

UNIVERSITE LUMIERE - LYON II
FACULTE DES SCIENCES JURIDIQUES

26 mars 1999

THESE de DOCTORAT

discipline: droit public

LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES EN MILIEU HOSPITALIER

Par

Yves ROESCH

Directeur de Thèse: Monsieur Henri COMTE, Professeur à l'Université Lumière-Lyon

II

Table des matières

INTRODUCTION GENERALE . .	1
PREMIERE PARTIE Le malaise actuel du personnel hospitalier comme conséquence de la crise de l'hôpital. .	9
Chapitre 1 - La crise de l'hôpital actuel: la difficile transition d'une régulation par la croissance à une régulation par la gestion. . .	10
Section 1 - Les facilités de la régulation par la croissance ont masqué la faible capacité d'adaptation de l'hôpital. .	11
Section 2 - La loi hospitalière de 1970 n'a pu transformer en profondeur le système de gestion traditionnel de l'hôpital. .	45
Conclusion: .	62
Chapitre 2 - La crise de l'hôpital comme révélateur d'un système obsolète de gestion du personnel. .	63
Section 1 - Le mode de gestion bureaucratique du personnel freine la mutation de l'hôpital. .	63
Section 2 - Le mode de gestion actuel du personnel dynamise la crise. . .	86
Conclusion de la partie I .	107
SECONDE PARTIE La réforme de la gestion des ressources humaines comme vecteur d'une stratégie de sortie de la crise de l'hôpital. .	109
Chapitre 1 - Les conditions préalables à une réforme de la GRH sont en partie réunies. .	110
Section 1- Le nouveau cadre législatif et institutionnel appelle cette réforme. .	111
Section 2 - Des acquis institutionnels et stratégiques à développer: les projets d'établissements et les contrats d'objectifs. . .	133
Conclusion du premier chapitre: .	170
Chapitre 2 - L'introduction d'un véritable changement social nécessite une politique affirmée de GRH. .	170
Introduction .	170
Section 1 - Les blocages d'ordre technique et culturel demeurent importants. . .	172
Section 2 - Les conditions d'une véritable transformation de la GRH sont exigeantes. .	212
Conclusion de la seconde partie: .	247
CONCLUSION GENERALE .	249

BIBLIOGRAPHIE . .	255
1 - OUVRAGES . .	255
2 - ARTICLES, RAPPORTS et TEXTES. .	259
TEXTES: . .	262

INTRODUCTION GENERALE

Les ordonnances du 24 avril 1996 sur la réforme hospitalière, dites « ordonnances Juppé » et leur corollaire, la loi organique du 22 juillet 1996 relative aux lois de financement de la Sécurité sociale, ont été présentées par le Premier Ministre comme les ultimes mesures pour réduire en quatre ou cinq ans la dérive des dépenses de santé en général et de l'hôpital en particulier.

Les déficits des comptes de la sécurité sociale sont mal perçus. Par les citoyens, qui subissent régulièrement une hausse de leurs cotisations sociales. Par les pouvoirs publics également qui de réforme en réforme n'arrivent pas à maîtriser durablement les dépenses de santé. Cependant, réduire strictement la réflexion à un problème d'équilibre financier, revient à éluder aussi bien l'aspect causal du problème que de se priver des solutions permettant de trouver un nouveau mode de régulation du modèle de santé et du modèle hospitalier.

Le contexte actuel de l'hôpital incite désormais à considérer l'organisation comme le lieu où se cherche un nouveau processus de régulation des rapports de travail et des rapports sociaux. Des hypothèses sont avancées sur les dimensions culturelles et identitaires de ce phénomène. Elles débouchent sur une incitation à développer la recherche institutionnelle sur l'organisation hospitalière et à s'intéresser aux voies par lesquelles les acteurs pourront promouvoir le changement. Cette approche en terme de gestion s'intéresse aux acteurs hospitaliers mais aussi aux acteurs institutionnels constituant l'environnement ou la tutelle de l'hôpital.

Les travaux de théoriciens de l'organisation et de praticiens de la gestion¹ soulignent

tous l'émergence d'une entreprise plus collective, plus sociale, intégrant les notions de pouvoirs, les forces internes et le jeu des acteurs, en donnant toute l'importance de la dimension humaine et culturelle de l'entreprise.

L'élévation des niveaux de responsabilité, le développement des facteurs de créativité, la recherche de structures plus motivantes, participatives, de projets d'établissements négociés, de politiques d'information et de communication, la gestion des emplois et des compétences, sont autant de signes d'une mutation dans la façon dont les dirigeants et les théoriciens parlent de l'entreprise.

A l'hôpital, les statuts hiérarchiques et sociaux-professionnels anciens et les politiques publiques centrées sur la maîtrise des dépenses budgétaires, n'arrivent plus à fournir aux acteurs des repères sociaux et des identités individuelles et collectives claires. La subsistance à l'hôpital de rapports de travail et de mode de gestion de type bureaucratique et taylorisant, rendent nécessaire la recherche de structures et de formes de gestion plus motivante, participative et communicante.

Le choix de notre thèse, « la gestion des ressources humaines en milieu hospitalier », se justifie ainsi par un intérêt théorique et pratique important. L'objectif principal est de contribuer aux efforts contemporains de réflexion et d'analyse globale susceptibles de nourrir la réflexion et l'action des acteurs de terrain et des pouvoirs publics qui ont l'initiative des réformes et des politiques publiques de santé et hospitalières.

L'intérêt autant que la difficulté du sujet réside dans la diversité des approches susceptibles d'éclairer notre travail. Notre recherche s'inscrit à cet effet dans une démarche en terme de sciences administratives. Elle tente de relever le défi d'une approche réellement pluridisciplinaire intégrant les modèles et les outils de gestion bien sûr, mais aussi ceux de l'analyse sociologique, juridique, et de politiques publiques. Notre intention a donc été de sortir du cloisonnement classique des spécialités. Nous avons aussi appréhendé les rapports de travail en terme de modification des statuts du personnel afin de décliner des réformes nécessaires dans ce domaine. L'analyse en terme de politiques publiques de santé avec le changement des modes de gestion et des

¹ A. RIBOUD, « Europe technologique industrielle et commerciale », Commissariat général du plan, Collection: rapport du 10ème Plan, Documentation française, 1989. Pierre MULLER, « L'administration est-elle en crise? Logique politique », Edition l'Harmattan, 1992. M. CROZIER, E. FRIEDBERG, « L'acteur et le système », Le Seuil, 1977. P. PALBOU, « Problèmes humains de l'entreprise », collection Dunod entreprise, 1977. D. CHALVIN, « L'entreprise négociatrice. Le pouvoir peut-il se partager? », Dunod, 1978. P.R. LAWRENCE, J.W. LORSCH, « Adapter les structures de l'entreprise », Editions d'organisation, 1968. P. MORIN, « Le pouvoir et le management », Dunod, 1985. O.ORTSMAN, « Changer le travail. Les expériences, les méthodes, les conditions de l'expérimentation sociale », Dunod, 1978. P. MONNIN, « Comment revaloriser le travail administratif », Collection Dunod entreprise, 1977. D. MCGREGOR, « La dimension de l'entreprise », Gauthier-Villars, collection Hommes et Organisations, 1976. J.BRABET, *coordonné par*, « Repenser la gestion des ressources humaines », Editions, gestion, Economica, 1993. D. WEISS, « La fonction ressources humaines », Les éditions d'organisation, 1992. J.M.PERETTI, « Ressources humaines et gestion du personnel », Educapôle, 2ième édition, Paris 1998. P.LOUART « Gestion des ressources humaines », Eyrolles, Paris, 1991. G.DONNADIEU « De l'évolution des emplois, à la question des compétences », Editions liaisons, Paris 1995. J.P.CITEAU « Gestion des ressources humaines, principes généraux et cas pratiques », Armand Colin, 1997. H.MAHE de BOISLANDELLE « Gestion des ressources humaines dans les PME », Economica, 1998. M.LE BERRE « Précis de gestion des ressources humaines », PUG, Grenoble, 1995.

rapports de travail à l'hôpital, a constitué les bases de départ de notre travail, ainsi que l'étude des trois dernières réformes hospitalières: la loi hospitalière de 1970², la loi hospitalière de 1991³ et les ordonnances du 24 avril 1996⁴. L'apport des sociologues⁵ dans les études de cas et de situations en organisation, a permis d'enrichir l'analyse d'une dimension comportementale et culturelle. Nous avons pris connaissance de ces divers travaux et notre mode de raisonnement s'est nourri et indiscutablement enrichi de cette confrontation des réflexions et des différentes approches.

Notre méthode de travail relève à la fois d'une approche éprouvée et classique en matière de recherche doctorale et de pratiques plus originales. A coté des analyses de textes, d'ouvrages, de revues sur la question, nous avons aussi intégré des études de cas, et analysé des expériences menées dans divers centres hospitaliers ou au niveau national par le Ministère du Travail et des affaires sociales. Le Ministère du Travail et des affaires sociales a commandité, au cours de ces dix dernières années, de nombreuses études sur les causes de la crise de l'hôpital et la crise du personnel hospitalier. Nous avons analysé des propositions des groupes de travail, chargés de pré-projets sur la réforme hospitalière⁶ et des propositions d'instances telles que la Conférence nationale de santé⁷ chargée de définir les priorités de la politique de santé publique avant la présentation en septembre 1996 par le gouvernement du projet de loi de la Sécurité sociale.

Nous avons alors pris conscience de l'intérêt de lier la recherche théorique et les études ponctuelles sur la question, afin d'élaborer une problématique apte à améliorer la compréhension du modèle hospitalier et de son mode de régulation dans son ensemble. Aucun travail d'analyse et de recherche doctorale permettant de lier ces démarches distinctes n'avait encore été fait. Le sujet est souvent traité ponctuellement sans étude réelle de fond et sans intégration réelle des divers apports théoriques et pratiques.

Nous avons sélectionné spécifiquement le *milieu hospitalier*. Les dépenses

² Loi No 1318 du 31 décembre 1970.

³ Loi No 748 du 31 juillet 1991.

⁴ Ordonnances No 344, 345, 346 du 24 avril 1996.

⁵ SAINDELIEU, « Sociologie de l'organisation de l'entreprise », Dalloz, 1987. Max WEBER, « Sociologie du droit », Presse universitaire de France, 1986. Henry MINTZBERG, « Le management, voyage au centre des organisations », Editions d'organisation, 1990. D. MOTHE-GAUTRAT « Pour une nouvelle culture d'entreprise », La découverte, 1986. Renaud SAINSAULIEU, « L'identité au travail », Références, 1984. Denis SEGRESTIN, « Le phénomène corporatiste. Essai sur l'avenir des systèmes professionnels fermés en France », Fayard, 1985. M.LIU, « L'analyse socio-technique des organisations », Editions d'organisation, 1983. H.A. SIMON, J.G. MARCH, « Les organisations, problèmes psychosociologiques », Dunod, 1977. R.MEIGNIEZ, « Pathologie sociale de l'entreprise. La crise de l'autorité dans la direction », Gauthier-Villars 1971.

⁶ Edmond COUTY, Didier TABUTEAU, « Hopitaux et cliniques, les réformes hospitalières », Berger Levrault, 1992. Dr François PEIGNE, « Notre système hospitalier et son avenir », Edition ENSP, 1991.

⁷ Travaux de la 1ère Conférence nationale de la santé, à l'Hôpital du Val-de-Grâce du 2 septembre au 4 septembre 1996.

hospitalières publiques et privées représentent près de 50 % des dépenses globales de santé. L'interdépendance de fonctionnement de l'hospitalier avec les autres acteurs et organisations de santé, ont nécessité au préalable une analyse globale du système de santé, accompagnée d'une étude précise de l'environnement hospitalier et des politiques publiques hospitalières en terme de faisabilité et de réalisation.

De la construction d'un nouveau modèle hospitalier et de son mode de régulation résultera la maîtrise des dépenses mais aussi la résolution de la crise du personnel et de l'hôpital. Nous mettons en avant une logique explicative de la crise du personnel et de l'hôpital, reposant sur les notions de projets d'établissements, de contrats d'objectifs, de plans d'actions et de nouveaux outils de GRH quantitatifs et qualitatifs. Cette logique s'inscrit dans un processus permettant des gains en terme de qualité des soins et de productivité sociale par amélioration du mode de gestion et des rapports de travail. L'intérêt pratique majeur de ce travail de recherche pluridisciplinaire et global, est d'aider les acteurs qui sur le terrain sont déconcertés par les contradictions nées entre le rythme élevé et l'importance des réformes hospitalières comparés à l'inertie des changements dans les rapports de travail et la gestion. D'autant que les pouvoirs publics, rédacteurs des politiques de santé, trouvent difficilement la voie incitatrice et dynamique de la réforme et du changement à l'hôpital.

Pendant la période des "trente glorieuses", la croissance économique sans précédent permet à l'Etat de prévoir des crédits budgétaires pour aider des entreprises publiques ou des structures sanitaires d'intérêt général tels que les hôpitaux, à se développer, à recruter du personnel et à s'équiper de matériel adapté à leur activité.

La performance de l'hôpital est déterminée par une logique quantitative d'extension de l'équipement et du personnel. Le principe du prix de journée régit le fonctionnement financier de base de l'hôpital public. Plus l'activité hospitalière est élevée, plus les durées de séjour sont longues et plus il est aisé pour le chef d'établissement d'obtenir de sa Tutelle des moyens supplémentaires. Le système de régulation du modèle hospitalier est alors la croissance de type exponentiel. Nous sommes dans une ère d'abondance où la gestion ne s'impose pas encore. L'hôpital progresse quantitativement et qualitativement. L'hôpital public soigne tout le monde, la demande de soin est élastique et le niveau des soins n'est pas contesté.

Dans les pays industrialisés, on peut observer depuis l'après-guerre une accélération de la demande de soin supérieure au taux de croissance national. De ce fait, lorsque la croissance chute, le risque d'un dérapage apparaît car la demande de soin continue à augmenter à une vitesse autonome. Les dépenses de soins n'évoluent plus en fonction des seuls facteurs biologiques tels que la maladie, mais sont aussi liées à des normes culturelles et à un mode de vie qui ont évolués.

A la fin des années 70, la crise économique rend obsolète le mode de régulation basé sur une croissance exponentielle des dépenses que l'on ne cherche pas à freiner, et amorce le passage d'un référentiel à un autre. Un rapport⁸ réalisé à la demande du Ministère de la Santé, souligne deux nécessités pour l'hôpital:

⁸ Dr François PEIGNE, « Notre système hospitalier et son avenir », rapport à Monsieur le Ministre de la Solidarité et de la Santé. Editions ENSP - 1991.

trouver un autre mode de régulation pour l'organisation hospitalière, autre que la croissance non maîtrisée de ses dépenses, en réalisant des réformes de fond au niveau de ses structures et de sa gestion.

favoriser l'ouverture de l'hôpital aux lois du marché.

Le nouveau mode de régulation de l'hôpital pourrait être la réforme de sa gestion et en particulier de sa gestion des ressources humaines. Ce mode de régulation s'inscrirait dans un nouveau référentiel qui serait celui du marché. L'hôpital ne peut échapper longtemps aux restructurations qui ont touchées d'autres secteurs comme celui des communications et celui des transports. Si l'hôpital n'est pas une entreprise, il est certainement plus proche d'une entreprise que d'une administration. Pendant longtemps, l'hôpital a fonctionné selon le dogme du plein emploi, en maintenant ses effectifs. Il a joué le rôle d'amortisseur en matière de crise sociale; les postes vacants au budget étaient naturellement pourvus. Depuis quelques années, l'hôpital tend à être soumis aux règles macro et micro économiques du marché et les contraintes budgétaires ont entraîné une baisse lente de ses effectifs. Le changement à l'hôpital ne peut passer que par une modification qualitative de ses structures et de son mode de gestion.

Une rigidité structurelle caractérise l'hôpital public actuel. Au cours de ces dernières années, l'hôpital, malgré un début de mutation, est encore très hospitalo-centriste, pas assez ouvert sur l'extérieur. Les hôpitaux de jour, les structures extra-muros, le soin à domicile, la médecine ambulatoire sont insuffisamment développés. La coopération avec l'extérieur, avec les autres établissements publics, le privé et le libéral, est insuffisante. Les rigidités sectorielles et les inégalités inter-régionales et inter-établissements sont encore très importantes.

Initialement quantitatifs ou salariaux, les problèmes sont devenus qualitatifs: les hospitaliers se plaignent de leurs conditions de travail, de ne pas être écoutés, reconnus. Le mode de gestion bureaucratique est caractérisé par une hiérarchie très forte, une division du travail administratif encore très marquée avec des règles écrites et figées laissant peu de place à l'initiative et à l'effort créatif. La crise du personnel est la conséquence de la crise de l'hôpital. Le malaise du personnel hospitalier, situé à l'origine chez les internes et les infirmières, a gagné progressivement l'ensemble des acteurs.

Actuellement, on ne peut pas parler dans l'hôpital public de gestion des ressources humaines mais plutôt d'administration du personnel. Celle-ci s'appuie sur une logique de rationalisation quantitative, financière et productiviste qui dynamise le malaise hospitalier. L'hôpital ne possède pas d'outils de gestion ou de pilotage à proprement parler mais seulement de quelques outils d'informations statistiques, d'évaluation ou de contrôle budgétaire. La réforme du budget global en tant qu'outil de gestion interne n'a pas eu l'effet prévu. En 1990, la croissance des dépenses hospitalières publiques est freinée. Son rythme se rapproche de celui du PIB. Mais les dépenses hospitalières publiques ne représentent qu'un tiers des dépenses de santé, les deux autres tiers se réalisant hors de l'hôpital public. Entre 1980 et 1990, alors que le PIB était multiplié par 2,3 et les dépenses

hospitalières publiques par 2,4, les dépenses hospitalières privées et les dépenses de soins non hospitalières augmentaient à un rythme nettement plus rapide.

La gestion du personnel continue de souffrir du manque d'outils de gestion prévisionnelle. Rares sont les hôpitaux qui possèdent une cellule de gestion prévisionnelle des effectifs réellement opérationnelle. Le passage des échelons et des grades suit une approche mécaniste reposant essentiellement sur l'ancienneté et accessoirement sur le mérite. Il n'intègre pas de raisonnement en terme de métiers. Le cadre juridique évolue lentement. La hiérarchie s'est resserrée, le nombre de grades a diminué et la catégorie D est en voie d'extinction. Mais les réformes de gestion nécessitent une modification en profondeur du cadre juridique concernant le personnel hospitalier. Celui-ci est d'abord perçu en terme quantitatif d'effectif. L'approche en terme d'évolution qualitative n'est pas réellement intégrée et la gestion personnalisée des carrières apparaît encore comme un objectif lointain. La formation continue est encore appréhendée comme une dépense d'exploitation destinée à favoriser l'adaptation à l'emploi. Elle est rarement envisagée comme un investissement susceptible d'assurer une aide à la reconversion dans le cadre d'une gestion personnalisée des carrières.

Dans les années 70, une stratégie concurrentielle s'est ajoutée à un mode de gestion bureaucratique profondément enraciné. Le mythe de l'hôpital-entreprise basé sur une concurrence aveugle et une logique productiviste aux dépens des améliorations qualitatives sur les conditions de travail et la qualité des soins, n'a fait que développer les tensions. De l'âge d'or de l'hôpital, on est passé à l'ère de l'optimum budgétaire et économique basé sur des processus de régulation des dépenses hospitalières. La loi hospitalière de 1970, qui se décline sur une logique d'accroissement de la productivité du travail, favorise l'émergence d'une stratégie concurrentielle qui ne peut réduire cet héritage. Il faudra attendre 1991 pour qu'une nouvelle loi hospitalière inscrive comme prioritaire une démarche participative, stratégique et globale susceptible d'agir sur la qualité des soins et les conditions de travail à l'hôpital. Cette loi préconise la mise en oeuvre de méthodes et d'outils modernes de gestion dont les établissements auraient eux-mêmes l'initiative d'élaboration et de création. La réforme hospitalière de 1996, sous forme des ordonnances du 24 avril 1996, va tenter de dynamiser ce processus de mutation de l'hôpital amorcé à partir de 1991, par réduction des points de blocage.

Il est alors préconisé, voire imposé dans certains cas, la coopération et la complémentarité entre l'hôpital public et les cliniques avec le passage à un mode de gestion managérial des ressources humaines s'appuyant sur un cadre stratégique tel que le projet d'établissement et les contrats d'objectifs. Dans cette dynamique, le personnel devient l'élément moteur de la modernisation de l'hôpital. Avec une logique managériale, les responsabilités et l'innovation sont transférés du centre vers les acteurs hospitaliers. Le personnel considéré comme simple facteur de production dans les années soixante-dix, deviendrait alors une ressource humaine, moteur du changement et de la nouvelle gestion de l'hôpital des années quatre-vingt dix.

Le processus de régulation de l'hôpital par la croissance continue des dépenses hospitalières est devenu obsolète depuis la crise économique de la fin des années soixante-dix. L'inadaptation et la rigidité du modèle hospitalier et de son mode de gestion actuel du personnel rend nécessaire de remodeler un nouveau processus de régulation

de l'organisation hospitalière. La gestion des ressources humaines peut alors apparaître comme le point de fuite de la crise de l'hôpital et de la crise du personnel hospitalier. Après une première partie qui présente le malaise actuel du personnel hospitalier comme conséquence de la crise de l'hôpital, notre intention est de mettre en évidence, dans une seconde partie, une logique du changement dans la gestion des ressources humaines en composant entre les difficultés de mise en place, les acquis, les potentialités, la résistance de certains acteurs, et les nouveaux cadres et outils stratégiques de réalisation:

Première partie: le malaise actuel du personnel hospitalier comme conséquence de la crise de l'hôpital.

Seconde partie: la réforme de la gestion des ressources humaines comme vecteur d'une stratégie de sortie de la crise de l'hôpital.

PREMIERE PARTIE Le malaise actuel du personnel hospitalier comme conséquence de la crise de l'hôpital.

Le malaise du personnel hospitalier, perceptible à la fin des années soixante-dix est à l'origine limité à des catégories de personnel spécifiques tels que les internes et les infirmières. Il a progressivement gagné aujourd'hui l'ensemble des acteurs hospitaliers, personnels médicaux, soignants, administratifs et techniques. Dans un contexte de croissance économique, l'augmentation continue des budgets hospitaliers a en fait occulté la nécessité de réformes structurelles et de gestion de l'hôpital. La croissance continue des moyens comme substitut d'un mode de régulation n'a pas incité les acteurs hospitaliers à s'adapter et à changer les rapports de travail. La première réforme hospitalière de 1970, essentiellement quantitative et financière car orientée principalement sur la réduction des dépenses de santé, n'a pas apporté de transformation dans un système de gestion de plus en plus fortement remis en cause par le personnel hospitalier dans son ensemble.

La gestion du personnel hospitalier est encore bureaucratique, administrative et archaïque, et souffre d'un manque d'outils de gestion qualitatifs et d'anticipation. Le mode de gestion bureaucratique et taylorien subsiste encore dans de nombreux services hospitaliers, tant soignants qu'administratifs, et constitue un système contraignant et démotivant pour le personnel hospitalier dans son ensemble. Les obstacles d'ordre

culturel à l'hôpital sont encore très nombreux. L'hôpital demeure très cloisonné et peu ouvert sur l'extérieur. Les difficultés rencontrées pour un fonctionnement plus en complémentarité, basé sur une coopération interhospitalière, constitueraient autant de résistance au changement.

Le point de fuite de la crise de l'hôpital semble passer nécessairement par une modification de sa gestion vers un mode de gestion du personnel plus managérial qui permettrait aux acteurs hospitaliers de retrouver confiance et motivation. La gestion du personnel doit inclure la dimension humaine et qualitative de l'homme au travail pour accéder au concept de gestion des ressources humaines.

A partir de l'analyse de l'existant, nous allons étudier les conditions et la faisabilité de ce changement en terme de gestion interne mais aussi en terme de politique publique et de modification des statuts du personnel.

Chapitre 1 - La crise de l'hôpital actuel: la difficile transition d'une régulation par la croissance à une régulation par la gestion.

La crise économique de 1973 a marqué la fin d'une régulation de l'hôpital par le seul effet de la croissance exponentielle de ses dépenses. Le principe de tarification par le prix de journée qui pousse les directions hospitalières et les médecins hospitaliers à multiplier le nombre des journées d'hospitalisation afin de justifier des crédits budgétaires complémentaires, ne peut survivre à un plafonnement durable voire à une réduction générale et continue des dépenses publiques sur une longue période.

L'économie de rareté liée aux difficultés économiques, entraîne nécessairement des efforts de gestion, des restructurations et des redéploiements souvent douloureux au sein des établissements hospitaliers. Les modifications des modes de gestion ne peuvent porter exclusivement sur la gestion financière des établissements hospitaliers comme le préconise pour l'essentiel, la loi hospitalière de 1970. Les décideurs hospitaliers doivent aussi conduire des changements importants dans la gestion du personnel. Le personnel hospitalier est la ressource essentielle de l'hôpital. Pas seulement parce qu'il représente en moyenne près de 80 % des dépenses d'exploitation de l'hôpital mais aussi par son potentiel de changement qualitatif dans les modes de travail et de production. Une modification en profondeur de la gestion qualitative des ressources humaines s'avère inéluctable. Les obstacles à ce changement sont nombreux et la modification culturelle et identitaire des acteurs s'avère malaisée. Pourtant l'implantation d'un « art » entièrement nouveau dans la culture administrative de l'hôpital doit obtenir l'adhésion du personnel hospitalier dans son ensemble. La participation des acteurs ne pourra être acquise sans motivation préalable.

Section 1 - Les facilités de la régulation par la croissance ont masqué

la faible capacité d'adaptation de l'hôpital.

L'hôpital public français d'aujourd'hui est caractérisé par des structures inadaptées aux nouvelles missions de santé. A côté des missions de soins traditionnelles, se sont développées des missions de recherche et d'enseignement. Le rôle de l'hôpital dans la société a évolué en même temps que la perception de la maladie. Une nouvelle approche des liens maladie-santé et soin-hospitalisation amène les décideurs hospitaliers à s'interroger sur des logiques telles que produire de la santé ou consommer des soins. Faut-il changer au niveau de sa gestion, le système français d'accès aux soins est condamné à une dégradation continue et accélérée rendant de plus en plus obsolète l'ancien mode de régulation basée sur la croissance.

1 § Délocalisation des soins et création de pôles techniques.

Pendant les dernières décennies les conditions d'hospitalisation ont été révolutionnées par l'introduction de nouvelles technologies et de nouvelles thérapeutiques. Celles-ci ont permis le développement des soins sans hébergement. Elles sont à l'origine de nouvelles formes de concurrence entre les différents modes d'organisation des soins. Les nouvelles technologies et thérapeutiques peuvent être mises en oeuvre à l'hôpital par la création de pôles techniques ou dans des structures ambulatoires. L'utilisation plus intensive de ces nouvelles thérapeutiques s'est traduite par le développement des hospitalisations programmées, à durée limitée, à partir de protocoles médicaux. Certaines technologies et thérapeutiques permettent une délocalisation des soins à domicile avec parfois aussi un suivi à distance.

La réduction importante de la durée moyenne du séjour hospitalier pendant les années soixante-dix et quatre-vingt dans toutes les disciplines et spécialités médicales hospitalières a contribué à l'accroissement de l'efficacité globale et à des gains de productivité. Les nouvelles conditions d'hospitalisation et notamment les processus plus courts d'hospitalisation avec des entrées et des sorties plus fréquentes ont contraint les personnels hospitaliers à modifier leurs comportements. L'adaptation a été rendue d'autant plus difficile qu'aux années soixante sans contrainte budgétaire, succédait une période de rigueur et d'austérité budgétaire.

S'agissant de la psychiatrie, le rapport du Docteur MASSE⁹, commandité par le Ministère de la Santé, a contribué à orienter cette discipline vers la décentralisation et la coopération avec les autres spécialités générales, sous forme de ponts entre le médical, le sanitaire et le social. La politique de santé mentale maintient son cap: l'ouverture de la psychiatrie sur la cité, en intégrant en amont la prévention des pathologies et en aval, la réinsertion sociale des malades, compte tenu de tous les obstacles engendrés par la nécessité de redéployer les moyens dans un contexte de crise économique. Les points d'ancrage sont les suivants:

⁹ Gérard MASSE, Rapport MASSE sur la politique en santé mentale, Ministère de la santé et de l'action humanitaire - 18 juin 1992.

le service intrahospitalier est jugé pléthorique (trop de lits d'hospitalisation classique)

les solutions alternatives hospitalières sont encore trop peu développées:

- soins à domicile,
- soins prodigués au coeur de la cité.

l'hôpital doit être plus ouvert, la structure « néo-asilaire » est amenée à disparaître.

nécessité de nouer des liens étroits entre la psychiatrie et les services médico-chirurgicaux; en priorité au niveau des enfants et des urgences.

nécessité de collaboration entre la pédiatrie, l'obstétrique et la psychiatrie infanto-juvénile.

accentuation de l'articulation gériatrie, maison de retraite et psychiatrie de secteur pour les personnes âgées.

renforcement des articulations entre les différents établissements médico-sociaux.

Ailleurs pour certaines pathologies lourdes, des pôles techniques se constituent en cumulant les avantages des dynamiques industrielles et professionnelles. Il s'agit d'une évolution des pôles professionnels vers ce que T. GAUDIN¹⁰ appelle le « traitement industriel de la maladie ». Cette évolution vers des plateaux techniques importants tels que les plateaux d'imagerie, les laboratoires de biologie moléculaire, les hôpitaux de cardiologie, n'est pas sans conséquence sur le protocole de prise en charge du malade et de la maladie et sur l'organisation du travail.

Actuellement, le modèle dominant de l'hôpital demeure toujours très hospitalo-centriste. Le rapport du Docteur François PEIGNE¹¹ et celui d'Edouard COUTY et de Didier TABUTEAU¹² montrent que l'hôpital n'est pas encore assez ouvert vers l'extérieur, sur la médecine libérale, les activités ambulatoires, les services sociaux, la population et le tissu industriel et économique environnant. Les différentes structures de soins extra-hospitalières sont encore insuffisamment développées; c'est le cas de l'hospitalisation à domicile, l'hôpital de jour, l'hospitalisation de nuit, l'hospitalisation à

¹⁰ T. GAUDIN, « 2100. récit du prochain siècle », Payot, 1991

¹¹ Docteur F. PEIGNE: « Notre système hospitalier et son devenir. Les huit volets d'une politique hospitalière », ENSP, 1991.

¹² E.COUTY et D.TABUTEAU: « Hôpitaux et cliniques: les réformes hospitalières », Berger-Levrault, 1991.

temps partiel, l'appartement thérapeutique, le centre médico-psychologique.

La coopération inter-établissement est insuffisante. Elle se traduit par de doubles emplois au sein de l'activité hospitalière publique. Deux hôpitaux voisins peuvent avoir des cuisines ou des blanchisseries travaillant en sous-capacité alors qu'un regroupement sur un site suffirait à leurs besoins. Les syndicats inter-hospitaliers regroupant certaines activités hospitalières sont encore trop peu nombreux. La planification issue de la loi hospitalière de 1970 ne favorise pas la complémentarité entre établissements publics et établissements privés ayant passé une convention de service public. L'élaboration de cette première planification sanitaire reposait sur un objectif d'organisation de l'hospitalier après une période de forte croissance et de développement de l'équipement et des moyens humains. Il faudra attendre la loi hospitalière de 1991 pour qu'une planification plus participative, globale et stratégique, associe le sort du secteur public et du secteur privé lié par convention au service public dans un cadre privilégiant la complémentarité aux dépens de la logique concurrentielle. Aujourd'hui, on observe, bien que dans des proportions encore faibles, au développement de l'ambulatoire. Les nouvelles techniques de diagnostics et les nouvelles thérapeutiques permettent de soigner les maladies plus vite et dans de meilleures conditions. Bien qu'encore limité, le soin à domicile se développe et les plateaux techniques se renforcent. Les premières conséquences de ces évolutions au niveau des capacités d'hospitalisation sont la diminution globale des lits avec une reconversion partielle en lits de soins de suite ou de longue durée pour les personnes âgées où des besoins importants sont encore insuffisamment couverts.

L'hôpital de demain verra se continuer le renforcement des plateaux techniques avec une médecine de spécialités. Dans SANTE 2010¹³, le groupe « Prospective du système de santé » présidé par Raymond SOULIE (Commissariat général du plan) définit trois scénarios-type dans les dix années à venir:

un scénario tendanciel,

un scénario « soins techniques »,

un scénario « santé organisée ».

Il apparaît dans ces trois représentations de l'hôpital de demain, que les tendances actuelles vont se confirmer: les plateaux techniques vont se développer parallèlement aux pratiques de soins ambulatoires et à domicile.

Dans le scénario « soins techniques », les nouvelles techniques et thérapeutiques pourront donner progressivement la pleine mesure de leurs potentialités. La médecine d'experts se développe considérablement. L'informatique aide à la diffusion et à la mise en oeuvre de protocoles cliniques de prévention, d'exploration et de traitement. Les médecins se regroupent en réseaux de spécialistes organisés autour de la prise en charge d'un système fonctionnel ou d'un organe (clinique de l'appareil respiratoire, du

¹³ « Santé 2010; Santé, maladies et technologies », Commissariat du Plan, *la Documentation Française*, Paris, 1993

coeur, etc...)

Les innovations techniques sont rapidement intégrées et deviennent thérapeutiques. Dans les hôpitaux, la fonction hébergement décline, le nombre de lits diminue; la médecine de spécialité devient prépondérante alors que les soins ambulatoires et à domicile se développent ainsi que les techniques de suppléances légères.

Dans le scénario tendanciel, l'Etat n'intervient pratiquement pas et la concurrence entre les hôpitaux publics et les cliniques privées est vive. Alors que dans le scénario « santé organisée », l'Etat définit des objectifs de santé, organise et mène des actions sanitaires et sociales. Les acteurs agissent en concertation et en coordination à partir d'une carte sanitaire qui décline l'évolution structurelle des structures sanitaires et hospitalières en fixant des objectifs sur 5 ans.

2 § Les missions de l'hôpital public évoluent.

Dans la loi de 1970, les principales missions de l'hôpital public sont le soin, la recherche, l'enseignement et la prévention.

La recherche n'a cessé au cours de ces dernières années de se développer mais pas toujours de manière coordonnée. D'après le groupe de travail de Raymond SOUBIE du Commissariat général du Plan, « **les équipes restent souvent isolées ou n'atteignent pas la masse critique et leurs travaux sont insuffisamment valorisés** ». L'objectif visé serait de réactiver le couple « recherche - décision ». En matière sanitaire, le domaine de la Santé publique au sens large est loin d'être prioritaire et il est difficile de parler de véritable politique en la matière. Si l'on souhaitait accroître la connaissance de l'ensemble des relations entre l'environnement et la santé, en particulier dans les villes et dans les quartiers, des moyens nouveaux devraient être dégagés. Des avancées dans ces domaines de Santé publique faciliteraient la prise en compte de la santé dans des politiques régionales ou municipales.

L'étude des relations de l'hôpital et de son environnement, urbain et rural en terme de Santé publique, est insuffisamment encouragée. Cette méconnaissance du tissu extra-muro à l'hôpital ne facilite pas la déclinaison d'une politique globale de Santé publique.

Au niveau de l'enseignement et de la formation, une politique de formation pourrait être élaborée sur la base de logiques nouvelles. Pour les professionnels de la santé, la priorité pourrait être mise sur une approche décloisonnée des problèmes entre la santé et le social, la santé et l'environnement. En direction des décideurs (élus, haut-fonctionnaires, syndicaliste), la diffusion de la culture de la Santé publique paraît indispensable. Au niveau de la société, les médias pourraient contribuer à la diffusion d'une vision plus globale de la santé en intégrant aussi la prévention.

Une politique de prévention efficace peut réduire sensiblement la morbidité.

La loi hospitalière de 1991 ajoutera à ces missions traditionnelles, le fonctionnement stratégique de l'hôpital public.

3 § Les pathologies traitées par l'hôpital public.

Le tableau ci-après nous permet d'observer que les taux de mortalité selon la cause et le sexe ont évolué en dix ans et très sensiblement fléchis entre 1982 et 1993.

Tableau : taux de mortalité comparatifs selon la cause et le sexe pour 100 000 habitants (1)

LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES EN MILIEU HOSPITALIER

	HOMMES				FEMMES			
1982	1990	1992	1993	1982	1990	1992	1993	
Maladies infectieuses et parasitaires (2)	18,5	25,2	28,2	29,1	11,3	11,2	12,2	12,9
Tumeurs	380,5	381,9	377,2	376,5	176,1	167,2	166,1	166,9
<i>dont tumeurs malignes de la cavité buccale et du pharynx</i>	22,3	19,3	18,3	17,7	2,1	2,1	2,2	2,0
<i>tumeurs malignes de l'oesophage</i>	21,0	17,7	16,7	16,1	1,9	2,1	1,9	1,9
<i>tumeurs malignes de l'estomac</i>	23,6	18,4	16,8	16,3	11,4	8,1	7,3	7,2
<i>tumeurs malignes de l'intestin</i>	39,5	37,6	38,2	38,2	24,2	22,5	22,2	22,2
<i>tumeurs malignes autres parties appareil digestif et péritoine</i>	27,6	28,8	30,3	29,7	15,4	12,3	11,9	11,7
<i>tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon</i>	72,5	79,0	79,7	80,8	7,0	8,7	9,2	9,7
<i>tumeurs malignes</i>	0,7	0,6	0,4	0,5	30,9	31,8	31,7	32,1

	HOMMES				FEMMES			
<i>du sein</i>								
<i>tumeurs malignes de l'utérus</i>	///	///	///	///	12,1	9,6	9,2	9,3
<i>tumeurs malignes de la prostate</i>	41,9	47,7	45,8	45,8	///	///	///	///
<i>leucémies</i>	11,6	11,5	11,1	11,2	7,2	6,7	6,1	6,4
Maladies endocriniennes	30,2	26,2	24,2	24,5	26,1	22,8	21,3	21,6
<i>dont diabète</i>	14,5	12,3	11,4	12,2	13,8	11,1	9,8	10,5
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	6,1	6,1	5,8	6,0	4,0	3,8	6,5	3,9
Troubles mentaux	24,8	26,5	24,1	24,4	17,4	20,1	18,0	19,0
<i>dont psychose alcoolique et alcoolisme</i>	11,2	8,7	7,4	7,6	2,3	1,9	1,6	1,7
Maladies du système nerveux et des organes des sens	28,0	25,3	24,3	24,2	18,8	17,0	16,6	17,1
Maladies de l'appareil circulatoire	527,3	402,2	381,0	380,7	348,4	259,0	242,4	240,2
<i>dont cardiopathies ischémiques</i>	146,3	126,8	121,1	120,8	73,1	62,5	58,4	58,3
<i>maladies vasculaires cérébrales</i>	162,1	102,6	94,8	92,2	123,1	78,5	71,4	68,8
Maladies	112,8	107,4	101,6	105,1	46,6	49,1	46,1	48,8

LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES EN MILIEU HOSPITALIER

	HOMMES				FEMMES			
de l'appareil respiratoire								
Maladies de l'appareil digestif	93,6	65,7	59,9	59,0	49,3	36,3	34,3	33,6
dont cirrhose alcoolique ou sans précision du foie	41,7	26,4	23,1	22,8	14,2	9,6	8,4	8,6
Maladies des organes génito-urinaires	31,1	20,1	18,6	18,6	13,6	9,7	8,8	9,6
Complications grossesse-accouchement	///	///	///	///	0,4	0,3	0,3	0,2
Maladies de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané	3,3	3,6	3,7	3,5	4,2	3,9	4,0	3,8
Maladies du système ostéo-articulaire	4,3	4,2	3,8	4,1	4,9	4,9	4,4	4,8
Anomalies congénitales	4,6	3,4	2,9	3,3	4,2	3,0	2,4	2,7
Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	3,7	2,9	2,6	2,9	2,7	2,2	1,8	2,0
Symptômes, signes et états morbides mal définis	68,5	69,9	66,0	62,8	67,1	47,6	44,2	42,7

	HOMMES				FEMMES			
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	137,3	120,3	114,1	112,8	68,1	56,9	52,5	52,3
dont accidents de la circulation	31,4	27,1	23,5	23,1	10,4	9,1	7,9	8,1
suicides	34,4	32,3	32,3	33,5	11,7	10,7	10,5	11,0
TOUTES CAUSES	1504,4	1291,0	1238,1	1237,3	863,1	714,8	678,9	682,1

(1) La population de référence utilisée est celle de la France, recensement 1990 (exhaustif), deux sexes groupes d'âge quinquennaux jusqu'à 95 ans et plus.

(2) A partir de 1987, le SIDA est codé dans ce chapitre.

Annuaire des statistiques sanitaires et sociales, Ministère du Travail et des Affaires Sociales, SESI, Service des statistiques, des études et des systèmes d'information, édition 1996.

Une enquête de morbidité hospitalière de 1985 - 1987 réalisée par le SESI¹⁴ sur la clientèle des établissements de soins publics et privés de court séjour en France métropolitaine nous permet d'avoir des informations sur les pathologies traitées par sexe et par âge, les caractéristiques socio-démographiques des patients, les taux d'hospitalisations, les durées moyennes de séjour par pathologies et filières de soins.

L'exploitation d'une liste de 225 maladies, nous montre pour tous les âges confondus, la répartition suivante des principales pathologies traitées:

les traumatismes et empoisonnements: 13,2%

les maladies de l'appareil digestif: 12,7%

les maladie de l'appareil circulatoire: 11,6%

les tumeurs: 10,2%

La seule différence entre les deux sexes est l'inversion entre les traumatismes (1ère

¹⁴ M. - C MOUQUE., Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (SESI) « Les soins hospitaliers en France - clientèle, pathologies, traitées en court séjour », chiffres repères, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la ville, La Documentation Française, avril 1992.

cause chez les hommes) et les pathologies digestives (1ère cause chez les femmes).

Les enfants de moins de 15 ans hospitalisés sont à l'origine de 14% des séjours alors qu'ils représentent 20% de la population française métropolitaine de 1986.

Les pathologies les plus fréquentes sont par ordre décroissant:

.
les maladie de l'appareil respiratoire : 17,7%

.
les maladies de l'appareil digestif : 16,1%

.
les traumatismes et empoisonnements : 15,2%

.
les états morbides mal définis : 9,3%

Les atteintes respiratoires et les traumatismes dominent chez les garçon, mais ce sont les problèmes digestifs et respiratoires qui l'emportent chez les filles.

Chez les moins de 1 an, il s'agit de bronchites aiguës (5%), d'affections aiguës des voies respiratoires et de pneumonie, plus tard d'affections chroniques des voies respiratoires supérieures (amygdales et végétations adénoïdes). Les affections périnatales représentent 36% des séjours d'enfants de moins de 1 an.

Les adultes de 15 à 64 ans sont concernés par 58% des séjours, alors qu'ils constituent 66% de la population française de référence.

La répartition des pathologies est la suivante:

.
les traumatismes et empoisonnements : 14,7%

.
les maladies de l'appareil digestif : 13,7%

.
les maladies de l'appareil circulatoire : 9,1%

.
les maladies génito-urinaires : 9,1%

Des nuances sont observées selon les sexes:

.
Pour les hommes, les accidents dominent (les traumatismes sont à l'origine de presque 1 séjour sur 5), suivis par les pathologies digestives, circulatoires et les tumeurs.

.
Pour les femmes, c'est la maternité qui est la première cause d'admission, suivie par les grossesses et les accouchements compliqués, les maladies des organes

génito-urinaires, les atteintes digestives, les traumatismes et les tumeurs. La deuxième cause d'hospitalisation vient des atteintes circulatoires, soit 14,8% des hospitalisations.

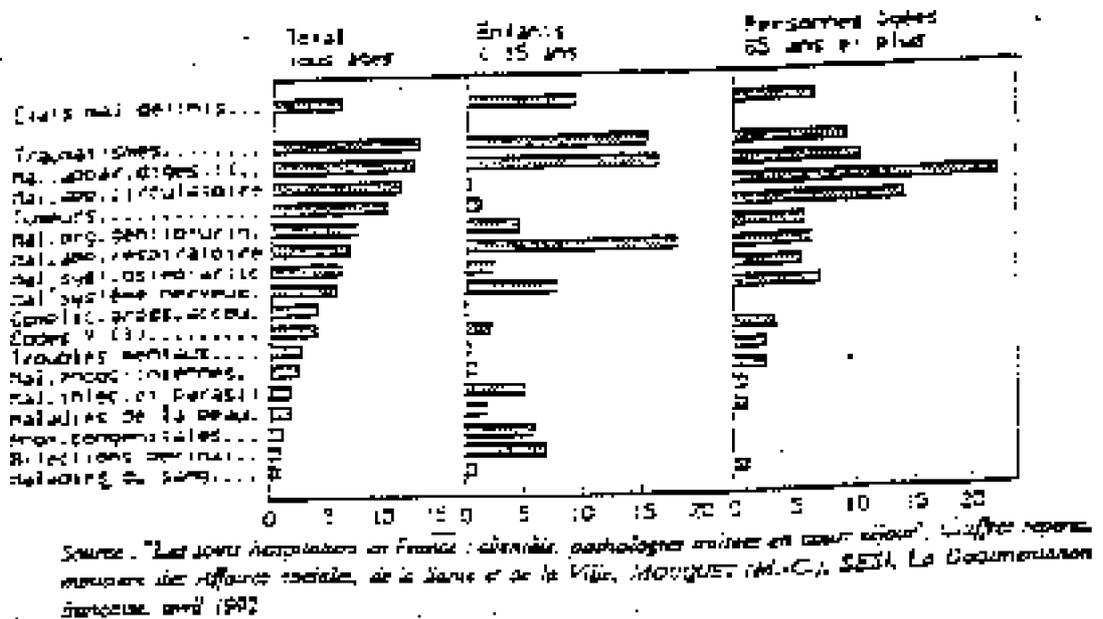


Figure : Répartition des séjours dans les services hospitaliers publics et privés de court séjour selon l'âge du patient et la pathologie traitée.

La demande de soins ne dépend pas seulement de facteurs biologiques. Elle est liée aussi à un ensemble de normes socio-économiques et à l'environnement socioculturel et professionnel de l'homme. Le poids de la pathologie professionnelle n'est pas à négliger. L'influence du travail sur la santé est étudiée grâce à divers indicateurs. La connaissance de l'exposition de la population au travail peut permettre une politique de prévention.

