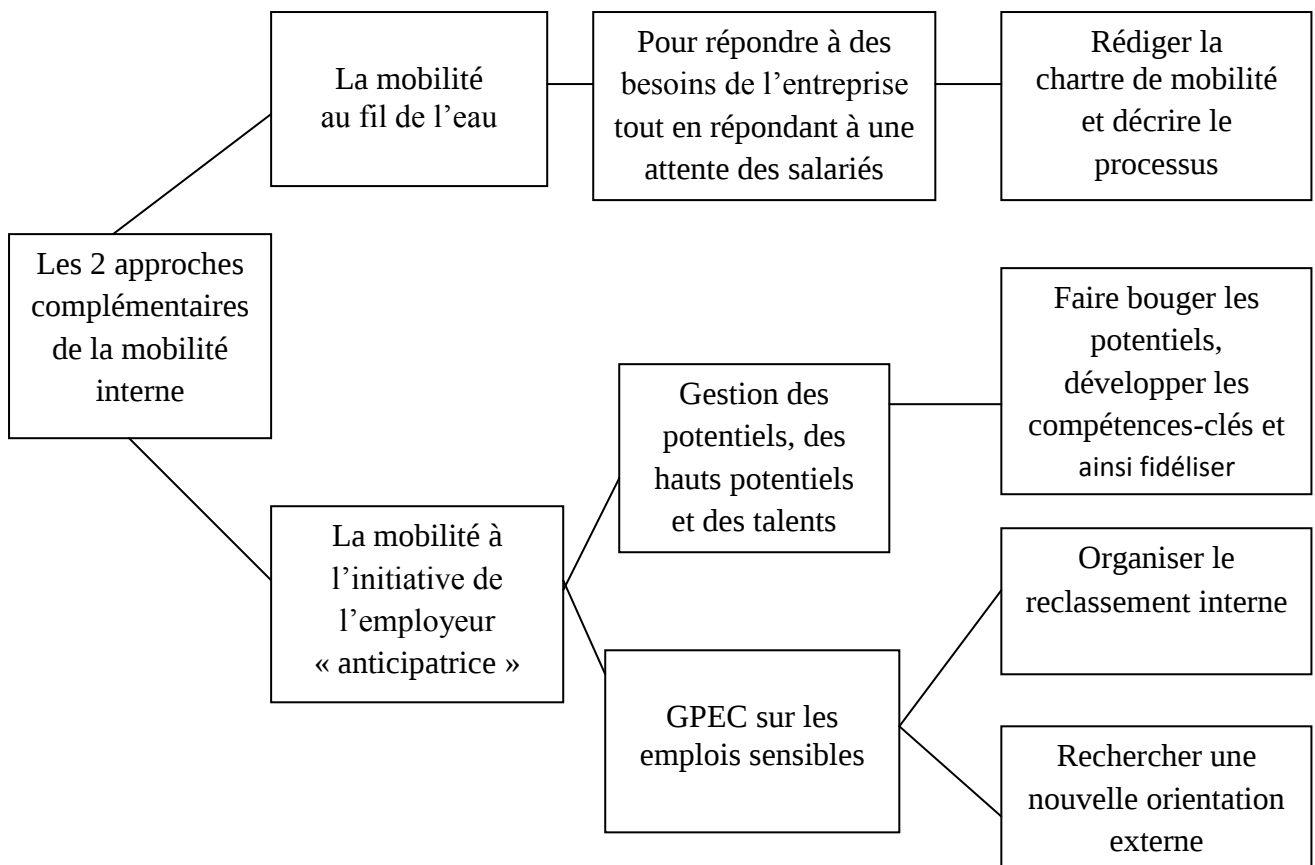
La mobilité interne est la stratégie de la Gestion des Ressources Humaines qui vise à articuler les compétences et les projets professionnels des salariés avec les besoins de l'entreprise.

On distingue deux approches de la mobilité interne : la première, qui est aussi la plus répandue, consiste à identifier les besoins de l'entreprise et les requêtes des salariés auprès des Ressources Humaines.

La seconde approche, dite volontaire, permet d'anticiper les évolutions éventuelles de l'entreprise et d'y adapter la mobilité des salariés.

À travers ces deux démarches, l'entreprise entend fidéliser les meilleurs salariés (hauts potentiels) pour accroître sa performance.

La mobilité interne : deux approches complémentaires



Source : Annick Haegel, 2012, p.90

On peut donc déduire qu'une entreprise performante se modifie en fonction des évolutions de l'environnement. Cette action d'adapter les salariés dépend de la possibilité de l'entreprise de les préparer à de nouvelles fonctions, missions, en prenant en compte leur potentiel.

Le développement des compétences des salariés est un moyen majeur pour l'entreprise de garantir sa performance sur le marché par rapport aux concurrents.

La Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) est une démarche adaptée permettant à l'entreprise à se préparer aux changements stratégiques, économiques et sociaux. Cette démarche permet également de préparer les salariés à des changements de compétences afin de prévenir ces évolutions environnementales.

Chapitre II : LES COMPÉTENCES DES CADRES

Le terme « *cadre* » renvoie à une notion juridique et sociologique complexe qu'il nous faut pourtant essayer de préciser dans ce chapitre en la mettant en relation avec les rôles et les compétences des cadres dans les organisations.

Section 1 : Origine juridique de la notion de cadre

Afin de comprendre cette notion, il est nécessaire dans un premier temps d'évoquer son origine linguistique et historique, ce à quoi sera consacrée cette section.

1.1/Etymologie du terme cadre

Le terme « cadre » dérive du mot italien « *quadro* », lui-même issu du latin « *quadrus* » qui signifie « *carré* ».

Le premier sens du mot donné par le dictionnaire désigne une « *bordure rigide limitant une surface dans laquelle on passe un tableau, un objet d'art ...* », et plus largement les « *limites d'un espace* » ; « *l'entourage, le milieu, le contexte* » ou « *ce qui borne, limite l'action de quelqu'un, de quelque chose* ».

Son dérivé « encadrer » apparaît en 1752 pour désigner l'action « d'entourer un cadre ».

En 1839, près d'un siècle plus tard, ce terme entre dans la terminologie militaire en prenant le sens figuré de « pourvoir une troupe de ses officiers et sous-officiers ». On utilisait alors le terme « cadre » dans l'armée pour désigner le tableau où étaient inscrits les officiers et sous-officiers.

Au XIX^{ème} siècle, le mot « cadre » se référait, par glissement de sens, aux personnels de commandement, divisés en quatre catégories, du plus gradé au moins gradé.

Selon Paul Bouffartigue, le cadre peut être défini comme une figure sociale : « *à partir de l'ensemble des représentations sociales, symboliques comme institutionnelles, autour desquelles s'est cristallisée la notion de cadre depuis la seconde guerre mondiale : exercice d'une fonction de commandement ; claire séparation d'avec le salariat d'exécution ; adhésion aux finalités assignés à l'entreprise ; forte unité symbolique ; hégémonie masculine. C'est aussi le prestige exercé antérieurement par ce modèle, comme horizon de la réussite sociale pour un salariat en croissance, (...).* » (P. Bouffartigue, 2001, p.7)

D'après Charles Gadéa, « *il est souvent question, à la suite de Luc Boltanski, de l'invention des cadres à la fin des années trente, et du fait que le terme aurait alors migré de façon assez soudaine du langage militaire vers la taxinomie sociale en prenant son sens actuel (...) le parallèle entre l'armée avec ses officiers (membres du cadre au sens étymologique) et l'industrie avec ses ingénieurs et techniciens est fort ancien.* » (Ch. Gadéa, 2003, p.53)

L'utilisation de « cadre » dans le sens de technicien date du XIX^e siècle, comme le montrera plus tard les premières thèses de doctorat en droit d'Henri Château « *le syndicalisme des techniciens en France* », (1938) et de Dragach Kéchiélevitch (1940). (Ch. Gadéa, 2003, p.54)

Par ailleurs, Charles Gadéa constate « *qu'étrangement, c'est peut-être le Britannique Harold Laski, issu d'un pays où il n'existe pas de cadres mais des professionnels, qui donne la définition des techniciens la plus proche de ce qu'on appelle un cadre : j'entends par technicien quelqu'un qui, en raison de ses connaissances particulières ou de sa spécialité reconnue, est engagé dans un travail impliquant soit des responsabilités pour diriger l'effort*

des autres, soit l'exercice d'une fonction qui exige initiative et réflexion personnelles. » (Ch. Gadéa, 2003, p.55)

Le mot « cadre » peut désigner toute personne chargée de mettre en œuvre une stratégie, c'est-à-dire d'adapter son organisation à un environnement susceptible d'évoluer, d'établir une relation assez étroite avec ses partenaires, d'évaluer le service en visant la qualité, de recruter les potentiels, et de mettre en place une communication interne riche et diversifiée.

Selon une étude de Christine Coutant, ingénieur d'études au CNAM (Conservatoire National des Arts et de Métiers) en 2006, le cadre doit être identifié au sein des organisations par son rôle, divisé en deux sous-ensembles : les fonctions « d'encadrement » ou de « management », et les fonctions opérationnelles de haut niveau, auquel cas on peut parler de spécialiste.

Il est ainsi possible de distinguer trois rôles principaux : celui d'encadrant, de manager et de spécialiste :

■ L'encadrant est celui « qui « encadre », dirige, organise et structure une équipe. Il est chargé de définir des objectifs directs et de déterminer les orientations pour l'organisation. » (C. Coutant, 2006, p.49)

■ Le manager peut être décrit comme un « cadre qui « manage », qui anime une équipe. Il peut prendre des décisions en amont et gérer ses collaborateurs ou il peut déterminer lui-même les orientations de certains acteurs. » (C. Coutant, 2006, p.49)

■ Le spécialiste est le cadre qui maîtrise une ou plusieurs techniques, et possède des connaissances, un savoir-faire ou une expérience confirmés.

Cette notion de spécialiste, soulignons-le, rend ambigu le concept de cadre, dans la mesure où elle inclut plusieurs types d'activités non identifiables et indépendantes des notions « d'encadrement » et de « management ».

En outre, le statut de « cadre » est soit reconnu par un niveau élevé de formation, soit par la l'ancienneté ou plus simplement après avoir occupé un poste de cadre identifié comme tel par une organisation.

Si l'on associe ces trois critères (formation, expérience, poste occupé) aux trois éléments cités plus haut (encadrement, management et spécialité), nous pourrions établir une matrice de la représentation de ce qu'on peut définir comme la notion de cadre.

L'origine des cadres détermine leur rôle dans l'entreprise

Rôle origine	Encadrement	Management	Spécialité
Formation	The diagram shows three arrows originating from the word 'Cadre' and pointing towards the word 'Cadre' again, illustrating a self-referential or cyclical concept within the matrix.		
Expérience			
Poste occupé			

Source : C. Coutant, 2006, p. 50

Dans le tableau ci-dessus, les flèches correspondent à la mobilité des cadres, et représentent leur origine en relation avec leurs rôles au sein de l'organisation.

La fonction d'un cadre consiste, en effet, non pas à exécuter des tâches ou à seulement les diriger, mais à organiser les conditions propices à la réalisation d'une activité. Quel que soit le domaine de spécialité du cadre, cette mission suppose une formation adaptée qui inclut notamment le management, comme le montre, à titre d'exemple, l'enseignement (en management des Ressources Humaines) proposé par l'Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS).

1.2/ Evolution de la notion (1914-2012)

L'émergence des cadres en tant que groupe social en France s'inscrit fortement dans l'évolution du travail, qui a conduit à une reconnaissance et une définition précise de leur statut dans les années 1930. Complexe, et parfois contradictoire, l'histoire de cette notion a été principalement marquée par trois étapes (J.M Bergère et Y. Chassard, 2013, p.19) :

- La légitimation du « statut » de cadre (reconnu d'abord en 1914 puis en 1945) à travers la reconnaissance du titre d'ingénieur en 1934, la charte du travail de 1941, et l'acceptation d'un comité national pour le regroupement des cadres ;

Entre 1945 et 1980, plusieurs organismes dédiés aux cadres ont été créés, comme la fondation en 1945 d'un collège des cadres dans les comités d'entreprise, et la mise en place en 1947 d'un régime de retraite spécifique géré par l'Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres (AGIRC). Cette association est, comme l'indique son nom, une fédération qui organise, réglemente et contrôle le fonctionnement des institutions de retraites complémentaires en France.

Selon la définition donnée par cet organisme *« les cadres font d'abord référence aux arrêtés de Parodi, puis à l'article 4 de la convention nationale du 14 mars 1947 qui désigne comme « bénéficiaires de plein droit du régime, les ingénieurs et les cadres ». L'article 4bis « assimile aux cadres proprement dits les employés, techniciens et agents de maîtrise dont la côte hiérarchique brute, telle qu'elle résulte de la réglementation relative aux salaires, est égale ou supérieure à 300 ». En outre, pour être cadre au sens d'Agirc il faut également être salarié dans une entreprise faisant partie du champ d'application du régime, c'est-à-dire depuis 1972, être soumis au régime général de la sécurité sociale (hors contractuels de la fonction publique). »* (J.M Bergère et Y. Chassard, 2013, p.27)

Notons également que l'article 4 de la convention de 1947 intègre au régime de retraite d'autres professions telles que les médecins salariés, les professeurs, etc.

En octobre 1945, Max Théret crée la Fédération Nationale d'Achats (FNAC). Fondée une dizaine d'années plus tard (1966), l'Association Pour l'Emploi des Cadres (APEC) se présente comme un organisme privé et paritaire, financé par les cotisations des cadres et des entreprises, pour les conseiller sur les sujets relatifs à l'emploi et aux jeunes diplômés. En 1976, on met enfin en place la section d'encadrement aux prud'hommes qui, associée aux organismes cités, a légitimé et renforcé le statut de cadre.

Entre 1980 et 2010, plusieurs actions ont également permis l'évolution du « statut », formalisée le 25 avril 1983 par un accord national interprofessionnel sur le « statut de l'encadrement ». Celui-ci a été enfin défini dans le code du travail par deux lois votées en 1998 et 2008 : les lois Aubry (loi N° 98-461 du 13 juin 1998 d'orientation et d'incitation relative à la réduction du temps de travail), en fixant la durée légale du temps de travail salarié à 35 heures par semaine au lieu de 39 heures à temps plein, accordent aux cadres un forfait jour et une plus grande flexibilité d'horaires. Instaurée à titre expérimental pour une durée de cinq ans, la loi du 25 juin 2008 sur « *la modernisation du marché du travail* » autorise ensuite les ingénieurs et les cadres, dont l'échéance est la réalisation d'un objet défini, à conclure un contrat à durée déterminée, également appelé « *CDD de mission* ».

■ Les revendications syndicales et l'action collective, menée entre 1914 et 1945 :

En effet, « *la mobilisation des ingénieurs lors de la crise des années 1930, qui les menace de chômage et de déclassement social, voit l'apparition des cadres en tant que groupe social (...). La crise économique et la vague de grèves et d'occupations d'usines en 1936 accélèrent la polarisation à l'intérieur de ce groupe social intermédiaire.* » (Ibid. p.21) et débouchent sur une forte mobilisation.

Les années 1937 et 1938 voient ensuite une deuxième mobilisation pour défendre les droits des classes moyennes. Ainsi, on crée le 6 avril 1937 un syndicat de « cadres » sous le nom de Confédération Générale des Cadres de l'Economie (CGCE). Celle-ci regroupe des ingénieurs non cadres, dont le rassemblement après la guerre donne naissance le 15 octobre 1944 à la Confédération Générale des Cadres (CGC), incluant toutes les organisations des cadres créées avant 1939.

Cette confédération, qui compte trente associations, dirige le mouvement des ingénieurs et des classes moyennes, en s'opposant aux pouvoirs de la Résistance, c'est-à-dire au resserrement de l'éventail des salaires. Partisane d'une hiérarchie équitable, la Confédération Générale des Cadres a donc joué un rôle déterminant dans le maintien des avantages acquis par cette catégorie de la société.

Afin de renforcer leur position, les cadres se réorganisent entre 1945 et 1980 au sein de différentes confédérations ouvrières comme la Fédération Française des Syndicats d'Ingénieurs et Cadres ; la Confédération Française des Travailleurs Chrétiens (FFSIC-CFTC, créée en 1946 puis restructurée en 1964 et 1967) ; la Fédération des Syndicats Indépendants du Canada ; la Confédération Française des Travailleurs Chrétiens (FSIC-CFTC) en 1964 ; l'Union Confédérale des Cadres et la Confédération Française des Travailleurs Chrétiens (UCC-CFDT) en 1967 ; l'Union Générale des Ingénieurs, Cadres et la Confédération Générale du Travail (UGIC-CGT) ; la Fédération Nationale des Industries Chimiques et la Force Ouvrière (FNIC-FO, 1948) ; l'Union Générale des Ingénieurs, Cadres et Techniciens (UGICT, 1969) ; enfin l'Union des Cadres et Ingénieurs et la Force Ouvrière (UCI-FO, fondé en 1977).

Enfin, de 1980 à 2010 des événements permettent de faire évoluer la définition du cadre. En 1981, la Confédération Générale des Cadres (CGC) élargit son champ de syndicalisation en s'ouvrant à d'autres catégories comme les techniciens, les agents de maîtrise, les forces de vente, et les ingénieurs. Le 24 février 1993, la Confédération Européenne des Syndicats (CES) met en place « Eurocadres », constituée de quarante organisations liées à vingt-deux pays. Entièrement reconnu par la Commission Européenne comme partenaire social européen, ce syndicat participe aux négociations des accords-cadres avec les employeurs.

Publiées en 2009 par Eurocadres, les données relatives aux cadres de l'Union Européenne a révélé que ce groupe représentait 19,4% de l'ensemble des salariés européens en 2009 et plus de 25% dans certains pays comme le Royaume-Uni (28,5%), l'Irlande (27,4%), le Luxembourg (26,6%), la Finlande (26,4%), et les Pays-Bas (25,7%).

Cependant, ces chiffres ne reflètent pas toutes les différences qui peuvent exister entre chaque pays. À titre d'exemple, le nombre de cadres atteint 28,7% en Lituanie contre seulement 10,7% en Italie et 12% au Portugal.

Si les disparités observées s'expliquent par la dimension des entreprises, elles peuvent également résulter de la répartition des salariés selon les secteurs d'activités : les entreprises de services comptent un nombre de cadres plus élevé que les entreprises industrielles.

Les cadres en Europe en 2009

Pays	Nombre total de salariés (en milliers)	CITP 1 (Classification Internationale types de professions : dirigeants et cadres dirigeants)	CITP 2 (Classification Internationale types de professions : professions intellectuelles et scientifiques)	Cadres (CITP 1 et 2)	% cadres parmi les salaries
Italie	17 167	351	1 482	1 833	10,7
Portugal	3 902	81	384	465	11,9
Slovaquie	2 044	88	203	292	14,3
Autriche	3 450	179	322	501	14,5
Espagne	16 750	406	2 150	2 556	15,2
Rép. Tchèque	4 125	211	427	638	15,5
Roumanie	6 197	153	853	1 006	16,2
Allemagne	33 649	1 156	4 421	5 578	16,6
Bulgarie	2 849	116	366	482	16,9
Grèce	2 900	60	483	542	18,7
France	22 862	1 339	2 940	4 279	18,7
Malte	135	9	17	26	19,0
Chypre	301	9	49	58	19,2
Hongrie	3 440	204	465	669	19,4

Danemark	2 550	143	376	518	20,3
Slovénie	829	35	135	171	20,6
Lettonie	998	64	142	207	20,7
Pologne	11 666	560	2 122	2 682	23,0
Suède	4 060	178	786	965	23,8
Pays-Bas	7 349	525	1 362	1 887	25,7
Finlande	2 178	161	415	576	26,4
Estonie	597	67	90	157	26,4
Luxembourg	188	6	44	50	26,6
Irlande	1 749	170	310	480	27,4
Belgique	3 731	273	786	1 059	28,4
Royaume-Uni	25 169	3 662	3 508	7 169	28,5
Lituanie	1 324	112	268	380	28,7
Union Européenne	182 166	10 318	24 906	35 224	19,3%

Source : J.M bergère et Y. Chassard, 2013, p.51-52

■La classification professionnelle et la catégorisation statistique : les arrêtés de Parodi marquent le début de cette dernière étape en 1945, immédiatement après la seconde guerre mondiale. *« Ces arrêtés (...) fixent des classifications mais également les salaires. Ils ont donc une influence majeure pour les salariés. Cette importance majeure permet de marquer la reconnaissance officielle de la catégorie des cadres. Le statut légal de cadre est fondé sur le diplôme ou sur une expérience professionnelle « reconnue équivalente ». »* (J.M Bergère et Y. Chassard, 2013, p.25)

Etre cadre, c'est d'abord posséder un statut spécifique, or comme l'indique Charles Gadéa *« la loi du 19 octobre 1946, relative au statut général des fonctionnaires, a réparti ces derniers en quatre groupes A, B, C, D (article 24). Les cadres de la fonction publique appartiennent à la « catégorie A » et leur statut sera une des sources dont s'inspirera l'INSEE. Mais ce n'est qu'après la mise en exécution des arrêtés de Parodi, du 22 septembre 1945, que l'existence « réglementaire » des cadres des entreprises se manifeste dans les catégories statistiques. »* (Charles Gadéa, 2003, p.188)

L'article 2 de l'arrêté Parodi du 22 septembre 1945, présenté ci-dessous, présente une définition des ingénieurs et des cadres.

Extraits de l'arrêté Parodi du 22 septembre 1945 (article 2)

« Sont considérés :

1) comme ingénieurs : les collaborateurs qui, sans exercer de fonctions de commandement, ont une formation technique, constatée généralement par un diplôme ou reconnue équivalente, qui occupent dans l'entreprise un poste où ils mettent en œuvre les connaissances qu'ils ont acquises.

2) comme cadres : les agents possédant une formation technique, administrative, juridique, commerciale ou financière et exerçant, par délégation de l'employeur, un commandement sur des collaborateurs de toute nature : ouvriers, employés, techniciens, agents de maîtrise, ingénieurs, collaborateurs administratifs ou commerciaux. Ne sont visés ni les directeurs salariés des industries en cause, ni les cadres supérieurs dont la rémunération est essentiellement basée d'après le contrat sur le chiffre d'affaires ou la prospérité de l'établissement, ni les voyageurs-représentants-placiers liés à leur employeur dans les conditions prévues par la loi du 18 juillet 1937, ni les agents de maîtrise et techniciens visés par l'arrêté du 4 septembre 1945, ni le personnel spécialisé des services sociaux dont les appointements seront fixés par des dispositions particulières. »

Source : J.M Bergère et Y. Chassard, 2013, p.26

Selon Charles Gadéa, « le plus important est de constater à quel point les principes énoncés par Weber (le pouvoir légal-rationnel) trouvent un écho dans la manière dont les cadres se perçoivent eux-mêmes et définissent leur rapport à l'autorité. Une des rares constantes qui ressortent des travaux empiriques est bien cette revendication par les cadres d'une compétence, qui les prédispose à prendre des décisions rationnelles, au nom desquelles ils demandent à être sinon toujours obéis, du moins consultés et pris en considération. » (Charles Gadéa, 2003, p.238)

En outre, une grille des statuts de la fonction publique relative aux professeurs, aux personnels administratifs, aux médecins salariés des hôpitaux, etc. a été mise en place en 1945.

En somme, la codification de catégorie révèle la diversité de cadres, divisés en deux groupes distincts : les « cadres moyens » (techniciens, contremaîtres, ...) et les « cadres supérieurs » (ingénieurs, cadres administratifs, cadres commerciaux, ...).

En 1951, l'INSEE propose sa propre définition du terme « cadre » en l'attribuant aux ingénieurs et assimilés, aux cadres intellectuels (professeurs, magistrats, salariés des professions libérales...) et aux cadres d'entreprises (directeurs administratifs, commerciaux, chefs du personnel). En 1954, cependant, l'INSEE précise cette définition en divisant les « cadres supérieurs et professions libérales » en quatre catégories : les professeurs et professions littéraires /scientifiques, les ingénieurs, les cadres administratifs supérieurs du privé, et enfin les cadres administratifs du public.

En 1989, l'INSEE modifie à nouveau sa définition de cadre que nous citons dans l'encadré ci-dessous :

Les « nouveaux » cadres de l'INSEE

La nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) mise au point en 1982 par l'Insee, classe les emplois selon 7 critères principaux, notamment le statut de l'employé (salarié ou indépendant) et de l'employeur (privé ou public).

Cette nomenclature reprend le modèle des conventions collectives, articulées à trois niveaux (employés/ouvriers, techniciens/agents de maîtrise et cadres). Ainsi, la définition statistique de cadre se rapproche de celle issue des conventions collectives (l'appartenance au 3^o collège cadre, qui suppose notamment un certain niveau de formation ou de connaissances équivalents). C'est pourquoi, les « professions libérales » et les professions des arts et des spectacles » sont incluses dans la nouvelle classification (« cadres et professions intellectuelles supérieures »), tandis que les « assimilés » (techniciens, contremaîtres, agents de maîtrise...) qui cotisent au régime des cadres en sont exclus.

Ils font désormais partie de la catégorie « professions intermédiaires ».

La nouvelle catégorie socioprofessionnelle « cadres et professions intellectuelles supérieures » regroupe six sous-groupes :

- les professions libérales,*
- les professeurs et professions scientifiques,*
- les cadres de la fonction publique,*
- les professions de l'information, des arts et des spectacles,*
- les cadres administratifs et commerciaux d'entreprise,*
- les ingénieurs et cadres techniques d'entreprise.*

Source : J.M Bergère et Y. Chassard, 2013, p.34

Le tableau ci-après représente l'évolution des cadres entre 1982 et 2012 à travers la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles de l'INSEE.

On constate, en effet, que les effectifs des cadres et professions intellectuelles supérieures ont quasiment doublé entre 1982 et 2012, en passant de 1 857 milliers à 4 468 milliers de salariés.

Cette augmentation concerne plus particulièrement la catégorie des professeurs et professions scientifiques : alors qu'elle comptait à peine 350 milliers cadres en 1982, ses effectifs doublent en 1997 pour atteindre 679 milliers d'employés. Celle-ci représente plus 94%.

Les cadres et les professions intellectuelles supérieures représentent 8,7% en 1982, en 1990, ils sont passés à 13,1% et en 2012, cette catégorie est encore en évolution et représente alors 17%. On constate ainsi une évolution tout au long des années.

Alors qu'elles ne représentaient que 18% des cadres dans les années 1980, les professions intermédiaires avoisinent, quant à elles, un pourcentage de 22% dans les années 1990, ce qui correspond à une augmentation de 25% en quinze ans. En 2012 cependant, ce chiffre ne croît que de 0,5%.

Inversement, les agriculteurs ont vu leur nombre diminuer d'environ 50% en passant de 1470 milliers dans les années 1980 (6,8%) à 728 milliers en 1997 (3,2%), avant de baisser à 466 milliers en 2012.

Une même tendance peut être observée au sein du groupe des ouvriers, dont les effectifs ont été réduits de 16% entre 1982 et 1997. Cette baisse s'atténue ensuite en 2012, où l'on compte 5 557 milliers d'ouvriers (soit 21,1%), mais se poursuit encore aujourd'hui.

En revanche, la catégorie des artisans, des commerçants et des chefs d'entreprise n'enregistre, pour sa part, qu'une légère baisse de 1,3% entre 1982 et 1997 (de 1 819 milliers, elle passe à 1 613 milliers). Quinze ans plus tard, cette diminution s'accélère néanmoins en s'établissant à 6,4% en 2012 (1689 milliers d'artisans).

Emploi selon les catégories socioprofessionnelles de 1982 à 2012

	1982		1997		2012	
	Effectifs (milliers)	Pourcentage (%)	Effectifs (milliers)	Pourcentage (%)	Effectifs (milliers)	Pourcentage (%)
Agriculteur	1 470	6,8	728	3,2	466	1,8
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	1 819	8,5	1 613	7,2	1 689	6,4
Cadres et professions intellectuelles supérieures dont :	1 857	8,7	2 941	13,1	4 468	17,0
- professions libérales	237	1,1	327	1,5		
- cadres fonction publique	244	1,1	285	1,3		
- professeurs, professions scientifiques	349	1,6	679	3,0		
- professions information, art et spectacle	106	0,5	189	0,8		
- cadres adm., com., entreprise	549	2,6	801	3,6		
- ingénieurs, cadres technique, entreprise	372	1,7	660	2,9		
Professions intermédiaires	4 874	18,0	4 868	21,7	6 721	25,5
Employés	5 502	25,6	6 409	28,6	7 433	28,2
Ouvriers	7 004	32,6	5 841	26,0	5 557	21,1
Total	21 526	100	21 672	100	26 337	100

Source : Pour 1982 et 1997, J.M Bergère et Y. Chassard, 2013, p.36 et INSEE pour 2012

Le tableau ci-dessous représente les grandes étapes et les actions qui ont marqué l'évolution des cadres de 1914 à 2010.

Divisée en trois phases (1914-1945, 1945-1980 et 1980-2010), l'histoire de la notion de « cadre » a été progressivement façonnée par l'action collective, exprimée à travers des mobilisations et des confédérations multiples. La législation sur le statut, la catégorisation et la classification des cadres ont permis de dégager une définition plus précise de cette catégorie, dont la reconnaissance a été affirmée par la création de nouvelles organisations de cadres. Mais, de nouveaux accords interprofessionnels ont été approuvés par les différentes confédérations des cadres et les « lois Aubry » concernant les 35 heures ont également donné une définition du cadre et du forfait jour. Enfin, la loi de modernisation du marché de travail a permis d'établir des contrats appelés « CDD de mission » pour les cadres.

Les principales sources pour la définition du « cadre » 1914-2010

	<i>Action collective</i>	<i>Statut</i>	<i>Catégorisation / Classification</i>
1914-1945	-Mobilisation syndicats ingénieurs (UDIF, SPID, SIS + amicales ingénieurs catholiques : USIC) (1936) -Mobilisation organisations pour la défense des classes moyennes (1937-1938) -Naissance CGCE (1937) -Naissance CGC (1944)	-Reconnaissance du titre d'ingénieur (1934) -Reconnaissance des cadres dans la charte du travail + Comité national pour le regroupement des cadres (1941)	
1945-1980	-Réorganisation des cadres au sein des confédérations ouvrières : FFSIC-CFTC (1946), puis FSIC-CHTC (1948), puis UGICT (1969) et UCI-FO (1977)	-Création du collège des cadres dans les comités d'entreprises (1945) -Régime de retraite spécifique géré par l'AGIRC (1947) -Naissance de la FNAC (1954) -Naissance de l'APEC (1966) -Institution section encadrement aux prud'hommes (1976)	-Arrêtés Parodi (1945) -Grille des statuts de la fonction publique (1945) -Code des groupes socioprofessionnels de l'INSEE (1951) - Code des catégories socioprofessionnelles de l'INSEE (1954)
1980-2010	-Ouverture de la CGC à d'autres catégories que les cadres (1981). -Naissance d'Eurocadres sous l'égide de la CES (1993).	-Accord interprofessionnel sur le « statut de l'encadrement » (1983) -Lois Aubry sur les 35 heures (définition du cadre dans le code du travail +forfait jour) (1998-2000) -Loi de modernisation du marché de travail (CDD de mission) (2008)	-Nouvelle nomenclature statistique de l'INSEE (1982)

Source : J.M Bergère et Y. Chassard, 2013, p. 44-45.

À titre de rappel, la mobilisation de la bourgeoisie face au renforcement du mouvement ouvrier en 1930 débouche, dans un contexte de crise sociale, sur l'émergence du groupe des cadres. Cette « nouvelle classe » intermédiaire, dont le mouvement débute entre 1934 et 1938, propose une « troisième voie » entre le capitalisme et le collectivisme. Comme l'écrit Charles Gadéa, « *le propre des cadres en tant que groupe social est d'être pris en position intermédiaire entre la classe ouvrière et le patronat.* » (Charles Gadéa, 2003, p.118)

À partir de l'enquête de l'APEC réalisée en mars 2011 sur l'évolution des cadres, le tableau ci-dessous rappelle leur rôle déterminant dans le fonctionnement de l'entreprise aujourd'hui. En dépit d'une position clé au sein des organisations, les cadres estiment toutefois que leur pouvoir de décision a diminué.

Cette enquête (APEC en mars 2011) confirme ce constat : en 1990, 57% des cadres estimaient dépendre d'un « statut », contre 39% en 2010. À cette même période en revanche, l'homogénéité du groupe se renforce notablement (14% en 1990 et 35% en 2010).

La fonction de cadre se caractérise par :	1990	2010
Un statut, mais aussi un état d'esprit, un mode de pensée, et des références culturelles partagées,	57%	39%
Des spécificités communes (missions, travail...),	11%	10%
Une faible homogénéité du groupe,	14%	35%
Le terme cadre.	18%	16%

Source : J.M Bergère et Y. Chassard, 2013, p.110-111

L'Organisation Internationale du Travail définit les cadres comme :

« Toute personne a) qui a terminé un enseignement et une formation professionnelle de niveau supérieur ou qui possède une expérience reconnue équivalente dans un domaine scientifique, technique ou administratif ;

b) qui exerce, en qualité de salarié, des fonctions à caractère intellectuel prédominant, comportant l'application à un haut degré des facultés de jugement et d'initiative et impliquant un niveau relativement élevé de responsabilité.

Cette notion englobe toute personne répondant aux caractéristiques a) et b) ci-dessus, qui détient, par délégation de l'employeur et sous son autorité, la responsabilité de prévoir, diriger, contrôler et coordonner les activités d'une partie de l'entreprise ou d'une organisation, avec le pouvoir de commandement correspondant, à l'exclusion des cadres dirigeants ayant une large délégation de l'employeur. »

Source : J.M Bergère et Y. Chassard, 2013, p.48

J.M Bergère et Y. Chassard estiment que « la définition de cadres selon l'Organisation Internationale du Travail (OIT) met l'accent sur le niveau de diplôme et le caractère intellectuel prédominant du travail accompli, ainsi que sur le l'exercice de tâches de responsabilités et d'administration avec le pouvoir de commandement correspondant. » (J.M Bergère et Y. Chassard, 2013, p.48)

Cette définition met ainsi en avant deux caractéristiques essentielles de la fonction de cadre : l'autonomie entendue comme « la capacité de quelqu'un à être autonome, à ne pas être dépendant d'autrui », et l'initiative, c'est-à-dire « l'action de faire quelque chose de soi-même sans recourir à l'avis, au conseil de quelqu'un. » (Le Petit Robert, 2016)

Section 2 : Le cadre dans les organisations

En France, la notion de cadre relève d'une approche culturelle, largement répandue dans les organisations. C'est pourquoi, nous consacrons cette section au rôle et aux fonctions des cadres au sein des entreprises, en abordant également la question de la parité hommes-femmes.

2.1/ Un statut dans les organisations

« Le statut correspond à la place occupée par un individu dans la société. Il s'agit d'une position hiérarchique qui permet aux autres de l'identifier et de se comporter de manière adéquate vis à vis de lui. » (Stéphanie Baggio, 2006, p.203)

En France, « être cadre c'est avoir un statut, une représentation sociale spécifique, voire adopter un comportement particulier de consommation, c'est adhérer, légalement, à des régimes particuliers comme celui de l'assurance vieillesse » (C. Coutant, 2006, p.48), ce qui n'implique pas forcément l'encadrement d'une équipe.

Il semble toutefois que les grands groupes français optent de plus en plus pour des désignations anglo-saxonnes. Comme l'écrit Christine Coutant, « le terme de cadre est trop

flou, c'est ce qui explique certainement le fait que de plus en plus les grandes entreprises adoptent des termes anglais pour redéfinir les métiers. » (C. Coutant, 2006, p.48)

En outre, *« le statut de cadre n'est pas défini légalement mais il est indiqué dans les classifications professionnelles et s'acquiert soit par le biais de la formation, soit par le biais de l'expérience au travers des compétences acquises ou de l'ancienneté. » (C. Coutant, 2006, p.49)*

Si toute personne peut prétendre au titre de cadre, plusieurs critères permettent de distinguer les cadres des autres salariés comme les diplômes, l'origine sociale, les revenus, et le type d'activité professionnelle. D'autres caractéristiques telles que le genre de vie, et les opinions politiques peuvent être prises en compte sans néanmoins inclure le métier. *« Encadrer, un métier comme un autre ? »* est la question que se pose justement Frédéric Mispelblom Beyer, d'après lequel *« peu d'encadrant affirment sans sourciller savoir très précisément en quoi consiste leur travail quotidien. Dans ce domaine, le vague des définitions l'emporte tant la variété des tâches et des missions semble telle qu'on ne peut pas vraiment comprendre ce qu'on y fait. » (F. Mispelblom Beyer, 2015, p.27)*

Ainsi, *« pour comprendre l'activité d'encadrement, il ne faut (...) pas seulement s'intéresser aux encadrants, mais aussi voire surtout à la manière dont les encadrés ont été préalablement formés, préparés, et donc aux « conditions d'encadrement » qui forment l'une des bases de son autorité (qui peut être sapée s'il ne respecte pas). » (F. Mispelblom Beyer, 2015, p.55)*

Par conséquent, il est également pertinent de s'intéresser à la population encadrée, à sa formation et à ses rapports quotidiens avec son environnement.

Selon Paul Bouffartigue et Charles Gadéa, *« il faut considérer les cadres comme des salariés avant tout, vivant de la vente et de la mise à disposition d'employeurs de leurs capacité de travail, et relevant, eux aussi, d'une relation de subordination (...) Qu'ils deviennent cadres à la suite d'études supérieures – profil dominant de l'expert ou du professionnel – ou par la promotion en cours de la vie active – profil privilégié dans l'encadrement hiérarchique subalterne - leur employeur leur délègue une parcelle d'autorité et leur reconnaît certaines formes d'autonomie associées à des espérances de carrières. » (P. Bouffartigue et Ch. Gadéa, 2000, p.5)*

Hélène Chéronnet et Charles Gadéa constatent que le processus de catégorisation aboutissant au poste de « cadre » s'est récemment généralisé dans le travail social, dans l'enseignement et les établissements de santé, c'est-à-dire dans les métiers qui étaient jusqu'alors restés à l'écart des impératifs de productivité et de rentabilité habituellement inhérents à l'activité des cadres d'entreprise. Ces deux auteurs expliquent cette nouvelle tendance par *« l'influence de l'idéologie libérale et à la diffusion de logiques de rationalisation managériale dans les administrations et les services publics. » (H. Chéronnet et Ch. Gadéa, p.73)*

En France actuellement, *« près d'un actif sur six est un cadre, près de 40% des cadres sont des femmes et plus de trois quart des cadres sont diplômés de l'enseignement supérieur. Les femmes cadres sont plus diplômées que les hommes et leur niveau d'études est plus élevé mais les hommes et femmes cadres font rarement les mêmes métiers. » (J.M Bergère et Y. Chassard, 2013, p.39)*

2.2/ Hommes et Femmes cadres

Au sein de la catégorie des cadres, caractérisée par sa mixité, les femmes sont généralement plus diplômées que les hommes. Selon une enquête réalisée par l'INSEE en 2010, « *elles sont 66% à avoir obtenu un diplôme supérieur à bac+2, contre 57 % pour les hommes.* » (J.M Bergère et Y. Chassard, 2013, p.41)

Cependant, ce groupe compte une majorité d'hommes, dont la durée hebdomadaire de travail est supérieure à celle des non-cadres (44 heures contre 39 heures de travail).

Une enquête menée par l'INSEE en 2014 révèle que l'effectif total des cadres, s'élevant à 25 802 milliers de salariés, comprend 13 378 milliers d'hommes et 12 424 milliers de femmes, qui représentent respectivement 19,7% et 14,2% des salariés. Les cadres constituent, par ailleurs, plus de 17% des salariés en France.

Population en emploi selon le sexe et la catégorie socioprofessionnelle en 2014 (en %)

Sexe Catégorie socioprofessionnelle	Femmes	Hommes	Ensemble
Agriculteurs	1,1	2,6	1,9
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	3,8	8,7	6,3
Cadres et professions intellectuelles supérieures	14,2	19,7	17,1
Professions intermédiaires	27,2	24,1	25,6
Employés	45,2	12,7	28,3
Ouvriers	8,2	32	20,5
Total	100	100	100
Effectif (en milliers)	12 424	13 378	25 802

Source : INSEE, *Emploi enquête*, 2014

Selon ces données de l'INSEE (tableau ci-dessous), les cadres représentent un ensemble de 9,1% dont 11,3% d'hommes et 7% de femmes. En outre, sur un total de 2,6% de collaborateurs, le groupe des cadres administratifs comprend une part quasiment égale d'hommes (2,8%) et de femmes (2,3%).

La population de 15 ans ou plus selon les catégories socioprofessionnelles en 2014 (en%)

Sexe Catégorie socioprofessionnelle	Hommes	Femmes	Ensemble	Part des femmes en %
Cadres et professions intellectuelles supérieures dont :	11,3	7,0	9,1	40,2
- professions libérales	1,1	0,8	0,9	43,7
- cadres fonction publique	1,0	0,8	0,9	46,7
- professeurs, professions scientifiques	1,4	1,6	1,5	55,8
- professions information, art et spectacle	0,8	0,5	0,6	40,0
- cadres administratifs, commerciaux entreprise	2,8	2,3	2,6	46,7
-ingénieurs, cadres techniques entreprise	4,2	1,0	2,6	20,9

Source : tableau modifié, INSEE, Enquête emploi, 2014

Pourtant, comme le soulignent Jean-Marie Bergère et Yves Chassard, « *l'écart de salaire moyen entre femmes et hommes, tous secteurs professionnels confondus, s'il est réduit depuis vingt ans, reste supérieur à 20%.* » (J.M Bergère et Y. Chassard, 2013, p.39)

N'échappant pas à cette règle, les femmes cadres subissent également des inégalités de rémunération, au-delà même des disparités de salaire au sein de leur catégorie. D'après Jean-Marie Bergère et Yves Chassard, « *la population à très hauts salaires est très masculine, elle est relativement plus âgée que la population des autres salariés et se concentre en Ile de France, là où se trouvent les sièges sociaux des plus grandes entreprises.* » (J.M Bergère et Y. Chassard, 2013, p.42)

Entre 1990 et 2009, la croissance annuelle du salaire net moyen des salariés à temps complet en France a été possible grâce à la hausse des qualifications des travailleurs.

Cette amélioration a légèrement réduit les écarts de salaires entre les hommes et les femmes exerçant les fonctions de cadre. En effet, de 67% en 1990, le salaire horaire des femmes augmente à 79% du salaire des hommes en 2009. Ces disparités peuvent s'expliquer, entre autres, par la nature des emplois occupés.

Alors que les femmes sont davantage présentes dans le secteur social et les domaines de la santé, de la culture (68% des cadres), de la communication (70% des cadres) et des Ressources Humaines (67% des cadres), les hommes se tournent généralement vers des métiers mieux rémunérés comme l'ingénierie industrielle. « *Selon une enquête de l'APEC en 2011, 34% des cadres masculins sont diplômés d'une école d'ingénieurs contre 16 % des cadres femmes.* » (J.M Bergère et Y. Chassard, 2013, p.116)

En outre, ces différences reflètent les inégalités qui existent au sein de la catégorie des cadres concernant les parcours professionnels et les promotions.

Les inégalités de salaire, d'abord quasi inexistantes jusqu'à l'âge de 30 ans, augmentent ensuite progressivement, avant de diminuer légèrement aux alentours de 50 ans. En ce qui concerne les femmes, on pourrait lier cette évolution à la difficulté d'accès aux postes à responsabilités entre 30 et 40 ans, âge où elles doivent généralement se consacrer à leur rôle de mère. De façon générale, cet aspect affecte considérablement leur évolution professionnelle en ce qu'il implique un congé maternité et parfois des horaires aménagés. Il faut noter que 14% des femmes travaillent à temps partiel lorsqu'elles ont deux enfants, proportion qui augmente à 20% quand elles ont trois enfants.

Ce facteur empêche souvent les femmes de développer un esprit de compétition et une vision stratégique du travail, d'autant plus qu'elles se consacrent peu à l'entreprise en termes de temps et de mobilité.

On constate, par ailleurs, une augmentation graduelle des cadres et professions intellectuelles supérieures au cours de la dernière décennie. Selon les données 2011 de l'INSEE, le nombre de ces salariés passe de 2,5 millions en 1990 à 4,7 millions en 2011.

Cette croissance n'est cependant pas synonyme de parité, puisque « *les femmes ne représentent que 30% en 1990 et 39% en 2013.* » (J.M Bergère et Y. Chassard, 2013, p.39)

En conclusion de cette partie, on pourrait souligner le niveau de formation des cadres dont plus des trois quart possèdent au moins un diplôme bac+2, et 60% au moins un diplôme de deuxième cycle de l'enseignement supérieur. Ces chiffres sont, en outre, deux fois supérieurs au nombre des autres actifs diplômés. Selon Paul Bouffartigue, « *il est de moins en moins improbable d'être cadre lorsqu'on a un bas salaire, alors que cela l'est de plus en plus lorsque l'on n'a pas un master, un doctorat ou un diplôme de grande école* » (P. Bouffartigue et Ch. Gadéa, 2011, p.32 à 45), en d'autres termes, le diplôme s'impose comme la condition majeure pour accéder au poste de cadre avant 30 ou 40 ans. (Ibid., p.40)

2.3/ Les différents rôles et fonctions des cadres

Dans les organisations, il arrive que les encadrants prennent des initiatives contestées par leurs équipes. Cette situation est précisément appelée « *conflits d'orientations* » par Frédéric Mispelblom Beyer (F. Mispelblom Beyer, 2015, p.164) qui par le terme « orientation », renvoie au fonctionnement de l'entreprise de façon générale.

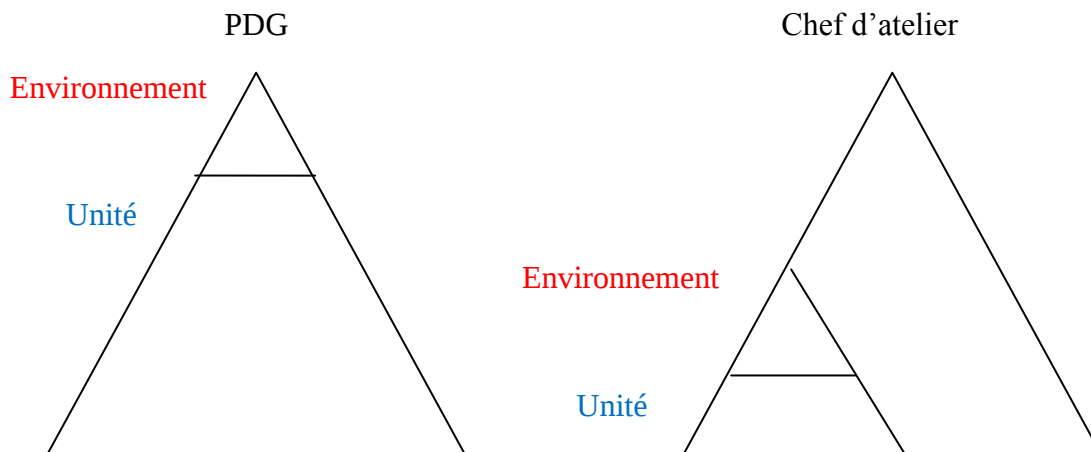
Selon ce même auteur, « *pour qu'encadrer reste possible, il faut dire, redire, et encore dire, quelles sont les limites à ne pas dépasser, quelle responsabilité relève de qui, affirmer constamment sa position, sans que cela ne s'arrête jamais. Et si on est trop contredit, soit « d'en bas », soit « d'en-haut », encadrer peut devenir carrément impossible.* » (Ibid., p.115)

Comme nous l'avons vu précédemment, le cadre est celui qui dirige une unité au sein d'une organisation, et donc d'un environnement spécifique. À titre d'exemple, un Président-Directeur Général dans une entreprise X exerce ses fonctions dans un environnement composé de concurrents, de fournisseurs, d'administrateurs, etc.

Un chef d'atelier, d'autre part, travaille dans son atelier en collaboration avec d'autres chefs d'atelier, des fournisseurs, des partenaires, etc.

Henry Mintzberg schématise ces deux environnements de travail de la façon suivante :

Le cadre entre son unité et l'environnement, « Le Manager au quotidien »,

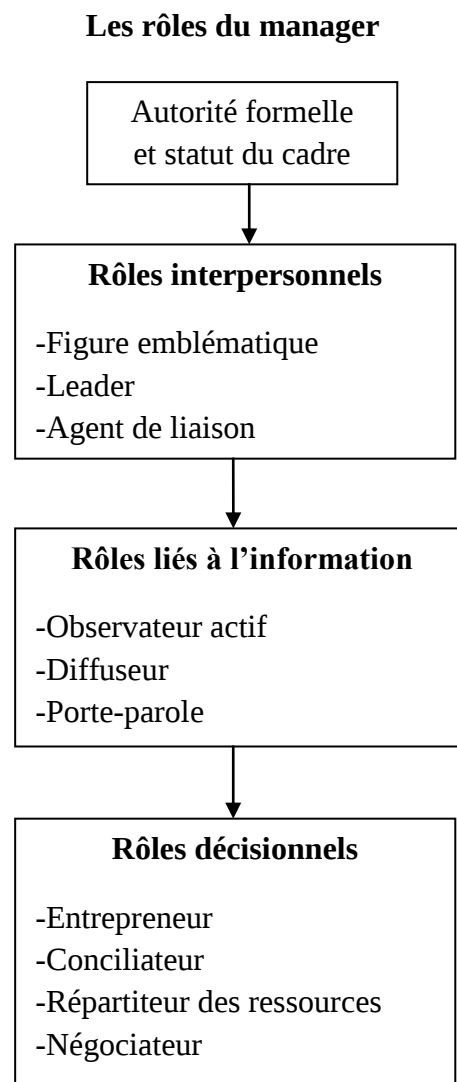


Source : Henry Mintzberg, 2006, Figure 7, p.67

Les cadres occupent le haut de la pyramide mais chacun travaille dans des environnements très différents.

En outre, les différentes activités du cadre peuvent se diviser en trois catégories : les fonctions relatives aux relations interpersonnelles, au transfert d'information, et à la prise de décision dans l'entreprise.

Cette distinction nous conduit à mentionner les dix rôles du cadre selon Henry Mintzberg, qui les répartit en trois sous-catégories :



Source : Henry Mintzberg, 2011, p.57

Ces dix rôles forment un ensemble structuré et complémentaire : découlant de l'autorité formelle et du statut du cadre, les trois premiers rôles déterminent successivement les fonctions informationnelles et décisionnelles.