Une amélioration générale des conditions de vie et de logement, une élévation du niveau culturel des plus défavorisés peut avoir à long terme un effet positif sur l'état de santé de la population.

4 § Produire de la santé ou consommer des soins: une nouvelle approche du lien maladie-santé et soin-hospitalisation.

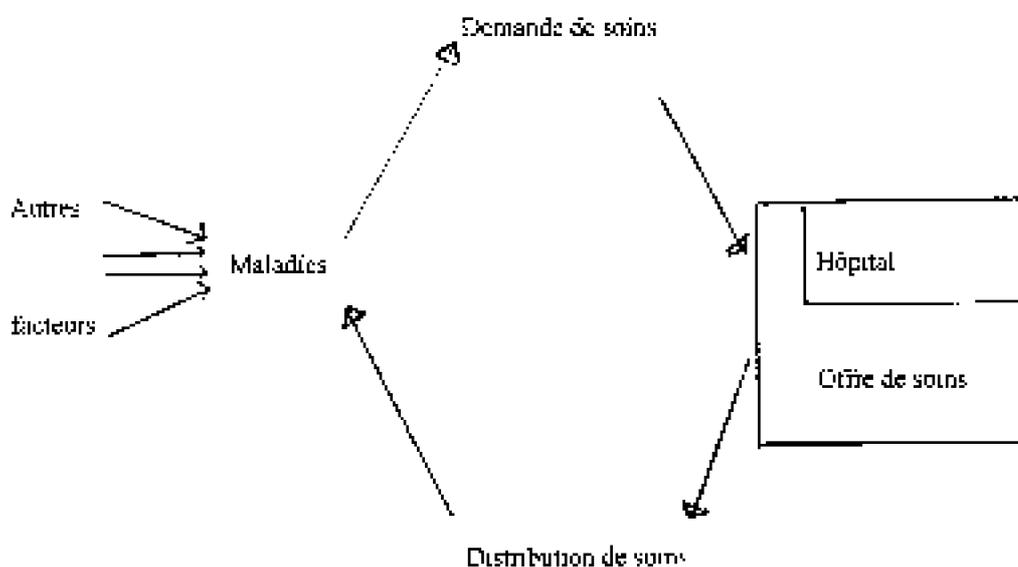
Il est communément admis la relation biunivoque entre « santé » et « soin » ainsi qu'entre « maladie » et « hospitalisation »; tout comme il est admis dans la société que développer les soins amènerait plus ou moins inéluctablement à une amélioration de la santé.

A- Le modèle hospitalier actuel repose sur une conception du soin obsolète.

Deux économistes canadiens, R-G. EVANS et Grégory STODDART¹⁵, respectivement professeurs à l'Université de Vancouver et à l'Université Mac Master, ont étudié la nature des modèles de santé, des modèles hospitaliers et des logiques de régulation dans les pays occidentaux. Par ce biais, ils s'interrogent aussi sur les raisons des échecs des tentatives de maîtrise des dépenses de santé. Leurs conclusions sont assez explicites: les

décideurs et les acteurs fonctionnent encore à partir de schémas erronés et dépassés.

Le premier schéma de l'après-guerre sur lequel sont basés la plupart des systèmes de protection sociale, est fondé sur le principe que la santé y est définie comme une absence de maladie. Selon ce raisonnement, l'apparition des maladies est due à une série de facteurs exogènes que les soins permettent de combattre.



Dans la production de soins, le poids de l'hôpital devient déterminant, voire quasi-unique dans la lutte contre la maladie et l'amélioration de l'état de santé de la population. Le rôle de l'action publique et de l'Etat consiste alors essentiellement à faciliter l'accès aux soins en assurant le financement et le fonctionnement des hôpitaux. Cette

¹⁵ R.-G. EVANS. et G. STODDART: « Producing Health Care », Canadian Institute for Advanced Research, Population Health Program - Working Paper N°6, avril 1990. Cette synthèse a été établie par BERTHOD- WURMSER (M.), chef de la Mission interministérielle Recherche-expérimentation (MIRE), Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité et parue dans la revue « Hospitalisation nouvelle », N°206, février 1993

vision est source d'effets pervers.

Une clarification des responsabilités des acteurs de la santé pourrait permettre de limiter le recours souvent systématique à l'offre de soins hospitaliers à partir de certains seuils de la maladie. Avec une politique de prévention et la prescription de thérapeutiques plus légères, un autre fonctionnement pourrait réduire la demande de soins hospitalière. Prenons deux exemples, l'un en vertébrologie, l'autre en gynécologie.

Actuellement, pour une hernie discale volumineuse, l'opération chirurgicale est souvent proposée par le rhumatologue. Si dans certains cas, c'est en effet le seul recours, dans d'autres cas, des massages au niveau des lombaires par un kinésithérapeute peut permettre un retour à la vie normale.

Dans le cas de fibromes, trop systématiquement l'ablation chirurgicale de l'utérus est préconisé, même parmi les patientes encore jeunes. Cette opération entraîne une longue hospitalisation; Alors que la réduction des fibromes par coelioscopie requiert une hospitalisation d'une seule journée. Ce protocole n'est pratiqué que par une dizaine d'équipes médicales en France.

Une politique de prévention, dispensée par l'hôpital, ainsi qu'en amont et en aval de l'hôpital, en étroite collaboration avec la médecine de ville, serait aussi un facteur agissant quantitativement et qualitativement sur l'offre de soins hospitalière.

Le système actuel favorise une augmentation rapide des dépenses de soins et aboutit à une crise de financement dès que la croissance économique faiblit et que les prélèvements sociaux s'essouffent. L'hôpital participe lui-même à la définition et au volume des soins qu'il doit prendre en charge; c'est à dire, en fait qu'il agit en interaction sur la demande. Ce système est inflationniste au niveau de la demande de soins car aucun mécanisme n'existe pour la juguler. Il n'est pas possible de savoir à partir de quand les besoins de santé sont satisfaits. La notion de demande de soins fait référence à celle de maladie et de santé, concepts étroitement dépendants de la perception qu'en ont les individus. C'est donc de la maladie perçue que dépendra le recours au système de soins et à l'hospitalisation. Actuellement, santé et maladie sont perçus de manière contradictoire. La maladie entraîne automatiquement une thérapie, qui à partir d'un certain degré de la maladie reconnue par le médecin, va entraîner l'hospitalisation du patient. Cette forme d'appréhension de la maladie est inflationniste en matière de demande et d'offre de soins hospitaliers.

Pourtant, des courants de pensées¹⁶ s'efforcent d'apporter une autre définition de la maladie: « **la santé n'est pas un état sans maladie, ni la maladie une disparition de la santé. La santé et la maladie ne sont pas contradictoires. La santé et la maladie, c'est la même chose: c'est la vie qui continue à surmonter la mort ... La vie n'est pas un état mais un mouvement en avant, l'expression aller bien le dit aussi** ». Cette approche de la santé et de la maladie a beaucoup de difficulté à s'imposer.

La logique de développement de l'activité hospitalière s'appuie sur les particularités de la demande de soins. Sachant que l'offre et la demande de soins sont largement interdépendantes, toute extension de l'activité hospitalière tendra à accroître et à déplacer

¹⁶ Dr André SCHLEMMER, in « Cahiers de la méthode naturelle », 2-1965.

la demande.

B - La fonction de production de soins à travers l'analyse économiques des néoclassiques.

L'analyse micro-économique de l'offre de soins optimale a été empruntée essentiellement aux modèles relatifs aux biens privés marchands élaborés par les économistes néoclassiques. L'analyse de la production et de la consommation est inspirée de la même Ecole. Pour les Néoclassiques, le système de santé est le point de rencontre d'une offre et d'une demande de soins.

1 - Définition de la fonction de production.

La fonction de production d'un produit est la relation qui indique, pour chaque combinaison de facteurs de production, la quantité maximum de produit obtenu à partir de chacune de ces combinaisons. Pour un nombre x_n de facteurs de production, la fonction de production peut s'écrire: $Y_n = f(x_1, x_2, \dots, x_n)$.

Si l'on retient les deux facteurs principaux de la production, le capital (K) et le travail (L), la fonction de production peut s'écrire: $Y = f(K, L)$

2 - Définition du marché

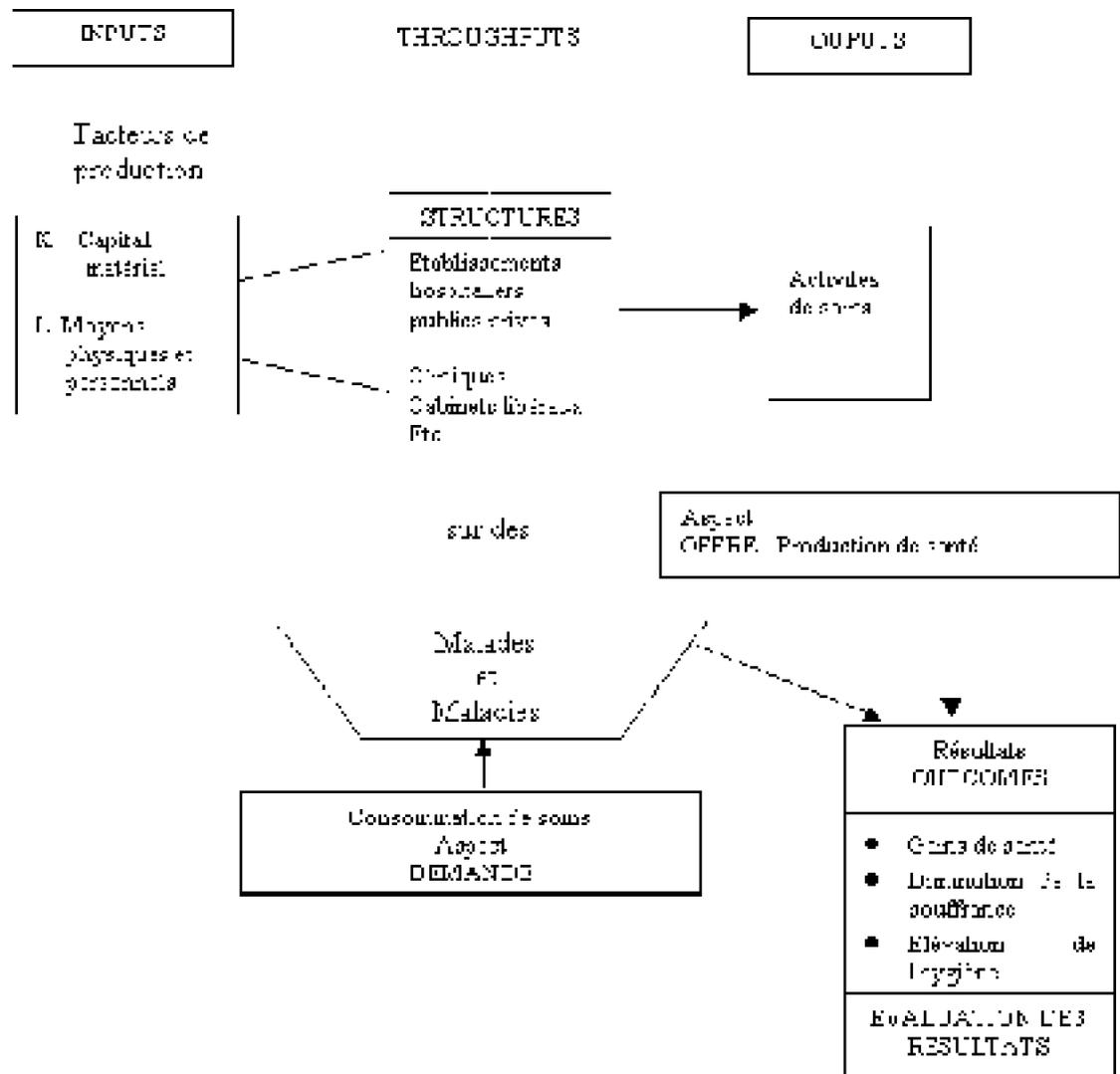
Le marché est le lieu de rencontre entre producteurs et consommateurs, c'est à dire le lieu de rencontre entre l'offre et la demande. Dans la théorie micro-économique néoclassique, les agents économiques agissent rationnellement: le consommateur recherche la maximisation de sa fonction d'utilité et le producteur recherche la maximisation de son profit. Ces comportements et cette confrontation aboutissent à la fixation d'un prix d'équilibre. Les Néoclassiques démontrent l'existence d'une concurrence pure et parfaite qui s'oppose aux jeux de pouvoir et à l'interventionnisme keynésien de l'Etat sur le marché.

3 - Transposition de la théorie néoclassique au secteur de la santé

Une production Y pour le secteur de la santé se traduira par des activités de soins hospitaliers ou libéraux, des activités de prévention, d'enseignement et de recherche. Cette activité ou « output » pourra se réaliser à partir de structures ou « throughputs » telles que des établissements hospitaliers publics ou privés, le secteur libéral, des associations, etc... Les facteurs de production seront les moyens en matériel et en personnel, composantes de ces diverses institutions ou secteurs. Le personnel est considéré comme un facteur de production parmi d'autres, comme le facteur capital ou progrès technique et médical. L'aspect demande se cristallisera autour d'une consommation de soins constituée par les malades présentant un ensemble de maladies ou de pathologies à soigner ou à prévenir.

4 - Représentation schématique de la fonction de production santé.

Si on utilise pour le secteur santé les concepts généraux de la fonction de production, nous pouvons obtenir une fonction de production de santé de cette forme:



5 - De la difficulté de transposer des modèles relatifs aux biens privés marchands à des prestations publiques non-marchandes dans le domaine de la santé.

La difficulté principale provient du fait que le soin se traduit le plus souvent par une prestation dont la tarification échappe au principe classique d'une offre et d'une demande sur un marché. Pour un bien non-marchand, la fixation d'un prix ne s'appuie pas sur des hypothèses identiques à celles du prix d'équilibre d'un bien marchand. Le système de tarification hospitalier, nous le verrons ultérieurement, ne peut se réduire à la rencontre d'une offre et d'une demande. Les interventions de l'Etat et de la Sécurité sociale pervertissent et rendent plus complexe le système.

Cependant cette approche micro-économique du secteur de la santé n'est pas

dépourvue de tout intérêt. Elle constitue une modélisation et un langage permettant d'ordonner réflexions et discussions, ce qui est une première étape avant la construction d'outils et d'instruments d'évaluation et de gestion. Ainsi apparaissent des concepts tels qu'une offre, une demande, des prix, des objectifs, des résultats, des écarts.

6 - De la nécessité d'un système d'évaluation et de décision en économie publique.

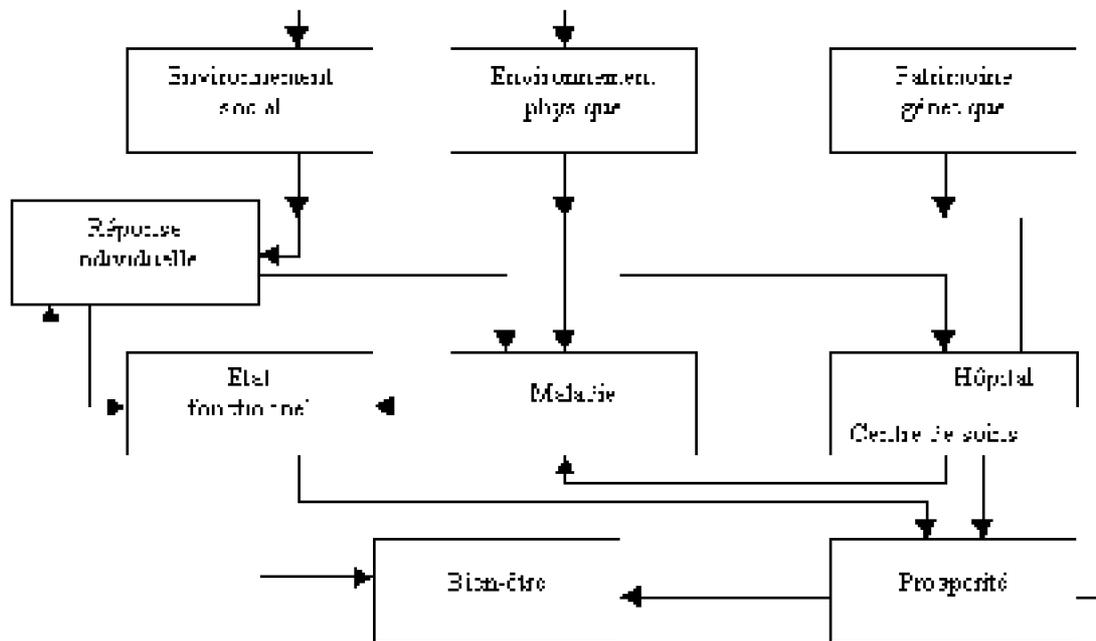
L'entreprise privée est contrôlée et régulée par le marché des biens et services et le marché des capitaux ; c'est dire que l'entreprise privée est dépendante des réactions des consommateurs et des épargnants. Le marché étant un lieu d'échanges impersonnels réglés par le mécanisme des prix sans lien de subordination, un équilibre s'établira en fonction d'une offre et de sa rencontre avec une demande. La filière publique, régie par des lois différentes, échappe aux lois du marché précédemment citées. Jean-Jacques ROSA¹⁷, professeur à l'Institut d'économie politique de Paris décrit deux filières parallèles, la firme privée, contrôlée par le marché des biens et services, et l'entreprise ou firme étatique contrôlée par ce qu'il nomme "le marché politique". La filière privée constitue une réponse à une demande de biens et services marchands, la filière publique, une réponse à une demande de biens et services non-marchands. Le système de soins et d'hospitalisation publique constitue une offre de services sanitaires et sociaux, et une réponse à une demande de soins et d'amélioration de la santé. A défaut d'une rencontre de l'offre et de la demande sur un marché, un système d'évaluation peut être, pour le secteur public, un substitut à ce marché. Mais il ne faut pas sous-estimer les difficultés de mise en place d'un tel système d'évaluation. Dans le domaine hospitalier, nous verrons que le PMSI, projet de médicalisation du système d'information, donnant une évaluation quantitative des actes et une estimation de leurs coûts, est long à se mettre en place et n'est pas encore vraiment opérationnel.

C - L'enrichissement du modèle de soins: le concept de bien-être.

Il faudrait s'interroger sur les autres facteurs exogènes qui influent sur le niveau de santé de la population. Il n'y a pas seulement la maladie. Les deux auteurs canadiens de l'étude précédente citent parmi les facteurs les plus importants: les comportements et les modes de vie, l'environnement et les facteurs biologiques.

Le modèle de soins s'enrichit d'un nouveau facteur le bien-être. Les auteurs distinguent de la "maladie" proprement dite "l'état ressenti par le malade ou le bien-être". Dans ce nouveau schéma, l'objectif poursuivi est l'amélioration du bien-être et non exclusivement la lutte contre les maladies. La santé peut alors être améliorée par une réponse collective mais aussi par une réponse individuelle, visualisée dans le schéma ci-joint.(extrait du rapport, Santé 2010, Commissariat général au Plan).

¹⁷ J.J.ROSA "Le rapport ROSA, Politique économique", Bonnel Éditions, 1983



Dans ce nouveau schéma, l'hôpital devient un facteur parmi d'autres de l'offre mais aussi de l'élévation du bien-être et de la lutte contre la maladie.

Les auteurs canadiens de l'étude précédente, opposent l'exemple du Japon à celui de la France et des Etats-Unis. Le Japon en choisissant d'épargner et d'investir dans la croissance économique a obtenu, en effet secondaire, une amélioration de l'état de santé de sa population alors que les Européens misent directement sur une expansion très forte de l'appareil de santé.

La spirale d'augmentation sans fin du financement de l'hôpital en tant qu'acteur dominant de l'offre de soins (+ 82 000 lits supplémentaires entre 1962 et 1975, près de 50% des dépenses en matière de santé- hôpitaux publics et privés confondus) n'est plus inéluctable dans ce schéma car le traitement de la demande de soin peut être réalisé par l'action d'autres facteurs qui peuvent en outre avoir un effet démultiplicateur sur cette dernière.

5 § Un système de régulation des soins obsolète.

La faible capacité d'adaptation des structures de l'hôpital est étroitement liée à une difficulté dans la modification des comportements des acteurs de la santé. Parallèlement à un schéma de financement du système de soin qui peut s'apparenter à une vis sans fin, les acteurs institutionnels du système de santé voient leur légitimité se réduire. Les organismes d'assurance-maladie, placés théoriquement au coeur du dispositif institutionnel, ne possèdent pas une compétence technique et médicale suffisante pour exercer sur les médecins et sur les autres acteurs hospitaliers des contraintes admises par eux.

A - La perte de légitimité des acteurs institutionnels du système de santé.

Des blocages institutionnels apparaissent clairement dans le rapport¹⁸ réalisé par la Mission interministérielle sur les hôpitaux:

La sécurité sociale est le bailleur de fond de l'hôpital public sans pouvoir assurer un rôle réel au sein de l'institution. La représentation des usagers n'est pas réellement assurée au sein des institutions d'assurance maladie par le système de cogestion entre les syndicats patronaux et les syndicats de salariés.

Ce schéma renforce le cloisonnement entre la santé et les acteurs collectifs du système de santé. Les soignants qui jouent un rôle essentiel au niveau de l'hôpital sont insuffisamment représentés. Les médecins agissent en ordre dispersé. Les infirmières, peu syndiquées, sont aussi professionnellement mal représentées. Les coordinations infirmières ont montré leur limite et les syndicats peu représentatifs de ces catégories se mobilisent souvent sur des actions contradictoires. Ceci peut expliquer les échecs des mécanismes de négociation conventionnelle.

L'Etat véritable régulateur du système, souffre d'un manque de crédibilité. Le Ministre de la Santé ou le Secrétaire d'Etat délégué à la Santé, voit souvent son pouvoir contré par les services du Ministère des Finances et parfois par le Premier Ministre. De surcroît, l'Administration de la Santé tant au niveau des services centraux du Ministère de la Santé que des services déconcentrés, DDASS, DRASS, est une des plus pauvres en moyens compte tenu des missions qu'elle doit satisfaire.

De nouvelles mesures renforcent le rôle du Parlement dans la maîtrise des dépenses d'hospitalisation et des comptes sociaux. Le taux directeur hospitalier indiquant l'augmentation d'une année sur l'autre des budgets hospitaliers, est proposé par le gouvernement et voté par l'Assemblée nationale et le Sénat lors de la discussion budgétaire annuelle. Mais depuis l'instauration en 1984, du taux directeur initial se sont multipliées les marges de manoeuvres (marges de manoeuvres départementales, régionales) et les enveloppes supplémentaires à affectation particulière (financement des accords DURIEUX, des urgences, de la lutte contre le sida, de la lutte contre la toxicomanie...) qui érodent d'autant la stabilité et l'efficacité du taux directeur initial.

Selon le projet de réforme de la Sécurité Sociale présentée par le Ministre d'État de la santé et de la ville, Simone VEIL, le 1er mai 1994, le Parlement deviendrait un acteur essentiel de la maîtrise des comptes sociaux. Les quatre caisses: maladie, vieillesse, famille et accidents du travail, seraient autonomes. Chaque année, le Parlement recevrait un rapport retraçant pour les trois années précédentes, l'ensemble des dépenses et des recettes des quatre caisses autonomes et déterminerait pour les trois années à venir les orientations financières. A partir de ces données, le Parlement validerait annuellement par un vote, l'objectif gouvernemental chiffré d'évolution des dépenses de la Sécurité sociale. Il s'agirait là d'un élément important dans la lutte contre l'opacité des processus de décision et dans la responsabilisation des acteurs et des décideurs.

En 1996, sur cette même idée, le plan Juppé sur la sécurité sociale renforce le pouvoir du parlement sur le rééquilibrage des comptes de l'assurance maladie et de

¹⁸ Rapport de synthèse, Mission interministérielle sur les hôpitaux, DARNIS J.P., HESPEL V., MELCHIOR P. Inspection générale des Affaires sociales, de l'Administration, des Finances, juillet 1994.

l'assurance vieillesse. Désormais, l'équilibre de la sécurité sociale est voté¹⁹ d'abord par l'Assemblée nationale et ensuite par le Sénat, qui se prononcent sur les dépenses autorisées à partir des recettes prévisionnelles.

Différents acteurs de la santé peuvent depuis 1996 donner leur avis et aider le gouvernement à définir les priorités dans les dépenses de l'assurance maladie. Plusieurs acteurs sont représentés au sein de la Conférence nationale de santé²⁰. Il en est des représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral, des représentants des institutions et établissements publics et privés de santé, et des professionnels qui y exercent, des représentants des régions et des personnalités qualifiés. Le rôle de la Conférence nationale de santé est de contribuer à la définition des grandes lignes du projet de la Loi de financement de l'assurance maladie. Le processus et le rôle des différents acteurs peut se résumer sous la forme d'un tableau:

¹⁹ articles 34 et 39 de la Constitution: Loi de financement de la Sécurité sociale. Ordonnance No 96 344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la Sécurité sociale - JO du 25 avril 1996.

²⁰ Ordonnance No 96 344 du 24 avril 1996 portant mesures relative à l'organisation de la Sécurité sociale - JO du 25 avril 1996.

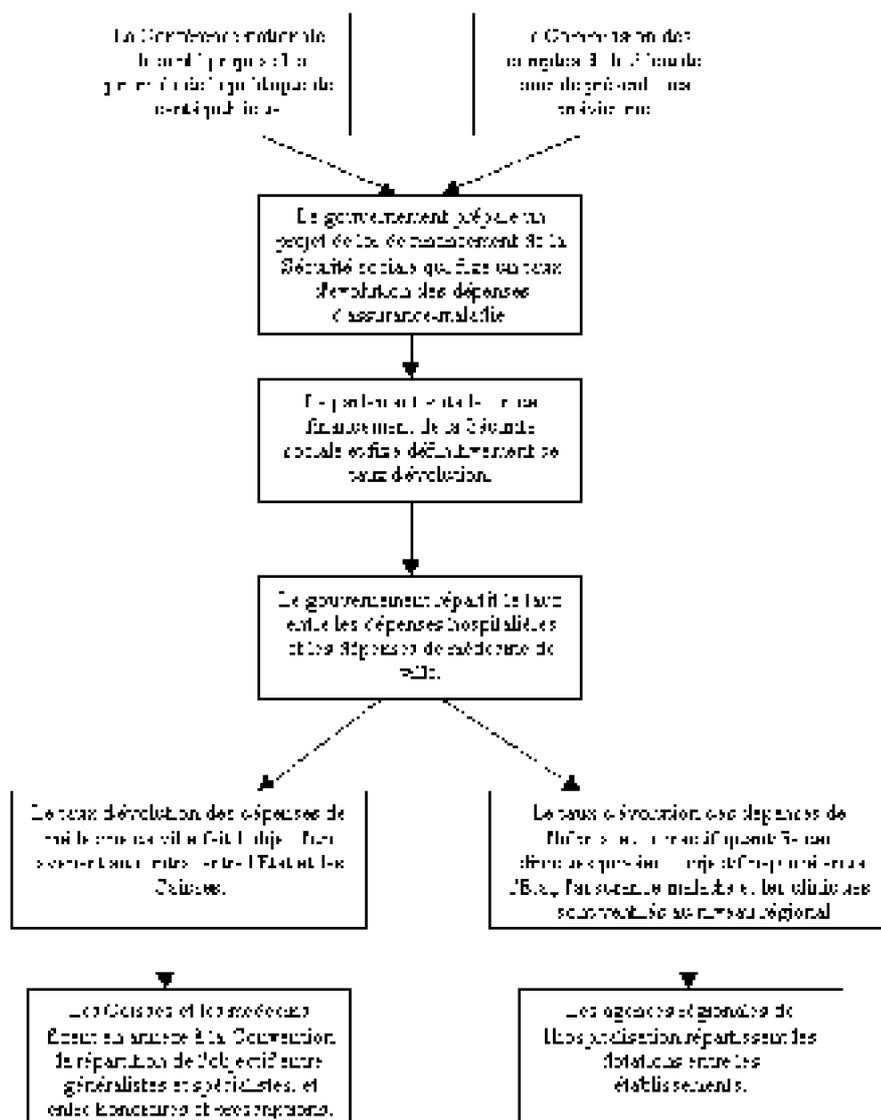


Schéma : Comment vont être déterminés les objectifs d'évolution des dépenses d'assurance-maladie.

21

- Le rôle de la Sécurité sociale.

Avant l'ordonnance du 24 avril 1996 portant sur les mesures relatives à l'organisation de la Sécurité sociale, les objectifs de gestion des caisses de Sécurité sociales n'étaient pas clairement définis et négociés avec l'Etat. Ce n'est qu'à partir d'avril 1996, que **l'Etat conclut** avec les caisses nationales des assurances maladie et vieillesse, **des conventions d'objectifs et de gestion** comportant des engagements réciproques. Auparavant, les objectifs liés à la mise en oeuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent la gestion du risque, n'étaient pas anticipés et négociés. Il en était de même pour les objectifs liés aux politiques d'action sociale et d'amélioration de la

²¹ Ordonnance No 96 344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la Sécurité sociale.

qualité des soins aux usagers.

Sans indicateurs quantitatifs et qualitatifs opérationnels, il est impossible de procéder à une définition d'objectifs cohérente. La mise en oeuvre des conventions d'objectifs et de gestion fait l'objet de contrats pluriannuels conclus entre chaque caisse nationale, l'agence centrale des organismes de sécurité sociale et chacun de leurs organismes régionaux ou locaux.

La synergie entre les caisses locales pourrait encore être améliorée afin de faciliter les relations avec leur principaux partenaires, hôpitaux et professionnels de santé. Une meilleure complémentarité entre les acteurs permettrait d'améliorer les services rendus aux assurés sociaux.

La réforme de 1996 met à la disposition des caisses locales de nouveaux outils juridiques de coopération. Ainsi dans les départements comportant plusieurs organismes locaux d'une même branche, il est possible de désigner une caisse chargée d'assurer des missions communes.

Des dispositions ont été prévu pour **améliorer le contrôle et le fonctionnement des conseils d'administration des caisses de sécurité sociale**. Les ordonnances du 25 avril 1996 sur la réforme de la sécurité sociale délimitent précisément les pouvoirs et les attributions des conseils d'administration et le rôle du conseil de surveillance.

Chaque caisse primaire d'assurance maladie est administrée par un conseil d'administration de vingt deux membres et la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés par un conseil d'administration de trente trois membres comprenant treize représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés professionnels et treize représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs.

Il est institué auprès des caisses nationales un conseil de surveillance composé de représentants du Parlement et des collectivités locales, et de représentants des professions et établissements de santé. Le président du conseil de surveillance est un membre du Parlement désigné de commun accord par les deux assemblées. Le conseil de surveillance examine les conditions de mise en oeuvre des conventions d'objectifs et de gestion.

Les conseils d'administration des caisses primaires d'assurance maladie arrêtent chaque année sur proposition du directeur, un plan d'action en matière de gestion du risque maladie. Ce plan détermine, au vu des objectifs nationaux et régionaux et des évaluations des actions poursuivies les années précédentes, les actions à mener de façon coordonnée par les services administratifs de la caisse et l'échelon local du contrôle médical. Au moins une fois par an, une séance annuelle du conseil d'administration est consacrée aux relations de la caisse avec les usagers. La séance est publique.

- valoriser les professionnels de la santé.

Dans son rapport de synthèse, la Mission interministérielle sur la Santé²² précise que l'adaptation de l'offre de soins passe par une clarification des responsabilités des acteurs de la santé et de l'hospitalisation. La nécessaire adaptation de l'offre sera facilitée par des

dispositifs qui permettent une meilleure régulation des flux de formation des médecins, et une réorientation éventuelle des praticiens vers d'autres modes d'exercice dans le cadre de nouvelles formes d'organisation des soins. Pour redonner une place centrale au médecin généraliste, dans un cadre élargi de mobilité et de redéploiement, il convient d'assurer un suivi plus cohérent du malade à l'hôpital, mais aussi en ville et dans des unités intermédiaires. L'amélioration de la qualité des soins et la maîtrise des dépenses dépendent des professionnels de santé et de leur organisation. La politique de qualité des soins passe par une dynamisation de la formation continue qui permet de prendre en compte l'évolution très rapide des connaissances et des techniques. Le rôle essentiel des praticiens implique une clarification de leurs responsabilités, qui pourraient être précisées dans le cadre de conventions et de contrats. Les ordonnances d'avril 1996 vont permettre de contractualiser les objectifs et les moyens des services d'un hôpital. Le contrat d'établissement est désormais négocié entre le représentant de la personne morale d'un établissement de santé, les coordinateurs de l'établissement qui représentent les équipes hospitalières concernées et la commission exécutive régionale: l'agence régionale de santé. Le coordonnateur d'un projet d'activité médicale est un praticien. Dans les établissements publics, il peut être soit le chef de service, soit une personne mandatée par les chefs de services. Les praticiens hospitaliers interviennent maintenant directement en amont des négociations budgétaires suscitées par leur projet alors qu'auparavant le directeur d'établissement était le seul intermédiaire avec la Tutelle. Il y a là une réalisation concrète au principe que la maîtrise des dépenses et l'amélioration de la qualité des soins soient aussi l'affaire des professionnels médecins de la santé.

B - La crise de financement du système de santé rend inéluctable la mutation de l'hôpital.

Le système français d'accès aux soins est caractérisé par une dégradation continue et maintenant profonde qui va en s'accroissant. L'étude des statistiques sur plusieurs années permet de mesurer l'ampleur du phénomène. Cependant l'analyse ne peut être que financière, une réflexion sur l'organisation, la structure, la qualité des soins et la culture même des acteurs, montre des liens de causalité entre ces différents facteurs.

1 - L'ampleur de la crise financière.

Depuis 1990, nous pouvons observer au moins trente milliards de déficit par an pour le régime général de l'assurance maladie. La hausse de 0,9 point de la cotisation maladie appliquée au 1er juillet 1991, n'a permis que temporairement de réduire le déficit à 6 milliards pour l'année 1992. Pour 1995 et 1996, la tendance s'aggrave avec plus de 35 milliards de déficit en 1995 et plus de 45 milliards en 1996.

Si l'on considère les comptes des quatre risques, maladie, vieillesse, famille et accidents du travail du régime général, le constat n'est pas meilleur. Depuis 1993, le déficit annuel s'établit entre 50 et 60 milliards. Si l'on compare internationalement la France à d'autres pays de l'OCDE, nous pouvons constater que la France se distingue par la croissance de ses dépenses de santé et par la médiocrité grandissante du taux de prise en charge. Pendant les années quatre-vingt, la France connaît, hors inflation, un

taux de croissance annuel de 4,3 % pour les dépenses de santé alors que la moyenne européenne est de 2,2 % et que l'Allemagne arrive à contenir ce taux au-dessus de 1,5 %²². Alors que l'ensemble des pays développés, connaissent depuis l'après guerre jusqu'au milieu des années soixante-dix, une progression de la part du PIB consacré aux dépenses de santé, la France s'est singularisée par une décélération du rythme des dépenses de santé nettement plus faible que dans les autres pays.

En période d'activité économique réduite, la masse des salaires décroît entraînant la baisse globale des cotisations. La consommation de soins et de biens médicaux et les dépenses totales de santé représentent actuellement en France un pourcentage du PIB de près de 10 %. Nous pouvons en observer le détail dans le tableau suivant:

Tableau : Quelle part du PIB consacré à la santé ?

	Valeur 1994	Milliards de F.	% PIB
C.S.B.M. Consommation de Soins et de Biens Médicaux	654,1		8,9
C.M.T. Consommation Médicale Totale = CSBM + dépenses individualisables de médecine préventive (Méd. Scolaire, du Travail, PMI)	668,2		9,1
D.N.S. Dépense Nationale de Santé Définition OCDE : ne comprend pas pour la France les frais de gestion de l'assurance maladie	718,1		9,7
D.C.S. Dépense Courante de Santé = DNS + recherche, formation et indemnisation diverses	748,8		10,1
D.T.S. Dépense Totale de Santé = DCS + frais de gestion de l'assurance maladie (régime général, rég. Spéciaux, MSA, CANAM)	787		10,7
Rappel PIB 1994	7371,6		

Source : Comptes nationaux de la santé. SESI. Juin 1995.

Aucun des facteurs structurels ne suffit à expliquer ce rythme important de croissance des dépenses de santé en France. Le vieillissement de la population n'est pas plus élevé en France que dans les pays voisins et l'effet du progrès médical ne semble pas plus fatal à la France. En fait, l'originalité française est à apprécier en fonction de l'effort national en faveur de la santé qui place la France au troisième rang mondial et par rapport au taux de

²² Sources: Comptes nationaux de la Santé, SESI, juin 1995.

prise en charge de plus en plus médiocre. En 1991, la France n'occupait que le 14 ième rang mondial pour le niveau de sa couverture sociale.

Trois causes principales permettent d'expliquer cette crise financière de l'assurance maladie:

- une décroissance des recettes avec une prédominance des cotisations sur salaires,

- un rendement médiocre des cotisations versées,

- une augmentation quantitative rapide des produits et des services de santé avec une déformation de la structure des dépenses au profit des produits et des services les plus onéreux.

Pour l'année 1994, le rapport annuel de la Cour des Comptes au Parlement sur la Sécurité Sociale en septembre 1995, nous donne le détail suivant de ses recettes:

LES RESSOURCES DE LA SECURITE SOCIALE		
En 1994, l'ensemble des régimes de base ont disposé de 1463,1 milliards de francs ⁽¹⁾ apportés par cinq catégories de recettes.		
1 - Les cotisations représentent 1240,1 milliards de F. , soit 84,7 % du total ; elles comprennent :		
1.1	les cotisations effectivement encaissées :	1058,4 Mds
1.2	les cotisations dites "fictives" allant aux régimes spéciaux, directement gérés par les employeurs :	163,4 Mds
1.3	les exonérations de cotisations remboursées par l'Etat	18,3 Mds
2 - Les impôts et taxes affectés à la sécurité sociale, qui comprennent notamment :		<u>79,6 Mds</u>
2.1	1,1 point de CSG instituée en 1991 (CNAF) :	41,4 Mds
2.2	la contribution sociale de solidarité des entreprises (C3S) :	9 Mds
2.3	taxe sur les assurances automobiles (CNAM)	4,4 Mds
2.4	taxes sur les alcools :	2,2 Mds
3 - Les contributions publiques , qui englobent :		<u>73,3 Mds</u>
3.1	Les subventions d'équilibre de l'Etat à certains régimes spéciaux (surtout SNCF et régime des exploitants agricoles : BAPSA) :	45,9 Mds
3.2	Le financement par l'Etat de prestations sociales non contributives relevant de la solidarité nationale : allocation aux adultes handicapés, allocation de rentrée scolaire :	27,4 Mds
4 - Les concours du F.S.V. (Fonds de Solidarité Vieillesse) créé au 1.1.1994, financé par l'augmentation de la CSG de 1,3 points au 1.7.1993 :		<u>53,9 Mds</u>
5 - Autres ressources :		<u>16,2 Mds</u>
TOTAL RESSOURCES :		1464,1 Mds
Source : Rapport annuel de la Cour des comptes au Parlement sur la sécurité sociale, septembre 1995.		

La répartition des ressources du régime général montre que pour un total de 1056 milliards de francs en 1994, les cotisations représentent 84,5 % du total. Le régime

général perçoit la totalité du produit de la CSG mais ne reçoit aucune subvention d'équilibre intégralement affectée aux régimes spéciaux. La part des différentes catégories de ressources varie beaucoup selon les régimes. Les cotisations représentent 100 % des recettes du régime des fonctionnaires et 99 % du régime EDF-GDF. Les cotisations ne représentent que 18 % des ressources du régime des exploitants agricoles alimenté par les impôts et les taxes(22 %), les contributions publiques(25 %) et pour 32 % des transferts reçus des autres régimes. Le régime des mines est financé à 77 % par le transfert des autres régimes et par 10 % de contributions publiques. Le régime SNCF n'est financé qu'à 23 % par ses ressources propres. Pour les allocations au fond spécial, le RMI, les allocations d'invalidité, les aides personnelles au logement, la gestion est confiée à la sécurité sociale avec un co-financement par l'état.

Les régimes financés en grande partie par les cotisations du régime général, tels que la SNCF, le régime des mineurs et les exploitants agricoles, accélèrent le déséquilibre global recettes-dépenses.

2 - Le principe de régulation du système de santé et de l'hôpital fonctionne sans règle du jeu claire.

Le processus est de plus en plus figé: absence d'information pertinente, système d'évaluation peu performant, manque de concertation associant les différents partenaires à des processus de décision, peu d'initiatives de coopération. Le système de financement de l'hôpital est resté très centralisé, avec des règles et des normes imposées par le haut, laissant peu de place à une régulation locale. L'obsession de la lutte contre la croissance des dépenses de santé s'est surtout traduite jusqu'à présent par le renforcement des cloisonnements entre acteurs. L'absence de processus d'évaluation efficace et d'information pertinente à tous les niveaux de la prise de décision sont les symptômes de l'inefficience du système et de son incapacité à se réformer.

Dans les pays industrialisés, on peut observer depuis l'après-guerre une accélération de la demande de soin supérieure au taux de croissance national. Lorsque la croissance chute, le risque d'un dérapage apparaît car la demande de soin continue à augmenter à une vitesse autonome. A la fin des années 70, la crise économique rend obsolète le mode de régulation basé sur une croissance exponentielle des dépenses que l'on ne cherche pas à freiner, et amorce le passage d'un référentiel à un autre. Le nouveau référentiel devient le marché. Un nouveau mode de régulation est à trouver. De 1975 à 1994, le grippage progressif des ressorts de la croissance se traduit par des tensions dans le partage du revenu national avivées par la progression des dépenses sociales notamment celles de la santé. A partir du milieu des années soixante-dix, l'effet conjugué de la baisse des gains de productivité et de la concurrence internationale déstabilisent la configuration antérieure. L'économie ne dégage plus de ce fait des surplus distribuables croissants. La réduction des gains salariaux sur lesquels sont assises les cotisations sociales entraîne une forte croissance des taux de cotisations. Des interrogations existent sur la contribution des dépenses de santé à l'amélioration effective de l'état de santé de la population. Ainsi, la France au cinquième rang des pays de l'OCDE pour la dépense de santé par habitant (derrière les Etats-Unis, le Canada, la Suède et la Suisse), ne se situe qu'en cinquième et sixième rang pour l'espérance de vie des femmes et le taux de

mortalité infantile, et seulement en treizième et seizième position pour l'espérance de vie des hommes et le taux de mortalité périnatale. Ceci explique que dans les pays développés, il n'existe pas de corrélation entre le niveau des dépenses de santé et les indicateurs globaux de l'état de santé de la population. Des dépenses de santé excessives évincent d'autres dépenses collectives qui contribuent à l'amélioration de la santé publique.

Nous pouvons dire que les Français sont soignés à un état sanitaire moyen à un coût des plus élevés de l'ensemble des pays de l'OCDE avec des professionnels de la santé moyennement rémunérés. Les pouvoirs publics n'ont pas engagé de réforme structurelle et les politiques conjoncturelles successives ne peuvent durablement réduire l'inflation des dépenses médicales. Pour être efficace, la maîtrise des dépenses de santé doit s'adresser avant tout aux hommes et aux professionnels de la santé en priorité. Les pouvoirs publics doivent engager une réforme structurelle touchant aussi le principal vecteur producteur de soins: l'hospitalier.

Réformer structurellement le système de soin c'est s'appuyer sur quelques principes fondamentaux qui sont, la fixation d'objectifs répondant aux besoins de santé, la participation des professionnels de la santé sur la base d'objectifs préalablement définis, l'utilisation de nouveaux outils de gestion, la nécessité d'une évaluation médicale qualitative et quantitative efficiente, une coordination des soins.

L'absence de croissance confirmée par les données économiques et sociales actuelles ne permet plus de supporter certaines dérives financières et budgétaires. Une politique de maîtrise des dépenses menée avec l'utilisation conjointe d'outils de gestion financière mais aussi de gestion des ressources humaines, s'impose. Une étude de type Delphi²³ a été menée par un groupe d'experts. Cette étude a porté sur une évolution comparée du système français avec neuf pays européens. Des responsables de différents secteurs de la santé, considérés comme représentatifs, ont été interrogés pour connaître sur des thèmes précis leurs prévisions des évolutions du système de santé jusqu'en 1998. Les réponses et les résultats obtenus ont été analysés afin d'identifier les idées forces et pour fournir des éléments de réflexion et de stratégie à travers des propositions d'actions concrètes.

L'objectif principal de l'étude était d'appréhender les modalités et les enjeux de la transformation du système hospitalier en corrélation avec la transformation du système de santé en général. A cette fin, huit thèmes ont été développés:

- . environnement macro-économique et politique sanitaire,
- . champ d'intervention de la Communauté européenne,
- . évolution du système hospitalier,
- .

²³ Etude Delphi Andersen consulting,, Armand de RENINGER, Paris, les 15 et 16 décembre 1993.

devenir de la pratique médicale,

enjeux à venir pour les responsables d'hôpitaux,

modalités de transformation de l'offre hospitalière,

méthodes d'évaluation de la qualité des soins,

incidences des technologies informatiques sur le secteur de la santé.

Les réponses des responsables interrogés montrent des tendances clés d'une grande homogénéité. La préoccupation des différents acteurs quant à leur système de santé est générale dans tous les pays européens. Les mêmes acteurs sont pessimistes sur l'effet des mesures ponctuelles entreprises jusqu'à présent et ils ressentent l'urgence d'appréhender le problème de régulation des systèmes de santé dans sa globalité.

Pour les deux prochaines années 1997 et 1998, il est prévu une croissance des dépenses de santé de 5,6 % en moyenne par an, avec simultanément une régression attendue des dépenses d'hospitalisation qui passeraient de 48 % à 42 % des dépenses totales de santé au profit du secteur ambulatoire et des soins alternatifs.

Pour la France, les principaux facteurs d'accroissement des dépenses retenus sont par ordre d'importance:

le vieillissement de la population,

le développement des technologies médicale,

le traitement du sida,

l'augmentation de la démographie médicale,

un accroissement des prescriptions médicales,

Les tutelles, selon l'étude, renforceraient leurs domaines d'intervention traditionnels. Une réelle décentralisation paraît exclue et la mise en place de l'agence régionale de l'hospitalisation en 1996 va dans le sens d'un regroupement des tutelles, Préfet, DRASS, DASS, au niveau régional avec un renforcement de son autorité.

Le contrôle des dépenses pharmaceutiques qui représentent 18 % des dépenses totales de santé, devrait être renforcé par l'accroissement du ticket modérateur, par le biais de listes nominatives et le maintien du contrôle des prix.

Le recours à la médecine préventive ne constituerait toujours pas une priorité malgré

son efficacité unanimement reconnue. Au niveau des établissements hospitaliers, seuls survivraient des établissements ayant pu intégrer des structures de coopération permettant d'optimiser leur gestion et d'accroître la qualité des soins prodigués. Cette évolution se faisant dans un contexte de diminution des excédents en lits avec une préférence des soins de type ambulatoire sur les soins hospitaliers aussi souvent que c'est médicalement possible.

Parallèlement, les médecins hospitaliers seraient conduits à se spécialiser davantage et les médecins de ville à se regrouper en cabinets multidisciplinaires avec l'apport des branches paramédicales. Les médecins hospitaliers et de ville verraient leurs responsabilités de gestion et financières se renforcer et participeraient activement à l'élaboration des soins en utilisant des outils d'aide à la gestion et à la communication.

3 - Une situation de l'offre de soin peu satisfaisant.

L'hôpital public actuel est caractérisé par une forte croissance de ses dépenses, une augmentation exponentielle du personnel hospitalier sur ces vingt dernières années, une grande hétérogénéité de l'offre et une qualité inégale des soins dispensés, des lacunes dans l'organisation et la sécurité des soins, et des obstacles majeurs dans l'évolution du mode de gestion du personnel.

La progression des dépenses hospitalières depuis dix ans n'a cessé de dépasser la progression du PIB. Selon les comptes de la comptabilité nationale, l'augmentation de la consommation de soins hospitaliers en francs constants a été de 3 % par an de 1980 à 1985, de 3,1 % par an de 1985 à 1990, de 4,7 % en 1990, de 2,2 % en 1991, de 3,9 % en 1992, pour l'ensemble des secteurs publics et privés.

Il en résulte une distorsion croissante entre l'évolution des dépenses en terme de budget global pour l'assurance maladie et l'assiette des cotisations maladie, comme le montre le tableau suivant:

Années	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Assiette Cotisations *	5,19 %	8,21 %	5,76 %	5,35 %	4,51 %	0,82 %
DGF *	5,8 %	10 %	8,3 %	4,9 %	7,6 %	7,4 %
* Taux d'évolution annuel.						
Source : Direction du budget.						

Nous pouvons observer cependant que la part des dépenses d'hospitalisation publiques et privées dans la consommation totale de soins a sensiblement décru entre 1980 et 1991, alors que la consommation globale de soins a singulièrement augmentée pendant la même période. Elle tend à atteindre 10 % du PIB alors qu'elle n'en représentait que 8 % en 1980. Les dépenses hospitalières ne représentent pas le facteur le plus important de l'augmentation de la consommation globale. En 1980, les dépenses représentaient 53 % de la dépense totale avec 102 milliards de francs pour ne représenter en 1991 que 48 % (sources informations hospitalières No41).

Cette croissance est plus forte dans le secteur privé que dans le secteur public

contingenté par le système des taux directeurs. Les années 90 connurent cependant des renversements ponctuels de tendances. Les dépenses hospitalières varient en fonction des catégories d'hôpitaux. Ainsi depuis 1988, le poids des centres hospitaliers généraux et celui des établissements de longs séjours ont augmenté de manière supérieure à la moyenne alors que la part des centres hospitaliers généraux et universitaires et des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, restait assez constante voir en légère diminution.

Le tableau suivant nous montre en terme de répartition de la dépense, la consommation relative de soins hospitaliers, par catégorie d'établissement entre 1980 et 1992:

Catégorie d'établissement	1980	1992
C.H.R.	27,9 %	26,2 %
C.H.S.	10,1 %	8,2 %
Autres publics	29,6 %	30,2 %
Privés PSPH	10,4 %	11,3 %
Autres privés	22 %	24,1 %
Source : SESI.		

Entre 1987 et 1992, les effectifs de l'hôpital public ont augmenté au rythme de 0,6 % par an pour le personnel non médical et de 3,6 % pour le personnel médical. Les conséquences directes sur l'augmentation des dépenses hospitalières sont importantes quand on sait que le personnel hospitalier confondu représente de 70 % à 80 % des dépenses totales d'exploitation d'un hôpital.

Un rapport officiel, à partir d'une mission interministérielle sur les hôpitaux en juillet 1994²⁴, constate de grosses lacunes dans l'organisation et la sécurité des soins à l'hôpital. Le constat le plus alarmant est certainement au niveau des urgences. Une des défaillances importantes se situe lors de la prise en charge où l'essentiel des responsabilités sont exercées par des internes ou faisant fonction. Les responsabilités confiées à ce personnel médical dépassent largement le niveau de leur formation et de leur expérience moyenne. Les qualifications au sein des internes sont très hétérogènes. Les internes avec un DES (diplôme d'étude de spécialité) sont nommés après un concours difficile et sélectif. Les internes DIS, non ressortissants de la communauté européenne ont suivi un cursus d'études qui n'a pas toujours la qualité et la rigueur des études de médecine française. Les internes résidents qui se destinent à la médecine générale n'ont pas passé le concours de spécialité. Les « faisant fonction d'interne » sont des étudiants qui trouvent une rémunération accessoire en effectuant des gardes et astreintes. 44 % des postes d'internes sont occupés par des « faisant fonction ».

Outre cette sous-médicalisation de fait, 40 % des établissements ne répondent pas aux normes et conditions de fonctionnement d'un service d'urgence. Dans les petits établissements, il existe encore des maternités pratiquant moins de 300 accouchements

²⁴ Mission interministérielle sur les hôpitaux, rapport de synthèse, DARNIS J.P., HESPEL V., MELCHIOR P. Inspection générale des Affaires sociales, de l'Administration, des Finances. juillet 1994.

par an, démunies de bloc chirurgical, de salles de réveil et d'unités de réanimation avec un personnel qualifié.

Les centres hospitaliers régionaux et universitaires ne sont pas exempts de dysfonctionnement. Leur grande taille, l'hyperspécialisation des services et la multiplicité des intervenants sur un même patient, rendent difficile les efforts de coordination et l'application optimum des procédures d'assurance-qualité.

Nous devons constater une rigidité d'adaptation des hôpitaux à une évolution vers de nouvelles demandes d'offre de soins tels que la lutte contre le sida, la réadaptation fonctionnelle ou la dépendance et l'hébergement des personnes âgées. Ces redéploiements ou restructurations peuvent se faire de deux manières différentes: par restructuration interne aux établissements ou par regroupement entre deux ou plusieurs établissements.

Dans le premier cas, les établissements rationalisent leurs activités, abandonnent certaines activités dans des domaines excédentaires et développent des formes d'activités ou d'hospitalisation complémentaires.

Les établissements hospitaliers peuvent envisager aussi des rapprochements. Il faut observer cependant qu'à l'heure actuelle, peu d'établissements ont utilisé des structures juridiques de coopération telles que les syndicats interhospitaliers, les groupements d'intérêt public, les groupements sanitaires de coopération et les mises en réseau.

Nous pouvons aussi observer un déploiement difficile des services hospitaliers vers le secteur médico-social. Le vieillissement de la population, l'augmentation de la dépendance chez les personnes âgées et les adultes du fait des accidents de la route, sont des facteurs qui tendent à accroître les besoins en matière d'équipements médico-sociaux. La population française vieillit et les personnes âgées qui atteignent 85 ans dépassent actuellement le nombre de 800000. Du fait de la structure démographique de la population française et de sa durée de vie moyenne, on peut penser que cette classe d'âge dépassera le million en l'an 2000. Actuellement, l'équipement pour les personnes âgées compte 500000 lits, dont 80000 en section de cure médicale et 70000 en long séjour. 150000 sont pris en charge par l'aide sociale départementale. Nous pouvons penser qu'il faudra doubler le nombre de lits pour personnes dépendantes d'ici une dizaine d'années. La région Ile de France donne une illustration de ces difficultés avec un excédent de lits en chirurgie et conjointement un taux d'équipement moyen en lits pour personnes âgées et adultes handicapés très inférieur aux moyennes nationales.

Il existe d'importants facteurs de blocage à ces redéploiements. Il ne faut pas sous-estimer les difficultés culturelles liées à ces changements. Au delà des obstacles financiers et juridiques, la reconversion des structures sanitaires vers le social doit surmonter les réticences psychologiques et sociologiques du personnel qui vivent ces mutations comme une déqualification personnelle. D'autres obstacles aux changements subsistent, liés à des contraintes de gestion du personnel. La mobilité du personnel médical est très faible par opposition à celle du personnel soignant infirmier. L'inamovibilité des praticiens hospitaliers universitaires est une constante. Cette sédentarité contraste avec la mobilité particulièrement élevée du personnel soignant non médecin: de 6,8 % à 8,3 % pour le personnel infirmier selon la taille de l'établissement à

4,7 et 8,6 % pour le personnel médical.

Le système du budget global , avec l'inertie de l'allocation budgétaire accordée aux établissements en fonction de leur niveau d'activité, n'incite pas les hôpitaux au dynamisme et au changement. Les hôpitaux publics sont enclins à privilégier leurs obligations de service public dans les pathologies délaissées par le secteur privé pour leur faible rendement et leur forte consommation en personnel. Le secteur privé de soins n'est pas soumis aux mêmes critères de financement que le public et ces éléments peuvent expliquer l'augmentation de deux points en 12 ans de la part du marché privé dans la consommation totale des soins hospitaliers: 22 % en 1980 et 24,1 % en 1992. Le budget global est impuissant à modifier les modes de gestion de l'hôpital.

C - Système de régulation et politique publique.

L'analyse des processus de régulation du système de santé et de l'institution hospitalière nous amène à nous interroger sur le rôle de l'Etat, ses interventions et ses modes de régulation. De l'Etat réduit aux services régaliens jusqu'au "welfare state", Etat providence omniprésent, multipliant ses interventions dans tous les domaines de la vie quotidienne, nous observons depuis quelques années, dans le domaine de la santé, un désengagement de l'Etat qui transmet aux établissements hospitaliers une partie de ses prérogatives. Il s'est produit manifestement une modification des stratégies au niveau des politiques publiques par la prise en compte de l'évolution de l'environnement économique, social et sanitaire.

1 - La genèse de la théorie des choix publics

D. MUELLER, dans son ouvrage "**Public choice**"²⁵, qualifie l'analyse économique de la politique ou la théorie des choix publics comme "*l'étude économique des systèmes de décision non-marchands, ou simplement l'application des méthodes de l'analyse économique à la science politique*". Cette nouvelle discipline est née dans les années cinquante, mais il est possible de trouver des précurseurs, notamment parmi les néoclassiques tels que J.S. MILL²⁶, SCHUMPETER²⁷ et PARETO²⁸ pour l'analyse des comportements politiques des individus, des groupes et de l'Etat.

L'analyse économique de la politique publique s'est développée en réaction contre les théories où le rôle de l'Etat se trouve réduit aux services régaliens. C'est un principe de base de l'économie classique que de croire à la toute puissance des mécanismes de stabilisation automatiquement incorporés dans l'économie de marché. Cette vision à long terme conduit à rejeter toute politique de pilotage par l'Etat. Dans ce contexte, toute

²⁵ D. MUELLER: "Public Choice" ,Cambridge University press, Cambridge, 1979

²⁶ J.S. MILL, « Principes d'économie politique »,Guillermin, 1873.

²⁷ J.SCHUMPETER, « Capitalisme, socialisme et démocratie », Payot, 1983.

²⁸ V. PARETO, « Manuel d'économie politique », Droz, 1966.

l'action coordonnée de l'Etat ne peut avoir comme effet que de brouiller les messages du marché. L'édifice théorique repose sur les hypothèses que l'offre crée sa propre demande et que la politique de l'Etat doit se réduire au laissez-faire. Le seul Etat positif devient alors pour cette école: l'Etat minimum. Cette théorie ne résiste pas à l'évolution de la réalité économique. La part du secteur public dans l'économie est devenue très importante et certains économistes se sont rendus compte dans les années 60 à 70 qu'il n'existait pas de théorie suffisamment élaborée du comportement des agents intervenant dans ce secteur. La recherche s'est donc orientée vers l'élaboration d'une théorie positive du comportement de l'Etat, en intégrant les aspects politiques et bureaucratiques de son fonctionnement aussi bien dans les objectifs que dans les contraintes. Pendant longtemps, la théorie économique s'était restreinte aux comportements des agents économiques privés sans s'attacher à l'étude et à la prévision du comportement d'un acteur économique essentiel: l'Etat. Avec cette nouvelle orientation de la recherche, des explications apparurent sur la genèse des décisions économiques effectives des responsables publics, avec des études sur l'évaluation des politiques publiques, sur les processus de révélation de la demande publique et sur les processus d'adaptation entre l'offre et la demande de biens non-marchands. Les politiques publiques sont analysées en tant qu'outils de modernisation du service public²⁹.

2 - La GRH: instrument de régulation et de changement

Parallèlement à une logique administrative, il se développe ce que Pierre MULLER³⁰ appelle une logique managériale des pouvoirs publics. Le management public a amorcé un début de concrétisation dans les années soixante-dix avec l'emploi du processus de rationalisation des choix budgétaires (RCB), issu du PPBS (planning programming budgeting system) utilisé aux Etats-Unis.

Dans le système hospitalier, nous pouvons noter pendant cette période la mise au point de mécanismes de régulation tels que la comptabilité analytique ou le PMSI (projet médicalisé du système d'information). Les pouvoirs publics se sont efforcés depuis dix ans de développer des instruments de contrôle de l'évolution des dépenses de soin en priorité à l'hôpital public puis pour l'ensemble du système de soin. En ce qui concerne les hôpitaux publics, la dotation globale de fonctionnement mis en place en 1983 a complété le taux directeur budgétaire opérationnel à partir de 1979. Ces mesures ont eu pour effet de diminuer substantiellement la part des dépenses d'hospitalisation publiques dans le total des dépenses de santé puisqu'elles passent de 41% en 1980 à 35,4% en 1991; mais nous verrons ultérieurement que ces mesures, particulièrement en ce qui concerne le

²⁹ Patrick VIVERET, « L'évolution des politiques et des actions publiques », rapport du Premier Ministre, la Documentation française, 1989. Michel DELEAU, « Evaluer les politiques publiques: méthodes, déontologie, organisation, rapport par le Commissariat général du Plan, la Documentation française, 1986. Conseil Scientifique de l'évaluation, « l'évaluation de l'expertise à la responsabilité », la Documentation française, Paris, 1992. Rapport SERIEYX, « L'Etat dans tous ses projets, un bilan des projets de service dans l'administration », la Documentation française, Paris, 1994. Pierre MULLER, « L'Administration française est-elle en crise? », L'Harmattan, logiques politiques, 1992.

³⁰ Pierre MULLER "Les Politiques Publiques", Collection Que sais-je? PUF, 1990.

budget global, ne sont pas exemptes d'effets pervers.

La réforme de la dotation globale de fonctionnement a été réduite le plus souvent à une stricte réduction des dépenses budgétaires et les réformes complémentaires de gestion interne des hôpitaux telles que le suivi des centres de responsabilités avec l'aide de tableaux de bord n'ont pas eu le développement escompté. Or, faire reposer l'essentiel de la régulation des déséquilibres des dépenses de santé par le biais des mécanismes budgétaires sans aborder les réformes de gestion internes aux hôpitaux n'est pas satisfaisant. Ces moyens de régulation budgétaires tendent à figer les situations acquises. Dans un environnement sanitaire où la logique de développement hospitalier prédomine, des mesures strictement budgétaires perpétuent les contradictions du système.

De l'âge d'or de l'hôpital, on est passé à l'ère de l'optimum budgétaire et économique, basé sur des processus de régulation des dépenses hospitalières (budget global et taux directeur) à une tentative de régulation du marché des soins par l'intermédiaire de mécanismes de simulation tels que le PMSI (projet de médicalisation du système d'information). Le PMSI, précédé par l'introduction de la nouvelle comptabilité analytique avait pour objectif initial de simuler un marché des soins hospitaliers en le régulant par les prix et en assurant la transparence des coûts. Mais le marché des soins n'est pas un marché au sens classique du terme, il n'est pas transparent. Le décideur n'est pas en général le consommateur. Le consommateur est largement ignorant de son besoin. Le payeur n'est pas le consommateur, l'assurance maladie payant à sa place.

Le fonctionnement du PMSI est très lourd et très complexe, il mobilise personnel et matériel informatique de manière importante. Actuellement, il n'est réellement opérationnel que dans quelques hôpitaux importants.

Le système actuel de régulation du marché des soins n'est pas globalement satisfaisant. Dans ce processus, le personnel est perçu essentiellement en terme de coût ou de dépense. Il faudra attendre la loi hospitalière de 1991 pour que le personnel soit situé au coeur de la gestion de l'établissement et que l'on considère la gestion des ressources humaines comme le moteur du changement. Le Ministère de la Santé a défini une nouvelle politique publique de santé déclinée dans la loi hospitalière de 1991. Cette loi contient les principales orientations du changement en terme de potentialité. Elle préconise la mise en oeuvre de méthodes et d'outils modernes de gestion dont les établissements auraient eux-mêmes l'initiative d'élaboration et de création. Du triomphe de l'Etat-régulateur par la multiplication de ses interventions et financements dans tous les domaines de la vie publique pendant une période d'abondance relative, nous passons à l'ère de la logique managériale publique avec parallèlement transfert des responsabilités et de l'effort créatif de l'Etat vers les acteurs hospitaliers. Le projet d'établissement inscrit dans la loi hospitalière de 1991 est le cadre dans lequel peut s'inscrire le changement. Mais lorsque l'on veut décliner le projet d'établissement, on s'aperçoit qu'il n'est pas accompagné des outils de gestion permettant sa réalisation. Le changement et la résolution de la crise de l'hôpital passent par la mise au point d'outils de gestion inscrits dans une politique de gestion des ressources humaines, globale, participative et stratégique. Cependant ce changement est long et difficile à élaborer.

Section 2 - La loi hospitalière de 1970 n'a pu transformer en profondeur le système de gestion traditionnel de l'hôpital.

La loi hospitalière de 1970 et les textes qui vont suivre jusqu'à la loi hospitalière de 1991 sont inspirés prioritairement par le souci de maîtriser les dépenses de santé. La première loi hospitalière a permis la mise en place de divers outils tels que le budget global, les taux directeurs, les centres de responsabilité, le PMSI (projet médicalisé du système information) et la nouvelle comptabilité analytique. Ces outils de régulation du modèle hospitalier sont essentiellement de nature financière et quantitative. Au niveau des établissements, ils apparaissent davantage au service de la maîtrise des dépenses de santé de la nation qu'à celui de leur gestion interne. Dans ce processus, le personnel est appréhendé en terme de dépenses qu'il faut s'efforcer de juguler, de coûts qu'il faut restreindre, d'effectifs qu'il faut diminuer afin de réaliser l'objectif considéré comme prioritaire: élever la productivité du travail,.

1 § Le budget global a pour priorité la réduction des dépenses de personnel.

En 1983, les textes³¹ sur le budget global et les centres de responsabilité permettent de passer d'une logique de croissance exponentielle des dépenses hospitalières reposant sur le principe du prix de journée à une enveloppe globale pour chaque établissement. Le taux de progression budgétaire ou taux directeur est voté annuellement par l'Assemblée nationale en même temps que le budget de la santé. Le nouveau mode de régulation de l'hôpital se recentre autour d'un nouveau système de financement des hôpitaux publics. La baisse de la croissance et la crise économique ne permettent plus une dérive des dépenses de santé. Parallèlement, des modifications sont aussi apportées à la pratique comptable et financière.

A - Du prix de journée au taux directeur: une logique de maîtrise des dépenses de santé.

Sommairement les principes de calcul de la dotation globale sont les suivants:

Dans une première phase, il est procédé à l'évaluation des dépenses d'exploitation auxquelles on applique un taux d'augmentation par rapport à l'année précédente (taux directeur fixé par le Ministère, tenant compte de données économiques nationales), par exemple, en 1995, ce taux était de 3,68% et en 1996 de 2,1%.

Dans une seconde phase, les recettes en atténuation, environ 10% des recettes hospitalières sont anticipées, évaluées et soustraites des dépenses. La différence constitue la dotation globale de fonctionnement.

Au total la fonction publique hospitalière regroupe 800.000 personnes réparties dans 1060 hôpitaux. Le personnel constitue entre 70% et 80% des coûts hospitaliers (dans les 30% restant, on compte 12% en frais de pharmacie, 18% en frais divers de logistique). En

³¹ Ministère de la Santé publique, décret 83-784 du 11 août 1983.

1995, les 1060 hôpitaux représentent 220 milliards de dépense soit près de 40% de la consommation médicale française totale.

L'attention du Ministère de la Santé se porte naturellement sur ce poste et la réduction des coûts, du fait de l'importance des dépenses en personnel, s'exerce en priorité sur celles-ci. Le personnel est d'abord perçu en termes quantitatifs et financiers. La maîtrise des dépenses de santé induit une logique de diminution du personnel. Le budget global introduit en 1984 a figé les situations. Il pénalise les hôpitaux les plus dynamiques, ceux dont l'activité progresse. Un taux directeur unique pour tous les hôpitaux préserve de véritables rentes de situation aux hôpitaux dont l'activité stagne. Les établissements dont les budgets ne correspondent pas à la croissance de leur activité, en sont réduits à agir essentiellement sur la baisse de leurs effectifs. Dès lors, ne pas remplacer le personnel apparaît souvent comme le seul moyen d'action par rapport aux contraintes budgétaires.

B - Les centres de responsabilité: le personnel est appréhendé à travers le couple moyen - activité.

Les modifications introduites par le texte de la réforme du budget global portent aussi sur une orientation de gestion axée essentiellement sur le calcul et le contrôle du couple moyen - activité dans les centres de responsabilité. Le découpage de l'hôpital en centres de responsabilité obéit à une volonté de définir un ensemble coordonné de moyens humains ou matériels sous une autorité unique au bénéfice d'une mission, d'une fonction ou d'une activité.

Le critère essentiel du découpage est celui de l'autorité. Un interlocuteur est désigné pour assurer la prévision budgétaire et le contrôle des objectifs d'activités. Les responsables des centres de responsabilité médicaux sont généralement les médecins chef de service.

La somme des moyens financiers dont dispose chaque centre de responsabilité est égale à l'ensemble des dépenses d'exploitation de l'hôpital. Les centres de responsabilité sont eux-mêmes découpés en centres d'activités et en unités fonctionnelles. L'analyse par centres de responsabilité fournit une analyse organique des dépenses en même temps que des renseignements en terme d'activité. Ces données existent pour une année donnée n avec des prévisions pour l'année n+1.

Pour chaque centre de responsabilité, il est mis en place un recueil de données qui porte sur l'activité mesurée par des unités d'oeuvre et sur les moyens. Pour les services soignants, sont pris en compte les paramètres traditionnels tels que les entrées, la durée moyenne de séjour, les journées, les malades traités...

Les indicateurs de moyens mesurent la quantité de moyens (personnel, consommations, autres..) mis à la disposition d'un centre pour réaliser l'activité prévue. Le personnel, avec 70% (centre hospitalier de long séjour) à 80% (pour un centre hospitalier régional) des dépenses totales d'exploitation, est au centre de ce dispositif. Les moyens en personnel médical sont évalués en nombre de demi-journées hebdomadaires ou en vacations de 3 heures 30. Ces moyens sont budgétisés et rémunérés. Les moyens en personnel non médical sont évalués en nombre d'agents. Il est seulement comptabilisé

les effectifs rémunérés et présents. Le recueil des données par centre de responsabilité porte aussi sur les densités. Une densité est un rapport entre le volume des moyens consommés (ou prévisionnel) et le volume d'activité réalisé (ou prévisionnel). Les densités peuvent s'exprimer en termes physiques (nombre d'agents par nombre de malades traités) et en terme financiers (dépenses de personnel par malades traités). Les densités ont une valeur essentiellement indicative pour suivre l'évolution des moyens par rapport à l'activité. La densité de personnel (personnel médical et non médical par nombre de malades traités) peut être considérée comme l'ébauche d'une équation de la mesure de la productivité du travail (dY / dL ; dY étant la variation des quantités produites et dL la variation du facteur travail). La densité est un rapport entre le facteur personnel évalué quantitativement et la production d'un service: le nombre de malades traités.

Par la création des centres de responsabilité et des tableaux de bords ou TAPAM (tableaux prévisionnel des activités et des moyens), nous avons l'amorce d'un raisonnement stratégique en terme de prévision, d'objectifs et de moyens pour les atteindre. Mais le raisonnement est uniquement basé sur des données financières ou quantitatives. Le personnel est perçu en terme de moyens ou d'effectifs et évalué sommairement sous forme de dépenses financières. En outre, peu d'établissements appliquent complètement ces dispositions. La responsabilité budgétaire des médecins, chefs de service, reste purement théorique. Ces derniers ne disposent pas de moyens d'action sur le poste le plus important: le personnel. Ils assurent seulement le suivi de postes budgétaires marginaux qui représentent en moyenne moins de 5% des dépenses budgétaires de leur service. Cependant, ce découpage préalable comptable et analytique de l'hôpital en centres de responsabilité peut favoriser le nouveau type d'échange sous forme de contractualisation et d'accréditation entre services médicaux et organisme régional, créé par les ordonnances hospitalières de 1996³². La réforme hospitalière de 1996 lie l'adaptation de l'offre de soins hospitalière à une démarche contractuelle. Le législateur vise à une responsabilisation des acteurs médicaux à travers les contrats d'objectifs, les budgets de services et la réactualisation des mécanismes d'intéressement. La contrainte budgétaire est déclinée au sein de l'hôpital à partir de ce trinôme stratégique. Le législateur pense que les acteurs médicaux pourront plus facilement tenir leurs objectifs en terme de moyens à partir du moment où ces derniers sont définis dans des contrats et que les services sont préalablement déconcentrés sous forme de centres de responsabilités dotés d'un budget et de paramètres d'évaluation. A cette fin, et dans le respect de l'unité de l'établissement, le législateur prévoit des incitations financières afin de mettre en place un découpage en centres de responsabilités définis en cohérence avec le fonctionnement médical et avec la dimension économique qui exige une taille critique permettant de procéder à de réels arbitrages. Chaque responsable de centre de responsabilité détermine ses objectifs et est doté d'un budget et d'indicateurs de résultats. La déconcentration instaurée permet à chaque médecin chef de service, responsable de son centre de responsabilité de lancer une véritable démarche de contrôle de gestion. La réforme de 1996 n'est rien d'autre qu'une réelle application des grands principes de la réforme de 1983 sur les centres de responsabilité. Les acteurs médicaux joueront le jeu de la responsabilisation s'il s'agit d'une véritable déconcentration de la gestion au profit de

³² Réforme hospitalière d'avril 1996: articles 34 et 39 de la Constitution, loi de financement de la sécurité sociale.

leur service. A charge des pouvoirs publics de prévoir des budgets de services réellement opérationnels avec pour les équipes médicales des mécanismes d'intéressement plus attractifs.

2 § La nouvelle comptabilité analytique: le personnel est appréhendé en priorité à travers ses coûts.

L'approche par la comptabilité analytique offre un champ important de possibilités pour une évaluation fine des coûts de l'activité hospitalière, mais sa mise en place dans les établissements hospitaliers est dépendante de plusieurs conditions. L'obtention d'un degré minimum de concertation et de coopération entre les différents acteurs hospitaliers est une condition préalable et nécessaire à tout développement de la comptabilité analytique au sein d'un établissement. Le degré de formation et de qualification du personnel aux pratiques comptables est une seconde condition .

A - Définition et finalité.

Il est généralement attribué³³ quatre finalités à la comptabilité analytique; celles-ci sont centrées sur l'hôpital lui-même :

- une finalité interne (mieux gérer)

- une finalité comparative (comment font les autres établissements)

- une finalité "référentiel des coûts" (recherche des coûts de référence)

- une finalité de négociation particulière (contestation par l'hôpital d'une décision de tutelle).

La Fédération hospitalière de France lors de propositions aux directeurs d'hôpitaux définit à l'intérieur de la comptabilité analytique, deux finalités stratégiques qu'elles souhaiterait voir réaliser :

- l'une externe : la comptabilité analytique en tant qu'outil de planification et d'allocation des ressources pour la tutelle.

- l'autre interne : la comptabilité analytique en tant qu'outil d'évaluation interne et éventuellement outil d'action. Cette dernière proposition est émise sous forme de souhait. Le conseil national de la comptabilité donne la définition suivante de la comptabilité analytique : "la comptabilité analytique est un mode de traitement des données dont les objectifs essentiels sont les suivants :

³³ Elias COCA, la lettre d'informations hospitalières, No 6, juin 1991.

d'une part, connaître les coûts des différentes fonctions assumées par l'entreprise en expliquant les résultats et en calculant le coût des produits.

d'autre part, établir des prévisions de charges et de produits courants (coûts préétablis et budget d'exploitation), en constater la réalisation et en expliquer les écarts”.

Les analyses par coûts sont multiples, et plusieurs types de coûts sont calculés :

coûts par fonction,

coûts par activité majeure,

coûts par produits (groupes homogènes de malades),

coûts par centre de responsabilité.

Mais aussi, coûts partiels et coûts complets, coûts variables et coûts fixes, coûts directs et indirects. Le système d'information hospitalier, avant l'introduction du PMSI (projet de médicalisation du système d'information) et de la nouvelle comptabilité analytique était très incomplet, car il n'intégrait que des unités d'oeuvre traditionnelles telles que le nombre de journées et de lits, le nombre d'actes, les taux d'occupation, la durée moyenne de séjour. Le champs d'action se limite alors à l'analyse en terme de moyens mis en oeuvre. Le nouveau système d'information intègre à côté des indicateurs classiques, des indicateurs plus élaborés tels que qu'une définition des actes par nature avec ponctuellement une définition de la charge de travail infirmier. La nouvelle comptabilité analytique permet de calculer des coûts par activités principales et par centres de responsabilité. Le problème majeur étant qu'actuellement peu d'hôpitaux disposent à la fois d'un PMSI et d'une comptabilité analytique, opérationnels. Des obstacles techniques et culturels apparaissent lors de son introduction.

La comptabilité analytique nouvelle est assez complexe à utiliser. Les nouvelles unités d'oeuvres sont plus représentatives que les unités d'oeuvres traditionnelles, mais sont plus difficiles à obtenir et le degré de leur fiabilité est encore peu élevé. Au niveau du personnel administratif, l'utilisation de la nouvelle comptabilité analytique suppose un niveau de connaissance comptable et de gestion que l'ensemble du personnel est loin de posséder. L'effort de formation dans ce domaine ne permet pas toujours d'obtenir des résultats à court terme.

Au niveau du personnel médical, il faut vaincre des résistances culturelles. Le traitement des données d'origine médicale, servant au calcul de comptabilité analytique, présente plusieurs difficultés. Outre que certains médecins sont encore réticents à détailler leur activité, la réalité clinique est souvent complexe et difficile à objectiver. Les critères retenus pour mesurer l'application d'une même pathologie, peuvent s'avérer

différents d'un médecin à un autre ou d'un établissement à un autre.

B - la comptabilité analytique est un instrument potentiel de dialogue et de concertation :

Compte tenu du degré relatif d'authenticité des coûts obtenus, la comptabilité analytique est plus considérée comme un instrument de dialogue permettant de faciliter la concertation entre les groupes que comme un outil de gestion et de pilotage. Les résultats et les coûts obtenus ne sont en aucun cas exploitables à l'état brut. Ils peuvent servir de clignotants pour indiquer aux gestionnaires les disparités les plus criantes ou les éventuels secteurs en dysfonctionnement. La Fédération hospitalière de France recommande la plus grande prudence aux gestionnaires hospitaliers quant à l'actualisation et à l'interprétation de ces résultats. Les résultats peuvent être différents selon la démarche de calcul retenue et la finalité du système d'information existant à un moment donné. Compte tenu de ces différentes remarques, nous pouvons dire que les résultats obtenus par la comptabilité analytique sont plus à considérer comme des indicateurs susceptibles de déclencher une réflexion en matière de gestion que des outils proprement dits, utiles à la décision du gestionnaire .

3 § - Le PMSI, une approche en terme de produit où le personnel est toujours appréhendé par ses coûts.

Le système de financement des soins préconisé par le Ministère de la Santé pour les hôpitaux publics, dans les années 70 et 80, était porteur d'une double finalité :

être un outil de régulation des dépenses de santé,

inciter à une gestion efficace et efficiente des ressources hospitalières.

Il semble que seul le premier objectif ait été atteint. Le système de financement en tant qu'aide à la gestion interne des établissements n'a pu franchir toutes les étapes opérationnelles. Nous ne pouvons pas dire non plus que ce nouveau système de financement ait favorisé la décentralisation et la responsabilité des acteurs hospitaliers.

Une bonne connaissance de l'activité hospitalière et de ses coûts est une des conditions préalables à la construction d'outils de gestion efficaces. Il est nécessaire que les acteurs hospitaliers possèdent un système d'information qui permette d'évaluer de manière pertinente le fonctionnement du système hospitalier dans sa globalité.

Le PMSI (projet de médicalisation du système d'Information) est le système d'évaluation et d'information créé et élaboré dans les années 70 et introduit progressivement dans les hôpitaux à partir des années 80, afin d'évaluer l'activité hospitalière, les coûts de base, mais pas d'évaluer les performances et les résultats par rapport aux objectifs fixés. Le PMSI est d'abord un outil interne à l'établissement, mais il sert aussi à la tutelle en tant qu'outil de contrôle et d'allocation de ressources aux établissements, notamment au moment de la négociation budgétaire. Le Ministère de la

Santé encourage la mise en place du PMSI à l'intérieur des établissements hospitaliers par des incitations financières. Les directeurs d'hôpitaux ayant développé le PMSI dans leur établissement peuvent bénéficier de suppléments de crédits en matériel informatique et en personnel d'exploitation, et seuls les projets de service de soins, argumentés sur une base d'information suffisante, peuvent prétendre être retenus dans le cadre d'un financement par des crédits nouveaux⁽³⁴⁾.

A - Le champ d'action du PMSI.

Avant le PMSI, les systèmes d'information hospitaliers alimentés par des données à caractère physique ou financier (actes, journées, entrées, durée moyenne de séjour, taux d'occupation...) ne permettaient qu'une approche limitée à l'analyse de la structure en termes de moyens mis en oeuvre tels que le personnel, les consommations ou les équipements. Dans la démarche PMSI, il y a intégration d'indicateurs relatifs à l'utilisation des moyens mais aussi mesure de l'activité des unités ou des centres de responsabilités, soit avec des données traditionnelles soit avec des indicateurs plus novateurs tels que les actes en nature ou les charges de travail infirmier. Il s'agit alors d'une approche en termes de produits, le gestionnaire connaît alors les moyens mis en oeuvre dans l'optique de la production d'une prestation. Dans le domaine hospitalier, le concept de production et le concept de produit ne sont pas aisés à définir. Le soin n'est pas un produit fini et marchand, identique à un produit de l'industrie. Il s'agit d'un produit multiforme combinant l'activité développée par les soignants et reçue par des malades présentant une pathologie donnée. Une bonne connaissance de la fonction soin suppose l'intégration de données médicales. C'est pour cela que l'on parlera de médicalisation du système d'information.

B - Le contenu du PMSI.

Le PMSI n'est pas une création purement française. D'autres pays tels que le Canada, ou la Belgique, se sont efforcés de mettre en place un système d'informations élaboré dans le domaine hospitalier. Le concept est né sous le nom de DRG (diagnosis related groups) en Amérique du nord.

Les notions clés servant la construction du système d'information sont les suivantes :

· le GHM (groupements homogènes de malades)

· le RSS (résumés de sortie standardisés)

· le DMI (département d'information médicale).

Le PMSI prévoit l'utilisation de techniques de classification des pathologies au sein des groupes homogènes de malades (GHM) et l'élaboration d'un support de recueil de

³⁴ Ministère de la Santé publique - circulaire DH/PMSI/56 du 16 septembre 1991.

l'information médicale et administrative. Le résumé standardisé de sortie (RSS), aide à mettre au point un système d'information intégrant le maximum de données quantitatives.

1 - La méthode de constitution des GHM.

Les premiers travaux ont été réalisés aux Etats- Unis par R.B. FETTER et son équipe de l'Université de Yale. Les pathologies et les séjours de malades traités sont ventilés en groupes homogènes à partir de critères bien précis. A chaque groupe correspond des pathologies et une réponse en terme de diagnostics et de thérapeutiques. Cette classification par groupes homogènes permet de mesurer près de 75 % des activités médicales les plus courantes.

2 - Le support de l'information: le résumé standardisé de sortie (RSS).

Le RSS est l'instrument de recueil des informations à la base de toute la médicalisation du système d'information. C'est un instrument anonyme qui respecte le secret médical et qui regroupe un ensemble de données médicales et administratives saisies selon un modèle standard préétabli au moment de la sortie du malade. La circulaire N° 160 du 5 août 1986 du Ministère de la Santé publique fixe à 22 le nombre de données nécessaires pour classer le malade dans un GMH.

C - Les limites du PMSI et ses enjeux.

Entre 1982 et 1985, seuls 50 établissements ont expérimenté et mis en place le recueil de données médico-administratives au travers des résumés standardisés de sortie. L'arrêté du 3 octobre 1985, la circulaire du 4 octobre 1985 et les guides méthodologiques permettent désormais à l'ensemble des établissements de mettre en place techniquement ce programme. Cependant l'introduction du PMSI dans les hôpitaux publics ne se fait pas sans difficulté et sans retard. Le système est très lourd et réclame un certain niveau préalable d'informatisation des services et du temps en personnel pour l'exploiter.

- Les obstacles techniques et méthodologiques.

Plusieurs obstacles majeurs apparaissent:

.
la simplification du système est difficile.

.
le système repose sur une définition a priori des cas qui ne tient pas toujours compte de la totalité de la réalité clinique et de sa complexité.

.
l'élaboration de la partie médicale du RSS repose sur un certain arbitraire. Le diagnostic principal et les diagnostics secondaires peuvent être entachés d'une certaine subjectivité qui dépend du choix du médecin responsable. Les critères retenus sur un même cas peuvent être différents d'un médecin à l'autre ou d'un établissement à l'autre.

Le recueil des données prend du temps. Dans des services de soins fonctionnant souvent en sous-effectif, l'urgence du soin à donner à court terme peut-être privilégié aux dépens de l'élaboration d'un système d'information.

L'exigence pour ce travail d'un traitement informatique ne peut pas toujours être résolue budgétairement. Le parc informatique hospitalier n'est pas encore partout suffisant.

- Les obstacles culturels.

Les médecins hésitent à détailler leur activité. Ils craignent que leur activité soit jugée sur des critères inadéquats. Globalement, si le système possède de réelles potentialités, il est fragile et encore peu opérant. Sa généralisation dépend aussi d'un facteur culturel qui est l'adhésion du corps médical.

Pour la Tutelle, le PMSI est un processus encore inachevé d'allocation des ressources. Pour les acteurs hospitaliers, c'est essentiellement un outil d'évaluation de l'activité; mais il est encore prématuré de dire que l'hôpital possède, avec le PMSI, un outil de gestion interne et de pilotage fiable. Le PMSI est essentiellement d'orientation financière et apporte encore assez peu dans l'évaluation de la qualité des soins.

4 § L'inertie de l'environnement administratif de l'hôpital freine la mutation de sa gestion.

L'hôpital actuel subit directement l'inertie de son environnement administratif. Cela est sensible au niveau des réglementations mais aussi des normes comptables et de gestion. La DDASS joue encore trop souvent le rôle d'un acteur contraignant à la place attendue de partenaire dynamique de la santé.

A - L'évolution trop lente de la D.D.A.S.S.

Le contrôle actuel de la D.D.A.S.S. sur les établissements est, d'après les acteurs hospitaliers, encore trop systématique et trop étendu. Ce contrôle administratif vise à repérer, corriger et sanctionner les écarts entre les réalisations et les prévisions, et les fautes de régularité par rapport à des normes juridiques et comptables préalablement établies. Les critères de bonne gestion sont souvent exclus du raisonnement. La D.D.A.S.S. ne s'intéresse qu'à la conformité des actes.

Le souhait des hospitaliers serait par conséquent d'alléger ces procédures de contrôle et de les limiter à des sanctions uniquement dans l'hypothèse où les engagements budgétaires et financiers ne seraient pas remplis. Les cas de mauvaise gestion pourraient toutefois être sanctionnés ponctuellement par d'autres instances telles que la Chambre Régionale des Comptes. L'hôpital est déjà quotidiennement contrôlé par la double comptabilité que tient le trésorier de l'hôpital. Le fonctionnement actuel de la D.D.A.S.S. semble toujours très lié aux normes administratives héritées de la loi de 1971 et risque de devenir un frein à l'évolution des systèmes de gestion hospitalière.

En réalité, les contrôles administratifs et financiers sur l'hôpital sont déjà nombreux : le contrôle du trésorier, le contrôle du préfet, les contrôles de la Chambre Régionale des Comptes et de la Cour des Comptes sur les irrégularités de l'administration, les inspections ponctuelles ministérielles ou intra-ministérielles comme par exemple celles de l'I.G.A.S. (Inspection Générale des Affaires Sanitaires) ou celles de l'Inspection des Finances.

Une mission interministérielle sur les hôpitaux³⁵ reconnaît que la tutelle hospitalière est dispersée avec une coordination insuffisante entre les différents organismes qui la composent. La faiblesse des outils d'information et de gestion à la disposition des tutelles fait obstacle à une démarche plus ambitieuse de la part de celles-ci. Les hôpitaux et les cliniques sont l'objet d'un contrôle par l'Etat et par les organismes de sécurité sociale. Ce double contrôle est traditionnellement appelé contrôle de la tutelle. C'est après la décision de la tutelle que les établissements publics reçoivent les moyens financiers et humains de leur action. Une répartition des rôles s'est de fait opérée entre les organismes de sécurité sociale, « décideurs » en matière d'hospitalisation privée et les services de l'état, DRASS et DDASS pour le service public. La concertation entre les organismes de Sécurité sociale et les services de l'Etat est très réduite en ce qui concerne la fixation des budgets des établissements hospitaliers et l'établissement de la carte sanitaire. Au sein même des services de l'Etat, DDASS et DRASS, la répartition des rôles n'est pas toujours très claire vis à vis des établissements qui ont souvent des interlocuteurs multiples. La répartition des moyens en personnel et des moyens financiers demanderait souvent une meilleure coordination.

Le rapport de synthèse de la mission interministérielle sur les hôpitaux montre aussi que le partage des compétences DDASS-DRASS manque de clarté dans la répartition des enveloppes spécifiques et des marges régionales et départementales. Lors de la répartition des enveloppes budgétaires aux hôpitaux, la marge régionale a pour objet le rééquilibrage entre les établissements d'un même département et les départements d'une même région. Or, il arrive que cette répartition se réalise sans examen préalable vraiment sérieux des dossiers, mais de manière mécanique ou en obéissant à des critères politiques déconnectés des réels besoins sanitaires de la population.

Il est rare que les DDASS utilisent le taux directeur moyen pour corriger des disparités entre établissements ou pour contraindre des établissements à des opérations de restructuration et de redéploiement. Pourtant la DDASS aurait réglementairement le droit de supprimer pour un établissement hospitalier tout taux directeur d'augmentation d'un budget d'une année sur l'autre. Dans les faits les DDASS ont peu d'élasticité sur leur marge pour opérer des rééquilibrages budgétaires entre établissements. Dans certains départements les hôpitaux touchent systématiquement la même marge d'augmentation budgétaire quelque soit leur activité et leur situation initiale. La faiblesse opérationnelle des outils d'information et de gestion à la disposition de la tutelle et leur manque d'homogénéité nuisent à une démarche plus dynamique de la part de ces organismes. Par exemple, les données saisies dans le système informatique PAGE par les DDASS,

³⁵ Mission interministérielle sur les hôpitaux- rapport de synthèse- Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville- Ministère de l'intérieur et de l'aménagement du Territoire- Ministère de l'Economie, juillet 1994.

afin de suivre l'évolution des budgets des établissements hospitaliers ne peuvent pas être utilisées par les DRASS et le Ministère de la Santé qui dispose d'un autre système. Et, en 1993, 27 départements ne faisaient pas remonter leurs informations financières dans le système PAGE.

Les organismes de tutelle ne disposent pas des moyens de gestion leur permettant d'analyser les coûts analytiques des établissements. Ces derniers n'ont pas tous intégré la nouvelle comptabilité analytique et se sont limités aux indicateurs traditionnels tels que les entrées et les journées d'hospitalisation qui n'appréhendent que partiellement la réalité.

La généralisation du budget global n'a pas été accompagnée du développement des moyens d'analyse et de gestion qui aurait pu permettre une lisibilité du système plus forte avec possibilité effective de faire jouer une dynamique du changement et du redéploiement. L'analyse du fonctionnement de la DDASS se caractérise donc par une inadaptation des instruments de gestion, une absence de doctrine et d'objectifs stratégiques clairs ainsi que des moyens humains suffisants.

Les établissements hospitaliers et la tutelle échangent un nombre important de données financières et d'activité à travers des systèmes d'information multiples. Ces derniers reposent essentiellement sur la gestion budgétaire avec en complément des données extrabudgétaires d'activité le plus souvent quantitatives. Mais ces instruments d'analyse d'activité s'avèrent le plus souvent inadaptés. Le problème principal provient de l'absence de références pertinentes à l'activité médicale réelle. Trois unités d'oeuvre sont le plus souvent utilisées: la journée, l'entrée et les relations d'occupation des lits. Aucune n'est réellement significative de l'activité réelle, de l'emploi du personnel, de ses tâches et des équipements mis en oeuvre. De ce fait, le coût réel n'est pas établi et les coûts produits sont partiels. Ces données d'activités et de coûts intègrent une activité mais leur représentativité relative alimentent souvent les conflits entre les intérêts et les points de vue divergents des acteurs de la santé.

Intégrant implicitement les enjeux et l'impact de la santé dans le tissu social et politique, l'administration de la tutelle n'a pas décliné une doctrine précise sur les objectifs et sur l'emploi des moyens mis à disposition des établissements. Si le cadre général de la planification et de la carte sanitaire est largement formulé dans sa procédure, les objectifs et la répartition des moyens entre établissements et départements sont plus implicites. Les fonctionnaires de la tutelle, inspecteurs des Affaires sanitaires et sociales et médecins départementaux et régionaux, sans objectifs précis, éprouvent des difficultés à effectuer leurs missions. Il en est de même pour les redéploiements et les restructurations hospitalières où les enjeux politiques et économiques priment souvent sur la rationalité d'action.