Dans un premier temps, les rôles interpersonnels supposent que le cadre :

- incarne une figure emblématique au sein de l'organisation de par son *«devoir de (la) représenter dans toutes les occasions formelles.»* (H. Mintzberg, 2006, p.69)

En d'autres termes, il représente son équipe à l'extérieur, et le pouvoir hiérarchique au sein de son équipe.

- remplit une fonction de leader au sein de son équipe et intervient à ce titre dans la gestion de personnel allant du recrutement à l'évaluation, de la formation à la rémunération et de la promotion au licenciement de ses subordonnées. Il incombe au manager de créer ses équipes et d'en garantir la bonne organisation au sein de l'entreprise. *« Pour cela, (il) doit non seulement faire fusionner les acteurs en groupes coopératifs, mais également résoudre les conflits au sein des groupes et entre eux afin que chacun puisse accomplir sa tâche. »* (H. Mintzberg, 2011, p.83)

Ainsi, son rôle de leader lui donne le pouvoir de créer une ambiance sereine au sein de son équipe, mais aussi l'obligation de la motiver. À titre d'exemple, si *« un subordonné se tourne vers le cadre pour obtenir un conseil sur un problème personnel et pour être rassuré sur le caractère adéquat de son travail »* (H. Mintzberg, 2006, p.71), le cadre doit savoir répondre à ses interrogations. *« Dans son rôle de leader, le manager aide ses collaborateurs à laisser libre cours à leur énergie naturelle. »* (H. Mintzberg, 2011, p.81)

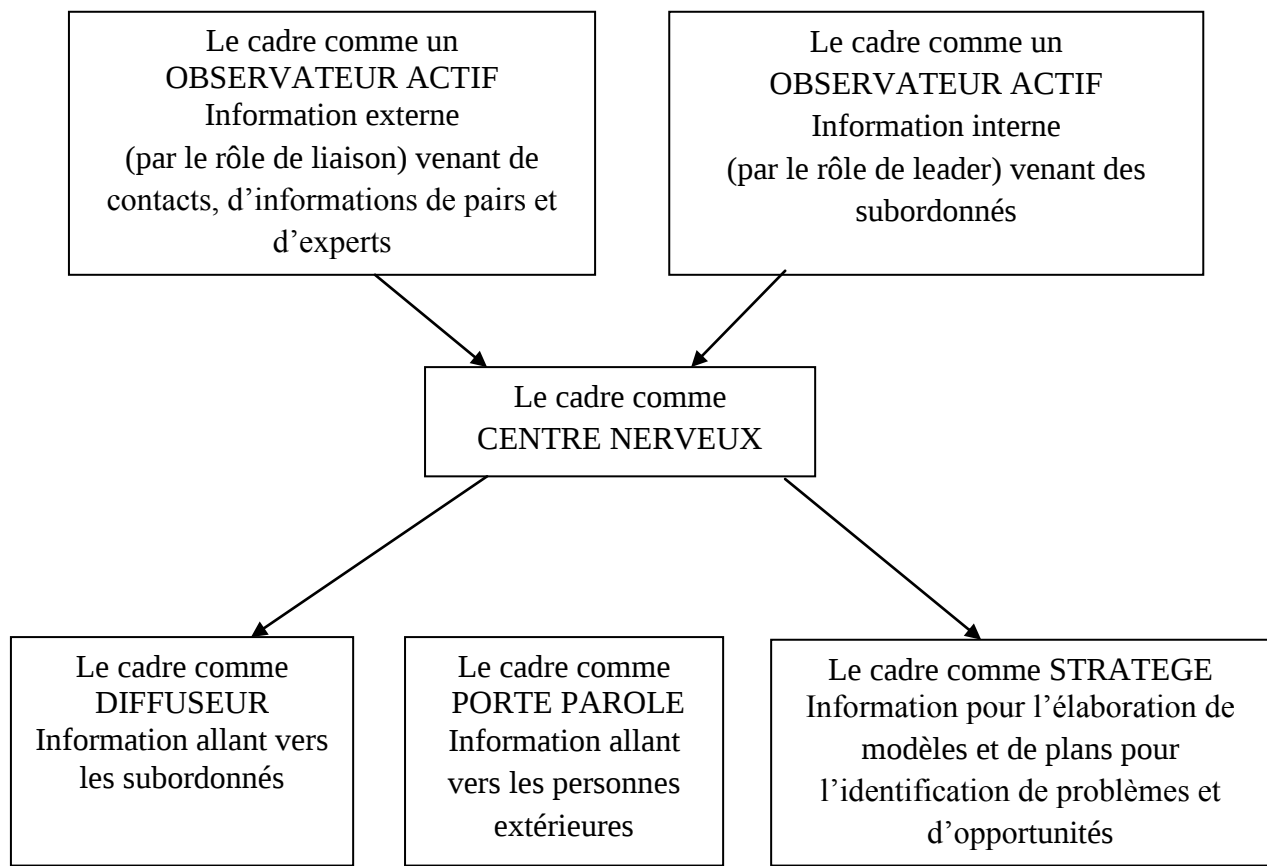
En outre, ce leadership se ressent au sein de l'organisation car le cadre participe au développement de la culture de l'entreprise.

- joue un rôle d'agent de liaison tourné selon Henry Mintzberg vers *« les liens qu'il entretient avec les diverses personnes et divers groupes en dehors de l'unité. Il peut s'agir du contact avec les autres unités de la même organisation ou complètement en dehors de cette dernière. »* (H. Mintzberg, 2011, p.88)

L'une des missions du cadre consiste ainsi à développer un vaste réseau autour de son organisation en établissant des relations solides avec des collaborateurs externes. Etablis dans un premier temps lors des déjeuners d'affaires, ces relations qualifiées *« d'échanges »* par Homans (1958), sont ensuite entretenues par la participation à des loisirs communs. Cette démarche se révèle essentielle à la compréhension des marchés ciblés, dont l'analyse correspond justement au rôle d'informateur que détiennent les cadres.

Le schéma ci-dessous nous permettra de décrire plus amplement les rôles informationnels en représentant l'articulation avec les fonctions interpersonnelles du cadre.

Le cadre comme système de traitement de l'information



Source : H. Mintzberg, 2006, figure 10, p.82

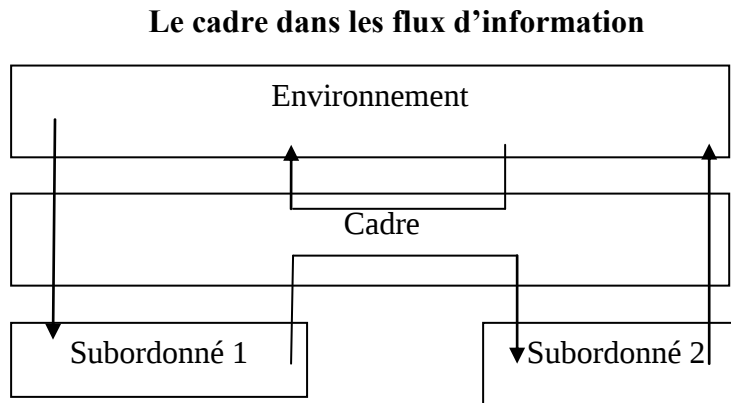
Les rôles informationnels du cadre consistent à collecter des informations auprès des salariés (échanges dans les cafétérias, les couloirs, etc.) en interne, et à travers les réseaux de l'entreprise en externe (clients, fournisseurs et partenaires). Cette démarche correspond à ce qu'on appelle la communication interne ou externe, qui n'est toutefois pas uniquement orale et relève parfois de l'observation. Cela suppose donc une analyse des informations recueillies, car « *un manager efficace sait percevoir et interpréter le ton de la voix de son interlocuteur, ses expressions faciales, son langage corporel, son humeur et l'ambiance générale.* » (H. Mintzberg, 2011, p.69)

La communication informelle peut définir le cadre comme le « *centre nerveux de son unité* » (H. Mintzberg, 2011, p.66), et requiert donc de sa part une attitude ouverte et attentive.

Étape indispensable des rôles informationnels, la recherche d'informations permet une analyse exhaustive de l'entreprise et de son environnement afin d'en appréhender les changements, les problèmes et les opportunités. Cette seconde démarche s'appuie également sur la communication (interne et externe), qui « *non seulement (...) occupe une bonne partie du temps du manager, mais elle est aussi le moyen par lequel le travail de management prend forme.* » (H. Mintzberg, 2011, p.66)

Ce travail de collecte doit, enfin déboucher sur une sélection pertinente d'informations que le cadre diffuse au sein de l'organisation, ou transmet à des interlocuteurs externes tels que les clients ou les fournisseurs. D'après Henry Mintzberg, le cadre joue le rôle de « diffuseur » dans le premier cas, et remplit la fonction de porte-parole dans le deuxième.

On peut représenter ces échanges d'informations par le schéma ci-après :



Source : Henry Mintzberg, 2006, p.81

Selon le schéma d'Henry Mintzberg (les rôles du manager), les fonctions liées à l'information déterminent les rôles relatifs à la prise de décision. Divers, ceux-ci peuvent conférer au cadre, la qualité d'entrepreneur, de conciliateur, de répartiteur des ressources et de négociateur.

Par le terme « entrepreneur », on entend un « *une personne qui se charge de l'exécution d'un travail par un contrat d'entreprise.* » (Dictionnaire le petit Robert, 2016, p.654)

Au fait des enjeux auxquels l'entreprise est confrontée, le cadre-entrepreneur « *prend l'initiative et assure la conception d'une bonne partie des changements contrôlés dans son organisation. Il est perpétuellement à l'affût des problèmes et des opportunités. Quand il trouve une situation qui appelle des perfectionnements, le cadre se lance dans un « projet d'amélioration », c'est-à-dire un ensemble intégré de décisions et d'autres activités, réparties sur une certaine durée, qui conduit à l'amélioration.* » (H. Mintzberg, 2006, p.109)

Un cadre, par le pouvoir décisionnel qu'il détient, doit remplir un rôle de conciliateur en tentant de répondre à des situations complexes et inattendues (conflits...), un manager doit donc faire preuve de compréhension et d'indulgence envers ses subordonnés, pour notamment garantir le succès des projets en cours.

En outre, par « répartiteur des ressources », Henry Mintzberg fait référence à la fonction des cadres qui consiste à diriger les projets et à répartir les ressources de leur unité telles que le budget, le temps, la main d'œuvre, l'image de l'entreprise, etc. Il doit savoir répartir, partager les multiples activités qu'on lui demande d'accomplir afin de mettre en place les équipes au sein de son unité.

Il doit savoir également définir les compétences requises des salariés par rapport aux emplois de son service.

Par ailleurs, « *le cadre peut s'impliquer en déléguant toute responsabilité à un subordonné, en conservant implicitement le droit de remplacer le subordonné. Il peut déléguer la responsabilité de concevoir la solution mais garder celle du choix. Ou encore il peut superviser lui-même l'élaboration de la solution.* » (H. Mintzberg, 2006, p.109)

Lorsque son organisation doit s'engager dans une action majeure avec une autre organisation (nouveaux contrats...), le pouvoir décisionnel du cadre suppose un quatrième rôle, celui de « négociateur ». Sa mission est alors de s'entretenir avec les fournisseurs, les clients, et les partenaires de son entreprise, en faisant preuve d'une habileté à même de garantir le succès des négociations.

Ce rôle lui permet de mettre en œuvre une compétence qu'on pourrait qualifier de mobilisation.

Section 3 : Les nouveaux enjeux de la fonction « cadre »

Le nouvel environnement organisationnel des entreprises a engendré de nouveaux enjeux relatifs aux rôles des cadres : nous aborderons dans un premier temps les caractéristiques de ce nouvel environnement, pour analyser ensuite les effets sur les rôles et les activités des cadres.

3.1/ Le nouvel environnement organisationnel

Encadrer une équipe quelconque, ou un service « *c'est se débrouiller entre la pression d'en haut et celle d'en bas.* » Comme l'affirme Frédéric Mispelblom Beyer, « *contrairement à ce que laisse entendre toute une littérature managériale, les encadrants sont moins des « motivateurs », des « leaders » ou des « locomotives » que des gens qui se « débrouillent » avec les contraintes imposées par leurs dirigeants et celles représentées par ceux qu'ils encadrent. « Se débrouiller avec » est d'ailleurs l'une des significations courantes ou populaires de l'anglais « to manage », et ce verbe nous semble bien convenir à l'activité quotidienne de l'encadrement.* » (F. Mispelblom Beyer, 2015, p.80)

Ce nouveau terme de « manager » s'applique donc du haut vers le bas de la hiérarchie, et permet de normaliser « tous ceux qui encadrent » en vertu d'un statut officiel de « cadre », comme les agents de maîtrise, les contremaîtres, etc.

Si l'on se réfère à Frédéric Mispelblom Beyer, « *encadrer c'est tenir des positions, encadrer, c'est ferrailler* » (F. Mispelblom Beyer, 2015, p.50), autrement dit encadrer c'est s'imposer.

La poly-activité ou la polyvalence, caractéristique partagée par les cadres et l'encadrement, désigne d'après ce même auteur une « *pluralité d'intervention (de l'encadrement) avec un objectif déterminé, celui du maintien de sa discipline et des différentes méthodes de travail à respecter.* » (F. Mispelblom Beyer, 2015, p.46)

On remarque, alors que les cadres sont poly-actifs du fait qu'ils collaborent avec différents professionnels avec lesquels ils doivent coopérer. Comme le souligne Frédéric Mispelblom Beyer, la fonction principale des cadres suppose des tâches diverses tandis que « *les enjeux de pouvoir dans l'entreprise peuvent apparaître à tout moment, à des occasions et des lieux extrêmement variés : une panne de machines, un refus d'obéissance, des clients mécontents, un accident du travail et même, d'apparentes broutilles.* » (F. Mispelblom Beyer, 2015, p.45-46)

D'après Renaud Sainsaulieu (1988), l'encadrement détient également « *une haute sensibilité stratégique aux divergences d'opinion, son travail quotidien étant fait de jeux d'alliance, de pactes et d'autres accords, mais aussi de conflits à résoudre, d'oppositions à contrer, de résistances à vaincre.* » (F. Mispelblom Beyer, 2015, p.46)

Si les discours managériaux recommandent la coopération en valorisant le décroisement entre les catégories professionnelles, les ajustements et la coordination entre les différentes interventions, « *l'encadrement et le personnel encadré ne peuvent se parler que dans la mesure où il y a des « terrains d'entente » entre eux. (...) Si l'on veut éviter que le quotidien devienne un enfer permanent, il faut composer avec les gens qu'on encadre, prendre en compte certaines de leurs demandes, leur parler d'une certaine manière, bref, s'y adapter.* » (Ibid., p.29)

Par ailleurs, du fait que « *l'encadrement a été créé pour défendre les intérêts de la direction de l'entreprise, ses objectifs ses orientations, en matière de rendement, et pour les défendre « comme si c'était les siens propres » auprès des salariés à encadrer* » (F. Mispelblom Beyer, 2015, p.84), la confiance se révèle essentielle aux relations cadre-encadrés.

D'après Luc Boltanski, les cadres occupent une place assez singulière au sein de l'entreprise : ils constituent un groupe intermédiaire qui n'appartient ni aux exécutants (employés, ouvriers, techniciens) ni aux décideurs (cadres dirigeants, propriétaires d'entreprise), et bénéficient ainsi d'une position équivoque assortie d'avantages matériels divers (téléphone portable, voiture de fonction, matériel de bureau, ...), et d'autres privilèges comme l'autonomie et un planning plus ou moins opaque. L'autonomie repose en premier lieu sur leur loyauté, qui correspond à leur engagement vis à vis de leurs équipes et de leur organisation. La notion de confiance, primordiale pour les encadrants, doit être associée, selon nous à celle d'autonomie caractéristique distinctive des activités du cadre, (composé des deux mots grecs « *autos* » et « *namos* » signifiant « *soi-même* » et « *règle* », le terme « *autonomie* » a progressivement pris le sens d'indépendance). C'est ce que Paul Bouffartigue qualifie de « *salariat de confiance* ». (F. Mispelblom Beyer, 2015, p.81)

D'autre part, les cadres se distinguent des autres salariés par certaines caractéristiques telles qu'un code vestimentaire plus formel, un langage riche, une attitude confiante, etc.

Ce statut de « cadre intermédiaire » découle non pas d'une compétence directionnelle, mais plutôt d'un métier qui requiert, comme toute profession, quatre types de compétences :

- des compétences techniques, c'est-à-dire des connaissances professionnelles, des méthodes variées, et des savoir-faire propres au métier en question,
- des compétences organisationnelles, qui correspondent à la capacité à organiser le travail en collaboration avec d'autres salariés afin d'atteindre les objectifs visés dans les délais impartis,
- des compétences relationnelles destinées à établir et maintenir des relations internes et externes au sein de l'organisation,
- des compétences d'adaptation, qui supposent une « *capacité à faire face aux imprévus, aux changements du marché lorsque cela s'impose, ou nécessaire à la réalisation du projet demandé.* » (Claude Flück, 2015, p.131)

Cette loyauté des cadres exprime les liens forts qu'une grande partie d'entre eux établit avec leur entreprise. En contrepartie du « salariat de confiance », l'entreprise est censée garantir aux cadres une sécurité de l'emploi qui, toutefois, cède progressivement place à une forme de collaboration où les cadres deviennent acteurs de leur propre carrière.

De plus en plus autonomes, ceux-ci restent néanmoins dépendants de leur hiérarchie dans la mesure où ils ne participent pas directement aux choix stratégiques de l'organisation.

Comme le précise Max Weber, dans ses théories sur la bureaucratie, *« chacun doit jouer le jeu : l'honneur du fonctionnaire consiste dans son habileté à exécuter consciencieusement un ordre sous la responsabilité de l'autorité supérieure, même si au mépris de son propre avis, elle s'obstine à suivre une fausse voie. Il fait plutôt exécuter cet ordre comme s'il répondait à ses propres convictions. Sans cette discipline morale, dans le sens le plus élevé du terme, et sans cette abnégation, tout appareil s'écroulerait. »* (Cité par F. Mispelblom Beyer, 2015, p.86)

Cependant, les encadrants ne se contentent pas uniquement d'exécuter et de répartir les tâches ordonnées par la hiérarchie, ils les analysent en amont afin d'en optimiser l'efficacité. Selon Frederick Mispelblom Beyer, *« l'encadrement n'est pas une courroie de distribution mais un adaptateur actif et dans ce sens il fait constamment des choix entre plusieurs alternatives de traduction possibles. »* (F. Mispelblom Beyer, 2015, p.88)

En outre, *« le statut social des cadres est étroitement lié à l'idée d'une organisation du travail. Il tient à un savoir-faire particulier, permettant de faire travailler en équipes des personnes aux compétences et aux talents différents, d'ajuster les ressources humaines ou techniques dans des ensembles complexes. Les cadres c'est l'organisation. »* (A. Karvar et L. Rouban, 2004, p.17)

En somme, les cadres hiérarchiques sont tout à la fois encadrants et encadrés, comme le constate Paul Bouffartigue, *« ils sont généralement responsables de leurs résultats devant des cadres dirigeants, ou devant d'autres cadres hiérarchiques, avec lesquels ils sont supposés négocier du travail de leurs subordonnés. Leur département, leur service ou leur des objectifs et des moyens. Les objectifs qui leur sont fixés sont des objectifs d'équipe ou de service dont la réalisation ne dépend pas seulement d'une action de producteur. Elle résulte surtout de leur efficacité dans les tâches d'animation de simulation, d'organisation et d'optimisation du travail de leurs subordonnés, leur département, leur service ou leur équipe sont une sorte d'entreprise dont ils seraient le chef. »* (P. Bouffartigue, 2001, p.108)

En effet, *« le travail du cadre est d'animer les réunions, de rédiger des rapports, de contacter les clients et/ou les fournisseurs selon le type d'organisation. Il s'entretient régulièrement avec ses collaborateurs. Ce travail a un fond technique en fonction du type de métier exercé. Mais sa particularité est d'être combinée à une base managériale. Ce qui nous permet d'avoir une fonction d'expert et de manager. »* (F. Dany et Y.F Livian, 2002, p.100)

Le management, rappelons-le, est une fonction soumise à des tensions diverses (conflits, pression...) qui requièrent un esprit de compromis et d'initiative. Un cadre occupe, en effet, une position intermédiaire au sein de l'organisation : il garde un pouvoir de contrôle lorsqu'il délègue certaines tâches aux salariés, se conforme aux décisions de la direction s'il prend des initiatives, innove mais en collaboration avec d'autres acteurs, mais il peut être conduit à sélectionner certaines informations pour des raisons stratégiques ou personnelles.

Le statut du cadre se distingue, certes, par différentes caractéristiques, mais celles-ci font quotidiennement l'objet de prescriptions inverses, si bien que son rôle se caractérise d'abord par sa flexibilité, en supposant toujours une approche relationnelle plus ou moins importante et un travail informationnel au sein de l'organisation.

En outre, plusieurs facteurs culturels contribuent à l'évolution de son rôle. Il s'agit en premier lieu du « développement de l'idéologie individualiste » en vertu de laquelle *« le cadre, plus que tout autre, doit se « gérer lui-même comme une entreprise », quitte à être considéré comme pleinement responsable des résultats qu'il obtient. »* (F. Dany et Y.F Livian, 2002, p.101)

En somme, *« l'autonomie fait (...) partie de ces signes distinctifs par lesquels les cadres se différencient d'autres salariés. L'autonomie est une valeur, une valeur positive, une valeur anti attitude d'exécution. »* (F. Mispelblom Beyer, 2015, p.90)

Le second facteur résulte des incertitudes vis-à-vis des marchés dont les mutations inattendues bouleversent leurs conditions de travail en engendrant des politiques commerciales assez fluctuantes. La fonction de cadre est également soumise aux évolutions organisationnelles de l'entreprise, qui s'expriment notamment par la réduction des effectifs au sein d'une équipe. Dans cette situation, Françoise Dany et Yves Frédéric Livian parle de « learn organisation » entendue comme *« une organisation amaigrie où le cadre doit réaliser des tâches qui pouvaient être faites par d'autres : analyse de tableaux chiffrés, prise de rendez-vous saisie de textes et envoi de messages. »* (F. Dany et Y.F Livian, 2002, p.102)

Dans un contexte où le mode d'organisation des entreprises repose essentiellement sur le juste-à-temps (JAT) (appelée aussi « flux tendus » ou « 5 zéros », ou encore « zéro délai »), il est de plus en plus question de « demande immédiate » (59% contre 53% en 1991 et 35% en 1994). (MES-DARES 1984,1991, 1998 cité par F. Dany et Y.F Livian, 2002, p.102)

Issue du toyotisme, cette méthode *« consiste à minimiser le temps de passage des composants et des produits à travers les différentes étapes de leur élaboration, de la matière première à la livraison des produits finis »*, et impose ainsi des contraintes de temps importantes.

Le principe du JAT suppose donc une production immédiate en réponse à une demande et non pas à une offre, ce qui réduit les coûts des stocks en termes d'espace, de manutention et de trésorerie.

Le principe des cinq zéros, c'est-à-dire zéro panne, zéro délai, zéro papier, zéro stock et zéro défaut, forment la base de ce système qui requiert une étroite collaboration entre les différents acteurs (fournisseurs, transporteurs, fabricants, distributeurs, ...). C'est pourquoi, le JAT comporte des risques comme la rupture de la chaîne de production (problèmes de livraison, livraisons défectueuses, défaillance du fournisseur) et des enjeux environnementaux (recours aux transports performants mais polluants).

Ce système génère une culture de l'urgence et de l'immédiat, renforcée par les Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC) : Celles-ci permettent aux utilisateurs de communiquer, d'acquérir, de stocker, de manipuler, de produire, et de transmettre l'information sous toutes ses formes (écrites, sonores, et visuelles).

Elles contribuent, par conséquent, à alourdir la charge de travail, jugée excessive par 66% des cadres en 2000 contre 47% en 1992, selon une étude de l'APEC.

Aussi est-il fréquent que les cadres travaillent des heures supplémentaires, notamment à leur domicile pour éviter les retards.

La polyvalence des cadres jette une certaine ambiguïté sur leur fonction qui, sans être négligeable, échappe à une définition précise.

3.2/ Le travail des cadres

Selon Valérie Brunel, le travail réalisé par les cadres « (...) est peu visible, il est « immatériel », intangible, discursif ou langagier. » (J.M Bergère et Y. Chassard, 2013, p.120)

D'après une enquête dirigée par l'APEC, les cadres consacrent 41% de leur temps à des activités opérationnelles, 21% aux relations avec l'extérieur, 20% à la gestion administrative et 18% à l'animation des réunions. (J.M Bergère et Y. Chassard, 2013, p.120)

La nature des fonctions des cadres est donc d'abord opérationnelle, ce qui contredit l'idée de travail immatériel. Pour expliquer cette dernière notion, Xavier Baron écrit que « dans la production immatérielle, l'effort est déconnecté du résultat (...) le salarié donne du temps, certes, mais du temps plus ou moins intelligent, impliqué ou compétent, du temps pas stressant ou amusant, du temps pénible ou valorisant, fatiguant ou « apprenant », du temps utile ou « perdu ». Travailler est aussi un plaisir, une opportunité de se réaliser, c'est une condition d'accès à l'identité (l'utilité) sociale. Mais travailler reste toujours une contrainte au moins pour tous ceux qui n'ont pas d'autre moyen d'accès à des revenus. » (J.M Bergère et Y. Chassard, 2013, p.121)

Il paraît alors incohérent de penser que le rôle des cadres consiste à accomplir un travail quotidiennement dont les tâches ne sont pas répétitives en intégrant de l'innovation et d'improviser avec l'aide de ses savoir-faire acquis lors de son expérience.

Une enquête réalisée par l'APEC en 2011 sous le titre « Climat » (sondage auprès d'un large échantillon de cadres sur les opinions relatives aux différents aspects de la vie professionnelle), révèle que 50% des cadres s'estiment satisfaits de leur charge de travail, et montre en même temps certaines divergences d'opinions selon les milieux professionnels.

58% des cadres du secteur industriel, et 36% des cadres n'ayant pas de responsabilités jugent leur charge de travail correcte, tandis que 57% des cadres chargés d'encadrement et 37% des cadres du secteur informatique l'estiment excessive.

À partir de cette étude, l'APEC a établi un « lien entre la charge de travail, le sentiment du travailler dans l'urgence et la satisfaction au travail. Lorsque la charge de travail est considérée comme raisonnable, le sentiment de travailler dans l'urgence est très atténué. » (J.M Bergère et Y. Chassard, 2013, p.123)

En outre, « parmi ceux qui jugent leur charge de travail excessive, seuls 43% des cadres estiment être satisfaits de leur travail contre 85% de ceux qui estiment, leur charge de travail est correcte. » (J.M Bergère et Y. Chassard, 2013, p.123)

On constate donc une discordance d'opinions entre chacun des cadres.

Par ailleurs, « parmi ceux qui déclarent ne pas être satisfaits de leur équilibre entre vie privée et vie professionnelle, 75% des cadres jugent leur charge de travail excessive, alors que ce n'est le cas que de 30% de ceux qui déclarent en être satisfaits. » (J.M Bergère et Y. Chassard, 2013, p.123-124)

Cependant, ces opinions doivent être contextualisées en prenant en compte certains facteurs tels que le stress et la surcharge de travail.

Selon un sondage réalisé par le CSA-liaisons sociales en avril 2001, 68% des cadres travaillent des heures supplémentaires à leur domicile contre 29% de salariés non cadres, tandis que 55% de cadres disent recevoir des appels téléphoniques professionnels.

Ainsi, plus de la moitié des cadres consacrent une partie de leur temps de repos ou même de congés aux tâches professionnelles.

L'ensemble de ces éléments, sans oublier les NTIC, renforce un sentiment quotidien de stress. Si l'on se réfère au tableau ci-dessous, environ 89% des cadres aujourd'hui pensent être plus stressés qu'il y a dix ans.

50% des cadres rencontrent également des difficultés à concilier leur vie personnelle et leur carrière, ce qui concerne en outre 60% des cadres des petites et moyennes entreprises (PME).

Le stress vu par les cadres

Selon un sondage « enjeux-les échos » mené auprès de 300 cadres :

- 89% des cadres pensent qu'ils sont plus stressés qu'il y a dix ans.
- 50% des cadres en général et 62% des cadres des PME estiment avoir des difficultés à concilier leur vie personnelle et leur vie professionnelle.

Parmi l'ensemble des personnes interrogées dans cette même étude :

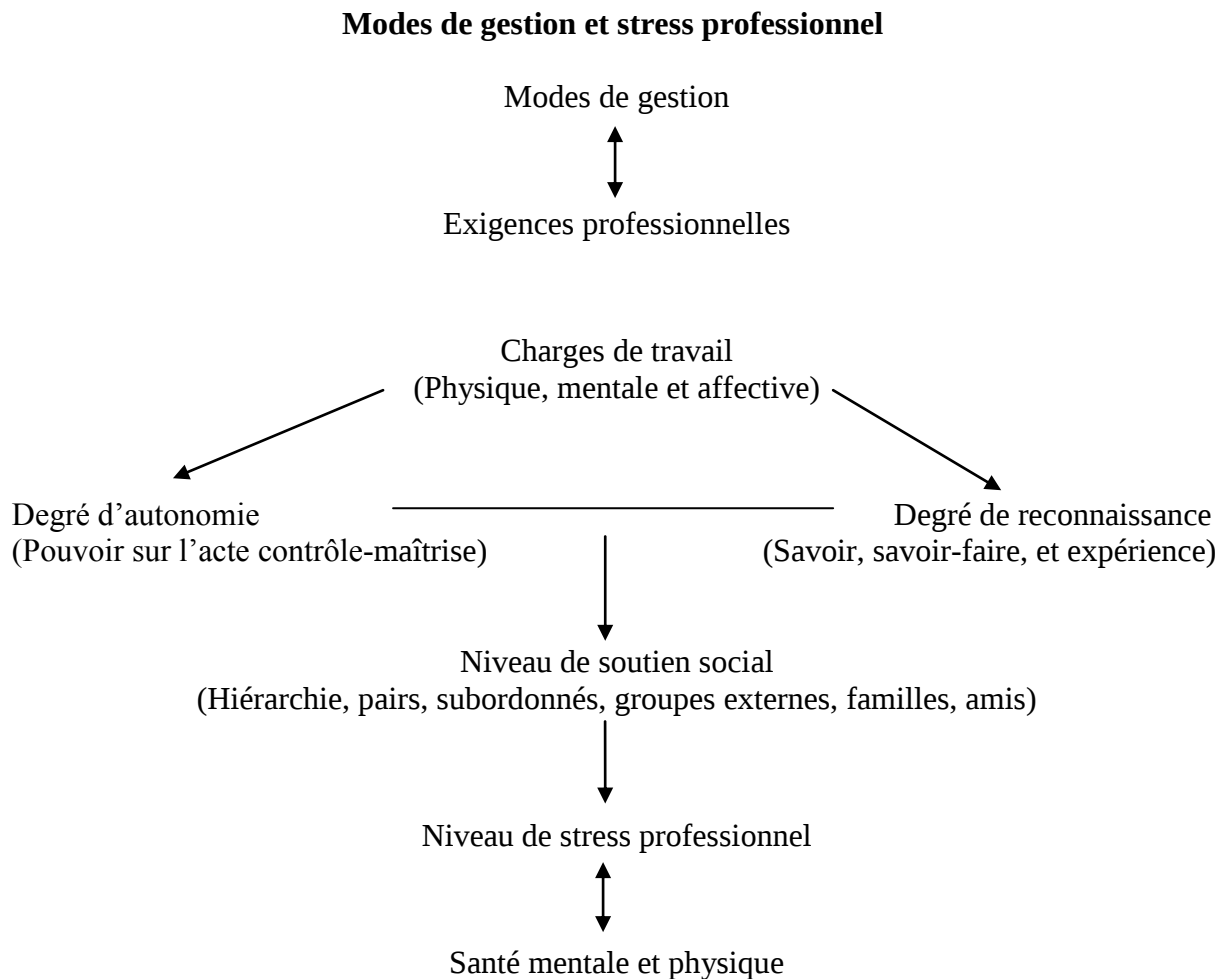
- 66% des enquêtées lient le principal facteur de stress à la surcharge de travail,
- 64% à des délais de plus en plus contraignants,
- 35% à l'incertitude concernant l'avenir des entreprises,
- 32% au durcissement de la compétitivité au niveau international,
- 26% au mode de management.

Source : F. Dany et Y.F Livian, 2002, p.102-103

Plusieurs facteurs peuvent cependant contribuer à diminuer le niveau de stress chez les cadres, parmi lesquels on peut principalement citer :

- « l'autonomie, c'est-à-dire la capacité d'agir sans dépendre des normes collectives en organisant le travail en fonction des besoins,
- le soutien social,
- le degré de reconnaissance de l'identité et des compétences du cadre dans la sphère organisationnelle. » (F. Dany et Y.F Livian, 2002, p.106)

Le schéma ci-dessous illustre ces différents facteurs :



Source : F. Dany et Y.F Livian, 2002, p.106

Robert Karasek, sociologue et psychologue américain a justement conçu un questionnaire destiné à mesurer le niveau de stress au travail. À cette fin, « *il évalue l'intensité de la demande psychologique à laquelle est soumis un salarié, la lassitude décisionnelle qui lui est accordée et le soutien social qu'il reçoit.* »

À ce propos, une étude menée en 2006 par la Direction Générale Humanisation du Travail (SPF Emploi, travail et concertation sociale) montre que le « *soutien social peut faire office de tampon contre les circonstances stressantes et limiter les phénomènes relatifs au stress.* » (Laurence Leruse, 2006, p.27)

Informatif, matériel, émotionnel ou ayant trait à l'estime, le soutien social prend plusieurs formes et se définit comme l'ensemble des représentations qu'un individu se fait de ses relations interpersonnelles.

De nombreuses études empiriques montrent que ces relations, lorsqu'elles sont positives, permettent de préserver, voire de réduire le taux de mortalité et d'améliorer la santé physique et psychologique des salariés en détresse.

« Il y a un enjeu managérial fort à organiser des formes d'échanges collectifs. Les salariés peuvent ainsi mettre en commun cette solitude douloureuse ainsi que les stratégies que chacun ébauchent pour « s'en sortir », et ainsi très concrètement prendre toutes les mesures pour protéger les personnes exposées à des difficultés possibles. » (Benjamin Sahler, 2007, p.238)

Ce soutien social lui permet également de s'exprimer et de réduire les risques d'isolement ainsi de réfléchir sur sa situation présente et ses projets d'avenir. Les cadres en difficulté peuvent trouver ce type de soutien dans leur environnement immédiat comme la famille et les amis.

Le soutien social peut être également apporté par les supérieurs hiérarchiques à travers plusieurs moyens : la disponibilité, les conseils, la résolution des problèmes, la reconnaissance des compétences du cadre, et l'adoption d'un mode de gestion propice à la cohésion du groupe et à l'entraide.

Il peut également provenir des pairs qui jouent un rôle essentiel dans la gestion personnelle des situations de travail, notamment lorsque les exigences de travail sont importantes. Le soutien social se manifeste alors par des aides techniques dans le but de diminuer la charge de travail du cadre, et lors d'interactions sociales exprimant la reconnaissance des collaborateurs à son égard. Ce dernier élément est d'ailleurs étroitement associé à la motivation qui détermine la performance, l'engagement et les capacités à innover du cadre tout en limitant l'absentéisme, le turn-over, etc.

En effet, plus qu'une forme « d'énergie potentielle », la motivation est une instance d'intégration et de régulation d'une multitude de paramètres relatifs aux opportunités d'un environnement, d'une situation et de sollicitations d'une situation.

En raison des qualités qu'elle implique telles que l'ambition et la détermination, la motivation constitue un facteur majeur de productivité.

Or celle-ci peut être considérablement affectée par le stress ou l'ennui, c'est pourquoi les entreprises déploient souvent des modes de gestion spécifiques pour éviter le sentiment d'isolement face à des situations complexes. Dans ce cadre, les services des Ressources Humaines recourent à l'entretien d'évaluation, au coaching, à la mobilité, à la formation et à la communication interne.

Pour conclure cette section, nous allons à présent aborder le discours que les cadres tiennent sur leurs propres activités à partir de l'enquête réalisée auprès d'anciens élèves d'une école de commerce par Christophe Flacozy, Hervé Laroche, Loïc Cadin et Frédéric Fréry. (Yves-Frédéric Livian, 2006, p.36-52)

Les cadres se définissent d'abord par leur appartenance à l'entreprise, aussi est-il fréquent qu'ils affirment leur identité professionnelle dans les situations les plus informelles comme les soirées entre amis, etc. Selon cette enquête, la manière la plus probable de communiquer son identité professionnelle dans une telle situation est de donner le nom de son entreprise pour 43,2% des cadres, tandis que 51,7% s'estiment utiles à l'entreprise, et près de 80% affirment leur loyauté envers leur organisation (77,2%). (Yves-Frédéric Livian, 2006, p.47)

La majorité des cadres perçoivent la loyauté comme un moyen de consolider les liens existants entre les différents acteurs au sein de l'entreprise. Assurer le bon fonctionnement de l'équipe revient, en effet, à préserver ces liens sur le long terme.

Selon ces auteurs, la fonction de cadre présente plusieurs facteurs de satisfaction :

- le caractère relationnel de leurs activités : le cadre montre alors une attitude beaucoup plus présente, ouverte,
- la réalisation de soi par l'innovation,
- le niveau de vie garanti par l'emploi (d'après un tiers des cadres),
- la possibilité, selon 35% des cadres, de concilier les deux sphères : professionnelle et personnelle.

D'autre part, si certains cadres estiment la vie de famille essentielle à leur évolution professionnelle (6^{ème} rang des facteurs facilitant leur carrière), plus de 10% d'entre eux considèrent les loisirs (dans un club de golf, autour d'un café...) comme l'occasion de discuter de leur carrière et d'obtenir une promotion (augmentation de salaire, de pouvoir...).

Rappelons, en conclusion de ce chapitre, que l'encadrement des entreprises est d'abord caractérisé par la « polyactivité » qu'il implique. Autrement dit, le cadre est celui qui remplit de façon autonome des fonctions techniques, scientifiques, relationnelles, directionnelles ou administratives pour répondre à des situations complexes. Tout cadre doit être en mesure de maîtriser les sentiments de stress et de faire preuve de motivation pour optimiser la productivité de son unité. Cela suppose l'acquisition permanente de nouvelles compétences comme la capacité à analyser les signaux faibles au sein de l'entreprise, c'est-à-dire les *« éléments de perception de l'environnement, les opportunités ou les menaces qui doivent faire justement l'objet d'une écoute anticipative appelée veille, dans le but de participer à l'élaboration de choix prospectifs en vue d'établir l'incertitude. On constate alors une extension de l'usage de la notion de « signal faible » dont la pertinence reste interprétative. »*

Chapitre III : LES CADRES DU TOURISME MÉDICAL

Les cadres du secteur médical et les cadres du domaine du tourisme coopèrent dans un nouveau domaine : le tourisme médical. Cette coopération mobilise des compétences diversifiées et de nature différente, et leur combinaison suppose des ajustements permanents qui constituent la spécificité de ce nouveau secteur d'activité. Dans ce chapitre, nous examinerons dans un premier les cadres de santé, puis dans un second temps les cadres du tourisme. Nous avons dû étudier des travaux spécifiques à chacun de ces deux secteurs car pour le moment, les recherches concernant la spécificité des cadres du tourisme médical sont quasi-inexistantes.

Section 1 : Le métier de cadre

Il existe de nombreux métiers dans le secteur de la santé : les cadres soignants, les cadres administratifs, les cadres de la logistique et les cadres techniques. Nous allons présenter les activités et les compétences des différents groupes de cadres de ce secteur.

1.1/Le métier de cadre de santé

La notion de « cadre de santé » comprend l'ensemble des professions paramédicales régies par différents décrets.³

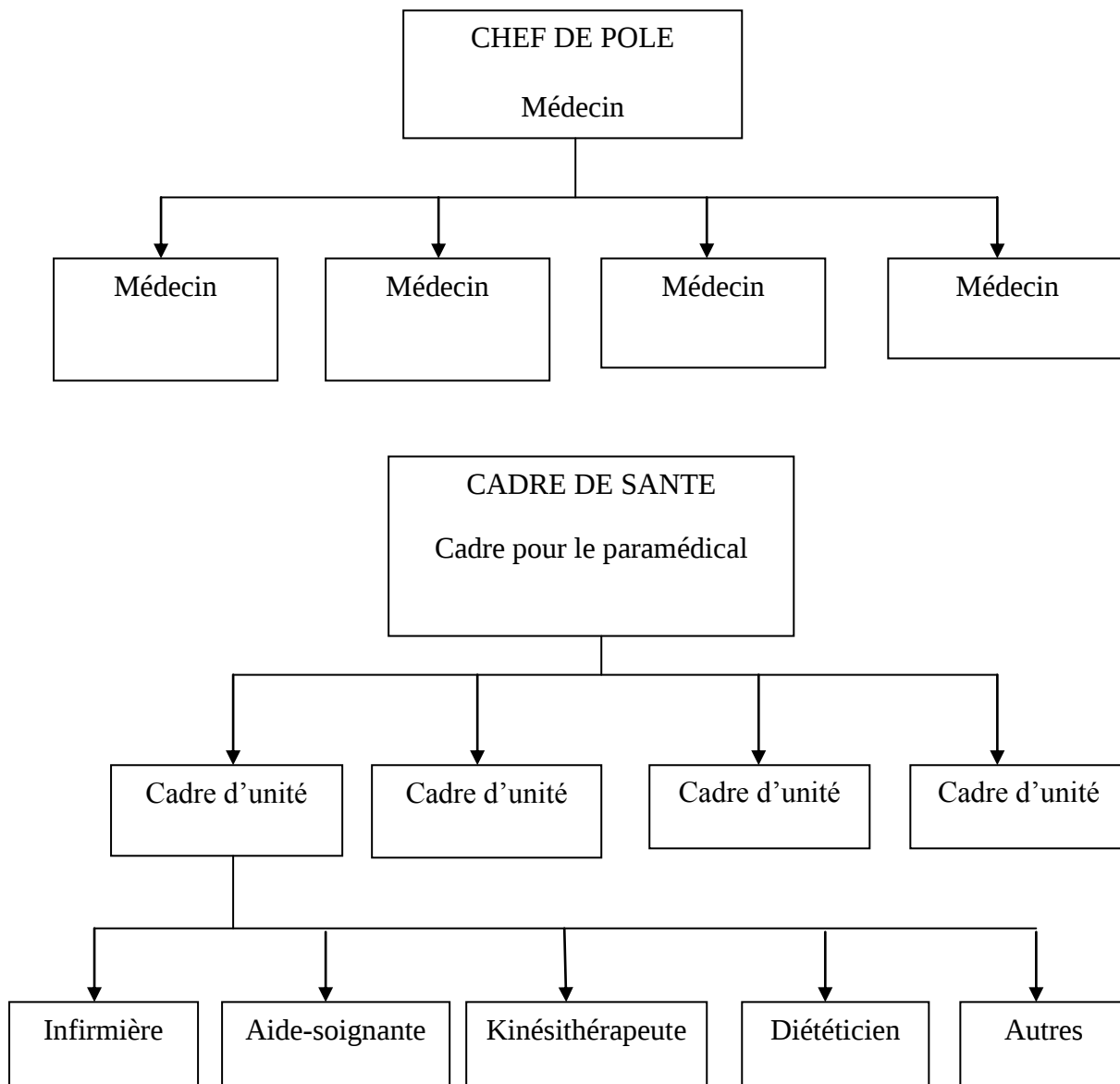
Les établissements de santé se structurent autour de deux filières distinctes et complémentaires : la filière médicale et la filière administrative, dont l'objectif commun est de réunir les acteurs les plus qualifiés pour offrir des services de qualité. À cette fin, les tâches administratives s'avèrent aussi capitales que les tâches médicales.

La filière médicale s'articule autour de plusieurs unités de soins, composées principalement de médecins de spécialités diverses. Ceux-ci dépendent de l'autorité d'un chef de pôle qui est également médecin de profession. Cette filière comprend également les cadres supérieurs de santé qui dirigent les cadres d'unité, eux-mêmes à la tête de tous les autres professionnels comme les infirmiers, les aides-soignants, et les autres professionnels paramédicaux.

Nous pouvons représenter les différents acteurs des unités de soins par le schéma ci-dessous :

³ Décrets du 30 novembre 1988, n° 89-609 et n° 89-613 du 1er septembre 1989

Schéma représentant le personnel dans les unités de soins

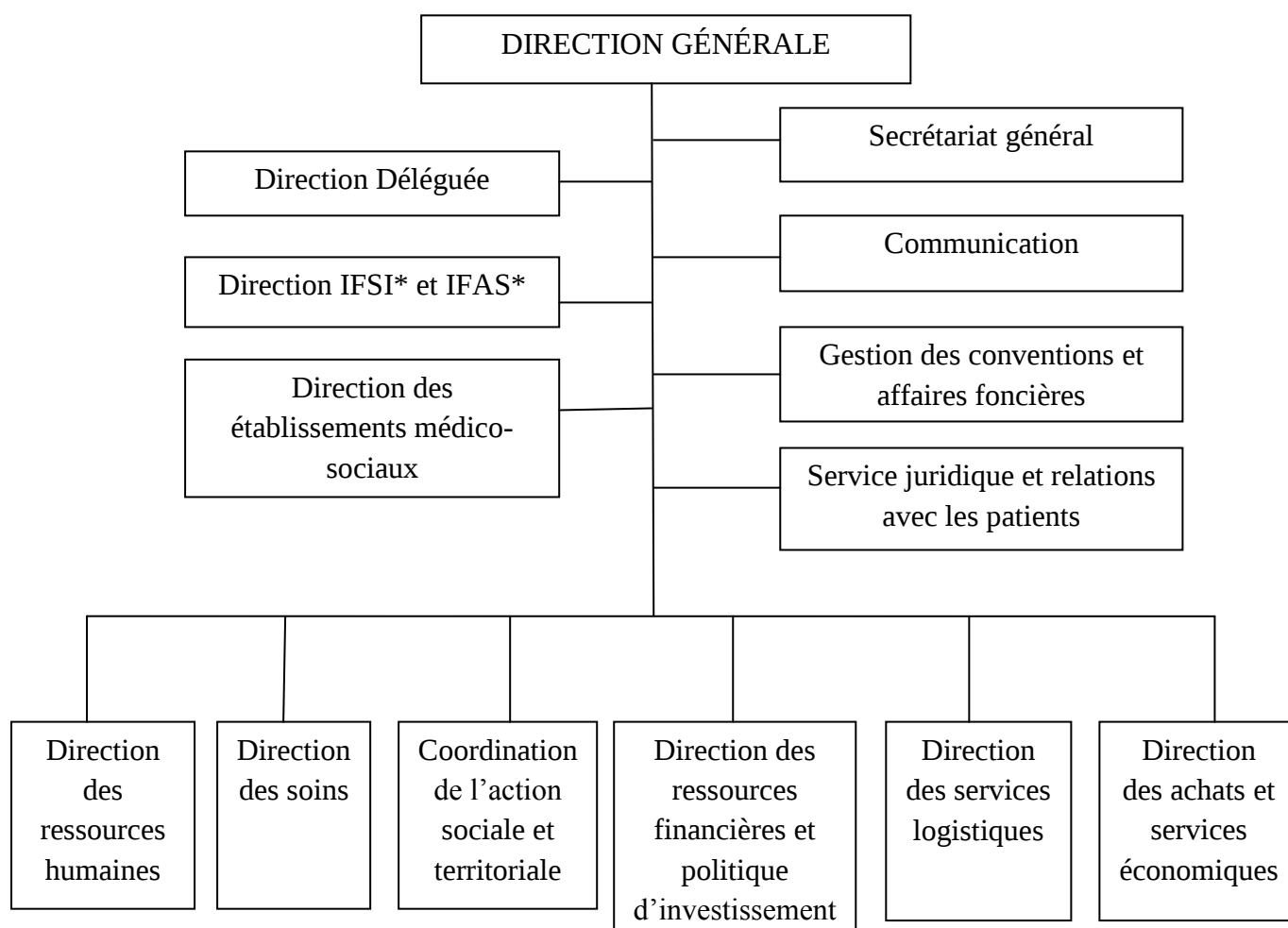


Source : communication directe d'un professionnel de santé exerçant en milieu hospitalier

La gestion de la filière administrative repose également sur plusieurs cadres au sein de différents services comme la Direction Générale, la Direction des Ressources Humaines, la Direction des Soins, la Direction des Ressources Financières, la Direction des Services Logistiques, le Département des Achats et Services Economiques. La mission de chaque cadre consiste à organiser, coordonner et encadrer les activités de chaque pôle, ou chaque service de l'établissement de santé.

Le schéma ci-dessous permet de mieux comprendre l'organisation de cette filière :

Schéma représentant le personnel



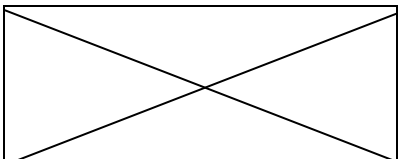
*Institut de Formation en Soins Infirmiers et Institut de Formation pour les Aides Soignantes.

Source : communication directe d'un professionnel de santé exerçant en milieu hospitalier

Le tableau ci-après illustre les effectifs en poste des cadres de santé qui, selon les catégories du corps par origine professionnelle, se décomposent comme suit :

- 683 cadres de santé « rééducateurs », qui ne représentent qu'une petite partie des cadres de santé,
- 2 356 cadres de santé médico-techniques,
- 18 318 cadres de santé infirmiers qui représentent environ 85% de l'effectif des cadres de santé.

Effectifs en poste des cadres de santé au 31 décembre 2007

		Titulaires		Non-titulaires sur emplois permanents		Ensemble	
		Effectif physique	Effectif Temps Plein	Effectif physique	Effectif Temps Plein	Effectif physique	Effectif Temps Plein
Corps par origine professionnelle	Grade						
Cadre de santé infirmier	Cadre de santé	18 318	18 017	208	191	18 527	18 208
Cadre de santé rééducateur	Cadre de santé	683	676	28	21	712	697
Cadre de santé médico-technique	Cadre de santé	2 339	2 279	16	13	2 356	2 293
Sous total cadres de santé		26 061	25 638	302	273	26 363	25 910
Attachés d'Administration Hospitalière (AAH)		2 832	2 769	328	321	3 160	3 090
Adjointes Cadres Hospitaliers (ACH)		5 466	5 274	730	697	6196	5 972
Ingénieur		1 553	1 522	1 018	974	2 571	2 497
Techniciens Supérieurs Hospitaliers (TSH)		4 401	4 349	684	676	5 085	5 026
Sous total cadres hors cadre de santé		14 251	13 917	2760	2 670	17 012	16 587
Total cadres hospitaliers		40 313	39 555	3 062	2 943	43 375	42 497

Source : Tableau extrait et simplifié du rapport M. Yahiel et C. Mounier, 2010, p.10

Ce tableau met en évidence que les cadres hospitaliers se répartissent en trois groupes principaux : les cadres du secteur santé (infirmiers, préparateurs, etc.) qui sont les plus nombreux autour 24 000 professionnels ; les cadres administratifs constituent le deuxième

groupe avec plus de 8 000 professionnels et les ingénieurs et techniciens forment le troisième groupe avec 6 000 professionnels.