Les services décentralisés de l'action sanitaire et sociale ont connu une baisse sensible de leurs effectifs au cours de ces dix dernières années. La DDASS est l'administration qui a le plus perdu en personnel. Les effectifs des services déconcentrés de l'action sanitaire et sociale ont diminué plus rapidement que ceux de l'administration centrale; avec moins 17 % des effectifs en dix ans pour la DDASS soit 1652 agents en 1983 et 1321 en 1993, alors que les services déconcentrés ont perdu 10402 agents sur la

même période. Les catégories C et A sont les plus touchées. Les cadres A sont passés de 2122 en 1987 à 1698 en 1994 (sources: Mission interministérielle sur les hôpitaux (38)).

Ces baisses significatives d'effectifs, alliées aux restrictions budgétaires ne sont pas pour favoriser l'important et délicat travail de maîtrise et d'incitation au redéploiement hospitalier par les fonctionnaires de la tutelle.

Cependant, il faut noter une évolution positive de la DDASS ces dernières années en trois directions. Des efforts ont été faits pour simplifier les procédures d'approbation des décisions des conseils d'administrations des hôpitaux en matière de dépenses d'investissement et d'exploitation notamment. Les délais de réponse ont été raccourcis et certaines décisions des conseils d'administration échappent à l'approbation de la Tutelle. Des professionnels hospitaliers sont invités dans les réunions concourant à définir les besoins sanitaires d'une population et plusieurs DDASS sont intervenues pour aider les établissements à rédiger leur projet d'établissement avec un rôle de conseil et d'audit.

B - Les insuffisances de la carte sanitaire instituée par la loi hospitalière de 1970.

Les outils de planification institués par la loi du 31 décembre 1970 tels que la carte sanitaire se sont avérés faiblement restructurant. La loi hospitalière du 31 juillet 1991 a repris et complété les schémas d'organisation sanitaire qui « ont pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé » (article L712-1 de la loi du 31 décembre 1970).

Après plus de vingt ans de fonctionnement, le bilan des outils de planification de la santé doit être nuancé. La carte sanitaire est un outil imparfait pour maîtriser l'évolution de l'offre de soins. La planification hospitalière est un processus encore bien lourd et manquant de souplesse.

- Le découpage de la carte sanitaire en secteurs souffre d'ambiguïtés.

Le secteur sanitaire, circonscription originale devant s'intégrer dans le cadre de la région, offre une possibilité potentielle de souplesse importante pour tenir compte des zones d'attraction hospitalière. Dans la réalité, très rapidement le secteur sanitaire s'est calqué sur le département, réalité administrative mais aussi économique et sociologique.

Il apparaît très nettement la nécessité d'un redécoupage de la France, sur un nombre de secteurs moins élevés. Le redécoupage de la carte sanitaire devant permettre une dynamique de restructuration et de mise en réseau des établissements hospitaliers, c'est à dire faciliter la complémentarité et la coopération en éliminant les activités redondantes. La sectorisation actuelle laisse apparaître des disparités importantes entre les régions et au sein d'une même région. Les déséquilibres sont importants entre les secteurs urbains et les secteurs ruraux, entre les villes et les banlieues. Par exemple, les secteurs de Paris-nord et de Paris-sud dépassent chacun 1,6 million d'habitants alors que le plus petit secteur de l'Île de France atteint 296 000 habitants.

Le découpage des zones sanitaires doit être revu pour ne laisser subsister

qu'exceptionnellement des secteurs sanitaires inférieurs à 200 000 habitants. Et le problème des grandes agglomérations qui connaissent une forte concentration de population et d'établissements hospitaliers doit être réétudié en tenant compte que leur zone d'attractivité va au-delà des limites de leur secteur. De manière générale, le découpage doit s'opérer sur la base de zones cohérentes au plan sanitaire afin de favoriser une meilleure adéquation entre l'offre et la demande de soins.

- La procédure de découpage est complexe.

La révision des cartes sanitaires est une opération très lourde. La révision mobilise un grand nombre d'acteurs internes et externes à la santé. Avant d'être arrêtée par le Préfet, la carte sanitaire fait l'objet d'une consultation élargie des acteurs, en particulier au sein des conférences sanitaires de secteur. Dans la pratique, la procédure actuellement en cours se déroule selon deux phases: le redécoupage des secteurs et la redéfinition des indices. Ces phases sont un préalable à l'élaboration du SROS, le schéma régional d'organisation sanitaire. La présence de tous les maires des communes d'accueil a considérablement augmenté et le nombre des participants qui dépasse parfois deux cent, rend souvent difficile l'organisation du travail dans les conférences.

- La carte sanitaire: un dispositif lacunaire.

L'emploi d'indicateurs inadaptés ne facilite pas le processus de planification de l'offre de soins. Les critères de lits ou de places auxquels font référence les indices de besoins sont trop équivoques et pas assez représentatifs de l'activité hospitalière, même si les alternatives à l'hospitalisation sont désormais retenues dans la fixation des indices.

Certains équipements et activités ne sont pas intégrés dans la carte sanitaire qui n'est pas exhaustive. Il n'y a pas de référence long séjour ni de carte long séjour alors que l'évolution des besoins sanitaires pour les personnes âgées est en constante progression par effets démographique et sociologique. Les disparités en long séjour sont très fortes. Par exemple dans la région parisienne l'implantation des lits pour personnes âgées s'est réalisée essentiellement en périphérie. Paris intra-muro compte seulement 9 lits de personnes âgées pour 1000 personnes de plus de 75 ans contre 40 pour 1000 dans l'Essonne. La réanimation ne fait pas non plus l'objet d'une carte sanitaire. La discipline est fondue dans la médecine et la chirurgie. La même absence de carte se retrouve pour la néonatalogie, les urgences, les centres de transplantation d'organes et les unités de coronographie.

La carte sanitaire en vigueur depuis près de 25 ans n'a pas permis de réduire les fortes disparités interrégionales et départementales, et de favoriser un véritable redéploiement. En 1992, 8 régions affichent un excédent de plus de 25 % en médecine, 3 régions en chirurgie et 7 en obstétrique. Le taux de dépassement de l'offre de soins par rapport aux besoins, pour chacune des disciplines s'élève à 24 % en médecine, 15 % en chirurgie et 20 % en obstétrique, soit un excédent estimé à 52 000 lits pour la MCO (médecine, chirurgie, obstétrique).

L'examen des capacités en lits traduit de forts écarts dans toutes les disciplines mais aussi par région. La Corse est la région la plus suréquipée avec les régions du sud-est,

l'est suit en seconde position, alors que les régions de l'ouest supporte un taux d'équipement relativement faible.

Si la carte sanitaire est relativement peu efficace en terme de redéploiement, elle a aussi très peu d'impact sur l'activité.

C - Les cadres hospitaliers demandent une modernisation des normes et des règles comptables et administratives.

La demande des acteurs hospitaliers porte aussi sur une modernisation des normes administratives, des règles comptables et financières de l'hôpital, que la DDASS contrôle en terme de régularité et non en terme d'opportunité. Cependant, il faut reconnaître que lorsque les structures juridiques deviennent plus souples et novatrices, les acteurs hospitaliers sont réticents à les utiliser. C'est le cas en terme de redéploiements, où les nouvelles structures de coopération ne se mettent pas rapidement en place.

1- La modernisation des règles comptables.

L'essentiel des dernières réformes dans ce domaine est contenu d'une part, dans la loi du 31 juillet 1991³⁶ et d'autre part, dans la loi relative à la santé publique et à la protection sociale du 18 janvier 1994³⁷. Un certain nombre de règles comptables sont encore à revoir et à moderniser. Dans ce cadre, une réflexion associant les acteurs hospitaliers et les services ministériels centralisés et décentralisés concernés, sur l'adaptation des règles de la comptabilité publique à l'activité hospitalière pourrait être engagée. Des expérimentations pourraient ensuite être mises en oeuvre dans les hôpitaux.

Considérons par exemple **l'utilisation des recettes subsidiaires et des placements de fonds** dont l'origine n'est pas directement liée à une activité de soin. Des liens pourraient être établis entre ces fonds et la mise en place d'une politique d'intéressement à l'hôpital public.

Toute recette non directement liée à une activité de soins est considérée comme le produit d'une activité subsidiaire (prestations diverses de services, exploitations de brevets et de licences, activités liées à la recherche...). Au niveau hospitalier, on distingue deux grands types de recettes subsidiaires : les prestations de service et les recettes accessoires:

-Les prestations de services:

Il s'agit de prestations à des tiers, de services développés initialement pour les besoins internes de l'hôpital et mis secondairement à la disposition de catégories de personnes autres que les malades hospitalisés (accompagnants, personnel hospitalier); d'autres établissements de soins ou d'établissement d'autre nature (écoles, crèches, résidences de personnes âgées,...); repas servis au personnel, aux accompagnants, repas servis à

³⁶ Loi No 748 du 31 juillet 1991.

³⁷ Loi No 94-43 du 18 janvier 1994.

l'extérieur, prestations médico-techniques et informatiques pour d'autres établissements, rétrocession de médicaments en ambulatoire, prestations fournies aux budgets annexes....

- Les recettes accessoires:

Il s'agit d'actes de gestion (placements financiers,...), de régularisation d'opérations comptables (opérations liées aux annulations et réémissions de mandats et de titres...), de remboursements divers (remboursement d'indemnités journalières par exemple).

Compte tenu du développement de ces recettes, les directeurs d'hôpitaux demandent plus de souplesse et d'autonomie dans leur utilisation. Ils revendiquent donc un allègement des procédures de financement de l'hôpital et le placement plus facile d'une partie de leurs fonds afin de permettre une gestion plus dynamique de l'hôpital. Dans d'autres pays, par exemple au Canada, les directeurs d'hôpitaux sont libres dans le placement de leurs excédents.

La réglementation actuelle applicable aux établissements publics de santé en matière de placements des fonds disponibles ne permet ces placements que s'ils proviennent de libéralités budgétaires, de l'aliénation d'un patrimoine où lorsqu'il correspondent à un excédent définitif. De tels placements doivent faire l'objet d'une délibération du conseil d'administration. Des placements de trésorerie peuvent également être réalisés mais seulement dans le cas de fonds recueillis par voie d'emprunt ou par cession d'éléments du patrimoine en vue de financer des travaux différés pour des raisons indépendantes de la volonté de l'établissement. Pour ce qui est des placements de fonds provenant d'excédents de trésorerie, les décrets d'application de la Loi hospitalière de 1991 ne sont pas encore promulgués.

Un placement des fonds plus motivant pour l'hôpital pourrait inciter à une politique plus volontariste. Un partage des produits des placements pourrait par exemple, financer une politique d'intéressement des personnels. Une réflexion sur ce sujet est actuellement en cours au centre hospitalier de Roanne dans la Loire. Le décret d'application prévu par la loi de 1991 précisant les conditions dans lesquelles ces placements pourraient se réaliser et la nature des fonds concernés, devrait être publié prochainement. En définitive, la demande pressante des hospitaliers pour avoir plus d'autonomie sur les recettes subsidiaires et le placement des fonds, ne fait qu'exprimer l'importance de ces éléments dans l'assouplissement de la gestion des règles comptables et financières.

2 - L'encadrement excessif des marchés publics.

L'objectif est de mieux adapter les règles des marchés aux besoins des hôpitaux publics afin d'assouplir et de faciliter leur fonctionnement tout en maintenant une grande rigueur. La loi du 31 juillet 1991 a apporté deux innovations importantes à la fonction achat:

le contrôle de la Tutelle sur les marchés s'exerce désormais à posteriori.

la possibilité d'adapter par décret le code des marchés publics aux conditions

particulières de gestion des hôpitaux publics.

L'adaptation doit être novatrice et prudente. Les hôpitaux publics ne peuvent pas, dans leur fonction achat, être soumis à une rigidité excessive. Ils doivent pouvoir s'équiper ou réaliser des travaux dans des délais similaires à ceux des hôpitaux privés. Les petits fournisseurs doivent pouvoir accéder à la fourniture publique.

Mais la prudence s'impose. L'assouplissement de la fonction achat doit s'accompagner d'un mécanisme rigoureux de contrôle et de sanctions en cas de malversations. Parmi les dispositions nouvelles à insérer dans le décret, nous pouvons retenir:

les adaptations liées aux seuils financiers

les adaptations liées aux procédures de passation des marchés publics.

Les seuils des marchés au-delà desquels les établissements doivent passer d'un achat sur factures à un appel d'offre restreint ou ouvert, ont été augmentés.

Le titre premier de la loi du 3 janvier 1991³⁸ relatif à la transparence et à la régularité des procédures de marchés, améliore le contrôle des procédures d'achat public. Ce texte crée un nouveau délit en sanctionnant le fait, pour un acheteur public, de procurer à autrui un avantage injustifié par un acte contraire aux dispositions législatives et réglementaires qui visent à garantir la liberté d'accès et l'égalité des candidats aux marchés. Il institue également une mission interministérielle d'enquête dont les pouvoirs ont été sensiblement renforcés par rapport à l'ancienne brigade interministérielle d'enquête dont les investigations se limitaient aux seuls marchés de l'Etat. Le décret du 6 décembre 1991 (JO du 8 décembre 1991) précise les conditions dans lesquelles cette mission fonctionne et intervient.

Une mise en oeuvre progressive de ces mesures est prévue avec un échéancier d'expérimentation.

3 - Les gestionnaires hospitaliers sont réticents à utiliser les nouvelles structures de coopération.

La loi du 31 décembre 1970 avait déjà fixé un cadre à la coopération entre les établissements publics et privés participant au service public hospitalier en prévoyant le recours aux conventions et aux syndicats inter-hospitaliers. La signature d'une simple convention entre deux hôpitaux présente l'avantage d'être une formule de coopération très souple car elle peut être envisagée pour n'importe quelle activité médicale ou logistique et peut être conclue entre des établissements et des organismes de statut différent. Toutefois, elle exclut la notion de copropriété et peut constituer un cadre juridique insuffisant pour une forme de coopération plus institutionnalisée.

³⁸ Loi No 91-3 du 3 janvier 1991.

D'autres structures sont inadaptées ou exclues en matière de coopération inter-hospitalière. Il s'agit de l'association, de la société commerciale, de la société civile de moyens ou de la société d'économie mixte.

La loi du 31 juillet 1991, article L 713-12, a étendu les formules de coopération possibles aux groupements d'intérêt public (G.I.P.) et aux groupements d'intérêt économique (G.I.E.) afin d'élargir les modalités juridiques de la coopération inter-hospitalière à la co-utilisation et à la copropriété d'équipements ou de services entre les établissements et d'autres personnes morales ou physiques relevant du droit public ou privé. Aux structures de droit public que sont le syndicat inter-hospitalier et le G.I.P., s'ajoute une structure de droit privé qui est le G.I.E, groupement d'intérêt économique.

Les deux structures les plus opérationnelles sont le GIP et le syndicat inter-hospitalier. Le premier permet un regroupement sur la base des activités non médicales. Le second permet une fusion de deux établissements sur la base de l'ensemble des activités logistiques et médicales. La seconde hypothèse aboutit à transformer deux établissements en un seul, avec un seul conseil d'administration et un seul directeur général. Comme dans la fusion de deux sociétés industrielles ou commerciales, la plus petite peut n'y percevoir que des inconvénients et freiner le processus. Le premier réflexe du directeur et du gestionnaire hospitalier est encore de raisonner en terme concurrentiel, aux dépens du jeu de la complémentarité inter-établissements tel qu'il est défini dans la loi hospitalière 1991 et dans la nouvelle réforme hospitalière de 1996.

La volonté d'améliorer la qualité du soin en optimisant la gestion hospitalière rend plus que jamais nécessaire le développement de la coopération interhospitalière et le partenariat. L'objectif prioritaire est de mettre en commun des moyens afin de rendre les meilleurs services au malade dans le cadre d'une rationalisation de l'ensemble des moyens sanitaires. Par exemple, en permettant à des établissements de taille moyenne d'avoir accès à des équipements coûteux par convention ou par regroupement tels que des scanners ou des lythotripteurs, on rentabilise le fonctionnement de l'équipement et on abaisse les prix de revient de certaines prestations.

La réforme hospitalière de 1996, a apporté une nouvelle structure de coopération, le groupement de coopération sanitaire (GCS)³⁹, très adapté aux mutations récentes de l'hôpital. Cette structure très souple a aussi comme caractéristique de permettre simultanément le regroupement de structures privées et publiques. Le GCS permet une coopération entre le service public et des établissements de santé privés à but lucratif. Doté de la personnalité morale, ce groupement n'est pas un établissement de santé. Il a pour objet de permettre aux établissements qui le souhaitent de mettre en commun un certain nombre de moyens et ainsi de collaborer sur des activités médicales. Il entre donc dans sa mission d'exploiter, pour le compte de ses membres, des équipements d'intérêt commun et notamment des plateaux techniques tels que des blocs opératoires ou des services d'imagerie médicale.

La complémentarité de fonctionnement entre public et privé est longue à réaliser. Le

³⁹ Ministère du Travail et des Affaires Sanitaires et Sociales, décret 97-240 du 17 mars 1997.

réflexe de raisonnement en concurrence est difficile à surmonter de la part de certains gestionnaires et directeurs d'hôpitaux. Cependant, les incitations financières du Ministère de la Santé devraient activer l'évolution des mentalités. Des moyens budgétaires complémentaires peuvent être alloués aux établissements faisant preuve d'initiatives en terme de redéploiements.

Conclusion:

Globalement le système de financement des soins hospitaliers mis en place au début des années 80 avec le budget global, les centres de responsabilité, la comptabilité analytique et complété par le PMSI, remplit assez bien son rôle d'outil de contrôle et de régulation des dépenses de santé. Par contre on ne peut parler de mise en place d'outils de gestion interne ou de pilotage. La loi hospitalière de 1970 incite tout au plus les établissements hospitaliers à une gestion efficace et efficiente de leurs ressources. Le personnel est perçu prioritairement en terme de dépenses et de coûts. Considérant que les soins ne sont pas un service et un produit comme les autres, il est difficile de raisonner en terme de marché et de rencontre d'une offre et d'une demande. Il n'y a pas fixation d'un prix d'équilibre. La santé peut avoir des coûts mais pas de prix.

La comptabilité analytique et le système d'information PMSI ont permis une progression importante en matière de connaissance des coûts avec toutes les réserves que l'on peut apporter parfois sur l'authenticité des résultats. La fixation des prix de journées d'hospitalisation est souvent un processus artificiel basé à partir de coûts peu représentatifs de la réalité. Le PMSI permet d'affiner les coûts, de fournir des coûts liés à des pathologies mais il n'apporte que peu d'éléments sur la construction des prix de la santé. Considérer que la forme finalisée du PMSI puisse permettre une simulation du marché par la fixation d'un prix relève de l'utopie.

Globalement le nouveau système de financement est un outil relativement efficace de régulation des dépenses, mais il ne comporte pas encore d'outils de gestion interne de pilotage. Il faudra attendre la loi hospitalière de 1991 pour que l'on passe du stade de l'incitation à une gestion efficace avec des orientations données aux établissements afin de créer des outils de gestion interne, véritables éléments moteurs du changement. Dans cette nouvelle démarche, le personnel n'est plus seulement appréhendé en terme de dépenses ou de coûts mais est considéré aussi comme une ressource. Le facteur humain est alors intégré en tant que tel dans le raisonnement d'ensemble.

La réforme de financement des hôpitaux n'a pas été poussée à son terme. Le système du budget global n'a pas été appliqué dans son intégralité. Ce système prévoyait notamment un intéressement des services aux économies dégagées. En n'allant pas au bout de cette logique, on a créé des situations de démotivation du personnel, qui ont entraîné de nouvelles causes de dysfonctionnement dans l'organisation. Les services performants voient leurs moyens diminuer au profit de services qui le sont moins. Si des moyens d'intéressement du personnel hospitalier ne sont pas mis en place au niveau du service ou d'une autre structure médicale plus large, comme le département médical, il sera difficile d'enrayer le rejet du système du budget global et plus généralement la démotivation du personnel.

La seconde priorité est la nécessité d'améliorer à l'hôpital l'évolution de la qualité des soins. A partir de 1991, dans la nouvelle loi hospitalière, le Ministère de la Santé fait connaître ses orientations dans ce domaine. Il s'agit essentiellement d'inciter les établissements à rénover leur système de gestion en s'appuyant sur de nouveaux outils de gestion susceptibles d'évaluer la qualité du soin et de créer un nouveau mode de régulation du modèle hospitalier se substituant à la seule régulation financière et budgétaire.

Chapitre 2 - La crise de l'hôpital comme révélateur d'un système obsolète de gestion du personnel.

La crise de l'hôpital est une crise de structure mais aussi de gestion. Les missions de l'hôpital ont évolué plus vite que ses capacités d'adaptation. Les notions même de maladie et d'offre de soins ont considérablement changé au cours de ces vingt dernières années. Le système de régulation de l'hôpital reposant sur une croissance continue est devenu obsolète et il est maintenant indispensable de le remplacer afin de permettre la transformation des structures et de la gestion de l'hôpital.

Le système actuel de gestion du personnel est un facteur de blocage du processus de changement. La loi hospitalière de 1970 a apporté peu de modification aux caractéristiques intrinsèques du modèle de gestion hospitalier. Les principales réformes ont porté essentiellement sur le financier et la maîtrise des dépenses hospitalières. La gestion du personnel a peu évolué au cours de ces vingt dernières années. L'héritage taylorien et bureaucratique est encore bien présent à l'hôpital où il s'agit plus d'administrer le personnel que de le gérer avec des techniques de gestion modernes intégrant le facteur humain.

Section 1 - Le mode de gestion bureaucratique du personnel freine la mutation de l'hôpital.

La gestion « administrative » de l'hôpital est conçue sur le modèle de la bureaucratie étatique. C'est à dire que les lignes hiérarchiques demeurent encore très traditionnelles, avec des organigrammes de direction verticaux et un fonctionnement d'équipe très ponctuel. Les grades à l'hôpital sont encore très nombreux; deux cent grades coexistent encore à l'hôpital public. L'information et la communication sont insuffisamment développées et l'hôpital est encore trop peu ouvert sur l'extérieur. La dynamique d'action par projet est encore trop rare et le manque de participation du personnel freine le changement du mode de gestion actuel.

1 § L'héritage bureaucratique dans la gestion hospitalière.

L'hôpital public français semble avoir de grandes difficultés à se débarrasser de règles de

gestion administratives et bureaucratiques qui prédominent dans un système où la gestion managériale n'est encore qu'expérimentale. La gestion intégrant le facteur humain est encore un objectif à atteindre.

A - Administrer et gérer.

Jean-Yves CAPUL⁴⁰ dénombre trois "âges successifs" dans la gestion du personnel:

- l'administration du personnel .

Le salarié est considéré comme un ayant-droit. Dans ce cas de figure, il est plus opportun de parler d'administration plutôt que de gestion. Le champ des fonctions concernées pour l'administration est très restrictif: il se limite traditionnellement au traitement des salaires, au suivi des statuts, de la protection sociale, des congés ...

- la gestion du personnel.

Le salarié est considéré comme "une personne" à rémunérer, à intégrer, à informer, à promouvoir et à former. Pour Bernard GALAMBAUD⁴¹ "gérer, c'est piloter un processus qui prend un problème en l'état où le trouve le gestionnaire, pour le conduire au seuil de la décision. Gérer, c'est donc organiser un processus de prise de décision et de telle façon que cette décision soit prise en temps opportun par les personnes les mieux placées et ayant autorité pour la prendre, en intégrant toutes les données et paramètres nécessaires à la qualité de cette décision. Les règles d'administration traitent du fond des choses, les règles de gestion traitent du processus de prise de décision. Les règles d'administration indiquent les solutions possibles. Les règles de gestion indiquent la façon dont il convient d'élaborer la solution".

- la gestion des ressources humaines et le développement social.

Les salariés sont perçus comme des "acteurs collectifs". La gestion s'étend à la recherche de nouvelles formes d'organisation du travail, de relations sociales, de motivation, dans une démarche stratégique et participative.

Ces trois situations peuvent s'apparenter à une évolution chronologique par enrichissement progressif des fonctions ou bien être considérées comme trois aspects d'une même fonction: la gestion du personnel. Dans cette dernière hypothèse, les trois modes coexistent simultanément. La GRH est alors l'aboutissement d'un long mouvement historique qui après l'administration du personnel a été enrichi par le courant des relations humaines.

La gestion actuelle du personnel hospitalier intègre essentiellement des caractéristiques empruntées aux deux premiers modes: administration et gestion du

⁴⁰ Jean-Yves CAPUL "Gestion des ressources humaines" - cahier réalisé sous la direction de Jean-Yves CAPUL, La Documentation Française, Cahiers Français N° 262, juillet-septembre 1993.

⁴¹ Bernard GALAMBAUD: "Des hommes à gérer", ESF Éditeur, 1991.

personnel, et partiellement de GRH; le développement social étant encore considéré comme un objectif à atteindre et inscrit dans la loi hospitalière de 1991. Le caractère bureaucratique de la gestion du personnel est aujourd'hui encore profondément enraciné dans l'hôpital public mais ce n'est pas la seule composante.

B - Administration du personnel et héritage Taylorien.

- Le concept "administrer".

Administrer, c'est appliquer à une situation des règles prédéterminées. L'administration ne crée pas le droit, elle ne détermine pas les politiques, elle applique seulement des règles. En matière hospitalière, le champ recouvert par le concept "administrer" est assez large. Il recouvre toutes les attributions classiques de la fonction personnel tels que: les salaires, les primes, les statuts, la protection sociale, l'avancement d'échelon, de grades, les positions administratives, la notation, les roulements, les horaires, les congés annuels. Dans une démarche traditionnelle administrative, il s'agit d'une gestion du formel, du statut et des droits acquis. Dans ce contexte, le salarié est un "ayant droit" et l'entreprise se réduit à une entité juridique qui peut être bien différente de l'entreprise réelle.

- une conception rationnelle de l'organisation.

Dans leurs ouvrages respectifs, TAYLOR⁴² et FAYOL⁴³ conçoivent l'organisation comme une machine dont chaque individu est un rouage. La gestion du travail découpe l'activité en une multiplicité de tâches élémentaires que l'on cherche à rendre opérationnelles et efficaces.

Les caractéristiques principales de ces organisations sont:

La division du travail qui englobe tous les aspects de l'activité de l'entreprise (division à la fois horizontale comme à l'intérieur des activités d'exécution et verticale, entre les activités de conception, d'exécution et de contrôle), et qui conduit à une spécialisation extrême des tâches et des missions.

un contrôle hiérarchique important.

la formulation écrite des procédures, de la définition du travail et des responsabilités. L'appréciation de l'efficacité des agents se fait par la mesure sur le terrain de la productivité et du respect des procédures.

⁴² F.W. TAYLOR: "The Principles of Scientific Management" in Scientific Management, Harper, 1947, version française: la direction scientifique des entreprises, Dunod 1971.

⁴³ H. FAYOL: "Administration industrielle et générale", Dunod, 1966.

la communication dans l'entreprise n'est donc conçue que comme une information opérationnelle et formelle.

Dans ce type d'administration le mot-clé est administrer. L'organisation est un système rationnel et il faut définir les moyens de contrôle et de commande sans hésiter en décidant pour les individus et surtout en évitant tout ce qui va à l'encontre de l'objectivité. L'application trop stricte de ces principes dans les organisations peut engendrer de nombreux dysfonctionnements.

2 § La bureaucratie et la gestion du personnel à l'hôpital public.

Selon Max WEBER⁴⁴, toute organisation atteignant un certain degré de développement, se bureaucratise. La bureaucratie est traitée positivement au début du siècle, mais cette notion prend une connotation péjorative après les années cinquante lorsque l'on constate que ce système s'oppose à l'innovation, au changement et à la motivation. Si Michel CROZIER⁴⁵ souligne les avantages de cette organisation, il en décrit aussi les inconvénients: principes de cloisonnement entre catégories, centralisation des décisions. Le changement ne peut se faire que par crise et à partir du sommet. J. NEWHOUSE, dans des recherches sur l'institution hospitalière, constate l'existence de certaines dominantes bureaucratiques:

• l'absence de concurrence réelle et la très faible mobilité des patients

• l'absence d'une coordination inter-hôpitaux qui limite toute rationalisation de la gestion publique

• l'inflation réglementaire et la tendance pour l'administration de codifier toutes les activités.

De manière générale, les études et analyses faites sur l'hôpital n'associent pas systématiquement l'argument bureaucratique à la gestion hospitalière. On peut simplement observer que certaines caractéristiques du système bureaucratique subsistent ou se sont développées simultanément avec d'autres stratégies.

A - Le lien organisation-gestion à l'hôpital.

Un centre hospitalier est une structure complexe composée de sous-systèmes avec diverses catégories de personnel fonctionnant parfois de manière semi- autonome: médecins, universitaires, soignants, administratifs, personnels techniques et ouvriers.

MINTZBERG⁴⁶ démontre que divers types d'organisations et de stratégies peuvent se

44 WEBER Max, "The theorie of social and economic organisation", T.Parsons ed, New-York, The Free Press, 1947.

45 CROZIER Michel: "Le phénomène bureaucratique", Seuil, 1963

côtoyer au sein d'une même entreprise ou du même établissement.

Dans un centre hospitalier, les administratifs évoluent dans un type d'organisation qui a chronologiquement beaucoup évolué et qui est en fait selon l'analyse de Mintzberg, un type hybride ou une sommation de diverses organisations types. Dans les années soixante, soixante-dix, l'hôpital public possède des caractéristiques de l'organisation appelée par Mintzberg, "organisation entrepreneuriale". Le sommet hiérarchique est constitué par un directeur d'établissement possédant un contrôle direct sur la prise de décision en l'absence de ligne hiérarchique. Dans les années soixante-dix, la relation, sommet hiérarchique - centre opérationnel (les services soignants), a évolué en se rapprochant de celle existant dans une configuration mécaniste. La ligne hiérarchique se développe avec l'apport de spécialistes notamment en support logistique. Les hôpitaux publics s'efforcent de rationaliser leur organisation sous l'influence extérieure du Ministère de la Santé et de la DDASS et sous la pression de leurs propres administrateurs. Dans les années quatre-vingt et au début des années quatre vingt dix, nous pouvons observer au sein de l'hôpital public, l'émergence de quelques configurations divisionnalisées; et cela, souvent par réaction à la configuration mécaniste et à sa hiérarchie, et sous l'effet de complexification du système (évolution rapide des technologies et des thérapeutiques, accroissement du nombre des réformes). Mais ce processus de balkanisation aboutit rarement à des évolutions positives en terme d'organisation et de gestion. Les managers de la ligne hiérarchique ont tendance à concentrer leur pouvoir dans des unités distinctes, là où les unités sont elles-mêmes structurées sous la forme de configurations mécanistes. Si les conflits se développent exagérément, le risque est que l'organisation glisse vers une organisation politisée. La force des conflits devient telle que chaque acteur tire de son côté avec tous les risques d'explosion sociale que cela comporte.

B - Les grades à l'hôpital public et les évolutions fonctionnelles.

L'article 5 de la loi du 9 janvier 1986⁴⁷ rappelle les dispositions essentielles devant figurer dans un statut particulier avec notamment:

le classement du corps dans l'une des catégories: A,B,C,D,

la division du corps en un ou plusieurs grades et leur hiérarchie.

Les statuts particuliers comportent généralement une définition succincte des fonctions et des attributions, des fonctionnaires membres du corps. Le classement traditionnel, catégories C et D (tâches d'exécution), B (encadrement) et A (tâches de conception et de direction) correspond à une réalité de partage des tâches et des initiatives dans l'administration hospitalière.

⁴⁶ MINTZBERG Henry : "Le management - Voyage au centre des organisations", les éditions d'organisation - 1990,Paris.

⁴⁷ Loi No86-33 du 9 janvier 1986- Ministère de la Santé publique.

- Les cadres de direction:

Le décret N°88-163 du 19 février 1988 portant statut particulier des grades et des emplois des personnels de direction décline la répartition hiérarchique des différents grades de directeurs selon les catégories d'établissements d'hospitalisation publique:

“Les personnels de direction peuvent se voir confier par le Chef d'établissement ou le secrétaire général, des missions et des études, la coordination d'études, une direction fonctionnelle, la direction d'un groupe de bureaux, d'un service non médical, d'un groupe de services non médicaux, d'un établissement annexe ou d'un groupe d'établissements annexes”.

Ce décret n'intègre pas la notion d'équipe au sein des cadres de direction d'un même établissement. Dans la pratique, cette notion de travail en équipe est loin d'être systématiquement et communément intégrée dans l'organisation des équipes hospitalières de directeurs. La subdivision du corps des cadres de direction hospitaliers en quatre classes, directeurs de première classe, de seconde, de troisième et de quatrième, n'est pas un découpage de pure forme. Il repose encore sur un partage réel des responsabilités professionnelles. La hiérarchie stricte prime souvent au détriment de la dynamique du groupe et de son efficacité.

- L'encadrement

L'article 2 du décret N°80839 du 21 septembre 1990, définit ainsi les attributions des chefs de bureau dans l'hôpital public (catégorie A):

“Ils peuvent avoir la responsabilité d'une ou plusieurs unités administratives. Ils encadrent le personnel affecté. Ils participent à la préparation des objectifs de l'établissement. Ils mettent en oeuvre des décisions arrêtées par la Direction.”

L'article 5 du même décret fixe les attributions des adjoints des cadres hospitaliers (catégorie B), en ces termes:

“Ils assurent l'instruction administrative ou financière des affaires qui leur sont confiées et préparent les décisions qui en découlent.”

Nous ne trouvons pas ici des attributions s'inscrivant dans une dynamique stratégique. En outre, cette classification par catégorie commune à l'ensemble de la fonction publique relie entre eux des corps et des grades sans refléter la diversité et la nature des conditions réelles d'exercice des fonctions. Ce découpage rigidifie le système. Toute modification catégorielle dans un corps impose une transformation portant sur toutes les catégories. C'est donc un frein au changement. Le protocole d'accord de rénovation de la fonction publique signé le 9 février 1990, prévoit la suppression progressive des catégories et commence par leur réduction à trois (A, B et C) aux dépens de la catégorie D en extinction.

- Un essai de classification par métiers et compétences.

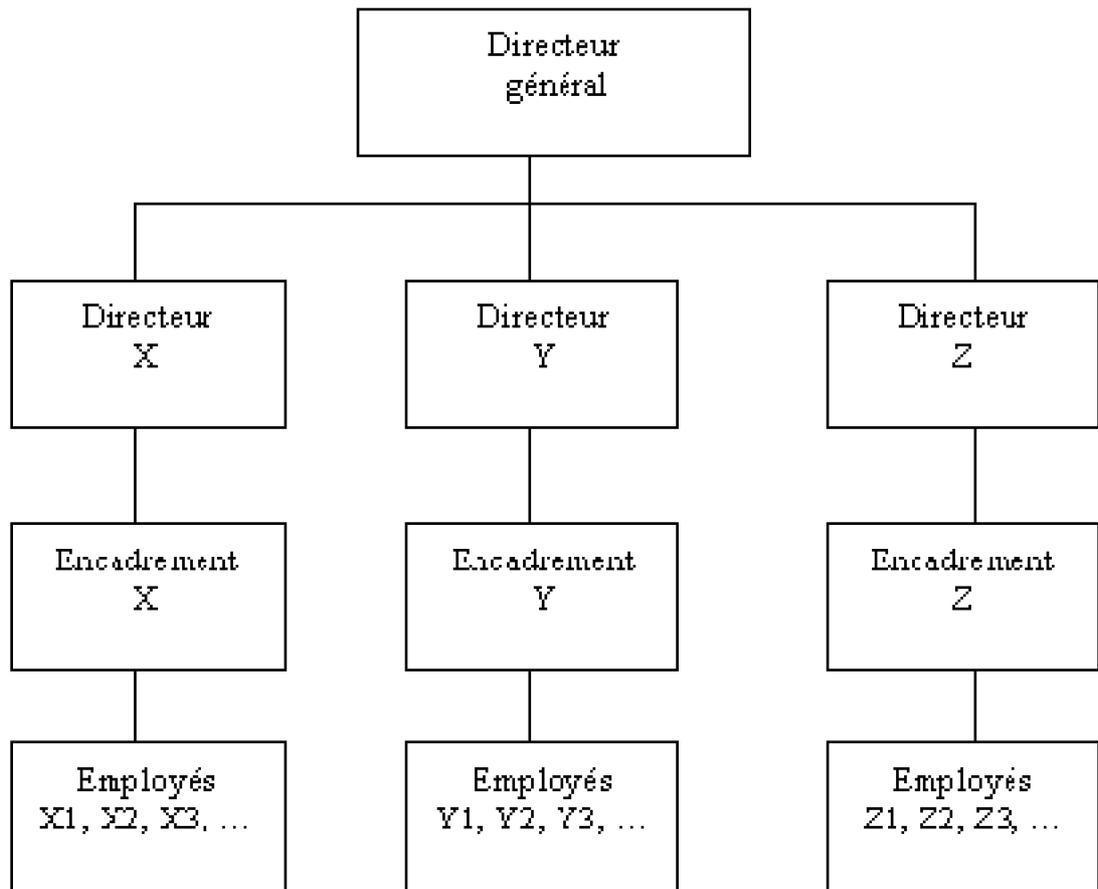
Dans la catégorie des administratifs, on dénombre 22 grades auxquels il faut ajouter 5 grades de directeurs et dans celle du personnel technique et ouvrier, 38 (12 pour le personnel technique et 26 pour les ouvriers). Il a fallu attendre 1990, pour que l'Ecole

nationale de la santé publique (ENSP), en collaboration avec l'association Développement et Emploi, éditée à l'initiative du Ministère de la Santé, les emplois types de l'hôpital public⁴⁸. Cette nouvelle classification met l'accent sur des aspects organisationnels et sur l'univers relationnel au travail autant que sur les compétences requises. Elle n'a pas de caractère statutaire. La nomenclature des emplois types de l'hôpital comporte deux familles: celle des services administratifs, techniques et généraux et celle des services soignants. Ces deux familles représentent à elles deux, plus de 120 emplois types correspondant aux seules catégories B et C. Les emplois types des services administratifs sont au nombre de 10, ceux des services techniques, de 34. Ce découpage est, en fait, un préalable à l'élaboration d'une gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences dans l'hôpital public. Il n'est actuellement employé que par quelques établissements et souvent à titre expérimental. Nous mettons en comparaison pour seulement le personnel des services administratifs, techniques et généraux, la présentation des grades statutaires traditionnels avec celle des emplois types selon la nouvelle nomenclature. Nous pouvons ainsi observer les conséquences d'une classification essentiellement guidée par la hiérarchie ou par les métiers:

⁴⁸ "Nomenclature des emplois types de l'hôpital", Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale, Direction des hôpitaux, Édition ENSP - Rennes, 1990.

PREMIERE PARTIE Le malaise actuel du personnel hospitalier comme conséquence de la crise de l'hôpital.

CORPS ET GRADES	NUMERO DE LA FICHE CORRESPONDANTE
INTERCALAIRE VII	
LES CORPS ET GRADES DES PERSONNELS DES SERVICES TECHNIQUES	
- Corps des ingénieurs généraux hospitaliers	47
- Ingénieurs généraux hospitaliers (formation)	48
- Ingénieurs généraux hospitaliers (certificat de spécialisation)	49
- Ingénieurs hospitaliers des spécialités de soins infirmiers	50
- Ingénieurs hospitaliers des spécialités de soins infirmiers (certificat de spécialisation)	51
- Ingénieurs hospitaliers des spécialités de soins infirmiers (certificat de spécialisation)	52
- Ingénieurs hospitaliers des spécialités de soins infirmiers (certificat de spécialisation)	53
- Ingénieurs hospitaliers des spécialités de soins infirmiers (certificat de spécialisation)	54
- Corps des agents techniques	55
- Agents techniques de premier échelon	56
- Agents techniques de deuxième échelon	57
- Agents techniques de troisième échelon	58
- Corps des dessinateurs	59
- Dessinateurs	60
- Dessinateurs de plans	61
- Dessinateurs généraux	62
INTERCALAIRE IX	
LES CORPS ET GRADES DES PERSONNELS DES SERVICES AUXILIAIRES DES SERVICES INTERIEURS ET DES SERVICES EXTERIEURS	
- Corps des agents auxiliaires	63
- Agents auxiliaires de première catégorie	64
- Agents auxiliaires de deuxième catégorie	65
- Corps des conducteurs	66
- Conducteurs	67
- Conducteurs généraux	68
- Corps des maîtres ouvriers	69
- Maîtres ouvriers	70
- Corps des ouvriers professionnels	71
- Ouvriers professionnels de première catégorie	72
- Ouvriers professionnels de deuxième catégorie	73
- Corps des agents de service	74
- Agents de service	75
- Agents de service généraux	76
- Corps des conducteurs automobiles	77
- Conducteurs automobiles de première catégorie	78
- Conducteurs automobiles de deuxième catégorie	79
- Conducteurs automobiles de troisième catégorie	80
- Corps des conducteurs ambulanciers	81
- Conducteurs ambulanciers de première catégorie	82
- Conducteurs ambulanciers de deuxième catégorie	83
- Corps des agents techniques d'entretien	84
- Agents techniques d'entretien	85
- Agents techniques d'entretien (certificat de spécialisation)	86
- Corps des agents d'entretien	87
- Agents d'entretien	88
- Agents d'entretien (certificat de spécialisation)	89
- Corps des agents d'entretien	90
- Agents d'entretien	91
- Agents d'entretien (certificat de spécialisation)	92
- Corps des agents de service générale	93
- Agents de service générale	94
- Agents de service générale (certificat de spécialisation)	95
- Corps des agents de service générale	96
- Agents de service générale	97
- Agents de service générale (certificat de spécialisation)	98
- Corps des agents de service générale	99
- Agents de service générale	100
- Agents de service générale (certificat de spécialisation)	101
- Corps des agents de service générale	102
- Agents de service générale	103
- Agents de service générale (certificat de spécialisation)	104
- Corps des agents de service générale	105
- Agents de service générale	106
- Agents de service générale (certificat de spécialisation)	107
- Corps des agents de service générale	108
- Agents de service générale	109
- Agents de service générale (certificat de spécialisation)	110
- Corps des agents de service générale	111
- Agents de service générale	112
- Agents de service générale (certificat de spécialisation)	113
- Corps des agents de service générale	114
- Agents de service générale	115
- Agents de service générale (certificat de spécialisation)	116
- Corps des agents de service générale	117
- Agents de service générale	118
- Agents de service générale (certificat de spécialisation)	119
- Corps des agents de service générale	120
- Agents de service générale	121
- Agents de service générale (certificat de spécialisation)	122
- Corps des agents de service générale	123
- Agents de service générale	124
- Agents de service générale (certificat de spécialisation)	125
- Corps des agents de service générale	126
- Agents de service générale	127
- Agents de service générale (certificat de spécialisation)	128
- Corps des agents de service générale	129
- Agents de service générale	130
- Agents de service générale (certificat de spécialisation)	131
- Corps des agents de service générale	132
- Agents de service générale	133
- Agents de service générale (certificat de spécialisation)	134
- Corps des agents de service générale	135
- Agents de service générale	136
- Agents de service générale (certificat de spécialisation)	137
- Corps des agents de service générale	138
- Agents de service générale	139
- Agents de service générale (certificat de spécialisation)	140
- Corps des agents de service générale	141
- Agents de service générale	142
- Agents de service générale (certificat de spécialisation)	143
- Corps des agents de service générale	144
- Agents de service générale	145
- Agents de service générale (certificat de spécialisation)	146
- Corps des agents de service générale	147
- Agents de service générale	148
- Agents de service générale (certificat de spécialisation)	149
- Corps des agents de service générale	150
- Agents de service générale	151
- Agents de service générale (certificat de spécialisation)	152
- Corps des agents de service générale	153
- Agents de service générale	154
- Agents de service générale (certificat de spécialisation)	155
- Corps des agents de service générale	156
- Agents de service générale	157
- Agents de service générale (certificat de spécialisation)	158
- Corps des agents de service générale	159
- Agents de service générale	160
- Agents de service générale (certificat de spécialisation)	161
- Corps des agents de service générale	162
- Agents de service générale	163
- Agents de service générale (certificat de spécialisation)	164
- Corps des agents de service générale	165
- Agents de service générale	166
- Agents de service générale (certificat de spécialisation)	167
- Corps des agents de service générale	168
- Agents de service générale	169
- Agents de service générale (certificat de spécialisation)	170
- Corps des agents de service générale	171
- Agents de service générale	172
- Agents de service générale (certificat de spécialisation)	173
- Corps des agents de service générale	174
- Agents de service générale	175
- Agents de service générale (certificat de spécialisation)	176
- Corps des agents de service générale	177
- Agents de service générale	178
- Agents de service générale (certificat de spécialisation)	179
- Corps des agents de service générale	180
- Agents de service générale	181
- Agents de service générale (certificat de spécialisation)	182
- Corps des agents de service générale	183
- Agents de service générale	184
- Agents de service générale (certificat de spécialisation)	185
- Corps des agents de service générale	186
- Agents de service générale	187
- Agents de service générale (certificat de spécialisation)	188
- Corps des agents de service générale	189
- Agents de service générale	190
- Agents de service générale (certificat de spécialisation)	191
- Corps des agents de service générale	192
- Agents de service générale	193
- Agents de service générale (certificat de spécialisation)	194
- Corps des agents de service générale	195
- Agents de service générale	196
- Agents de service générale (certificat de spécialisation)	197
- Corps des agents de service générale	198
- Agents de service générale	199
- Agents de service générale (certificat de spécialisation)	200



Si en première analyse ce type de schéma peut présenter des avantages:

- stabilité de l'organisation fondée sur des critères de hiérarchie ou d'ancienneté avec peu de remise en question ponctuelle;

- clarté sur le rang hiérarchique.

Il comporte aussi de graves inconvénients:

- grand cloisonnement horizontal: difficulté pour les acteurs X d'échanger avec les acteurs Y,

- déresponsabilisation en cascade: en cas de problème, l'acteur invoque l'ordre émanant d'un supérieur hiérarchique,

- ce système ne favorise pas la prise d'initiative,

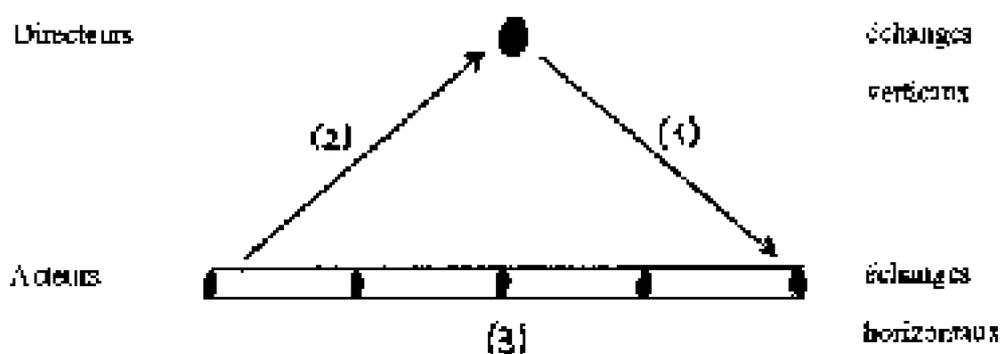
lenteur de circulation de l'information ou des directives.

D - Une information opérationnelle et formelle.

Ce type d'organisation hiérarchique entretient une forme de cloisonnement horizontal et nuit à la qualité des échanges verticaux. Dans une organisation, il existe plusieurs flux de communication et d'information, et plusieurs sens de l'échange, principalement:

des flux d'échanges horizontaux;

des flux d'échanges verticaux.



Le nombre de flux d'échanges et la vitesse de propagation de l'information va dépendre de plusieurs facteurs:

- La centralisation de l'institution:

Dans une institution très centralisée et très hiérarchique comme celle de l'hôpital, les flux se limitent souvent au (flux N°1), flux d'ordre ou d'injonction, sans tenir compte des remontées d'information (flux N°2) et des échanges entre les acteurs à la base de la hiérarchie (flux N°3).

- Le nombre d'intermédiaires:

Le nombre d'intermédiaires entre la base et le sommet de la hiérarchie n'est pas sans conséquence sur la vitesse de diffusion, les pertes d'information et les déformations du message. La multiplication des grades est un facteur de risque d'un trop grand nombre d'agents sur la même opération. Dans les grands hôpitaux, tels que les centres hospitaliers généraux, une opération est fractionnée en un grand nombre de tranches correspondant au nombre de services concernés. Pour la réalisation d'une opération d'investissement, le même dossier passe successivement par cinq ou six services et responsables avant d'être validé.

- La forme du support de communication:

La qualité de la communication dépend largement du support de communication choisi: contact direct, note personnalisée, note de service de diffusion générale, etc... Dans l'institution hospitalière, l'usage de la note de service est encore très répandu bien que de nombreuses enquêtes aient révélées qu'elles étaient peu lues et donc sans grande efficacité.

E - La hiérarchie hospitalière à travers la grille de Mintzberg .

Henry MINTZBERG⁴⁹ , dans son analyse du secteur hospitalier, relève l'existence de hiérarchies parallèles au coeur de l'hôpital:

celle des professionnels de la santé (médecins, soignants) qui va du bas vers le haut et qui est démocratique,

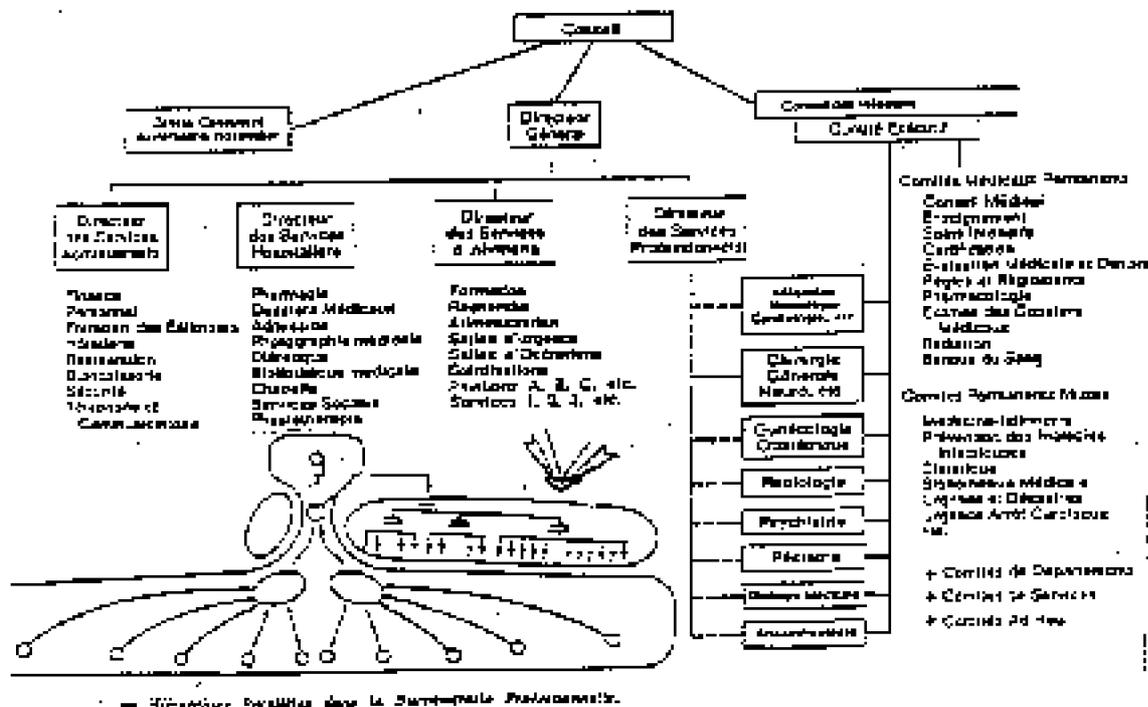
celle des fonctions administratives et logistique de type bureaucratie mécaniste.

Dans la hiérarchie professionnelle et médicale, le pouvoir est celui de l'expertise et de la connaissance . Ceci n'exclut pas l'existence d'une hiérarchie stricte respectant les niveaux d'expertise et d'expérience professionnelles. Les médecins rentrent dans l'hôpital comme internes, puis ils deviennent assistants, chefs de clinique, praticiens hospitaliers, professeurs agrégés. Dans la hiérarchie administrative, par contre, le pouvoir et le statut sont associés à la fonction.

Tout porte à démontrer que l'orientation professionnelle tournée vers le service et l'orientation bureaucratique axée essentiellement sur le respect des procédures sont des approches d'organisation du travail diamétralement opposées et que leur présence conjointe et parallèle est à l'origine de conflits dans les organisations et source de difficultés dans la gestion du système.

Ces deux hiérarchies parallèles sont donc maintenues très indépendantes l'une de l'autre et sont séparées jusqu'au niveau du sommet stratégique comme l'illustre l'organigramme hospitalier d'Henry Mintzberg:

⁴⁹ MINTZBERG Henry: "Structure et dynamique des organisations", Les éditions d'organisation, 1982, Paris.



Henry M. MINTZBERG. "Structure et dynamique des organisations". Les options d'organisation

F - Une direction "administrative" hospitalière conçue sur le modèle de la bureaucratie étatique.

Pour qu'une organisation fonctionne de manière satisfaisante, il faut que ses membres acceptent de contribuer à assurer la réalisation de ses objectifs. En tant que membre d'une organisation, aucun agent ne peut privilégier ses intérêts personnels à ceux de l'organisation. Les agents ne peuvent atteindre leurs objectifs propres que dans la mesure où ces derniers sont intégrés à ceux de l'organisation. L'agent ne participera et se mobilisera pour les objectifs de son organisation, que s'il y retire un intérêt personnel. C'est dire l'importance des projets d'établissement qui fédèrent les énergies et les objectifs individuels et collectifs.

Rien dans la loi hospitalière de 1970, n'a orienté le fonctionnement de l'hôpital public dans une dynamique de projet, tant au niveau des services administratifs que des services médicaux. Actuellement, l'avancement propre à la carrière de chaque

fonctionnaire semble administrativement se désolidariser des objectifs de la collectivité et de la productivité de l'organisation, en reposant essentiellement sur l'ancienneté et les mérites. C'est ainsi que le statut du personnel hospitalier prévoit le passage d'un échelon à un autre d'après des grilles élaborées à partir de durées préalablement définies; la note ne faisant que corrélérer ces durées en plus ou en moins par rapport à la note moyenne du grade.

L'intéressement à la réussite des projets de services n'est qu'ébauché dans la loi hospitalière de 1991 et sans conséquence sur les salaires des agents. Les éventuelles réalisations d'objectifs au niveau d'un service ne permettent pas actuellement le partage des économies ou des gains obtenus collectivement entre les agents du même service. L'effet de retour individuel n'est pas inscrit dans les textes.

La généralisation du projet d'établissement à l'hôpital public pourrait contribuer à sortir l'hôpital de la crise afin qu'il s'engage sur de nouvelles voies. Pour cela, la démarche projet doit conduire et favoriser une mutation culturelle parmi les acteurs hospitaliers:

en déterminant un ensemble de valeurs traduisant un esprit commun,

en permettant l'émergence de défis collectifs donnant un sens à l'activité de chaque agent,

en renforçant le sentiment d'appartenance à l'organisation,

en développant la responsabilisation des agents.

Il serait souhaitable de développer le sentiment d'appartenance du personnel à l'hôpital. Actuellement, les agents hospitaliers ressentent plus des appartenances professionnelles qu'un enracinement au niveau de l'institution;

Les dysfonctionnements actuels à l'hôpital public ne sont pas seulement techniques et financiers, ils sont aussi culturels. Pourtant, lorsque l'on est à l'écoute des acteurs hospitaliers on se rend compte qu'il y a un paradoxe entre leur désir de connaître le sens historique et actuel de l'établissement ou du service où ils exercent, son identité, et l'affaiblissement de leur sentiment d'appartenance à l'institution.

Simone TIMAR⁵⁰ s'est interrogée sur les liens entre les sentiments d'appartenance des acteurs à l'institution hospitalière, leurs motivations et le degré d'imprégnation de la culture hospitalière. Les exemples étudiés, à l'hôpital, en clinique mais aussi dans l'entreprise, démontrent tous que « là où une culture stimulante fait défaut, le système social d'action est comme un corps sans âme ». Pour imprégner positivement une culture hospitalière, trois principes sont particulièrement importants:

⁵⁰ Simone TIMAR, « Imbroglie dans les équipes soignantes hospitalières », TSA éditions - octobre 1993.

- harmoniser les valeurs de l'hôpital et sa stratégie,

- pratiquer une large délégation,

- ne pas heurter les principes dominants avec les déviations,

Un système de valeurs bien structurées qui forme le fond de la culture, présuppose une attitude de confiance et doit assurer la cohérence nécessaire entre les projets individuels et les objectifs institutionnels. Les sous-cultures divergentes doivent pouvoir fonctionner sans que leurs objectifs contreviennent à l'orientation globale.

Le développement des pratiques thérapeutiques et des actes techniques fait oublier que la maladie n'est qu'un élément d'un projet de santé. La conception actuelle de la santé qui ne retient que la non maladie n'est pas étrangère à cette évolution individuelle des agents. Il a fallu attendre un texte daté du 23 octobre 1995⁵¹ pour que soit officiellement intégré de manière stratégique une notion différente de la maladie et de la santé guidant la nature des missions de la DDASS et de la DRASS dans le domaine de la santé et de son environnement.

Les interventions de la DDASS et de la DRASS peuvent s'inscrire désormais dans une stratégie globale de santé publique. Dans son rapport « la santé en France » le haut comité de la santé publique décrit les éléments et les grands axes de la politique de santé publique. La maladie s'intègre désormais à l'intérieur de l'environnement social et physique, et les soins ne sont qu'une des réponses à une demande individuelle dont les objectifs sont la santé mais aussi le bien être physique et social des personnes.

A partir de ce schéma général, une nouvelle politique devient possible avec des actions qui pourront se situer en référence à ce cadre.

Les intervenants et acteurs de la santé peuvent ainsi mieux dialoguer, mieux se comprendre et trouvent une finalité collective à leurs actions individuelles. Une modélisation permet aussi de mieux identifier les points forts et les points faibles des actions mutuelles et d'aider au diagnostic et à la conduite des actions. Elle peut servir de support à une meilleure identification des missions respectives des différents acteurs.

La santé publique, définie à l'intérieur d'une stratégie globale par un modèle simple, permet d'améliorer les actions de communication entre les acteurs de la santé et les usagers. La démarche santé-publique dans son environnement peut-être représentée ainsi:

⁵¹ circulaire DGS/VS No 95688 du 23 octobre 1995 relative au cadre de référence des missions des DDASS et DDRASS dans le domaine de la santé et de l'environnement.

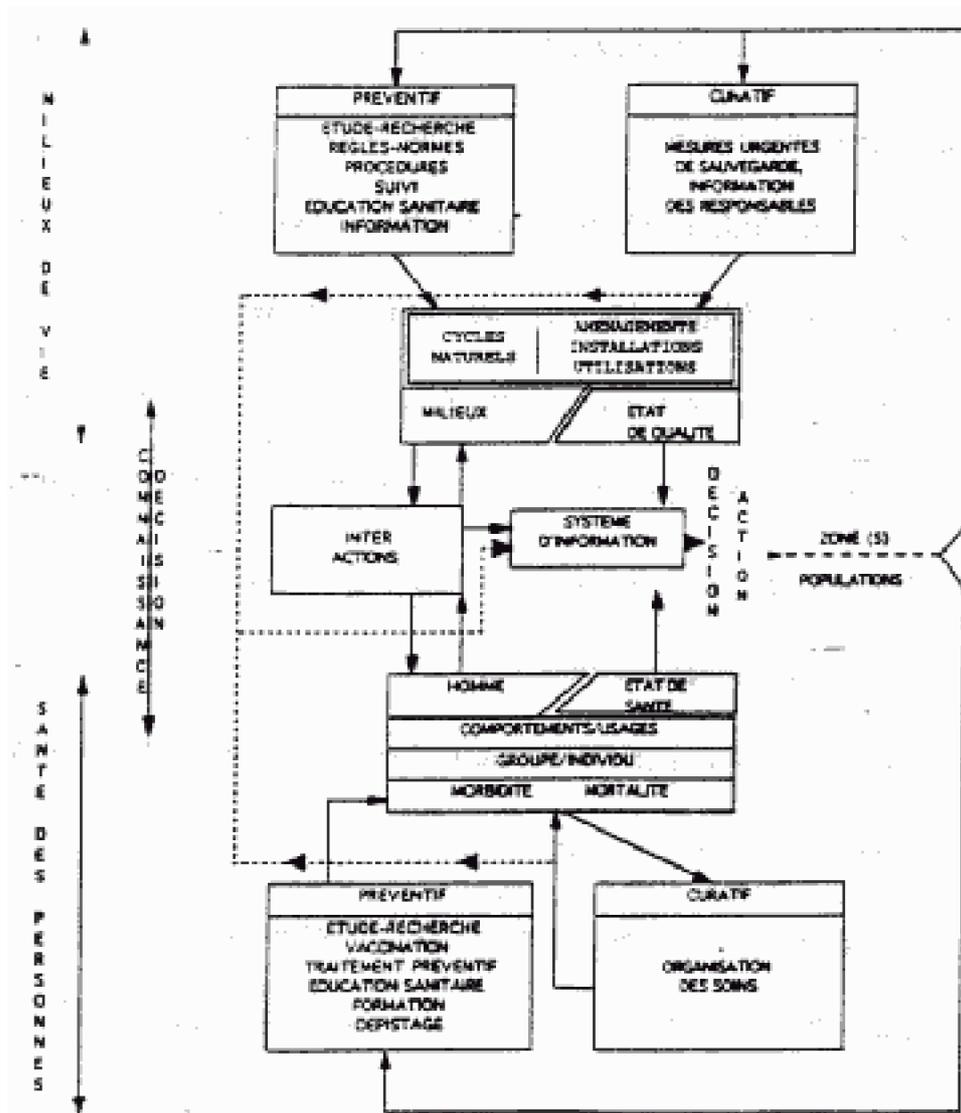


Figure : Représentation de la démarche de santé publique appliquée au domaine "santé-environnement".

52

Ce schéma peut être commenté de la manière suivante:

Les milieux de vie de l'homme sont en interaction permanente avec lui et ces interactions peuvent avoir des effets positifs ou négatifs et à effets différés. La santé de la population résulte d'un ensemble complexe de déterminants individuels, génétiques ou comportementaux tels que l'environnement social et physique. Elle peut être décrite au travers des indicateurs de mortalité, de morbidité et de bien-être.

L'action de santé publique va résulter de décisions qui vont avoir pour objectifs, en intervenant sur les milieux ou les personnes, d'assurer un réel effet préventif mais aussi curatif en tentant de juguler les nouveaux cas de maladies.

⁵² Sources: circulaire DGS/VS, No 95688 du 23 octobre 1995.

La prise de décision intègre la gestion globale des risques. Les principales phases sont l'identification des problèmes et la détermination des objectifs et des contraintes sur le plan de la santé publique mais aussi juridiques, politiques, économiques et financiers. Les principaux objectifs de santé publique sont la réduction de la mortalité et de la morbidité ainsi que la protection du patrimoine naturel dans la mesure où l'état de santé de l'homme dépend directement du maintien des équilibres dynamiques qui régissent son environnement. Parmi ces principaux objectifs, nous trouvons aussi l'élaboration de solutions alternatives.

La prise de décision et l'action nécessitent:

des interrelations entre l'homme et son milieu,

une appréhension de l'état de santé de l'homme par rapport à la qualité de son environnement,

une bonne mise en oeuvre des actions entreprises.

En se spécialisant dans une fonction de plus en plus spécialisée sans être relié à l'ensemble du processus soin - santé - maladie, le soignant peut éprouver des difficultés d'identification. Dans ce contexte, la motivation des acteurs a tendance à décroître. Les approches participatives responsabilisantes sont pratiquement inexistantes actuellement à l'hôpital public. Il existe encore peu d'indicateurs de performance opérationnels qui aideraient à déterminer des objectifs clés et à situer les acteurs dans un processus global.

La démarche projet pourrait devenir à l'hôpital, le cadre institutionnel favorisant des améliorations dans l'organisation, notamment dans le renforcement du sentiment d'appartenance à l'organisation et la détermination d'un ensemble de valeurs collectives.

Chaque agent pourrait trouver un sens à son activité individuelle au sein des valeurs et des objectifs collectifs. Le projet d'établissement est supposé intégrer les activités, les pratiques et les compétences de chacun avec les effets sur la santé des patients. Comprendre les pratiques dans l'activité hospitalière, c'est mettre en valeur la santé, définir les objectifs à atteindre, prévenir, faire un diagnostic, soigner le malade. La démarche projet dans ce cadre permet de situer la santé dans les actes quotidiens.

Le processus de valorisation des activités hospitalières suppose en préalable un effort de compréhension, de dialogue et de communication entre l'ensemble des acteurs hospitaliers soignants, administratifs et partenaires extérieurs. L'élaboration et le suivi d'un projet d'établissement à l'hôpital requiert une évolution culturelle des acteurs dans leur globalité.

Les rapports de travail de type tayloriens qui subsistent à l'hôpital sont un frein au changement. La gestion actuelle à l'hôpital public repose encore trop sur des caractéristiques bureaucratiques qui présentent certes certains avantages mais aussi des limites et des contraintes au changement.

Les principales caractéristiques de cette organisation sont la spécialisation des

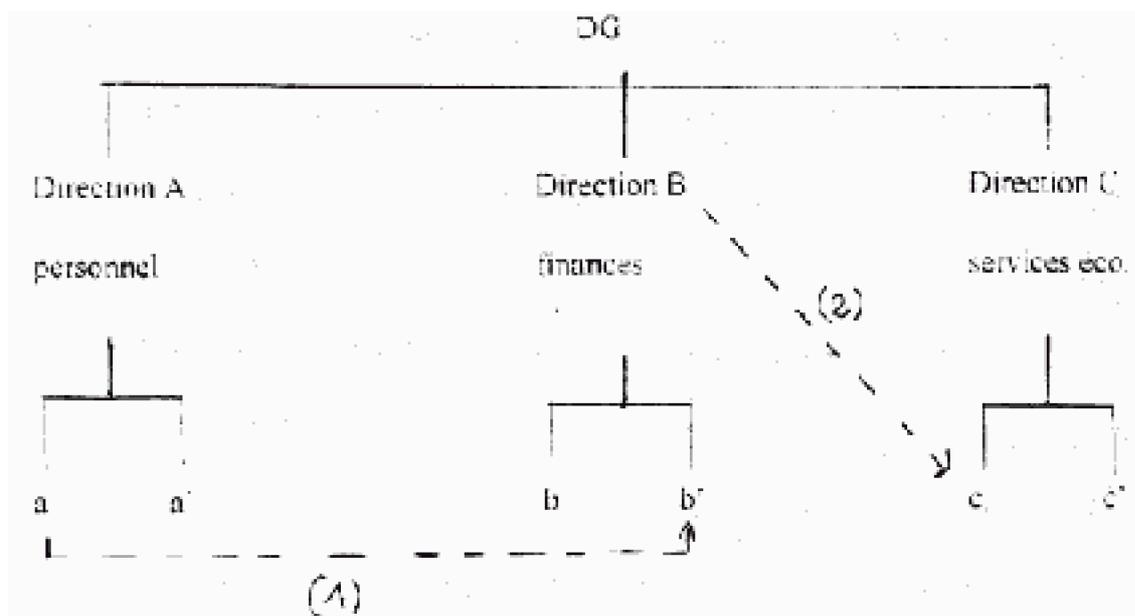
tâches et la pluralité des ordres et de l'autorité. A l'hôpital public, la responsabilité de direction est conjointement partagée par des directeurs à compétence spécifique et complémentaire (services économiques, finances et comptabilité, personnel...) et chaque filière d'exécution reçoit des directives pouvant provenir de plusieurs supérieurs hiérarchique différents.

Cette structure hiérarchique présente des avantages comme la stabilité de l'organisation et la difficulté de remettre en cause la hiérarchie. Mais, il y a aussi de nombreux inconvénients tels que le cloisonnement des différents services qui ne communiquent que verticalement ou la rigidité de la structure au niveau de l'encadrement. Les possibilités de promotion, comme par exemple le passage du grade d'adjoint des cadres à celui de chef de bureau, sont souvent dépendants autant de la compétence professionnelle que du dévouement et des relations personnelles avec le supérieur hiérarchique; cela peut devenir un facteur de démotivation important au sein d'une équipe.

Il existe des risques de saturation dans le fonctionnement de la direction générale et des difficultés à localiser les responsabilités de chacun. Quand toute décision remonte à la direction générale même s'il s'agit de problèmes mineurs, cela crée le risque que le directeur général devienne totalement inefficace. Dans ce contexte, la priorité va vers les décisions à court terme en l'absence d'organe de réflexion capable d'élaborer un projet à moyen terme.

D'une manière générale, le circuit de l'information est lent à l'hôpital. Les décisions doivent suivre systématiquement les différents niveaux hiérarchiques avec peu de possibilités de communication directe entre les intéressés. Il n'est pas rare dans un hôpital public que deux services tels que le personnel et les services économiques par exemple soient administrativement complètement cloisonnés et sans aucun échange institutionnels entre eux autre que le circuit vertical.

Dans une structure classique organisée sur un organigramme bureaucratique de ce type:



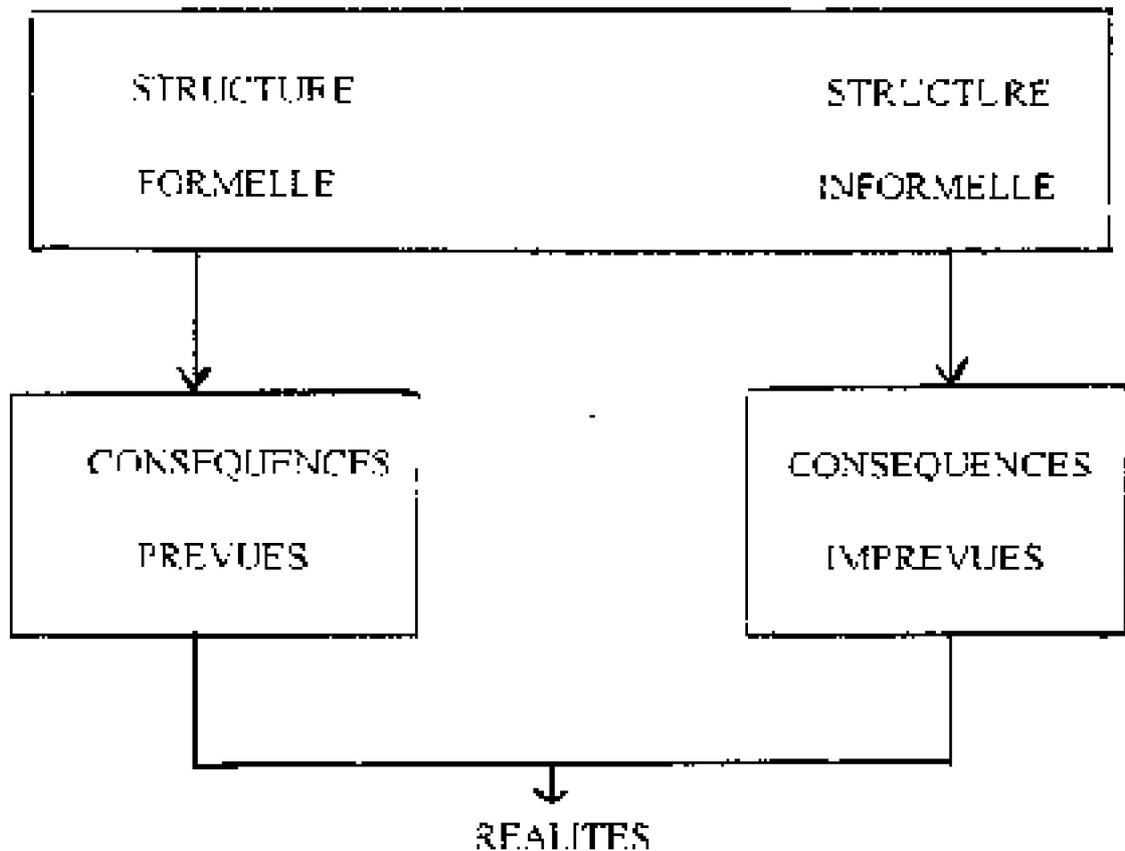
L'agent a qui va vouloir communiquer avec l'agent b devra utiliser la voie hiérarchique, c'est à dire son directeur A, le directeur général, puis le directeur B des finances. Ce processus institutionnel est très long et l'agent peut être tenté d'utiliser une communication informelle directe et horizontale avec son collègue b (liaison 1). Des directeurs peuvent aussi contacter directement un agent d'encadrement d'une autre direction en « court-circuitant » le responsable (liaison 2).

Actuellement, l'hôpital public « vit » son organisation plus qu'il ne la maîtrise et la dirige. Cette situation entraîne à la fois de nombreux dysfonctionnements et des circuits parallèles et informels.

Le plus souvent les structures moyennes ne disposent pas d'organigrammes officiels et les gros hôpitaux, tels que les centres hospitaliers régionaux fonctionnent avec un organigramme vertical. Dans les petites et moyennes structures, le directeur retient mentalement les liaisons essentielles de son organisation et le rôle de ses adjoints, qu'il considère souvent plus comme des subordonnés que des collaborateurs. Ces derniers ont une connaissance très imprécise de leurs fonctions qui dépendent généralement de l'état de leur rapport personnel avec le directeur d'établissement.

Cette fluctuation dans les délégations de pouvoir et cette absence d'organisation précise peuvent s'avérer être un frein au bon fonctionnement de l'établissement. Cette situation facilite la création de structures informelles s'appuyant sur des réseaux de communication privilégiés qui se juxtaposent voire se substituent à la structure officielle. Cette coexistence de structures peut aboutir à des conséquences imprévues. Michel CROZIER⁵³ s'est attaché à analyser, à travers de grandes organisations publiques ou privées, les dysfonctionnements qui pouvaient résulter de cette situation:

⁵³ Michel CROZIER, « L'entreprise à l'écoute », Inter-Editions, 1989..



Ce type de direction peut aboutir à des phénomènes atypiques qui risquent de scléroser l'organisation. Nous pouvons citer « le principe de Peter » et « la loi de Parkinson » qui s'appliquent opportunément aux directions administratives hospitalières.

Pour PARKINSON⁵⁴, « **tout travail tend à se dilater pour remplir tout le temps disponible** ». La première conséquence est que tout directeur préfère multiplier le nombre de ses subordonnés plutôt que celui de ses adjoints ou « concurrents potentiels » et cela sans référence directe au volume d'activité.

Parkinson cite en exemple la marine britannique qui entre 1914 et 1918 connaît une diminution de 67 % du nombre de ses bateaux avec une augmentation simultanée du nombre des fonctionnaires de l'amirauté de 78 %.

Dans la fonction hospitalière, nous pouvons souvent relever que les directeurs d'établissement arrivés à l'ancienneté et dépourvus d'études initiales, ont tendance à privilégier le recrutement d'adjoints des cadres sans formation universitaire plutôt que de jeunes adjoints directeurs issus de l'université et de l'Ecole nationale de la santé publique.

Dans le même ordre d'idée, PETER⁵⁵ a remarqué que les individus sont élevés par promotion hiérarchique jusqu'au poste où ils sont incompétents et cessent ensuite d'être promus. Le principe est formulé ainsi « **dans une hiérarchie, tout employé a tendance**

⁵⁴ C.H. PARKINSON, « 1=2 ou les règles d'or de Parkinson », Robert Laffont, 1983.

⁵⁵ L.J. PETER et R. HULL, « Le principe de Peter », Editions Stocks, 1970.

à s'élever à son niveau d'incompétence. Avec le temps, chaque poste tend à être occupé par un incompetent ».

Le processus d'avancement de carrière des directeurs d'hôpitaux qui repose essentiellement sur l'ancienneté peut aboutir à cette dynamique de l'incompétence.

Dans une entreprise privée classique, la direction est nommée par le Conseil d'administration. Chaque fonction principale (production, finance, commercial) est dirigée par un membre de l'équipe de direction. A l'hôpital public, la représentation est radicalement différente. Le corps médical, qui assure l'activité essentielle - l'équivalent de la fonction de production - n'est pas représenté dans l'équipe de direction. Cette organisation et représentation des organes dirigeants s'inscrit dans une logique bureaucratique et administrative. La mission principale de la "direction administrative" est de faire appliquer les règles et la législation qui ont été négociées et édictées au niveau central. En matière de gestion du personnel, la direction joue le rôle de relais entre le Ministère de la Santé, qui édicte et fixe les règlements, les statuts, les rémunérations, et les instances locales. La séparation entre médecins, représentants de la fonction de production et les administratifs, responsables du financier, ne facilite pas le contrôle et la maîtrise des masses budgétaires. Compte tenu des masses financières concernées et des difficultés croissantes pour juguler leur progression, les autorités centrales se sont rendues compte de la nécessité d'imposer une plus grande rigueur budgétaire et de plus responsabiliser les acteurs hospitaliers. Des moyens et des techniques de régulation se sont développés tels que le budget global et les taux directeurs. Mais les résultats sont insuffisants, et il apparaît maintenant nécessaire de compléter le système par la mise en place d'outils de gestion interne aux établissements, comme le contrôle de gestion s'appuyant sur des coûts de fonctionnement fiables et exigeant un suivi par les responsables des services.

L'approche traditionnelle, selon laquelle l'hôpital n'a pas de direction proprement dite mais une "administration" ou une direction "administrative" dont le rôle essentiel est d'administrer résiste mal aux nouvelles missions de l'hôpital et à l'évolution économique et financière de l'environnement. On ne peut plus soutenir, aujourd'hui, que le rôle des directeurs hospitaliers se résume à vérifier la conformité du fonctionnement de l'établissement avec les règles qui le régissent. Après la mise en place de l'instrument de régulation budgétaire imposé par le Ministère de la Santé, les responsables hospitaliers se trouvent de plus en plus soumis à une demande de savoir-faire gestionnaire pour laquelle dans l'ensemble ils sont mal préparés.

3 § La loi hospitalière de 1970 a favorisé l'émergence d'une stratégie concurrentielle.

Les années cinquante et soixante apportent un grand bouleversement dans l'approche du fonctionnement des entreprises. Le développement de la concurrence va donner naissance à de nouvelles logiques, notamment celle de la recherche de la compétitivité et de la productivité, afin de conquérir de meilleures positions sur les marchés par rapport aux concurrents. Ces nouvelles logiques sont structurées en stratégies et en principes de management enseignés dans les cours de "business policy"⁵⁶ à Harvard, pour ne citer

que les plus connus. Dans la sphère de l'économie de marché apparaît le management par objectifs qui prétend coordonner les objectifs de l'entreprise et les motivations personnelles de ses membres. Cette méthode apparue sous le nom de DPO (direction par objectifs) ou DPPO (direction participative par objectifs) est mise en pratique dans les années soixante-dix dans un certain nombre d'entreprises.

Dans la fonction publique, plusieurs ministères appuient leurs décisions et leurs actions à partir de la planification stratégique par objectifs appelée en France méthode RCB (rationalisation des choix budgétaires).

Au niveau des hôpitaux, cette nouvelle stratégie, appelée stratégie concurrentielle, s'articule essentiellement autour de deux logiques principales: la recherche de meilleurs positionnements sur les marchés par rapport aux concurrents (cliniques privées, secteur libéral, ou autres hôpitaux publics) et la recherche de productivité.

L'école de la stratégie concurrentielle se caractérise par une modélisation importante:

le modèle du BCG (Boston consulting group) cherche à étudier l'activité de l'entreprise au travers d'une matrice à deux variables: la part de marché relative de l'entreprise par rapport à son concurrent le mieux placé et le taux de croissance du secteur.

les deux autres modèles, le modèle ADL d'Arthur D. LITTLE et celui de Mac KINSEY, cherchent aussi de manière différente à analyser et à anticiper la position concurrentielle de l'entreprise et la valeur du secteur.

Dans le modèle de Mac KINSEY, cette dernière variable traduit en fait l'attrait du marché à moyen terme pour une entreprise donnée.

Les entreprises privées qui ont adopté une stratégie concurrentielle se sont servies d'outils et de modèles sophistiqués; ce qui n'a pas été le cas dans le domaine hospitalier. Peu de modèles élaborés ont été utilisés par des gestionnaires hospitaliers.

Les DRASS et les DDASS éludent souvent, dans leur études préliminaires à l'élaboration des cartes sanitaires, les études en terme de positions concurrentielles de parts de marché et de zones d'attractivité entre hôpitaux publics et cliniques, à l'intérieur d'une même référence géographique.

Si l'on ne doit pas sous-estimer les difficultés à élaborer de telles études, on doit cependant reconnaître leur intérêt primordial. A défaut de ces études réalisées par les autorités de tutelle, certains hôpitaux, surtout des CHR, confient à leur département d'études stratégiques et prévisionnelles, l'élaboration de ce travail. Ponctuellement, ce travail est aussi confié à des organismes extérieurs spécialisés. L'appréciation des positions concurrentielles et des zones d'activités, permet aux établissements de mieux connaître leur clientèle potentielle et de mieux se situer par rapport à la concurrence publique ou privée voisine.

Mais ces études sont souvent incomplètes et peu utilisées stratégiquement; au plus

⁵⁶ LEARNED., P C.R. CHRISTENSEN, X. ANDREWS et W. D. GUTH. "Business Policy", 3ème édition, Home word, Irwin, 1975.

elles trouvent ponctuellement leur place en substitution à une analyse de la demande de santé et des besoins, insuffisante de la part des autorités de tutelle. La loi hospitalière de 1991 inclut dans l'exercice du service public hospitalier (SPH) les établissements de santé privés à but non lucratif admis à participer à l'exécution du service public et les établissements privés ayant conclu un contrat de concession pour l'exécution du service public hospitalier. Les autres établissements de santé privés peuvent être associés au fonctionnement du service public. Les médecins et autres professionnels de santé non hospitaliers peuvent recourir à l'aide technique du service public et utiliser leurs plateaux techniques. La loi hospitalière de 1991 réduit très fortement la concurrence directe entre hospitalisations publiques et privées que la loi de 1970 avait instituée. La réponse aux besoins sanitaires d'un secteur, d'un département ou d'une région se fait plus en complémentarité entre le secteur public et le secteur privé associé au service public que sous forme de concurrence sauvage. Le souci du législateur est d'éviter les doublement coûteux d'activités. En réalité, la concurrence n'a pas disparu, elle a changé de nature. Elle s'est enrichie de nouveaux facteurs tels que la maîtrise de la qualité par exemple. Un établissement compétitif moderne est celui dont les services ou les prestations ont une plus grande valeur que ceux de leurs concurrents grâce à leurs qualités, leurs performances et leurs fonctionnalités nouvelles en avance sur les attentes du marché avec un coût moindre.

Le concept de productivité devient évolutif. Le concept strict de productivité du travail s'élargit au concept de productivité sociale. Depuis les années soixante-dix jusqu'à aujourd'hui, la logique ministérielle a été explicitement ou implicitement d'encourager les gains de productivité dans les hôpitaux essentiellement sous forme d'économie de personnel. Il faudra attendre la loi hospitalière de 1991 pour trouver dans un cadre potentiel et implicite, les signes d'intégration de la productivité sociale. C'est dire que le raisonnement et le défi n'est plus seulement quantitatif mais aussi humain et social.

Section 2 - Le mode de gestion actuel du personnel dynamise la crise.

La crise de l'hôpital public est d'abord un problème structurel et organisationnel. L'hôpital se caractérise par sa faible capacité d'adaptation et son inertie au changement. Jusqu'aux années quatre-vingt, les facilités de la régulation par la croissance ont masqué le mode de gestion bureaucratique et sclérosant du personnel. L'amélioration des conditions de rémunération du personnel suffisait à étouffer toutes autres revendications majeures. Depuis que les rémunérations stagnent, le mode de gestion du personnel caractérisé par une absence d'intégration de la dimension humaine et sociale, est vivement critiqué. Les infirmières et les internes en médecine, acteurs de base de l'organisation ont manifesté en premier leur rejet du mode d'organisation et de gestion de l'hôpital public; bientôt rejoints par l'ensemble des acteurs hospitaliers. A l'hôpital, le personnel est avant tout considéré en terme d'effectif sur lequel on recherche à réaliser le maximum de gains de productivité.

1 § - La recherche de gains de productivité sur le facteur travail à l'hôpital public.

Depuis la Loi hospitalière de 1970, l'objectif économique prioritaire du Ministère de la Santé pour l'hôpital est la recherche de gains de productivité sur le facteur travail. Plusieurs mesures ont été prises pour tenter de réduire les dépenses de personnel et le coût de ce facteur.

A - Définition de la productivité.

Avant de définir le concept de productivité dans le contexte de l'hôpital public nous pouvons retenir sa définition générale: la productivité peut être considérée comme la capacité productive mesurée par la quantité de biens et de services que produit une unité d'un ou de plusieurs facteurs de production dans un temps donné. Quand on parle de productivité du travail, le facteur de production est le travail.

La productivité peut se représenter sous la forme d'un rapport dont le numérateur représente la quantité physique de production et le dénominateur, le facteur ayant contribué à cette production. La productivité d'un facteur mesure l'efficacité de ce facteur isolé des autres facteurs de production supposés fixes.

Pour Lionel STOLERU⁵⁷, il existe deux types de productivité, la productivité moyenne et la productivité marginale:

Productivité moyenne: La productivité moyenne d'un facteur est le quotient de la quantité produite par la quantité utilisée de ce facteur.

Productivité marginale: La productivité marginale d'un facteur est la variation de la production induite par l'utilisation d'une unité supplémentaire d'un facteur considéré.

Pour une fonction de production de la forme: $Y = f(x_1, \dots, x_n)$,

la production moyenne (PM) est égale à :

$$\frac{Y}{x_i}$$

et la production marginale (Pm) est égale à :

$$\frac{dY}{dx_i}$$

Ce sont là, les deux formulations qui sont retenues dans les modèles économiques officiels de calcul de productivité.

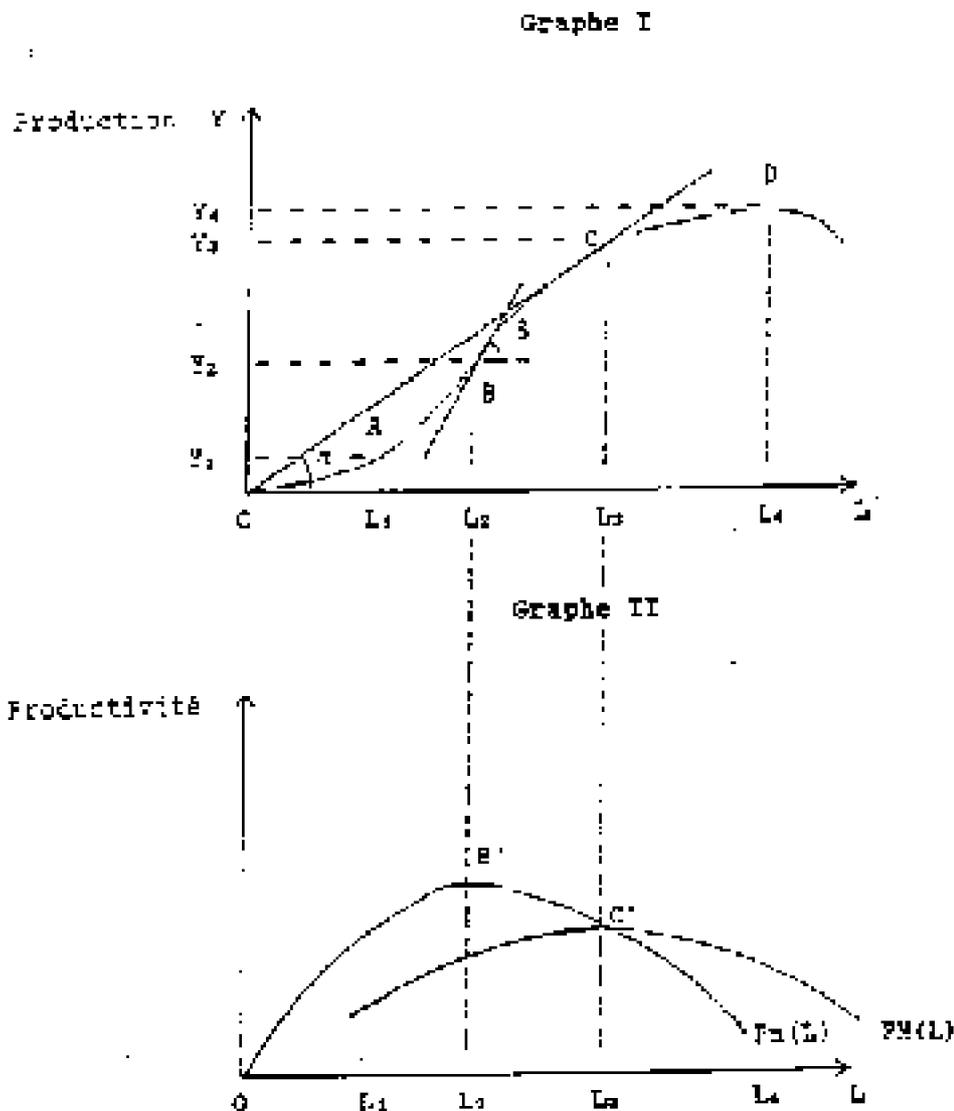
Représentation graphique:

Pour une fonction de production variant en fonction de l'évolution d'un facteur (facteur

⁵⁷ Lionel STOLERU, « L'équilibre et la croissance économiques - principes de macroéconomie, Finances et économie appliquée - Dunod - Paris 1970.

L pour le travail par exemple), les autres facteurs restant fixes (le capital K est supposé constant).

La représentation graphique est la suivante:



La productivité moyenne du travail est représentée (graphe I) par la tangente de l'angle c'est à dire:

$$\frac{OL_1}{OY_1}$$

La tangente de l'angle croît jusqu'au point C (graphe I), correspondant au point C' (graphe II), apogée de PM (L). Au-delà de ce point, la tangente de l'angle décroît.

La productivité marginale du travail est représentée par la tangente de l'angle ; c'est à dire que la tangente de l'angle croît jusqu'au point B (graphe I) correspondant au point B' (graphe II) apogée de Pm (L). Au-delà de ce point, la tangente de l'angle décroît.

Au point C (graphe I), l'angle est égal à l'angle ; le point C' (graphe II) correspond à une égalité entre la productivité marginale et la productivité moyenne.

Il faut distinguer la productivité du rendement.

B - Définition du rendement.

Le rendement mesure l'efficacité d'un processus de production considéré dans son ensemble. Les facteurs de production varient dans ce cas dans la même proportion et il s'agit alors de mesurer les variations de la production qui en résultent. Le contexte est différent de celui de la mesure de la productivité d'un facteur qui varie alors que les autres facteurs sont considérés comme fixes. L'intérêt est de connaître l'augmentation de la production lorsque l'on augmente conjointement les facteurs de production de x%.

Il s'agit:

de rendement d'échelle constant si la production augmente aussi de x%.

de rendement d'échelle croissant si la production augmente dans une proportion supérieure à x%.

de rendement d'échelle décroissant si la production augmente dans une proportion inférieure à x%.

Généralement, la production passe par une période de rendement croissant (on parle d'économie d'échelle) pour arriver à un stade de rendement décroissant (on parle de déséconomie d'échelle). Arrivée à une certaine taille trop gigantesque, le développement harmonieux de l'entreprise décline.

Pour une fonction de production:

$$y = f(x_1, \dots, x_n)$$

le rendement s'écrit:

$$R(\lambda) = \frac{f(\lambda x_1, \dots, \lambda x_n)}{\lambda y}$$

A l'hôpital public les rendements d'échelle ne fonctionnent pas selon la pure orthodoxie économique. La prestation soin ne varie pas mécaniquement lorsque les facteurs de production, le personnel, les bâtiments, le matériel, et le progrès technique augmentent ou diminuent. On ne peut faire abstraction que le soin n'est pas un produit substituable au même titre qu'un produit industriel. Les soins sont attachés à des hommes ou des femmes, des malades pour lesquels les protocoles ne sont pas que quantitatifs.