La fiche métier de la fonction publique hospitalière définit le cadre de santé comme un encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales dont le rôle est d'organiser « *l'activité de soins et des prestations associées, Manager l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médico-techniques ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations. Il développe la culture du signalement et gère les risques et les compétences individuelles et collectives. Enfin, il participe à la gestion médico-économique au sein du pôle.* » (www.metiers-fonction-publique-hospitaliere.sante.gouv.fr)

Les fonctions du cadre de santé en unité de soins supposent plus précisément :

- le contrôle et le suivi de la qualité et de la sécurité des soins et des activités paramédicales relatives à son domaine de spécialité,
- la coordination et le suivi de la prise en charge des prestations,
- l'élaboration et la rédaction de rapports d'activité,
- l'encadrement de proximité d'équipe(s), la gestion et le développement des personnels,
- le montage, la mise en œuvre, le suivi et la gestion de projets spécifiques à son domaine d'activité,
- l'organisation et le suivi de l'accueil des agents, des stagiaires, et des nouveaux employés,
- la planification des activités et des moyens, le contrôle et le reporting,
- la promotion des projets relatifs à sa spécialité,
- la veille spécifique à son domaine d'activité.

Comme on a l'a déjà souligné, le terme « cadre » renvoie à un statut au sein de la hiérarchie d'une structure et non pas à un métier ou une profession. Le cadre de santé est ainsi directement issu de la filière soignante qui constitue le cœur de son métier.

Dans la sphère hospitalière, le cadre de santé assure donc la conduite générale d'un service ou d'un département, c'est-à-dire « *qu'il organise son fonctionnement technique, élabore avec le conseil de service ou de département un projet qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins.* » (Code de la santé publique Art. L.6146-5)

Les cadres de santé paraissent à travers l'ensemble de ces fonctions comme le noyau central d'une équipe médicale. Chargés de coordonner les activités d'une unité en étant en relation avec l'équipe médicale et les patients, ils sont considérés comme des cadres de proximité comparables à ceux d'autres organisations. « *Comme pour les cadres de la fonction publique territoriale une transformation de leur rôle est attendue en lien avec des nouvelles exigences de l'action publique. Cette hiérarchie en première ligne fait l'objet de nombreuses critiques que l'on retrouve dans d'autres secteurs par exemple les assurances. Ces « encadrants eux mêmes encadrés » ne sont pas les cadres attendus par la hiérarchie soignantes et administrative, les médecins, et leurs subordonnés : infirmières et aides-soignantes.* » (Paule Bourret, 2006, p.2)

Selon l'Observatoire National de l'Emploi et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière (ONEMFPH), un répertoire des métiers a été établi afin de définir précisément les métiers de pôle et de proximité en les classant par familles comme le management et l'aide à la décision (dans laquelle sont inclus un certain nombre de cadres administratifs et de directeurs de soins), l'ingénierie et la maintenance technique, les services logistiques, les soins, etc.

Le management a été également intégré à certaines sous-familles telles que le management ingénierie et maintenance technique, le « management, conception et gestion de la logistique », etc.

Au sein de la catégorie « soins », il existe une sous-famille appelé management des soins qui comprend les cadres responsables d'unité de « soins », les cadres responsables en unité d'obstétrique, les cadres de pôle de santé et les coordinateurs parcours patient. Les cadres de santé de proximité font ainsi partie du personnel soignant, administratif, ou technique.

En revanche, selon l'enquête menée par Michel Yahiel et Céline Mounier, les cadres de pôle se définissent surtout comme les collaborateurs des directeurs au sein des directions fonctionnelles. À titre d'exemple, les Adjoints Cadres Hospitaliers (ACH) et les Techniciens Supérieurs Hospitaliers (TSH) sont considérés comme des cadres de proximité tandis que les Attachés d'Administration Hospitalière (AAH) s'apparentent davantage aux managers et / ou aux experts.

Une étude conduite par l'ONEMFPH en 2005 précise que *« le nombre de cadres de santé de pôle est de l'ordre de 3 000 à 4 000 pour un effectif global d'environ 5 000 cadres supérieurs de santé. Les départs à la retraite étant quasiment de 90%, il s'agira de former quelques 500 cadres supérieurs de santé (de pôle) par an. »* (M. Yahiel et C. Mounier, 2010, p.12)

Promus au statut de cadre par une formation diplômante ou par l'expérience, les cadres de santé exercent soit en milieu médical, soit à l'Institut de Formation de Soins Infirmiers (IFSI) en tant que formateurs. Ils peuvent ainsi remplir la fonction :

- d'encadrement, avec un rôle de « cadres de proximité » en relation à la fois avec les équipes médicales, les patients et leurs familles.
- de « formateurs » lorsqu'ils exercent au sein d'instituts de formation et d'écoles médicales.
- « d'experts » dans la mesure où ils réalisent des missions identiques dans chaque service.

Les cadres de santé peuvent évoluer tout au long de leur carrière, qui comporte trois défis : complexité, créativité et stratégie. Leur mission est complexe du fait de la diversité des tâches administratives, médicales et techniques qu'elle implique. Elle est créative car elle requiert une adaptation et une inventivité permanente face aux situations atypiques, et suppose par conséquent un savoir-pratique non formalisé, acquis par l'expérience et la socialisation professionnelle au sein des équipes, sans lequel il serait impossible de l'exercer efficacement à long terme.

Enfin, elle est stratégique puisqu'ils doivent répondre aux attentes des patients et du personnel médical ainsi qu'aux contraintes environnementales et des règles établies pour satisfaire les intérêts de la collectivité.

Depuis 2005, les établissements publics de santé, à l'exception des hôpitaux locaux, sont divisés en pôles d'activités dédiés à des services cliniques ou médico-techniques. Chaque pôle est placé sous l'autorité d'un chef de pôle (responsable de pôle avant 2010), assisté d'une part d'un cadre de santé ou d'une sage-femme, et d'autre part d'un cadre administratif.

Les cadres de santé sont en France toujours des soignants avec une fonction d'encadrement, le soin reste toujours l'élément central de leur activité professionnelle.

Selon le rapport de Michel Yahiel et Céline Mounier de 2010, *« le taux d'encadrement était de 5,6% dans les établissements publics de santé en 2004. »*

Pour la filière soignante, il va de 2,2% dans les hôpitaux locaux (HL) à 7,1% dans les centres hospitaliers spécialisés (CHS) et s'établit à 4,1% dans les centres hospitaliers (CH) et 5% dans les centres hospitaliers régionaux (CHR) – centres hospitaliers universitaires (CHU). Pour la filière administrative, il va de 9,2% dans les CHR-CHU à 18,9% dans les HL (10,2% dans les CH). Il atteint 9,4% dans les CHU-CHR pour la filière soignante contre 1% dans les HL et 5,7% dans les CH. » (M. Yahiel et C. Mounier, 2010, p.12)

Taux d'encadrement par filière dans les établissements de santé au 31 décembre 2007

Ets de santé Filières	<i>Hôpitaux Locaux</i>	<i>Centres Hospitaliers Spécialisés</i>	<i>Centres Hospitaliers</i>	<i>Centres Hospitaliers Régionaux – Centres Hospitaliers Universitaires</i>
Soignante	2,2%	7,1%	4,1%	5%
Administrative	18,9%		10,2%	9,2%

Source : Tableau reconstitué à partir de citations de M. Yahiel et C. Mounier, 2010, p.12

Pour les cadres de santé, un décret tardivement voté en 1993 (article R.4312-31 du Code de la santé publique), dispose que « *l'infirmier ou l'infirmière chargé d'un rôle de coordination et d'encadrement veille à la bonne exécution des actes accomplis par les infirmiers, aides soignants et auxiliaires de puériculture et par les étudiants infirmiers placés sous sa responsabilité.* »

1.2/ Les compétences des cadres

La diversité des cadres du secteur de la santé requiert une diversité des compétences adaptées à chaque situation. Nous allons décrire les compétences des différents groupes professionnels.

En effet, la fonction de chef de service est exercée par un médecin praticien hospitalier qui met en œuvre les techniques médicales ou chirurgicales appropriés avec l'aide de ses assistants attachés et internes, donne les indications nécessaires relatives à l'état de santé du malade et reçoit leurs familles.

Le chirurgien est un spécialiste orienté vers la technique : il réalise des interventions physiques sur les tissus, notamment par incision et suture pour réparer un traumatisme grave (grosse fracture, hémorragie...), soigner une infection, ou encore corriger une malformation. Compte tenu de la complexité technique, les chirurgiens peuvent se spécialiser dans un domaine précis.

Les sages-femmes, spécialisées dans les soins gynécologiques, s'occupent pour leur part de la surveillance et de l'assistance à l'accouchement.

D'autre part, les cadres du personnel soignant se divisent en deux catégories : les cadres supérieurs de santé et les cadres de santé. Responsable de l'organisation des soins infirmiers au sein de son établissement ou de son pôle, le cadre supérieur de santé ou le cadre de pôle « *veille à la cohérence du fonctionnement interne du pôle et entre les différents pôles, à la*

mise en œuvre du projet de pôle et assure le suivi médico-économique des activités au sein de l'établissement. » (M. Yahiel et C. Mounier, 2010, p.16)

En d'autres termes, le cadre supérieur de santé assure la mise en œuvre des objectifs institutionnels concernant le projet de prise en charge du patient et décline au sein du pôle les orientations du projet de soins. Il anime et coordonne également les cadres de santé du pôle, et organise l'évaluation des pratiques professionnelles et de la gestion des risques pour le personnel non médical. Il peut en outre remplir le rôle de formateur.

Les fonctions du cadre supérieur de santé, inscrites dans le code de la santé publique, ne comprennent ainsi ni la production des services ni même le destinataire final, le patient.

Possédant des compétences comparables à celles des cadres de santé de proximité, les cadres de santé de pôle doivent avant tout maîtriser l'analyse, la conception et le pilotage des activités au sein de leur unité.

La fonction de cadre de santé, accessible au personnel infirmier à l'issue d'une formation complémentaire, consiste en revanche à organiser, contrôler et coordonner le travail infirmier. En effet, les cadres de santé exécutent les prescriptions du praticien et dispensent des soins infirmiers, assistés principalement d'aides-soignants qui aident les patients à réaliser les actes de la vie quotidienne, et d'agents des services hospitaliers qui assurent le nettoyage et l'hygiène de la chambre du patient. Le rôle des cadres de santé se définit avant tout par leur relation aux patients et à leurs familles dont ils sont les interlocuteurs, et requiert ainsi des qualités telles que l'écoute, la disponibilité, et le conseil.

Cependant, à l'instar des autres cadres, leurs fonctions supposent :

- l'analyse des données et des tableaux de bord pour évaluer les résultats relatifs aux activités de leur domaine,
- le choix entre différentes propositions dans un environnement donné,
- la conception, la formalisation et l'adaptation des procédures relatives à leur domaine de compétence,
- l'évaluation, le développement et la valorisation des compétences de leurs collaborateurs,
- la mise en place puis l'évaluation des objectifs pour mesurer les performances collectives et/ou individuelles de chaque acteur,
- l'organisation de leur unité en fonction de différents critères (missions, stratégie, moyens, etc.) en pilotant, animant, et motivant les équipes,
- la planification, l'organisation, et la répartition des tâches des ressources.

Ce poste implique deux fonctions complémentaires, celle de responsable de secteur d'activités de soins et celle de formateur de professionnels de santé.

■ Les cadres de santé responsables de secteur d'activités de soins sont les interlocuteurs des patients, des familles, des équipes soignantes, des partenaires et des équipes de direction. Ils coordonnent le parcours du patient avec les professionnels en tant qu'intermédiaires entre différents intervenants et différentes structures. L'organisation des soins est réalisée en collaboration étroite avec le responsable médical du secteur d'activités de soin et les autres praticiens dans un contexte plus ou moins complexe. Ces cadres gèrent, en outre, l'ensemble des informations de leurs services, informent et évaluent les acteurs, et veillent au maintien de leurs compétences. Ils conduisent enfin des projets avec leur équipe, dont ils coordonnent les activités et les ressources. Chargé d'animer une équipe pluridisciplinaire et d'assurer la

production d'un service de qualité avec les ressources adéquates, ce type de cadre semble jouer un rôle de chef d'équipe au sein de l'établissement de santé.

Leurs fonctions correspondent donc aux rôles des cadres que nous avons longuement décrits dans le chapitre 2.

Selon l'étude menée par Michel Yahiel et Céline Mounier, le rôle des autres cadres de santé consiste à établir des liens avec les prestataires de services, et à comprendre le code de la santé publique et le fonctionnement des appareils. Cela suppose des connaissances techniques solides, qui non seulement permettent au cadre de répartir efficacement les tâches en fonction des compétences des infirmiers, mais aussi de renforcer son pouvoir d'influence. (M. Yahiel et C. Mounier, 2010, p.15)

En somme, tout chef d'équipe doit savoir se positionner, analyser des situations, évaluer les acteurs, arbitrer et prendre des décisions, anticiper et s'adapter à chaque situation, piloter et animer des groupes. À l'instar des autres cadres, les fonctions d'un cadre de santé reposent essentiellement sur les compétences relationnelles, organisationnelles et pédagogiques.

■ Les cadres de santé formateurs de professionnels de santé jouent, quant à eux, un rôle d'interlocuteurs auprès des personnes formées, de leurs encadrants, des enseignants universitaires, et des différents intervenants.

Comme nous l'avons déjà indiqué, le secteur de la santé comprend une grande diversité de cadres spécialisés dans plusieurs domaines. Outre les catégories citées, on peut également mentionner les masseurs-kinésithérapeutes, qui prennent en charge les patients dont l'état de santé requiert une rééducation. Peu nombreux dans les établissements de santé, les cadres experts, quant à eux, remplissent des missions transversales à leur métier au sein de plusieurs services.

Les diététiciens traitent les patients présentant des troubles alimentaires et assurent leur éducation et leur suivi.

Les agents spécialisés des services médico-techniques sont par ailleurs chargés d'assister les praticiens dans leur domaine de spécialité comme la pharmacie, les explorations fonctionnelles, la radiologie, etc.

Le psychologue est un professionnel auquel le patient peut faire appel en cas de difficultés lors de son hospitalisation.

Acquérir mais aussi mobiliser de nouvelles compétences constituent un enjeu majeur pour les cadres de santé dont les motivations individuelles et les impératifs d'organisation doivent être complémentaires. Selon l'enquête menée par Michel Yahiel et Céline Mounier, « *aspirer à devenir cadre suppose en effet d'accepter les avantages mais aussi les contraintes de ce métier, dont de nombreux interlocuteurs considèrent que l'attrait s'est plutôt érodé dans la dernière période, tout en soulignant, dans la majorité, que la constitution des pôles constitue une réelle opportunité d'affirmer leur présence.* » (M. Yahiel et C. Mounier, 2010, p.17)

1.3/ La formation

De nouvelles réglementations permettent d'accéder au statut de cadre de santé. Au-delà de l'expérience, il faut rappeler que les compétences professionnelles évoluent également par des formations ponctuelles sur la réglementation, les nouvelles technologies, etc. Le décret

n°2011-1375 du 31/12/2001 fixe le délai minimum d'exercice à cinq ans pour les cadres de santé (en tant que paramédicaux) et à trois ans pour les cadres supérieurs de santé (en tant que cadres) préalablement à l'obtention du master. (Ministère de la santé, 2001)

Le diplôme de cadre de santé est reconnu par la validation de 60 ECTS à travers les conventions entre les établissements d'enseignement supérieur et les Instituts de Formation des Cadres de Santé (IFCS). Ces instituts préparent au diplôme dans l'ensemble des établissements sanitaires et médico-sociaux, tant publics que privés.

Ils se positionnent, en effet, dans l'organisation polaire et institutionnelle, et fournissent aux futurs cadres de santé les outils de gestion nécessaires à l'exercice de leur fonction. Le diplôme de « cadre de santé » est indispensable pour exercer en milieu hospitalier ou enseigner dans un établissement d'enseignement (arrêté de 18/08/1995).

Régie par l'arrêté du 18/08/1995 sur le diplôme de cadre de santé, la formation est dispensée en IFCS et s'organise sur 42 semaines, dont une semaine de congés et deux semaines de travail personnel, en incluant des enseignements théoriques (24 ou 16 semaines soit 720 ou 780 heures) et des stages (13 ou 15 semaines).

Cette formation s'organise donc en six modules, comme le montre le tableau ci-dessous.

Récapitulatif de la formation

Intitulés des modules	Enseignements théoriques	Stages	Total
Initiation à la fonction de cadre	3 semaines 90 heures	3 semaines	6 semaines
Santé publique	3 semaines 90 heures		3 semaines
Analyse des pratiques et initiation à la recherche	3 semaines 90 heures		3 semaines
Fonction d'encadrement	5-6 semaines 150-180 heures	3-4 semaines	9 semaines
Fonction de formation	5-6 semaines 150-180 heures	3-4 semaines	9 semaines
Approfondissement des fonctions d'encadrement et de formation professionnelle	5 semaines 150 heures	4 semaines	9 semaines

Source : M. Yahiel et C. Mounier, 2010, p.21

Les cadres de santé peuvent exercer sa mission soit en milieu médical, soit en institut de formation des professionnels de santé en tant que formateur : les cadres de santé peuvent exercer trois fonctions distinctes.

■ D'une part, ils peuvent exercer la fonction d'encadrement dans les unités de services. Ils sont alors nommés de « cadres de proximité ». Ils sont alors en étroite relation avec des équipes médicales et des patients.

■D'autre part, ils peuvent prendre en charge différentes formations soit dans les établissements de soins, soit dans des organismes de formation spécialisés. Ces cadres de santé peuvent évoluer d'une fonction à l'autre, tout au long de leur carrière professionnelle, cette évolution permet également d'enrichir leur expérience et leurs connaissances.

L'Institut de Formation des Cadres de Santé est la seule structure de l'AP-HP autorisée à dispenser la formation diplômante de cadre, comprenant trois filières : les soins infirmiers (infirmiers et infirmiers spécialisés), la filière médico-technique (techniciens de laboratoire, manipulateurs en électroradiologie, préparateurs en pharmacie), et enfin la filière rééducation (masseurs-kinésithérapeutes, diététicien, ergothérapeutes...).

Selon le rapport de Michel Yahiel et Céline Mounier, « *1195 diplômés de cadres de santé ont été délivrés en 2000, 1887 en 2005, puis seulement 1608 en 2006, et enfin 1733 en 2008.* » (M. Yahiel et C. Mounier, 2010, p.12)

« *L'AP-HP (l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris) a jugé nécessaire de former 150 cadres par an.* » (M. Yahiel et C. Mounier, 2010, p.12)

Depuis octobre 1962, cet institut s'est imposé comme un espace de formation commun à différentes catégories de cadres paramédicaux. Il concourt notamment au développement des compétences managériales administratives et techniques des cadres de santé, qui peuvent ensuite prendre la fonction d'enseignant.

L'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH), agréée par le ministère de la santé, collecte et gère les fonds consacrés au financement du plan de formation (2,1% de la masse salariale), aux Congés de Formation Professionnelle (CFP), de VAE et de bilan de compétences (0,2% de la masse salariale), aux études promotionnelles (0,6%) et à la formation professionnelle des travailleurs handicapés pris en charge par les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) (4,8%). Cet organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) de la fonction publique hospitalière repose sur trois principes : paritarisme, solidarité et proximité. Il dispose de 1000 administrateurs bénévoles et 26 délégations régionales qui, depuis 1974, travaillent pour l'égalité d'accès à la formation continue et le développement des compétences des agents employés par les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux publics.

Ces organismes sont chargés de collecter les fonds de la formation professionnelle continue et de financer la formation des salariés. Après la loi du 5 mars 2014 sur la formation professionnelle, le décret n°2014-1240 en vigueur depuis le 1er janvier 2015, précise les nouvelles modalités de fonctionnement des OPCA notamment au titre des actions de professionnalisation, du plan de formation et du compte personnel de formation, en déterminant la répartition de la contribution unique des entreprises.

Depuis janvier 2013, cette association collecte également les fonds consacrés au financement du Développement Professionnel Continu (DPC) médical.

En outre, l'ANFH propose à ses adhérents un ensemble de services visant à les accompagner dans la gestion de la formation, des compétences et des métiers comme la veille, l'information, l'offre de formation, les outils méthodologiques, les supports de communication.

Afin d'accéder à la formation de cadre de santé, il faut d'abord être titulaire d'un diplôme de professionnel de santé pour exercer en tant qu'audioprothésiste, diététicien, ergothérapeute,

infirmier, manipulateur en électroradiologie médicale, masseur-kinésithérapeute, opticien-lunetier, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, préparateur en pharmacie, psychomotricien, ou technicien de laboratoire médical. Il faut ensuite justifier d'une expérience d'au moins cinq années dans un domaine de spécialité.

Sélectionnés sans condition de formation préalable depuis 1995, les cadres supérieurs peuvent néanmoins bénéficier de formations ad-hoc au titre de la formation continue pour renforcer leurs compétences. S'il n'existe pas de formation réglementaire spécifique, les cadres supérieurs de santé sont tous titulaires d'un diplôme de niveau Master.

Ce statut est d'autre part accessible par voie de concours dans la fonction publique hospitalière ou par nomination.

De par leur rôle, les cadres s'imposent comme des acteurs clés dans la stratégie d'établissement car « *ils ont en charge l'animation d'un pôle, doivent s'imprégner de cette stratégie, le faire en équipe et bénéficier de mises en situation qui puissent les y aider.* » (M. Yahiel et C. Mounier, 2010, p.23)

Selon le rapport de M. Yahiel et C. Mounier, il est nécessaire que les cadres supérieurs de santé complètent leur formation par un cursus de droit commun en étroite concordance avec « *la formation des chefs de pôles, prévue par l'arrêté du 11 juin 2010 faisant les modalités de la formation à l'exercice des fonctions de chefs de pôles d'activités clinique ou médico-technique (minimum de 60 heures, avec foret orientation, pilotage, RH).* » (M. Yahiel et C. Mounier, 2010, p.23)

Le chirurgien est un médecin titulaire du diplôme d'État de docteur en médecine spécialisée (bac + 11) au terme d'un cursus divisé en trois cycles de deux ans (PCEM) puis de quatre ans (DCEM) et enfin de cinq ans (DES).

D'une durée de cinq ans, les DES de chirurgie se divisent en quatre spécialités : la chirurgie générale, la neurochirurgie, l'ophtalmologie, et l'ORL. Ce cycle offre des sur-spécialisations d'une durée de trois ans dans neuf domaines (chirurgie infantile, maxillo-faciale et stomatologie, de la face et du cou, orthopédique et traumatologie, plastique reconstructrice et esthétique, thoracique et cardio-vasculaire, urologique, vasculaire, viscérale et digestives).

On peut donc remarquer que le niveau de formation des acteurs de santé est assez élevé, au minimum cinq ans de formation universitaire.

Le corps médical exerce des fonctions d'encadrement et donc des activités de management qui jouent un rôle central dans les organisations de santé.

Les cadres de santé après avoir combiné une longue expérience professionnelle et des formations continues accèdent également à des fonctions d'encadrement.

Les fonctions et les compétences que l'on a décrite se retrouveront mobilisées dans le secteur du tourisme médical. Elles devront selon nous, évoluées en fonction des caractéristiques spécifiques des nouvelles prestations qui seront mises en œuvre dans ce secteur.

Nous pouvons maintenant présenter les principales caractéristiques des acteurs du tourisme.

Section 2 : Les acteurs du tourisme

Divers et complexe, le secteur du tourisme requiert des acteurs et des compétences variés.

2.1/La cartographie des fonctions principales et connexes du tourisme

Le tourisme s'organise autour d'activités proprement touristiques appelées fonctions principales et de secteurs secondaires désignés sous le nom de fonctions connexes, détaillées dans les tableaux suivants : Nous allons décrire la cartographie de ces différentes activités en distinguant les fonctions principales et connexes du tourisme.

Fonctions Principales Activités	Organisation de Voyages	Accueil et promotion de l'offre touristique territoriale	Tourisme d'affaires
	► Agence de voyage Traditionnelle ► Agence de voyage en Ligne ► Organisateur de voyages (Tour Opérateurs)	► Organisme de Tourisme ► Aménagement, promotion et animation du patrimoine naturel territorial ► Aménagement, promotion et animation du patrimoine culturel territorial	► Gestionnaire d'espaces de rencontres professionnelles ► Convention bureau ► Organisateur d'événements ► Prestataire technique Spécialisé ► Agence de voyages spécialisée clientèle « affaires »

Source : Atout France, 2009, p.14

Fonctions connexes Activités	Hébergement	Restauration	Loisirs
	► Tourisme social et familial ► Hôtels, cafés, restaurants pour la partie hôtellerie ► Hôtellerie de plein air ► Résidences de Tourisme ► Immobilier pour la partie résidences ► Autres modes d'hébergement touristique	► Hôtels, cafés, restaurants, pour la partie restauration ► Restauration rapide ► Restaurants: chaînes ► Cafétérias ► Traiteurs et services	► Espace de loisirs, d'attraction (parcs à thème, zoos & casinos, etc.) ► Animation (Sports /Centre équestres) ► Remontées mécaniques ► Navigation de plaisance /Croisières ► Thermalisme ► Entreprises artistiques, culturelles et de spectacles

Source : Atout France, 2009, p.14

La restauration, bien qu'elle ne constitue qu'un secteur connexe, s'impose comme l'un des piliers du tourisme. En revanche, le secteur des loisirs joue un rôle plus secondaire. Nous allons nous intéresser aux différentes activités touristiques.

2.2/ Définition des activités touristiques

Employant de nombreuses personnes à temps plein ou durant les pics de fréquentation, le tourisme est un secteur porteur à l'origine de métiers divers destinés à concevoir, vendre, distribuer et animer des voyages.

Face à une très forte concurrence internationale, le tourisme poursuit sa mutation technologique, et selon une méthode qu'on appelle le « yield management », s'appuie désormais sur l'informatique dans la gestion des disponibilités, des tarifications et des réservations en ligne.

Par ailleurs, ce secteur doit également répondre à une demande croissante en matière d'écologie et de développement durable, c'est pourquoi le tourisme équitable ainsi que l'écotourisme devraient se développer dans les années à venir.

On parle, en outre, de tourisme d'affaires qui concerne les déplacements à l'occasion de congrès, de foires, de salons, de séminaires, de colloques, et de voyages d'affaires individuels.

« Le Contrat d'Études Prospectives réalisé par la branche des professionnels du voyage en 2011 permet de distinguer trois grands types de tendances qui impactent et impacteront l'activité des agences de voyage et de séjours :

- *les tendances liées à des facteurs technologiques (dématérialisation tout en ligne, clients devenus coproducteurs, outils d'information-réservation intégrés, interactifs et performants) ;*
- *Les tendances liées à des facteurs sociologiques caractérisant le comportement des consommateurs (instantanéité /zapping, besoin d'être rassuré, sensibilité écologique, proximité, marchés pointus, rapprochement sphère professionnelle et sphère privée) ;*
- *Les tendances liées à des facteurs économiques (pression économique plus forte, globalisation et concentration des acteurs, extension des métiers). »* (Atout France, 2012, p.15)

2.3/ Description des différentes activités du tourisme

Le rapport Atout France (2012) présente l'analyse détaillée de neuf familles de compétences que nous allons présenter ci-dessous.

1-« *La stratégie et le développement de la structure : définir puis mettre en œuvre les orientations stratégiques de la structure et piloter l'activité générale.* » (Atout France, 2012, p.38)

2-« *Le management et la gestion des collaborateurs : définir et animer la politique de management de ressources humaines.* » (Atout France, 2012, p.38)

3-« *Le marketing : définir et animer la politique marketing (dont le e-marketing).* » (Atout France, 2012, p.39)

4-« *La commercialisation : définir et animer la politique commerciale de la structure.* » (Atout France, 2012, p.39)

5-« *La production et l'animation : concevoir le plan d'action du projet de développement du produit touristique.* » (Atout France, 2012, p.40)

6-« *La communication : définir et animer la politique de communication.* » (Atout France, 2012, p.40)

7-« *La qualité, la sécurité, l'environnement : intégrer dans la conduite des projets, et des chantiers de construction, les enjeux de développement durable à travers la Responsabilité sociétale des organismes (RSO) et la Responsabilité sociétale des entreprises (RSE).* » (Atout France, 2012, p.40)

8-« *Gérer et développer les différentes situations de la relation client (face à face, en ligne,...) : accueillir les clients et comprendre leurs attentes pour leur proposer le produit touristique correspondant à leurs besoins.* » (Atout France, 2012, p.45)

9-« *Concevoir les outils web de la politique commerciale : fonction de maîtrise d'ouvrage qui exprime les besoins fonctionnels (services attendus) des utilisateurs et la fonction de maîtrise d'œuvre qui intègre les nouveaux outils web dans le marketing et la commercialisation (e-tourisme, m-tourisme) en s'appuyant sur une bonne connaissance de ces outils et de leur potentiel lors de la conception d'actions commerciales.* » (Atout France, 2012, p.45)

2.4/ Les activités touristiques et hôtelières

De l'amélioration de l'offre à la promotion du territoire, en passant par la vente d'un voyage et les services proposés dans le cadre d'un séjour, l'évolution des modes de consommation dans le tourisme influence toute la chaîne des prestations.

Dans ce secteur, il est d'abord primordial d'entretenir des dispositifs de veille et d'analyse pour maintenir un équilibre entre l'offre et la demande touristiques en France et à l'étranger. Cet équilibre dépend en premier lieu de l'amélioration de l'offre à travers le développement des compétences en ingénierie au niveau des territoires et des entreprises, et la mise en œuvre, par le biais des ressorts du développement économique local, de stratégies touristiques territoriales nécessaires à la contextualisation de l'offre.

L'équilibre entre l'offre et la demande suppose ensuite la conception et le montage de projets d'investissement pertinents, ainsi que la recherche de partenaires et (ou) d'outils de financement adaptés.

Il peut en outre être réalisé par l'amélioration de la qualité (nouveaux classements des hébergements par exemple), et le développement des produits touristiques innovants ou plus adaptés aux clients (ville, plein air, aventure, bien être). Enfin, faire jouer les atouts du développement durable et accroître l'offre immatérielle en termes d'accueil (plus personnalisé) de formation et de services spécifiques contribue également à atteindre cet équilibre.

Attirer la clientèle en ciblant des marchés stratégiques constitue un facteur clé dans le développement d'une branche touristique. C'est dans cet objectif « *qu'Atout France a longuement analysé dans la « Stratégie de la Destination France 2010-2020 » toutes les clientèles à fort potentiel (jeunes et seniors des pays matures, nouvelles classes moyennes des pays émergents, etc.) et les cibles stratégiques (rencontres et événements professionnels, familles, « Village mondial »).* » (Atout France, 2012, p.13)

Dans un contexte où les fonctions marketing, vente et communication reposent en grande partie sur le web, toutes les enseignes aujourd'hui font appel aux nouvelles technologies pour promouvoir leurs offres. Tant en amont qu'en aval, celles-ci répondent aux besoins de leurs clients en leur donnant accès à des prestations de services touristiques via Internet (e-tourisme) comme les réservations, l'investigation des lieux ou la consultation d'avis de voyages en ligne. *« L'internet mobile (m-tourisme) sur smartphones ou tablettes numériques offrent, par ailleurs, immédiateté et mobilité pour l'accès à l'information et aux services tels que la contextualisation et la géo-localisation du voyage ou du séjour et la possibilité d'exprimer dans l'instantanéité un avis ou une demande. »*

La mutualisation des ressources et des compétences, les réorganisations et les synergies des réseaux professionnels du tourisme constituent des stratégies fréquentes d'optimisation des fonctions support (comme les services destinés à améliorer l'offre « packagée », la continuité de séjour, ...) en requérant des compétences managériales. » (Atout France, 2012, p.13)

« L'ensemble de ces tendances modifie sensiblement les conditions de travail ; il devient désormais nécessaire d'intégrer les nouvelles technologies aux modes traditionnels de production des services et d'approche client, de savoir piloter un compte de résultat, et gérer une équipe dans un objectif de performance tout en tenant compte des potentiels économiques locaux. » (Atout France, 2012, p.13-14)

Au-delà de ces tendances communes, des caractéristiques propres aux différents segments du secteur touristique et hôtelier :

- *« Les organismes locaux de tourisme (offices de tourisme, comités départementaux de tourisme, comités régionaux de tourisme) (...). Ces différents organismes locaux de tourisme exercent des fonctions très complémentaires sur les territoires. Les offices de tourisme ont un rôle d'accueil et de conseiller en séjour des touristes en « front office », tandis que les Comités Départementaux du Tourisme (CDT/ ADT / ADRT / ART) voient leurs missions évoluer. De simples structures de promotion, elles sont devenues des structures d'« accompagnement / assistance »* (Atout France, 2012, p.14)

- *« Les Comités Régionaux du Tourisme (CRT) jouent un rôle d'experts auprès des élus et des professionnels, de relais entre acteurs publics et privés, mais également d'observateurs, et de collecteurs de banques de données. Détenant des compétences à la fois stratégiques et opérationnelles, les CRT élaborent le schéma régional du développement touristique et des loisirs qu'ils soumettent ensuite à l'approbation des conseils régionaux. »* (...)

L'étude conclut comme suit les nouveaux rôles de ces trois acteurs : *« Ces trois acteurs, et en particulier les offices de tourisme, voient la dimension commerciale de leur activité s'accroître, les liens avec le développement économique local se renforcer, ce qui se traduit pour les CDT et CRT notamment, par le besoin de connaître le fonctionnement économique des collectivités et des entreprises touristiques. »* (Atout France, 2012, p.14)

Les agences de voyage et de séjours (les réceptifs) pour leur part, réalisent trois grands types d'activités : la production, la distribution, l'accueil.

La fonction d'une agence de voyages consiste principalement à vendre des offres et à conseiller les clients auprès desquels elle joue le rôle d'intermédiaire de services avec les différents prestataires (tour-opérateurs, compagnies aériennes, hôteliers, loueurs de voiture, assurances de voyages, etc.).

De leur côté, les tour-opérateurs achètent à prix négocié des prestations complémentaires auprès de différents fournisseurs (compagnies aériennes, hôteliers, autocaristes, restaurateurs, guides...) et propose leurs formules de séjour en version papier (via les agences de voyage) ou directement en ligne.

En tant que producteurs (tours opérateurs-TO), *« ils conçoivent et élaborent des voyages au forfait ou à la carte, tandis que les distributeurs assurent, via un réseau d'agences ou en interne, la vente de billets, d'hébergements et de forfaits (établis par eux ou par les TO), parfois accompagnée de prestations complémentaires (locations de voitures, assurance...) et de conseils. Les réceptifs, quant à eux, accueillent et prennent en charge les visiteurs sur le territoire national, et conçoivent également des produits touristiques, des excursions ou des séjours pour les agences de voyage françaises et étrangères. »* (Atout France, 2012, p.14-15) Les métiers de l'hébergement étant polyvalents dans les petits établissements indépendants, et très spécialisés dans les grands hôtels, les professionnels de l'hôtellerie sont chargés de satisfaire la clientèle en assurant l'accueil, l'entretien des chambres ou la gestion des réservations.

Dans les grands hôtels, le concierge a pour mission de faciliter le séjour des clients et de répondre à toutes leurs demandes, aussi originales soient-elles. Il joue le rôle d'intermédiaire entre les clients et les différents services de l'hôtel ainsi que les prestataires extérieurs.

Investi du rôle de gestionnaire, un directeur d'hôtel élabore le budget de l'établissement et fixe les objectifs financiers. En outre, il organise le travail des différents services et gère les ressources humaines en tant qu'ambassadeur et manager au sein de sa structure.

Par ailleurs, le réceptionniste accueille les clients et leur expose les différentes prestations offertes par l'hôtel. Il règle les questions administratives liées à leur séjour, répond à leurs requêtes en matière de loisirs et de sorties, et peut effectuer lui-même certaines réservations pour ses hôtes.

Enfin, le yield manager participe à l'élaboration de la grille des tarifs et doit assurer le meilleur taux de réservations en vue d'optimiser le chiffre d'affaires de son établissement. Pour ce faire, il peut, à titre d'exemple, réduire les prix en périodes creuses et proposer d'adapter les services de l'hôtel à la clientèle.

Le secteur de l'hébergement comprend les hôtels, les restaurants, les campings, et les gîtes. Les produits d'hébergement sont de moins en moins homogènes, et de plus en plus segmentés. *« Ces composantes de l'activité touristique nécessitent la maîtrise de stratégies hôtelières et de politiques commerciales adaptées. Selon les marchés ciblés, les types de gestion diffèrent et s'avèrent plus ou moins complexes. En outre, la taille de certaines structures (petits hôtels, hôtellerie de plein air) requiert une très forte polyvalence des salariés, notamment des dirigeants des structures. »* (Atout France, 2012, p.15)

« Les mobilités professionnelles, ne sont pas « naturelles » et ne se dérouleront pas sans investissements spécifiques. Elles nécessiteront, le plus souvent, une formation complémentaire, un accompagnement dans la prise de poste, un développement de savoir-faire en situation de travail, afin de permettre le plein et bon exercice du nouveau métier, du nouvel emploi. » (Atout France, 2012, p.26)

2.5/ Les qualités et les compétences requises

Le tourisme, quel que soit le secteur, suppose des qualités telles que l'écoute de la clientèle, une culture générale solide, la maîtrise de plusieurs langues étrangères (surtout l'anglais), un esprit curieux, ainsi que le sens de la communication, de l'accueil et de l'organisation. Certains métiers, cependant, requièrent des compétences supplémentaires, comme l'autonomie dans le cas des directeurs de programmation (négociation des marchés importants), ou encore des capacités de négociation et de conciliation pour les chefs de produit, qui sont non seulement responsable de la conception de voyages ou de séjours mais également des relations avec les autres services de leur établissement.

2.5.1/ La conception des voyages

Avant de vendre des séjours, il faut d'abord regrouper plusieurs prestations telles que les transports, hôtels, restaurants, guides, etc. Le voyageur anticipe donc les demandes de la clientèle, puis conçoit et construit ses offres de forfaits et rédige des brochures de vente.

Les tour-opérateurs comme Club-Med, Nouvelles Frontières, Look voyages, Fram Jet Tours, ou Thomas Cook constituent les premiers maillons de la chaîne du voyage. Au sein de ces organisations, la conception de produits touristiques consiste à imaginer et élaborer des séjours, des concepts, et des voyages du simple vol ou forfait, au genre (circuits, séjours, culturels, sportifs, exotiques...) en passant par le choix de l'hébergement, des transports sur place, des sites touristiques et la négociation de contrats. Après avoir trouvé des correspondants locaux, les tour-opérateurs comparent les conditions et les tarifs de différents hôteliers et compagnies de transports, puis montent les séjours (établissement d'un circuit, choix des hôtels, des sites touristiques...) et négocient enfin les contrats pour fixer un prix forfaitaire. Les produits touristiques ainsi conçus sont ensuite vendus aux agences de voyage ou directement aux consommateurs.

Si les métiers de la conception de voyages nécessitaient une grande mobilité par le passé, internet en a désormais bouleversé l'organisation. Proposés également par les collectivités locales (comités régionaux du tourisme, etc.), ces métiers s'exercent essentiellement en relation téléphonique ou par terminal avec les compagnies de transport, les différents prestataires de services et les correspondants locaux.

Le rôle majeur, dans cette branche, est attribué au chef de produit touristique, qui imagine les circuits et sélectionne les séjours offerts par les tour-opérateurs ou les agences de voyage. Participant également à l'élaboration des prix et des brochures, celui-ci est souvent chargé d'une ou plusieurs lignes de produits thématiques mais aussi de zones géographiques auxquelles il se rend pour trouver et tester des produits. Un chef de produit exerce ainsi un métier polyvalent qui, au-delà des compétences marketing et de gestion, requiert disponibilité et créativité pour lancer des produits attractifs et comprendre les nouvelles tendances.

La culture générale et la maîtrise de langues étrangères, notamment l'anglais, constituent également des compétences indispensables.

De l'élaboration du circuit aux arguments de promotion, le forfaitiste, quant à lui, conçoit des formules de voyage, et négocie avec les différents prestataires (hôtels, restaurants et compagnies de transport) afin d'obtenir les meilleurs tarifs. Subordonné au chef de produit, le forfaitiste doit privilégier rigueur et organisation pour gérer efficacement le planning. Sa

fonction de négociateur exige une bonne maîtrise des langues étrangères, particulièrement l'anglais, ainsi qu'une capacité à garantir la rentabilité des prestations.

Le tourisme de luxe et le tourisme d'affaires rencontrent récemment un grand succès en donnant naissance aux métiers de gestionnaires de séminaires, de créateur d'événements ou d'event managers.

2.5.2/ Distribuer les produits touristiques

Les distributeurs fournissent aux consommateurs des services divers tels que le conseil, l'expertise, la billetterie, l'hébergement, la location de voiture, des forfaits et des voyages à la carte dans les agences ou en ligne. Ces tâches sont attribuées aux agents de comptoir ou de réservation, aux attachés ou assistants commerciaux, aux chefs de produit ou aux responsables des ventes, qui doivent savoir cerner les besoins et les budgets du touriste pour rapidement trouver les meilleures prestations (qualité/prix).

Dans cette branche, le billettiste est celui qui édite les titres de transport (train ou avion) et tient un rôle de conseiller auprès des clients concernant les horaires et les tarifs. Proposé tant par les tour-opérateurs que par les agences de voyage, ce métier, qui repose essentiellement sur l'informatique, exige d'une part des qualités de rigueur et de réactivité (pour éviter toute erreur et traiter rapidement les demandes) et d'autre part une grande vigilance pour s'informer des changements de tarifs et des horaires, mais aussi des nouvelles destinations recherchées par la clientèle.

L'agent de comptoir, également appelé « agent ou conseiller de voyage » est chargé de recevoir, informer et conseiller les clients dans une agence de voyage. Sa mission consiste à vérifier les disponibilités des hôtels, des locations de voitures ou des vols, à effectuer les réservations et à éditer les billets. En sa qualité de conseiller, l'agent de comptoir doit être à l'écoute des exigences des clients (destination, type d'hébergement, activités souhaitées, etc.), et assez réactif pour leur apporter des réponses rapides et pertinentes. Dans la mesure où il réalise également des réservations, la rigueur est une qualité qui s'impose dans ce métier.

Par ailleurs, le directeur d'une agence de voyage est le professionnel responsable du chiffre d'affaires de la société. Il manage une équipe d'agents de voyage, composée le plus souvent d'au moins dix collaborateurs, et dans le cadre de ses fonctions, décide des produits à vendre, traite avec les fournisseurs, gère le budget de l'agence, assure le suivi comptable, juridique et documentaire des dossiers, organise et supervise le travail du personnel.

En plus des qualités de gestionnaire et de manager, ce poste nécessite un sens commercial développé, et par conséquent, une grande aisance relationnelle (facilité d'écoute et d'échange), un goût pour les défis, des compétences de négociateur, sans oublier la motivation et la persévérance.

Avant de prendre la direction d'une agence, il faut justifier d'au moins cinq ans d'expérience dans le secteur touristique dont trois ans en tant que cadre dans une agence de voyage, une association de tourisme agréée, ou un service de tourisme d'une entreprise de transport. Diriger une agence est une profession réglementée qui nécessite l'obtention d'une licence délivrée par la préfecture de région après vérification de certains critères tels que le niveau de formation (BTS au minimum), la garantie financière en cas de faillite et l'assurance responsabilité civile professionnelle.

Dans le tourisme, on ne peut dissocier les métiers de la production de voyages de la commercialisation ; si un chef de produit doit savoir vendre ses offres, il est fréquent que les responsables des ventes dans les agences de voyages entreprennent de créer leur propre agence.

En outre, le marketing constitue une part importante du secteur touristique où un diplôme de commerce généraliste est souvent un atout, même si une spécialisation et de l'expérience, ne serait-ce que par des stages, sont davantage mises en avant.

2.5.3/ L'animation et l'accueil

Au contact direct de la clientèle dans les offices de tourisme, les syndicats d'initiative, les villages de vacances, les parcs de loisirs ou encore les aéroports, les professionnels de l'accueil et de l'animation ont pour mission de mettre en valeur les prestations proposées aux touristes.

Cette branche du tourisme offre plusieurs métiers dont celui d'agent d'accueil qui est le premier interlocuteur des clients dans les offices de tourisme, les parcs de loisirs, les villages de vacances, les campings, les hôtels clubs, etc. Chargé d'accueillir, de renseigner et d'orienter les touristes, on lui confie généralement des missions d'animation et d'accompagnement de groupes (visites, excursions...), mais aussi de secrétariat et de commercialisation de prestations. Au reste, l'agent d'accueil participe parfois à la préparation et la réalisation de manifestations festives et culturelles. Cet emploi, souvent saisonnier, nécessite par ailleurs une bonne connaissance des régions visitées et une grande aisance relationnelle. Les visiteurs étant nombreux et souvent exigeants, l'agent d'accueil doit maîtriser plusieurs langues étrangères, et se montrer aimable et souriant en toutes circonstances.

Ce métier offre de nombreux débouchés dans les agences de voyage, les offices de tourisme ou encore les centres culturels, et permet une évolution professionnelle vers d'autres métiers de l'animation touristique.

Proche du métier d'agent d'accueil, la fonction d'accompagnateur de voyages consiste à prendre en charge des groupes de touristes lors de circuits touristiques ou de voyages de groupe. Il s'agit plus précisément de veiller au bon déroulement du voyage, de renseigner et guider les membres du groupe, et de jouer un rôle d'interlocuteur auprès des différents prestataires (hôtels et restaurants notamment). Dynamisme, disponibilité et sens de l'organisation s'imposent dans ce métier, pour éviter d'une part certaines situations comme la perte de bagages, l'éparpillement du groupe ou les retards, et de créer d'autre part une bonne ambiance au sein du groupe. Ces professionnels sont principalement sollicités par les tour-opérateurs, mais également par certaines grandes agences proposant des voyages au forfait.

En haut de la hiérarchie, le directeur d'office de tourisme est celui qui coordonne la politique de promotion touristique d'une ville ou d'une région. En relation constante avec les élus, il gère au quotidien le budget, l'organisation et les Ressources Humaines de son établissement. Il s'agit d'un poste clé qui comprend les fonctions de management, de gestion et d'élaboration de stratégies promotionnelles et communicationnelles, et nécessite par conséquent de nombreuses qualités comme le sens de l'organisation, l'aisance relationnelle, la curiosité, etc.

D'autre part, regroupés sous le terme général de Personnel Navigant Commercial (PNC), les hôtesses de l'air et les stewards, pour qui le port de l'uniforme est de rigueur, veillent au

confort des passagers lors d'un vol. Ils travaillent auprès d'une clientèle très diversifiée et sont chargés d'assurer la sécurité à bord et de fidéliser la clientèle à travers des prestations telles que les collations, l'écoute, les renseignements, etc.

En dépit de la tension et la fatigue, ce personnel doit toujours faire preuve d'amabilité envers les voyageurs et présenter une tenue irréprochable. Ce métier demande, en effet, endurance et disponibilité, dans la mesure où le PNC travaille en horaires décalés et irréguliers, cumulant de longues journées de travail suivies de plusieurs jours de repos.

Dans le secteur de l'hôtellerie, le réceptionniste est le premier interlocuteur de l'hôtel auprès des clients. Il doit de ce fait, être courtois, réactif, et discret et disposer d'une excellente présentation ainsi que d'une bonne connaissance d'une ou deux langues étrangères, notamment l'anglais. Exigeant des qualités similaires, le métier de concierge nécessite en outre une vaste culture générale pour pouvoir s'entretenir d'actualité, de politique, de sport ou d'économie avec les clients.

Le directeur d'hôtel, pour sa part, doit être disponible en permanence, tant pour ses équipes que pour les clients. Polyvalent, il s'occupe des questions financières, de l'accueil de clients importants, de la gestion des ressources humaines, et doit disposer d'une bonne forme physique et psychologique pour motiver ses équipes.

Le yield-manager, doit pour sa part maîtriser les techniques de commercialisation et de marketing, et posséder une grande rigueur, des qualités relationnelles affirmées et une bonne connaissance de l'anglais.

Il existe deux catégories de personnels dans le secteur du tourisme : les « réceptifs » et les « non-réceptifs ». Les « réceptifs » sont les agents de développement du tourisme local, chargés d'accueillir et d'accompagner les visiteurs. On trouve ces professionnels dans les structures d'accueil et les offices du tourisme. Pour vendre et promouvoir le patrimoine régional ou national, ils conçoivent des produits touristiques, des excursions, et des séjours destinés aux clients d'agences de voyage françaises et étrangères.

En France, les « réceptifs » travaillent dans plus de 3 400 structures dédiées à la promotion des régions, des départements (comités régionaux et départementaux de tourisme) et des villes de France (offices de tourisme). Leur mission consiste également à attirer les professionnels qui voyagent à l'occasion de congrès ou de séminaires. Par ailleurs, travailler dans un office de tourisme implique de communiquer avec les acteurs locaux tels que les hôtels, les restaurants, les commerçants, les professionnels de loisirs ou d'activités culturelles. Ces acteurs ainsi que les offices de tourisme participent généralement à l'organisation de festivals, de circuits de découvertes, d'expositions, etc. Aussi le directeur d'un office de tourisme doit savoir valoriser son patrimoine, défendre son environnement, et mettre en valeur le potentiel naturel, humain, et culturel de sa région.

Le paysage des flux touristiques se redessine : quels qu'ils soient, les secteurs d'activités du tourisme connaissent tous, à des degrés divers, une mutation certaine. Tandis que les évolutions technologiques s'accroissent, la demande touristique se caractérise par de nouveaux facteurs comme les changements des modes de consommation, des destinations et des besoins des clients.

2.6/ Les formations du tourisme

Très diverses, les formations dans le domaine du tourisme mettent en avant la culture générale, les langues étrangères, la relation client, la géographie, et de plus en plus, les nouvelles technologies.

Les métiers de la réception, de la réservation, de la billetterie et de l'accueil-information, longtemps directement accessibles aux bacheliers, requièrent désormais une formation complémentaire spécifique, pour se perfectionner notamment en anglais et en informatique. L'hôtellerie, comme la distribution touristique, recourt, en effet, à des systèmes de réservation informatiques de plus en plus complexes (une maîtrise parfaite du logiciel Amadeus : aérien, rail, hôtel et auto est notamment demandée) qui nécessitent des compétences adaptées.

Si le BTS reste le diplôme phare du secteur, de nombreux masters ont été créés pour répondre aux besoins des structures touristiques (voyagistes, comités régionaux du tourisme, groupes hôteliers, etc.), notamment en matière de management et de marketing.

Les formations existantes reposent sur un enseignement visant à transmettre des compétences aussi bien spécifiques que générales pour l'exercice des fonctions d'encadrement. Ces formations sont connectées au monde professionnel par un corps enseignant dont la moitié se compose de professionnels en activité, d'ailleurs fortement impliqués dans l'insertion des nouveaux diplômés dans le monde du travail. Cette insertion est, en effet, possible à travers des stages (24%) et les réseaux informels créés par les intervenants (20%). Ces formations emploient 8% de professionnels étrangers, et s'adressent à un public varié dont 22% d'étudiants internationaux.

Selon l'étude Atout France 2009, les deux facteurs prédominants dans la création des formations tourisme depuis 2000 résident dans la nécessité de répondre d'une part aux besoins des professionnels du tourisme et d'autre part, à la demande économique et régionale.

Les cinq domaines de spécialité proposées par ces formations comprennent d'abord les deux secteurs majeurs de « *la conception/promotion d'une offre touristique et de l'aménagement de territoires à vocation touristique (14,80%), l'organisation de voyages / de produits touristiques (14,10%), et enfin la valorisation et l'exploitation du patrimoine culturel et naturel ainsi que les loisirs (12,50%).* » (Atout France, 2009, p.42)

Généralement, l'intérêt porté par les étudiants à l'un de ces secteurs joue un rôle décisif dans leur choix d'orientation vers ces formations, où l'on acquiert aussi bien des compétences propres au tourisme que les compétences relatives à l'encadrement.

Selon le rapport Atout France (2009) :

« 13% des étudiants déclarent détenir les compétences nécessaires à l'élaboration et la conception des produits et des services liés au tourisme et aux loisirs.

12% se disent capables de gérer, suivre et évaluer les projets.

11% estiment que les compétences acquises à l'issue de la formation consistent à définir une stratégie marketing/commerciale.

8% d'entre eux pensent effectuer un diagnostic.

Enfin, 7% déclarent maîtriser les outils de communication, en particulier les nouvelles technologies ainsi que les langues étrangères. » (Atout France, 2009, p.43)

Ainsi, ces formations visent principalement « *les métiers de chef de produit ou chef de projet (15,6%), de manager d'une entreprise ou de gestionnaire d'une structure d'accueil (14 %),*

de responsable / Chargé de marketing ou Communication / Promotion (8,4%), et enfin de Commercial / métiers de la distribution (6,1%). » (Atout France, 2009, p.44)

À l'issue des formations tourisme, les étudiants se tournent souvent « vers l'hôtellerie (17%), mais également vers d'autres secteurs comme la conception/ promotion d'une offre territoriale (14%) ; l'organisation de voyages / de produits touristiques (13%) ; l'aménagement du territoire touristique (11%) et la restauration (7%). » (Atout France, 2009, p.57)

Les jeunes diplômés occupent donc des postes variés en tant que gestionnaires d'une structure d'accueil (15%), chargés de projet (14%), chefs de produit (13%), responsables de communication et managers au sein d'une entreprise (10%), commerciaux (8%), responsables marketing (7%), employés dans les ressources humaines (4%) et interprètes (3%). » (Atout France, 2009, p.56)

Le secteur privé reste le principal employeur des diplômés des filières tourisme, qui peuvent également s'orienter vers les carrières internationales (8%). (Atout France, 2009, p.91)

Les formations tourisme visent à développer six compétences essentielles au secteur : d'un côté celles qui relèvent du savoir-être, c'est-à-dire l'adaptabilité et la réactivité ; la créativité ainsi que l'aisance relationnelle, et de l'autre côté, celles qui concernent le savoir-faire, autrement dit « *la maîtrise des langues étrangères, des nouvelles technologies relatives au tourisme et des techniques de revenu management et yield management.* » (Atout France, 2009, p.70)

Le yield management requiert un diplôme d'école de commerce ou un master de gestion hôtelière, ainsi qu'une expérience dans le secteur de l'hôtellerie (comme chef de réception, par exemple). Les yields managers sont souvent employés par les chaînes hôtelières et les hôtels de standing, mais également par les compagnies aériennes et les tour-opérateurs.

Le métier de chef de produit touristique est accessible après un cursus de cinq ans dans une grande école de commerce, un master professionnel en tourisme ou une formation en management de la production et de la commercialisation des produits touristiques proposée par l'ESCAET (École Supérieure de Commerce et d'Administration des Entreprises de Tourisme). Débutant en tant qu'assistants chefs de produits chez les voyagistes, les jeunes diplômés peuvent également être titulaires d'un Brevet Technicien Supérieur (BTS) spécialité « ventes et productions touristiques », d'une licence dans le domaine touristique, juridique, économique ou commercial, ou d'un diplôme d'école spécialisée.

Les formations tourisme peuvent débuter par un diplôme bac + 2, comme le BTS tourisme. A l'université, on peut ensuite se spécialiser en préparant une licence professionnelle (bac + 3) : en hôtellerie et tourisme spécialité distribution touristique (université Panthéon-Sorbonne) ou en hôtellerie et tourisme gestion touristique et hôtelière, coordinateur de l'action touristique locale et du développement durable des territoires.

Le métier d'hôtesse de l'air ou de steward nécessite l'obtention du baccalauréat, et une bonne maîtrise de l'anglais, ou d'autres langues suivant les pays desservis, tandis qu'une expérience dans une activité commerciale, hôtelière ou à l'étranger constitue un atout considérable.

Une attestation d'aptitude médicale délivrée par un centre spécialisé étant indispensable, les compagnies aériennes forment leur personnel selon leurs propres critères. Elles organisent des journées de sélection pour recruter les nouveaux stagiaires qu'elles préparent ensuite au certificat obligatoire de formation à la sécurité, composé d'une partie théorique et d'une partie

pratique (épreuves de natation, de secourisme et de sécurité sauvetage). Ce certificat n'est pas cependant pas requis pour intégrer une compagnie étrangère.

En revanche, aucun diplôme n'est exigé pour exercer la profession d'accompagnateur de voyages, qui est néanmoins plus facilement accessible à travers un BTS animation et gestion touristiques locales, d'une durée de deux ans après le baccalauréat.

Recrutant dans des secteurs aussi divers que le marketing, la communication, l'administration, etc., les offices de tourisme attribuent les postes à responsabilités (directeurs...) aux personnes ayant suivi une formation de niveau élevé (bac + 5).

Concernant le métier de concierge, un cursus bac+2 est généralement recommandé. L'Institut de Conciergerie Internationale, école privée établie à Paris, assure une préparation spécifique de concierge d'hôtel. Cet établissement recrute à bac+2 ou au niveau bac, une expérience professionnelle étant exigée. Afin de répondre aux besoins spécifiques de formation en hôtellerie, l'Union Nationale des Concierges d'Hôtels « les Clefs d'Or France », qui regroupe les concierges professionnels des grands hôtels, a récemment mis en place une formation certifiée niveau bac, spécialement dédiée au métier de concierge d'hôtel, en partenariat avec le lycée public des métiers de l'hôtellerie et du tourisme d'Occitanie de Toulouse.

Par ailleurs, si la fonction de directeur d'hôtel ne requiert pas de formation spécifique, certains diplômes peuvent en faciliter l'accès. À titre d'exemple, un BTS hôtellerie-restauration, option mercatique et gestion hôtelière permet de débiter dans le secteur, puis d'évoluer jusqu'au poste de directeur.

Le « Certificat d'Aptitude Professionnelle services hôteliers », d'une durée de deux ans après la classe de troisième, constitue un premier niveau de formation pour devenir réceptionniste dans une petite structure, mais il est préférable d'obtenir au moins le niveau bac pour accéder à cette profession. Le baccalauréat technologique hôtellerie, d'une durée de trois ans après le collège, donne accès en un an à la mention complémentaire d'« accueil réception » correspondant au niveau bac+1. Les grandes chaînes hôtelières sont, en outre, le débouché principal pour les réceptionnistes débutants.

Section 3 : Le développement du tourisme médical

Associé au secteur médical, le tourisme se caractérise désormais par une forte diversité. C'est pourquoi nous allons à présent nous intéresser au développement du tourisme médical, que nous étudierons d'abord au niveau mondial, avant d'évoquer le cas de la Thaïlande et du Maroc où ce secteur est en pleine expansion.

3.1/Le tourisme médical au niveau mondial

Selon Charles Garcia Atles (2005), « *le tourisme médical recouvre une réalité complexe en raison des nombreuses pratiques induites par le secteur de la santé.* » (L. et W. Menvielle, 2010, p.111).

À titre de rappel, le tourisme médical est entendu comme le déplacement dans un pays autre que le pays de résidence afin de bénéficier de soins à moindre coût et de meilleure qualité.

En outre, le touriste médical ou le patient international « *se définit comme un patient nécessitant une intervention chirurgicale plus ou moins importante et désireux de partir à l'étranger pour bénéficier de soins.* » (L. et W. Menvielle, 2010, p.111)

Celui-ci utilise l'infrastructure complète du tourisme mise à sa disposition en recourant aux voyages, à l'hébergement ou aux agences de voyage spécialisées.

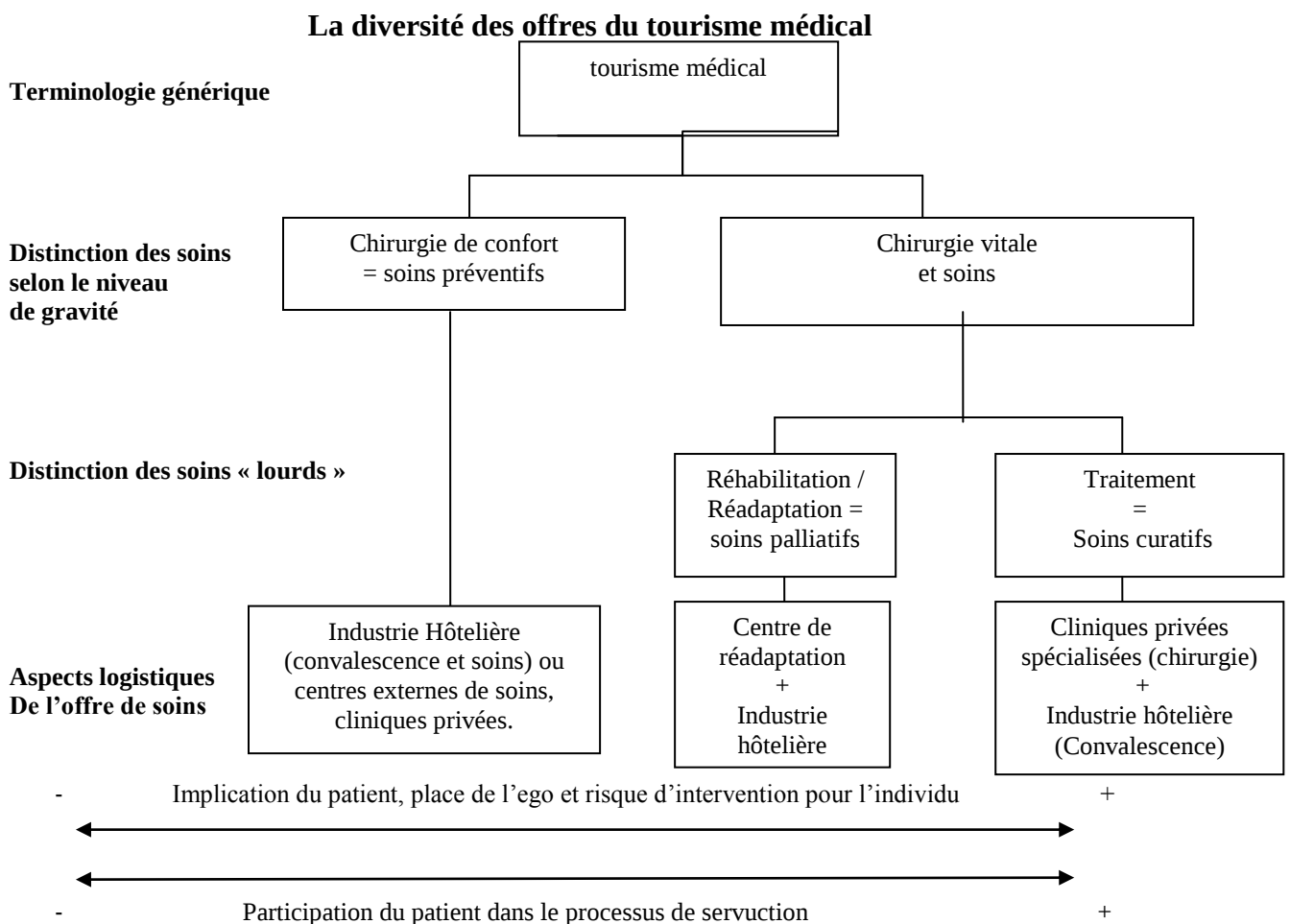
Si ce phénomène est ancien, le développement des transports et la proximité des frontières ont rendu ce marché lucratif dans les années 1980. Le tourisme médical s'organise principalement

autour de deux catégories : d'une part, le tourisme médical de bien-être visant à répondre à des besoins esthétiques ou de confort à travers des offres comme les chirurgies esthétiques, ou des soins préventifs (spa, thalassothérapie), et d'autre part, le tourisme médical vital, uniquement destiné aux soins.

Celui-ci peut prendre deux formes :

- le tourisme médical de réhabilitation qui comprend des soins médicaux généraux destinés à traiter certains problèmes comme la dépendance au tabac, à l'alcool, ou à la drogue.
- le tourisme opératoire, qui requiert un établissement médical entièrement équipé et doté d'un personnel très qualifié.

Nous pouvons illustrer les composantes du tourisme médical par le schéma ci-dessous :



Source : L. et W. Menvielle, 2010, page 112

Selon une étude de Deloitte, le tourisme médical est un secteur particulièrement florissant qui représente 60 milliards de dollars, soit 4% du marché touristique mondial en 2008.

On parle de tourisme médical organisé lorsque l'ensemble des prestations de services associant soins et services touristiques sont organisées par une agence, et de tourisme non organisé lorsque le patient s'adresse directement aux prestataires de services médicaux locaux (médecins, cliniques) pour préparer son séjour.

Le tourisme médical organisé connaît une forte croissance dans le monde en ce qu'il facilite l'accès aux services recherchés, et offre plus de garanties aux patients étrangers quant à la qualité des prestations rendues, notamment lorsque l'agence de tourisme médical bénéficie des agréments nécessaires.

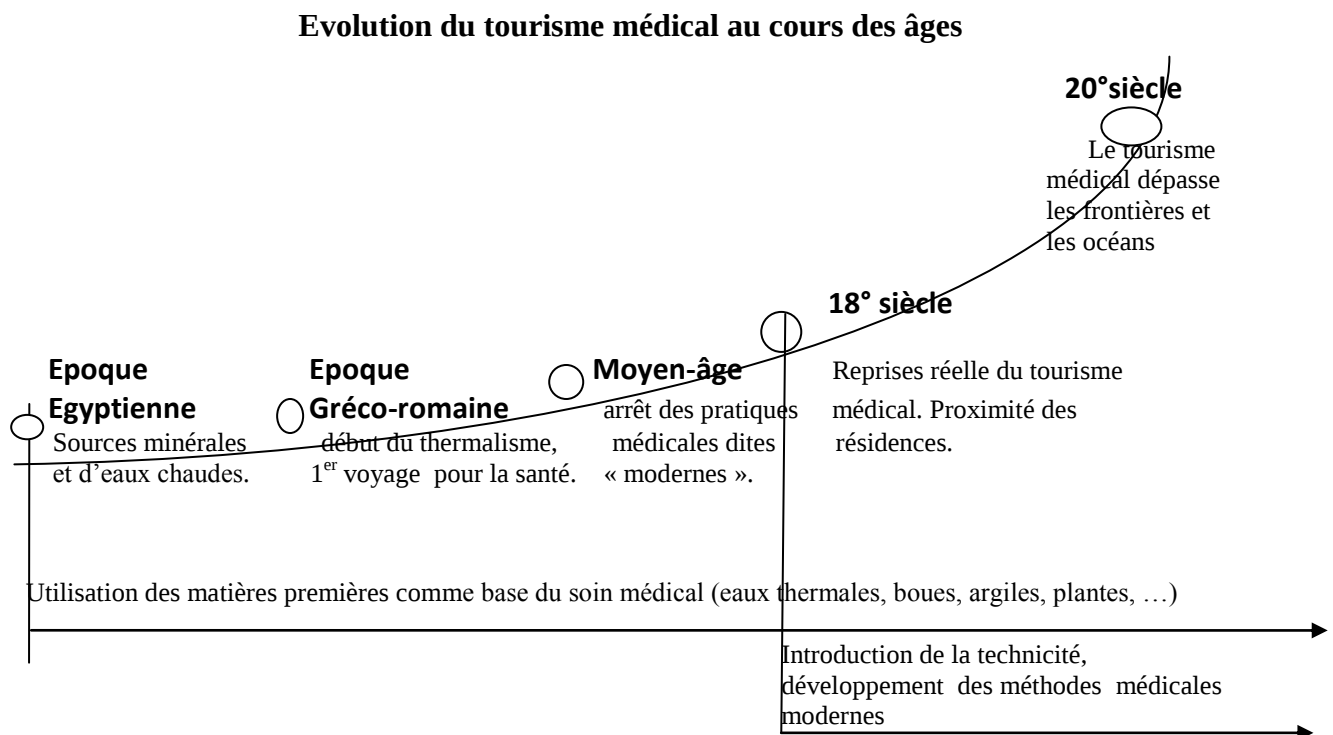
Les soins esthétiques et de bien-être, et de plus en plus les pathologies lourdes (orthopédie, cardiologie, cancérologie) sont les spécialités les plus demandées.

Contrairement à ce qu'on pourrait penser, le tourisme médical n'est pas un concept nouveau. Les Égyptiens ont été les premiers à recourir aux vertus curatives de l'eau de mer pour soigner les douleurs et les troubles de santé, tandis que la tradition du thermalisme et l'exploitation des sources minérales remontent jusqu'à la civilisation grecque et romaine.

Selon Smith et Kelly (2006), « *c'est l'une des plus anciennes formes de tourisme au regard des centres d'intérêt que les Romains et Grecs allouaient à leur apparence* ». (L. et W. Menvielle, 2010, p.110)

Dans la Grèce antique, des pèlerins convergeaient de toute la Méditerranée pour se faire soigner au monastère du « dieu médecin » Asclépios, à Epidaure, où exerçaient des médecins très réputés.

En Europe, on redécouvre au XVIII^{ème} siècle les vertus du thermalisme, dont l'évolution est représentée par la figure ci-après :



Source : Loïk Menvielle et William Menvielle, 2010, p.110

De nombreux facteurs ont permis de développer le tourisme médical comme les coûts élevés des soins de confort (la chirurgie esthétique, dentaire, ...) non remboursés par les assurances maladies publiques dans les pays à haut revenu, même s'il existe une liste d'attente dans certains pays comme l'Angleterre, l'accessibilité des voyages, y compris les longs courriers,

l'amélioration du standard médical dans les pays récepteurs de touristes médicaux couplée à un taux de change avantageux, et enfin le développement d'internet.

L'Organisation Mondiale du Tourisme collecte des statistiques sur le tourisme médical. Le tableau ci-dessous représente une analyse globale du tourisme médical dans le monde à travers un classement géographique :

Rank	Country	Inbound medical tourists	Source	Average value (USD)	Total value (USD)
1	Thailand	673,000	Department of Health Service Support (adjusted)	1,000	950,000,000
2	USA	500,000	Deloitte and Touche (adjusted)	3,000	2,400,000,000
3	Malaysia	350,000	Malaysia Healthcare Travel Council (adjusted)	500	200,000,000
4	South Africa	300,000	Southern African Migration Programme	1,000	370,000,000
5	Poland	275,000	Polish Association of Medical Tourism	1,000	330,000,000
6	South Korea	230,000	Korea Tourism Organisation (adjusted)	1,000	280,000,000
7	Singapore	200,000	Singapore Tourism Board (adjusted)	1,000	230,000,000
8	Turkey	200,000	Ministries of Health, Economy, Tourism (adjusted)	1,000	370,000,000
9	India	140,000	Ministry of Tourism	1,000	125,000,000
10	Hungary	100,000	Hungary Tourism Ltd (adjusted)	5,000	400,000,000
11	Jordan	100,000	Jordan Hospitals Association (adjusted)	5,000	425,000,000
12	Taiwan	100,000	Taiwan External Trade Development Council	1,000	100,000,000
13	Philippines	70,000	Department of Tourism (adjusted)	5,000	340,000,000
14	Mexico	70,000	Health Digital Systems	5,000	300,000,000
15	Germany	70,000	German National Tourist Board (adjusted)	5,000	275,000,000
16	UAE	65,000	Dubai Healthcare City	5,000	200,000,000
17	UK	63,000	Office of National Statistics	5,000	200,000,000
18	Costa Rica	55,000	PROMED	1,000	300,000,000
19	Brazil	50,000	Press report - Not validated	5,000	150,000,000
20	Belgium	50,000	Healthcare Belgium/Observatory on Patient Mobility	3,000	81,000,000
21	Slovenia	35,000	Slovenian Association of Medical Tourism	2,000	50,000,000
22	Iran	30,000	Iran Tourism Organisation	5,000	100,000,000
23	Cuba	20,000	Servimed	3,000	60,000,000
24	Switzerland	20,000	Gottlieb Duttweiler Institute/Swiss Statistics Office	2,000	40,000,000
25	Colombia	18,000	K. Eckland	4,000	68,000,000

Source : Tableau communiqué par l'Organisation Mondiale du Tourisme, Madrid, déc. 2014

Avec des pays comme la Malaisie, la Corée du Sud, Singapour, la Turquie, l'Inde, la Jordanie, Taiwan, les Philippines, l'Iran, et surtout la Thaïlande qui se place en tête de classement, l'Asie occupe la plus grande part du marché. L'Europe remporte la seconde position grâce à

la Hongrie, l'Allemagne, l'Angleterre, la Belgique, la Slovénie, la Suisse, et notamment la Pologne, classée cinquième destination mondiale du tourisme médical.

Les États-Unis, le Mexique, le Costa Rica, le Brésil, Cuba et la Colombie étant les seuls pays ouverts à ce type de tourisme, l'Amérique vient en troisième position.

Respectivement représentés par les Émirats Arabes Unis (16^{ème} du classement) et l'Afrique du Sud (4^{ème} position), le Moyen-Orient et l'Afrique occupent la dernière position de ce classement.

Contre toute attente, la France, comparable à la Thaïlande en termes de superficie et de population, ne figure pas dans ce classement, ce qui nous conduit naturellement à nous interroger sur les raisons d'une telle omission.

3.2/ Le tourisme médical en France

3.2.1/ Les avantages du tourisme médical

En France, où l'on considère les soins comme un bien public et non un service marchand, le tourisme médical est une activité taboue, notamment parce qu'il est destiné à une patientèle aisée. Cependant, le travail réalisé par l'économiste Jean de Kervasdoué en juin 2014 est susceptible de faire évoluer ce secteur en permettant à la France de rattraper son retard.

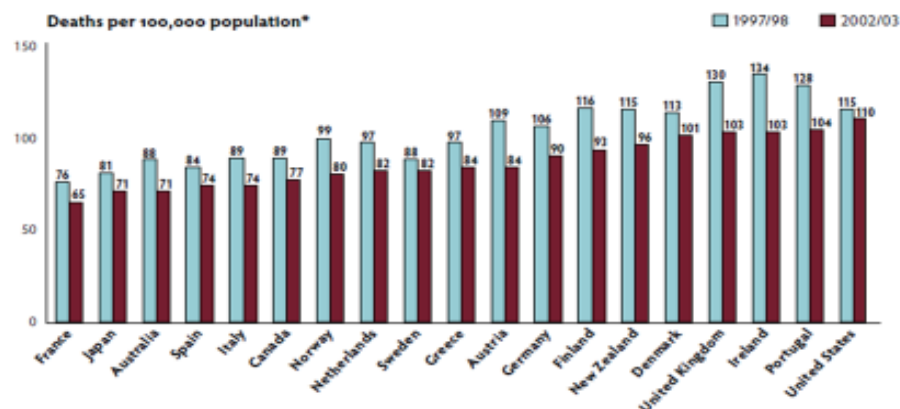
Selon cet auteur, « *l'apparition de la demande internationale de soins de qualité* » (Jean de Kervasdoué, 2014, p.6) peut contribuer à rééquilibrer le déficit du secteur hospitalier en France, autrement dit à renflouer les caisses des hôpitaux. En effet, le tourisme médical permettrait à la France d'atteindre un chiffre d'affaires de 2 milliards d'euros et 300 000 emplois en cinq ans, tout en renforçant sa notoriété et l'entrée des devises.

« *L'excellence de la médecine* » (Jean de Kervasdoué, 2014, p.18) fait la réputation de la France qui dispose d'un système de santé efficace accessible aux plus démunis, notamment à travers la Couverture Maladie Universelle (CMU). La renommée de la médecine française tient également à la maîtrise de la chirurgie, si bien que des centres de formations ont été créés pour diffuser le savoir-faire français (IRCAD, Ecole Européenne de chirurgie, Gustave Roussy, etc.).

Également reconnue pour son accessibilité, la France accueille gratuitement les patients étrangers lorsque les soins demandés ou les compétences adéquates n'existent pas dans leur pays d'origine. Ce type de tourisme représente 5,3% des cartes de séjours temporaires délivrés par la France, ce qui correspond à 6 000 nouvelles cartes et 20 000 cartes renouvelées. (F.Chièze, O.Dièderichs, M.Vernes, R.Fournalès, 2013, p.5)

Selon le classement de l'Organisation Mondiale de la Santé, la France offre le meilleur système de santé au monde. Première destination touristique mondiale, elle est également classée troisième en termes de revenus, juste après les États-Unis et l'Espagne.

Les équipes médicales se sont principalement développées grâce aux spécialités à forte valeur ajoutée comme la cancérologie, l'orthopédie, la cardiologie, l'ophtalmologie, les maladies digestives, la radiologie, etc.



* Countries' age-standardized death rates before age 75; includes ischemic heart disease, diabetes, stroke, and bacterial infections. See Appendix 8 for list of all conditions considered amenable to health care in the analysis.
 Data: E. Nolte and C. M. McKee, London School of Hygiene and Tropical Medicine analysis of World Health Organization (WHO) mortality files (Nolte and McKee 2008).
 Source: Commonwealth Fund National Scorecard on U.S. Health System Performance, 2008

Ce diagramme, comparant la performance des équipes médicales concernant les pathologies précédemment citées, prend principalement en compte :

- la notoriété internationale des médecins et de l'établissement,
- les publications scientifiques,
- l'utilisation des nouvelles techniques,
- l'innovation diagnostique et thérapeutique,
- la qualité de la prise en charge du patient.

Si les États-Unis devancent légèrement la France, quatre-vingt dix-huit équipes françaises ont été classées les meilleures parmi trois cent quatre-vingt équipes internationales, résultat qui a été maintenu jusqu'en 2003. L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris est d'ailleurs reconnue pour l'excellence de son personnel médical.

La France est à l'origine de nombreuses interventions dénommées des « *premières mondiales* » (Jean de Kersvadoué, 2014, p.20) : chirurgies reconstructrice, esthétique et cardiaque. Ce savoir-faire a conduit à la création de centres de formation tels que l'Institut de Recherche contre le Cancer de l'Appareil Digestif, l'École Européenne de Chirurgie, ou Gustave Roussy. Le progrès médical réalisé en France encourage en outre la spécialisation des équipes médicales en centralisant les services de soins.

À titre d'exemple, Gustave Roussy, centre de lutte contre le cancer établi à Paris, forme de nombreux spécialistes étrangers qui le recommandent à leurs patients lorsqu'ils retournent dans leur pays d'origine.

La France dispose également d'excellentes équipes de recherche, composées dans certains instituts hospitalo-universitaires de chercheurs, d'universitaires et de médecins étrangers mondialement reconnus. La qualité et le progrès de la médecine française tiennent, en effet, aux compétences des équipes médicales mais aussi à la nature des soins pratiqués. D'autres centres de recherche comme l'INRA, l'INSERM, le CNRS et l'Institut Pasteur disposent également d'équipes médicales au savoir-faire incontestable, tandis que plusieurs

organisations humanitaires de renommée mondiale ont été créées telles que médecins sans frontières, médecins du monde et d'autres. L'ensemble de ces facteurs font selon Jean de Kersvadoué la réputation des « *French doctors* » (J. de Kersvadoué, 2014, p.20) qui se précise particulièrement dans le domaine de l'humanitaire.

Cette notoriété s'étend même à certaines compagnies d'assurance comme « *Axa Assistance, Europe Assistance, et Mondiale Assistance.* » (J. de Kersvadoué, 2014, p.20)

En outre, la France offre des tarifs compétitifs par rapport à l'Allemagne, la Suisse, le Canada, et plus particulièrement les États-Unis. À titre d'exemple, « *le prix d'une opération de Bypass est de 22212\$ au Canada, de 11618\$ en Suisse, de 27237\$ en Allemagne et en France 16325\$ alors qu'aux Etats-Unis cela représente 37793\$.* » (J. de Kersvadoué, 2014, p.21)

Le tableau ci-dessous détaille la différence des prix pratiqués en France et à l'étranger :

Comparaison de prix des prestations

Table I. Cross-national comparison of prices paid by private health plans for selected procedures or products in 2009

	Canada	France	Germany	Switzer-land	USA		
					Low	Average	95th Percentile
CT scan: head	\$65	\$179	\$287	\$360	\$82	\$464	\$1430
MRI scan	\$304	\$398	\$632	\$874	\$509	\$1009	\$2590
Normal delivery ^a	\$2667	\$3768	\$2147	\$3485	\$6379	\$8435	\$13 799
Appendectomy ^a	\$3810	\$2795	\$3285	\$2570	\$7758	\$13 123	\$25 344
Coronary bypass surgery ^a	\$22 212	\$16 325	\$27 237	\$11 618	\$37 793	\$9 770	\$126 182
Angioplasty ^a	–	\$7666	\$6055	\$5223	\$18 283	\$29 055	\$60 448
Hip replacement ^a	\$10 753	\$12 629	\$15 329	\$6683	\$21 247	\$34 454	\$75 369
Nexium	\$32	–	\$136	\$69	\$167	\$186	\$339
Plavix	\$76	\$15	\$99	\$59	\$148	\$152	\$161

^aPhysician and hospital fees combined.

Source: International Federation of Health Plans, 2010 Price Comparisons—Medical and Hospital fees by Country.

Source : U. Reinhardt, « Divide et Impera... » *Health Economics* 21:4-54 (2012)

Cette compétitivité des tarifs bénéficie à de nombreuses cliniques privées à Paris : par exemple, « *l'institut Gustave Roussy augmente ses revenus bruts annuels (treize millions d'euro) grâce à cette patientèle riche qui sont facturés à des prix supérieurs de 36% ceux définis par le ministère de la santé (...).* » (J. de Kersvadoué, 2014, p.22)

Cette patientèle étrangère provient principalement des pays du golfe, à l'exception de l'Hôpital Américain de Paris qui accueille des nationalités diverses. Elle représente, d'autre part, « *35% de patients non-affiliés à la sécurité sociale, dont 29% sont issus de pays arabes (Maghreb, Moyen-Orient), 18% d'Afrique, 17% d'Europe (Angleterre, Portugal et Suisse) et d'Amérique du Nord, 9% du Japon, et 3% d'Asie et de Russie.* » (J. de Kersvadoué, 2014, p.23)

3.2.2/ Les limites du tourisme médical

Toutefois, si le tourisme médical en France présente des atouts, il comporte également cinq inconvénients d'ordre administratif et juridique.

- Dans des établissements comme ceux de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, établir un devis à une patientèle étrangère prend au moins trois jours en France, et seulement 1 heure en Allemagne. Force est de constater ainsi la nécessité de faire appel à un prestataire spécialisé pour réduire le temps d'attente, et de favoriser une étroite collaboration entre les équipes administratives et médicales, comme il est déjà le cas en Allemagne.

En effet, les établissements médicaux allemands disposent d'une filiale commerciale qui permet de répondre immédiatement aux patients étrangers, et de leur proposer rapidement des formules de séjours lorsque le devis est accepté. Les patients souhaitent une formule tout compris (package de services) : du jour de son départ jusqu'au jour de son arrivée. Cette gestion des prestations facilite le remboursement immédiat d'un trop perçu, ce qui prend généralement un mois à l'APHP où l'ordonnateur travaille indépendamment de la comptabilité.

- D'autre part, l'obtention d'un visa requiert une procédure longue qui dure au moins une semaine.

- De plus, soumises aux prescriptions déontologiques du conseil de l'ordre, les équipes médicales ne peuvent faire la publicité de leurs activités, ce qui limite leur visibilité internationale. Pour pallier ce problème, quelques connaissances en anglais et internet donnent aujourd'hui accès à toutes sortes d'informations relatives aux établissements médicaux dans le monde.

Du reste, de nombreux médecins contournent cette interdiction en exerçant dans des cliniques privées.

- Les locaux étant souvent détériorés et anciens, la qualité de l'hôtellerie et de la restauration des établissements médicaux ne répond pas aux attentes de la patientèle étrangère visée. En France, aucun établissement ne correspond au standard international en termes de confort, même si certaines chambres particulières restent acceptables. De plus, les patients doivent se charger eux-mêmes de chercher des prestations hôtelières haut de gamme avant et après leur hospitalisation. Un rapprochement des structures hôtelières et hospitalières serait pourtant un atout considérable pour satisfaire une patientèle exigeante, en suivant l'exemple de l'hôpital BIMC associé avec l'hôtel Marriott à Bali.

- Enfin, la faible maîtrise de l'anglais par le personnel hospitalier peut dissuader les étrangers de venir en France, d'autant plus que le portail numérique de l'AP-HP n'existe qu'en français. L'Allemagne, de son côté, a évité cet écueil en mettant en place un accueil individualisé multilingue destiné à sa patientèle arabe.

La France peut néanmoins combler ces lacunes, à condition, selon certains économistes, de créer dans un premier temps un Établissement Public à caractère Industriel et Commercial (EPIC) sous le nom de « MEDICAL France » dont le rôle sera de promouvoir et d'organiser la prise en charge des patients étrangers.

La mise en place d'un label capable d'accueillir les patients étrangers pour les hôpitaux pourrait en renforcer l'attractivité, tandis que la traduction des portails numériques vers cinq ou six langues étrangères (Arabe, Anglais, Espagnol, Russe, Chinois) leur facilitera l'accès à l'information. Simplifier les procédures de visas pour les délivrer en 24 heures, à l'exemple de l'Allemagne, lèverait en outre un obstacle majeur pour les patients. Enfin, l'amélioration de la qualité hôtelière et la restauration des hôpitaux, ainsi que la création d'hôtels de luxe peuvent fortement contribuer à l'expansion de ce secteur.

En somme, le tourisme médical en France vise en premier lieu une patientèle fortunée, capable de supporter des coûts élevés. À la recherche de services de qualité, celle-ci s'adresse aux établissements mondialement reconnus, accessibles aujourd'hui à travers internet. Par ailleurs, la Thaïlande constitue un élément de comparaison intéressant, d'abord parce qu'elle est classée première destination du tourisme médical, et ensuite parce qu'elle est comparable à la France en termes de superficie et de population.

3.3/ Le tourisme médical en Thaïlande

	Population (Millions)	Superficie (Milliers km)	PIB (milliards USD) (2011)	PIB/Habitants (USD) (2012)
Thaïlande	67,4	514	315	10300
France	66,2	547	2808	36100

Source : J. de Kersvadoué, 2014, p.39

Le Produit Intérieur Brut, indicateur économique de la richesse produite sur un territoire, est en France neuf fois plus élevé qu'en Thaïlande, tandis que le rapport Produit Intérieur Brut par habitant, destiné à mesurer le niveau de vie des habitants, est seulement 3,6 fois plus élevé.

Selon le ministère du tourisme, la Thaïlande a attiré 500 000 patients internationaux en 2000, et 2 millions en 2012, ce qui a généré d'après le ministère du commerce un chiffre d'affaires de 140 milliards de THB (soit 391 Milliards d'euro).

Année	Nombre de touristes médicaux	Revenu (milliards THB)
2007	1 420 000	37,3
2012	2 530 000	70

Source : J. de Kersvadoué, 2014, p.40

Ce chiffre d'affaires est composé de 70 milliards de revenus directs attribuables aux hôpitaux privés, et 70 milliards de revenus indirects, dont 36% proviennent de l'hôtellerie et de la restauration, et 14% d'autres services comme les massages, etc. D'un montant de 200 à 300 euros par mois, le salaire du personnel de soins dans les cliniques privées est supérieur au salaire moyen du pays, ce qui incite les Thaïlandais à travailler dans ce type d'établissement. (W. et L. Menvielle, 2013, p.157)

Le tableau ci-dessous détaille cette répartition de revenus :

Hôpitaux privés	70 milliards THB	50%
Hôtels, restaurants	50 milliards THB	36%
Massage, Spa	20 milliards THB	14%
TOTAL	140 milliards THB	100%

Source : J. de Kersvadoué, 2014, p.40

Selon l'office national des statistiques thaïlandais, la répartition des qualifications du personnel médical joue un rôle important dans les structures hospitalières dont le personnel soignant (médecins chefs, spécialistes, dentistes, infirmières) constitue 56,3%, les techniciens (techniciens de laboratoire, techniciens d'imagerie médicale, etc.) 36,9% et les managers 6,8% de l'effectif total.

Ces pourcentages correspondent aux chiffres figurant dans le tableau ci-dessous :

Personnels hôpitaux	TOTAL	
	Nombre	Pourcentage
Personnel direction	9635	6,8
Personnel Médical	79843	56,3
Personnel technique	52221	36,9
TOTAL	141699	100

Source : J. de Kersvadoué, 2014, p.41

D'après cette même source, l'offre hospitalière en Thaïlande se caractérise par ses coûts, comprenant les frais médicaux et les dépenses annexes.

Principalement destinées à couvrir les gratifications attribuées aux médecins (42%) et les coûts des soins (31%), les dépenses médicales incluent également les équipements médicaux, la radioscopie, et les laboratoires.

Dépenses liées aux soins	Pourcentage
Dépenses médicales	31,3
Equipements	10,9
Radio	1,1
Laboratoires	4,7
Nutrition	2,6
Bonus des médecins	42,1
Autres	7,2
Total	100

Source : J. de Kersvadoué, 2014, p.42

D'autre part, les dépenses annexes concernent les intérêts d'emprunt, l'énergie (gasoil, gaz, benzène), le loyer, les infrastructures (eau, électricité, poste, téléphone), l'entretien, les équipements, les tenues vestimentaires, le matériel informatique, le matériel jetable (mouchoirs, sacs poubelles, gants...), les transports, les services (audit, consultations juridiques, relations publiques, nettoyage, collecte des ordures ménagères) et l'assurance. 24,5% de ces dépenses servent à rembourser les intérêts d'emprunt, tandis que 1,8% seulement sont consacrées à l'énergie, comme on peut le voir dans le tableau ci-dessous.

Dépenses	Pourcentage
Infrastructures	16,8
Energie	1,8
Loyer	3,9
Réparations et maintenance	9,1
Equipements divers	2,5
Tenue vestimentaire	0,9
Matériel informatique	3,7
Matériel jetable	4,2
Transports	0,7
Services	10
Assurance	1
Intérêts	24,5
Autres dépenses	20,4
Total	100

Source : J. de Kersvadoué, 2014, p.42-43

Dans le but de développer le secteur du tourisme médical et de soutenir l'économie nationale, la Thaïlande a mis en place entre 2006 et 2007 un système de santé doté de structures de base efficaces et un personnel médical qualifié.

Représentant 6% de la patientèle en Thaïlande, les touristes médicaux viennent dans leur grande majorité d'Asie, et le plus souvent de pays comme la Birmanie, la Chine, le Cambodge ou l'Inde.

Hospitalisation des étrangers dans les hôpitaux privés par nationalités (2006)

	Hospitalisation	Consultations
Birmanie	14,6%	14,7%
UK	11,1%	9,5%
Chine	9,7%	9,9%
USA		8,1%
Allemagne	7,6%	6,6%
Cambodge	5,5%	
Japon		5,1%
Inde		4,4%
Laos	4,2%	
Autres	4,2%	14,3%

Source : J. de Kersvadoué, 2014, p.43-44

La patientèle étrangère, admise pour une hospitalisation (5,1%) ou une consultation (5,8%), présente des pathologies diverses. Lors d'une hospitalisation, la maladie du système digestif (27,3%) ainsi que les maladies infectieuses (15,1%) sont les pathologies les plus fréquemment soignées, tandis que les consultations externes concernent avant tout les maladies du système respiratoire (26,7%) et les accidents de la route (6,2%).

Ce secteur est en plein essor. Il y a plus de quatre millions de touristes médicaux, plus particulièrement dans le domaine des soins esthétiques. En 2010, le tourisme médical connaît un surcroît important d'activité notamment en Asie : plus de 78% des touristes médicaux étrangers vont, en effet, se faire soigner en Thaïlande, en Inde, à Singapour.

Si la Thaïlande compte aujourd'hui trente-trois établissements hospitaliers (dont neuf à Bangkok) pratiquant le tourisme médical, ce marché a surtout été porté par Samitivej Bangkok Hospital et l'Hôpital International Bumrungrad. Le tourisme médical est actuellement en plein essor, la Thaïlande disposant « *de 400 Hôpitaux privés* » selon le directeur des programmes internationaux de l'Hôpital International Bumrungrad (M. Toral) et le directeur général adjoint de Samitivej Bangkok Hospital (M. Linder). (Jean de Kersvadoué, 2014, p.46)

« *Il existe plus de 40 000 lits hospitaliers privés et 90 000 lits hospitaliers publics. Le Samitivej Bangkok Hospital possède treize hôpitaux dans le royaume. Il y a trois ans la surcapacité hospitalière approchait le cap de 50%.* (J. de Kersvadoué, 2014, p.39)

En outre, « *l'Hôpital International Bumrungrad de Bangkok est l'un des plus grands hôpitaux privés de l'Asie du Sud-Est qui emploie 600 médecins et dispose de 500 lits. Il attire une clientèle internationale formant le quart des 500 000 patients soignés par an. Il joue sur le luxe avec un hôtel de cinq étoiles et des équipes parlant l'anglais, le japonais et mandarin.* » (C. Le Borgne, 2007, p.51)

Fondé en 1972 par une équipe de quarante médecins et pharmaciens, le Samitivej Bangkok Hospital a ouvert le premier campus de médecine en Thaïlande. Aujourd'hui, il soumet une offre marketing très attractive : ses établissements hospitaliers les plus importants à Bangkok ou Phuket présentent des prestations de services générales, tandis que ses nouveaux établissements spécialisés proposent une offre plus ciblée (centre de cardiologie, cancer, pédiatrie...).

L'offre globale inclut le transport, l'hôtel, le visa, l'assurance, des repas halal pour les musulmans, des lieux de culte, des services de traduction, etc.

« *Dans le cadre d'une offre spécialisée, le forfait d'une pompe cardiaque, par exemple, comprend :*

- un CCU pour deux nuits, une chambre simple standard pour 5 nuits, les soins infirmiers, les repas, et le room service pendant 7 nuits à partir du jour de la chirurgie,
- une salle d'opération, les médicaments et les fournitures médicales en salle d'opération,
- les médicaments, les fournitures et les équipements médicaux, les tests de laboratoire, et les examens radiologiques en CCU ou en salle commune,
- le Matériel médical et le service de réadaptation cardiaque,
- les honoraires des chirurgiens, des anesthésistes et des cardiologues. » (Jean de Kersvadoué, 2014, p.53)

La spécialisation des nouveaux hôpitaux, qui pratiquent également la médecine généraliste, joue un rôle stratégique dans le développement du tourisme médical en Thaïlande, comme en témoigne d'ailleurs la création récente par le Samitivej Bangkok Hospital d'un centre hospitalier spécialisé en pédiatrie (25 spécialisations).

De plus, les tarifs pratiqués en Thaïlande défient toute concurrence : alors que la liposuccion coûte 9000 dollars et le Hystérectomie 15 000 dollars aux États-Unis, ces deux interventions ne dépassent pas 2303 dollars et 2 727 dollars en Thaïlande.

Le tableau ci-dessous présente justement les différences des prix pratiqués en Thaïlande et à l'étranger :

	USA	Inde	Thaïlande	Malaisie	Singapour
Pontage cardiaque	144 000 \$	5200\$	15121\$	11430\$	16500\$
Angioplastie	57 000 \$	3300\$	3788\$	5430\$	11200\$
Remplacement hanche	50 000\$	7 000\$	7879\$	7500\$	9200\$
Hystérectomie	15 000\$	2500\$	2727\$	5250\$	6000\$
Arthrodèse	100 000\$	6500\$	9091\$	6000\$	10 000\$
Rhinoplastie	8 000\$	4 000\$	3901\$	1293\$	N/A
Liposuccion	9 000\$	2 800\$	2303\$	2299\$	N/A

Source : J. de Kersvadoué, 2014, p.56

Par ailleurs, ce pays doit le succès du tourisme médical à la médecine esthétique, dont le tableau ci-dessous détaille le type d'interventions et leurs tarifs :

Interventions	Prix à partir de
Lifting des seins	2 300 euros
Réduction mammaire	3 000 euros
Réduction mammaire (pour homme)	4 500 euros
Liposuccion	1 000 euros
Abdominoplastie	2 500 euros
Lifting du corps	7 500 euros
Lifting intégral du visage	5 000 euros
Lifting centro-facial	2 500 euros
Lifting du cou	1 500 euros
Lifting du front	1 500 euros
Rhinoplastie	500 euros
Chirurgie des paupières	450 euros
Implant facial	750 euros
Opération de la mâchoire	2 200 euros
injection de Botox	70 euros
Implants dentaires (par dent	2 500 euros / dent
Placages dentaires (par dent)	100 euros / dent
Dentier complet	700 euros
Blanchiment des dents au laser	280 euros
Grefe de cheveux	70 euros / greffe
Opération des yeux	1 600 euros
Chirurgie reconstructrice du pénis	2 000 euros
Chirurgie reconstructrice vaginale	700 euros
Changement de sexe	7 000 euros
Enlèvement des varices au laser	3 500 euros

Source : J. de Kersvadoué, 2014, p.56

Les soins esthétiques sont ainsi proposés à des prix accessibles variant entre 70 et 19 000 euros. À titre de comparaison, il existe une différence de 160 euros entre les coûts d'une injection de Botox en France (230 euros) et en Thaïlande (70 euros).

Ces prix attirent particulièrement la patientèle désireuse de découvrir, à travers différents loisirs, un nouveau pays, sa culture et sa langue.

Au-delà de la spécialisation des établissements hospitaliers, il offre un service de chambre assez efficace, dont l'équipe est managée par un ancien cadre des Hôtels « Hilton ».

Il promeut, en outre, ses activités à la télévision cambodgienne, « *travaille en collaboration avec les tour-opérateurs et dispose de quatre bureaux de représentation en Europe (en Allemagne et Les Pays-Bas).* » (J. de Kersvadoué, 2014, p.46)

Soutenant cette démarche marketing, « *l'organisme public chargé de stimuler les exportations* », selon le directeur adjoint de l'hôpital, « *a fait un excellent travail pour unifier l'industrie nationale de la santé et promouvoir notre image à l'étranger.* » (Jean de Kersvadoué, 2014, p.46)

La Thaïlande a donc développé une activité très importante depuis plusieurs années avec l'aide des pouvoirs publics : ceci grâce à un service de qualité, soit en médecine généraliste soit en spécialisation. Elle est devenue ainsi progressivement la première destination mondiale en matière de tourisme médical.

3.4/ Le tourisme médical au Maroc

Comptant 33 848 242 habitants en 2014 et une superficie de 446 550 km², le Maroc est un pays en voie de développement qui a lancé de nombreux projets pour renforcer son pouvoir économique, notamment à travers le tourisme médical.

En effet, le tourisme occupe une place de choix dans la structure économique et financière du pays, et constitue un levier de croissance important en influençant les autres secteurs de l'économie.

En plein essor, ce secteur représente aujourd'hui environ 12% du PIB et 60 milliards de dirhams de la balance des paiements (59,32 Milliards DH), après avoir fortement contribué au développement économique en 2014, selon l'observatoire du tourisme.

Le Maroc accueille dix millions de touristes non-résidents, et recense un peu moins de 20 millions de nuitées dans des établissements classés.

Ces indicateurs sont présentés dans le tableau ci-après :

Principaux indicateurs du tourisme en 2014

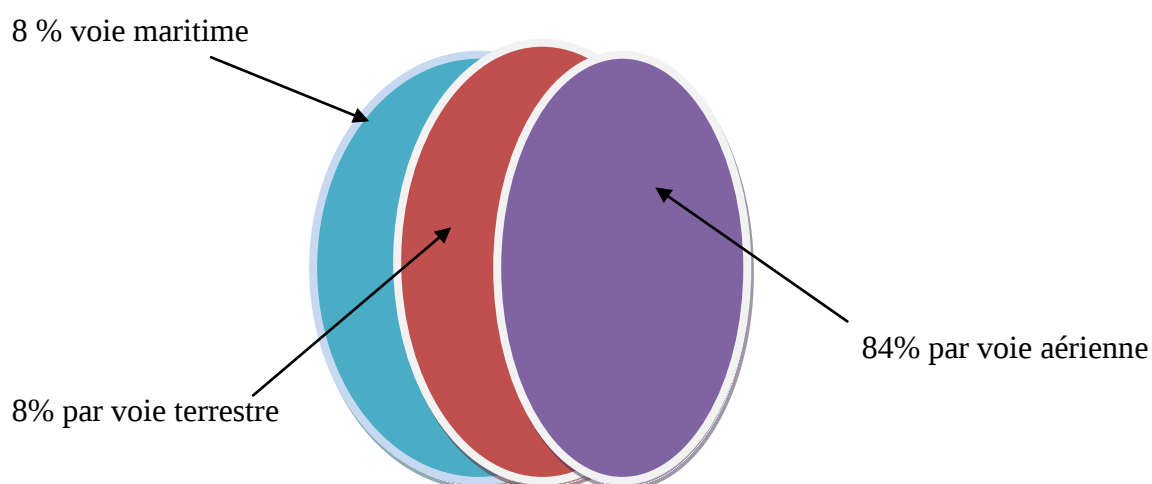
Arrivées TNR aux postes de frontières	10 282 944
Arrivées TES aux postes de frontières	5 437 453
Arrivées de marocains résidant à l'étranger aux postes de frontières	4 845 491
Nuitées globales dans des établissements classés	19 633 475
Nuitées des non résidents dans des établissements classés	14326 312
Nuitées des résidents dans des établissements classés	5 307 163
Capacité des établissements classés	216 386
Taux d'occupation dans des établissements classés au Maroc	44%

Source : Ministère du tourisme, 2015, p.6

-Le groupe des TNR (Touristes Non-Résidents) comprend aussi bien les touristes étrangers que les MRE (Marocains résidents à l'étranger).