Les missions de l'hôpital intègrent les soins mais aussi la prévention, la recherche et l'éducation. Par exemple, le fait d'augmenter le personnel et les moyens matériels de la recherche médicale n'aura pas forcément un impact immédiat et dans une même

proportion sur le soin.

C - Les gains de productivité sur le facteur travail à l'hôpital public sont dégressifs.

Si l'on admet que tout ce qui est productif de biens ou de services peut avoir une productivité, l'hôpital rentre dans le champ d'application possible de ce concept. Le terme de productivité est très peu employé au sein de l'hôpital public. Il faut souligner le rejet que manifeste le corps médical, le personnel infirmier et les syndicats, envers lui.

Au niveau des textes, ce terme a été employé une première fois en 1967⁵⁸ dans des textes relatifs à l'attribution d'une prime de service au personnel. Nous retrouvons ponctuellement ce concept, mais toujours de manière implicite ou indirecte au niveau des conséquences d'une décision sur les gains de productivité qu'elle engendre.

Il faut tenir compte du particularisme des acteurs, des médecins notamment et de l'originalité de la prestation, le soin. A l'hôpital, la recherche de gains de productivité ne peut se réduire à une équation tendant à maximiser le nombre de malades traités avec des moyens minimum et en particulier avec un personnel minimum. Il s'agit plutôt de concilier plusieurs facteurs tels que, l'intérêt du malade qui repose sur la qualité des soins et l'intérêt de l'organisme payeur qui demande à l'hôpital d'assurer la qualité maximale de soins aux moindres coûts.

Après les évolutions spectaculaires des technologies médicales et biomédicales de ces dernières décennies qui ont entraîné simultanément des gains de productivité et une nette amélioration de la qualité du soin, la croissance de la productivité à l'hôpital s'est infléchie.

La substitution du capital au travail dans le domaine du soin trouve rapidement ses limites. La présence du temps médical ou soignant passé auprès du malade connaît un seuil que l'on ne peut franchir. Il en va différemment, dans les services administratifs ou médico-techniques hospitaliers, où l'introduction du facteur capital continue sa progression sous la forme de processus d'informatisation et de généralisation de la bureautique. Cependant, cette évolution informatique n'est pas nécessairement source d'économie en personnel. Parallèlement, à l'informatisation des services administratifs et soignants, la production de données statistiques s'est considérablement développée. Les rapports d'activité, les rapports sociaux annuels ont vu leur volume s'accroître. De même, la mise en place à l'hôpital de systèmes d'information tel que le projet médical de système d'information (PMSI) démultiplie les exigences en moyens informatiques mais aussi en temps agent.

Si l'installation d'une télésurveillance de chaufferie ou la mise en place d'un processus d'automatisation et d'informatisation dans le domaine technique ou industriel entraîne des économies nettes de personnel, une informatisation n'a pas les mêmes conséquences dans le domaine administratif et médical.

Les services techniques et logistiques hospitaliers comme les unités de chaufferie ou

⁵⁸ Arrêté du 24 mars 1967, 242, J. O. 5 - 4 - 67, Ministère de la Santé publique

de blanchisserie de gros hôpitaux qui ont un fonctionnement comparable à celui d'unités de production industrielles peuvent escompter que le processus d'automatisation s'accompagne d'élévation de la productivité du travail par substitution du capital au travail. Cette même substitution est très difficile dans le domaine médical. Une nouvelle technologie, une nouvelle thérapeutique n'est pas forcément synonyme de diminution de personnel. Souvent le temps passé auprès du patient par l'infirmière pour l'essentiel de ses actes ou par le médecin pour son protocole a atteint un niveau incompressible.

La réduction du coût du facteur travail à l'hôpital est difficile.

Des économies ont été faites dans certaines spécialités par la baisse de la qualification du facteur travail. Nous pouvons citer l'exemple en géro-psycho-geriatrie du remplacement des infirmiers psychiatriques par des aides-soignants de qualification inférieure. Mais cet exemple infirme l'évolution de ces vingt dernières années. Nous pouvons observer, depuis l'après-guerre, la médicalisation et la qualification croissante des hôpitaux publics. Les médecins avec les infirmiers, sont parmi le personnel hospitalier, les catégories de personnel qui ont le plus augmenté.

Sur les dix dernières années, le facteur travail a cru quantitativement et qualitativement par élévation de la qualification.

En décembre 1993 l'hôpital public et privé emploient 906 620 personnes en équivalent temps plein. 51 380 sont des médecins en activité et 855 240 sont des non médicaux parmi lesquels plus d'un quart sont des infirmiers (245 540).

Cette évolution entre 1983 et 1993 peut être représentée par trois tableaux⁵⁹ :

Tableau : Nombre de médecins (1) pour 100 lits occupés (2).

	1983	1993
Public	10,1	19,9
Privé lucratif	19,3 *	28,4
Privé lucratif PSPH	9,6 *	14,5
Privé non lucratif non PSPH	12,0 *	13,6

(1) non compris les internes : les praticiens hospitalo-universitaires sont comptés pour 1/2 (fonction enseignement non prise en compte ici). (2) en soins aigus, lutte contre les maladies mentales et soins de suite et de réadaptation. * en 1985, chiffres redressés.

Tableau : Nombre de personnels soignants (1) pour 100 lits occupés (2).

⁵⁹ Daniel FOULON, SESI, Bureau des statistiques des établissements d'hospitalisation, Numéro ISSN d'informations, No68, décembre 1995.

	1983	1993
Public	66,5	89,8
Privé lucratif	48,6 *	64,3
Privé lucratif PSPH	54,7 *	75,2
Privé non lucratif non PSPH	47,0 *	48,1

(1) infirmiers spécialisés ou non, encadrement des services médicaux, sages femmes, aides-soignants. (2) ensemble des lits d'hospitalisation complète ou d'hébergement. * en 1985, chiffres redressés.

	Public			Privé lucratif			Privé non lucratif non PSPH			Privé non lucratif PSPH		
	Effectifs ETP	Part dans le total	Evolution %	Effectifs ETP	Part dans le total	Evolution %	Effectifs ETP	Part dans le total	Evolution %	Effectifs ETP	Part dans le total	Evolution %
Personnel administratif de direction et des écoles	71 035	10,0	10,0	15 940	14,5	17,1	3 069	14,0	-15,1	10 882	17,6	18,0
Personnel médical et paramédical	445 188	62,1	9,4	75 000	14,6	16,8	17 327	61,0	-13,2	48 672	82,9	9,4
dont :												
médecins spécialistes	193 171	20,5	17,1	28 012	22,7	27,1	5 288	13,7	-15,2	17 018	23,6	29,7
encadrement des services médicaux	23 470	1,8	17,6	2 728	2,3	23,8	729	2,7	-6,7	2 941	1,9	24,3
aides-soignants	148 437	21,2	21,2	21 708	21,8	18,6	4 871	16,4	-12,7	12 971	18,0	11,9
sages-femmes	5 639	0,9	25,0	3 718	2,4	2,9	197	0,7	-12,9	168	0,2	21,1
autres personnels des serv. médicaux	132 851	12,1	-12,7	15 718	13,0	2,2	4 862	22,9	-17,1	14 025	18,2	-12,4
Personnel médecin-chercheur	11 352	4,4	12,6	2 560	2,4	10,2	564	2,9	-27,1	1 798	4,9	15,4
dont :												
généraliste	1 819	0,4	19,9	436	0,4	18,0	109	0,4	-12,1	1 287	3,9	22,7
généraliste	15 029	2,5	19,6	349	0,4	18,7	146	0,3	-12,7	1 164	2,9	18,1
radiologie	10 847	1,7	18,2	1 758	1,6	8,9	211	0,7	-17,8	1 129	1,7	14,1
Personnel technique et autres	90 771	14,2	-13,1	20 785	18,7	-8,0	6 446	22,7	-28,2	14 254	18,7	-6,0
TOTAL	629 835	100,0	6,1	511 388	100,0	12,2	28 487	100,0	-17,8	140 000	100,0	7,3

Dans tous les secteurs, la croissance des personnels médicaux est plus rapide que celle des entrées. La médicalisation des soins s'est renforcée: de 1983 à 1993, la croissance des effectifs médecins, en équivalent temps plein, a atteint 50 % dans le public et dépassé 36 % dans le privé conventionné. Nous pouvons constater le même phénomène plus atténué pour le personnel soignant non médecin qui progresse dans la même période de 9,6 % à l'hôpital public. Le poids des médecins s'est fortement accru dans le public entre 1983 et 1993, tout en restant inférieur au ratio observé dans le secteur privé lucratif qui dispose d'un médecin pour quatre lits occupés. Cependant en valeur absolue, l'hôpital public rassemble près de 60 % (non compris les internes) de l'ensemble des médecins exerçant en milieu hospitalier.

En 1993, l'hôpital public représente, en équivalent temps plein, 74,7 % des personnels employés en milieu hospitalier, dont près de 76 % pour les infirmiers et 82 % pour les personnels médicotechniques.

Le secteur public se différencie du secteur privé par son pourcentage relativement plus élevé de personnel soignant non médecin. On ne compte que 1,2 infirmier par médecin dans le secteur privé lucratif pour 4,1 infirmiers par médecin dans le public.

En dix ans, la part du personnel infirmier a augmenté dans les deux secteurs, public et privé, et parmi le personnel soignant les catégories les plus qualifiées sont en augmentation relative.

Des gains en productivité sur le facteur travail peuvent être entraînés par des

modification de procédures et de pratiques en terme d'organisation et de gestion.

Des économies de personnel peuvent être réalisées en modifiant les horaires et les roulements des équipes à partir d'études de postes. Il y a beaucoup à faire dans ce domaine, les études de métiers, de profils de postes, de tâches, sont très peu développées à l'hôpital public.

Le Ministère du travail et des affaires sociales ⁶⁰ constate à travers tous les diagnostics posés aujourd'hui sur le fonctionnement de l'hôpital, l'absence d'une réelle discussion interne sur la répartition des ressources humaines comme sur l'organisation du travail. Le Ministère constate aussi que sur les contrats signés ces deux dernières années entre l'état et les établissements pour le développement d'une politique d'amélioration de l'organisation et des conditions de travail, peu d'établissement ont ambitionné d'aménager le temps de travail, les relations de travail ou la répartition des moyens au regard des besoins. L'ensemble des acteurs de cette politique pointent cette difficulté et soulignent qu'elle est liée principalement à la faible implication du corps médical sur ces sujets.

Dans les services soignants, il y a peu d'évaluation critique de protocoles de diagnostics et de thérapeutiques. Par exemple, un audit ⁶¹ réalisé dans un service de gastro-entérologie conclut, à partir de l'examen de 200 dossiers, à l'inutilité de 42 % des hospitalisations, de 97 % des examens biologiques complémentaires, 87 % des examens radiologiques et 74 % des examens isotopiques.

2 § Une stratégie qui tend à réduire le personnel à une notion purement quantitative.

Paradoxalement, alors que la plupart des organisations s'éloignent des systèmes tayloriens, il semble que l'hôpital public, pendant les années soixante-dix et quatre-vingt, le redécouvre en axant sa gestion sur la priorité donnée aux gains de productivité stricts. Les gains de productivité réalisés au cours de ces quinze dernières années sont essentiellement des gains de productivité sur le facteur travail. Le personnel est la composante la plus exposée. A l'hôpital les gains de productivité matérielle sur le facteur capital sont beaucoup plus difficiles à réaliser. L'hôpital est essentiellement un secteur travaillistique au travers duquel les ressources humaines jouent un rôle prédominant. Et, il y a donc là, un paradoxe fondamental entre cette réalité humaine et la perception du personnel à travers le système de gestion et d'évaluation en place. Le personnel est perçu de manière réductrice quantitativement en terme financier ou d'effectif sans intégration dans la gestion quotidienne de la dimension humaine et sociale.

A - La gestion ou l'évaluation à l'hôpital est d'abord quantitative et financière.

Le PMSI (projet médical des systèmes d'information), le plus évolué et le plus utilisé des systèmes d'information hospitalier est axé sur un objectif principal: la recherche et

⁶⁰ cf circulaire du 27 décembre 1995, Ministère du Travail et des Affaires sociales, DH/AF No 95-51.

⁶¹ Professeur BERAUD, communication, deuxième journée de l'AFMHA, LYON décembre 1981.

l'analyse des coûts. Les systèmes d'information hospitaliers n'intègrent des données que sur l'offre de soin en négligeant des aspects comme la demande de soins, l'étude des résultats et le degré de satisfaction des patients à l'issue de leur séjour.

D'autres outils seraient nécessaires pour appréhender qualitativement la collectivité hospitalière toute entière. L'outil PMSI est incomplet. Cet outil n'est pas prévisionnel et utilisable par les acteurs pour appréhender la qualité des soins. Exclusivement axé sur les coûts, il n'est pas adapté à une analyse médicalisée autre qu'un recensement d'actes, ni adapté à une utilisation au niveau de l'organisation. Les autres analyses utilisées ponctuellement dans le domaine de la santé et de l'hospitalier, sont le plus souvent des modèles plus ou moins sophistiqués en terme de coûts. Nous pouvons citer quatre exemples:

• l'analyse coût-efficacité où les résultats sont exprimés en termes réels et non exclusivement monétaires.

• l'analyse coût-utilité où il s'agit de faire un choix rationnel entre plusieurs programmes.

• l'analyse coût-avantage où se pose la question du choix entre différentes alternatives.

• les études de minimisation des coûts qui cherchent à mettre en évidence une solution dont les coûts sont moindres.

La loi hospitalière de 1970 favorise un fonctionnement de l'hôpital public et un système de gestion où ni le malade ni le personnel ne se trouve au centre du système. Le malade n'est pas encore perçu comme le point central du fonctionnement hospitalier. Ce dernier est dénué de toute globalité et n'intègre pas comme prioritaire la notion d'amélioration de la qualité du soin liée à la modification du système de gestion. De plus, la vision de l'hôpital est très hospitalocentrée. L'hôpital public éprouve des difficultés à s'ouvrir sur l'extérieur. Le système de contrôle et de tutelle de la DDASS sur l'hôpital public encore très rigide agit souvent comme un accélérateur à la tendance de fonctionnement rigide et bureaucratique de l'hôpital.

B - Le personnel est appréhendé en terme d'effectif.

1 - En section d'exploitation.

Dans le système de gestion hospitalier, le personnel apparaît en premier lieu à travers le budget de l'établissement. Le budget hospitalier est l'acte par lequel sont prévues et autorisées les recettes et les dépenses annuelles. Dans le budget général, la section d'exploitation est présentée conformément aux groupes fonctionnels suivants:

• groupe 1: charges d'exploitation relatives aux personnel

groupe 2: charges d'exploitation à caractère médical

groupe 3: charges d'exploitation à caractère hôtelier et général

Le groupe 1 est constitué des dépenses de personnel qui représentent entre 70 et 80% des dépenses totales selon la taille et l'activité de l'hôpital. Le personnel apparaît aussi sous la forme d'une liste des effectifs sur un tableau des emplois permanents qui fait apparaître pour le budget général et pour chacun des budgets annexes, le nombre par grade ou qualification des emplois dont la rémunération est prévue au budget.

A l'hôpital, le personnel est en premier lieu, appréhendé sous la forme de dépenses et s'inscrit en équivalent francs ou en nombre d'agents.

2 - En investissement.

Pour chaque investissement hospitalier important, le Ministère de la Santé demande aux établissements hospitaliers d'établir une fiche de surcoût⁶². Sur cette fiche, il est calculé le coût de fonctionnement annuel du nouvel investissement. Tous les frais de fonctionnement sont additionnés: frais de personnel, frais d'exploitation à caractère médical, hôtelier et général ainsi que les frais financiers et les amortissements inhérents à l'investissement et aux emprunts. Le Ministère de la Santé demande que l'accroissement des charges financières et des amortissements soit compensé par une baisse des autres dépenses d'exploitation. Les frais de personnel représentant 70 à 80% des frais totaux, c'est donc le personnel qui est essentiellement mis à contribution sous forme de compression d'effectifs.

Lors de chaque investissement immobilier ou mobilier important, rénovation, construction de pavillon, achats de gros matériel biomédical, les effectifs sont réduits et la productivité du travail s'élève.

3 § La crise du personnel hospitalier s'accroît.

Le malaise hospitalier est devenu général et a gagné toutes les catégories professionnelles. Dans les années quatre-vingt, seuls les infirmiers et les internes pour le personnel médical revendiquaient une amélioration de leurs conditions de travail et de leurs rémunérations. Actuellement, le mécontentement et l'insatisfaction ont gagné l'ensemble des acteurs hospitaliers: soignants, médecins, administratifs et gestionnaires. Chaque groupe socioprofessionnel a des revendications catégorielles. La durée et la profondeur de la crise nous amènent à penser que les causes principales sont structurelles.

Nous retrouvons dans chaque catégorie, des demandes communes à l'ensemble des acteurs hospitaliers. Ces demandes sont quantitatives et salariales, mais surtout qualitatives. Les revendications tiennent aux conditions de travail, à la reconnaissance au travail, au manque de communication, à l'organisation ou à la gestion démotivante.

⁶² décret No 83 784 du 11 août 1983, Ministère de la Santé publique.

A - Diagnostic de la crise du personnel à l'hôpital.

A l'hôpital, le personnel soignant représente près des deux tiers des effectifs. Pendant longtemps, la gestion hospitalière était le domaine réservé des agents administratifs. On parlait souvent de la gestion administrative de l'hôpital, comme étant la seule existante. Avec la réforme hospitalière de 1970, et le partage de l'hôpital en centres de responsabilité, la responsabilité en terme de moyens (moyens en personnel et moyens budgétaires en général), s'est étendue à tous les acteurs de l'hôpital. La réforme hospitalière de 1991, confirme et renforce cette orientation. La gestion hospitalière devient l'affaire de tous les acteurs hospitaliers et ceux-ci sont appelés à construire ensemble des contrats d'objectifs. Il n'est plus possible dans le suivi d'un projet de dissocier l'action d'un agent administratif, d'un technicien, d'un soignant.

Pendant, chaque groupe d'acteurs ressent différemment l'évolution de ses conditions de travail et de ses rémunérations.

1 - Le personnel administratif.

Le personnel administratif a l'impression d'être le « laissé pour compte » de l'hôpital public. Le protocole Durieux⁶³ a revalorisé financièrement les professions soignantes sans contreparties substantielles pour les professions administratives et techniques. Cette valorisation sélective a contribué à exacerber les insatisfactions des acteurs hospitaliers administratifs et logistiques. Les salaires des catégories C et D sont souvent très bas; les premières années sont à un niveau de rémunération près de celui du SMIC.

Au bas niveau des rémunérations, s'ajoute la lassitude de subir un système de gestion encore dominé par la bureaucratie et l'inertie. Dans les directions administratives, les organigrammes sont souvent de type hiérarchique et mécaniste. Le système de communication essentiellement vertical favorise le cloisonnement. Les acteurs administratifs se plaignent de ne pouvoir communiquer d'une direction à une autre. A l'intérieur de chaque unité, l'information interne est lente à circuler et ce système ne favorise pas la responsabilisation et la prise d'initiative.

L'orientation bureaucratique axée sur un respect strict des procédures a de plus en plus de difficulté à être acceptée par l'ensemble du personnel. L'encadrement accepte difficilement une situation dans laquelle on ne prend pas en compte toutes ses compétences. Compte tenu de la situation économique et du chômage, le niveau des diplômes possédés par les agents postulants puis ayant réussi les concours de la fonction hospitalière est de plus en plus élevé et dépasse largement les niveaux minimum exigibles. Parallèlement, l'avancement en grade est en grande partie dépendant de l'ancienneté et à peine corrélé par le « mérite », reflet de la notation souvent très subjective. Les cadres de direction hospitaliers au sommet de la hiérarchie, sont en grande majorité des cadres n'ayant pas passé le concours de directeur d'hôpital et n'ayant pas suivi les formations de l'Ecole nationale de la santé publique ou fait d'études

⁶³ Protocoles I et II Durieux, Ministère de la Santé publique et de la Solidarité, circulaire DH / FH1 /91-69 du 23 décembre 1991 relative à l'application de l'accord national sur l'amélioration des conditions de travail.

supérieures. Ces dernières caractéristiques ne favorisent pas à priori des politiques de gestion novatrices et une communication maximum avec l'encadrement.

La France est un des rares pays où les directeurs d'hôpitaux ne sont pas des médecins. Bon nombre de directeurs d'hôpitaux ayant entre cinquante cinq et soixante ans, se trouvant au sommet de la hiérarchie, cumulent le paradoxe de diriger les plus gros hôpitaux et de n'avoir suivi aucune formation ni en gestion ni en médecine. Ce décalage entre la faiblesse de la formation initiale et le haut niveau de responsabilité à assurer, explique une partie des graves dérapages de gestion constatés au sein des directeurs de cette tranche d'âge.

Les jeunes cadres hospitaliers éprouvent souvent de la frustration de ne pouvoir utiliser toutes leurs capacités ou les connaissances qu'ils ont pu acquérir dans la pratique ou à l'université. Les cadres sont rarement associés à la fixation des objectifs et à la prise de décision. Beaucoup de directeurs en place n'utilisent pas ou ne connaissent pas la gestion par objectifs et ne savent pas fonctionner de manière stratégique et participative.

Le niveau d'études et de formation initiale du personnel de classe C, tels que les adjoints administratifs a aussi beaucoup augmenté. Néanmoins, il continue à être demandé au personnel administratif de cette catégorie, des tâches répétitives demandant peu de prise d'initiative et de réflexion sur l'organisation du travail. La présence d'agents disposant d'un niveau universitaire bien au-dessus du profil des tâches qui leur sont demandées, n'est pas sans engendrer des difficultés. Une telle opposition entre la qualification, les compétences possédées et le travail proposé entraîne généralement une baisse de la motivation et une insatisfaction croissante.

Le côtoiement de deux générations ayant deux conceptions du service public et de la gestion différentes, l'une plus bureaucratique et traditionnelle, l'autre plus managériale et novatrice, avec deux niveaux de qualifications décalés, ne permet pas d'acquérir le minimum de stabilité nécessaire au bon fonctionnement de l'organisation. Cette situation entraîne des effets pervers. Les possibilités de promotion interne ont baissé. Le jeune fonctionnaire qui pensait que ses diplômes universitaires allaient lui permettre de gravir rapidement échelons et grades, est rapidement déçu. Il n'existe pas de levier institutionnel d'avancement qui prenne en compte les diplômes universitaires.

Dans la trilogie de la promotion interne, concours interne, promotion à l'ancienneté, ou au choix, le jeune fonctionnaire qui n'a pas fait d'études est lui-aussi souvent frustré. Les concours internes ouverts après trois ou cinq ans de titularisation sont statistiquement réussis par ceux qui ont fait des études. La promotion à l'ancienneté et au choix handicapent les jeunes fonctionnaires dans les deux cas de figure.

Le mode de gestion bureaucratique subsiste encore à l'hôpital public. L'organisation conçue à l'origine avec un fonctionnement rationnel, a subi de nombreuses déviations et effets pervers. Ce système de gestion est de plus en plus mal vécu par le personnel hospitalier et est source de démotivation pour ce dernier et de dysfonctionnement pour l'organisation.

2 - Le personnel soignant.

Le travail du personnel soignant en terme d'organisation et de gestion se différencie de celui existant dans les services administratifs. Dans les services soignants, la hiérarchie professionnelle et médicale, appuie son pouvoir sur l'expertise et la connaissance. Une hiérarchie très stricte s'établit à partir de ces niveaux de diplômes et connaissances au sein du service . Il existe un clivage important entre la sphère infirmière comportant près de 60% des effectifs et les médecins. Le mouvement revendicatif infirmier qui s'est développé depuis une dizaine d'années a mis en avant des revendications salariales, en partie maintenant résolues, mais aussi de nombreuses exigences qualitatives. Les infirmiers vivent très mal le cloisonnement intercatégoriel et le fonctionnement mandarin de certains chefs de service, bien que paradoxalement il existe une tendance commune à perpétuer ce type de fonctionnement professionnel. De nombreuses unités médicales ne travaillent pas réellement en équipes et le travail de chacun est souvent stratifié, sans être relié dans une finalité et une dynamique commune.

A l'intérieur même du corps médical, une partie de l'avancement se fait par cooptation. L'interne en médecine devra être appuyé personnellement par son médecin chef de service pour pouvoir espérer être nommé assistant puis praticien hospitalier. Les postes vacants par effet budgétaire, se raréfient et la probabilité pour un interne de faire carrière à l'hôpital public devient très hypothétique. Le parcours classique, interne, assistant, praticien hospitalier, chef de service, devient en terme de probabilité parfaitement aléatoire. Sans réelles perspectives de carrière, il devient de plus en plus difficile pour le médecin de s'investir dans son travail avec le degré d'intensité et de ferveur qui existait seulement il y a plus de dix ans.

La crise du personnel hospitalier est l'expression de la crise générale de la fonction publique et les causes de déclenchement sont propres à l'organisation et à la gestion hospitalière.

Quand les organisations deviennent bloquantes pour les agents en étouffant la créativité et la motivation, il est possible de voir apparaître des services ou « îlots » avec une organisation informelle différente et plus efficace que celle qui régit l'ensemble. Les agents d'un service ou d'une unité exploitent alors l'espace d'incertitude et de liberté qui leur est laissé. Les voies officielles peu fonctionnelles sont alors court-circuitées. Par exemple à l'hôpital public, lorsqu'il se produit un cloisonnement excessif entre une direction administrative du personnel et la réalité soignante, la direction des services infirmiers avec à sa tête l'infirmière générale peut fonctionner en liaison directe avec les services. Les infirmières générales prennent alors des décisions fonctionnelles sans l'aval de la direction administrative du personnel. Mintzberg qualifie alors cette organisation de « type politique ». Les caractéristiques principales de cette organisation sont un tissu relationnel hautement conflictuel avec balkanisation fréquente d'unités ou de directions. Une grande partie de l'énergie des acteurs est consommée par l'antagonisme ambiant. Des facteurs, tels que la personnalité ou le degré d'autonomie d'une unité peuvent aussi se cumuler dans ces situations où l'organisation et le système de gestion existant sont inadéquats et induisent des dysfonctionnements et des conflits. Quand l'organisation manifeste une forte résistance au changement, un groupe ou une unité peut s'isoler et mettre en place une organisation informelle plus efficace que celle s'appliquant à l'ensemble de la structure. Il faut cependant que cette unité possède un potentiel

d'autonomie suffisant pour échapper à l'inertie de l'ensemble. A l'hôpital, nous pouvons aussi trouver ce type de fonctionnement, dans les pharmacies se situant parfois en relative autonomie organisationnelle avec les autres services.

Plus généralement, la motivation est fortement décroissante à l'hôpital public au cours de ces dernières années. Les rémunérations sont jugées faibles par les intéressés, par rapport à un volume du travail exigé qui a tendance à croître. Depuis quelques années, avec un taux de croissance budgétaire inférieur à l'inflation, les effectifs hospitaliers diminuent, créant ainsi des surcharges de travail à ceux qui demeurent dans l'organisation.

Dans les services de soins, le personnel infirmier voit sa progression de carrière se ralentir. Après une quinzaine d'années d'activité, la progression indiciaire d'échelon stagne. Le personnel exprime aussi son inquiétude sur son l'avenir et celui de l'hôpital public. Les réformes interrompues ou les tentatives de réformes ne sécurisent pas le personnel. Les « technocrates » et politiques qui conduisent ses réformes sont de moins en moins crédibles et compris par les salariés.

B - L'incapacité actuelle d'intégrer le facteur humain et culturel dans la gestion du personnel.

L'hôpital est une mosaïque de cultures qui s'opposent. Nous pouvons distinguer deux cultures majeures dominantes, la culture médicale et la culture gestionnaire, et deux cultures dépendantes, la culture soignante et la culture de l'encadrement. Le projet d'établissement peut-être considéré comme une réponse à ce problème de diversité et d'opposition culturelle en tant que facteur d'intégration. Il favorise le partage des valeurs et permet de gérer la diversité en impulsant une dynamique de mobilisation et de participation du personnel à un objectif commun : soigner les malades.

R. SAINSAULIEU ⁶⁴ a insisté sur l'importance des sous-cultures dans le fonctionnement d'une organisation. D'après lui, une organisation s'explique essentiellement à travers les divers métiers qui la composent, tout en se référant à des cultures distinctes dont le mixage constitue la culture propre à l'institution.

Geert HOFSTEDE ⁶⁵ a analysé le système de valeur dominant d'une organisation à partir de six variables dominantes au niveau des relations humaines, cette grille d'analyse peut être rapportée à l'hôpital public.

Une des caractéristiques culturelles fortes de l'hôpital, est sa hiérarchisation et son cloisonnement entre les différentes sous-cultures qui le constituent. Les catégories professionnelles sont chacune marquées par des comportements corporatistes forts. Les bases de la constitution de chaque sous-culture sont établies à partir de la mise en valeur de la culture de métier et la recherche d'une identité à travers ce dernier. Les acteurs hospitaliers définissent eux-mêmes une hiérarchie entre les cultures auxquelles ils appartiennent.

⁶⁴ R. SAINSAULIEU « L'identité au travail », Edition de l'Ecole nationale de la santé - 1977.

⁶⁵ Geert HOFSTEDE, « Les différences culturelles dans le management », Les éditions d'organisations - 1987.

1 - Culture d'entreprise et organisation de l'hôpital public : l'approche d'Hofstede.

A partir de recherches effectuées en 1985 dans différentes entreprises, au Danemark, et aux Pays-Bas, Geert HOFSTEDÉ⁶⁶ a retenu six variables indépendantes permettant d'analyser le système de valeur dominant d'une entreprise et de mesurer les facteurs qualificatifs du niveau des relations humaines. Nous utiliserons ces six variables dans l'analyse de la culture de l'hôpital public aujourd'hui.

Pour Geert Hofstede, la culture comporte différents éléments regroupés en plusieurs catégories :

Les symboles, les héros, les rites et les valeurs,

les symboles : sont les mots, les objets et les gestes dont le sens est largement conventionnel. Dans un contexte d'établissement, on peut qualifier de symbolique l'ensemble des signes d'appartenance, comme la manière de se vêtir, les expressions ou les abréviations qui permettent aux initiés de se reconnaître entre eux.

Les héros : ce sont les êtres qui constituent les modèles du comportement; ce peut être « le bon gestionnaire » ou « l'employé modèle ».

Les rites : sont des activités collectives sans justification technique, mais qui répondent au sein d'une culture donnée, à une nécessité sociale. Ce peut-être des réunions formelles ou informelles, des organigrammes, des codes explicites ou implicites de comportement.

Les valeurs : représentent le substrat le plus profondément enfoui de la culture. Ce sont des notions profondément enracinées et souvent inconscientes de ce qui est bien ou mal, rationnel ou non, productif ou non.

Dans une institution, la priorité peut être mise sur les **moyens** ou sur les **fin**s. Dans le premier cas, la routine technologique et bureaucratique est privilégiée aux dépens des résultats. Cette variable est directement liée à l'homogénéité culturelle du secteur. Lorsque c'est le résultat qui prime, le personnel obéit aux mêmes impératifs. Cette dynamique entraîne généralement un surcroît d'efficacité.

Au niveau de l'hôpital public, nous pouvons distinguer à travers cette grille d'analyse deux groupes distincts :

La catégorie des médecins et des soignants : qui fonctionne dans un cadre élevé

⁶⁶ Geert HOFSTEDÉ, « Les différences culturelles dans le management » - Les éditions d'organisation - 1987. et « Management européen et international », Economica - 1993 .

d'homogénéité, en privilégiant les résultats dans le domaine des soins.

La catégorie du personnel administratif : qui fonctionne nettement en privilégiant les moyens et en entretenant en cela une démarche bureaucratique et concurrentielle.

La finalité première de l'hôpital est de soigner les patients. C'est donc l'objectif qui prime en théorie et en pratique pour l'établissement. Les soignants et les médecins qui sont en contact direct avec les malades ne peuvent se soustraire à cette priorité qui est un impératif rappelé quotidiennement. Les administratifs qui ne sont pas en contact direct avec le malade, et travaillant bien souvent dans des services assez éloignés géographiquement du secteur soignant, ont de la peine à intégrer cette finalité première de l'hôpital: celle de concourir à donner les meilleurs soins aux malades.

Nous assistons bien souvent à un cloisonnement des deux secteurs. Les services administratifs fonctionnant alors très hermétiquement, bureaucratiquement et sans communication suffisante avec les services soignants.

Cet auteur analyse **aussi l'attitude pragmatique ou rigide des acteurs envers l'environnement.**

Il nous faut là aussi appréhender l'hôpital public à travers deux catégories de personnel. Dans les services soignants, le personnel fait de gros efforts pour s'adapter aux besoins des malades et pour élever la qualité du soin.

Au sein du secteur administratif, nous pouvons observer encore une grande rigidité, ne serait ce que dans l'application des règlements et de la législation. Cet aspect démontre l'existence d'une dominante bureaucratique encore très forte.

Geert Hofstede distingue aussi **les systèmes ouverts et fermés et l'esprit de corps opposé à l'esprit d'équipe.**

Dans le cadre de l'esprit de corps, ou corporatisme, les individus s'identifient d'abord à leur profession, alors que dans l'esprit d'équipe, c'est l'environnement de travail immédiat qui constitue la référence principale.

Au sein du personnel administratif, des mesures timides ont été prises pour élever l'esprit d'équipe et de motivation. Rarement l'esprit d'équipe est développé au point d'être une règle de gestion. Dans la définition des fonctions de l'encadrement et des cadres dans le statut du personnel hospitalier, nous ne retrouvons pas une trace écrite de cette notion de travail en équipe.

L'auteur met aussi l'accent sur **l'individu ou la fonction.**

Lorsque c'est la fonction qui prédomine, la dimension sociale du personnel n'est pas incluse. Actuellement à l'hôpital public, l'intégration de la dimension humaine marque seulement un développement timide. L'organisation perçue comme un organisme qui doit répondre aux besoins individuels de ses membres, ne fait que naître. Une vision bureaucratique privilégiant la fonction est encore omniprésente.

C'est la thèse que développe MINZBERG⁶⁷ dans son analyse des hiérarchies parallèles au sein d'une bureaucratie professionnelle.

L'influence de la dernière variable, le degré de discipline intérieure et le poids de la réglementation, reste encore très élevée au sein de l'ensemble de l'hôpital public.

2 - Des cultures dominantes et dominées qui s'opposent au sein de l'institution hospitalière.

Le projet d'établissement est élaboré à partir d'une démarche participative, mais il est lui-même et à son tour source de mobilisation du personnel. A travers des cultures différentes et catégorielles, parfois opposées, le projet d'établissement a pour vocation de dégager une culture globale de l'organisation assise sur des valeurs partagées par les acteurs. Il peut ainsi induire de nouveaux modes de comportement et de gestion basés sur l'intégration et la participation. L'absence de démarche de projet pendant les années soixante-dix et quatre-vingt n'a fait que dynamiser les clivages culturels à l'hôpital public.

a - Les cultures dominantes.

Nous pouvons distinguer à l'hôpital les cultures dominantes et des cultures dépendantes. Deux cultures s'imposent au sein de l'institution hospitalière : la culture médicale et la culture gestionnaire. Si ces deux cultures tirent leur cohérence à partir de la valorisation de leur métier, leurs dynamiques sont toutefois opposées. La culture médicale a tendance à faire prévaloir son métier au détriment de l'institution. La seconde met son métier au service de l'institution.

- La culture médicale hospitalière.

Plusieurs caractéristiques se dégagent au sein du corps médical :

La spécialisation du médecin ou la monodisciplinarité. Les études médicales longues se terminent par une spécialisation dans une discipline. Pour se faire une place à l'hôpital et se faire reconnaître de ses pairs, le médecin tente de se réaliser dans une discipline déterminée. Une telle démarche aboutit à une culture relativement individualiste où règne l'expertise et la spécialisation. MINTZBERG Henry⁶⁷ inscrit les médecins dans un fonctionnement de type professionnel. Il prend en exemple les chirurgiens chez lesquels il observe un haut degré de standardisation des qualifications et du savoir conjugué avec une complexité des normes et des procédures.

Le pouvoir de la compétence. Une configuration de type bureaucratique et mécaniste dans laquelle se classent les services administratifs, repose sur une autorité de nature hiérarchique. Dans la bureaucratie professionnelle, l'autorité est de nature professionnelle, c'est le pouvoir de la compétence. La bureaucratie professionnelle diffère très nettement de la bureaucratie mécaniste. Alors que cette dernière crée elle-même ses propres standards à travers sa technostrucure renforcée par sa ligne hiérarchique, la plupart des standards de la bureaucratie professionnelle sont

⁶⁷ Henry MINTZBERG, « Structures et dynamique des organisations », Les éditions d'organisations, 1982, Paris.

⁶⁸ Henry MINTZBERG, « Le management au centre des organisations », les éditions d'organisations, 1990 - Paris.

homogènes et définis à l'extérieur de leur propre structure, dans des institutions autogérées, telles que l'université, l'école, les groupes ou les associations de recherche. De ce fait, il est difficile de mesurer et donc d'apprécier le produit du travail d'un professionnel. Cet état de fait laisse au médecin une latitude considérable dans le contrôle de son propre travail.

Le refus de tout lien de subordination : Refusant souvent toute hiérarchie supérieure, le médecin chef de service considère l'organisation hospitalière comme un partage de rôle. Le médecin d'un service donné s'intéresse peu à l'institution dans son ensemble. Il considère cette tâche dévolue à la direction, dite administrative, dont les attributions ne sauraient aller au-delà du domaine administratif, en laissant au médecin son champ technique propre. Vu par le médecin, l'institution repose sur une pluralité de pouvoirs, et non sur une structure hiérarchique à proprement parler. C'est pour cela que le médecin préfère généralement le contact bilatéral personnel (tête à tête avec le Directeur général), au contact institutionnel au sein des commissions.

Le service, coeur de l'institution : Selon Mintzberg, la partie clef de l'organisation professionnelle est le centre opérationnel constitué à l'hôpital par les services médicaux et soignants. L'autre partie de l'organisation, reconnue comme importante, est l'ensemble des services logistiques, mais en tant qu'entité au service du centre opérationnel. La perception du médecin de la gestion de son institution reste encore très marquée par une conception bureaucratique: bureaucratie mécanique dans le domaine de l'administration et bureaucratie professionnelle dans sa propre activité médicale et soignante.

- La culture gestionnaire.

Le second pouvoir dominant est le pouvoir gestionnaire. Ce pouvoir grandissant se distingue du pouvoir administratif strict. L'administration hospitalière, nous l'avons vu, est encore dominée par la bureaucratie. Cependant, une culture forte est en train de se développer. Elle est incarnée par l'équipe de direction et plus précisément par les directeurs issus de l'Ecole nationale de la santé publique.

L'équipe de direction a vocation de gérer l'ensemble de l'établissement. Par sa formation en gestion d'abord universitaire, puis à l'école nationale de la santé publique pendant trois années, le directeur développe ses aptitudes au changement et à une nouvelle approche de l'hôpital de type global. Après la gestion hospitalière des années quatre-vingt, privilégiant l'aspect financier, les gestionnaires découvrent maintenant l'importance de la gestion des hommes ou des ressources humaines.

b - Deux cultures dépendantes : la culture soignante et la culture de l'encadrement.

- **La culture du personnel d'encadrement.** A l'hôpital public, le personnel d'encadrement souffre d'une distanciation importante par rapport à la direction. Le chef de bureau et l'adjoint des cadres subissent souvent des décisions « venues d'en haut », sans avoir l'impression de vraiment y participer. Il semble que la situation de l'encadrement à l'hôpital public soit en retrait par rapport à celle qui a pu être constatée dans d'autres services publics ou entreprises publiques. L'enquête de Walter DETOMASI en 1994 pour l'IRSEN auprès des cadres de l'EDF, GDF, d'Air France, de France Télécom, de la Poste et de la SNCF, met en évidence une véritable mutation culturelle des cadres. La baisse des effectifs, l'augmentation de la productivité entraînent un raccourcissement de la filière hiérarchique. Le mouvement de modernisation des relations humaines, et les nouvelles formes de gestion modifient les valeurs traditionnelles et l'identité collective des cadres. La fonction normative et réglementaire de la filière hiérarchique s'affaiblit au profit d'une vision dynamique de l'encadrement. La logique d'animation des équipes se substitue à la fonction de contrôle stricte. Le cadre se définit plus par son potentiel d'initiative, son autonomie et ses qualités d'expression individuelle dans le travail, qu'en fonction de sa place dans la hiérarchie.

- **La culture soignante.** Elle est incarnée essentiellement par les infirmières, tout en étant fortement dominée par la culture médicale. Le personnel infirmier est à la recherche de son identité et éprouve souvent un sentiment de frustration et de dévalorisation. Les revendications infirmières avaient trouvé un point d'orgue dans le mouvement de grève de 1988 où 80 % des infirmières avaient affirmé leur volonté de faire grève. Il est possible d'étayer l'analyse du mécontentement des infirmières à partir d'un certain nombre de causes structurelles et conjoncturelles. Le protocole d'accord du 21 octobre 1988 qui a permis la sortie du mouvement de grève, comporte des améliorations quantitatives et qualitatives tels que l'amélioration des conditions statutaires, des carrières et des traitements et l'amélioration des conditions de travail et des formations. Ce mal-être de l'infirmière à l'hôpital trouve son origine dans la mutation trop lente d'une profession.

La mutation trop lente d'une profession.

Les divers mouvements infirmiers ont mis en avant une constante: le mal-être toujours présent de cette catégorie professionnelle. Nous pouvons parler d'une crise d'identité professionnelle pour l'infirmière, qui repose certainement sur les singularismes d'une profession dépendante de plusieurs pouvoirs: du pouvoir administratif de la direction mais aussi et surtout du pouvoir médical.

A l'origine et jusqu'au milieu du dix-neuvième siècle, les soins infirmiers étaient l'oeuvre de personnels religieux essentiellement féminins aidés d'un personnel subalterne corvéable et servile. Parallèlement, le rôle du médecin n'a cessé de s'étendre à l'hôpital.

Ce n'est qu'à la fin du dix-neuvième siècle que sont créées les premières écoles d'infirmières et que l'on assiste à un début d'organisation de la profession. En 1884, l'on compte, 43 diplômés pour quatre écoles parisiennes, en 1901, 279 diplômés et 6404 en

1908.

Le décret du 27 juin 1922, peut être considéré comme l'acte officiel de l'existence de la profession d'infirmière. Un brevet de capacité professionnelle est alors créé, il donne le titre d'infirmière diplômée d'état avec un programme unique arrêté par le Ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale comportant des formations prévues dans des écoles agréées.

La modernisation et l'essor des hôpitaux après la seconde guerre mondiale ont entraîné une augmentation de près de 70 % du nombre des infirmiers entre 1968 et 1978, après une période de stabilité entre 1955 et 1968. La profession exerce majoritairement dans le secteur hospitalier public et est composée à 93 % de femmes. Le tableau ci-dessous nous permet d'apprécier l'évolution entre 1964 et 1987:

Tableau : Nombre d'infirmières Public + Privé I.D.E., Autorisées, Spécialisées, encadrement, élèves.

Année	Nombre	Evolution
1964	121.000	-
1970	148.601	+ 22,8 %
1973	182.666	+ 22,9 %
1976	212.624	+16,4 %
1979	245.994	+ 15,7 %
1982	260.816	+ 6,02 %
1985	286.493	+ 5,6 %
1987	294.253	+ 2,7 %

Source : Statistique du Ministère de la Santé 1987-1988.

Les fonctions exercées par les infirmières sont diverses. Leurs fonctions recouvrent les soins proprement dits mais aussi l'encadrement, l'enseignement et l'éducation sanitaire.

Au cours de cette dernière décennie l'émergence de la démarche de soins, a permis de recentrer le rapport et la prise en charge du malade dans sa globalité. L'établissement d'un dossier géré par l'infirmière permet de concrétiser la réalité du diagnostic infirmier. Le champ de fait des responsabilités de l'infirmière s'est élargi.

Depuis mai 1968, apparaît très nettement un sentiment de remise en cause du rôle de l'infirmière à l'hôpital et de sa place par rapport aux autres acteurs essentiellement les médecins. Durant ces dix dernières années, d'autres évolutions se sont fait sentir dont celle du nombre très important des infirmières. Jusqu'en 1984, chaque année, il était formé entre 25 000 et 30 000 infirmières diplômées. Le système sanitaire éducatif français dispose en 1984 de 350 écoles d'infirmières et 36 écoles de cadres infirmiers (30 en soins généraux et 6 en psychiatrie). Actuellement, le nombre d'infirmières formées chaque année se stabilise à 19 000, en évoluant vers une spécialisation et une technicité plus élevée.

En parallèle à cette évolution, de nombreux travaux et réflexions sur le devenir de

l'infirmière dans la société et à l'hôpital se sont développés.

Les causes structurelles du mal-être infirmier.

Depuis son entrée dans les institutions hospitalières modernes, l'infirmière ressent un malaise toujours croissant. Ce mal-être s'extériorise sous trois formes: une fuite en avant dans un processus d'intellectualisation et de spécialisation, une contestation des rapports traditionnels entre l'infirmier et le médecin, une volonté de dissocier la profession infirmière de tout à priori féminin.

Dispenser des soins infirmiers peut au quotidien aboutir à une certaine routine, aussi pour s'en démarquer, les infirmières sont souvent à la recherche de nouvelles méthodes et techniques plus rationnelles et plus « pointues ». Pour améliorer un travail difficile au contact du malade, les infirmières sont à la recherche d'une vision globale du malade et des mécanismes qui engendrent le processus de guérison. L'appropriation de la relation avec le malade devient un élément constant de leurs revendications. Cette évolution se heurte au découpage des tâches, trop marqué, entre les tâches infirmières et les tâches médicales. En s'émancipant à partir des années soixante dix, les infirmières ont essayé de rompre le type de relation dominant - dominé, entre elles et les médecins pour évoluer vers des rapports plus professionnels. Il n'est pas rare encore aujourd'hui, de voir surgir des conflits entre médecins et infirmières; les premiers acceptent difficilement de devoir reconnaître le rôle propre des infirmières alors que celles-ci ne veulent plus effectuer des rôles de simples exécutantes.

Ces rapports relationnels ne doivent pas cacher des facteurs structurels tels que des conditions de travail difficiles et une hiérarchie pesante de plus en plus mal acceptée.