-Les « TES » (Touristes Étrangers de Séjour) sont les ressortissants étrangers admis au titre de visas touristiques (si nécessaire) à des fins de loisirs, de visites aux amis ou à la famille, de santé et de pèlerinage. Leur séjour doit durer au moins une nuit, ou 12 mois maximum dans un hébergement collectif ou privé au Maroc.

Selon les données de 2014 du ministère du tourisme, les Touristes Étrangers de Séjours (TES) privilégient le transport par avion à la voiture et au bateau, comme on peut le voir dans la figure suivante :



Source : Ministère du tourisme, 2015, p.6

En chiffres, les Touristes Étrangers de Séjours (TES) représentent plus de 4,5 millions d'arrivées par voie aérienne, 400 000 par voie maritime, et 437 000 par voie terrestre.

Répartition des arrivées par type de touristes en 2014

Type de touristes Transport	MRE (Marocains résident à l'étranger)	TES (Touristes Etrangers de Séjours)	TOTAL
Aérien	2 369 521	4 580 416	6 949 937
Maritime	1 616 755	419 501	2 036 256
Terrestre	859 215	437 536	1 296 751
TOTAL	4 845 491	5 427 453	10 282 944

Source : Ministère du tourisme, 2015, p.7

Distingués des Marocains résident à l'étranger (MRE) depuis 2014, les TES représentent la moitié des touristes du pays.

La Direction Générale de la Sûreté Nationale au Maroc constate par ailleurs la diversification des nationalités des TES. Si l'augmentation des arrivées entre 2012 et 2014 concerne tous les continents, elle est surtout attribuable à l'Union Européenne. En effet, de 3 885 875 en 2012, le nombre de touristes en provenance de cette région a atteint 4 millions en 2014. À une moindre échelle, les TES français ont légèrement augmenté de 1 769 710 en 2012 à 1 798 190 en 2014. A cette même période en revanche, le nombre de TES australiens croît à peine en passant de 22 812 à 27 092.

Le ministère du tourisme a rapporté, dans le tableau ci-après, les chiffres établis par la Direction Générale de la Sûreté Nationale :

Évolution des arrivées des touristes aux postes de frontières par nationalité

	2012	2013	2014
Touriste récepteur	9 375 156	10 046 264	10 828 944
Marocains résident à l'étranger	4 363 427	4 722 931	4 485 491
Touristes Etrangers de Séjours	5 011 729	5 323 333	5 437 453
Union Européenne	3 855 875	3 994 226	4 115 396
Europe Hors UE	250 455	313 234	324 605
Amérique	257 908	294 618	303 550
Maghreb	219 280	270 227	213 675
Moyen Orient	182 987	164 534	177 233
Afrique	142 953	144 540	157 289
Asie	100 411	108 311	111 479
Australie	22 812	26 117	27 092

Source : Ministère du tourisme, 2015, p.10

Véritable atout au développement du tourisme, les hébergements touristiques ont accueilli près de 2,9 millions de TSE européens en 2014, contre environ 2,8 en 2013 et 2,6 millions en 2012. Avec un taux de croissance similaire (200 000 touristes), le nombre d'arrivées d'autres régions que l'Europe, les pays arabes et l'Amérique du Nord a augmenté de 530 649 en 2012 à 786 580 en 2014.

Évolution des arrivées dans les établissements d'hébergements touristiques classés par nationalité

Pays \ Année	2012	2013	2014
Europe	2 615 679	2 804 944	2 923 487
Amérique du Nord	143 707	169 269	191 389
Pays Arabes	279 633	344 580	302 130
Autres pays	530 649	691 546	786 580

Source : Ministère du tourisme, 2015, p.16

Particulièrement appréciés des touristes, les club-hôtels ont vu cette clientèle augmenter de 50% à 67% entre 2013 et 2014.

Cependant, certains touristes privilégient les hôtels, notamment les hôtels de grand standing (4 étoiles) (à 47% en 2013 et 48% en 2014), tandis que d'autres se tournent davantage vers les hôtels 5 étoiles (appréciés par les touristes à plus de 50% pour 2013 (51%) et 2014 (54%).

Évolution du taux d'occupation des chambres des établissements d'hébergements touristiques classés par catégorie (exprimé en %)

Hébergement \ Année	2013	2014
Hôtel 1*	22	21
Hôtel 1*	25	24
Hôtel 1*	41	40
Hôtel 1*	47	48
Hôtel 1*	51	54
Résidences hôtelières	31	31
Club-Hôtel	64	67
Maisons Hôtes	31	33
TOTAL	43	44

Source : Ministère du tourisme, 2015, p.46

Concernant l'offre de soins au Maroc, les ressources sanitaires et humaines sont restées stables entre 2010 et 2011. En 2013, cependant, les ressources sanitaires ont légèrement augmenté après la création de soixante-dix établissements de soins de santé primaires (ESSP) et deux centres hospitaliers.

En revanche les ressources humaines ont été réduites par la diminution du personnel médical et des infirmières entre 2011 et 2013, comme on peut le constater à partir du tableau suivant :

Évolution des ressources sanitaires et humaines, période 2010-2013

Indicateurs	2010	2011	2013
Ressources sanitaires			
*Offre de soins			
-Nombre ESSP	2 689	2689	2759
-Nombre Ets hospitaliers	141	141	143
Ressources humaines			
*Personnel médical	19 746	19 746	17 121
*Infirmières	29 025	29 025	24 609

Source : Ministère de la santé, tableau 1.10 modifié, 2015, p.14

Le Maroc dispose d'un budget de la santé réparti en trois enveloppes : le budget de fonctionnement, le budget d'investissement, et le budget global du ministère de la santé, qui ont tous plus ou moins évolué entre 2013 et 2014. Par exemple, le budget de fonctionnement, estimé à 10 372 147 millions de DH en 2013, a atteint 11 418 194 millions de DH en 2014.

Évolution des ressources financières, période 2013-2014

Indicateur	2013	2014
Ressources financières		
(milliers de DH)	10 372 147	11 418 194
*budget de fonctionnement		
-Personnel	6 422 147	7 368 194
-Matériel	3 950 000	4 050 000
*budget investissement	2 000 000	1 500 000
*budget global du ministère de la santé	12 372 147	12 918 194

Source : Ministère de la santé, tableau 1.10 modifié, 2015, p.14

D'après les chiffres figurant dans le tableau ci-après, le Maroc a augmenté les dépenses globales de santé de 30 milliards de DH en 2006 à 47 milliards de DH en 2010.

Indicateurs sur les dépenses de santé, période 2006-2010

Indicateurs	2006	2010
Evaluation économique des soins de santé	30,5	47,7
-Dépense globale de santé (en milliards de dh)	1 000	1 500
-Dépense annuelle moyenne en santé par habitant (en dh)		
-Dépenses directes des ménages	57,3	53,6

Source : Ministère de la santé, tableau 1.4, 2015, p.9

Ces dépenses ont, en outre, contribué à la croissance du PIB, estimé à 924 769 millions de DH en 2014, tandis que le PIB par habitant représente 27 321 millions de DH.

Évolution des principaux indicateurs socio-économiques, période 2010-2014

Indicateurs	2010	2011	2012	2013	2014
-Produit Intérieur Brut (PIB) au prix Courants (en millions de DH)	764 032	802 607	827 497	872 791	924 769
-Produit Intérieur Brut par Habitant + (en DH)	23 996	24 936	25 444	26 567	27 321
-Revenu National Brut Disponible (RNBD) au Prix Courants (en millions de DH)	806 897	843 224	865 990	921 953	985 174
-Revenu National Brut Disponible par Habitant + (en DH)	25 333	26 198	26 628	28 063	29 106
-Budget Global du Ministère de Santé (en millions de DH)	11 105	11 466	11 880	12 372	12 918
-Dépenses du Ministère de la Santé par capital (en DH)	348.7	356.2	364.4	375.5	382.2
-Dépenses du Ministère de la Santé par rapport au PIB (en %)	1.5	1.4	1.4	1.4	1.4
-Budget Global de l'Etat (en millions de DH)	190 698	205 853	146 973	258 165	248 855
-Budget du Ministère de la Santé / Budget Général de l'Etat (en %)	5,8	5,6	4,8	4,8	5,2

Source : Ministère de la santé, tableau 1.12, 2015, p.15

D'après les chiffres de l'année 2014 rapportés dans le tableau ci-dessous, les hôpitaux publics disposent de 1 332 lits avec une durée d'hospitalisation estimée à quatre jours. Par ailleurs, le

corps médical pratique en moyenne 724 consultations spécialisées, tandis que chaque médecin effectue 174 interventions chirurgicales.

Indicateurs de production des hôpitaux publics, année 2014

Indicateurs	National
Activités des hôpitaux publics	
Capacité litière	1 332
Nombre d'admissions	1 246 425
Nombre de journées d'hospitalisation	4 878 012
Taux d'occupation moyen (TOM) en %	65,1
Durée moyenne de séjour (DMS) en jours	4,0
Taux de rotation (TROT)	58,4
Intervalle de rotation (IROT) en Jours	2,1
Total des interventions chirurgicales	313 973
Nombre d'interventions chirurgicales par médecin	174
Nombre moyen des consultations spécialisées externes par médecin.	724

Source : Ministère de la santé, tableau 1.6 modifié, 2015, p.11

En dépit de son rôle clé dans l'économie marocaine et le marché mondial, il n'existe paradoxalement aucune donnée scientifique ou statistique relative au tourisme médical au Maroc.

Nous avons, toutefois, pu collecter certaines données à travers le ministère de la santé et le ministère du tourisme.

En outre, suite aux différents échanges effectués auprès des établissements médicaux au Maroc, nous avons pu obtenir des informations sur leurs pratiques et leurs tarifs.

Ainsi, nous avons constaté que la chirurgie esthétique, dont le tableau ci-dessous détaille les différentes interventions et les tarifs, est la spécialité la plus demandée au Maroc.

Interventions	Prix à partir de :
Ptôse mammaire	2 100 euros
Réduction mammaire	2 100 euros
Prothèses mammaires	2 600 euros
Abdominoplastie	2 700 euros
Lifting du cou	1 800 euros
Lifting du visage	2 600 euros
Lifting intégral du visage	3 900 euros
Rhinoplastie	1 800 euros
Chirurgie des 4 paupières	150 euros
Liposuccion 1ère zone	800 euros
Liposuccion 2ème zone	400 euros
Liposuccion autres	300 euros
Blanchiment des dents au laser	400 euros
Injection de Botox	500 euros
Greffe de cheveux	1 200 euros

Source : Chiffres donnés par les professionnels des deux cliniques enquêtées

Comme on peut le voir dans le tableau ci-dessus, les soins sont accessibles à des prix moyens, compris entre 150 euros et 3 900 euros. À titre de comparaison, une greffe de cheveux coûte 1 200 euros au Maroc et plus de 3 400 euros en France.

En outre, les établissements médicaux disposent d'un service de chambre satisfaisant, et d'une équipe médicale qualifiée et accueillante.

Le Maroc lancera la première édition « d'Africa Médical Tourisme Expo » le 29 et le 30 septembre 2016 à Agadir sous le thème « Maroc, Destination Santé ».

Cet évènement sera dédié tout particulièrement au tourisme médical, au tourisme de santé et au tourisme de bien-être en vue de renforcer la collaboration entre les opérateurs du tourisme et les professionnels de santé.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, le nombre de touristes médicaux dans le monde avoisine les 38 millions par an avec une croissance annuelle de 15 et 25%. De son côté, le président du comité d'organisation « d'Africa Médical Tourisme Expo » estime la valeur de l'industrie mondiale du tourisme médical à plus de 60 milliards dollars, pour une dépense de 3 500 à 5 000 dollars par visite.

Par ailleurs dans la population mondiale, 15% des personnes présentent une infirmité. Selon l'INSEE, 26,4% des français souffrent d'un handicap, d'une incapacité ou une limitation d'activité. D'après les estimations du réseau européen pour le tourisme accessible, près de 2,5 milliards d'euro seraient dépensés par les Allemands et 2 milliards de livres par les Britanniques.

Un peu moins de 40% de personnes handicapées allemandes n'ont pas voulu voyager pour se faire soigner à cause d'un manque d'installations accessibles. En revanche, 48% voyageraient plus si celles-ci étaient créées dans les établissements de soins.

D'autre part, le Maroc a été le pays le plus visité dans le continent africain en 2015, devant l'Afrique du Sud et l'Égypte, avec près de 10 millions de patients internationaux par an. Le pays devrait inaugurer en décembre 2016 à Marrakech la « Clinique-hôtel » au sein de « Marrakech Healthcare City », village touristique luxueux consacré à la santé.

D'une superficie de 21 000 m², celui-ci comprend une clinique de 160 lits individuels et un hôtel 5 étoiles de 40 chambres et 56 appartements résidentiels avec piscines et jardins privés. Ce complexe « clinique-hôtel » offre des installations médicales de pointe et d'excellentes conditions d'accueil aux patients en termes d'hygiène, de sécurité et de confort.

Situé à proximité de l'Europe de l'Ouest, le Maroc dispose de nombreux atouts tels qu'une solide infrastructure touristique, une infrastructure hôtelière conforme aux normes internationales ainsi qu'un climat de type méditerranéen au Nord, océanique à l'Ouest, continental à l'intérieur des terres et saharien au Sud. Cela permet aux patients internationaux d'allier les soins médicaux, au bien-être et à la découverte touristique.

Concernant la chirurgie esthétique, le Maroc est la destination privilégiée des Français, du fait non seulement de l'excellence des soins, mais également des qualités du personnel comme la maîtrise du français, l'amabilité, l'écoute, et la disponibilité du personnel médical et administratif. Le Maroc occupe donc une place de plus en plus importante en matière du tourisme médical grâce au développement de ses technologies de pointe, de la compétence de ses acteurs et la diversité de ses ressources touristiques.

Problématique de la thèse

Nous avons présenté un nouveau domaine d'activités en pleine expansion : le tourisme médical, notre champ d'observation privilégié est constitué par le tourisme médical au Maroc qui connaît depuis plusieurs années un très grand dynamisme.

Nous avons donc fait l'hypothèse qu'il serait intéressant de mobiliser les connaissances accumulées depuis une trentaine d'années sur les compétences et la gestion des compétences d'une part, et sur la fonction d'encadrement d'autre part pour pouvoir analyser cette fonction d'encadrement spécifique, hybride qui associe de façon permanente des compétences relevant du champ médical aux compétences relevant du champ du tourisme.

Le développement rapide du tourisme médical au Maroc pose ainsi la question de l'évolution des compétences de ses cadres, particulièrement les cadres de santé et les cadres administratifs. Notre recherche documentaire dans ce domaine ne nous a pas permis de recueillir des données sur l'encadrement de ce secteur d'activités, et nous avons donc dû élaborer sans référence notre démarche d'enquête exploratoire que nous présentons ci-dessous.

Chapitre IV : METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Ce chapitre a pour objet d'une part d'exposer notre cadre épistémologique et d'autre part, de préciser la méthodologie de recherche que nous mettrons en œuvre dans notre enquête de terrain.

Section 1 : Le positionnement épistémologique

Nous allons étudier dans un premier temps ce que signifie la notion de « paradigme », ce qui nous conduira ensuite à décrire les principaux paradigmes : le positivisme, le constructivisme et l'interprétativisme. Enfin, nous présenterons notre choix épistémologique.

1.1/ Paradigme et épistémologie

Au XXème siècle, le mot paradigme était employé comme un terme épistémologique pour désigner un modèle de pensée. C'est le philosophe et sociologue des sciences Thomas S. Kuhn qui est à l'origine de ce concept, dans son ouvrage intitulé « *La structure des révolutions scientifiques* » (1962).

Thomas S. Kuhn a employé ce concept dans le champ des sciences physiques et, lui donne deux significations : « *D'une part, il représente tout l'ensemble de croyances, de valeurs reconnues et de techniques qui sont communes aux membres d'un groupe donné. D'autre part, il dénote un élément isolé de cet ensemble : les solutions concrètes d'énigmes qui, employées comme modèles ou exemples, peuvent remplacer les règles explicites en tant que bases de solution pour les énigmes qui subsistent dans la science normale.* » (T. Kuhn, 1983, p.238)

La première signification renvoie selon nous à une approche sociologique : le paradigme est associé à un ensemble de valeurs, de croyances, de postulats partagés sur le même sujet par les membres d'un groupe.

La seconde signification peut plutôt être considérée comme une connaissance tacite grâce à laquelle les membres de ce même groupe se mobilisent afin de comprendre les interrogations, les énigmes qu'ils peuvent rencontrer dans leur recherche : cette seconde signification du terme « paradigme » permet donc au chercheur d'affiner sa problématique et sa méthodologie. La définition suivante du paradigme par Louise Guilbert réunit les deux approches de Thomas Kuhn puisqu'elle considère le paradigme comme « *un système de croyances fondamentales ou une vision du monde guidant le chercheur non seulement pour le choix d'une approche méthodologique, mais aussi sur les aspects ontologiques et épistémologiques de sa recherche.* » (L. Guilbert, 1997, p.5)

R. Legendre définit l'épistémologie comme « *l'étude critique de la connaissance, de ses fondements, de ses principes, de ses méthodes, de ses conclusions et des conditions d'admissibilité de ses propositions.* » (R. Legendre, 1993, p.549)

Jean Louis Le Moigne pose ainsi les questions fondamentales de l'épistémologie « *Qu'est ce que la connaissance ? Comment est-elle constituée ? Et comment apprécier sa valeur ou sa validité ?* » (J.L Le Moigne, 1995, p.4)

Effectivement, cette réflexion par rapport à ces diverses questions permet au chercheur de s'interroger sur les connaissances scientifiques déjà existantes, en proposant un questionnement plus clairement défini et analysé.

Martine Girod-Séville et Véronique Perret de leur côté dressent un tableau plus complet de ces questions puisque pour elles, l'épistémologie permet d'avoir une vision sur différents aspects de la connaissance tel que le statut de la connaissance, son origine et sa valeur.

**Les positions épistémologiques des paradigmes positivistes,
interprétativistes, et constructivistes**

<i>Les paradigmes Les questions épistémologiques</i>	<i>Le positivisme</i>	<i>Le constructivisme</i>	<i>L'interprétativiste</i>
<i>Quel est le statut de la connaissance</i>	<i>Hypothèse réaliste. Il existe une essence propre à l'objet de la connaissance.</i>	<i>Hypothèse relativiste L'essence de l'objet ne peut être atteinte (constructivisme modéré ou interprétativisme) ou n'existe pas (constructivisme radical)</i>	
<i>La nature de la « réalité »</i>	<i>Indépendance du sujet et de l'objet. Hypothèse déterministe. Le monde est fait de nécessités.</i>	<i>Dépendance du sujet et de l'objet. Hypothèse intentionnaliste. Le monde se fait de possibilités.</i>	
<i>Comment la connaissance est-elle engendrée ? Le chemin de la connaissance scientifique</i>	<i>La découverte. Recherche formulée en termes de « Pour quelles causes... » Un statut privilégié de l'explication.</i>	<i>La construction. Recherche formulée en termes de « Pour quelles finalités ... » Un statut privilégié de la construction.</i>	<i>L'interprétation. Recherche formulée en termes de « Pour quelles motivations des acteurs... » Un statut privilégié de la compréhension.</i>
<i>Quelle est la valeur de la connaissance ? Quels sont les critères de validité ?</i>	<i>Vérifiabilité Confirmabilité Réfutabilité</i>	<i>Adéquation Enseignabilité</i>	<i>Idéologie Empathie (révélatrice de l'expérience vécue par les acteurs.)</i>

Source : M. Girod-Séville & V. Perret, 1999, p.14-15

Nous pouvons maintenant aborder les principaux paradigmes qui existent en sciences de gestion : le paradigme positiviste, le paradigme constructiviste, et le paradigme interprétativiste. Enfin, nous présenterons notre positionnement épistémologique dans cette recherche.

1.2/ Le paradigme positiviste

Le premier paradigme existant en sciences de gestion est le positivisme. L'épistémologie positiviste s'inspire des trois axiomes du syllogistique d'Aristote à l'origine de la logique formelle contemporaine : l'axiome d'identité, l'axiome de non-contradiction et l'axiome du tiers exclu.

Le positivisme reprend les analyses du discours de la méthode de Descartes qui évoque l'interaction entre le sujet et l'objet en recommandant un raisonnement déductif fondé sur quatre règles importantes : l'évidence, l'exhaustivité, la réduction et la causalité. Auguste Comte a également contribué à l'évolution de ce paradigme au XIX^{ème} siècle.

Le positivisme repose sur une hypothèse réaliste : la réalité possède une essence propre, indépendante de l'observation du chercheur fondant le principe d'objectivité décrit comme suit par Karl Popper *« la connaissance en ce sens objectif est totalement indépendante de la prétention de quiconque à la connaissance ; elle est aussi indépendante de la croyance ou de la disposition à l'assentiment (ou à l'affirmation, à l'action) de qui que ce soit. La connaissance au sens objectif est une connaissance sans connaisseur ; c'est une connaissance sans sujet connaissant. »* (F. Allard-Posei et V. Perret, 2014, p.31)

Ainsi, les positivistes cherchent à découvrir la chaîne de relations entre les causes et les effets pour connaître la réalité. Mais, ce paradigme doit selon un nombre de plus en plus important d'auteurs être dépassé en tout cas dans les sciences humaines et sociales dont fait partie les sciences de gestion : *« Ces caractéristiques telles que l'interdépendance entre le sujet et l'objet, le principe d'objectivité et l'essence propre de la réalité ont donné lieu à la remise en cause du paradigme positiviste. Par conséquent, ces réflexions ont donné naissance à deux chemins qui redéfinissent la nature de la réalité : l'interprétativisme et le constructivisme. »* (F. Wacheux, 1996, p. 40)

1.3/ Le paradigme constructiviste

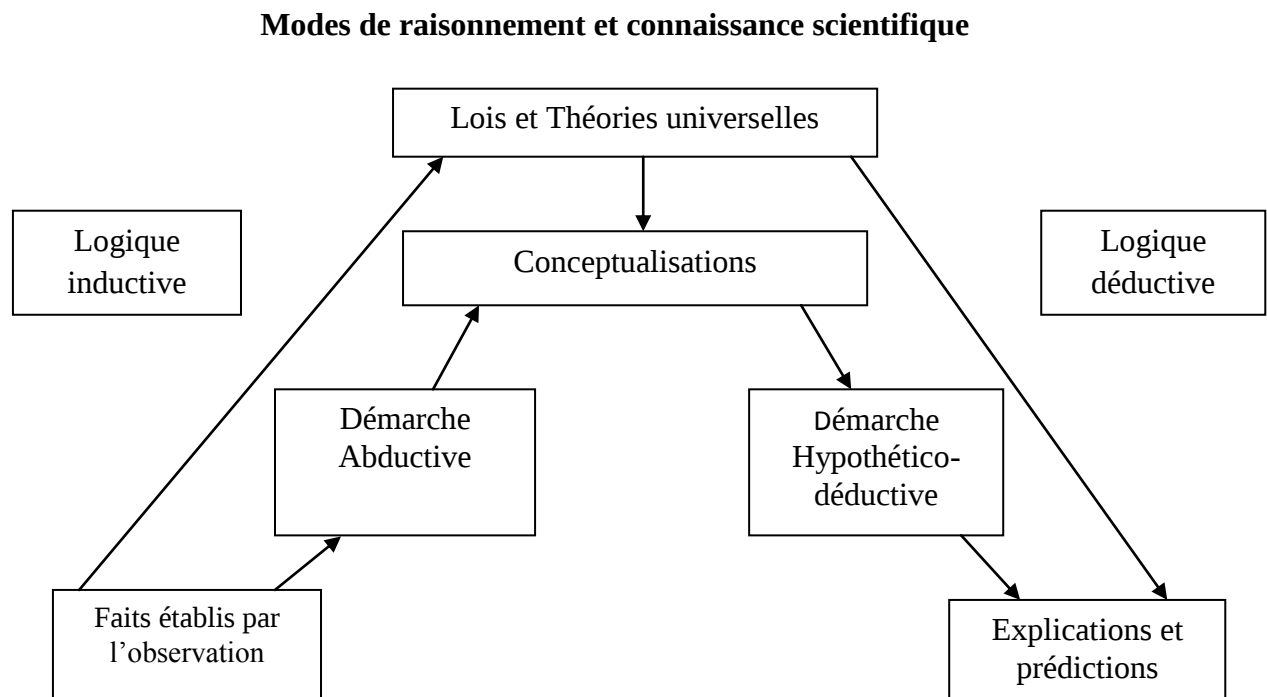
Un deuxième positionnement épistémologique proposé aux chercheurs en sciences de gestion est constitué par le constructivisme. Jean Piaget avec ses travaux en psychologie génétique sur l'enfant et l'adolescent est à l'origine de cette démarche.

Mais, c'est Gaston Bachelard qui a apporté une contribution décisive dans ce domaine. Dans son ouvrage intitulé *« la formation de l'esprit scientifique »*, il propose que *« la science réalise ses objets sans jamais les trouver tout à fait (...) elle ne correspond pas à un monde à décrire, elle correspond à un monde à construire (...). Le fait est conquis, construit, constaté. »* (Cité par M. Grawitz, 1996, p.6)

La posture constructiviste se fonde sur le principe fondamental de l'interdépendance entre le sujet et l'objet, qu'il existe une interaction entre sujet-objet. De plus, le monde social est fait d'interprétations, qui se construisent grâce aux interactions entre acteurs, dans des contextes qui sont toujours particuliers.

Le paradigme constructiviste remet en cause complémentirement d'autres dimensions fondamentales du paradigme positiviste comme les démarches de vérification/réfutation.

Selon la démarche constructivisme, le processus de compréhension est associé à la finalité du projet de connaissance que le chercheur se propose de réaliser. En effet, au-delà du positionnement épistémologique, le chercheur doit définir un mode de raisonnement qui intègre trois logiques inductive déductive et abductive, comme le présente le schéma de Sandra Charrière et Florence Durieux.



Source : S. Charrière et F. Durieux, 2014, p.82

1.4/ Le paradigme interprétativiste

Le troisième positionnement épistémologique est le paradigme interprétativiste qui est fondé sur une hypothèse relativiste. Le paradigme interprétativiste possède certaines hypothèses identiques au paradigme constructivisme. En effet, les deux paradigmes sont proches en affirmant la prépondérance des constructions individuelles et collectives de la réalité.

Pour les interprétativistes, les critères de validité de la connaissance sont les suivants : les capacités du chercheur à établir une relation empathique avec le sujet : cela signifie que le chercheur doit s'attribuer son langage et ses formes d'expression afin de pouvoir comprendre au mieux la réalité. En effet, dans ce paradigme, la réalité est toujours dépendante du jeu des représentations des acteurs : « *La réalité est essentiellement mentale et perçue (hypothèse phénoménologique) et le sujet et l'objet étudié sont fondamentalement interdépendants (hypothèse d'interactivité).* » (G. Maréchal et F. Allard-Posei, 2014, p.57)

Ainsi, la connaissance produite est toujours subjective et particulière à un contexte. Pour les interprétativistes, le processus de création de la connaissance est produit par l'individu en fonction de son expérience et de sa position. Dans le cadre de l'interprétativisme, le chercheur va essayer de comprendre comment les acteurs construisent le sens qu'ils donnent à la réalité

sociale (il ne s'agit pas ici d'expliquer la réalité mais de la comprendre au travers des interprétations qu'en font les acteurs).

Dans ce modèle, la finalité principale du chercheur est de dégager une explication plus large de cette réalité existante et non de constater celle-ci et les lois qui la régissent. « *Le développement d'un tel type de connaissances passe notamment par la compréhension des intentions et des motivations des individus participant à la création de leur réalité sociale et du contexte de cette construction, compréhension qui, seule permet d'assigner un sens à leurs comportements.* » (G. Maréchal et F. Allard-Posei, 2014, p.57)

Notre démarche de recherche est proche de cette démarche interprétativiste. En effet, nous avons essayé de comprendre les représentations que les professionnels de santé se font de la réalité du tourisme médical au Maroc. Pour pouvoir comprendre au mieux ce phénomène, nous nous concentrerons plus précisément sur leurs représentations de la clientèle, des soins, et de leurs propres compétences et des dysfonctionnements.

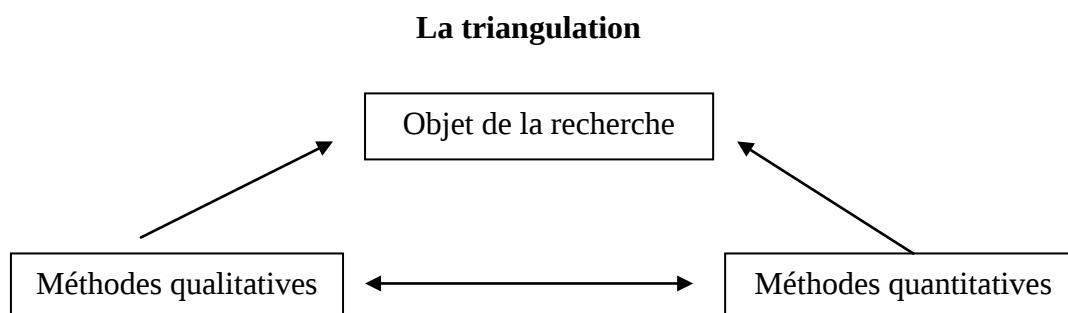
Section 2 : La méthodologie du terrain de recherche

Après avoir présenté les principales dimensions de l'approche qualitative, cette section aborde les principales démarches de notre enquête de terrain : nous verrons d'abord les diverses caractéristiques du questionnaire d'enquête, puis la taille et les caractéristiques de notre échantillon. Enfin nous présenterons les difficultés que nous avons rencontrées au cours de notre enquête.

2.1/ L'approche qualitative

Lincoln et Guba distinguent l'approche quantitative de l'approche qualitative en fonction de l'ontologie (la nature de la réalité sociale), l'épistémologie (la relation entre le sujet et l'objet) et la méthodologie (la règle à suivre pour connaître ou découvrir l'objet). Cette méthode qualitative développe une ontologie relativiste, une épistémologie subjectiviste et une méthodologie herméneutique. « *Le choix entre une approche qualitative et une approche quantitative apparaît plus dicté par des critères d'efficacité par rapport à l'orientation de la recherche, construire, ou tester* ». L'approche qualitative affirme la validité interne des résultats plus sûrs. (P. Baumard & J. Ibert, 2014, p.122)

Philippe Baumard & Jérôme Ibert mettent également l'accent sur la complémentarité des méthodes quantitatives et qualitatives : le chercheur peut donc les associer par la triangulation qui a pour but de développer la précision de la mesure et la finesse de la description.



Source : P. Baumard & J. Ibert, 2014, p.127

Les recherches utilisant une méthode qualitative permettent au chercheur d'effectuer des traitements analytiques qui ne sont pas directement issus des statistiques : Si des données quantitatives existent, elles ne seront pas abordées avec un traitement analytique mais elles permettront de nuancer dans certains cas les données qualitatives recueillies.

Comme nous avons choisi une démarche interprétative ainsi que nous l'avons dit précédemment, l'approche qualitative nous a semblé plus pertinente. Dans notre cas, vu l'absence complète de données dans ce domaine, nous avons privilégié une démarche exploratoire.

2.2/ Les caractéristiques du questionnaire

Le questionnaire est un outil majeur de recueil de données. Selon Hélène Chauchat : *« Il est, de toutes les méthodes d'observation, la méthode la plus connue et la plus fréquemment utilisée. Cette méthode présente, il est vrai, de nombreux avantages et elle est pratiquement la seule qui soit adaptée aux enquêtes quantitatives. Les observations y sont systématiques et standardisées, et les opérations de passation de questionnaire et de dépouillement de réponses simples, rapides et peu coûteuses relativement aux autres méthodes, de telle sorte que les enquêtes par questionnaire peuvent être menées sur de gros échantillons et les données obtenues traitées statistiquement. »* (H. Chauchat, 1985, p.179)

On élabore le questionnaire. Celui-ci est composé de deux parties : d'une part l'identification des personnes interrogées avec les indicateurs suivants le sexe, l'âge,... ; et d'autre part, à l'organisation des questions d'opinion ou de comportement.

Au sein d'un questionnaire, on peut distinguer différents types de questions.

- En premier lieu, des questions fermées sont inscrites. Celles-ci sont de questions où le sujet peut répondre soit par « oui », soit par « non », soit « je ne sais pas » soit encore « je ne réponds pas la question ».

- En deuxième lieu, les questions fermées en éventail proposent au sujet plusieurs réponses. Ces questions en éventail présentent plusieurs avantages. Elles permettent de donner des réponses nuancées et par conséquent, plus riches d'information par rapport aux questions fermées.

- En troisième lieu, le questionnaire peut contenir des questions avec échelle d'attitude. Il existe deux types d'échelle d'attitude.

- La première est « l'échelle Likert », du nom du psychologue américain Rensis Likert. C'est une échelle de jugement répandue dans les questionnaires psychométriques par laquelle la personne interrogée exprime son degré d'accord ou de désaccord vis-à-vis d'une affirmation proposée. Cette échelle contient cinq ou sept choix de réponse permettant de nuancer le degré d'accord. Le texte des réponses est variable : « tout à fait d'accord », « d'accord », « ni en désaccord ni d'accord », « pas d'accord », « pas du tout d'accord ».

- La seconde échelle est « l'échelle d'attitude Thurstone » qui vient du nom de L.Thurstone, un pionnier américain dans les domaines de la psychométrie et de la psychophysique. Elle est utilisée pour mesurer les attitudes des personnes envers un concept assez clair et unidimensionnel. On pratique cette méthode en s'aidant d'un certain nombre de déclarations qui varient en fonction d'un avis exprimé positivement ou négativement à partir

du concept de départ. Mais, l'élaboration d'une telle échelle n'est pas aussi simple à construire.

■ En dernier lieu, ce sont les questions ouvertes. Dans ce type de questions, il n'y a aucune proposition de réponse de la part de l'enquêteur : la personne interrogée répond à la question librement. Il s'agit de donner un avis personnel par rapport à la question posée. Ce type de questions présente un avantage, celui d'obtenir des réponses nuancées de la part de l'interviewé.

Mais, il présente également un inconvénient majeur, qui est la difficulté à exploiter les réponses. Par conséquent, pour éviter cette difficulté, il faut catégoriser les réponses en suivant les règles de l'analyse de contenu thématique.

-La première règle est la pertinence des données : cette catégorie créée permet de classer les données recueillies.

-La deuxième correspond à l'homogénéité des données, cela signifie que les catégories doivent être créées à partir du même type de critère.

-Puis, la troisième règle importante est l'exhaustivité. Il faut que la catégorie permette de classer l'ensemble des données recueillies lors de l'entretien.

-De plus, on fait appel à une quatrième règle, celle de l'exclusivité. Les catégories doivent être exclusives, on ne peut pas classer les mêmes données dans deux catégories différentes.

-Et enfin, la dernière et cinquième règle importante est l'objectivité des données. Cette catégorie doit pouvoir être interprétée de la même manière par diverses personnes.

Le type de questions choisies peut avoir un effet sur la population interrogée. Certaines personnes n'aiment pas répondre à des questions fermées, mais plutôt à des questions ouvertes. Néanmoins, parfois les personnes interrogées souhaitent ne pas répondre à ces questions ouvertes car cela leur demandent un effort de réflexion et d'expression.

Toutes les questions doivent être claires et simples. Il faut que la question soit comprise par tous. On utilise un langage courant et on évite tous les mots savants, techniques abstraits, très généraux, et des termes ayant un sens vague. Ensuite, les phrases doivent être simples et courtes. Pour cela, il faut éviter les phrases de type : « *Ne pensez-vous pas que...* » ou les phrases avec la double négation : « *Vous n'êtes pas sans savoir que ...* ».

Par conséquent, dans chaque question il faut mettre une seule idée et un seul indicateur par question. Les personnes interrogées doivent pouvoir et vouloir répondre à la question posée.

Après nous avoir éclairé sur la méthode du questionnaire, nous allons présenter plus précisément le questionnaire ouvert.

C'est un questionnaire qui réunit des questions ouvertes qui permettent à la personne interrogée de s'exprimer librement, de donner une opinion personnelle.

Cette méthode de terrain utilisée comporte en général plusieurs thèmes : dans le cas de notre recherche, nous avons étudié quatre thèmes :

- les caractéristiques des patients qui comportent douze questions,
- les problèmes rencontrés avant, pendant et après l'intervention, comporte neuf questions,
- les compétences du personnel, comporte six questions,
- enfin, le dernier et quatrième thème sur le tourisme médical comporte cinq questions.

Pour que ce type de questionnaire soit productif ou que les personnes interrogées fournissent des données significatives, il faut impérativement prendre rendez-vous avec elles afin d'effectuer une passation en face à face avec des relances et avec enregistrement. Il faut que chaque question aborde un seul thème.

Cette méthode apporte de nombreux avantages. Elle permet de recueillir un discours plus important du sujet, surtout si on pratique systématiquement des relances.

La durée de la passation peut varier entre soixante et quatre vingt dix minutes selon le niveau d'implication des personnes interrogées.

2.3/ Les problèmes de terrain

Nous avons rencontré quelques difficultés au cours de notre terrain de recherche.

Nous avons prévu de réaliser quatre questionnaires par jour : deux le matin et deux l'après midi. Notre enquête aurait donc dû se réaliser en six jours : trois jours dans chaque établissement.

Or, nous avons dû enquêter pendant vingt deux jours : Ce qui représente environ un entretien par jour. Cette durée s'explique par le fait que les différents interlocuteurs ont fixé les rendez-vous en fonction de leur planning et leurs contraintes : plusieurs rendez-vous ont été reportés à une plage horaire différente de la journée par les interviewés et d'autres rendez-vous ont été annulés à une date ultérieure.

Ces différentes difficultés rencontrées au cours de notre travail d'enquête ont donc nécessité de notre part un investissement plus important.

2.4/ Les caractéristiques des établissements et de l'échantillon

Nous allons présenter d'abord, les caractéristiques des deux établissements dans lesquels nous avons enquêtés. Ensuite, nous verrons les caractéristiques de notre échantillon.

2.4.1/Les caractéristiques des deux établissements enquêtés

Le premier établissement est la clinique « GC » à Casablanca. C'est le chef-lieu de la région de Casablanca-Settat et également la capitale économique du pays et la première métropole du Maghreb en population.

Casablanca est située sur la côte atlantique, à environ 80 km au sud de Rabat. Lors du dernier recensement de 2015, sa population était de 3 360 818 habitants, faisant Casablanca la première plus grande ville du royaume. Elle dispose de plusieurs sites remarquables : « Mosquée de Hassan II », le « Morocco Mall » (un centre commercial qui s'étale sur une surface de 250 000 m² d'espaces de loisirs, de restaurants, et d'enseignes), la « Corniche » (un panorama sur l'océan atlantique et dispose de divers cafés), ses souks et plus particulièrement celui « Bab Marrakech », son port nommé « Centre 2000 », sa plage et le Palais royal. Cette grande ville dispose également d'un aéroport international : il a une capacité de près de quatorze millions de passagers. Il est aussi le principal aéroport du Maroc et le quatrième plus important en Afrique. Il est desservi par cinquante compagnies régulières et relié à quatre vingt destinations.

La clinique « CG » est située sur le Boulevard de la Grande Ceinture, dans un quartier de grand standing « d'Aïn Diab ». Ce quartier dispose de grands hôtels 5 étoiles, tels que le « Palace d'Anfa », le « Four Seasons », le « Littoral ». On peut également découvrir des restaurants gastronomiques internationaux comme le « Boudoir », le « Café Bianca » (cuisine

méditerranéenne), le « Petit Rocher » (cuisine française et méditerranéenne), le « Kasai » (cuisine gastronomique japonaise), la « Terrazza » (cuisine italienne).

Enfin, ce quartier est desservi par le RER. Ce quartier est connu pour son activité touristique compte tenu de sa position sur la corniche et la plage.

« CG » est un établissement de chirurgie esthétique spécialisée dans la beauté, le bien être et l'amaigrissement. En plus, de la chirurgie esthétique, il dispose également d'un département de médecine esthétique, un centre de laser, un centre de soins dentaire, un centre de traitement et de greffe de cheveux (DHI Maroc), un institut de médecine esthétique gynécologique et un SPA bien-être et amaigrissement.

Chaque département de soin fait appel à des leaders internationaux, spécialistes dans leur domaine. Cet établissement dispose d'équipements modernes et de technologies de pointe, conformes aux normes internationales. Il dispose également d'un bloc opératoire ultra moderne, d'une salle de réveil, une salle de réanimation post chirurgicale, et une salle de greffe complète.

De plus, cet institut médical est composé de dix belles suites. Chaque suite peut accueillir un accompagnant.

L'équipe de cet établissement est variée. Elle est composée d'un corps médical (chirurgien, médecin anesthésiste et réanimateur, expert en laser, ...) et d'un corps administratif (directrice générale, directrice de la clinique, directrice relations-patients, assistante de direction...).

Cette équipe est également polyglotte (Arabe, Français, Anglais, Espagnol).

Le deuxième établissement est la clinique « S » à Rabat, la capitale politique et administrative du Maroc. C'est une ville située au bord de l'atlantique au nord-ouest du Maroc, à 40 Km au sud de Kenitra, et à 90 Km au nord-est de Casablanca. Lors du dernier recensement de 2015, sa population était de 1 972 686 habitants, faisant Rabat la septième plus grande ville du royaume. Avec sa banlieue, elle forme la deuxième plus grande agglomération du pays après celle de Casablanca. Sachant que Rabat est la capitale politique et administrative, elle loge plusieurs ministères au cœur de sa ville : le ministère de la santé au sein du quartier administratif à Rabat Centre, ainsi que le ministère du tourisme avenue Annakhil à Hay Riad, proche de la clinique.

Rabat dispose de plusieurs lieux à découvrir : la « Kasbah des Oudayas » (un ancien camp militaire fortifié), la « Tour Hassan » (un minaret d'une mosquée du XII siècle), le « Chellah » (une nécropole mérinide), la « Mausolée de Mohamed V », le « Musée archéologique », plusieurs cafés et restaurants vue sur la plage « La Marina Bouregreg », et le Palais royal.

Elle est desservie par l'aéroport Rabat-Salé. L'accès à la clinique est donc facilité pour le patient, de plus un chauffeur peut l'attendre pour le déposer soit l'hôtel soit directement à la clinique.

Cet établissement est situé sur l'avenue Mohamed VI. Ce quartier majoritairement résidentiel dispose de résidences pour les hauts fonctionnaires, les princes, etc. Plusieurs activités sont à découvrir comme le centre équestre nommé le « Royal Club équestre Dar Essalam », des clubs de tennis ou de golf « Royal Golf Dar Essalam ».

Le quartier est également doté de grands centres commerciaux tels que « Mega Mall », (le Mega Mall est un centre commercial d'une superficie de 26 367 m² sur trois niveaux. Il contient plusieurs magasins de grandes marques, une piste de bowling et une salle de sport), « Aswak Assalam » (c'est une enseigne marocaine spécialisée dans la distribution. Au cœur de cette enseigne, on peut se restaurer car elle est sur deux niveaux avec des cafés et restaurants. On y trouve également des boutiques, et des jeux pour enfants).

De grands hôtels sont localisés dans ce quartier, le « Sofitel », puis « Villa Mandarine ». Un palace de 135 chambres appelé « Palace Baccarat » ouvrira ses portes fin 2016.

La clinique « S » est spécialisée dans la chirurgie esthétique du corps et du visage. Elle est également compétente en médecine esthétique c'est-à-dire, le botox (rides du front et de la patte d'oie), le traitement des rides, l'acide hyaluronique (le comblement), le lipofiling (comblement des rides et augmentation avec sa propre graisse) et le peeling et rejuvénations au laser. Cet institut dispose d'un centre laser où les patients peuvent faire l'épilation définitive, un rajeunissement, la couperose... Enfin, elle pratique la chirurgie réparatrice et de la chirurgie maxillo-faciale.

Il est également doté de trois blocs opératoires avec des équipements de technologies avancées ainsi d'une salle de réanimation.

Le personnel est varié dans cet établissement. Il est composé de professionnels médicaux (chirurgien, anesthésiste, diététicienne, infirmières), et de professionnels administratifs (directeur, hôtesse d'accueil, assistant administratif,..). Cet établissement dispose d'un personnel qualifié et expérimenté et parlant plusieurs langues (Français, Anglais, Arabe).

L'établissement compte une douzaine de chambres et suites adaptées aux besoins post opératoire du patient. Chaque chambre comprend tous les équipements c'est-à-dire la climatisation, la télévision, la wifi, le téléphone, etc.

On constate ainsi que les deux établissements de soins ont de nombreux points communs. Chaque institut est situé dans un quartier chic de la ville. Le fait d'avoir une situation géographique privilégiée peut également contribuer à la satisfaction des patients.

Les deux cliniques sont également bien positionnées au niveau touristique. Elles possèdent un panel d'activités et de loisirs très diversifiés : sites historiques (mausolée, mosquée...), des endroits culturels tels que les musées, les galeries d'art, les jardins, et une véritable balade gastronomique au cœur des deux capitales.

De plus, chaque établissement médical est spécialisé dans l'esthétique avec des départements assez variés (soins dentaires, médecine esthétique, greffe de cheveux, centre de laser). Chaque institut est un établissement médical moderne et dispose d'équipements de technologie de pointe, conformes aux normes internationales.

Ces chambres permettent aux patients de se sentir dans un espace confortable, chaleureux et convivial. Elles sont également individuelles ce qui permet au patient d'être accompagné par un proche (amis ou famille).

Enfin, chaque établissement dispose de professionnels et de spécialistes ayant de l'expérience et du savoir-faire. L'équipe de chaque établissement est donc qualifiée et spécialisée. Ceci permet alors au patient d'avoir une large gamme de prestations. Ces équipes pratiquent aussi plusieurs langues, ce qui est également un avantage pour pouvoir recevoir des patients internationaux.

2.4.2/Les caractéristiques de l'échantillon

Le tourisme de santé se développe considérablement dans le monde et de nombreux pays comme le Maroc, ont identifié le tourisme médical comme un axe stratégique à part entière à fort potentiel.

Le Maroc est un pays ayant une réputation en termes de tourisme ainsi que son développement économique depuis plusieurs années. Ce pays prend part à être un des acteurs dans le monde du tourisme médical. Ainsi, le comité d'organisation « Africa Médical Tourisme Expo » va présenter un salon en septembre dans le but d'avoir un espace de rencontre des acteurs économiques du tourisme et de la santé, ce qui permettra d'obtenir une vraie synergie entre ces deux secteurs.

Le terrain d'étude est le Maroc car le développement du tourisme médical concerne aujourd'hui plusieurs pays en voie de développement. Le Maroc en a fait un axe stratégique. Plusieurs instituts de soins sont impliqués dans ce développement. Le Maroc est doté d'une superficie de 446 550 Km² avec une population totale de 33 848 242. Nous avons choisi deux grandes villes importantes, Rabat (capitale politique et administrative) et Casablanca (capitale économique du royaume).



Source : www.ing.fr

Effectivement, ces notions de qualités de soins et de coûts sont l'introduction de la volonté de se déplacer. De nos jours, l'accessibilité des transports et des échanges en matière de savoirs et connaissances ont permis à de nombreux pays comme le Maroc d'assimiler un savoir-faire médical reconnu. Les coûts d'intervention dans ces pays sont beaucoup moins élevés que dans les pays développés.

Ce marché porteur, nécessite la collaboration de deux autres secteurs : le transport et l'hôtellerie. La combinaison de ces trois secteurs a permis de développer ce nouveau secteur d'activité.

C'est dans l'optique de besoin de connaissance que nous avons effectué notre travail de recherche. Il se caractérise par la volonté de comprendre et d'identifier comment ont évoluées les compétences des acteurs intervenants et les modalités de leur acquisition. Cette dimension est complémentaire des changements organisationnels, qui ont été entrepris pour proposer des prestations à une clientèle de plus en plus diversifiée.

Afin de mener à bien ce travail de recherche, nous avons fait le choix de se focaliser sur quatre branches de métiers dans le secteur de la santé. Il s'agit des médecins, des infirmières, des cadres administratifs et des assistants administratifs.

Nous tenons à préciser nos hypothèses et expliquer la méthodologie que nous avons suivie et employée avant de présenter notre questionnaire.

L'échantillon a les caractéristiques suivantes :

ville de la clinique Métiers	Casablanca	Rabat
Chirurgiens	3	3
Infirmières	3	3
Cadres administratifs	3	3
Assistants administratifs	3	3

Nous avons fait passer notre questionnaire en face à face avec enregistrement des réponses. Nous avons, ensuite, effectué une analyse de contenu thématique des réponses : les différents thèmes retenus ont été les suivants :

- le premier thème est « *les caractéristiques des patients* »,
- le deuxième thème est « *les problèmes survenus lors d'une intervention chirurgicale* »,
- le troisième thème est « *les compétences des cadres de santé* »,
- et enfin le quatrième et dernier thème concerne sur « *le tourisme médical* ».

Section 3 : L'analyse des données

Notre questionnaire ouvert comporte vingt huit questions et présente quatre thèmes que l'on va présenter et analyser tout au long de cette section.

Notre première famille de questions porte sur le thème suivant « *les caractéristiques des patients* ». Il est composé de douze questions dont nous allons analyser les réponses.