Depuis ces vingt dernières années, le niveau de responsabilité et de technicité exigé des infirmières n'a cessé de croître. Une infirmière est appelée à côtoyer des matériels biomédicaux complexes et un environnement informatique souvent sophistiqué. La continuité du service public contraint le personnel à assurer une présence continue dans les services, de jour comme de nuit. Nous pouvons constater parallèlement un manque de communication au sein des équipes de soins. Le manque de temps dû aux charges de travail infirmiers auxquelles se rajoutent des tâches administratives, conduit à une diminution du temps de disponibilité par rapport au malade et à des relations soignants-soignés souvent insatisfaisantes.

Bien que l'objectif principal d'un protocole de soin soit d'appréhender le malade dans sa globalité, celui-ci est souvent perçu comme une succession d'actes pas toujours reliés les uns aux autres. La visite du chef de service est toujours très rapide et l'équipe soignante pourrait être le lien privilégié de prise en charge globale du malade.

Une équipe médicale est très hiérarchisée. La hiérarchie soignante, infirmière générale, infirmière générale adjointe, surveillante-chef, surveillante, infirmière, aide-soignante se double de la hiérarchie médicale. Cette pesanteur hiérarchique ne facilite pas le relationnel, la communication, la concertation et les initiatives.

Conclusion de la partie I

Contraintes budgétaires, réduction des coûts, l'hôpital est soumis à de multiples pressions afin de ne pas dépasser le budget global et les taux directeurs d'évolution des dépenses. Paradoxalement, les rigidités de structure et de gestion ne sont pas réduites. Pourtant, le découplage et l'intégration des différents métiers hospitaliers, sont des facteurs importants d'adaptation de l'hôpital à son environnement. L'hôpital en tant qu'organisation reste encore de fonctionnement taylorien et bureaucratique. Le mode de gestion bureaucratique apparaît à travers les processus de décision et de coordination ou le fonctionnement des lignes hiérarchiques. La hiérarchie n'est qu'un des éléments du rationalisme taylorien qui règne encore à l'hôpital et qui limite la prise en charge globale du malade. Cette pyramide des pouvoirs, renforcée par un système de notation encore archaïque, est une source importante de frustration, et contribue au sentiment qu'éprouvent certains acteurs hospitaliers d'être exclus du dialogue social de l'hôpital.

Le changement implique le passage d'une logique financière à une logique axée sur les ressources humaines. Le changement dans la gestion du personnel hospitalier est à la fois un préalable et un vecteur de sortie de la crise de l'hôpital. La gestion des ressources humaines doit dès lors évoluer pour devenir plus participative et s'inscrire dans une stratégie globale du changement. Le capital de l'hôpital c'est l'homme. Il est donc prioritaire que le gestionnaire des ressources humaines concentre son action sur l'homme au travail afin de mobiliser son potentiel, son énergie et sa créativité. Chaque acteur doit trouver au sein de l'institution hospitalière, une identité. Sa place et son utilité doivent être reconnue afin qu'il puisse se considérer comme un agent actif et non comme un simple exécutant. Les projets individuels doivent autant que possible être en concordance avec le projet d'établissement.

Pour être opérationnelle, la GRH à l'hôpital doit se doter d'outils et concourir à l'élaboration d'une politique cohérente et innovante des ressources humaines. Les outils de GRH sont amenés à devenir les nouveaux processus de régulation de l'organisation.

SECONDE PARTIE La réforme de la gestion des ressources humaines comme vecteur d'une stratégie de sortie de la crise de l'hôpital.

Jusqu'aux années 80, les mutations de l'hôpital se réalisent en terme quantitatif grâce aux apports de la croissance. Pendant cette période, l'hôpital bénéficie d'un accroissement continu et substantiel de ses moyens matériels et de ses effectifs. Il y a une augmentation du nombre de lits hospitaliers, la construction de bâtiments, l'accroissement considérable des moyens techniques et du matériel biomédical, une médicalisation croissante et une élévation constante des effectifs médicaux et non médicaux. Le système de gestion hospitalier peut dans ce contexte se passer d'outils de gestion, particulièrement au niveau des ressources humaines.

A partir de la fin des années 70, la crise économique s'amplifie et entraîne une limitation progressive des moyens hospitaliers. Les premiers outils mis en place sont des moyens de contrôle et de maîtrise des dépenses budgétaires et des effectifs. Parallèlement, se développent des phénomènes de concurrence entre activités hospitalières publiques, privées ou libérales. Il faudra attendre le début des années 90 pour que s'amorce un mouvement de recherche de complémentarité en opposition à une concurrence systématique entre le privé et le public ou entre établissements publics

eux-mêmes. Le malade commence à ne plus être perçu seulement comme un patient mais aussi comme un client. La santé dans le secteur public devient une activité de service à part entière, soumise à la concurrence.

En conséquence, les services hospitaliers doivent répondre à des exigences accrues de qualité et s'efforcer d'améliorer leurs prestations. Le malade, client et consommateur de soins, a des attentes précises en matière de qualité des soins, d'accueil et d'information.

Pour répondre à ces demandes, l'hôpital public doit progresser et amorcer des évolutions à plusieurs niveaux :

• au niveau de l'organisation interne et des méthodes de travail .

• au niveau des systèmes de gestion.

L'hôpital doit connaître une amélioration de la communication et de l'évaluation des soins et avancer dans la recherche de la qualité.

Cependant la mise en place de cette politique rencontre de nombreux écueils. Il est difficile d'élaborer de nouveaux outils de gestion. Dans ces changements qualitatifs, la gestion des ressources humaines se révèle un rôle stratégique. Les outils de G.R.H apparaissent comme les outils qui rendent possibles le changement en lui donnant une orientation qualitative et sociale. Néanmoins, ces outils sont complexes et les hôpitaux éprouvent des difficultés à les élaborer et à les mettre en place. Aux difficultés techniques s'ajoutent les résistances naturelles des acteurs au changement. Modifier le mode de gestion heurte des habitudes culturelles. Les comportements professionnels et les modes relationnels hérités du passé se révèlent obsolète. On est ainsi conduit à concevoir la nécessité de nouvelles exigences et d'une politique de GRH globale et cohérente dans laquelle s'articuleront les nouveaux outils de gestion.

Chapitre 1 - Les conditions préalables à une réforme de la GRH sont en partie réunies.

Le paysage hospitalier est inéluctablement appelé à changer au cours des prochaines années. Cette affirmation s'appuie sur un premier constat financier: les déficits sociaux ont atteint une ampleur sans précédent, 54 milliards pour l'année 1994. La sécurité sociale, principal organisme de financement de l'hôpital public, est en cessation de paiement virtuel quotidien depuis l'amplification de la crise économique. Même si la part de l'hôpital dans la consommation médicale est en décroissance en valeur relative, globalement, l'ensemble de l'hospitalisation française représente quelques 250 milliards de francs de budget par an, dont 220 pour les hôpitaux publics, et près de 26 pour les établissements privés hospitaliers. Si l'hôpital n'est qu'une partie du système de soins, il

en est cependant la composante essentielle. L'adaptation de l'offre de soins à la demande et aux besoins objectifs en matière de santé devient inéluctable. Les acteurs hospitaliers cachent de moins en moins leurs inquiétudes et leur impatience à voir se mettre en place un véritable changement de l'organisation et du système de gestion à l'hôpital. La santé est devenue un enjeu politique majeur. Repoussée depuis deux, voire trois septennats, cette nécessaire adaptation offre-demande, ne pourra souffrir d'une résolution plus tardive. Il s'agit en premier lieu d'un problème de choix et de politique publics. L'Etat et le Ministère de la santé ont à trouver rapidement des nouveaux processus de régulation du système de soin et du modèle hospitalier qui permettent de réduire la crise de l'hôpital et la crise du personnel hospitalier. La loi hospitalière de 1991 puis la réforme hospitalière par ordonnance de 1996 fournissent un cadre juridique propice à l'élaboration de ce nouveau système hospitalier.

Section 1- Le nouveau cadre législatif et institutionnel appelle cette réforme.

Les missions de l'hôpital ont évolué. Aux missions traditionnelles s'ajoute une approche nouvelle, la nécessité de gérer stratégiquement les services et les établissements de soins. L'hôpital public est lieu de soin, lieu de formation de tous les médecins, et de promotion du service médical. C'est aussi un espace de recherche. Dans la loi hospitalière de 1991, nous trouvons explicitement parmi les missions et les objectifs de l'hôpital, la nécessité d'une approche stratégique des problèmes de gestion, tant au niveau des services que dans l'élaboration des divers projets de l'établissement. L'hôpital public évolue, la loi hospitalière de 1971 a permis de développer plusieurs processus de régulation du modèle hospitalier. La plupart des outils de régulation mis en place pendant la période des années 70 et 80, sont d'ordre quantitatif et ont une finalité financière. La priorité principale de l'état a d'abord été de juguler et de contrôler les dépenses budgétaires en matière de santé, avec des outils tels que le taux directeur, et le budget global se substituant aux prix de journée dans le but de limiter les dépenses budgétaires.

Nous percevons très clairement à partir de 1991, que le Ministère de la Santé ne propose plus des modèles et des nouveaux outils de gestion préétablis aux hôpitaux publics et qu'il laisse l'initiative aux établissements dans le domaine du changement de l'organisation et de la gestion. Le Ministère de la Santé ne donne que les orientations principales. Le modèle d'action et de changement du mode de gestion n'est pas décliné dans la loi hospitalière de 1991. Il est seulement vivement souhaité que la gestion hospitalière devienne plus volontariste, plus stratégique et plus transparente. Les concepts et les orientations restent très généraux.

Avec les ordonnances de 1996 et le nouveau pouvoir donné aux agences régionales de l'hospitalisation, le gouvernement semble résolument s'orienter vers une maîtrise des dépenses hospitalières et l'utilisation forcée de concepts de gestion tels que la contractualisation des objectifs et le fonctionnement des établissements en réseau.

1 § Les politiques publiques dans la mutation de l'hôpital.

De nombreuses questions se posent aux gestionnaires d'établissements:

Quels sont les moyens et le contenu exact du changement ? Quelle est la part de l'évolution par le droit et le statut, par la gestion ou par mutation culturelle? On ignore qui des acteurs internes et externes sera à l'origine et conduira le changement. La nouvelle réforme de 1996, en instaurant l'accréditation des services et en créant des agences régionales de l'hospitalisation, apporte des réponses ponctuelles et très partielles à ces interrogations.

Pourtant, la nécessité de changer le système de gestion de l'administration publique n'est plus contesté par aucun acteur. Depuis une dizaine d'années, moderniser le service public est devenu une priorité officielle des gouvernements successifs. La modernisation du service public fut l'objet d'une mission confiée par le Président de la République à Madame BARRET-KRIEGEL en 1984 et qui fut suivi d'un rapport en 1986. Ensuite, d'autres études et rapports complétèrent la réflexion.

La modernisation de l'Etat est difficile à mettre en chantier. Un premier bilan des mesures de modernisation daté du 11 juin 1990, fait état:

de la réserve de certains personnels par rapport au souvenir plus ou moins heureux d'expériences passées ou à l'absence de retour à d'éventuels efforts demandés.

de doute parmi le personnel d'encadrement.

Le Premier Ministre lui-même dans un article paru en mars 1989 dans « la revue des deux mondes » écrivait « moderniser l'appareil de l'Etat, rénover le service public, autant cet objectif paraît simple à énoncer, autant son extraordinaire complexité nous impose à la fois prudence et détermination. Car c'est le fonctionnement essentiel de la société française et celui des rouages essentiels dans cette société qui est en cause. »

A l'hôpital public, dès 1983, avec la réforme du budget global et des taux directeurs, les gouvernements ont montré leur volonté de maîtriser les dépenses hospitalières. Les modifications statutaires ont été très limitées et ponctuelles. Il a fallu attendre la loi hospitalière de 1991 pour qu'une démarche de changement participative, stratégique et globale dans la gestion de l'hôpital public, s'inscrive comme une priorité à réaliser par les établissements hospitaliers.

A - Les politiques publiques hospitalières.

Dans l'après-guerre, nous pouvons observer un retour de l'interventionnisme de l'Etat en matière de politiques publiques. Les politiques économiques et industrielles, mais aussi les politiques en matière de santé, sanitaires et sociales sont déclinées en terme de prérogatives quasi-régaliennes. Il s'agit d'une rupture avec la période précédente caractérisée par un immobilisme étatique. Un nouveau référentiel modernisateur⁶⁹ s'élabore en s'opposant au modèle étatique antérieur. La transformation de l'industrie, de

⁶⁹ MULLER Pierre, « L'administration est-elle en crise? Logiques politiques », L'Harmattan, 1992.

l'économie et des rapports sociaux deviennent les priorités inscrites dans les plans successifs et les maîtres mots des politiques publiques deviennent la modernisation du tissu industriel, économique et social. Du référentiel d'équilibre qui caractérisait les politiques publiques précédant la seconde guerre mondiale, le déplacement se fait au profit d'un référentiel global. Une succession de réformes voient le jour dans ce cadre-là, en remettant en adéquation les objectifs des politiques par secteur avec les objectifs globaux de ce nouveau référentiel.

Le règne du plan décline à partir du début des années 1980. Le VIII^{ième} plan est interrompu en 1983 par un plan intérimaire dont les objectifs économiques, budgétaires et sociaux, ne pourront pas être tenus. De nombreuses voix appellent à des modifications dans l'organisation du service public et dans la manière de gérer. Le changement peut être le fait de l'action de l'Etat ou provenir d'une démarche participative des acteurs internes. La Loi hospitalière de 1991 si elle affirme le rôle premier de la gestion des ressources humaines dans le changement, n'est pas suivie de modifications substantielles dans ce domaine. Un changement de système de gestion ne se décrète pas, il ne peut être provoqué que par un processus stratégique et largement participatif.

La nécessité du changement admis, il faut connaître qui peut l'opérer et comment. L'Etat ou les acteurs hospitaliers; et parmi ces derniers, les médecins, les gestionnaires et le personnel soignant doivent-ils agir isolément ou ensemble dans le cadre d'un projet d'établissement et de projets de service.

1 - Du plan au projet d'établissement.

Dans l'après guerre, les plans quinquennaux prennent toute leur importance en conditionnant le développement économique et social de la nation. Le plan est véritablement au centre du pouvoir. En élargissant ses domaines d'action et d'application, le plan devient le cadre de référence de l'action économique de l'Etat et de l'ensemble des partenaires sociaux.

Selon Jean-Baptiste DE FOUCAULT, Commissaire au XI^{ème} plan: « la planification est indispensable pour éclairer le fonctionnement du marché, définir en commun les qualités de la croissance, assurer la cohérence des actions publiques et la cohésion sociale. »

C'est à partir du VI^{ème} plan (1971-1975), que la planification se structure pour devenir scientifique et stratégique. Le plan devient alors un instrument scientifique de prévision à moyen terme, pour cinq ans, capable de définir un ensemble ordonné d'objectifs économiques et sociaux. Les plans deviennent alors les piliers des politiques publiques.

La santé et l'hospitalier ont été inscrits parmi les toutes premières priorités dans plusieurs plans et ces deux secteurs ont bénéficié de cette nouvelle répartition. Cependant, il faut attendre le IV^{ième} plan ⁷⁰ (1962-1965) pour que la modernisation de l'équipement sanitaire démarre réellement avec un financement de travaux de 3,5 milliards de francs soit en francs courants près du triple du plan précédent.

⁷⁰ cf Loi No 62 900 du 4 août 1962 portant approbation du IV^{ième} plan de développement économique et social.

Le premier plan d'équipement ou plan MONET (1948-1953) comprend essentiellement des objectifs économiques. Avec les crédits du Plan MARSHALL, tous les efforts sont consacrés au développement des secteurs vitaux de l'économie détruits par la guerre, c'est à dire en priorité les industries, l'électricité, la logistique et les transports. Ce n'est qu'avec le II^{ème} plan⁷¹ (1954-1957) que les équipements sanitaires sont incorporés. Une politique de rationalisation des choix budgétaires est instaurée et 0,9 milliard de francs actuels sont débloqués pour l'équipement sanitaire. La priorité va vers les hôpitaux psychiatriques, 8000 lits sont créés en urgence dans ce secteur où l'on avait pas réalisé d'hôpitaux depuis 25 ans, et vers les services de soins avec l'installation de 12 000 lits supplémentaires. Rien n'est prévu en additif pour l'hébergement des personnes âgées.

Avec le III^{ème} plan⁷² (1958-1961), seulement 62% des crédits inscrits sur les lignes budgétaires de la santé ont été dépensés, et avec le IV^{ème} plan, ce pourcentage est réduit à 58%. Les besoins pour le redressement économique de la France sont énormes. Un effort important est fait pour les personnes âgées. Les hospices sont modernisés et l'on recherche de nouvelles formules d'hébergement tels que les logements foyers, les foyers restaurants et les maisons de retraite. En psychiatrie, les premières unités extrahospitalières sont mises en place avec les hôpitaux de jour. Un effort particulier est mené pour l'enfance handicapée et inadaptée. Le nombre des Ecoles d'infirmières croit et les premières unités de recherche médicale se mettent en place.

Dans le domaine de la santé, en 1958, la Loi DEBRE va définir pour la première fois les grandes orientations en matière de structures hospitalières et de personnel. La mise en oeuvre de la réforme hospitalo-universitaire⁷³ et la politique de coordination hospitalière⁷⁴ est reconnue comme une ardente nécessité. Jusqu'en 1959, la politique du laissez-faire dans le domaine de l'hospitalier a abouti à une véritable désorganisation sanitaire. En particulier, la concurrence ruineuse entre le secteur public et le secteur privé, l'aggravation des inégalités régionales, l'inadaptation de l'offre et de la demande avec une absence d'objectifs et de programmes cohérents.

C'est à partir du IV^{ème} plan que s'ouvre « l'ère des bâtisseurs ». De 1962 à 1965, le nombre de lits créés ou rénovés est de l'ordre de 108 000 dont 37 000 pour les centres hospitaliers régionaux et universitaires (CHRU), 28 000 pour les hôpitaux généraux, 14 000 lits ou places en psychiatrie, et près de 6 000 places sont créés dans les écoles d'infirmières. Les planificateurs prennent conscience que l'équipement sanitaire est un facteur de croissance économique.

A partir du V^{ème} plan⁷⁵ (1966-1970), les procédures d'évaluation des besoins en matière d'investissement s'élaborent et s'affinent. L'approche empirique laisse place à des

⁷¹ cf Loi No 56 342 du 27 mars 1956 portant approbation du II^{ème} plan de modernisation et d'équipement..

⁷² cf décret No 59 443 du 19 mars 1959 portant approbation du III^{ème} plan de modernisation et d'équipement.

⁷³ cf ordonnance No 58-1373 du 30 décembre 1958 portant réforme hospitalo-universitaire.

⁷⁴ cf ordonnance No 58 1199 du 11 décembre 1958 relative à la coordination des soins comportant hospitalisation.

processus scientifiques étayés de statistiques. Un effort est fait pour tenter de coordonner les activités publiques et privées, pour étendre la formation continue des agents et pour développer les consultations externes à l'hôpital. Nous avons les premiers axes de la réforme hospitalière de 1970.

Avec le VI^{ème} plan⁷⁶ (1971-1975), l'investissement hospitalier se continue mais avec une priorité marquée pour l'humanisation. Des travaux sont menés pour plus de 12 milliards, avec parallèlement une suppression de 25 000 lits. Un nombre important d'établissements de long ou de moyen séjours sont construits ou rénovés

Le VII^{ème} plan⁷⁷ (1976-1980) ne détaille plus toutes les réalisations hospitalières. La politique hospitalière repose essentiellement sur les programmes régionaux et la concertation; seules les orientations prioritaires sont inscrites. Le programme d'humanisation des hôpitaux est maintenu. La priorité est donnée aux missions de prévention d'éducation sanitaires et à la recherche. Il est demandé aux Français d'élever leur niveau de responsabilités individuelles et collectives face à la santé, d'être plus efficaces et de dépenser moins afin d'assurer une meilleure maîtrise des dépenses de santé.

Après l'arrivée de la gauche au pouvoir, le VIII^{ème} plan (1980-1984) est interrompu par un plan intérimaire en 1982. Les objectifs sociaux et économiques fixés par le plan intérimaire ne purent être tenus et l'année 1983 s'achève finalement sur une volonté de tout mettre en oeuvre pour éviter la croissance exponentielle des dépenses de soins.

Le IX^{ème} plan⁷⁸ (1984-1988) contribue à une meilleure gestion budgétaire du système de santé et de la planification avec une mise en application de la réforme budgétaire générant la dotation globale des hôpitaux et la nouvelle comptabilité analytique. Les observatoires régionaux de santé élaborent des études épidémiologiques qui contribuent à mieux connaître les besoins des populations. De nouveaux outils d'évaluation quantitatifs sont créés tels que le programme de médicalisation des systèmes d'informatisation hospitaliers (PMSI). Parallèlement, il est prévu un programme de rénovation hospitalière portant sur 7500 lits vétustes s'accompagnant d'une réduction simultanée de 16 000 autres lits. Des structures de coopération interhospitalières sont élaborées.

Le X^{ème} plan⁷⁹ (1989-1992) fixe cinq grandes priorités:

⁷⁵ cf Loi No 65 100 du 30 novembre 1965 portant approbation du V^{ème} plan du développement économique et social.

⁷⁶ cf Loi No 71 567 du 15 juillet 1971 portant approbation du VI^{ème} plan d'équipement sanitaire.

⁷⁷ cf Loi du 21 juillet 1976 portant approbation du VI^{ème} plan.

⁷⁸ cf Loi No 83 465 du 13 juillet 1983 relative au rapport sur le IX^{ème} plan de développement économique, social et culturel, et Loi No 83 1180 du 24 décembre 1983 relative au rapport annexé à la deuxième Loi de développement économique, sociale et culturelle.

⁷⁹ cf Loi No 89 470 du 10 juillet 1989 approuvant le X^{ème} plan (1989-1992).

- l'éducation et la formation.

- la recherche.

- la solidarité.

- l'aménagement du territoire.

- le service public et la compétitivité.

A coté d'une préoccupation constante qui est la maîtrise des dépenses de santé, de nouveaux outils de gestion sont préconisés tels que les contrats d'objectifs. La loi hospitalière de 1991 appelle à des innovations dans les modalités de gestion et définit un cadre stratégique, participatif et global pour la modernisation de l'hôpital public: le projet d'établissement. Il est demandé explicitement que le personnel hospitalier soit associé étroitement aux mutations en cours. La communication interne à l'hôpital doit être améliorée et la concertation élargie. Une réflexion approfondie est demandée sur l'organisation du travail au niveau de chaque service. De nouveaux outils de gestion doivent être élaborés. Le Ministère de la Santé le préconise mais en transfert l'initiative et la responsabilité aux acteurs hospitaliers.

La nouvelle réforme hospitalière de 1996 n'apparaît pas dans le cadre d'un plan ou d'une loi. Elle a été mise en place par ordonnance dans un délai d'élaboration et d'application d'une brièveté sans précédent. La réflexion du Haut conseil de la réforme hospitalière, composé de dix-huit membres, a commencé en mai 1995 et les ordonnances ont été promulguées en avril 1996 après deux mois de concertation avec les partenaires sociaux.

La priorité est matérialisée par l'affectation des moyens budgétaires des établissements hospitaliers à des équipes médicales, accréditées par services, pour la qualité de leurs pratiques et s'inscrivant dans une rationalisation régionale de l'offre de soins. Cette démarche s'appuie sur quatre idées directrices modifiant la gestion : régionalisation, accréditation et évaluation, contractualisation, coordination.

Cette réforme vise à accélérer la mise en pratique de principes déjà affirmés dans la loi hospitalière de 1991. L'élaboration d'outils de pilotage et d'évaluation tel que le PMSI est accélérée et la mise en oeuvre des projets d'établissements passera obligatoirement par la contractualisation gérée au niveau régional.

Une agence régionale composée de représentants de l'Etat, de l'assurance maladie, d'élus, d'usagers et de professionnels de la santé, met en oeuvre une politique de santé assurant l'adéquation entre une définition précise des besoins sanitaires et des moyens pour y répondre. A partir du schéma d'organisation sanitaire, l'autorité régionale procède à des appels d'offre par type d'activités médicales hospitalières auprès des services médicaux. La régulation de l'hospitalisation est gérée au niveau régional sur la base de

critères de qualité et de sécurité des soins définis nationalement. Une commission exécutive régionale de santé a pour mission de vérifier la conformité des projets de services avec le schéma régional et de notifier les décisions de conformité d'accréditation. Une agence nationale indépendante est chargée de l'évaluation en vue de l'accréditation et de la définition des normes éthiques, techniques et médico-économiques.

Les réponses aux appels d'offre de l'autorité régionale devront être présentées par les équipes hospitalières après avis des conseils d'administration. Les établissements publics ou privés établissent avec la commission exécutive régionale des contrats pluriannuels définissant les objectifs d'activité et les moyens pour les atteindre. La notion de contrats d'objectifs se trouve remise au premier plan et devient un élément incontournable du fonctionnement des services médicaux. La notion de service soignant est valorisée en devenant la cheville ouvrière de l'organisation. Dans sa gestion le service se doit de fonctionner par contrats d'objectifs après évaluation de son activité et de sa cohérence avec les besoins sanitaires régionaux exprimés.

2 - La crise du référentiel hôpital public.

Les rapports entre la sphère politique et la sphère administrative sont encore ambigus. Jusqu'au milieu des années soixante-dix, la séparation est affirmée avec force. Elle trouve sa base essentielle dans l'éthique du service public. Après cette période, sous l'effet d'un double mouvement de politisation de la haute fonction publique et de fonctionnarisation de la politique, le clivage va s'atténuer. Les hauts fonctionnaires en s'impliquant de plus en plus dans l'élaboration des politiques publiques et des réformes, vont réduire la distance entre le politique et l'administratif. La carrière de ces hauts fonctionnaires va dépendre en partie du politique, mais selon un contour différent du clivage strict gauche-droite. L'affrontement de ses hauts fonctionnaires au sein des cabinets et des services de l'Etat se fait plutôt en terme de fractions et de clans. Au fil des années, c'est une élite administrative non exempte de convulsions internes qui affirme sans partage la légitimité de son expertise technique ou administrative sur les sujets pris en compte dans les politiques publiques. Les hauts fonctionnaires, issus des écoles comme l'ENA ou l'Ecole polytechnique, assurent leurs suprématie. Ce phénomène n'est pas sans conséquence dans les rapports entre les acteurs internes de l'administration et l'Etat représenté par la haute fonction publique.

En s'appropriant l'initiative dans la création et l'application des politiques publiques, la haute fonction publique devient le partenaire incontournable dans la médiation sociale entre l'administration publique et l'Etat. Simultanément dans chaque secteur un acteur s'impose comme représentant de ce secteur et interlocuteur privilégié dans la médiation sociale avec l'Etat. Si l'on analyse plus avant le modèle d'action actuel de l'administration publique, nous nous apercevons que pour chaque politique sectorielle et dans chaque secteur, un acteur dominant est désigné pour représenter la gestion du secteur par l'Etat. Son rôle est double⁸⁰. A partir de ses connaissances professionnelles et plus précisément de son expertise professionnelle, vont se cristalliser les images dominantes du secteur qui constituent le référentiel de la politique de ce secteur.

⁸⁰ MULLER Pierre - L'administration française est-elle en crise? Logiques politiques - L'Harmattan - 1992-

Ainsi, la politique de la santé hospitalière va se construire autour de l'image du savoir professionnel du médecin.

Chaque acteur dominant va tenter de s'imposer comme le représentant des groupes sociaux à l'intérieur et à l'extérieur du secteur qu'il représente. A l'hôpital public, en terme sociologique de pouvoir, c'est manifestement le médecin qui est l'acteur dominant de l'organisation. Cependant, si l'on compare son pouvoir à celui du directeur d'établissement, il faut faire appel à une analyse en terme de pouvoir formel et informel pour amener plus de clarté dans le raisonnement. Les médecins par le biais des organismes officiels de représentation tels que la commission médicale d'établissement ou le conseil d'administration, n'ont qu'un rôle consultatif et représentatif. Dans le domaine budgétaire, il faut attendre la réforme de 1996 pour que les médecins chefs de service soient accrédités d'une responsabilité budgétaire dans le cadre de la négociation et de la réalisation des contrats d'objectifs. Avant cette réforme, les directeurs d'hôpitaux avaient la totalité des responsabilités budgétaires de négociation et de représentativité auprès de la Tutelle et se substituaient donc aux médecins, principaux acteurs de l'organisation en tant que producteurs de soins.

La conséquence des deux fonctions précédentes, c'est à dire la construction d'une image du savoir professionnel par l'acteur dominant du secteur qui s'efforce simultanément de s'imposer aux autres groupes sociaux comme unique représentant, est la constitution d'un corporatisme à la française.

Les directeurs d'hôpitaux ont tenté depuis une dizaine d'années de développer leur rôle de représentants des autres groupes socioprofessionnels de l'hôpital. Cet effort n'a pas été couronné d'un succès décisif. Au niveau de la fonction de construction d'une image représentative du savoir professionnel, les directeurs d'hôpitaux se heurtent à deux obstacles. Le premier est que dans l'organisation hospitalière productrice de soins, ils ne sont que les gestionnaires de la bonne marche du système. Les principaux acteurs demeurent les médecins qui sont les détenteurs du savoir professionnel de l'activité principale, à savoir soigner les malades. En second lieu, les directeurs d'hôpitaux, se regroupent autour d'un mouvement corporatiste en ordre dispersé. Le syndicat SNCH, représentant plus de cinquante pour cent des directeurs d'hôpitaux avec deux autres syndicats représentatifs ont une action souvent divergente les uns des autres sur les principaux dossiers; cela nuit à la crédibilité et à l'efficacité de l'action et du rôle de la corporation.

Ce corporatisme à la française ou corporatisme sectoriel caractérisé par une volonté de chaque groupe social leader d'obtenir l'exclusivité du dialogue avec les représentants de l'Etat, a tendance à renforcer le pouvoir de la haute administration. Les hauts fonctionnaires pour maintenir un minimum de cohérence dans les politiques publiques se doivent de construire un référentiel global. Ainsi les élites de la haute administration constituent le passage obligé de la médiation sociale. La société française pense ses rapports à travers l'action de l'Etat.

Les conséquences de ce fonctionnement créent une inertie au transfert de l'initiative et de la conduite du changement de l'Etat vers les acteurs internes. Les acteurs internes en ordre dispersé ou en corporation voulant se substituer aux autres groupes sociaux, ne

sont pas des acteurs crédibles pour conduire le changement au nom de tous.

Par exemple, les infirmières acceptent de plus en plus mal, le rôle d'acteurs secondaires que voudrait leur faire jouer une partie du corps médical. La création récente de coordinations infirmières se substituant aux syndicats traditionnels et rentrant directement en contact avec les représentants du Ministère de la santé publique afin de négocier leurs revendications qualitatives et quantitatives peuvent s'expliquer par cette difficulté de représentation qui leur est propre.

Il y a actuellement une crise du référentiel hôpital public en terme de politique publique :

• une crise de la médiation sociale. Le dialogue entre les groupes sociaux eux-mêmes et avec l'Etat est en panne.

• une crise de légitimité et de confiance accordée à l'Etat et à la classe administrative et politique pour résoudre les problèmes posés et conduire le changement.

• une crise normative. Les moyens d'action qui définissent les politiques publiques ordonnant le changement et les réformes, sont remis en cause par les agents. Nous remarquons simultanément une accélération du poids des élites politico-administratives alors que la volonté de transférer l'initiative du changement de l'Etat vers les acteurs internes de l'hôpital public se dilue, faute d'être accompagnée de normes permettant de rendre possible ce changement. Ce processus en matière de conduite de politiques publiques est contradictoire et bloquant.

Un changement dans l'administration publique nécessite l'adhésion des agents et leur participation au changement définie en normes opérationnelles précises. Le changement pourra être réalisé à l'hôpital public que si les agents dans leur ensemble sont partie prenante. Si les médecins monopolisent dans la médiation tous les personnels des services soignants, alors que dans le même temps les directeurs tentent de se substituer au reste du personnel administratif, le changement nécessaire ne pourra se concrétiser. Les médecins hospitaliers ne peuvent être les seuls vecteurs du dialogue avec l'Etat; ils doivent rester des interlocuteurs privilégiés mais pas unique. Les initiateurs de la réforme de la gestion hospitalière se doivent d'être issus de l'ensemble des catégories socioprofessionnelles de l'hôpital.

Actuellement, à l'hôpital public, tous les acteurs qualifiés ou très qualifiés, qui peuvent se prévaloir d'un rôle moteur dans le changement, ne sont pas reconnus et écoutés comme tels. Ils méritent d'être encouragés et valorisés. A l'hôpital, les groupes porteurs d'innovation restent parfois en marge, ou du moins leurs capacités sont loin d'être utilisées pleinement. Au niveau des diplômés universitaires ou de l'éducation nationale, parmi le personnel administratif, il est étonnant de constater que pour les cadres et l'encadrement, il n'y a aucune distinction indiciaire entre les adjoints des cadres qui ont le minimum requis pour passer le concours, c'est à dire le bac, et ceux qui ont un bac plus deux, ou plus. Il en est de même pour les cadres A, directeurs d'hôpitaux, pourvus d'un

doctorat et qui ne sont pas reconnus et valorisés en conséquence.

Dans les années soixante et jusqu'au début des années soixante-dix, les hôpitaux publics ont recruté l'essentiel de leur effectif dans une population peu qualifiée. Le secteur privé mieux rémunéré drainait l'essentiel de la main d'oeuvre la plus compétente. Dans les emplois de bureaux, les postes d'encadrement puis de cadres, ont essentiellement été attribués par la promotion interne à l'ancienneté. La création de l'Ecole nationale de la santé publique ne date que de 1970. La catégorie A des cadres est devenue une mosaïque où la rémunération et les responsabilités sont déconnectées par rapport aux connaissances professionnelles et à la qualification. La corrélation étant plus nette entre rémunérations, responsabilités et classes d'âge qu'entre compétences et qualifications. Bon nombre de cadres A, hautement qualifiés et avec un niveau de formation initiale élevée, n'ont pas accès à la réalité du pouvoir et aux responsabilités, au sein des organisations publiques hospitalières du fait de leur jeunesse dans les fonctions. Cette situation n'est pas sans conséquence sur la motivation du personnel et la productivité de l'organisation.

Acquérir plus de responsabilité s'est aussi réduire la multiplicité des échelons hiérarchiques. Déjà, en 1982, Thomas PETER et Robert WATERMAN⁸¹ écrivaient: « il apparaît que la plupart de nos entreprises exemplaires comptent relativement moins de membres dans leurs équipes dirigeantes et que ceux-ci tendent à se trouver sur le terrain pour résoudre les problèmes plutôt que dans des bureaux pour contrôler des choses. C'est devenu le mouvement du *delaying*, suppression des niveaux hiérarchiques, ou de l'organisation horizontale. L'intérêt principal est de donner plus de responsabilité aux échelons d'exécution et de raccourcir les circuits de décision.

A l'hôpital, les mesures d'intéressement des agents sont difficiles à mettre en place, alors que parallèlement perdurent les « avantages acquis ». L'avancement se fait essentiellement à l'ancienneté et la prime de service est toujours calculée à partir d'un certain nombre de jours de présence. Si l'on veut renforcer la motivation des agents à l'hôpital, une partie de la rémunération doit dépendre de la réalisation des contrats d'objectifs.

Une expérience menée par Mayo⁸² aux Etats-Unis a démontré qu'il ne fallait pas sous-estimer la relation qualitative due au personnel, telles que l'estime et la reconnaissance de leur travail, quant à l'effet induit de productivité. Au début des années vingt, des signes de mécontentement se manifestèrent dans les usines de la Western electric qui fonctionnait selon des critères tayloriens. La direction pensait améliorer la situation en changeant les conditions de travail, elle fit appel à une équipe de psychosociologues de l'université de Harvard dirigé par Elton Mayo. Deux groupes d'ouvrières furent créés. On améliora les conditions de travail aux deux groupes, notamment les conditions d'éclairage. La production augmenta dans les deux groupes. Ensuite, les conditions de travail furent améliorées seulement dans un seul groupe. Le même niveau de production fut maintenu dans les deux groupes. Le même type

⁸¹ Thomas PETER et Robert WATERMAN, « Le prix de l'Excellence » - Interéditions, Paris 1983.

⁸² Mayo Elton, in « Management and the worker », Roethlisberger, Harvard University press, 1978.

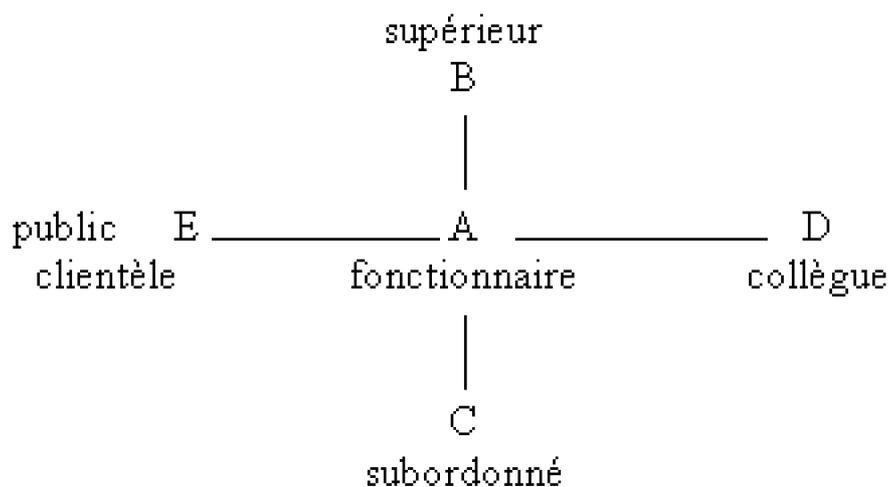
d'expérience fut répété avec divers autres critères d'amélioration des conditions de travail avec les mêmes résultats. Il fallut conclure qu'il n'y avait pas de corrélation directe entre l'amélioration objective des conditions de travail et les résultats de productivité. Le fait d'avoir constitué des petits groupes d'ouvrières qui s'entendaient bien ensemble et qui se sentaient choyés par la direction était plus important que tout le reste.

Les expériences d'Elton Mayo avaient abouti à des résultats simples mais importants. La première conclusion appelé effet Hawthorne, est que le personnel augmente sa production si on s'intéresse à lui. La seconde est qu'il existe à coté des relations formelles des relations informelles au sein de l'entreprise et des groupes. Les relations informelles se développent en dehors des relations formelles imposées par l'organisation. Elles ont un contenu affectif et pas seulement fonctionnel, et la bonne entente améliore les résultats alors que les conflits nuisent à la productivité.

Actuellement, à l'hôpital public, les idées novatrices et réformatrices sont marginalisées. Pour être finalisées, les initiatives individuelles doivent être cautionnées par la hiérarchie interne et externe à l'hôpital. C'est le problème du respect des rapports individuels au sein des rapports collectifs de l'administration. L'individuel a peu d'effet quand le fonctionnement de l'administration repose sur deux tendances majeures: la distanciation et l'autorité.

J..MAY nous démontre dans un modèle relationnel général de l'administration que cette dernière est incapable de prendre en compte et de pérenniser les innovations individuelles. Le sommet de la pyramide administrative, lieu de réflexion et de conception, est pris dans des problèmes de fonctionnement quotidien et ne possède pas la connaissance du terrain. Il n'existe pas de système de valorisation qui pousse le fonctionnaire de base à faire remonter vers sa hiérarchie sa connaissance du terrain et des problèmes qui y sont liés. Alors que rien ne favorise la communication entre fonctionnaires, de leur savoir-faire ou des informations qu'ils possèdent. Dans ce processus, toute idée novatrice ou qualitative provenant des acteurs a très peu de chance de circuler.

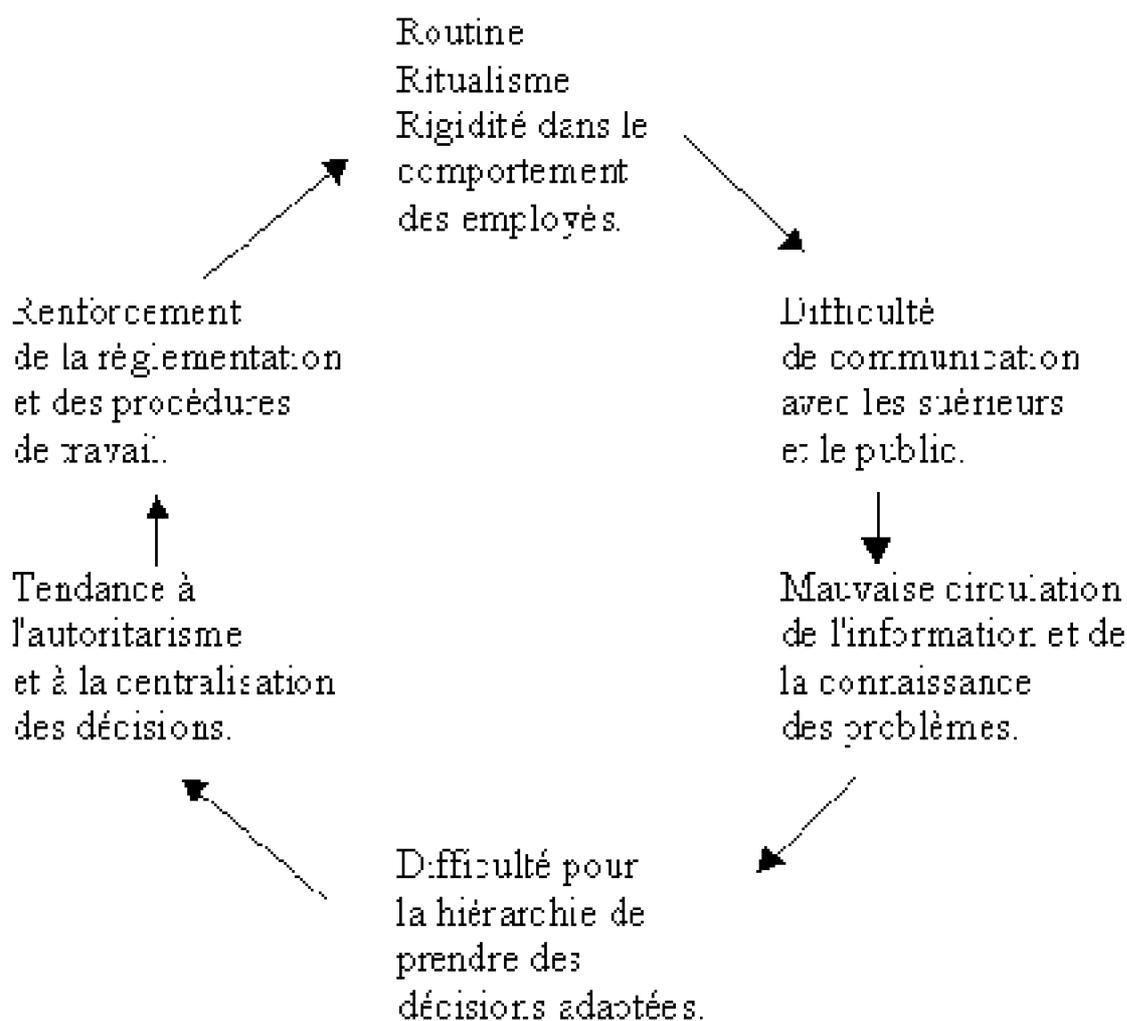
J.MAY construit le schéma suivant:



Le fonctionnaire A n'a aucun intérêt à communiquer à son supérieur hiérarchique, la

nature et le contenu de sa relation avec E, la clientèle. Si A révèle à D, un autre fonctionnaire comment il résout les difficultés de E, il se place en situation d'être contrôlé par B. Si B veut rentrer en contact avec E, il court-circuite l'information de A sans avoir tous les éléments d'information pour prendre une bonne décision.

D'après Crozier⁸³ « ceux qui décident ne connaissent pas directement les problèmes qu'ils ont à trancher; ceux qui sont sur le terrain et connaissent ces problèmes n'ont pas les pouvoirs nécessaires pour effectuer les adaptations et expérimenter les innovations devenues indispensables ». Il représente sur un schéma ce fonctionnement bureaucratique auto-entretenu en cercle vicieux:



La première question que l'on peut se poser est de savoir si l'hôpital public peut s'autoréformer. La théorie néolibérale conçoit le changement d'une administration que sous l'effet d'une contrainte externe forte. Si cette logique peut s'appliquer en termes budgétaires et pour certains aspects juridiques et statutaires, elle est totalement inefficace en terme de gestion. Une modification dans la manière de gérer, exige une adhésion du personnel et sa participation active.

⁸³ CROZIER M. « Le phénomène bureaucratique », Edition du seuil - 1987.

La logique culturaliste au contraire privilégie la prise de conscience de l'utilité du changement par les agents publics eux-mêmes, en prétendant que ce vecteur de changement est unique. Les données en terme d'organisation, d'outils de gestion ou juridiques, sont sous-estimées.

La réalité se retrouve certainement dans la médiane de ces deux logiques. La loi hospitalière de 1991, puis la réforme de 1996, préconisent une stratégie de changement. Les orientations sont encore mal définies sur le rôle des fonctionnaires et sur leur participation au changement, alors que l'action collective des services est plus affirmée sous la forme de contrats d'objectifs. C'est à partir des services qu'il faudra susciter une dynamique du changement parmi les acteurs hospitaliers de qui l'on attendra initiatives et propositions.

Cette démarche s'articule autour de trois orientations principales: déconcentration, responsabilisation et simplification. A partir de projets de service s'établiront des contrats d'objectifs. Les services de soins seront de véritables centre de responsabilité budgétaires avec une évaluation de l'activité et des résultats. Une relation et un pouvoir de négociation budgétaire s'instaureront entre l'entité régionale d'hospitalisation et le chef du service.

Il s'agit là d'une véritable révolution culturelle, organisationnelle, gestionnelle qui si elle s'applique pleinement entraînera une modification de la culture et des structures de l'hôpital public.

B - Réformer l'hôpital public passe simultanément par le droit et par la gestion.

Certains gestionnaires opposent le droit à la gestion quant à l'impact de l'un ou de l'autre dans le processus de changement. Ils entretiennent le discours selon lequel le droit serait purement formaliste et sclérosant. En fait, le droit ne doit pas être perçu comme une contrainte dans la modernisation de l'hôpital public. Ces positions simplistes et réductrices ne prennent pas en compte une vision globale du changement. La modernisation de l'hôpital public est une entreprise globale qui mobilise le droit, la gestion et le facteur culturel.