La première question de notre questionnaire aborde les différentes langues pratiquées au sein de l'établissement : « *Quelles sont les langues parlées dans votre établissement ?* »

Nous avons identifié cinq langues parlées qui se répartissent comme suit :

Langues	Nombre de réponses
Arabe	24
Français	24
Anglais	21
Autre :	8
- Espagnol	6
- Italien	2

On constate que l'Arabe et le Français sont pratiqués par tout le personnel dans les deux établissements et que l'anglais est parlé en grande majorité, seules trois infirmières ne le parlent pas. La langue espagnole est pratiquée par deux infirmières à Rabat, deux administratifs à Casablanca et deux médecins, un à Rabat et un à Casablanca.

La deuxième question concerne la proportion Hommes/Femmes dans la clientèle des établissements :

« Pouvez-vous préciser la proportion Hommes/Femmes dans votre clientèle ? » Nous avons distingué les réponses concernant les hommes et celles concernant les femmes :

Pourcentage Sexe	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%
Hommes	2	0	6	5	7	2	0	2	0
Femmes	0	2	0	2	7	5	6	0	2

On constate que la proportion des femmes est jugée plus élevée que celle des hommes : vingt réponses se répartissent entre 50% et 90% pour les femmes contre onze réponses pour les hommes. Selon deux infirmières à Rabat et deux à Casablanca, la présence des femmes et des hommes est de 50% chacun. Selon les administratifs, c'est également la majorité des femmes qui est présente dans les établissements entre 60% et 70%. Pour les médecins Rabaty, les femmes représentent entre 40% et 70% alors que les médecins casablancais pensent avoir plus de femmes que d'hommes. Les femmes sont majoritaires entre 50% à 70% alors que les hommes représentent entre 30% et 50% de la population au sein des établissements esthétiques.

La troisième question aborde la proportion de l'âge des patients : « Quelle est la proportion de l'âge de vos patients ? »

Le tableau ci-dessous montre les variations de l'âge des patients selon le personnel des établissements.

Pourcentage Age	10%	20%	30%	40%	50%	60%
20 à 30 ans	6	15	2		2	
31 à 40 ans	1	5	8	9	1	
41 à 50 ans	2	7	4	9	1	1
Plus de 50 ans	13	5	6			

Il existe une diversité des âges dans les cliniques, néanmoins on remarque que la catégorie d'âge la plus citée est les « 20 à 30 ans », puis arrive en deuxième position les « plus de 50 ans ». En troisième position, sont également présents au Maroc pour pratiquer des soins médicaux les « 31 à 40 ans » et les « 41 à 50 ans ».

La quatrième question aborde la proportion de l'origine sociale des patients : « *Pouvez-vous préciser la proportion de leur origine sociale ?* » Nous avons identifié une diversité de leur origine sociale des patients venant pratiqués du tourisme médical au Maroc.

Le tableau ci-dessous illustre nos propos.

Pourcentage Origine sociale	10%	20%	30%	40%	50%	100%
Agriculteur	22					
Cadre	2	13	3	5		
Ouvrier, employés	6	12	1	2	2	1
Chef d'entreprise	7	9	6	1		
Commerçant	15	8				
Retraité	22					

On constate que les cadres vont se faire soigner au Maroc en grande majorité. Ils représentent 20% des patients étrangers. Puis, les ouvriers et employés sont la deuxième catégorie à pratiqué des soins médicaux à l'étranger. En troisième position, on peut mentionner les chefs d'entreprises. On constate que l'origine sociale des patients venant au Maroc est assez diversifiée mais trois catégories sont surreprésentées.

Pour les ouvriers et employés, on a la majorité qui évoque entre 10 et 20% et une minorité qui évoque que les ouvriers et employés seraient autour de 40%.

La cinquième question examine le pays d'origine des patients étrangers venant au Maroc : « *De quel pays viennent-ils ?* » On a identifié sept pays dont les patients pratiquent le tourisme médical au Maroc afin de déterminer les principaux.

Classement Pays	1	2	3	4	5	6	7
Russie				7	1	5	11
Allemagne			2	7	13	1	1
Angleterre			2	7	1	11	3
France	13	10			1		
Etats Unis		1	1	2	8	3	9
Italie		4	16	2		2	
Moyen- Orient	11	9	2			2	

Les patients étrangers viennent en majorité de la France. Puis, le Moyen-Orient est la deuxième région où les patients viennent se faire soigner en combinant le tourisme au Maroc. Enfin, le troisième pays important est l'Italie.

On remarque que les patients étrangers sont assez variés pour venir au Maroc afin d'obtenir des soins médicaux. Néanmoins, trois pays dominants apparaissent.

La sixième question évoque les raisons de choix d'établissement pour les patients, « *Pourquoi les patients ont-ils choisi votre établissement plutôt qu'un autre ?* » Nous avons identifié huit sous thèmes qui se répartissent comme suit :

Sous thème	Nombre de réponses
<i>La renommée de l'établissement</i>	14
<i>La qualité du corps médical</i>	15
<i>La qualité de l'équipement</i>	10
<i>La qualité des chambres</i>	5
<i>La qualité de l'accueil</i>	3
<i>La qualité de la restauration</i>	3
<i>Les prix compétitifs</i>	15
<i>La situation géographique</i>	7

Voici certaines illustrations pour les sous thèmes les plus fréquemment abordés.

1-La qualité du corps médical : « *La qualité des soins médicaux qu'on exerce.* » (Médecin rabaty)

« *Grâce au Docteur G., son professionnalisme, ses compétences et sa qualité d'écoute.* » (Administratif casablancais)

« *Le savoir-faire professionnel de notre équipe, la qualité des soins médicaux proposés avec un équipement de pointe permettent à nos patients de choisir notre établissement.* » (Infirmière rabaty)

2-Les prix compétitifs des établissements : « *Nous pratiquons des soins médicaux à des prix compétitifs pour nos patients étrangers.* » (Médecin Casablancais)

« *Nous proposons des prix très compétitifs par rapport à d'autres cliniques esthétiques.* » (Administratif rabaty)

« *Les prix des soins médicaux dans notre clinique sont très intéressants.* » (Infirmière Casablancaise)

3-La renommée de la clinique : « *Nos chirurgiens ont une bonne réputation et sont expérimentés.* » (Infirmière rabaty)

« *La bonne réputation de notre établissement.* » (Infirmière casablancaise)

« *Les patients choisissent notre établissement en fonction de la renommée de la clinique.* » (Administratif rabaty)

« *La renommée qu'a notre clinique internationalement.* » (Médecin rabaty)

Une diversité des réponses est présente pour le choix d'établissement de la part des patients étrangers. Néanmoins, nous constatons trois thèmes dominants qui apparaissent.

La septième question aborde le sujet suivant, si une période est déterminée par les patients pour séjourner dans l'établissement. « *Les patients privilégient-ils une période précise pour séjourner dans votre établissement ? Si oui, laquelle ?* »

OUI	NON
3	21

La majorité du personnel a répondu négativement à cette question. Mais deux médecins casablancais et une infirmière rabatya ont affirmé que les patients privilégient une période. Nous avons identifié deux sous thèmes qui se répartissent de la façon suivante :

Sous thèmes	Nombre de réponses
<i>Vacances</i>	2
<i>Saison (été)</i>	1

Voici des propos afin d'illustrer ces deux sous thèmes abordés par le corps médical :
« Ils privilégient les vacances afin de joindre l'utile à l'agréable. » (Infirmière rabatya)
« Certains patients privilégient les vacances d'été comme ça ils profitent du soleil, plage et lifting ou blanchiment des dents. » (Médecin casablancais)

On constate que les patients ne privilégient aucune période pour séjourner au Maroc afin de se faire soigner. Néanmoins certains patients choisissent de pratiquer une intervention pendant leurs vacances selon certains professionnels de santé.

La huitième question traite l'évolution des patients : *« Y-a-t-il une évolution dans les caractéristiques de vos patients ? Si oui, quels sont les changements constatés ? »*

OUI	NON
13	11

La majorité du personnel a répondu positivement à cette question. Mais, onze personnels ont affirmé que les patients n'évoluent aucunement. Nous avons identifié cinq sous thèmes qui se répartissent de la façon suivante :

Sous thèmes	Nombre de réponses
<i>L'attitude du patient</i>	6
<i>La population plus jeune</i>	2
<i>L'information sur le pays</i>	3
<i>L'information sur les devis</i>	4
<i>L'information sur les techniques utilisées</i>	4

Voici les propos du personnel des établissements qui illustrent ces cinq sous thèmes.

1-Le premier sous thème est **l'attitude des patients changeante** : *« Les patients à leur arrivée sont parfois crispés, renfermés sur eux-mêmes. Après, ils deviennent plus sereins, détendus, décontractés. »* (Infirmière rabatya)
« Le changement le plus constaté est que les patients deviennent plus cools au cours de leur séjour à la clinique. » (Infirmière casablancaise)
« Ils sont parfois nerveux à l'idée de se faire opérer, mais après ils changent d'attitude, ils sont plus calmes et plus détendus. » (Médecin casablancais)

« Leur attitude change, ils deviennent plus cool après l'intervention. » (Administratif casablancais)

« Les patients deviennent plus confiants envers le personnel car nous sommes à leur écoute et répondent à leurs besoins. » (Infirmière rabat)

2-Le deuxième sous thème est représenté par **l'information des devis** : « Les patients sont de plus en plus informés sur le pays, les médecins pratiquants, les techniques utilisées et les différents devis proposés au Maroc. » (Médecin casablancais)

3-Le troisième sous thème est **l'information des techniques utilisées par les chirurgiens** : « Les patients sont de plus en plus informés sur les pratiques chirurgicales et les tarifs pratiqués chez nous au Maroc. » (Administratif casablancais)

On remarque que les réponses sont assez partagées mais que le personnel à Rabat a constaté peu d'évolution de la part de leur patient. Cette évolution est représentée par le fait que « Les patients qui viennent se faire opérer de plus en plus jeune. Ils sont complexés par leur physique. » (Infirmière rabat)

De plus, cette question aborde cinq sous thèmes mais seulement trois sont prédominants.

La neuvième question du questionnaire porte sur les accompagnants des patients : « Vos patients sont-ils accompagnés ? Si oui, précisez le nombre et les caractéristiques des accompagnateurs ? »

OUI	NON
24	0

La réponse à cette question a été majoritairement positive. Tous les membres du personnel, que ce soit d'ordre administratif, ou d'ordre médical, leur réponse a été unanime : tous les patients étrangers sont accompagnés lors d'un séjour pour des soins médicaux. Nous avons identifié le nombre et les caractéristiques des accompagnants des patients, ci-dessous deux tableaux qui classifient ces deux critères.

	1	2	3	4
Nombre d'accompagnants	23	13	2	2

	Familles	Amis	Proches
Caractéristiques des accompagnants	22	11	5

Tous les patients étrangers sont accompagnés par un ou deux proches dans la majorité des cas, sauf exception on l'on peut constater trois ou quatre accompagnants. Leur caractéristique est soit un membre de leur famille, soit un ami.

Voici des exemples qui montrent que les patients sont accompagnés d'une personne et plus particulièrement d'un membre de leur famille :

« La plupart des accompagnants sont des proches, un ou plusieurs membres de la famille, du patient, qui bénéficient du séjour pour découvrir le pays. Les patients sont accompagnés d'une personne ou deux. » (Médecin casablancais)

« Les patients sont parfois accompagnés d'une à deux personnes. Ce sont des proches de mes patients. Il s'agit d'un membre de la famille. » (Médecin rabat)

« Généralement, les femmes sont accompagnées de leur époux et réciproquement, les hommes sont accompagnés de leur femme. » (Administratif casablancais)

« Dans la majorité du temps, un seul accompagnant est présent avec le patient. C'est un proche du patient comme la famille, un parent. » (Administratif rabat),

« Un membre de la famille est assez fréquemment l'accompagnant du patient. » (Infirmière rabat)

« Cela dépend des patients. Presque la moitié des patients sont accompagnés d'une à deux personnes car ils habitent un peu loin. C'est la famille qui l'accompagne. » (Infirmière casablancaise)

On souligne que les acteurs des cliniques apprécient de façon diversifiée le nombre et les caractéristiques des accompagnants. Cela peut être compris entre une à quatre personnes. Celles-ci sont diverses et variées, famille ou amis. Mais, dans la majorité ils sont accompagnés d'un ou deux membres de leur famille.

La dixième question évoque les différents types d'interventions chirurgicales au sein de l'établissement : « Quels sont les différents types d'interventions chirurgicales que vous pratiquez le plus ? »

Nous avons déterminé six types d'interventions chirurgicales dans chaque établissement, et nous avons procédé à un classement de celles-ci. Voici cette classification qui en ressort.

Classement Interventions chirurgicales	1	2	3	4	5	6
Chirurgie esthétique	20	4				
Médecine esthétique		13	4	5	2	
Soins dentaires		3	8	9	4	
Restauration capillaire		2	8	4	9	1
Chirurgie réparatrice	3	2	4	6	9	
Autre : Gynéco-esthétique	1					

Le classement de ces interventions est le suivant : les patients étrangers viennent en majorité au Maroc pour se faire pratiquer de la chirurgie esthétique, elle détient la première place.

Vingt personnes du personnel sur vingt quatre estiment que ce type d'intervention est fréquent dans leur établissement par les patients étrangers.

Puis, la deuxième intervention importante pour cette clientèle étrangère est la médecine esthétique. Nous avons identifié plus de la moitié du personnel qui affirme que cette intervention est décidée par cette clientèle étrangère. Elle représente treize personnes sur vingt quatre dont cinq du corps médical, trois médecins et deux infirmières, et huit administratifs.

De plus, nous avons en troisième position la restauration capillaire, la proportion du personnel est un peu plus légère. Elle ne représente que huit personnel, dont une infirmière, trois médecins, et quatre administratifs.

Les soins dentaires sont positionnés en quatrième place, selon une infirmière, deux médecins et six administratifs.

Enfin, la dernière et cinquième opération pratiquée par les chirurgiens aux patients étrangers est la chirurgie réparatrice, selon la même typologie de personnel que pour les soins dentaires.

La onzième question nous permet de savoir la durée moyenne des patients séjournant au sein des deux cliniques : « *Combien de temps séjournent en moyenne les patients dans votre établissement ?* »

Durée	Nombre de réponses
<i>1 jour</i>	1
<i>2 à 5 jours</i>	14
<i>1 semaine</i>	7
<i>2 semaines</i>	2

On constate que la durée moyenne du séjour des patients étrangers au sein des établissements est comprise entre 2 à 5 jours. Plus de la moitié du personnel estime que les patients séjournent durant cette période. Au sein de cet ensemble du personnel, cinq médecins, six administratifs et trois infirmières affirment cette durée moyenne.

En revanche, selon six administratifs les patients séjournent en moyenne un peu plus de temps, c'est-à-dire une semaine.

La douzième et dernière question portant sur les caractéristiques des patients évoque la possibilité de séjourner toujours au sein de l'établissement après les interventions : « *Après les interventions, séjournent-ils toujours dans votre établissement ? Si oui, combien de temps ?* »

La réponse à cette question a été pour plus de la moitié du personnel affirmative. Le tableau ci-dessous démontre notre constatation.

Oui	Non
17	7

Dix administratifs sur douze ainsi que cinq médecins sur six ont certifié que les patients séjournent à la clinique après les interventions.

Selon le personnel, la période de convalescence à la clinique varie entre un jour et une semaine. Cette période de convalescence est assez variée. Voici ce que nous avons recueilli comme informations concernant la durée moyenne au sein de l'établissement.

Durée	Nombre de réponses
<i>1 à 3 jours</i>	4
<i>3 à 4 jours</i>	2
<i>2 à 5 jours</i>	6
<i>4 à 5 jours</i>	4
<i>2 jours à 1 semaine</i>	1

La durée moyenne, dont les patients étrangers séjournent après l'intervention dans l'établissement, est de 2 à 5 jours, pour six interviewés, soit quatre administratifs et deux médecins.

Nous avons relevé certaines citations données par le personnel des cliniques : *« cela dépend du type d'intervention pratiqué sur le patient. Il se peut que pour certaines interventions chirurgicales, le patient sort le jour même de la clinique, exemple la restauration capillaire, mais pour d'autres opérations, il reste 2 à 5 jours au sein de notre établissement. »* (Médecin casablançais)

« Les patients séjournent généralement 2 à 5 jours selon le type d'intervention. » (Administratif casablançais)

La deuxième période est comprise entre 1 et 3 jours, selon deux administratifs : *« les patients séjournent entre 1 jour et 3 jours à la clinique après leur intervention. »*

Une infirmière de rabat affirme que *« Certains patients préfèrent rester à la clinique après leur intervention pendant 1 à 3 jours afin de se reposer. »*

Et un médecin de Casablanca nous informe que *« les patients peuvent rester 1 à 3 jours supplémentaires suivant le type d'intervention que le patient a reçu. »*

La troisième durée représentative est 4 à 5 jours. Selon quatre administratifs *« les patients restent dans notre établissement 4 à 5 jours sous le contrôle du médecin et les soins des infirmières. »* (Administratif casablançais)

« Ils restent entre 4 et 5 jours au sein de notre établissement. » (Administratif rabat)

Pour conclure, on constate que la période est partagée, mais elle est en majorité entre 2 à 5 jours.

Après avoir étudié les différentes caractéristiques des patients étrangers pratiquant du tourisme médical au Maroc, nous allons maintenant nous intéresser aux divers problèmes que le personnel de l'établissement peut rencontrer lors d'un séjour à l'étranger.

Notre deuxième famille de questions porte sur le thème *« des problèmes rencontrés avant, pendant et après l'intervention du patient »*. Il est composé de neuf questions dont nous allons décrire et étudier les réponses.

La treizième question aborde les problèmes d'hébergement qui peuvent survenir lors du séjour du patient au Maroc : *« Y-a-t-il des problèmes d'hébergement / logement ? Commentez votre réponse. »*

Quantité problèmes	Nombre de réponses
<i>Nombreux Problèmes</i>	0
<i>Certains problèmes</i>	3
<i>Peu de Problèmes</i>	8
<i>Aucun problème</i>	13

Nous avons remarqué que plus de la moitié du personnel (huit administratifs, quatre infirmières et un médecin), a affirmé qu'il n'y avait aucun problème d'ordre d'hébergement. Néanmoins, certains (quatre médecins et quatre administratifs) ont estimé qu'il y en avait peu. Nous avons identifié quelques sous thèmes par rapport à ces problèmes d'hébergement.

Ils se répartissent comme suit :

Sous thèmes	Nombre de réponses
<i>La prise en charge totale</i>	6
<i>La disponibilité des chambres</i>	6
<i>Les lits accompagnants</i>	4
<i>Le peu de chambres</i>	12
<i>L'organisation complète</i>	1
<i>La location une maison / une chambre d'hôtel</i>	4

Voilà quelques justifications pour les sous thèmes les plus fréquemment abordés :

1-Le peu de chambres au sein de la clinique : « Mais le problème qui peut être rencontré concernant l'hébergement serait que les chambres de notre clinique réduit le nombre de patients que l'on peut accueillir car nous ne disposons que de dix chambres. » (Médecin casablancais)

« Les chambres de notre clinique limitent le nombre de patients qu'on peut recevoir. On dispose seulement de dix suites individuelles de haut standing. » (Médecin casablancais),

« Les chambres sont limitées à dix mais on fait le maximum afin de satisfaire notre clientèle. » (Administratif casablancais)

« Les rendez-vous sont pris à l'avance donc une organisation est réalisée pour éviter que des problèmes de ce type surviennent dans notre établissement, même si nous avons que douze chambres individuelles confortables et conviviales. Elles peuvent également accueillir un accompagnant. » (Administratif rabat)

« Sachant que les chambres sont peu nombreuses dans notre établissement, toutefois les patients préfèrent rester à la clinique pour profiter pleinement du SPA mis à leur disposition. » (Infirmière casablancaise)

« Dans notre clinique, nous n'avons que douze chambres mais elles sont spacieuses, ce qui peut engendrer des problèmes d'hébergement. » (Infirmière rabat)

« On peut rencontrer un problème sur le nombre de chambres qui peut être insuffisant. La clinique n'a que dix chambres individuelles. » (Infirmière casablancaise)

2-La disponibilité des chambres : « Les chambres sont disponibles pour notre clientèle à tout moment, elles sont réservées avant l'intervention chirurgicale. » (Administratif casablancais),

« On essaye de trouver un hébergement à nos patients soit à la clinique, soit à l'hôtel. On fait le maximum sur ce domaine car nous tenons à garder une bonne image de notre établissement. » (Infirmière rabat)

3-La prise en charge totale des patients : « Nous n'avons aucun problème de d'hébergement. Nous planifions le séjour à l'avance avec le patient à l'avance. Nous mettons tout en place avant que le patient arrive sur place, nous lui proposons soit d'être logé dans notre clinique, soit de réserver une chambre à l'hôtel. » (Médecin rabat)

« On essaye de tout préparer avant l'arrivée du patient dans notre clinique car nous avons seulement dix chambres. » (Administratif rabat)

« On prend en charge le patient depuis son arrivée à l'aéroport jusqu'à son départ. » (Administratif casablancais)

Une minorité de professionnels exprime quelques remarques spécifiques sur l'hébergement.

4.1-La location d'une maison/réservation chambre d'hôtel : « Les logements sont assez disponibles pour les patients au Maroc. Ils peuvent soit loger à l'hôtel soit louer une maison. » (Médecin rabat)

« Certains patients souhaitent séjourner à la clinique pendant toute la durée de leur séjour au Maroc, et d'autres considèrent que l'intervention est terminée, ils réservent alors un hôtel pour contempler la fin de leur séjour avec tous les avantages qui en découlent comme les activités touristiques, les restos typiques, les balades au bord de la plage... » (Infirmière rabat)

4.2-Les lits accompagnants : « Toutes nos chambres peuvent accueillir un accompagnant. » (Administratif rabat)

« Nos dix suites individuelles à thèmes peuvent permettre à nos patients de séjourner avec un accompagnant. » (Infirmière casablancaise)

La quatorzième question évoque les problèmes administratifs dont le personnel de la clinique peuvent rencontrer : « Y-a-t-il des problèmes d'ordre administratif ? Si oui, quels sont ces problèmes constatés ? »

Oui	Non
6	18

Pour la majorité du personnel des cliniques, il n'existe pas ou presque pas de problèmes d'ordre administratif. Il met tout en œuvre pour éviter ces problèmes. Néanmoins, six interviewés (quatre administratifs, une infirmière et un médecin) ont affirmé que certains problèmes de paiements étaient parfois constatés de la part des patients.

Voici des citations illustrant leurs propos : « Tout est bien organisé avant l'arrivée du patient. Il y a un suivi qui est fait entre le patient et le chirurgien par internet, qui nous fait suivre le dossier afin de s'occuper de toutes les démarches administratives. » (Administratif rabat)

« Les problèmes administratifs sont très rares. Mais, il y a certains problèmes de paiement qu'on essaye de régler pendant le séjour du patient. » (Administratif casablancais)

« Il y a parfois des problèmes de règlement qui n'ont pas été réglés avant l'arrivée du patient dans notre clinique, mais le personnel administratif procède à cette régularisation pendant le séjour du patient. » (Infirmière casablancais)

« Il y a parfois des problèmes de paiements mais on essaye de régulariser la situation tout au long du séjour du patient. » (Médecin casablancais)

On constate, en règle générale qu'il y a peu de problèmes administratifs au sein des deux établissements médicaux.

La quinzième question traite les réclamations des patients qui peuvent être évoquées : « *Quelles sont les principales réclamations des patients de votre établissement ?* » Le tableau ci-dessous permet d'avoir un classement des réclamations faites des patients au personnel de la clinique.

Classement Réclamations	1	2	3	4
<i>Nourriture</i>	11	7	6	
<i>Hébergement</i>	13	4	5	2
<i>Bruit</i>		11	11	2
<i>Autre :</i> <i>- sorties le weekend</i> <i>- climatisation</i>		2	2	

Ce tableau nous permet d'identifier une classification des différentes réclamations faites par les patients au personnel de la clinique. La première réclamation est l'hébergement. La deuxième porte sur la nourriture et enfin la troisième réclamation concerne le bruit.

Toutefois, selon les médecins cette classification est appropriée.

En revanche, les administratifs ont plutôt évoqué le bruit en première position, la nourriture en deuxième, l'hébergement en troisième et les sorties le weekend en quatrième place.

Pour les infirmières, le classement est également différent. Elles estiment la nourriture comme la réclamation principale, puis l'hébergement en deuxième place, en troisième position arrive le bruit et enfin la climatisation en quatrième place.

On constate alors une diversité de réclamations. Chaque catégorie de personnel de la clinique a un classement différent, cependant les médecins ont la même classification que le classement général.

La seizième question examine les difficultés majeures que peut rencontrer le personnel de la clinique : « *Quelles sont les principales difficultés rencontrées ?* » Nous avons répertorié quatre types de difficultés de la façon suivante :

Classement Difficultés rencontrées	1	2	3	4
<i>Les dossiers sont incomplets</i>	3	2	19	
<i>Faire des examens complémentaires</i>		19	5	
<i>Refus de prendre des piqures, médicaments</i>	21	3		
<i>Une patiente devant se faire soigner, ausculter par un médecin homme</i>				24

Les principales difficultés rencontrées par le personnel sont classées de la façon suivante par ordre d'importance. La première difficulté des patients est le refus de prendre des médicaments, ou se laisser faire des piqures.

Puis, le deuxième problème rencontré est le fait que les patients doivent effectuer des examens complémentaires. Les dossiers incomplets sont la troisième difficulté au sein des

cliniques. Enfin, une patiente devant se faire soigner par un médecin est la dernière principale difficulté rencontrée par le personnel.

La dix-septième question porte sur le déroulement des consultations préopératoires de l'intervention : *« Comment se déroule les consultations préopératoires de l'intervention ? »*
Nous avons déterminé sept sous thèmes répertoriés de la façon suivante :

Sous thèmes	Nombre de réponses
<i>Les photos à envoyer par internet</i>	6
<i>Le formulaire à remplir sur internet</i>	8
<i>La consultation avec le chirurgien et l'anesthésiste</i>	22
<i>L'accueil du patient par le personnel</i>	5
<i>L'installation du patient dans sa chambre</i>	5
<i>La consultation par internet</i>	5
<i>Le patient accueilli par un chauffeur à son arrivée à l'aéroport</i>	8

Nous allons présenter quelques citations qui illustrent les différents sous thèmes énumérés ci-dessus :

« La majorité sont des consultations via internet. Si le patient peut se permettre le déplacement au Maroc pour une consultation avant l'intervention, la consultation se fera directement à la clinique avec le chirurgien, puis le patient verra en même temps l'anesthésiste pour un bilan de santé. » (Médecin casablancais)

« Les patients remplissent un formulaire sur le site de la clinique, ils envoient aussi les photos de la partie du corps qu'il souhaite opérer par mail. Après une consultation préopératoire avec le chirurgien et une consultation pré-anesthésiste est programmée la veille de l'intervention à la clinique. » (Médecin rabat)

« Ces consultations se pratiquent via internet sur le site de la clinique avec le chirurgien où le patient et le chirurgien détermine le choix de l'intervention. Puis, un second rendez vous est pris via internet avec l'anesthésiste pour établir un bilan de santé au patient, qu'il effectuera dans son pays d'origine. » (Infirmière casablancaise)

« Un chauffeur attend le patient à l'aéroport. Il est ensuite conduit à la clinique où il rencontrera le chirurgien. Lors de cette rencontre aura bien une visite préopératoire afin d'ajuster les derniers détails avant l'intervention. Et après, une consultation pré-anesthésiste sera également envisagée. » (Infirmière rabat)

« En premier lieu, le patient remplit un formulaire sur le site de la clinique. Il a la possibilité de poser les questions qu'il souhaite et doit envoyer les photos du nez, des seins, de la partie du corps qu'il veut opérer. (...) Après le docteur lui répond, après un échange de mails et la confirmation du devis, la directrice de la clinique s'occupe de faire tout le suivi avec le patient de la programmation au bloc opératoire jusqu'à l'arrivée du patient à la clinique. » (Administratif casablancais)

« A l'arrivée du patient à la clinique conduit par notre chauffeur, une consultation avec le chirurgien est prévue afin de mettre au point les derniers petits détails et renseignements relatifs à l'intervention choisie par le patient (opération, suites opératoires, ...). Ensuite, le

patient devra rencontrer en consultation l'anesthésiste afin qu'il l'examine, évalue son état de santé et répondre aux interrogations que le patient se pose par rapport à l'anesthésiste choisie. » (Administratif rabat)

On constate plusieurs sous thèmes abordés par le personnel des cliniques, cependant le déroulement des consultations préopératoires de l'intervention reste le même quelque soit l'établissement médical choisit par le patient.

La question dix huit aborde le déroulement de l'hospitalisation au sein des établissements médicaux au Maroc : « *Comment se déroule l'hospitalisation dans votre établissement ?* » Cette question aborde deux sous thèmes qui se classifient comme suit :

Sous thèmes	Nombre de réponses
L'accueil et les installations :	
-Chauffeur à l'aéroport	06
-Prise en charge par la responsable clientèle	14
-Visite des locaux	06
-Installation dans la chambre	12
Les soins :	
-Visite du chirurgien	10
-Amener au bloc opératoire	10
-Accueilli par l'anesthésiste	08
-Patient prend une douche	07
-Accueillante équipe	01
-Bonne surveillance des infirmières	01

Nous avons identifié deux grandes familles de réponses à cette question. Une première famille de réponse concerne l'accueil et l'installation des patients dans leur chambre, où l'on a recueilli trente huit réponses. Puis, une seconde famille de réponses est identifiée et concerne les soins où l'on recueille ici, trente sept réponses. Nous allons faire un commentaire sur ces deux grandes familles.

Dans la première famille « **l'accueil et les installations** », on a deux sous thèmes dominants : la prise en charge par la responsable clientèle et l'installation du patient dans sa chambre. On a ensuite deux sous thèmes qui sont abordés moins fréquent : l'accueil d'un chauffeur dès l'arrivée du patient à l'aéroport et la visite des locaux.

Dans la seconde famille « **les soins** », on a deux sous thèmes dominants : la visite du chirurgien auprès du patient, et le patient est amené au bloc opératoire. On a ensuite quatre sous thèmes qui sont abordés moins fréquent : le patient est accueilli par l'anesthésiste, le patient doit prendre une douche, une équipe accueillante est présente pour le patient et une bonne surveillance des infirmières.

Nous allons présenter des exemples concernant le déroulement d'une hospitalisation dans les deux cliniques au Maroc.

« Le jour de l'intervention, il faut absolument que le patient soit à jeun. Ensuite, lorsque le patient aura revu toutes les formalités et signé le consentement éclairé, une infirmière se chargera de lui administrer une prémédication dans sa chambre et après elle l'accompagnera au bloc opératoire où aura lieu l'intervention. » (Administratif rabat)

« Le chauffeur conduit le patient de l'aéroport à la clinique. (...) la responsable clientèle le prend en charge pour une visite de l'établissement (...) après elle l'installe dans sa chambre. Le docteur monte le voir (...) pour une deuxième consultation pour finaliser les dernières choses de l'intervention qui aura lieu le lendemain, bien sur avec un suivi du médecin anesthésiste et les soins des infirmières. » (Administratif casablancais)

« On prépare tout à l'avance (...) le patient est accueilli par la responsable relation-clientèle afin de faire une mise au point sur les documents, (...). Elle lui fait visiter les lieux ensuite. Après, le patient est conduit dans sa chambre. (...) Le patient doit prendre une douche médicale préopératoire destinée à éliminer la majorité des germes normalement présents sur la peau. Ensuite, le chirurgien monte voir le patient pour s'assurer que tout va bien avant l'intervention. Enfin, il est amené au bloc opératoire et accueilli par l'anesthésiste. » (Médecin casablancais)

« Tous les préparatifs nécessaires se font à l'avance. Le patient est attendu par notre chauffeur à l'aéroport et le conduit à notre clinique. (...) Il est accueilli par le personnel et une mise au point est faite. Le patient est installé dans sa chambre. Le chirurgien passe le voir (...). Après, il est amené au bloc et accueilli par le médecin anesthésiste. » (Médecin rabat)

« Si le patient a émis le souhait d'avoir un chauffeur à son arrivée, celui-ci l'attendra à l'aéroport. Il le conduira à notre clinique et sera accueilli par la directrice clientèle (Mme B.) elle lui présentera la clinique et s'installera dans sa chambre par la suite. Le chirurgien ira dans la chambre du patient (...). Il faudra qu'il prenne après une douche avant que le brancardier le descend au bloc où il sera attendu par l'anesthésiste. » (Infirmière casablancaise)

« L'hospitalisation se déroule très bien. Il y a un service hôtelier adapté aux besoins du patient, une bonne surveillance de la part du personnel médical et une équipe accueillante et qualifiée, si le patient a besoin de quelque chose. » (Infirmière rabat)

On constate que les sous thèmes abordés dans cette question sont assez variés mais le déroulement d'une hospitalisation reste identique à toute intervention et dans n'importe quel établissement médical.

La question dix neuf évoque le traitement de la douleur : « Comment traitez-vous la douleur du patient au réveil ? » Cette question nous permet de nous interroger sur comment le corps médical procède pour calmer la douleur du patient après une intervention chirurgicale.

Nous avons identifié la même réponse pour tous les membres du personnel des cliniques. Cette réponse a été le protocole d'analgésie.

Sous thèmes	Nombre de réponses
Analgésie	24
Anti inflammatoire	1

Voici quelques illustrations qui permettent de confirmer la réponse dominante de cette question.

« Les antalgiques sont administrés par voie parentérale dans un premier temps. Une fois la voie entérale est permise, l'administration des antalgiques se fait par voie orale. » (Médecin casablancais)

« C'est douloureux, mais avec le suivi du médecin et les soins des infirmières le patient peut dépasser sa douleur. Les infirmières leur donnent des antalgiques pour calmer la douleur. » (Médecin rabaty)

« On pratique le protocole anesthésique d'analgésie. C'est l'anesthésiste ainsi que les infirmières qui traitent la douleur auprès des patients. Ces médicaments sont administrés par voie orale afin d'atténuer sa douleur. » (Administratif casablancais)

« Nous traitons la douleur du patient par analgésie en leur donnant du paracétamol ou de l'aspirine. » (Administratif rabaty)

« Selon le protocole, c'est-à-dire les infirmières se chargent de donner aux patients des antalgiques sous forme de paracétamol ou d'aspirine. » (Administratif rabaty)

« On administre des antidouleurs si cela est nécessaire. Nous ne laissons jamais le patient souffrir. En règle générale, c'est du paracétamol ou de l'aspirine que nous leur donnons. » (Infirmière rabaty)

« Nous donnons aux patients du paracétamol pour dissiper leur douleur. » (Infirmière casablancaise)

« Les infirmières veillent en son état de santé et prodiguent les soins nécessaires. Tout est prévu pour éviter la douleur post opératoire au patient. Des médicaments lui sont donnés pour éradiquer la souffrance soit par des analgésiques, c'est-à-dire que les infirmières donnent au patient du paracétamol ou aspirine, soit par des anti-inflammatoires. » (Médecin casablancais)

La vingtième question porte sur le déroulement du suivi post opératoire du patient : « Comment se déroule le suivi post opératoire de votre patient ? » Cette question permet d'analyser trois sous thèmes qui se répartissent de la façon qui suit :

Sous thèmes	Nombre de réponses
La visite du pays	6
Le contrôle post-opératoire du chirurgien	24
Les soins médicaux (changement de pansements et soins médicaux)	23

Nous allons présenter quelques illustrations pour les deux sous thèmes abordés de manière fréquente :

« Le patient est vu par le médecin pour contrôle et les infirmières s'occupent du changement des pansements et les soins médicaux dont le patient aurait besoin. » (Médecin casablancais)

« Les patients sont vus deux fois par semaine après l'opération par le chirurgien. » (Médecin rabaty)

« Le suivi post opératoire est une étape importante après une intervention. Il est revu par le chirurgien pour un contrôle et les infirmières changent les pansements du patient. » (Infirmière casablancaise)

« Le médecin revoit le patient pour contrôler l'opération et les infirmières veillent au patient en changeant les divers pansements. » (Infirmière rabatya)

« Nous surveillons les constantes, la glycémie, T/A, la diurèse (sécrétion de l'urine dans son ensemble de façon qualitative et quantitative). » (Infirmière casablancaise)

« Après l'intervention, le médecin visite le patient dans sa chambre, vérifie ses analyses après il donne ses consignes aux infirmières pour effectuer les soins médicaux nécessaires et changer les pansements. » (Administratif rabatya)

Six personnes évoquent, (en plus des deux sous thèmes dominants), que certains patients visitent le Maroc.

« Les jours qui suivent l'intervention, le patient pourra profiter de son séjour au Maroc tels que des visites culturelles, se ressourcer dans le temple du bien-être à la clinique : le « G. SPA ». De plus, le chirurgien devra revoir le patient en consultation tous les 2 ou 3 jours pour les soins post opératoires et répondre aux éventuelles questions du patient. Les pansements seront changés par les infirmières. » (Administratif casablancaise)

On constate une réponse commune pour les deux corps de métiers (le corps médical et le corps administratif). Cette réponse suppose deux sous thèmes : un contrôle chez le chirurgien impérativement et des soins médicaux effectués par les infirmières.

La question vingt et une traite sur les examens complémentaires à effectuer : « Comment faites-vous, quand des examens complémentaires sont nécessaires à vos interventions ? »

On constate qu'à cette question, nous avons identifié trois sous thèmes. Néanmoins, deux sous thèmes sont dominants.

Sous thèmes	Nombre de réponses
Dans son pays d'origine	5
Dans notre établissement médical	19
Laboratoire extérieur	1

Voici quelques illustrations du personnel des cliniques :

« Pour l'intérêt de notre patient, nous sommes dans l'obligation de tout mettre en œuvre pour son bien-être, donc on pratique les examens nécessaires sur place. » (Infirmière rabatya)

« On pratique les examens complémentaires car les laboratoires sont à proximité de la clinique. » (Infirmière casablancaise)

« La clinique prend en charge tous les examens nécessaires pour l'intervention chirurgicale du patient. » (Administratif casablancaise)

« Si le patient est toujours dans son pays d'origine, on lui fait parvenir une ordonnance par mail. » (Administratif casablancaise)

« Nous faisons les examens sur place car nous disposons de laboratoires. » (Médecin casablancais)

« La demande est envoyée par mail dans une ordonnance, si besoin le patient consulte son médecin traitant pour prescrire ces examens complémentaires. » (Médecin casablancais)

« Nous intervenons le plus rapidement possible pour effectuer des analyses complémentaires à l'intérieur de la clinique puisqu'on est équipé de matériel biologique. » (Médecin rabat)

On remarque à travers cette question, que la réponse du personnel des cliniques est en grande majorité identique, les examens complémentaires s'effectuent principalement au sein des cliniques.

Après avoir analysé les différents problèmes rencontrés du personnel médical ou administratif au sein des cliniques, ceci nous amène à étudier les compétences de ces mêmes corps de métiers et leurs éventuelles évolutions.

Notre troisième famille de questions porte sur le thème « des compétences du personnel administratif et médical de l'établissement. » Il est composé de six questions dont nous allons présenter et analyser les réponses.

La question vingt deux aborde l'évolution des compétences professionnelles du personnel, en fonction de trois activités : administratif, hébergement et médical. « Dans quels domaines, ces activités avec cette clientèle étrangère, ont-ils fait évoluer vos compétences professionnelles ? »

Nous avons recueilli six sous thèmes concernant l'activité administrative qui se classe de la façon suivante :

Sous thèmes	Nombre de réponses
La procédure sur les normes internationales	8
Les langues	1
L'analyse du comportement	1
La gestion des dossiers	14
L'amélioration du site internet	2
Pas de réponse	2

Voici des illustrations pour les deux sous thèmes dominants abordés.

1-La gestion des dossiers : « J'ai développé mes compétences concernant la prise en charge complète du patient et adaptée à ses besoins. » (Administratif casablancais)

« J'ai amélioré la gestion des dossiers, j'ai également amélioré mes échanges avec les organismes étrangers pour la prise en charge du patient. » (Administratif casablancais)

« Cette activité a permis d'améliorer mes compétences sur les différentes étapes nécessaires pour réaliser au mieux le séjour du patient dans notre pays. » (Administratif rabat)

« J'ai acquis des connaissances sur les règles et normes internationales. J'ai également développé mes connaissances relationnelles envers les patients étrangers. » (Administratif casablancais)

« Pour moi, cette activité m'a développé mes capacités à améliorer les dossiers des patients étrangers. » (Infirmière casablancaise)

« J'ai amélioré l'organisation des dossiers des patients. Pour ça, j'ai décidé de revoir avec chaque patient dès son arrivée le détail du dossier et inscrire ce qu'il manque afin qu'il puisse nous le transmettre avant sa sortie. » (Administratif rabat)

« J'ai décidé de copier les dossiers médicaux et différents formulaires au fur et à mesure de chaque patient, ce qui m'a permis de gagner du temps dans la gestion des dossiers. » (Infirmière rabat)

2-La procédure sur les normes internationales : « J'ai évolué en terme de compréhension des différentes étapes nécessaires pour le règlement et les normes internationales et tous autres documents nécessaires pour l'intervention. » (Médecin casablancais)

« J'ai développé la capacité à analyser le comportement du patient afin de lui donner une information adaptée et de l'accompagner tout au long de son séjour. J'ai aussi amélioré la procédure d'anesthésie en fonction du patient et du déroulement de l'intervention. » (Médecin casablancais)

« J'ai développé mes compétences sur les procédures des normes internationales. » (Médecin rabat)

« L'activité administrative avec les patients étrangers m'a permis de développer mes compétences sur la compréhension des normes internationales. » (Administratif rabat)

On constate une diversité de sous thèmes, cependant seulement deux sous thèmes sont majeurs, la gestion des dossiers pour les administratifs et la procédure des normes internationales pour le corps médical.

En terme d'hébergement, nous avons déterminé neuf sous thèmes, cependant trois sous thèmes sont dominants, les six autres sous thèmes sont partagés. Les sous thèmes sont classés sur le tableau ci-dessous :

Sous thèmes	Nombre de réponses
La préparation de la chambre	2
L'organisation site (locaux)	1
L'écoute personnalisée du personnel	8
La qualité des soins	3
La qualité des chambres	9
Les équipements modernes	1
Le développement réseau hébergement	5
La réalisation des soins médicaux	4
Pas de réponse	2

Les sous thèmes dominants sont les suivants : le premier est la qualité des chambres, puis le second est l'écoute personnalisée du personnel (choix des chambres, chauffeur à l'aéroport). Voici des justifications qui permettent d'illustrer ce tableau.

1-La qualité des chambres : *« On a amélioré la qualité des services dans notre clinique au niveau des chambres, en créant des chambres spacieuses, et confortables. »* (Administratif rabaty)

« On a développé un concept assez original dans les chambres. On a créé dix suites individuelles avec différents thèmes. » (Administratif casablancais)

« Nous avons douze chambres spacieuses et confortables. Elles disposent chacune de services annexes tel le wifi, la climatisation... » (Infirmière rabaty)

« Chaque chambre comprend le confort indispensable au bien être du patient. Il y a la climatisation, la télévision, la wifi, le téléphone,... Tous ces services sont présents dans le but de satisfaire les besoins et attentes du patient afin que son séjour soit agréable et convivial. » (Administratif rabaty)

« Notre clinique est composée de dix belles suites où divers thèmes ont été créés dans chacune d'elles. Par exemple : Grace Kelly, Océane, Dune, Versace, Casablanca. On a dans chaque chambre une décoration chaleureuse. » (Administratif casablancais)

« Chaque chambre est individuelle et peut ainsi accueillir un accompagnant. Elle est donc unique et personnalisée. Ceci permet au patient d'être dans un espace chaleureux et convivial. » (Administratif rabaty)

2-L'écoute personnalisée du personnel : *« J'ai développé mon écoute envers les patients étrangers qui souhaitait avoir la possibilité d'avoir un chauffeur dès son arrivée à l'aéroport pour le conduire à la clinique, et disposer par exemple de la chambre Marilyn ou Océane. »* (Administratif casablancais)

« J'ai appris au fur à mesure du temps, qu'il était important d'avoir un écoute personnalisée pour chaque patient. Chacun a des besoins et des attentes différents qui doivent être accompli. Il faut donc fournir une prestation en fonction des besoins du patient. » (Médecin casablancais)

« Cette activité m'a permis d'offrir une meilleure qualité des soins et d'excellentes conditions d'accueil aux patients étrangers, comme l'hygiène, le confort, la sécurité. » (Médecin rabaty)

« J'ai développé mes connaissances sur le fait qu'il est important de préparer les chambres à l'avance et assurer un chauffeur pour la réception à l'aéroport si besoin. » (Médecin casablancais)

3-Le développement du réseau hôtelier : *« Nous disposons de plusieurs chambres, mais certains patients préfèrent réserver une chambre d'hôtel. Nous avons donc développé notre réseau avec l'extérieur. »* (Infirmière rabaty)

« Notre clinique travaille en collaboration avec certains hôteliers, ceci dans le but de satisfaire les besoins de nos patients étrangers. » (Administratif rabaty)

« Nous avons créé un partenariat avec certains hôtels de la ville pour les patients qu'il le souhaite. » (Administratif casablancais)

« Nos chambres étant limitées, nous avons créé une alliance avec un partenaire hôtelier pour rendre le séjour de nos patients plus agréable. » (Infirmière casablancaise)

Nous constatons que les compétences professionnelles du personnel aussi bien qu'administratif que médical en termes d'hébergement ont évolué en fonction de leurs patients étrangers. Nous avons identifié plusieurs réponses, néanmoins trois sous thèmes sont dominants comme énoncé ci-dessus.

En terme médical, les compétences professionnelles ont évolué pour le personnel médical. Nous avons identifié quatre sous thèmes qui se répartissent de la façon suivante :

Sous thèmes	Nombre de réponses
<i>La courbe d'apprentissage</i>	4
<i>La prise en charge complète de la douleur</i>	1
<i>La formation linguistique</i>	3
<i>Les soins médicaux</i>	4
<i>Pas de réponse</i>	12

Nous avons recueilli plusieurs illustrations par le personnel :

1-La courbe d'apprentissage : « J'ai développé ma courbe d'apprentissage, c'est-à-dire plus on voit de malades plus on devient expérimenté. » (Infirmière casablancaise)

« Cette clientèle étrangère m'aider à développer ma courbe d'apprentissage. La courbe d'apprentissage se définit comme plus on pratique, plus on devient compétent. » (Médecin rabaty)

« Le nombre de patients permet d'améliorer nos compétences en matière de soins médicaux car notre courbe d'apprentissage développe notre savoir-faire. » (Infirmière casablancaise)

« J'ai évolué en terme d'installations médicales qui sont devenues plus modernes avec le temps et donc on pratique avec du matériel de haute technologie. » (Infirmière rabaty)

2-Les soins médicaux : « J'ai développé mes compétences en soins médicaux. » (Infirmière casablancaise)

« J'ai amélioré mes connaissances en soins car j'accompagne les patients tout au long de leur séjour dans notre établissement dans la réalisation de leurs soins quotidiens, (intimité, hygiène, sécurité, confort,...). » (Infirmière rabaty)

« J'ai pu compléter mes connaissances, mes compétences lorsque je seconde le médecin, en nettoyant correctement les plaies pour que tout se passe au mieux pour le patient. » (Infirmière rabaty)

3- La formation linguistique : « Nous rencontrons un certain nombre de patients étrangers venant de différents pays, ça m'a permis d'améliorer ma pratique et mon perfectionnement des différentes langues parlées avec les patients. » (Médecin casablancais)

« Ma pratique en langue étrangère m'a permis d'améliorer ma capacité à comprendre et m'exprimer avec les patients étrangers. » (Infirmière rabaty)

Toutes ces compétences ont été développées par le corps médical et nullement par le corps administratif. Nous remarquons que le sous thème déterminant est la courbe d'apprentissage et les soins médicaux par les infirmières.

La vingt troisième question porte sur les compétences que le personnel compte développer dans le futur : « *Dans l'avenir, quelles sont les compétences que vous comptez développer ?* »

Nous avons centré cette question sur trois activités : l'administratif, l'hébergement et le médical. Au cœur de l'activité administrative, nous avons pu identifier quatre sous thèmes. Le classement est décrit par le tableau ci-dessous.

Sous thèmes	Nombre de réponses
<i>La gestion des dossiers</i>	7
<i>La formation linguistique</i>	6
<i>L'échange avec les patients</i>	2
<i>Pas de réponse</i>	11

La réponse à cette question est représentative avec le thème « la gestion des dossiers » et le thème « la formation linguistique ». Nous allons compléter ce tableau par les des citations données par les interviewés lors des passations.

1-La gestion des dossiers : « *Je compte améliorer la gestion des dossiers et le classement afin de faciliter notre travail qui est volumineux. Nous avons une surcharge de travail assez importante c'est pour ça je souhaiterais améliorer ce côté administratif de notre travail.* » (Administratif casablancais)

« *Je vais développer certains aspects administratifs pour simplifier notre travail. Pour ça, je vais développer un concept pour rendre la gestion des dossiers plus simple et avoir un classement plus facile et moins long.* » (Administratif rabat)

« *Nous allons améliorer la gestion des dossiers. Nous allons surement faire de la gestion des dossiers une tâche informatique automatisée pour gagner du temps.* » (Administratif casablancais)

« *Cette lourdeur des dossiers des patients étrangers est prenante pour chacun d'entre nous. Nous allons alors créer un support en informatique pour alléger notre travail.* » (Administratif rabat)

2-La formation linguistique : « *Je souhaite suivre une formation linguistique afin de me spécialiser en langues étrangères, plus précisément j'aimerais apprendre l'Espagnol.* » (Administratif casablancais)

« *Je vais suivre une formation linguistique pour être plus performant en langues étrangères.* » (Administratif rabat)

« *Je vais m'inscrire à une formation en langues pour pouvoir maîtriser plus de langues que je ne pratique actuellement. Je ne parle que deux langues : seulement l'Arabe et le Français, j'aimerais parler l'anglais également.* » (Administratif casablancaise)

« *Je vais apprendre d'autres langues, j'aimerais apprendre l'Italien.* » (Administratif rabat)

« Je suis très intéressée par les langues étrangères, je souhaiterais développer ma capacité à apprendre une quatrième langue. » (Administratif casablancais)

« Je souhaiterais apprendre de nouvelles langues pour avoir un meilleur contact avec nos patients étrangers. » (Administratif rabat)

Ces deux sous thèmes ont été évoqués majoritairement par les administratifs des deux cliniques. En revanche, le corps médical (médecins et infirmières) n'a pas répondu à cette activité administrative. Il ne s'est pas prononcé sur la question. Il n'a pas peut être pas d'ambition à développer de compétences d'ordre administratif.

Concernant l'activité de l'hébergement, nous avons pu réunir plusieurs sous thèmes au nombre de quatre, le sous thème éminent est celui du développement des packs santé. Nous allons identifier les quatre sous thèmes avec le tableau qui suit :

Sous thèmes	Nombre de réponses
<i>Le développement packs santé</i>	13
<i>La création de chambres</i>	3
<i>Le partenariat clinique-hôtel</i>	7
<i>Pas de réponse</i>	4

Voici quelques illustrations qui répartissent les deux sous thèmes dominants :

1-Le développement de packs santé : « On aurait besoin de mettre en place des packs santé pour nos patients étrangers. » (Administratif casablancais)

« Nous souhaitons mettre en place des voyages « all inclusive ». Cela comprendrait le vol, l'hébergement avec demi-pension ou pension complète, le transfert, et une ou plusieurs activités touristiques, qui serait fortement appréciés par nos patients et leur famille. » (Infirmière rabat)

« Nous comptons proposer à nos patients étrangers des packs santé. Ça comprendrait vol-hébergement-soins médicaux et activités touristiques. » (Médecin rabat)

« Nous comptons développer des packs santé qui est très demandé par notre clientèle étrangère. » (Médecin casablancais)

« Nous voulons assurer des packs santé car c'est très sollicité par nos patients. » (Médecin casablancais)

« La clinique souhaite proposer des packages de voyages comprenant des soins médicaux et du tourisme. Cette formule de voyages est recherchée et même appréciée par nos patients car ça leur permet de préparer leur séjour avant de venir au Maroc avec leur famille. » (Médecin rabat)

« La clinique voudrait créer des packs santé en incluant transports-hébergement-soins médicaux-activités touristiques. Ceci permettrait à nos patients étrangers de combiner soins et plaisir. » (Médecin rabat)

2-Le partenariat clinique-hôtel : « Je souhaiterais qu'on travaille avec un ou plusieurs hôtels afin de pouvoir accueillir encore plus de patients étrangers, en créant un partenariat entre la clinique et les hôtels. » (Infirmière rabaty)

« Nous devrions créer un partenariat avec des hôtels de la ville afin de faciliter l'accès à nos patients étrangers parce que nous n'avons que peu de chambres. Notre clinique a dix chambres individuelles. » (Administratif casablancais)

« La clinique va développer son réseau hôtelier en créant un partenariat avec certains hôtels. » (Administratif rabaty)

Nous remarquons que le développement des packs santé est sollicité par les patients étrangers et que les cliniques comptent développer ce concept.

Enfin, le corps médical compte développer des compétences professionnelles au niveau de leur activité médicale. Nous avons pu identifier cinq sous thèmes. Voici quelques illustrations qui se regroupent de la façon suivante :

Sous thèmes	Nombre de réponses
<i>Les équipements de pointe</i>	5
<i>Les formations médicales</i>	6
<i>L'amélioration des techniques</i>	7
<i>Le protocole des autres pays</i>	2
<i>Pas de réponses</i>	6

Nous allons présenter des illustrations pour les sous thèmes les plus fréquemment abordés.

1-L'amélioration des techniques : « Je souhaite développer mes compétences sur les techniques chirurgicales récentes. Je compte être à la tendance en terme médical et avoir toujours la nouveauté dans notre clinique. » (Médecin rabaty)

« Je souhaite améliorer les techniques chirurgicales les plus récentes c'est-à-dire être toujours en adéquation avec les nouvelles technologies. Je souhaite toujours être doté des dernières avancées technologiques. » (Médecin rabaty)

« Mon expérience me permet d'avoir un savoir faire qui doit toujours être optimal. Pour cela, les formations me sont nécessaires car la médecine évolue de jours en jours. » (Médecin casablancais).

« Je compte développer mes compétences médicales en suivant des formations récentes afin que mes compétences soient toujours à jour. » (Médecin casablancais)

2-Les formations médicales : « Je compte suivre des formations afin d'améliorer mes compétences médicales pour être toujours au top car la médecine évolue tout le temps. » (Infirmière rabaty)

« Je voudrais suivre des formations adéquates pour améliorer mes acquis afin d'être toujours meilleur par rapport à nos concurrents. » (Infirmière rabaty)

« J'aimerais développer davantage mes connaissances et savoir faire afin d'être toujours compétent et être à l'air du temps. » (Infirmière casablanaise)

3-Les équipements de pointe : « Je veux être toujours informé des nouvelles technologies. » (Administratif rabat)

« Je souhaite avoir du matériel de haute pointe dans notre clinique, je compte alors assister à des formations internationales pour connaître les nouvelles technologies récentes sur le marché. » (Administratif casablanaise)

« De nos jours, l'équipement haut gamme est nécessaire et surtout important au sein des établissements médicaux. Il est alors important pour moi d'être informé sur ce matériel de haute technologie en assistant à des conférences. » (Médecin rabat)

On remarque que les compétences médicales sont centrées sur les formations adéquates dans le but d'avoir les meilleures techniques et être doté d'équipements haut gamme afin de satisfaire les patients étrangers.

La dernière et quatrième famille de questions porte sur le thème « le tourisme médical ». Il est composé de cinq questions dont nous allons exposer et commenter les réponses.

La question vingt quatre traite les avantages du tourisme médical : « Quels sont les avantages selon vous, qu'offre le tourisme médical ? »

A travers cette question, il ressort sept sous thèmes qui peuvent se répartir de la façon suivante :

Sous thèmes	Nombre de réponses
La connaissance du pays	14
La qualité du corps médical	14
Les standards internationaux	2
La qualité de services	2
Les prestations hautes gammes	1
Les prix compétitifs	17
Les larges prestations	2

Nous allons présenter les trois sous thèmes les plus souvent abordés :

1-Les prix compétitifs : « Selon moi, le tourisme médical offre aux patients étrangers des tarifs compétitifs par rapport à leur pays d'origine. » (Administratif casablanaise)

« Les principaux avantages du tourisme médical comprennent le coût, la commodité et la capacité à combiner voyage et traitement médical de haute qualité. » (Administratif rabat)

« Pour moi, le tourisme médical offre deux avantages : on pratique des prix réduits (...) et la qualité des soins qu'on propose est comparable aux bons centres européens (...). » (Médecin rabat)

« Le tourisme médical est bénéfique pour le pays qui reçoit les patients étrangers d'un point vu rendement mais c'est aussi bénéfique pour le patient lui-même car il a la possibilité de recevoir des soins médicaux peu chers (...). » (Médecin casablancais)

« Le tourisme médical offre aux patients étrangers des tarifs compétitifs en combinant soins et tourisme. » (Infirmière casablancaise)

2-La qualité du corps médical : *« La réputation de nos médecins est un avantage qu'offre le tourisme médical. » (Administratif casablancais)*

« L'avantage qu'offre le tourisme médical c'est la réputation des compétences de notre pays. » (Administratif casablancais)

« Le tourisme médical offre une qualité de soins et des prix réduits des interventions. » (Infirmière casablancaise)

« Le tourisme médical offre les compétences des professionnels de santé marocains aux patients étrangers. » (Infirmière casablancaise)

3-La connaissance du pays : *« Le tourisme médical permet de faire connaître le pays internationalement. » (Administratif casablancais)*

« Le tourisme médical offre aux patients étrangers un avantage culturel en découvrant un nouveau pays. » (Administratif rabat)

« Le tourisme médical permet de rencontrer des personnes sympathiques de toute culture et permet aussi de bénéficier de tarifs alléchants par rapport au pays d'origine du patient. » (Infirmière rabat)

« (...) le tourisme médical permet au patient d'avoir un large choix de prestations et de pays à découvrir. Ça permet aussi au patient de combiner soins médicaux et tourisme en ayant également des prix attractifs. » (Administratif casablancais)

« Le tourisme médical permet de faire connaître le pays dans le monde et en même temps les compétences et le professionnalisme des médecins en respectant les standards internationaux. » (Médecin casablancais)

« Cela permet de faire de la publicité sur notre établissement dans le monde, internationalement. » (Infirmière casablancaise)

« Le tourisme médical aide les patients étrangers à découvrir le Maroc d'un autre angle. » (Infirmière casablancaise)

« Le tourisme médical offre à beaucoup de personnes d'allier les soins médicaux avec les activités touristiques. Après les soins, le patient peut se retrouver avec sa famille pour profiter pleinement du pays. » (Infirmière rabat)

On remarque que le tourisme médical offre certains avantages aux patients étrangers selon le personnel des cliniques. Les sous-thèmes fréquemment abordés sont les prix pratiqués au sein de leur établissement, la qualité des soins médicaux proposés dans le pays et la découverte de celui-ci avec toutes les activités touristiques qui en découlent.

La question vingt cinq évoque les inconvénients du tourisme médical : « *Et les désavantages ?* » Nous avons pu identifier sept sous thèmes concernant les inconvénients du tourisme médical qui se classe de la façon suivante :

Sous thèmes	Nombre de réponses
<i>Le non suivi médical</i>	4
<i>La disponibilité du personnel</i>	2
<i>Les changements culturels et linguistiques</i>	3
<i>Les trajets de longue durée</i>	2
<i>Le temps nécessaire sur place</i>	1
<i>Les prix excessifs</i>	2
<i>Les soins médicaux médiocres</i>	2
<i>Aucun désavantage</i>	11

Voici quelques illustrations des sous thèmes abordés majoritairement :

1-Aucun désavantage : « *selon moi, le tourisme médical offre aucun désavantage.* » (Infirmière casablancaise)

« *Pour moi, le tourisme médical n'a pas d'inconvénients.* » (Administratif casablancais)

« *Le tourisme est quelque chose de bénéfique pour les patients étrangers, il n'engendre pas d'inconvénients.* » (Médecin rabatý)

« *Le tourisme médical ne permet pas aux patients étrangers de rencontrer des difficultés.* » (Administratif rabatý)

« *Le tourisme médical n'a aucun désavantage aussi bien pour les patients que pour le pays récepteur ; c'est mon avis personnel, je peux me tromper.* » (Administratif rabatý)

2-Le non suivi médical : « *Le suivi médical non assuré dans le pays d'origine quand les patients rentrent.* » (Médecin rabatý)

« *Le non suivi médical de nos patients par nos confrères.* » (Médecin casablancais)

« *Le non suivi médical des patients par les professionnels de santé du pays d'origine du patient.* » (Administratif casablancais)

« *Il n'y a aucun suivi médical de la part de nos confrères internationaux.* » (Administratif rabatý)

3-Les changements culturels et linguistiques : « *On pourrait penser aux différences culturelles et linguistiques pour les patients étrangers.* » (Administratif casablancais)

« On constate parfois des changements de culture et de langues pour nos patients. Cela les perturbe un peu au début. » (Infirmière rabaty)

4- Le trajet de longue durée : « Le tourisme médical oblige les patients à se déplacer et suppose parfois des vols de longue durée. Ça peut être pénible pour certains patients. » (Infirmière casablancais)

5-Le temps nécessaire : « Il faut que les patients restent le temps nécessaire sur place. Mais cela n'est pas toujours facile de leur faire comprendre. » (Médecin rabaty)

6- Les prix excessifs : « Il y a certains professionnels de santé qui utilisent ce tourisme médical pour fournir des devis excessifs et offrir des soins qui ne respectent pas les standards internationaux. » (Médecin casablancais)

Cette question permet d'aborder les désavantages que peut engendrer le tourisme médical. On constate que pour certains il n'existe aucun inconvénient dans ce secteur d'activité. Mais, ce qui peut être néfaste pour ce type de tourisme est le non suivi médical des confrères internationaux lorsque les patients étrangers rentrent dans leur pays d'origine.

La question vingt six évoque des moyens d'alléger ces difficultés « Avez-vous trouvé des moyens pour diminuer ces inconvénients ? Si oui, lesquels ? »

Cette question est partagée entre le « oui » et le « non ». Certains ont des solutions à ces difficultés et d'autres non.

Oui	NON
6	6

Ce partage de réponses nous mène à voir les différentes solutions apportées à ces inconvénients.

Voici les sous thèmes énumérés par le personnel :

Sous thèmes	Nombre de réponses
La surveillance des devis	2
La demande de rester sur place	2
La qualité des vols	1
Les formations linguistiques	1

Nous présentons certains illustrations de ces sous thèmes :

1-La surveillance des devis : « Une surveillance des différents devis proposés par les médecins est nécessaire. » (Médecin casablancais)

2-La demande de rester sur place : « On leur demande avec insistance de rester le temps nécessaire pour éviter d'éventuelles complications qui pourraient survenir dès leur retour. » (Médecin rabaty)

« On a décidé de dire aux patients de rester sur place un lap de temps. » (Infirmière rabaty)

3-La qualité des vols : « *En rendant le temps de vol aussi agréable et confortable que possible, soit en réservant un vol en « first class » où tout est adapté au confort du client. Soit en réservant en « classe éco » et là choisir une bonne place pour que le patient puisse se détendre et être au calme pendant son vol.* » (Infirmière casablancas)

4-Les formations linguistiques : « *Il faudrait que dans chaque établissement, une personne puisse parler la langue du patient ou qu'un interprète soit présent au côté du patient.* » (Infirmière rabat)

On constate que certaines personnes ont trouvé des solutions pour éviter ces difficultés.

La question vingt sept permet d'exposer les déficiences afin de développer le tourisme médical au Maroc : « *Quelles sont les principales limites que vous rencontrez dans le développement du Tourisme Médical ?* »

Voici les sous thèmes que l'on a pu recenser concernant les limites au développement du tourisme médical.

Sous thèmes	Nombres de réponses
<i>Le suivi médical</i>	13
<i>Polyglotte</i>	2
<i>Le prix du voyage</i>	1
<i>Les moyens financiers</i>	1
<i>Pas de réponse</i>	7

Le sous thème principal est **le suivi médical** doit être assuré par nos confrères étrangers.

Voici quelques illustrations : « *Il faudrait assurer un suivi post opératoire si nécessaire par les médecins étrangers dès le retour du patient.* » (Administratif casablancas)

« *L'opposition farouche de nos confrères étrangers qui refusent de revoir nos patients en contrôle ou critiquent systématiquement notre travail.* » (Médecin rabat)

« *Le suivi médical qui n'est pas assuré par nos confrères étrangers de nos patients.* » (Médecin casablancas)

« *Nos confrères ne veulent pas recevoir nos patients pour un contrôle.* » (Médecin casablancas)

« *Nous n'avons pas d'entente avec nos confrères étrangers pour le suivi médical de nos patients. Il serait intéressant de créer une alliance ou un partenariat avec des médecins étrangers dans le pays d'origine du patient.* » (Infirmière casablancas).

On constate que pour l'ensemble du personnel, il est inconcevable de n'avoir aucun suivi médical par leurs confrères étrangers. Pour certains d'entre eux, il serait judicieux de créer une plateforme permettant un suivi médical avec un médecin dans le pays d'origine du patient.

Enfin, la dernière question permet d'identifier des remarques complémentaires sur le tourisme médical : « *Souhaitez-vous m'apporter des observations et/ou des compléments d'informations sur ce thème (le tourisme médical) ?* »

Nous allons présenter les sous thèmes qui ont été évoqués. Le classement de ces sous thèmes se répartissent de la façon suivante :

Sous thèmes	Nombre de réponses
<i>L'évolution de ce marché</i>	1
<i>Le tourisme médical en un sens</i>	1
<i>Les prix compétitifs</i>	11
<i>La qualité du corps médical</i>	1
<i>La combinaison soins et tourisme</i>	10
<i>Pas de réponse</i>	11

Voici quelques illustrations qui permettent d'avancer nos propos :

1-Les prix compétitifs : « *Le tourisme médical permet à l'étranger de se déplacer hors du pays d'origine pour s'y faire soigner avec des prix intéressants et moins cher au Maroc.* » (Administratif casablancais)

« *Le tourisme médical est un tourisme pratiqué de plus en plus et qui permet au patient de se faire soigner par des spécialistes expérimentés, dans de bonnes conditions d'accueil et un prix intéressant défiant toute concurrence.* » (Administratif rabat)

« *Le tourisme médical permet aux patients étrangers d'avoir des prix avantageux par rapport aux mêmes interventions pratiquées dans leur pays d'origine.* » (Infirmière casablancaise)

2-La combinaison soins et tourisme : « *Le tourisme médical permet au patient étranger de se faire soigner dans un autre pays en profitant librement des activités touristiques proposées dans le pays.* » (Administratif casablancais)

« *Ce tourisme associe le déplacement vers un pays étranger et ce pour s'y soigner, en pratiquant des interventions médicales et des activités connexes.* » (Infirmière casablancaise)

« *Le tourisme médical permet de combiner les soins médicaux, le bien être et la découverte touristique du pays en question.* » (Infirmière rabat)

« *Ce type de tourisme offre au patient d'allier des soins médicaux et découvrir le pays en pratiquant plusieurs activités touristiques, exemple visite de musée, plage, resto typiques, shopping* » (Administratif rabat)

3-Le tourisme médical en un sens : « *Le tourisme médical a toujours existé mais dans un sens (Maroc vers France). On ne se souciait pas de qui allait assurer les suites opératoires et maintenant que ça se fait dans l'autre sens (France vers Maroc), on prétend qu'il y a des problèmes des suites opératoires à assurer. Il y a deux poids et deux mesures.* » (Médecin rabat)

4-L'évolution du marché : « *Au Maroc, le tourisme médical est assez bien en comparaison à d'autres pays dans le monde.* » (Médecin casablancais)

On observe que le tourisme médical est un marché économique pour le pays récepteur et permet au patient d'associer des activités touristiques et des soins médicaux avec des prix réduits. Dans la partie interprétation des résultats, nous allons commencer par une conclusion générale des tendances que nous venons de présenter.

Section 4 : L'interprétation des résultats

Nous avons pu établir divers constats au niveau des quatre thèmes de l'enquête.

■ En premier lieu, les caractéristiques des patients étrangers venant au Maroc sont variées :

- Les femmes sont très majoritaires.

- L'âge moyen des patients est compris entre 31 à 40 ans, selon tous les membres du personnel des deux cliniques.

- Les ouvriers, employés et cadres constituent les trois groupes sociaux les plus importants.

- Les Français constituent le groupe de patients le plus important, suivi par les patients issus du Moyen Orient.

Les patients étrangers sont toujours accompagnés au minimum d'un membre de sa famille lors de leur séjour. Ils viennent généralement pour une intervention en chirurgie esthétique et à moindre degré pour la médecine esthétique. Les différents personnels constatent que les attitudes et comportements des patients étrangers évoluent tout au long du séjour : au début, ils arrivent craintifs et crispés et en progressant dans leur parcours de soins ils deviennent plus ouverts, cordiaux et rassurés.

Leur durée moyenne des séjours au sein des établissements de santé est comprise entre 2 à 5 jours.

Ces patients privilégient les cliniques au Maroc car elles proposent des prix attractifs par rapport à leur pays d'origine. De plus, la qualité du corps médical est appréciée pour son professionnalisme, ses compétences et sa qualité d'écoute.

■ En deuxième lieu, nous avons pu identifier les principaux problèmes pouvant être rencontrés par les professionnels de santé.

- Selon la moitié des enquêtés (huit administratifs, quatre infirmières et un médecin), il n'y a aucun problème d'hébergement. Néanmoins, une autre moitié (quatre médecins et quatre administratifs) estime qu'il existe plusieurs problèmes liés au faible nombre de chambres disponibles dans les deux cliniques que nous avons étudiées (l'établissement de Casablanca possède dix suites et celui de Rabat douze chambres).

- Pour la majorité du personnel des cliniques, il n'existe pas ou presque pas de problèmes d'ordre administratif. Néanmoins, une minorité de professionnels (majoritairement des administratifs) affirme que certains patients rencontrent des problèmes de paiements pour régler leur facture, dans ce cas, le personnel des cliniques met tout en œuvre pour régulariser leur situation pendant leur séjour.

- Selon les professionnels, les patients formulent plusieurs critiques et réclamations au personnel des cliniques. Les premières réclamations concernent l'hébergement, les deuxièmes concernent la nourriture et enfin les troisièmes concernent les nuisances sonores.

- De leur côté les professionnels expriment également plusieurs difficultés : la première difficulté concerne le refus de prendre des médicaments, et l'acceptation des piqûres. La deuxième porte sur les refus des patients d'accepter des examens complémentaires qui peuvent leur être proposés, la troisième concerne les patients qui arrivent au Maroc avec des dossiers médicaux incomplets. Enfin, une faible minorité de patients refuse le médecin qui leur est proposé.

-Tous les enquêtés répondent de façon très homogène sur les procédures mises en œuvre dans les deux cliniques. Chaque clinique dispose des mêmes procédures en trois étapes afin d'accueillir leurs patients au sein de leurs locaux. Il s'agit dans un premier temps d'une consultation préopératoire, puis dans un deuxième temps, l'hospitalisation ce qui entraîne en dernier lieu, la consultation post opératoire.

La consultation préopératoire se déroule de la façon suivante : les patients remplissent un formulaire sur le site de la clinique, en envoyant les photos de la partie du corps concernée. Après, une consultation préopératoire avec le chirurgien et une consultation pré-anesthésiste sont programmées la veille de l'intervention à la clinique.

L'hospitalisation se déroule comme suit : le patient est accueilli par le responsable relation-clientèle afin de mettre au point son dossier, une visite de la clinique et de la chambre est ensuite organisée, le premier jour. A partir du deuxième jour, toutes les interventions médicales commencent.

On constate également que les deux établissements de santé procèdent au protocole d'analgésie afin de traiter la douleur du patient après une intervention chirurgicale. On remarque aussi que le personnel effectue au sein des cliniques les examens complémentaires (radios, prise de sang...) requis car ces cliniques disposent des équipements adaptés pour les réaliser.

■En troisième lieu, l'évolution des compétences professionnelles du personnel au Maroc, concernent trois activités dominantes : médical, administrative et hébergement.

-Pour les activités administratives, le personnel a développé ses compétences dans la gestion des dossiers, et dans l'avenir ils souhaitent encore les améliorer, ainsi que leurs compétences dans le domaine des langues étrangères.

-Les personnels soignants, quant à eux, souhaitent développer leurs connaissances des procédures liées aux normes internationales et évolutions technologiques.

-Les prestations d'hébergement et de restauration ont été améliorées progressivement : la qualité des chambres plus spacieuses, confortables avec des services annexes (le téléphone, la wifi). Le personnel a développé une écoute personnalisée envers les patients afin de satisfaire leurs besoins. Enfin, ces activités leur ont permis de développer leur réseau hôtelier en créant des partenariats avec certains hôtels afin de répondre aux besoins de leurs clients.

-Dans l'avenir, le personnel administratif (six administratifs) et médical (six médecins) comptent développer des packs de santé qui sont déjà sollicités par les patients étrangers et ils souhaitent également créer des partenariats avec un plus grand panel d'hôtels.

Nous constatons ainsi que les compétences professionnelles du personnel aussi bien médical qu'administratif ont fortement évoluées dans les domaines de l'hébergement et de la restauration et que dans l'avenir elles devraient continuer à évoluer dans la mesure où de nouvelles prestations de services vont se combiner de plus en plus étroitement pour prendre la forme de services intégrés dénommé « packs de santé ».

-Les compétences professionnelles ont également évolué pour le personnel médical. En effet, le tourisme médical les a incités à suivre plus régulièrement l'émergence de nouvelles pratiques de soins liées aux évolutions technologiques récentes qui sont apparues dans les domaines de la chirurgie et de médecine esthétiques. Ils comptent encore améliorer leurs techniques chirurgicales dans l'avenir et pour cela suivre des séminaires de formation continue.

■En dernier lieu, les professionnels des cliniques soulignent de façon unanime les avantages du tourisme médical au Maroc pour leurs patients : qualité des soins, nombreuses opportunités de séjours touristiques, et prix attractifs. Néanmoins, ils regrettent les difficultés rencontrées dans le suivi médical dû à l'implication très faible, voire inexistante des médecins étrangers (notamment français).

Le développement du tourisme médical va s'intensifier dans les années qui viennent (nombreux projets de développement du gouvernement marocain) et donc reposer la question de l'évolution des compétences des cadres de santé.

Lorsque que l'on a abordé la partie sur les compétences des personnels médicaux, nous avons constaté que les cadres doivent savoir prendre en charge une diversité de fonctions et d'activités : en effet, on a remarqué qu'ils développent une forte polyvalence en collaborant avec différents professionnels mais paradoxalement cette polyvalence doit également se conjuguer avec une amélioration continue des compétences techniques qui évoluent très rapidement dans la chirurgie et la médecine esthétiques.

Pour les personnels administratifs, on peut facilement imaginer que plus l'offre de soins sera présentée de façon intégrée, plus ils auront à maîtriser des flux importants d'information, de communication et de négociation. Il faudra également prévoir des plans d'accompagnement et de formation permettant d'aborder l'ensemble de ces thèmes.

Le tourisme médical au Maroc est un secteur en développement. Au début de notre recherche, on s'est interrogé sur l'interaction entre deux secteurs d'activités, le tourisme (hôtel, restaurant, loisirs) et le médical (les soins). Mais, on s'est aperçu grâce à notre enquête que l'intégration entre ces différentes activités se réalise de plus en plus et convergera dans l'avenir vers des prestations de services intégrés.

Selon nous, ce développement intégré pourra prendre plusieurs formes soit un renforcement de la coopération entre les cliniques et les hôtels, soit un développement de la capacité d'hébergement au sein des cliniques, enfin on commence à voir apparaître des complexes intégrés de cliniques médicales qui combinent des installations médicales de pointe et d'excellentes conditions d'accueil (comme le dernier « Clinique-hôtel » à Marrakech est un exemple).

Selon un rapport début 2016 de la Banque Africaine de Développement, le continent africain compte 65 millions de touristes internationaux, ce qui a permis un Produit Intérieur Brut de 8,1% et une création de 21 millions de postes, soit 7,1% d'emplois. De plus, plus précisément, le Maroc a été le pays le plus visité en Afrique en 2015 par 10 millions de touristes.

Le Maroc est également le pays préféré des seniors européens. Il compte actuellement 50 000 français retraités. Ce chiffre pourrait augmenter car la France a une population âgée assez importante : cinq millions de personnes ont entre 65 et 75 ans et 5 autre millions ont plus de 75 ans ; ce qui permettra d'accueillir cette population française au Maroc.

Par ailleurs, il existe au Maroc un autre secteur du tourisme médical : le bien-être (thalassothérapie, thermalisme, spa). Ce marché pourrait connaître une croissance de 10% par an grâce à une clientèle jeune estimée à plus de deux millions de touristes.

Enfin, on peut remarquer que ce secteur en plein développement n'a pas encore une identité affirmée, ceci est dû selon nous en grande partie à son positionnement dans le champ administratif puisqu'il relève à la fois du commerce extérieur, du tourisme, et de la santé. On

peut d'ailleurs remarquer que la proposition clé du rapport de Jean de Kervasdoué, de créer une marque commerciale « MEDICAL-France » permettra de coordonner de façon interministérielle les nouvelles actions en faveur du tourisme médical français.

CONCLUSION

De nombreuses analyses rattachent le tourisme médical exclusivement au secteur du tourisme. Notre enquête permet de mettre à jour que le tourisme médical consiste également une nouvelle branche de spécialisation du secteur de la santé.

Le tourisme médical constitue donc un secteur hybride qui réunit des groupes professionnels spécialisés confrontés à la conception et à la réalisation de prestations de plus en plus intégrées.

Cette recherche nous a également permis de constater que le Maroc constitue un espace d'observation privilégié pour analyser les transformations des organisations et des professionnels dans la mesure où ce pays sort d'une première phase de développement pour s'engager résolument vers la construction d'un secteur économique à part entière.

Malgré l'importance de ce secteur, on peut souligner que jusqu'à ce jour on dispose de très peu de données statistiques et scientifiques.

Notre enquête a tout particulièrement mis en évidence les constats suivants :

- En premier lieu, des changements inter et intra organisationnels : les deux cliniques observées qui appartiennent au monde des petites PME permettent néanmoins d'observer combien les activités d'hébergement et de restauration soulèvent de nombreuses questions stratégiques et de gestion. Jusqu'à présent, les deux cliniques ont pu faire face aux demandes de leurs clients mais cette situation devrait changer sensiblement dans les années qui viennent avec la croissance de la demande d'une part, et l'apparition d'une offre de prestations intégrées dans de grands établissements d'autre part. Par ailleurs, le suivi médical devrait se développer avec plusieurs pays étrangers car pour le moment les relations sont très faibles, voire même inexistantes.

- En deuxième lieu, nous avons pu observer une première phase d'évolution des compétences des acteurs : cette évolution vers plus de polyvalence doit se combiner avec un maintien voire un développement d'une technicité de plus en plus experte. Du côté du personnel soignant, les transformations sont en cours et devraient se poursuivre dans l'avenir ; par contre pour les personnels administratifs, nous n'avons pas pu observer de tels changements.

- En troisième lieu, nombreux acteurs nous ont exprimés des perceptions et des attentes concernant les transformations progressives des prestations dans le tourisme médical. Il semblerait ainsi que les nouvelles demandes des patients et les offres concurrentes produites dans d'autres pays vont conduire à accéder et intensifier les transformations en cours et que les différents acteurs marocains devront développer de plus en plus une offre intégrée de services. Ces perceptions et ces attentes ont conduit les autorités administratives de la ville d'Agadir à organiser la première édition du salon « Africa Médical Tourisme Expo » sur le thème « Maroc, destination santé ». Cet événement africain est dédié au tourisme médical et au bien-être, rassemblant les experts internationaux et les acteurs majeurs du secteur marocain afin d'identifier les perspectives de développement du tourisme médical et de la santé en Afrique.

Le programme de cet événement concernera le tourisme médical (chirurgie esthétique), le tourisme de la santé et du bien-être (spa, thermalisme, thalassothérapie) et le tourisme des séniors. Des ateliers seront organisés autour de trois grandes destinations : Mexique, Bali, Maroc.

Nous comptons participer à ces échanges pour présenter nos résultats de recherche et prendre part à la création de projets innovants dans le domaine du tourisme médical.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLARD-POSEI Florence et PERRET Véronique, « *Fondements épistémologiques de la recherche* » p.14-46 in THIETART R.-A. et collection, « *Méthodes de recherche en management* », éditions Dunod, 2014, 647 p.
- ALLARD-POSEI Florence et MARECHAL Garance, « *Construction de l'objet de la recherche* » p.47-75 in THIETART R.-A. et collection, « *Méthodes de recherche en management* », éditions Dunod, 2014, 647 p.
- AUBERT Jacques, GILBERT Patrick, PIGEYRE Frédérique, « *Management des compétences* », Paris, éditions Dunod, 2002, 196 p.
- BAGGIO Stéphanie, « *Psychologie sociale* », éditions de Boeck, Paris, 2006, 217 p.
- BARON Xavier, « *La performance collective. Repenser l'organisation des travailleurs du savoir* », Paris, éditions Liaisons, 2012, 172 p.
- BATAL Christian, « *La gestion des ressources humaines dans le secteur public, l'analyse des métiers, des emplois et des compétences* », tome 1, éditions d'organisation, 2^{ème} tirage 1998, 255 p.
- BAUMARD Philippe et IBERT Jérôme « *Quelles approches avec quelles données ?* » p.105-128 in THIETART R.-A. et collection, « *Méthodes de recherche en management* », éditions Dunod, 2014, 647 p.
- BELLIER Sandra, « *Le savoir-être dans l'entreprise* », éditions Vuibert, 2^o édition, 2004, 204 p.
- BERGERE Jean Marie, CHASSARD Yves, « *A quoi servent les cadres ?* », éditions Odile Jacob, 2013, 214 p.
- BESSEYRE DES HORTS Charles-Henri, « *RH au quotidien* », éditions Dunod, 2^o édition, 2015, 671 p.
- BOUFFARTIGUE Paul, « *Les cadres : fin d'une figure sociale* », Paris, éditions la dispute, 2001, 249 p.
- BOUFFARTIGUE Paul, « *Cadres : la grande rupture* », éditions la découverte, 2010, 352 p.
- BOUFFARTIGUE Paul et GADEA Charles, « *Sociologie des cadres* », Paris, éditions la découverte, 2000, 128 p.
- BOUFFARTIGUE Paul et GADEA Charles, « *Cadres, classes moyennes : vers l'éclatement ?* », Paris, éditions Armand Colin, 2011, 352 p.
- BOURET Patrice, « *Les cadres de santé à l'hôpital* », éditions Séli Arslan, 2006, 225 p.

- BOURRET Paule, « *Les cadres de santé à l'hôpital : un travail de lien invisible* », éditions Séli Arslan, 2006, 284 p.
- BOUSSAR V., CRAIPEAU S., DRAIS E., GUILLAUME O., METZGER J-L., « *Le socio-Manager* », éditions Dunod, 2002, 379 p.
- CHAUCHAT Hélène, « *L'enquête en psycho-sociologie* », éditions PUF, 1985, 253 p.
- CHARRIERE Sandra et DURIEUX Florence, « *Explorer et tester : les deux voies de la recherche* » p.76-104 in THIETART R.-A. et collection, « *Méthodes de recherche en management* », Dunod, 2014, 647 p.
- CHIEZE François, DIEDERICHS Olivier, VERNES Marc, FOURNALES Renaud, « *L'admission au séjour des étrangers malades, inspection générale des affaires sociales* », 2013, 126 p.
- CITEAU Jean-Pierre, BAREL Yvan « *Gestion des ressources humaines : principes généraux et cas pratiques* », Paris, éditions Dalloz, 5^e édition, 2008, 318 p.
- COHEN Annick, « *Toute la fonction Ressources Humaines* », éditions Dunod, Paris, 2006, 414 p.
- COUTANT Christine, ingénieur d'études au CNAM (Conservatoire National des Arts et de Métiers) et secrétaire générale de l'ICSV (Institut national de formation des cadres supérieurs de la vente), étude CNAM « *Le cadre commercial existe-t-il ?* », 2006, 90 p.
- DAVID Albert, HATCHUEL Armand et LAUFER Romain, « *Les nouvelles fondations des sciences de gestion* » éditions Vuibert, 2008, 215 p.
- DE KERSVADOUE Jean, « *Valoriser les atouts de la France pour l'accueil des patients étrangers* », 2014, 61 p.
- DELOITTE, « *Medical Tourism : Consumers in search of value* », editions Deloitte Center for Health Solutions, 2008, 31 p.
- DESCARTES René, « *Discours de la méthode* », Paris, éditions LGF, 2000, 254 p.
- DIETRICH Anne, PIGEYRE Frédérique, « *La gestion des ressources humaines* », éditions la découverte, 2005, 122 p.
- DIETRICH Anne, GILBERT Patrick, PIGEYRE Frédérique, « *Management des compétences : Enjeux, modèles et perspectives* », éditions Dunod, 3^e édition, 2010, 250 p.
- DUPUY François, « *La Fatigue des Elites : Le capitalisme et ses cadres* », éditions du seuil et la république des idées, 2005, 95 p.
- FLÜK Claude, « *Compétences et Performances : une alliance réussie* », éditions Demos, 2001, 182 p.

- FLÜCK Claude, « *Gestion et Management des compétences* », éditions Gereso, 2015, 202 p.
- GADEA Charles, « *Les cadres en France, une énigme sociologique* », éditions Belin, 2003, 285 p.
- GADEA Charles et CHERONNET Hélène, « *sociologie des groupes professionnels* », éditions La découverte, 2009, 466 p.
- GATTO Franck, « *Les cadres de santé et management* » éditions Sauramps médical, 2007, 235 p.
- GAVARD-PERRET Marie-Laure, GOTTELAND David, HAON Christophe et JOLIBERT Alain, « *Méthodologie de la recherche en Sciences de Gestion* », éditions Pearson, 2^e édition, 2012, 400 p.
- GILBERT Patrick et PARLIER Michel, « *La compétence : du « mot valise » au concept opératoire* » in actualité de la formation permanente, N°116, 1992, p.14-18
- GIROD-SEVILLE Martine et PERRET Véronique, « *Fondements épistémologiques de la recherche* », p.13-33, in THIETART et collection, « *Méthodes de recherche en management* », éditions Dunod, 1999, 535 p.
- GRAWITZ Madeleine, « *Méthodes des sciences sociales* », Paris, éditions Dalloz, 10^e édition, 1996, 1019 p.
- GUILLOT-SOULEZ Chloé, « *La Gestion des Ressources Humaines* », Gualino éditions lextenso, 4^e édition, 2011, 263 p.
- HAEGEL Annick, « *La Boite à outils des Ressources Humaines* », éditions Dunod, Paris, 2012, 191 p.
- JOANNERT Philippe, « *Compétences et socioconstructivisme* », éditions De Boeck, 9^e édition, 2009, 97 p.
- KARVAR Anousheh et ROUBAN Luc, « *Les cadres au travail : les nouvelles règles du jeu* », collection Entreprise & société, éditions la découverte, 2004, 324 p.
- KUHN Thomas S., « *La structure des révolutions scientifiques* », éditions Flammarion, 1983, 284 p.
- LEBORGNE Catherine, « *Le tourisme médical : une nouvelle façon de se soigner* », les tribunes de la santé, 2007/2 n°15, p.47-53
- LE BOTERF Guy, « *De la compétence : Essai sur un attracteur étrange* », Paris, éditions d'organisation, 1994, 176 p.
- LE BOTERF Guy, « *De la compétence à la navigation professionnelle* », Paris, éditions d'organisation, 1997, 295 p.

-LE BOTERF Guy, « *Développer la compétence des professionnels.* » Paris, éditions d'organisations, 2003, 312 p.

-LE BOTERF Guy, « *Construire les compétences individuelles et collectives* », Paris, éditions d'organisations, 2004, 248 p.

-LE BOTERF Guy, « *Repenser la compétence : Pour dépasser les idées reçues : 15 propositions* », Paris, Eyrolles, éditions d'organisations, 2008, 139 p.

-LE BOTERF Guy, « *Professionnalisation : construire des parcours personnalisés de personnalisation* », Paris, 6^e édition, Eyrolles, éditions d'organisations, 2010, 140 p.

-LE BOTERF Guy, « *Ingénierie et évaluation des compétences* », Paris, Eyrolles, éditions d'organisations, 5^e édition, 2008, 605 p. (livre tuteur)

-LE MOIGNE Jean Louis, « *Les épistémologies constructivistes* », éditions PUF, Collection « Que sais-je 2969 », 1995, 127 p.

-LERUSE Laurence, SI MARTINO Isabelle, MALAISE Nicole (psychologue au Cités Prévert), FRIKET Pierre (coordinateur Prévert), avec la collaboration de JAMINO Vincent (conseiller en prévention et psychologue) et PARADOWSKI Marianne (psychologue) en collaboration avec la Direction Humanisation du travail, SPF Emploi, travail et concertation sociale, direction Humanisation du travail, « *Le stress au travail : facteurs de risques, évaluation et prévention* », Bruxelles, 2006, 88 p.

-LIVIAN Yves-Frédéric, Françoise DANY, « *La nouvelle gestion des cadres, employabilité, individualisation et vie au travail* », éditions Vuibert, 2002, 180 p.

-LIVIAN Yves-Frédéric, « *Etre cadre, quel travail ?* », éditions Anact, 2006, 287 p.

-MEIGNANT Alain, « *Manager la formation* », Rueil-Malmaison, éditions Liaisons, 8^e édition, 2009, 410 p.

-MEIGNANT Alain, « *La formation* » p.351-427 in BESSEYRE DES HORTS Charles-Henri, « *RH au quotidien* », éditions Dunod, 2^e édition, 2015, p.671

-MENVIELLE William et MENVIELLE Loïck « *Le tourisme médical : une nouvelle façon de voyager* », Téoros, 29-1, 2010, p.109-119

-MENVIELLE Loïck « *Tourisme médical : Quelle place pour les pays en développement ?* », Mondes en développement, 1/2012 (n°157), p.81-96

-MENVIELLE William et MENVIELLE Loïck « *Tourisme médical : un secteur stratégique pour le développement des Etats* », revue internationale et stratégique, 2013/2n°90, p.153-162

-Ministère de la santé du Maroc : rapport « *Santé en chiffres 2014* », édition 2015, 169 p.

-Ministère du tourisme du Maroc : rapport « *Le tourisme en chiffres 2014* », édition 2015, 64 p.

- MINTZBERG Henry, « *Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre* », éditions d'organisations, 2006, 283 p.
- MINTZBERG Henri, « *Manager, Ce que font vraiment les managers* », éditions Vuibert, Paris, 2011, 350 p.
- MISPELBLOM-BEYER Frédéric, « *Encadrer, un métier impossible ?* », éditions Armand Colin, 3^e édition, 2015, 300 p.
- OIRY Ewan, KIERSFELD Alain, « *Gérer les compétences : des instruments aux processus* », éditions Vuibert, 2003, 293 p.
- OIRY Ewan, « *De la qualification à la compétence, rupture ou continuité ?* », éditions L'Harmattan, 2003, 320 p.
- PARLIER Michel et GILBERT Patrick, « *Ressources Humaines* », sous la direction de WEISS Dimitri, éditions d'organisations, 3^e édition, 2005, 824 p.
- PERETTI Jean-Marie, « *Dictionnaire des Ressources Humaines* », Paris, éditions Vuibert, 2005, 185 p.
- PERETTI Jean-Marie, « *Gestion des Ressources Humaines* », Paris, éditions Vuibert, 14^e édition, 2006, 261 p.
- POTTIEZ Jonathan, « *L'évaluation de la formation* », éditions Dunod, Paris, 2013, 232 p.
- ROMELAER Pierre, « *Gestion des Ressources Humaines* », éditions Armand Colin, 1993, 154 p.
- ROUSSEAU Luc, Directeur Général de la Direction Générale de la Compétitivité de l'Industrie et des Services et MANTEI Christian, Directeur Général de Atout France, « *Adéquation entre les besoins des métiers du tourisme et de l'hôtellerie-restauration et l'offre de formations supérieures* », éditions Ernest et Young, 2009, 157 p.
- ROUSSEAU Luc, Directeur Général de la Direction Générale de la Compétitivité de l'Industrie et des Services et MANTEI, Christian Directeur Général de Atout France « *Référentiels d'activités tourisme et hôtellerie correspondant à des niveaux de formation du supérieur* », éditions Ernest et Young, 2012, 177 p.
- SAHLER Benjamin, « *Prévenir le stress et les risques psychosociaux au travail* », éditions Anact, 2007, 268 p.
- SEKIOU Lakhdar, BLONDIN, FABI, BAYAD, PERETTI, ALIS, CHEVALIER, « *Gestion des ressources humaines* », Bruxelles, De Boeck Université, éditions Al Inc., 2^e édition, 2001, 814 p.
- SLIWKA Corinne, DECHAMPS Claudine « *Les cadres de santé, des cadres de métier* », éditions Lamarre, 2007, 244 p.

-THIETART Raymond-Alain, « *Méthodes de recherche en management* », édition Dunod, 2007, 647 p.

-TREMBLAY Monica, « *Tourisme médical, quel rôle pour l'Etat ?* », Québec, laboratoire d'étude sur les politiques et la mondialisation, ENAP, 2012, 21 p. (Rapport évolutif. Analyse des impacts de la mondialisation sur la santé au Québec ; Rapport 9)

-WACHEUX François, « *Méthodes qualitatives et recherche en Gestion* », éditions Economica, 1996, 290 p.

-WEISS Dimitri, « *Ressources Humaines* », éditions d'organisations, 2^o édition, 2003, 808p.

-WILETT Gilles, « *Paradigme, Théorie, modèle, schéma : Qu'est-ce donc ?* », recherche en communication, N°10, 1996, p.1-16

-WITTORSKI Richard, « *Analyse du travail et production de compétences collectives* », éditions L'Harmattan, Action et Savoir, 1997, 237 p.

-WITTORSKI Richard, « *Professionnalisation et développement professionnel* », éditions L'Harmattan, Action et Savoir, 2007, 190 p.

-YAHIEL Michel et MOUNIER Céline, Rapport N°RM 2010-155P, Inspection Générale des Affaires Sociales « *Quelles formations pour les cadres hospitaliers ?* », 2010, 74 p.

-ZARIFIAN Philippe, « *Objectif compétence. Pour une nouvelle logique* », Paris, éditions Liaisons, 1999, 229 p.

-ZARIFIAN Philippe, « *Le modèle de la Compétence : Trajectoire historique, enjeux actuels et propositions* », éditions Liaisons, 2^o édition, 2004, 130 p.

-ZARIFIAN Philippe, « *Compétences et stratégies d'entreprise* », éditions Liaisons, 2005, 191 p.

-ZARIFIAN Philippe, « *Le travail et la compétence : entre puissance et contrôle* », éditions PUF, 2009, 192 p.

II/ Législation

-Code du travail article L.930-1

-Code de la santé publique article L.6146-5

-Ministère de la santé, le décret n° 89-609 du 1er septembre 1989 modifié portant statuts particuliers des personnels de rééducation et le décret n° 89-613 du 1er septembre 1989 modifié portant statuts particuliers des personnels médico-techniques de la fonction publique.

-Ministère de la santé, le décret n°2011-1375 du 31/12/2001 portant sur le statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière.

III/ Sites internet consultés

- www.anfh.fr
- www.apec.fr
- www.atout-france.fr
- www.dubisthai.com
- www.huffpost.com
- www.ign.fr
- www.letélégramme.info
- www.lexpress.fr
- www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr
- www.officenationaldesstatistiques.com
- www.oms.fr
- www.santé.gov.ma
- www.tourism.gov.ma
- www.tourisme-medical-expo.com

ANNEXES

Annexe 1 : Analyse des compétences des managers du tourisme (Atout France, 2012)

Annexe 2 : Les questionnaires

Annexe 2.1/ Le questionnaire vierge

Annexe 2.2/ Le questionnaire rempli par un médecin de Rabat

Annexe 2.3/ Le questionnaire rempli par un médecin de Casablanca

Annexe 2.4/ Le questionnaire rempli par une infirmière

Annexe 2.5/ Le questionnaire rempli par un administratif

Annexe 3 : Brève présentation des deux cliniques enquêtées

Annexe 3.1/ La clinique « S » à Rabat

Annexe 3.2/ La clinique « GC » à Casablanca

Annexe 1 : Analyse des compétences
des managers du tourisme
(Atout France, 2012)

La stratégie et le développement de la structure

« •définir puis mettre en œuvre les orientations stratégiques de la structure et piloter l'activité générale ;
• développer et favoriser des partenariats avec les acteurs privés et publics du territoire, voire mener des actions de lobbying (actions d'influence) ;
• intégrer dans la stratégie de l'entreprise ou de l'organisme les enjeux de développement durable et donc la responsabilité sociétale des entreprises (RSE) et la responsabilité sociale des organisations (RSO) (diversité, handicap, etc.) ;
• évaluer un projet de développement et identifier de nouveaux axes d'amélioration. »

Source : Atout France, 2012, p.38

Le management et la gestion des collaborateurs

« •définir et animer la politique de management de ressources humaines ;
• encadrer une équipe ;
• effectuer des actions de gestion des ressources humaines (gestion des contrats de travail, gestion de la paie, etc.) ;
• participer au recrutement du personnel et à son intégration au sein de la structure ;
• participer au dialogue social de l'entreprise. »

Source : Atout France, 2012, p.38

Le marketing

« • définir et animer la politique marketing (dont le e-marketing) ;
• analyser les besoins en produits touristiques et / ou développer une gamme de produits ;
• créer des produits touristiques et / ou développer une gamme de produits ;
• concevoir et / ou participer à l'élaboration de projets de développement du tourisme local ;
• analyser le potentiel des différents circuits de réalisation d'une offre de service touristique (faisabilité technique, état de la concurrence, etc.) ;
• analyser les données socio-économiques du territoire et identifier les axes d'intervention selon les impératifs de développement local ;
• faire une étude de marché et analyser les données socio-économiques concernant les clientèles et les produits touristiques ;
• mettre en place un système de veille touristique et d'analyse des données. »

Source : Atout France, 2012, p.39

La commercialisation

« • définir et animer la politique commerciale de la structure ;
• mettre en œuvre la politique commerciale de la structure : démarcher des clients, rechercher des points de vente, organiser des réseaux en s'appuyant notamment sur les canaux e-tourisme et m-tourisme ;
• contribuer à la fixation des prix de vente des produits touristiques ;
• concevoir les outils web de la politique commerciale ;
• organiser la distribution du produit touristique en intégrant les nouvelles pratiques de distribution (e-tourisme et m-tourisme) ;
• gérer et développer les différentes situations de la relation client (face à face, en ligne, etc.) ;
• visiter les structures ou les hébergements qui pourront être proposés ultérieurement aux clients ;
• accueillir, informer, et conseiller les touristes et / ou clients afin de répondre à leurs demandes ou besoins ;
• proposer et vendre des produits touristiques aux clients ;
• enregistrer les réservations et optimiser l'occupation marchande. »

Source : Atout France, 2012, p.39

La production et l'animation

« • concevoir le plan d'action du projet de développement du produit touristique ;
• produire un programme d'activités touristiques selon les spécificités du public ;
• organiser des événements, négocier les prix et réserver les lieux d'hébergement, etc. ;
• mettre en valeur et promouvoir le patrimoine (touristique, historique, culturel, environnemental, matériel ou immatériel) ;
• coordonner et superviser l'activité et l'organisation des équipes d'animation et / ou de production ;
• accompagner et guider les participants lors de la réalisation des activités ;
• piloter la mise en œuvre technique d'un projet ou d'un événement ;
• piloter la logistique de la réalisation d'un événement ;
• réaliser le bilan du projet d'animation et proposer des axes d'amélioration. »

Source : Atout France, 2012, p.40

La communication

« • définir et animer la politique de communication ;
• mener / concevoir des actions de communication en interne et en externe ;
• entretenir des relations avec les acteurs locaux et les partenaires ;
• communiquer avec l'ensemble des canaux d'information (dont Internet, e-tourisme et m-tourisme, etc.). »

Source : Atout France, 2012, p.40

La qualité, la sécurité, l'environnement

« • intégrer dans la conduite des projets, et chantiers les enjeux de développement durable via la Responsabilité sociétale des organismes (RSO) et la Responsabilité sociétale des entreprises (RSE) ;

- veiller au bon respect de la réglementation en matière d'installation et de sécurité public ;
- veiller aux bonnes conditions d'accueil du public et au respect des procédures qualité, l'hygiène, et sécurité ;
- contrôler l'entretien des équipements, des matériels et des installations, et identifier les besoins de renouvellement ou de réparation ;
- S'assurer du respect des normes en matière de sécurité et sureté ;
- S'assurer de la sécurité des attractions et de la réglementation qui s'y applique ;
- Optimiser l'aménagement et la qualité des espaces verts
- S'assurer de la bonne gestion des équipements sportifs de l'exploitation ;
- Animer et / ou participer à des groupes de travail sur les procédures relatives à l'assurance de la qualité, la RSO ou la RSE, le management environnemental ;
- Valider et contrôler les étapes clés du process d'une mission, d'une étude ou d'un produit, éventuellement dans le cadre d'une démarche qualité ;
- Acquérir ou gérer un label ou une norme. »

Source : Atout France, 2012, p.40

Gérer et développer les différentes situations de la relation client (face à face, en ligne,...)

« • accueillir les clients et comprendre leurs attentes pour leur proposer le produit touristique correspondant à leurs besoins ;

- vendre les prestations et les produits attendus par les clients ;
- conseiller les clients ;
- proposer l'offre touristique disponible aux clients en s'appuyant sur une connaissance globale de l'offre ;
- répondre rapidement à leurs questions et aux attentes des clients quel que soit le mode de communication : face à face, téléphone, courriel, etc. ;
- communiquer avec les clients, notamment en mobilisant différentes langues si nécessaire ;
- réaliser des activités de service après-vente, en tenant compte de la réglementation en vigueur (assurance, droit des contrats, etc.) ;
- contribuer à la gestion et au suivi de la satisfaction client, mesurer la satisfaction client, proposer des axes d'amélioration de la satisfaction client. »

Source : Atout France, 2012, p.45

Concevoir les outils web de la politique commerciale

« *Pilotage et management des activités

- *Fonction de maîtrise d'ouvrage :*
 - *exprimer les besoins fonctionnels (services attendus) des utilisateurs ;*
 - *piloter les projets web en collaboration avec des équipes.*

***Activités opérationnelles**

- *Fonction de maîtrise d'œuvre :*
 - *intégrer les nouveaux outils web dans le marketing et la commercialisation (e-tourisme, m-tourisme) en s'appuyant sur une bonne connaissance de ces outils et de leur potentiel lors de la conception d'actions commerciales ;*
 - *intégrer la problématique d'évaluation des résultats et la performance des outils web dans la politique commerciale lors de la conception de celle-ci. »*
 -

Source : Atout France, 2012, p.45

Annexe 2 : Les questionnaires

Annexe 2.1 : Le questionnaire vierge

Questionnaire sur le tourisme médical

Doctorante à l'ISM (Institut Supérieur de Management) de l'Université de Versailles Saint Quentin (UVSQ), je prépare une thèse en sciences de gestion. Aussi dans le cadre de cette thèse, dirigée par le professeur Alain Kokosowski, et ayant pour thème principal le Tourisme Médical au Maroc, je vous sollicite à travers ce questionnaire pour m'éclairer sur ce domaine. Je sais que votre temps est précieux et je vous remercie très sincèrement par avance de consacrer du temps à ces questions.

1/ Quelles sont les langues parlées dans votre établissement ?

☐ Arabe ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autres.....

2/Pouvez-vous préciser la proportion Hommes / Femmes dans votre clientèle ?

- Hommes%.

- Femmes %.

3/ Quelle est la proportion de l'âge de vos patients ?

- 20 à 30 ans.....%.

- 31 à 40 ans.....%.

- 41 à 50 ans.....%.

- Plus de 50 ans%

4/ Pouvez-vous préciser la proportion de leur origine sociale ?

- Agriculteur.....%

- Cadre.....%

- Ouvrier, employé.....%

- Chef d'entreprise%

- Commerçant.....%

- Retraité.....%

5/ De quel pays viennent-ils ? (Classez ces pays en ordre croissant)

Russie

Allemagne

Angleterre

France

Etats Unis

Italie

Moyen Orient

6/ Pourquoi les patients ont-ils choisi votre établissement plutôt qu'un autre ?

.....
.....
.....
.....
.....

7/ Les patients privilégient-ils une période précise pour séjourner dans votre établissement ?

Oui ☐

Non ☐

Si oui, laquelle ?

.....
.....
.....
.....
.....

8/ Y-a-t-il une évolution dans les caractéristiques de vos patients ?

Oui ☐

Non ☐

Si oui, quels sont ces changements constatés ?

.....
.....

9/ Vos patients sont-ils accompagnés ?

Oui ☐

Non ☐

Si oui, précisez le nombre et les caractéristiques des accompagnateurs ?

.....

.....

.....

.....

.....

10/ Quels sont les différents types d'interventions chirurgicales que vous pratiquez le plus ?
(classez par ordre croissant)

- Chirurgie Esthétique
- Médecine Esthétique
- Soins Dentaires
- Restauration Capillaire
- Chirurgie Réparatrice
- Autres.....

11/Combien de temps séjournent en moyenne les patients dans votre établissement ?

- 1 jour ☐
- 2 à 5 jours ☐
- 1 semaine ☐
- 2 semaines ☐

12/ Après les interventions, séjournent-ils toujours dans votre établissement ?

Oui ☐

Non ☐

Si oui, combien de temps ?

.....

.....

13/ Y-a-t-il des problèmes d'hébergement / logement ?

- Nombreux problèmes ☐
- Certains problèmes ☐
- Peu de problèmes ☐
- Aucun problème ☐

Commentez votre réponse :

.....

.....

.....

.....

14/ Y-a-t-il des problèmes d'ordre administratif ? (assurance, paiements....)

Oui ☐ Non ☐

Si oui, quels sont ces problèmes constatés ?

.....

.....

.....

.....

15/ Quelles sont les principales réclamations des patients de votre établissement ? (Classez de 1 à 4)

- Nourriture
- Hébergement
- Bruit
- Autres

16/ Quelles sont les principales difficultés rencontrées ? (Classez par ordre d'importance)

- Les dossiers sont incomplets
- Faire des examens complémentaires
- Refus de prendre des médicaments, piqûres
- Une patiente devant se faire soigner / ausculter par un médecin homme

17/ Comment se déroule les consultations préopératoires de l'intervention ?

.....
.....
.....
.....
.....

18/ Comment se déroule l'hospitalisation dans votre établissement ?

.....
.....
.....
.....
.....

19/ Comment traitez-vous la douleur du patient au réveil ?

.....
.....
.....
.....
.....

20/ Comment se déroule le suivi post opératoire de votre patient ?

.....
.....
.....
.....
.....

21/ Comment faites-vous, quand des examens complémentaires sont nécessaires à vos interventions ?

.....
.....
.....
.....
.....

22/ Dans quels domaines, ces activités avec cette clientèle étrangère, ont-ils fait évoluer vos compétences professionnelles ?

- Administratif

.....
.....
.....

- Hébergement

.....
.....
.....

- Médical

.....
.....
.....

23/ Dans l'avenir, quelles sont les compétences que vous comptez développer ?

- Administratif

.....
.....
.....

- Hébergement

.....
.....
.....

- Médical

.....
.....
.....

24/ Quels sont les avantages selon vous, qu'offre le tourisme médical ?

.....
.....
.....
.....
.....

25/ Et les désavantages ?

.....

.....

.....

.....

.....

26/ Avez-vous trouvé des moyens pour diminuer ces inconvénients ?

Oui ☐

Non ☐

Si oui, lesquels ?

.....

.....

.....

.....

.....

27/ Quelles sont les principales limites que vous rencontrez dans le développement du tourisme médical ?

.....

.....

.....

.....

.....

28/ Souhaitez-vous m'apporter des observations et/ou des compléments d'informations sur ce thème (le tourisme médical)?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Annexe 2.2 : Le questionnaire rempli par un médecin de Rabat

Questionnaire sur le tourisme médical

Doctorante à l'ISM (Institut Supérieur de Management) de l'Université de Versailles Saint Quentin (UVSQ), je prépare une thèse en sciences de gestion. Aussi dans le cadre de cette thèse, dirigée par le professeur Alain Kokosowski, et ayant pour thème principal le Tourisme Médical au Maroc, je vous sollicite à travers ce questionnaire pour m'éclairer sur ce domaine. Je sais que votre temps est précieux et je vous remercie très sincèrement par avance de consacrer du temps à ces questions.

1/ Quelles sont les langues parlées dans votre établissement ?

☒ Arabe ☒ Français ☒ Anglais ☒ Autres : Espagnol

2/Pouvez-vous préciser la proportion Hommes / Femmes dans votre clientèle ?

- Hommes : 30%
- Femmes : 70%
-

3/ Quelle est la proportion de l'âge de vos patients ?

- 20 à 30 ans : 20%
- 31 à 40 ans : 40%
- 41 à 50 ans : 30%
- Plus de 50 ans : 10%
-

4/ Pouvez-vous préciser la proportion de leur origine sociale ?

- Agriculteur : 10%
- Cadre : 30%
- Ouvrier, employé : 20%
- Chef d'entreprise : 20%
- Commerçant : 10%
- Retraité : 10%

5/ De quel pays viennent-ils ? (Classez ces pays en ordre croissant)

Russie	6
Allemagne	5
Angleterre	4
France	1
Etats Unis	7
Italie	3
Moyen Orient	2

6/ Pourquoi les patients ont-ils choisi votre établissement plutôt qu'un autre ?

« Je pense peut-être qu'ils ont choisi notre établissement par rapport à la qualité des soins médicaux qu'on exerce, la renommée qu'à la clinique internationalement. Peut-être également les prix compétitifs qu'on pratique par rapport à des autres cliniques esthétiques. Le choix des patients peut également être en fonction de notre situation géographique c'est-à-dire le fait que l'on soit situé dans un quartier chic et calme. »

7/ Les patients privilégient-ils une période précise pour séjourner dans votre établissement ?

Oui ☐ Non ☒

Si oui, laquelle ?

.....
.....

8/ Y-a-t-il une évolution dans les caractéristiques de vos patients ?

Oui ☐ Non ☒

Si oui, quels sont ces changements constatés ?

.....
.....

9/ Vos patients sont-ils accompagnés ?

Oui ☒ Non ☐

Si oui, précisez le nombre et les caractéristiques des accompagnateurs ?

« La plupart des accompagnants sont des proches, un ou plusieurs membres de la famille, du patient, qui bénéficient du séjour pour découvrir le pays. Les patients sont accompagnés d'une personne ou deux. »

10/ Quels sont les différents types d'interventions chirurgicales que vous pratiquez le plus ?
(classez par ordre croissant)

- Chirurgie Esthétique 1
- Médecine Esthétique 3
- Soins Dentaires 5
- Restauration Capillaire 4
- Chirurgie Réparatrice 2
- Autres

11/Combien de temps séjournent en moyenne les patients dans votre établissement ?

- 1 jour ☐
- 2 à 5 jours ☒
- 1 semaine ☐
- 2 semaines ☐

12/ Après les interventions, séjournent-ils toujours dans votre établissement ?

Oui ☒ Non ☐

Si oui, combien de temps ?

« Si le patient décide de séjourner au sein de notre clinique après l'intervention, la durée est comprise entre 3 et 4 jours. »

13/ Y-a-t-il des problèmes d'hébergement / logement ?

- Nombreux problèmes ☐
- Certains problèmes ☐
- Peu de problèmes ☐
- Aucun problème ☒

Commentez votre réponse :

« Nous n'avons aucun problème d'hébergement. Nous planifions le séjour à l'avance, en mettant tout en place avant que le patient arrive à la clinique, en lui proposant d'être logé soit dans notre établissement, soit à l'hôtel. »

14/ Y-a-t-il des problèmes d'ordre administratif ? (assurance, paiements....)

Oui ☐

Non ☒

Si oui, quels sont ces problèmes constatés ?

.....
.....

15/ Quelles sont les principales réclamations des patients de votre établissement ? (Classez de 1 à 4)

- Nourriture 3
- Hébergement 2
- Bruit 1
- Autres

16/ Quelles sont les principales difficultés rencontrées ? (Classez par ordre d'importance)

- Les dossiers sont incomplets 3
- Faire des examens complémentaires 2
- Refus de prendre des médicaments, piqûres 1
- Une patiente devant se faire soigner / ausculter par un médecin homme 4

17/ Comment se déroule les consultations préopératoires de l'intervention ?

« Les patients remplissent un formulaire sur le site de la clinique, ils envoient aussi les photos de la partie du corps qu'il souhaite opérer par mail. Après, une consultation préopératoire avec le chirurgien et une consultation pré-anesthésiste sont programmées la veille de l'intervention à la clinique. »

18/ Comment se déroule l'hospitalisation dans votre établissement ?

« Tous les préparatifs nécessaires se font à l'avance. Le patient est attendu par notre chauffeur à l'aéroport et le conduit à notre clinique. A son arrivée, il est accueilli par le personnel et une mise au point est faite. Le patient est installé dans sa chambre. Le chirurgien passe le voir pour s'assurer que tout se passe bien pour lui. Après, il est amené au bloc et accueilli par le médecin anesthésiste. »

19/ Comment traitez-vous la douleur du patient au réveil ?

« C'est douloureux, mais avec le suivi du médecin et les soins des infirmières le patient peut dépasser sa douleur. Les infirmières leur donnent des antalgiques pour calmer la douleur. »

20/ Comment se déroule le suivi post opératoire de votre patient ?

« Les patients sont vus deux fois par semaine après l'opération par le chirurgien et les infirmières veillent au patient en changeant les divers pansements. »

21/ Comment faites-vous, quand des examens complémentaires sont nécessaires à vos interventions ?

« Nous intervenons le plus rapidement possible pour effectuer des analyses complémentaires à l'intérieur de la clinique puisqu'on est équipé de matériel biologique. »

22/ Dans quels domaines, ces activités avec cette clientèle étrangère, ont-ils fait évoluer vos compétences professionnelles ?

- Administratif
« J'ai développé mes compétences sur les procédures des normes internationales. »
- Hébergement
« Cette activité m'a permis d'offrir une meilleure qualité des soins et d'excellentes conditions d'accueil aux patients étrangers, comme l'hygiène, le confort, la sécurité. »
- Médical
« Cette clientèle étrangère m'aide à développer ma courbe d'apprentissage. La courbe d'apprentissage se définit comme plus on pratique, plus on devient compétent. »

23/ Dans l'avenir, quelles sont les compétences que vous comptez développer ?

- Administratif
Non réponse
- Hébergement
« Nous comptons proposer à nos patients étrangers des packs santé. Ça comprendrait vol-hébergement-soins médicaux et activités touristiques. »
- Médical
« Je souhaite améliorer les techniques chirurgicales les plus récentes c'est-à-dire être toujours en adéquation avec les nouvelles technologies. Je souhaite toujours être doté des dernières avancées technologiques. »

24/ Quels sont les avantages selon vous, qu'offre le tourisme médical ?

« Pour moi, le tourisme médical offre deux avantages : le premier avantage est qu'on pratique des prix réduits par rapport au pays d'origine du patient et le second est la qualité des soins qu'on propose est comparable aux bons centres européens (exemple : Hôpital Saint Louis à Paris). »

25/ Et les désavantages ?

« Il faut que les patients restent le temps nécessaire sur place. Mais cela n'est pas toujours facile de leur faire comprendre. »

26/ Avez-vous trouvé des moyens pour diminuer ces inconvénients ?

Oui ☒

Non ☐

Si oui, lesquels ?

« On leur demande avec insistance de rester le temps nécessaire pour éviter d'éventuelles complications qui pourraient survenir dès leur retour. »

27/ Quelles sont les principales limites que vous rencontrez dans le développement du tourisme médical ?

« L'opposition farouche de nos confrères étrangers qui refusent de revoir nos patients en contrôle ou critiquent systématiquement notre travail. »

28/ Souhaitez-vous m'apportez des observations et/ou des compléments d'informations sur ce thème (le tourisme médical)?

« Le tourisme médical a toujours existé mais dans un sens (Maroc vers France). On ne se souciait pas de qui allait assurer les suites opératoires et maintenant que ça se fait dans l'autre sens (France vers Maroc), on prétend qu'il y a des problèmes des suites opératoires à assurer. Il y a deux poids et deux mesures. »

Annexe 2.3: Le questionnaire rempli par un médecin de Casablanca

Questionnaire sur le tourisme médical

Doctorante à l'ISM (Institut Supérieur de Management) de l'Université de Versailles Saint Quentin (UVSQ), je prépare une thèse en sciences de gestion. Aussi dans le cadre de cette thèse, dirigée par le professeur Alain Kokosowski, et ayant pour thème principal le Tourisme Médical au Maroc, je vous sollicite à travers ce questionnaire pour m'éclairer sur ce domaine. Je sais que votre temps est précieux et je vous remercie très sincèrement par avance de consacrer du temps à ces questions.

1/ Quelles sont les langues parlées dans votre établissement ?

☒ Arabe ☒ Français ☒ Anglais ☐ Autres.....

2/Pouvez-vous préciser la proportion Hommes / Femmes dans votre clientèle ?

- Hommes : 80%
- Femmes : 20%

3/ Quelle est la proportion de l'âge de vos patients ?

- 20 à 30 ans : 20%
- 31 à 40 ans : 40%
- 41 à 50 ans : 20%
- Plus de 50 ans : 20%

4/ Pouvez-vous préciser la proportion de leur origine sociale ?

- Agriculteur : 10%
- Cadre : 30%
- Ouvrier, employé : 20%
- Chef d'entreprise : 20%
- Commerçant : 10%
- Retraité : 10%

5/ De quel pays viennent-ils ? (Classez ces pays en ordre croissant)

Russie	7
Allemagne	5
Angleterre	3
France	1
Etats Unis	4
Italie	2
Moyen Orient	6

6/ Pourquoi les patients ont-ils choisi votre établissement plutôt qu'un autre ?

«Le choix est basé sur la réputation, la notoriété et la qualité des soins proposés. »

7/ Les patients privilégient-ils une période précise pour séjourner dans votre établissement ?

Oui ☐ Non ☒

Si oui, laquelle ?

.....
.....

8/ Y-a-t-il une évolution dans les caractéristiques de vos patients ?

Oui ☒ Non ☐

Si oui, quels sont ces changements constatés ?

« Les patients sont de plus en plus informés sur le pays, les médecins pratiquants, les techniques utilisées et les différents devis proposés au Maroc et ailleurs. »

9/ Vos patients sont-ils accompagnés ?

Oui ☒ Non ☐

Si oui, précisez le nombre et les caractéristiques des accompagnateurs ?

« La plupart des accompagnants sont des proches, un ou plusieurs membres de la famille, du patient, qui bénéficient du séjour pour découvrir le pays. Les patients sont accompagnés d'une personne ou deux. »

10/ Quels sont les différents types d'interventions chirurgicales que vous pratiquez le plus ?
(classez par ordre croissant)

- Chirurgie Esthétique 1
- Médecine Esthétique 2
- Soins Dentaires 4
- Restauration Capillaire 3
- Chirurgie Réparatrice 5
- Autres

11/ Combien de temps séjournent en moyenne les patients dans votre établissement ?

- 1 jour ☐
- 2 à 5 jours ☒
- 1 semaine ☐
- 2 semaines ☐

12/ Après les interventions, séjournent-ils toujours dans votre établissement ?

Oui ☒ Non ☐

Si oui, combien de temps ?

« Cela dépend du type d'intervention pratiqué sur le patient. Il se peut que pour certaines interventions chirurgicales, le patient sort le jour même de la clinique, exemple la restauration capillaire, mais pour d'autres opérations, ils restent 2 à 5 jours au sein de notre établissement. »

13/ Y-a-t-il des problèmes d'hébergement / logement ?

- Nombreux problèmes ☐
- Certains problèmes ☒
- Peu de problèmes ☐
- Aucun problème ☐

Commentez votre réponse :

« Mais le problème qui peut être rencontré concernant l'hébergement serait que les chambres de notre clinique réduit le nombre de patients que l'on peut accueillir car nous ne disposons que de dix chambres. »

14/ Y-a-t-il des problèmes d'ordre administratif ? (assurance, paiements....)

Oui ☐

Non ☒

Si oui, quels sont ces problèmes constatés ?

.....
.....

15/ Quelles sont les principales réclamations des patients de votre établissement ? (Classez de 1 à 4)

- Nourriture 3
- Hébergement 2
- Bruit 1
- Autres

16/ Quelles sont les principales difficultés rencontrées ? (Classez par ordre d'importance)

- Les dossiers sont incomplets 3
- Faire des examens complémentaires 2
- Refus de prendre des médicaments, piqûres 1
- Une patiente devant se faire soigner / ausculter par un médecin homme 4

17/ Comment se déroule les consultations préopératoires de l'intervention ?

« La majorité sont des consultations via internet. Si le patient peut se permettre le déplacement au Maroc pour une consultation avant l'intervention, la consultation se fera directement à la clinique avec le chirurgien, puis le patient verra en même temps l'anesthésiste pour un bilan de santé. »

18/ Comment se déroule l'hospitalisation dans votre établissement ?

« On prépare tout à l'avance. Si le patient souhaite être attendu par un chauffeur à son arrivée, celui-ci l'attendra à l'aéroport. Il le conduira à notre clinique. Dès son arrivée, le

patient est accueilli par la directrice clientèle (Mme B.) elle lui présentera la clinique et s'installera dans sa chambre par la suite. Il doit prendre une douche médicale préopératoire destinée à éliminer la majorité des germes normalement présents sur la peau. Ensuite, le chirurgien ira voir le patient pour s'assurer que tout va bien avant l'intervention. Enfin, il est amené au bloc opératoire et accueilli par l'anesthésiste. »

19/ Comment traitez-vous la douleur du patient au réveil ?

« Les antalgiques sont administrés par voie parentérale dans un premier temps. (...) l'administration des antalgiques se fait par voie orale. »

20/ Comment se déroule le suivi post opératoire de votre patient ?

« Le patient reste à la clinique après l'intervention pour assurer le suivi post opératoire, un contrôle est fait par le médecin et les changements des pansements et soins nécessaires par les infirmières. »

21/ Comment faites-vous, quand des examens complémentaires sont nécessaires à vos interventions ?

« La demande est envoyée par mail dans une ordonnance, si besoin le patient consulte son médecin traitant pour prescrire ces examens complémentaires. »

22/ Dans quels domaines, ces activités avec cette clientèle étrangère, ont-ils fait évoluer vos compétences professionnelles ?

- Administratif

« J'ai évolué en terme de compréhension des différentes étapes nécessaires pour le règlement et les normes internationales et tous autres documents nécessaires pour l'intervention. »

- Hébergement

« J'ai développé mes connaissances sur le fait qu'il est important de préparer les chambres à l'avance et assurer un chauffeur pour la réception à l'aéroport si besoin. »

- Médical

« Nous rencontrons un certain nombre de patients étrangers venant de différents pays, ça m'a permis d'améliorer ma pratique et mon perfectionnement des différentes langues parlées avec les patients. »

23/ Dans l'avenir, quelles sont les compétences que vous comptez développer ?

- Administratif

Non réponse

- Hébergement

« Nous comptons développer des packs santé (vols-déplacement-hébergement) car c'est très demandé par notre clientèle étrangère. »

- Médical

« Je compte développer mes compétences médicales en suivant des formations récentes afin que mes compétences soient toujours à jour. »

24/ Quels sont les avantages selon vous, qu'offre le tourisme médical ?

« Le tourisme médical permet de faire connaître le pays dans le monde et en même temps les compétences et le professionnalisme des médecins en respectant les standards internationaux. Il offre également une qualité de soins et des prix réduits des interventions. »

25/ Et les désavantages ?

« Il y a certains professionnels de santé qui utilisent ce tourisme médical pour fournir des devis excessifs et offrir des soins qui ne respectent pas les standards internationaux. »

26/ Avez-vous trouvé des moyens pour diminuer ces inconvénients ?

Oui ☒

Non ☐

Si oui, lesquels ?

« Une surveillance des différents devis proposés par les médecins est nécessaire. »

27/ Quelles sont les principales limites que vous rencontrez dans le développement du tourisme médical ?

« Le suivi médical qui n'est pas assuré par nos confrères étrangers de nos patients. »

28/ Souhaitez-vous m'apportez des observations et/ou des compléments d'informations sur ce thème (le tourisme médical)?

« Au Maroc, le tourisme médical est un secteur en pleine expansion en comparaison à d'autres pays dans le monde. On essaye de tout mettre en œuvre afin de faciliter l'accès à nos patients et leur garantir le meilleur en fonction de leurs besoins et leurs attentes. »

Annexe 2.4 : Le questionnaire rempli par une infirmière

Questionnaire sur le tourisme médical

Doctorante à l'ISM (Institut Supérieur de Management) de l'Université de Versailles Saint Quentin (UVSQ), je prépare une thèse en sciences de gestion. Aussi dans le cadre de cette thèse, dirigée par le professeur Alain Kokosowski, et ayant pour thème principal le Tourisme Médical au Maroc, je vous sollicite à travers ce questionnaire pour m'éclairer sur ce domaine. Je sais que votre temps est précieux et je vous remercie très sincèrement par avance de consacrer du temps à ces questions.

1/ Quelles sont les langues parlées dans votre établissement ?

☒ Arabe ☒ Français ☐ Anglais ☐ Autres

2/Pouvez-vous préciser la proportion Hommes / Femmes dans votre clientèle ?

- Hommes : 10%
- Femmes : 90%

3/ Quelle est la proportion de l'âge de vos patients ?

- 20 à 30 ans : 20%
- 31 à 40 ans : 50%
- 41 à 50 ans : 20%
- Plus de 50 ans : 10%
-

4/ Pouvez-vous préciser la proportion de leur origine sociale ?

- Agriculteur : 10%
- Cadre : 10%
- Ouvrier, employé : 30%
- Chef d'entreprise : 40%
- Commerçant : 10%
- Retraité : 0%

5/ De quel pays viennent-ils ? (Classez ces pays en ordre croissant)

Russie	7
Allemagne	5
Angleterre	6
France	2
Etats Unis	3
Italie	4
Moyen Orient	1

6/ Pourquoi les patients ont-ils choisi votre établissement plutôt qu'un autre ?

« Le savoir-faire professionnel de notre équipe, la qualité des soins médicaux proposés avec un équipement de pointe permettent à nos patients de choisir notre établissement. »

7/ Les patients privilégient-ils une période précise pour séjourner dans votre établissement ?

Oui ☐ Non ☒

Si oui, laquelle ?

.....
.....

8/ Y-a-t-il une évolution dans les caractéristiques de vos patients ?

Oui ☒ Non ☐

Si oui, quels sont ces changements constatés ?

« Le changement le plus constaté est que les patients deviennent plus cools au cours de leur séjour à la clinique. »

9/ Vos patients sont-ils accompagnés ?

Oui ☒ Non ☐

Si oui, précisez le nombre et les caractéristiques des accompagnateurs ?

« Cela dépend des patients. Presque la moitié des patients sont accompagnés d'une à deux personnes car ils habitent un peu loin. C'est la famille qui l'accompagne. »

10/ Quels sont les différents types d'interventions chirurgicales que vous pratiquez le plus ?
(classez par ordre croissant)

- Chirurgie Esthétique 1
- Médecine Esthétique 2
- Soins Dentaires 3
- Restauration Capillaire 5
- Chirurgie Réparatrice 4
- Autres

11/Combien de temps séjournent en moyenne les patients dans votre établissement ?

- 1 jour ☐
- 2 à 5 jours ☒
- 1 semaine ☐
- 2 semaines ☐

12/ Après les interventions, séjournent-ils toujours dans votre établissement ?

Oui ☒ Non ☐

Si oui, combien de temps ?

« Les patients séjournent entre deux jours à une semaine à la clinique après leur intervention pour avoir une convalescence détente car un SPA au sein de la clinique est à disposition de notre clientèle. »

13/ Y-a-t-il des problèmes d'hébergement / logement ?

- Nombreux problèmes ☐
- Certains problèmes ☐
- Peu de problèmes ☐
- Aucun problème ☒

Commentez votre réponse :

« On peut rencontrer un problème sur le nombre de chambres qui peut être insuffisant. La clinique n'a que douze chambres individuelles. »

14/ Y-a-t-il des problèmes d'ordre administratif ? (assurance, paiements....)

Oui ☒ Non ☐

« Il y a parfois des problèmes de règlement qui n'ont pas été réglés avant l'arrivée du patient dans notre clinique, mais le personnel administratif procède à cette régularisation pendant le séjour du patient. »

- Nourriture 2
- Hébergement 1
- Bruit 3
- Autres

- Les dossiers sont incomplets 3
- Faire des examens complémentaires 2
- Refus de prendre des médicaments, piqûres 1
- Une patiente devant se faire soigner / ausculter par un médecin homme 4

« Ces consultations se pratiquent via internet sur le site de la clinique avec le chirurgien où le patient et le chirurgien détermine le choix de l'intervention. Puis, un second rendez vous est pris via internet avec l'anesthésiste pour établir un bilan de santé au patient, qu'il effectuera dans son pays d'origine. »

« Si le patient a émis le souhait d'avoir un chauffeur à son arrivée, celui-ci l'attendra à l'aéroport. Il le conduira à notre clinique et sera accueilli par la directrice clientèle (Mme B.) elle lui présentera la clinique et s'installera dans sa chambre par la suite. Le chirurgien ira dans la chambre du patient pour s'assurer que tout va pour le mieux. Il faudra qu'il prenne après une douche avant que le brancardier le descend au bloc où il sera attendu par l'anesthésiste. »

198

20/ Comment se déroule le suivi post opératoire de votre patient ?

« Le suivi post opératoire est une étape importante après une intervention. Il est revu par le chirurgien pour un contrôle et les infirmières changent les pansements du patient. »

21/ Comment faites-vous, quand des examens complémentaires sont nécessaires à vos interventions ?

« On pratique les examens complémentaires car les laboratoires sont à proximité de la clinique. »

22/ Dans quels domaines, ces activités avec cette clientèle étrangère, ont-ils fait évoluer vos compétences professionnelles ?

- Administratif
« Pour moi, cette activité m'a développé mes capacités à améliorer les dossiers des patients étrangers. »
- Hébergement
« Nos chambres étant limitées, nous avons créé une alliance avec un partenaire hôtelier pour rendre le séjour de nos patients plus agréable. »
- Médical
« J'ai amélioré mes connaissances en soins car j'accompagne les patients tout au long de leur séjour dans notre établissement dans la réalisation de leurs soins quotidiens, (intimité, hygiène, sécurité, confort,...). »

23/ Dans l'avenir, quelles sont les compétences que vous comptez développer ?

- Administratif
Pas de réponse
- Hébergement
« Nous souhaitons mettre en place des voyages « all inclusive ». Cela comprendrait le vol, l'hébergement avec demi-pension ou pension complète, le transfert, et une ou plusieurs activités touristiques, qui serait fortement appréciés par nos patients et leur famille. »
- Médical
« Je compte suivre des formations afin d'améliorer mes compétences médicales pour être toujours au top car la médecine évolue tout le temps. »

24/ Quels sont les avantages selon vous, qu'offre le tourisme médical ?

« Le tourisme médical offre à beaucoup de personnes d'allier les soins médicaux avec les activités touristiques. Après les soins, le patient peut se retrouver avec sa famille pour profiter pleinement du pays. »

25/ Et les désavantages ?

« Le tourisme est quelque chose de bénéfique pour les patients étrangers, il n'engendre pas d'inconvénients. »

26/ Avez-vous trouvé des moyens pour diminuer ces inconvénients ?

Oui ☐

Non ☒

Si oui, lesquels ?

27/ Quelles sont les principales limites que vous rencontrez dans le développement du tourisme médical ?

« Nous n'avons pas d'entente avec nos confrères étrangers pour le suivi médical de nos patients. Il serait intéressant de créer une alliance ou un partenariat avec des médecins étrangers dans le pays d'origine du patient. »

28/ Souhaitez-vous m'apportez des observations et/ou des compléments d'informations sur ce thème (le tourisme médical)?

« Le tourisme médical associe le déplacement vers un pays étranger et ce pour s'y soigner, en pratiquant des interventions médicales et des activités connexes. Il permet aux patients étrangers d'avoir des prix avantageux par rapport aux mêmes interventions pratiquées dans leur pays d'origine. »

Annexe 2.5 : Le questionnaire rempli par un administratif

Questionnaire sur le tourisme médical

Doctorante à l'ISM (Institut Supérieur de Management) de l'Université de Versailles Saint Quentin (UVSQ), je prépare une thèse en sciences de gestion. Aussi dans le cadre de cette thèse, dirigée par le professeur Alain Kokosowski, et ayant pour thème principal le Tourisme Médical au Maroc, je vous sollicite à travers ce questionnaire pour m'éclairer sur ce domaine. Je sais que votre temps est précieux et je vous remercie très sincèrement par avance de consacrer du temps à ces questions.

1/ Quelles sont les langues parlées dans votre établissement ?

☒ Arabe ☒ Français ☒ Anglais ☐ Autres

2/Pouvez-vous préciser la proportion Hommes / Femmes dans votre clientèle ?

- Hommes : 30%
- Femmes : 70%

3/ Quelle est la proportion de l'âge de vos patients ?

- 20 à 30 ans : 20%
- 31 à 40 ans : 35%
- 41 à 50 ans : 35%
- Plus de 50 ans : 10%
-

4/ Pouvez-vous préciser la proportion de leur origine sociale ?

- Agriculteur : 05%
- Cadre : 20%
- Ouvrier, employé : 20%
- Chef d'entreprise : 25%
- Commerçant : 20%
- Retraité : 10%

5/ De quel pays viennent-ils ? (Classez ces pays en ordre croissant)

Russie	7
Allemagne	4
Angleterre	6
France	2
Etats Unis	5
Italie	3
Moyen Orient	1

6/ Pourquoi les patients ont-ils choisi votre établissement plutôt qu'un autre ?

« Grâce au Docteur G., son professionnalisme, ses compétences et sa qualité d'écoute. Il est toujours à la hauteur des prestations qui offrent à ses patients. »

7/ Les patients privilégient-ils une période précise pour séjourner dans votre établissement ?

Oui ☐ Non ☒

Si oui, laquelle ?

.....
.....

8/ Y-a-t-il une évolution dans les caractéristiques de vos patients ?

Oui ☐ Non ☒

Si oui, quels sont ces changements constatés ?

9/ Vos patients sont-ils accompagnés ?

Oui ☒ Non ☐

Si oui, précisez le nombre et les caractéristiques des accompagnateurs ?

« Généralement, les femmes sont accompagnées de leur époux et réciproquement, les hommes sont accompagnés de leur femme. »

10/ Quels sont les différents types d'interventions chirurgicales que vous pratiquez le plus ?
(classez par ordre croissant)

- Chirurgie Esthétique 1
- Médecine Esthétique 2
- Soins Dentaires 4
- Restauration Capillaire 3
- Chirurgie Réparatrice 5
- Autres

11/Combien de temps séjournent en moyenne les patients dans votre établissement ?

- 1 jour ☐
- 2 à 5 jours ☐
- 1 semaine ☒
- 2 semaines ☐

12/ Après les interventions, séjournent-ils toujours dans votre établissement ?

Oui ☒ Non ☐

Si oui, combien de temps ?

« Les patients séjournent au sein de notre clinique après leur intervention entre 4 et 5 jours sous le contrôle du médecin et les soins médicaux des infirmières. »

13/ Y-a-t-il des problèmes d'hébergement / logement ?

- Nombreux problèmes ☐
- Certains problèmes ☐
- Peu de problèmes ☐
- Aucun problème ☒

Commentez votre réponse :

« On prend en charge le patient depuis son arrivée à l'aéroport jusqu'à son départ dans son pays d'origine. »

14/ Y-a-t-il des problèmes d'ordre administratif ? (assurance, paiements....)

Oui ☒ Non ☐

Si oui, quels sont ces problèmes constatés ?

« Les problèmes administratifs sont très rares. Mais, il y a certains problèmes de paiement qu'on essaye de régler pendant le séjour du patient. »

15/ Quelles sont les principales réclamations des patients de votre établissement ? (Classez de 1 à 4)

- Nourriture 2
- Hébergement 1
- Bruit 3
- Autres

16/ Quelles sont les principales difficultés rencontrées ? (Classez par ordre d'importance)

- Les dossiers sont incomplets 3
- Faire des examens complémentaires 2
- Refus de prendre des médicaments, piqûres 1
- Une patiente devant se faire soigner / ausculter par un médecin homme 4

17/ Comment se déroule les consultations préopératoires de l'intervention ?

« En premier lieu, le patient remplit un formulaire sur le site de la clinique. Il a la possibilité de poser les questions qu'il souhaite et doit envoyer les photos du nez, des seins, de la partie du corps qu'il veut opérer. (...) Après le docteur lui répond, après un échange de mails et la confirmation du devis, la directrice de la clinique s'occupe de faire tout le suivi avec le patient de la programmation au bloc opératoire jusqu'à l'arrivée du patient à la clinique. »

18/ Comment se déroule l'hospitalisation dans votre établissement ?

« Le chauffeur conduit le patient de l'aéroport à la clinique. (...) la responsable clientèle le prend en charge pour une visite de l'établissement (...) après elle l'installe dans sa chambre. Le docteur monte le voir (...) pour une deuxième consultation pour finaliser les dernières choses de l'intervention qui aura lieu le lendemain, bien sûr avec un suivi du médecin anesthésiste et les soins des infirmières. »

19/ Comment traitez-vous la douleur du patient au réveil ?

« On pratique le protocole anesthésique d'analgésie. C'est l'anesthésiste ainsi que les infirmières qui traitent la douleur auprès des patients. Ces médicaments sont administrés par voie orale afin d'atténuer sa douleur. »

20/ Comment se déroule le suivi post opératoire de votre patient ?

« Les jours qui suivent l'intervention, le patient pourra profiter de son séjour au Maroc tels que des visites culturelles, se ressourcer dans le temple du bien-être à la clinique : le « Guess SPA ». De plus, le chirurgien devra revoir le patient en consultation tous les 2 ou 3 jours pour les soins post opératoires et répondre aux éventuelles questions du patient. Les pansements seront changés par les infirmières. »

21/ Comment faites-vous, quand des examens complémentaires sont nécessaires à vos interventions ?

« La clinique prend en charge tous les examens nécessaires pour l'intervention chirurgicale du patient. »

22/ Dans quels domaines, ces activités avec cette clientèle étrangère, ont-ils fait évoluer vos compétences professionnelles ?

- Administratif
« J'ai développé mes compétences concernant la prise en charge complète du patient et adaptée à ses besoins. »
- Hébergement
« On a développé un concept assez original dans les chambres. On a créé dix suites individuelles avec différents thèmes. »
- Médical
Non réponse.

23/ Dans l'avenir, quelles sont les compétences que vous comptez développer ?

- Administratif
« Je compte améliorer la gestion des dossiers et le classement afin de faciliter notre travail qui est volumineux. Nous avons une surcharge de travail assez importante c'est pour ça je souhaiterais améliorer ce côté administratif de notre travail. »
« Je souhaite suivre une formation linguistique afin de me spécialiser en langues étrangère, plus précisément j'aimerais apprendre l'espagnol. »
- Hébergement
« Nous devrions créer un partenariat avec des hôtels de la ville afin de faciliter l'accès à nos patients étrangers parce que nous n'avons que peu de chambres. Notre clinique a dix chambres individuelles. »
- Médical
« Je souhaite avoir du matériel de haute pointe dans notre clinique, je compte alors assister à des formations internationales pour connaître les nouvelles technologies récentes sur le marché. »

24/ Quels sont les avantages selon vous, qu'offre le tourisme médical ?

« (...) le tourisme médical permet au patient d'avoir un large choix de prestation et de pays à découvrir. Ça permet aussi au patient de combiner soins médicaux et tourisme en ayant également des prix attractifs. » « La réputation de nos médecins est un avantage qu'offre le tourisme médical. »

25/ Et les désavantages ?

« Le tourisme médical ne permet pas aux patients étrangers de rencontrer des difficultés. »

26/ Avez-vous trouvé des moyens pour diminuer ces inconvénients ?

Oui ☐

Non ☒

Si oui, lesquels ?

27/ Quelles sont les principales limites que vous rencontrez dans le développement du tourisme médical ?

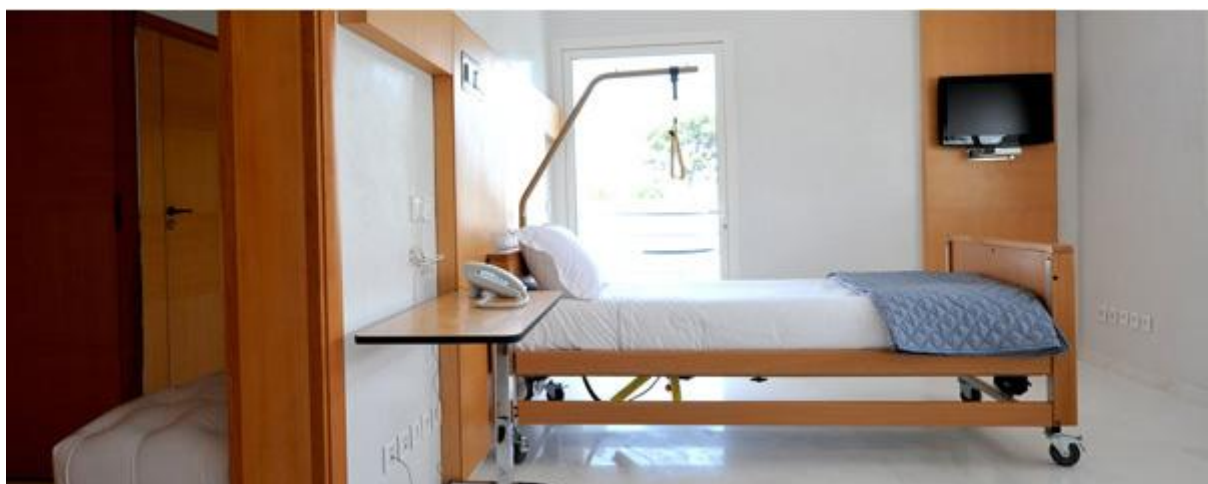
« Il faudrait assurer un suivi post opératoire si nécessaire par les médecins étrangers dès le retour du patient. »

28/ Souhaitez-vous m'apportez des observations et/ou des compléments d'informations sur ce thème (le tourisme médical)?

« Le tourisme médical permet au patient étranger de se faire soigner avec des prix intéressants dans un autre pays en profitant librement des activités touristiques proposées dans le pays. »

Annexe 3 :
Brève présentation des
deux cliniques enquêtées

Annexe 3.1/La Clinique « S » à Rabat



« Présentation de la clinique

Située sur l'avenue Mohamed VI, axe principal de Rabat la capitale Marocaine, la Clinique « S » est le premier et le plus grand centre chirurgical privé du pays spécialisé en chirurgie plastique. Elle met à votre disposition les techniques et les technologies les plus modernes de la chirurgie esthétique et réparatrice.

La structure de la Clinique (en parfaite conformité avec les normes médicales locales et internationales) est particulièrement étoffée, comprenant 3 blocs opératoires conçus spécialement pour la chirurgie plastique, une salle de réanimation, et 12 chambres et suites adaptées aux besoins post opératoires de nos patients. Par ailleurs, un anesthésiste réanimateur expérimenté en intervention chirurgicales de ce type est présent à toutes les étapes de votre séjour.

Pour rendre ce dernier aussi agréable que possible, vous serez accueilli(e) par un personnel paramédical hautement qualifié qui veillera sur votre santé et au bon déroulement de votre convalescence.

Tous les éléments de confort indispensables à votre bien-être sont partie intégrante de votre chambre : climatisation, télévision par satellite, connexion Internet sans fil, etc.

Les repas servis sont concoctés suivant les recommandations du chirurgien et les instructions d'une diététicienne.

Le séjour en clinique

A votre arrivée au Maroc, une voiture vous attendra à l'aéroport ainsi qu'un assistant qui vous accompagnera tout au long de votre séjour. Vous serez donc conduit(e) à Rabat vers votre Hôtel dans un premier temps, puis à la Clinique « S » où vous rencontrerez le Professeur S. Lors de cette rencontre aura lieu une visite préopératoire, dite de « Consultation », durant laquelle les derniers ajustements seront effectués. Une consultation de pré-anesthésie est également envisagée. Vous serez par la suite raccompagné(e) à votre hôtel, pour disposer librement de votre temps avant l'intervention.

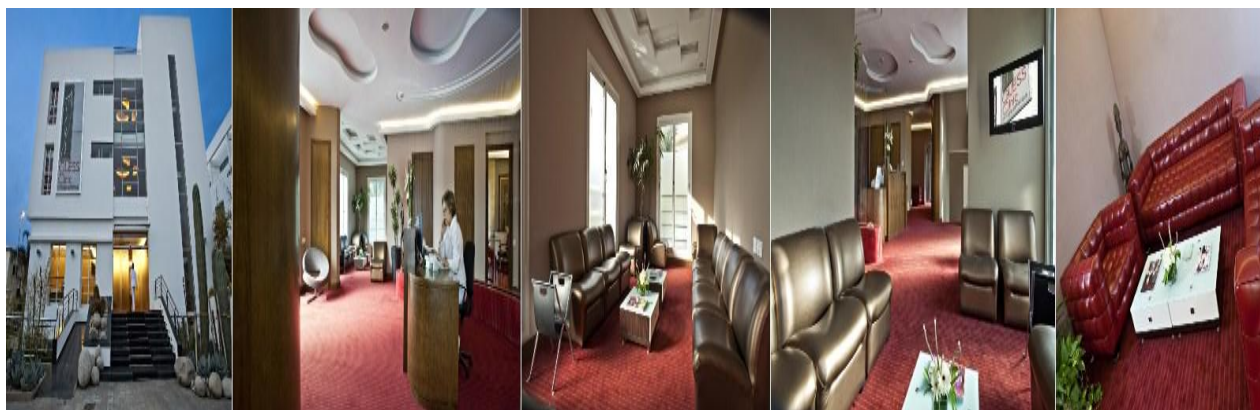
Notez que le secrétariat de la clinique se tient à votre disposition pour vous aider à organiser les activités de votre séjour.

Le matin de votre intervention, votre assistant vous accompagnera à la clinique où vous serez reçu(e) et installé(e) dans votre chambre. L'intervention terminée vous resterez en clinique pour observation et soins postopératoires entre 1 et 3 jours suivant le cas.

Vous obtiendrez votre bulletin de sortie après approbation de votre chirurgien. »

Source : Extrait d'un document remis au cours des enquêtes

Annexe 3.2/La clinique « GC » à Casablanca



« Présentation de la clinique »

« GC », est l'établissement de chirurgie esthétique du Docteur M.G, spécialisée dans la beauté, le bien-être et l'amincissement.

En plus de la chirurgie esthétique, « GC » réunit sous un même toit un département de médecine esthétique, un centre de laser, un centre de traitement et de greffe de cheveux (DHI Maroc), un institut de médecine esthétique gynécologique et un Spa bien être et amincissement.

Toujours soucieux d'offrir ce qui a de mieux à ses patients, Docteur M.G a fait appel dans le cadre de ses différents départements à des leaders internationaux, spécialistes dans chaque domaine.

« GC », créée et conçue par le Docteur M. G, est une clinique qui dispose d'équipements modernes et conformes aux normes internationales. « GC » dispose d'un plateau technique complet : des machines d'anesthésie Drager, une salle de réveil, une salle de réanimation post-chirurgicale et d'une salle de greffe complète.

« GC » privilégie également le confort et le moral du patient dans un cadre chaleureux et une ambiance conviviale. Chaque patient ou patiente peut séjourner dans une des 10 chambres individuelles de haut standing pour une convalescence détendue et réussie.

Le séjour en clinique

« GC » se veut être une clinique dont la priorité est de répondre à une demande médicale dans le respect des règles de confidentialité, de la déontologie et des secrets imposés par les règlements qui régissent la profession médicale.

Après une première étape de collecte d'informations pour le dossier médical. Le Docteur M.G prend le temps d'étudier chaque demande avec les photos reçues afin d'émettre un diagnostic précis de manière directe et confidentielle entre le docteur et ses patients par mail ou par téléphone.

Ce lien entre le Docteur et ses patients est sans intermédiaire, individuel et faisant l'objet de réponses personnalisées. C'est ainsi, que le Docteur et son ou sa patiente décident ensemble de l'intervention répondant au mieux à ses besoins. Après un délai de réflexion et une prise de décision suites aux échanges effectués avec le docteur, un bilan sanguin préopératoire et un examen cardiovasculaire pour les personnes âgées de plus de 45 ans sera prescrit ainsi qu'une mammographie et une échographie en cas de chirurgie des seins. »

Source : Extrait d'un document remis au cours des enquêtes

LE TOURISME MÉDICAL AU MAROC :

ENJEUX ET NOUVELLES COMPÉTENCES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Mots clés : Mots clés : tourisme médical, compétence et gestion des compétences, professionnalisme, changement organisationnel, réseau d'acteurs.

Résumé : Cette recherche met en avant la place occupée par le tourisme médical au sein de l'économie marocaine. A partir d'une analyse des cadres médicaux et administratifs de deux établissements de soins, l'enquête réalisée auprès d'un échantillon de cadres a mis en évidence l'évolution de leurs compétences professionnelles dans ce secteur en pleine évolution. Cette enquête a mis en évidence trois constats principaux : Les seniors européens constituent le groupe le plus important du tourisme médical marocain, néanmoins les jeunes sont également présents en pratiquant de plus en plus des soins du bien-être. Des problèmes d'ajustement ont été observés dans plusieurs domaines malgré les efforts récents pour produire des services innovants et de qualité. On peut donc considérer que le tourisme médical marocain est dans une période de transition qui explique que les acteurs réfléchissent à de nouvelles formules de développement et de diversification de leurs activités qui conduiront à une recomposition des compétences médicales et touristiques.

Le tourisme médical est souvent rattaché au secteur d'activité du tourisme alors que le secteur médical est une composante principale de ce domaine. Ce positionnement traditionnel du tourisme médical pourrait être remis en question dans les années qui viennent avec les forts développements de cette activité.

THE MEDICAL TOURISM IN MOROCCO : ISSUES AND HEALTH CARE PROFESSIONALS' NEW SKILLS

Keywords : medical tourism, skills and skills management, professionalism, organizational changes, network.

Abstract : This search points out the position occupied by medical tourism within the Moroccan economy. Based on an analysis of the medical and administrative executives of two health care establishments, the survey conducted with a panel executives highlighted the evolution of their professional skills in this fast-evolving sector. This survey highlighted three main observations : The European old people represent the most important group of the Moroccan medical tourism, nevertheless young people are increasingly practicing welfare. Some problems of adjustment were observed in several domains in spite of the recent efforts to produce innovative and quality services. We can thus consider that the Moroccan medical tourism is witnessing a transition period which explains that the actors think about new development and diversification approaches of their activities that will lead to a reorganization of the medical and tourist skills.

The medical tourism is often connected to tourism business sector, while the medical sector is a main component of this domain. This traditional positioning of the medical tourism could be questioned during the years of strong development of this activity.