Il faut rappeler tout d'abord, l'originalité du système juridique français qui repose sur une dualité⁸⁴: **« l'administration obéit à un droit spécifique à la fabrication duquel elle contribue largement. Elle a donc sa propre logique de fonctionnement juridique. Comme dans une grande mesure la société civile a la sienne ».**

En terme de problématique, si l'on considère que le processus de modernisation se développe en partie contre lui, on ne verra qu'un effet négatif du droit. C'est le même discours récurrent sur la réforme administrative soutenu par des auteurs tels que Crozier :

« Il convient de liquider le vieil héritage bureaucratique dont le droit administratif gère la reproduction. L'Etat moderne n'a plus guère besoin de légistes. C'est de patrons dont il manque ». Dans ce contexte de management

⁸⁴ CAILLOSSE J., « La réforme administrative et la question du droit », actualité juridique du droit administratif, 1, 1989.

hégémonique, le droit se trouve disqualifié. Mais il n'est pas prouvé que le succès de l'idéologie managériale se poursuive au détriment de la rationalité du droit⁸⁵. Améliorer, changer le système de gestion, ne signifie pas moins de droit.

Par exemple, une diminution du nombre de grades à l'hôpital, il en existe 170 actuellement, intégrant une nouvelle définition des catégories professionnelles plus proche des métiers, va forcément passer par une réforme juridique des statuts.

La modernisation travaille sur la substance même du droit. Si le changement célèbre toutes les vertus de la gestion et du gestionnaire, il doit entraîner aussi la réhabilitation du juriste. Il s'agit d'un triptyque: droit, gestion et mutation culturelle.

Passer de rapports de gestion bureaucratiques à des rapports de gestion de type managérial en intégrant la dimension humaine et sociale, sous-entend aussi une évolution culturelle du comportement des acteurs. Il est important de modifier les rapports et les relations au travail afin de libérer l'initiative, l'intelligence et le savoir.

La stratégie de réforme de l'hôpital se fonde sur une stratégie d'entraînement, c'est à dire avec l'objectif de faire participer le personnel à la conception et à la mise en oeuvre du changement. Cette stratégie s'appuie sur plusieurs vecteurs de gestion des ressources humaines tel que le développement d'une méthodologie de conduite du changement avec amélioration de la négociation et de la communication interne, afin d'activer la motivation et la mobilisation du personnel. Il est important de gérer ces processus dans le temps, car pour être efficace les efforts doivent être maintenus sur le moyen terme. Cinq ans semble être une durée qui permet d'envisager raisonnablement une évolution dans l'organisation, la gestion et les mentalités.

2 § La loi hospitalière de 1991 crée les conditions d'un nouveau modèle hospitalier.

L'hôpital public a opéré une profonde mutation structurelle. Le modèle hospitalier du début des années 90 est très différent de celui des années 70 et même des années 80. Dans ce contexte, les processus de régulation doivent aussi évoluer et s'adapter à la mutation d'un modèle dont les mots clés sont encore rigidité et cloisonnement.

A - Un nouveau modèle d'hôpital public dont les principaux processus de régulation sont les outils de GRH.

1 - Un nouveau modèle pour l'hospitalier.

Jusqu'au début des années soixante-dix, avant le début de la crise économique, la modernisation de l'hôpital a été rendue possible par la croissance. La croissance continue était l'outil adaptatif majeur qui ne rendait pas indispensable une réflexion sur les structures et leurs évolutions. La situation économique n'exigeait pas le redéploiement des moyens. Une situation d'abondance n'engendre pas le développement de la gestion,

⁸⁵ J. CHEVALIER, LOCHAK D., « Rationalité juridique, cette rationalité managériale dans l'administration française », Revue française d'administration publique, 1982.

mais favorise la rigidité structurelle.

Depuis l'après-guerre jusqu'au début des années soixante-dix, l'hôpital est inscrit dans les priorités de la planification française. Pendant toute cette période, il y a eu croissance sans développement. Quantitativement, l'évolution est importante, des hôpitaux ont été construits et rénovés, le personnel hospitalier a connu une courbe de croissance asymptotique, mais qualitativement, l'hôpital est resté figé. Lorsque la crise économique est devenue endémique, les premiers essais de régulation ont tout naturellement été quantitatifs et financiers. L'objectif prioritaire devenait la maîtrise des dépenses de santé. Le tout quantitatif et financier pendant les années quatre-vingt est devenu facteur d'inadaptabilité. L'obstination des pouvoirs publics à percevoir les outils de régulation du modèle hospitalier comme strictement quantitatifs n'a fait que renforcer la crise de l'hôpital.

Dans les dix ans qui viennent, l'évolution du modèle hospitalier devrait suivre deux voies parallèles et se structurer autour de deux scénarios principaux :

En ce qui concerne l'hôpital public, nous aurons d'un côté les grands hôpitaux régionaux et universitaires qui verront se renforcer leurs plateaux techniques avec des équipes médicales toujours plus spécialisées et performantes. Ces institutions constitueront des points de référence pour le progrès médical et thérapeutique. Les pathologies « banales » et légères seront peu à peu transférées vers d'autres établissements.

Parallèlement, un grand nombre d'établissements hospitaliers généraux de taille moyenne, auront progressivement des difficultés croissantes pour gérer leur effectif, compte tenu de leur financement.

Cette évolution ne se limite pas au secteur public. Bon nombre de cliniques privées de moyenne importance auront des difficultés analogues. Dans le secteur privé, nous aurons simultanément l'émergence d'un secteur privé dynamique, évoluant dans un environnement concurrentiel, avec à sa disposition du matériel biomédical, et des équipes soignantes tout aussi compétitives que celles des établissements hospitaliers régionaux et universitaires. Le second secteur peu compétitif devra effectuer une mutation avec un souci de recherche de complémentarité, s'il veut survivre : complémentarité des activités, des spécialités et des plateaux techniques.

2 - Les nouveaux processus de régulation.

Dans ce contexte nouveau de mouvance structurelle, les instruments de régulation doivent s'adapter et évoluer. Désormais, l'outil de changement se situe en priorité au niveau des systèmes de gestion. Si pour les centres hospitaliers régionaux et universitaires, l'évolution du management est déjà bien entamée, en ce qui concerne les hôpitaux généraux de moyenne importance, l'essentiel reste à faire, et les blocages structurels sont nombreux.

Les principaux axes du changement sont inscrits dans la loi hospitalière de 1991 et principalement sous la forme des nouveaux critères de gestion des ressources humaines. Nous pouvons constater que l'essentiel des potentialités du changement se déplace du financier vers les ressources humaines. Pendant les années 80, l'essentiel des réformes était centré sur le financier et traitait de la modification du système de financement des hôpitaux. Des outils tels que le budget global, le taux directeur, la nouvelle comptabilité analytique, le PMSI (projet de médicalisation du système de santé), tentaient de juguler les dépenses budgétaires et d'affiner la connaissance des coûts. Depuis le début des années 1990, les principaux leviers de changement se situent plus stratégiquement au niveau de la gestion des ressources humaines. Ce secteur devient le point de fuite de la crise hospitalière. La crise du personnel hospitalier, n'est elle-même que l'une des conséquences de la crise hospitalière. La crise du personnel hospitalier ne peut se résoudre que dans une réforme globale incluant une modification des statuts du personnel, mais intégrant aussi la modernisation de l'hôpital public dans sa gestion et son organisation.

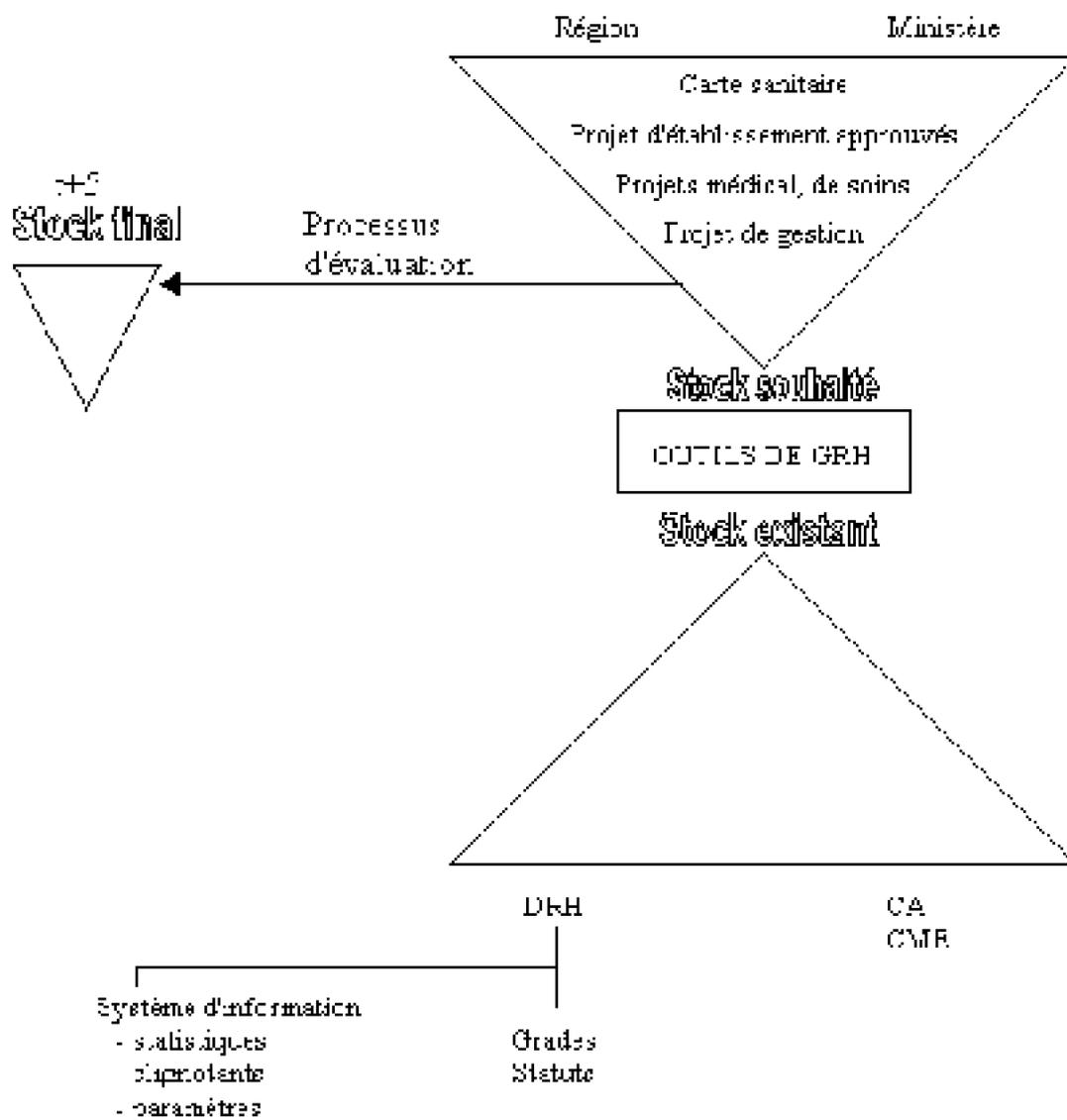
Les outils de G.R.H sont pour l'hôpital public l'instrument principal de la régulation du modèle hospitalier, alors que le projet d'établissement apparaît comme le cadre permettant le changement. Il est le ciment d'une démarche participative et globale. C'est à partir du projet d'établissement que pourront être construits et mis en place les outils de GRH qui répondent de la même approche : stratégique, participative et globale. Les orientations du Ministère de la Santé, contenues dans la loi hospitalière de 1991, préconisent une approche stratégique en matière de gestion hospitalière. L'initiative et l'effort de conceptualisation reviendraient prioritairement aux établissements. Ces derniers ont à charge de définir une stratégie des ressources humaines propre, et de mettre en place des outils de GRH. Ces outils s'inscrivent dans une stratégie globale qui doit faciliter le passage d'un mode de gestion de type bureaucratique à un autre plus managérial.

L'objectif visé est de passer d'une gestion quantitative à une gestion prévisionnelle et qualitative du personnel, par une démarche globale et stratégique qui lierait en interrelation plusieurs volets de la GRH. Une stratégie globale consisterait à lier une politique d'action en terme de gestion prévisionnelle du personnel, d'emplois et de compétences avec les autres politiques qualitatives du personnel, telles que :

- . une politique de recrutement,
- . une gestion du personnel en terme de métiers,
- . une gestion des carrières,
- . une politique de formation continue,
- . une amélioration de l'organisation et des conditions de travail.

Alors que pour le privé la loi du marché peut s'exercer pleinement, l'hôpital public a besoin aussi d'outils d'évaluation, venant en substitution à certaines formes du marché. Si la tentative de simulation du marché par les coûts contenus dans le PMSI (projet de médicalisation des systèmes et d'information), marque le pas et montre ses limites, d'autres processus d'évaluation complémentaires s'avèrent indispensables, tels que l'évaluation des écarts entre les objectifs de l'établissement et les réalisations, avec une mise en place des systèmes d'information permettant une évaluation des effets des actions entreprises. Des études faites au niveau de plusieurs établissements hospitaliers, concourent pour démontrer une corrélation entre le degré d'intégration d'une démarche de type stratégique, global et participatif, et le système de gestion existant dans un établissement. Une gestion globale et participative de forme managériale facilite l'élaboration et la réalisation d'un projet d'établissement. Le type de gestion prédominant dans l'hôpital public est encore bureaucratique, avec au mieux, l'émergence d'une stratégie concurrentielle. Les établissements intégrant un système de gestion stratégique, global et participatif incluant la dimension humaine et sociale font figure d'exception. Les courants actuels en sciences de gestion des ressources humaines tendent vers une synthèse des approches stratégiques et psychologiques au regard de l'organisation. La gestion des ressources humaines constitue l'essentiel du système de gestion global de l'établissement, car elle est la source principale du changement dans l'organisation et les rapports de travail dans l'entreprise.

3 - Représentation schématique du rôle moteur des outils de GRH dans le processus de réalisation des objectifs du projet d'établissement.



A partir d'un projet d'établissement approuvé par la Tutelle, les outils de gestion des ressources humaines deviennent les principaux leviers du changement afin d'atteindre les objectifs de l'hôpital fixés pour cinq ans en terme d'investissements et de fonctionnement. C'est dire que dans un hôpital donné, caractérisé par un stock existant en personnel et en équipement au temps t1, l'objectif à moyen terme est d'atteindre au temps t + 5 un état final ou stock final tel qu'il est défini dans le projet d'établissement approuvé.

B - La planification sanitaire de 1991 est créatrice de cohérence et de synergie.

1 - Un double objectif: gérer différemment la demande et l'offre de soins.

La nouvelle planification sanitaire est porteuse d'un double objectif:

analyser et anticiper la demande de soins,

orienter l'offre de soins constituée de moyens en personnel et en équipements. La planification peut améliorer la complémentarité inter-établissements en fournissant à chaque établissement l'opportunité d'une réorganisation interne.

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière pose le principe de l'organisation du système sanitaire au moyen d'une carte sanitaire et d'un schéma d'organisation sanitaire ayant pour objet **"de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé"**. Explicitement, la loi hospitalière de 1991 se fixe des objectifs tels qu'une meilleure évaluation et une meilleure organisation de l'offre à partir d'une évaluation plus fine de la demande. Les techniques d'évaluation de la demande et de l'offre sont à la fois quantitatives et qualitatives. Les outils d'analyse préconisés en 1991 sont plus nombreux et plus élaborés qu'en 1971. "Ils sont arrêtés sur la base d'une mesure des besoins de la population et de son évolution, compte tenu des données démographiques et des progrès des techniques médicales, après une analyse quantitative et qualitative de l'offre de soins existant... Cette analyse tient compte des rapports d'activité et des projets d'établissements approuvés".

Nous trouvons des outils de planification et des structures de concertation:

Les structures de concertation comprennent essentiellement:

au niveau régional, le Comité régional de l'organisation sanitaire et sociale (C.R.O.S.S.), assisté de la Commission régionale de l'évaluation médicale (C.R.E.M.E.).

au niveau national, le Comité national de l'organisation sanitaire et sociale (C.N.O.S.S.) assisté du Comité d'experts. Ces structures qui se substituent aux commissions existantes reposent principalement sur l'instauration de démarches préalables de concertation entre les acteurs eux-mêmes. Les contrats pluriannuels entre les établissements, les caisses de Sécurité Sociale et les Tutelles illustrent la concertation sur le terrain.

Les outils de planification comprennent une carte sanitaire, un schéma régional d'organisation sanitaire et sociale (S.R.O.S.S) et la mise en oeuvre de projets d'établissement.

Le projet d'établissement revêt une importance stratégique particulière. Il est outil de planification pour les Tutelles et au sein de l'établissement hospitalier, il peut être considéré comme un cadre conceptuel facilitant l'élaboration d'un nouveau système de gestion notamment en gestion des ressources humaines.

2 - Créer une cohérence et une synergie entre carte sanitaire et projets d'établissement.

Les principaux enjeux de la nouvelle planification hospitalière peuvent se résumer à faire correspondre l'offre de soins hospitaliers aux besoins réels de santé, c'est à dire à la demande de soins. Le souci premier de la Tutelle et du Ministère de la Santé est de maîtriser les dépenses de santé en régulant la demande de soins et en transformant les structures hospitalières afin de renforcer l'efficacité de l'organisation des soins. Le Ministère a intégré de nouveaux outils et des critères d'observation afin d'évaluer de manière satisfaisante la demande de santé. Il a créé de nouvelles commissions et instances de concertation afin d'obtenir une articulation correcte entre le niveau régional et les établissements.

L'intérêt étant de créer une cohérence et une synergie entre les orientations ministérielles contenues dans le SROSS et les logiques de développement interne des établissements matérialisées dans les projets d'établissement.

a - La planification sanitaire et hospitalière est récente.

La circulaire du 29 décembre 1969 en instaurant une charte hospitalière et la loi hospitalière du 31 décembre 1970 en créant la carte sanitaire ont permis d'intégrer la planification dans le droit hospitalier. Après vingt années d'expansion, la planification de 1970 a servi à homogénéiser et à coordonner l'équipement et le personnel hospitalier qui avaient connu un développement exponentiel depuis l'après-guerre. Mais la crise économique de 1973 en débouchant sur une crise du financement de la protection sociale a progressivement perverti les finalités intrinsèques du système. La planification est devenue un des instruments clé de la maîtrise des dépenses de santé en abandonnant progressivement ses objectifs d'évolution de l'organisation et de la gestion interne des établissements. La planification de 1970 était beaucoup moins élaborée que celle mise en place à partir de 1991. Si l'instauration d'une carte sanitaire en 1970 est l'acte de naissance de la planification, il faudra attendre 1991 pour voir se mettre en place le schéma régional d'organisation sanitaire et sociale (S.R.O.S.S), les diverses organismes de concertation, et la double démarche de planification et complémentarité d'une part et de restructuration et de réorganisation des établissements d'autre part. Le fait que la loi hospitalière de 1970 ait rapidement vu sa fonction originelle de développement harmonieux de l'équipement et du personnel hospitalier, pervertie par les contraintes économiques est grandement à l'origine du mécontentement et des critiques des différents acteurs hospitaliers, organismes de financement ou administrations de tutelle.

En devenant prioritairement un instrument de maîtrise de l'évolution des dépenses de santé, la planification est d'abord perçue par les acteurs hospitaliers comme un outil de rationalisation mais aussi comme un frein au développement de l'offre de soin. Ces derniers n'ont vu que décroître les moyens budgétaires en personnel et en équipement sans réforme globale de gestion et d'organisation. De 1970 à 1991, dans le domaine de la planification, les critères quantitatifs et les exigences financières ont primés sur les critères qualitatifs et d'organisation.

b - La carte sanitaire: une planification sommaire des moyens en personnel.

La loi hospitalière de 1991 précise que l'élaboration du schéma d'organisation sanitaire et

de la carte sanitaire est précédée d'une analyse quantitative et qualitative des installations, équipements et activités existants dans la zone sanitaire considérée. La carte sanitaire, comme le SROSS va donc s'appuyer sur une situation existante de l'offre et sur une appréciation des besoins de santé d'une population donnée. La demande de santé, tout comme l'offre de soins, sera évaluée quantitativement et qualitativement. La carte sanitaire, arrêtée par le Préfet de région après avis du comité régional d'organisation sanitaire et sociale (C.R.O.S.S.), détermine les limites des secteurs sanitaires et de psychiatrie. Elle définit les indices de besoin en installations et en équipements :

· moyens d'hospitalisation ou structures de soins avec ou sans hébergement dans les disciplines suivantes: médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, et soins de réadaptation et de longue durée.

· activités de soins d'un coût élevé ou nécessitant des dispositions particulières dans l'intérêt de la santé publique (12 types d'activités).

· équipements et matériels lourds (13 types d'équipements).

La carte sanitaire donne en complément des ratios comparatifs entre moyens en personnel et équipements (par exemple ratio du personnel par lit).

Le schéma régional d'organisation sanitaire et sociale (S.R.O.S.S.), arrêté par le Préfet de région après avis du C.R.O.S.S., fixe la répartition géographique des installations, des équipements et des activités de soins régis par la carte sanitaire. Il limite leur importance pour répondre de manière optimale aux besoins sanitaires de la population en déterminant des objectifs prioritaires. Si la répartition des équipements et des activités médicales est détaillée, la description des moyens en personnel est généralement réduite à quelques ratios.

3 § Les effets des ordonnances Juppé se déclinent à travers les nouveaux pouvoirs des agences régionales d'hospitalisation.

L'objectif essentiel de la réforme hospitalière de 1996 adoptée sous forme d'ordonnances est de créer une autorité régionale forte capable d'adapter le tissu hospitalier aux besoins de la population et de manier efficacement les outils de pilotage tels que les contrats d'objectifs, les réseaux hospitaliers, l'évaluation de la qualité des soins et les dotations financières régionales. Ces objectifs se déclinent à travers les missions de l'agence régionale.

- Les missions de l'agence régionale.

L'agence régionale est chargée de conclure les contrats pluriannuels avec les établissements publics et privés de la région. Elle est compétente en matière d'évaluation, d'autorisation et de financement des établissements de santé. Sont ainsi transférées à l'agence, les missions antérieurement dévolues en matière d'hospitalisation:

au préfet de région et au DRASS: analyse des besoins, planification, programmation, allocation des ressources affectées aux dépenses sanitaires,

au préfet de département et au DDASS: allocation des ressources aux établissements sanitaires. Le contrôle de la légalité reste de la compétence du préfet du département.

- Les pouvoirs de l'agence régionale.

En matière financière, l'agence régionale se voit attribuer une dotation régionale en fonction des priorités établies nationalement en terme de santé publique. Elle peut espérer corriger progressivement les inégalités régionales. L'agence régionale est chargée de répartir cette dotation régionale entre les établissements publics participant au service public en fonction de l'activité et des orientations du SROSS (schéma régional d'organisation sanitaire et sociale). Elle approuve les budgets annuels. Cette procédure d'allocation des moyens s'inscrit progressivement dans les contrats au fur et à mesure de leur montée en charge.

L'agence régionale a pour mission d'associer les principaux acteurs régionaux de l'hospitalisation. L'agence régionale, instance exécutive, s'appuie sur une instance stratégique et une instance consultative. L'instance stratégique, la conférence régionale de santé, a pour fonction d'analyser les besoins sanitaires, de définir les priorités de santé publique et, éventuellement d'émettre des propositions sur l'optimisation de l'offre de soins pour y répondre dans une vision large associant l'ambulatoire, l'hospitalisation et l'ensemble des dispositifs sociaux et médicaux sociaux. L'instance consultative est le comité régional de l'organisation sanitaire et sociale (CROSS). L'agence régionale a pour mission de développer la qualité des soins. Elle met en oeuvre ces exigences à travers sa politique d'évaluation et de contrôle qui complète les pouvoirs de police sanitaire des préfets. Elle peut également inciter les établissements à développer la qualité des soins au travers des procédures contractuelles.

Afin de développer les modes de prise en charge adaptés aux besoins des populations, il a été créé dans le cadre de la réforme hospitalière de 1996, la constitution de réseaux entre établissements publics. Afin d'inciter les établissements publics à s'intégrer dans ces réseaux, l'agence régionale d'hospitalisation peut instituer une obligation pour chaque établissement de participer à un réseau avant 1999. Le degré de coopération prévu par ces réseaux peut varier selon les particularités locales. L'agence régionale peut avaliser l'objet de ces réseaux entre deux ou plusieurs établissements, dans le cadre de contrats d'objectifs ou de moyens. Si elle estime cet objet insuffisant, l'agence régionale peut aussi imposer d'autres actions de coopération, et aller jusqu'à prononcer la fusion des établissements.

La mise en réseau doit cependant rester une formule souple, adaptée à chaque configuration locale et largement à l'initiative des équipes médicales et des établissements.

Section 2 - Des acquis institutionnels et stratégiques à développer: les projets d'établissements et les contrats d'objectifs.

Le cadre institutionnel pour assurer la mutation de l'hôpital et de son système de gestion existe, il est inscrit dans la loi hospitalière de 1991, complétée par les ordonnances hospitalières de 1996, sous la forme principalement du projet d'établissement et des contrats d'objectifs.

Le projet d'établissement permet de synthétiser toutes les évolutions des services d'un établissement pour les cinq ans à venir et de coordonner ce développement avec celui des autres établissements de la région selon les orientations inscrites dans la carte sanitaire. Les contrats d'objectifs vont permettre de concrétiser ces objectifs sur le terrain et de les détailler par services.

1 § Les projets d'établissement favorisent la mise en place d'un nouveau système de gestion des ressources humaines.

Les outils de gestion des ressources humaines sont devenus les vecteurs essentiels en matière de changement supplantant les outils de gestion financière prépondérants dans les années quatre-vingt. Les outils de GRH possèdent des dénominateurs communs avec le projet d'établissement. Dans les deux cas, la démarche est participative, prospective et stratégique. Le projet d'établissement décline des valeurs partagées par les différents acteurs hospitaliers, permettant ainsi de mobiliser les ressources internes et de les faire converger vers des objectifs communs.

A - Le projet d'établissement s'inscrit dans une double démarche externe et interne.

Les projets d'établissement déterminent les moyens (personnel et équipement) dont dispose chaque établissement hospitalier pour réaliser ses objectifs. Ces moyens doivent, eux-mêmes être compatibles avec les objectifs de la carte sanitaire et du S.R.O.S.S. Les projets d'établissement élaborés par les établissements doivent être approuvés par la Tutelle avant de devenir un cadre de référence opérationnel. Avant qu'un projet d'établissement soit approuvé, il doit être compatible avec les objectifs de la carte sanitaire et du S.R.O.S.S.

Les objectifs propres au projet d'établissement doivent :

· s'intégrer et compléter l'offre existante des autres établissements de la zone sanitaire,

· répondre aux besoins spécifiques de la population de la zone sanitaire en tenant compte des caractéristiques géographiques et démographiques.

Le projet d'établissement s'inscrit dans une double démarche de planification et de complémentarité d'une part et de restructuration et de réorganisation interne de

l'établissement d'autre part. C'est seulement dans cette seconde démarche interne à l'établissement que nous trouverons une déclinaison qualitative des ressources humaines.

1- Une démarche de planification-complémentarité .

La démarche de planification-complémentarité intègre:

- une analyse détaillée de l'environnement de chaque établissement à partir de données géographiques, socio-démographiques et épidémiologiques de la population concernée;

- une analyse de l'offre de soins des différents établissements hospitaliers en mettant en évidence l'insuffisance de certains équipements ou de certains types d'activité avec des complémentarités ou des double-emplois dans certaines disciplines. Cette démarche se déroule selon les étapes suivantes:

- définition de la zone géographique,

- détermination des caractéristiques géographiques,

- détermination des caractéristiques socio-démographiques,

- définition épidémiologique de la population,

- définition détaillée de l'offre de soins en installations et en équipements sanitaires.

2 - Une démarche de restructuration et de réorganisation interne à chaque établissement .

A partir d'un bilan de l'existant, chaque établissement élabore son projet d'établissement qui comportera un ensemble de restructurations, de réorganisations et de redéploiements internes. Mais la démarche propre à chaque établissement s'inscrit aussi dans une logique de planification-complémentarité en tenant compte de la situation des autres établissements, de l'environnement sanitaire régional et des orientations ministérielles nationales. La dernière étape qui découle des deux démarches étudiées est une étape d'harmonisation et de mise en cohérence des projets d'établissements d'un secteur sanitaire donné.

Les deux démarches étudiées sont potentiellement génératrices de synergies tant entre S.R.O.S.S et projet d'établissement qu'au niveau interne de chaque établissement. Une bonne articulation S.R.O.S.S et projet d'établissement peut développer une stratégie de mise en cohérence avec l'extérieur et avec les aspirations des acteurs internes. Le projet d'établissement étant lui-même à l'intérieur de l'organisation, un concept global,

stratégique et participatif. En tant que tel, il peut s'affirmer comme un cadre de référence à l'origine du changement et faciliter l'élaboration d'un nouveau système de gestion.

B - Le projet d'établissement point d'ancrage du changement.

Le projet d'établissement est induit par trois démarches parallèles, une démarche stratégique, une démarche globale et une démarche participative.

1 - Une démarche de projet prospective et stratégique.

a - La notion de "gestion par projet"

Dans les entreprises privées soumises aux lois du marché, prévoir c'est maîtriser l'avenir. Cette démarche est vitale lorsqu'il s'agit d'adapter les structures et les moyens aux besoins du marché. Dans le secteur public, ce sont les grandes entreprises publiques telles qu'Air France, la SNCF, la RATP qui ont été pionnières en matière de projets d'entreprise. Dans la fonction publique, c'est dans l'enseignement supérieur qu'ont été employés en premier des concepts proches de la notion de gestion par projet et de gestion stratégique tels que la définition d'objectifs, la direction participative par objectifs, l'analyse fonctionnelle, le contrôle de gestion, la mesure des écarts.

Dans les hôpitaux, il a fallu attendre la loi hospitalière du 31 juillet 1991 pour que la notion de projet d'établissement soit clairement explicitée (article L 714-11) et succède aux concepts de plan directeur et de programme d'établissement. La démarche de projet pour être complète sous-entend l'élaboration de plans d'actions dont la réalisation doit être accompagnée de processus d'évaluation.

b - Une démarche prospective.

La démarche de projet s'appuie sur une réflexion prospective à deux niveaux externe et interne. C'est à dire une analyse par rapport aux évolutions futures de l'environnement, mais aussi par rapport aux changements internes à l'établissement. Des études prospectives permettent de lister les évolutions probables auxquelles l'établissement sera confronté et aident la direction à définir le champ des interventions réalisables pour conduire le changement. L'analyse externe est menée essentiellement par la Tutelle et utilisée par les acteurs hospitaliers. Elle repose sur une étude de l'existant et sur une étude de l'environnement sanitaire à deux niveaux:

au niveau des besoins de santé: Les besoins de santé sont pris en compte à travers des études démographiques, épidémiologiques, sociologiques intégrées dans la carte sanitaire et le SROSS(schéma régional d'organisation sanitaire et sociale).

au niveau de l'offre de santé: Une étude de l'offre de santé est nécessaire afin de cerner la place potentielle de l'établissement au sein des capacités locales.

L'analyse interne menée par les acteurs hospitaliers au sein de leur établissement dans le cadre du projet d'établissement est de nature stratégique.

c - Une démarche stratégique.

Le projet d'établissement s'appuie sur une démarche stratégique.

Pour P. DRUCKER⁸⁶, ***“La stratégie vise à exploiter les occasions nouvelles et différentes de demain alors que la planification essaie d'optimiser demain les tendances d'aujourd'hui”.***

Pour M. CREMADEZ⁸⁷, ***“La stratégie est la détermination par une organisation des rapports qu'elle souhaite établir avec son environnement dans le but de se développer en satisfaisant en partie les besoins de l'environnement.”***

Pour ces auteurs, la stratégie a deux caractéristiques principales: l'adaptabilité et la réactivité généralisée. L'adaptabilité signifie ici qu'il ne suffit pas de connaître la mutation de l'environnement mais qu'il faut encore l'anticiper. La réactivité généralisée intègre le champ des rapports de l'établissement avec son milieu et traite de la nécessité de son ouverture. Elle entend l'aptitude à percevoir et à prévoir les évolutions mais aussi à réagir vite et de façon organisée.

Face à une démarche prévisionnelle classique qui dissocie arbitrairement le long terme et le court terme, la démarche stratégique fixe les objectifs à partir des contraintes existantes et des opportunités envisageables. En synthétisant, on peut dire que la démarche stratégique est centrée sur la réalité appréciée à trois niveaux:

• par les contraintes pesant sur une structure. Elles sont évaluées le plus objectivement et le plus précisément possible.

• par les objectifs qui sont fixés à partir de l'environnement interne et externe.

• par une approche opérationnelle. Les objectifs sont déclinés par services.

Le projet d'établissement implique la formulation d'objectifs internes et externes afin de déboucher sur des plans d'action compatibles avec les besoins et les moyens. Les références dans le temps n'ont plus que pour but de guider l'action.

2 - Une démarche globale.

Le projet d'établissement positionne l'hôpital dans son réseau sanitaire, démographique et socio-économique local et national en impliquant toutes les fonctions et tous les services. Le projet médical constitue le projet central mais il n'est pas le seul. Il est

⁸⁶ DRUCKER P. "L'entreprise face à la crise mondiale", inter-édition Paris, 1975.

⁸⁷ CREMADEZ M. "Les clés de l'évolution du monde hospitalier" in Gestion hospitalière, mai 1987.

élaboré simultanément avec le projet de soins infirmiers. L'élaboration de ces deux projets résulte d'une approche logique au niveau de chaque service.

La notion de projet d'établissement n'est pas réservée aux seules fonctions médicales et soignantes. La loi du 31 juillet 1991 précise que le projet d'établissement intègre plusieurs composantes, un projet médical et les objectifs généraux de l'établissement, dans le domaine médical,, dans le domaine des soins infirmiers, dans le domaine de la politique sociale, dans le domaine des plans de financement, dans le domaine de la gestion et dans le domaine du système information.

A côté du projet médical et du projet de soins infirmiers, le Ministère de la Santé évoque aussi le projet de management ou projet de gestion. Dans le projet de gestion, le Ministère de la Santé distingue cinq dimensions, la gestion des ressources humaines, la gestion financière, l'organisation et les conditions de travail, le système d'information et de communication, les investissements physiques. Des échanges transversaux existent entre les trois projets eux-mêmes (projet médical, projet de soins infirmiers et projet de management), ainsi que des interrelations verticales avec l'ensemble des projets de services.

Le Ministère de la Santé donne une représentation graphique représentative de la globalité et de la cohérence d'un projet d'établissement .

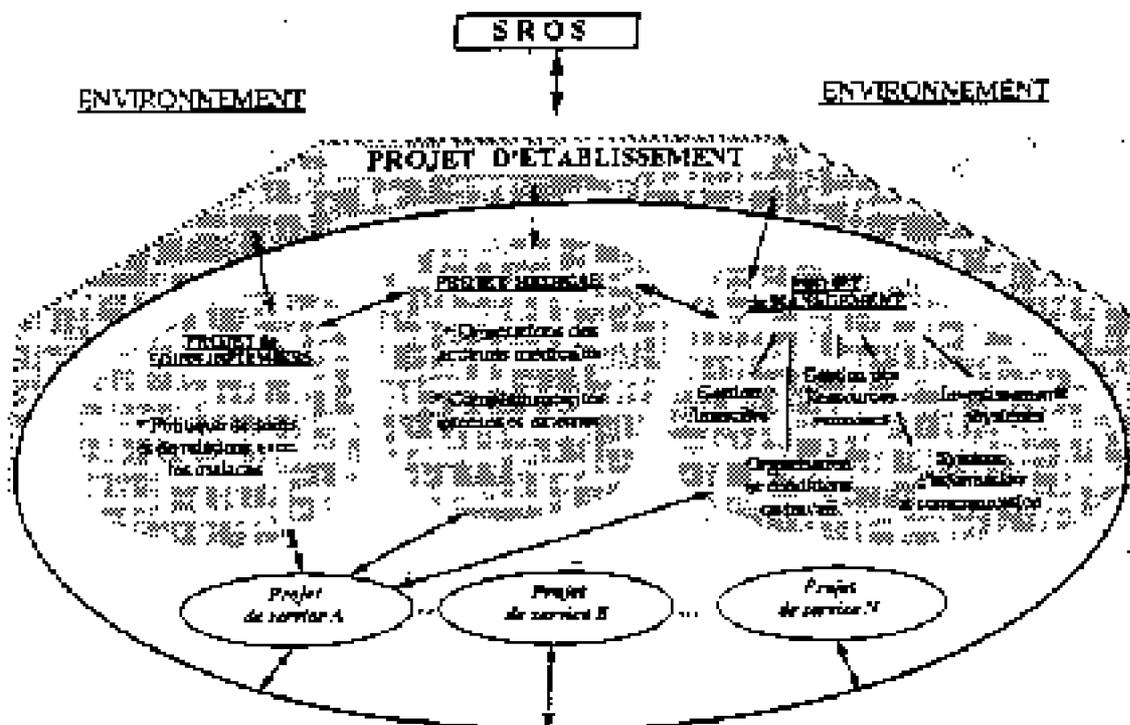


Figure : MISE en COHERENCE des DIVERSES DEMARCHES et CHOIX TRANSVERSAUX.

Le projet d'établissement est un ensemble de priorités. Ce n'est pas la somme des projets individuels ou des projets de services. Son rôle est de fédérer et d'intégrer les aspirations individuelles au système collectif d'organisation. Cette démarche globale ne peut être menée que conjointement à une démarche participative qui repose sur la concertation et le dialogue entre les acteurs hospitaliers.

3 - Une démarche participative.

Le corps médical présente ses orientations médicales par segments d'activités et disciplines. Cette grille d'analyse ne peut être mis en place qu'après concertation entre les trois grandes catégories d'acteurs hospitaliers: corps médical, personnel soignant, personnel administratif et gestionnaire.

La loi du 31 juillet 1991 confirme le rôle de chacune des institutions hospitalières,

Conseil d'administration, Commission médicale d'établissement, Comité technique d'établissement. Le directeur d'établissement demande à chacune de ces institutions de délibérer sur le projet d'établissement. Les médecins, sous l'autorité du Président de la Commission médicale d'établissement, sont chargés de préparer avec le directeur le projet médical de l'établissement, qui détermine pour cinq ans, les objectifs médicaux compatibles avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire. Les soignants non médecins interviennent dans l'élaboration d'un projet de soin. La commission des soins infirmiers est saisie pour porter un avis sur le projet d'établissement .

Le processus de projet d'établissement repose sur une recherche de mobilisation de toutes les catégories d'acteurs à l'hôpital. Il doit permettre une appropriation concrète par chaque salarié des objectifs du projet d'établissement le concernant. Cette participation se doit d'être organisée au sein de chaque établissement. A cette fin, le Ministère de la Santé préconise la constitution d'un groupe de pilotage tout en stimulant la participation directe de tous les acteurs. Un comité de pilotage du projet d'établissement a pour objectifs essentiels de définir une méthodologie et d'associer au processus d'élaboration les principaux acteurs. La création récente des conseils de service, en tant que nouvelles instances de concertation regroupant personnels médicaux et non médicaux devrait permettre si elle est effective, un début de participation directe des acteurs à la vie de leur établissement, parallèlement au fonctionnement traditionnel par l'intermédiaire des syndicats.

2 § Le contrat d'objectifs cœur du processus d'action et de changement.

La conclusion de contrats d'objectifs permet de trouver un équilibre entre les orientations concrètes à donner au schéma d'organisation sanitaire d'un secteur et les projets des établissements à intégrer dans ce schéma⁸⁸ .

Le contrat d'objectifs tel qu'il est défini dans les ordonnances sur l'hôpital de 1996, n'est pas seulement un des éléments du système de financement des hôpitaux qui aurait pour rôle d'aider à déterminer l'enveloppe budgétaire des services en fonction de leur activité et de leurs performances. Les contrats d'objectifs déclinés en plans d'action doivent aussi permettre de concrétiser les objectifs des services sur le terrain. Les contrats d'objectifs et les plans d'action sont les premiers éléments du nouveau modèle de l'hôpital public.

A - Le contrat d'objectifs semble être le cadre privilégié pour mettre en place une démarche qualité à l'hôpital.

1 - Contrats d'objectifs et plans d'action.

Selon que l'on procède à une approche macro ou micro hospitalière, nous pouvons distinguer deux types de contrats d'objectifs, les contrats d'objectifs d'établissements et de services.

⁸⁸ article L 712-4 de la loi hospitalière de 1991, No 748..

Approche macro-hospitalière :

un contrat d'objectifs entre l'hôpital, le représentant de l'Etat et les organismes de Sécurité sociale présente un triple intérêt :

1.
Il permet d'éviter le morcellement des décisions tel qu'il existe actuellement. En effet, les procédures, notamment en matière d'investissement hospitalier, sont longues et complexes car elles mettent en relation de nombreux acteurs : les financeurs sont souvent multiples et les acteurs institutionnels d'origines très diverses (Etat, Ministère de la Santé, Préfet, D.R.A.S.S., D.D.A.S.S., Sécurité sociale, ...). Le contrat d'objectifs permet donc de réduire le nombre de partenaires dans le cadre d'un projet précis et de lutter contre la lenteur et la complexité des procédures administratives. Dans le cadre d'un contrat d'objectifs, les différents interlocuteurs, dont le nombre est fixé lors de la signature du contrat, sont reliés pour définir ensemble l'avenir de l'hôpital.

2.
Il permet de déroger à la règle d'annualité et fixe l'échéancier global et l'ensemble des conditions de réalisation du projet pour plusieurs années.

3.
Il accroît l'autonomie et la responsabilisation des acteurs hospitaliers. Souvent, le contrat d'objectifs est négocié dans le cadre du schéma régional d'organisation sanitaire. La région est une entité administrative et territoriale qui se positionne comme une instance de coordination, de programmation, d'organisation et d'attribution en matière de santé. Elle est le partenaire privilégié pour deux raisons : d'une part, les possibilités financières de la commune ou du département sont insuffisantes en matière hospitalière et d'autre part, l'Etat, qui possède l'essentiel des disponibilités financières, est souvent trop éloigné géographiquement et administrativement des réalités locales.

Les réalisations de contrats d'objectifs entre l'hôpital et ses partenaires ne sont pas encore très nombreuses. Nous pouvons cependant citer l'exemple de l'hôpital de Roanne dans la Loire où l'un des premiers contrats d'objectifs passé entre un établissement, l'Etat et l'assurance-maladie a été signé en décembre 1990 pour une durée de cinq ans. Ce contrat a permis la construction d'un nouvel espace médecine au Centre hospitalier de Roanne; cet espace regroupant l'ensemble des services de médecine de l'établissement. Le financement de cette structure de l'ordre de 100 millions de francs, a été pris en charge à hauteur de 40% par l'Etat et 30% par l'assurance-maladie. En contrepartie du financement, l'hôpital s'est engagé à rationaliser les soins par création de groupes de travail sur la prise en charge des personnes âgées, sur les infections nosocomiales, sur l'informatisation du service d'urgence. L'hôpital s'est aussi engagé à développer des alternatives à l'hospitalisation.

Approche micro-hospitalière :

un contrat d'objectifs peut aussi être défini au sein d'un service ou entre plusieurs services de l'hôpital. Les ordonnances de 1996 sont très incitatives, car elles lient l'allocation de

crédits nouveaux pour un service à l'élaboration d'un contrat d'objectif.

Cependant, il existe encore peu d'expériences hospitalières dans ce domaine, mais le projet d'établissement pourrait être le cadre institutionnel privilégié pour la réalisation de ce type de contrat. La réalisation du projet d'établissement et du contrat d'objectifs repose sur des plans d'actions et sur une démarche identique. L'élaboration de ces plans d'actions passe par une démarche stratégique constituée de trois étapes :

· l'évaluation de la situation initiale et des éventuels dysfonctionnements

· la fixation des objectifs

· la définition et la mise en oeuvre des moyens.

Les contrats d'objectifs décrits dans la réforme hospitalière de 1996 apparaissent comme un équilibre entre les options micro et macro hospitalières. Les contrats d'objectifs pluriannuels seront négociés entre les équipes soignantes, qui auront déjà menées une réflexion sur la base des projets de leur service et du projet d'établissement avec l'instance régionale hospitalière. L'idée maîtresse est de pénaliser les services les moins dynamiques ou indûment dépensiers et de privilégier ceux qui se modernisent, qui développent de nouvelles activités ou qui se restructurent en assurant un redéploiement source d'économies budgétaires et de productivité sociale.

Du reste, une loi du 8 janvier 1994 avait déjà prévu des dotations majorées pour les établissements qui acceptaient des regroupements ou des fusions. Cependant cette première loi n'était pas suffisamment incitatrice et avait entraîné peu de mouvements de regroupement d'activités. La réforme de 1996 est infiniment plus persuasive en faisant dépendre l'essentiel du financement des hôpitaux de leurs capacités à innover, à se structurer et à être performants.

Dans un hôpital, l'objectif final est d'améliorer la qualité du soin par l'intermédiaire d'objectifs secondaires tels que développer la motivation, la participation du personnel ou le travail en équipe. A cette fin, les moyens à mettre en place sont essentiellement des outils de gestion des ressources humaines tels qu'une politique de formation, une politique de communication, voire une politique d'intéressement collectif. Ces moyens vont permettre d'atteindre les objectifs intermédiaires et ainsi, de réduire les dysfonctionnements existants dans l'organisation.

En terme de système, ce processus d'action peut être représenté ainsi, dans le cadre d'un contrat d'objectifs :

PLAN D'ACTION		
Diagnostic interne : évaluation de la situation initiale et des dysfonctionnements de	Définition des moyens à mettre en oeuvre (outils de gestion) pour atteindre les objectifs fixés	Définition des objectifs intermédiaires et de l'objectif final à atteindre

PLAN D'ACTION

l'organisation		
----------------	--	--

2 - Evaluation et diagnostic interne, situation à l'hôpital public.

La mise en place de processus d'évaluation de l'existant est un préalable à toute démarche de contrat d'objectifs ou de projet de service. Cependant, il faut souligner qu'actuellement les acteurs hospitaliers ne possèdent pas d'outils suffisamment fiables pour évaluer la « performance » et « l'innovation » de l'hôpital. La généralisation du PMSI, un système d'information permettant d'identifier le coût réel des pathologies se heurte depuis des années à des obstacles techniques et politiques. De nouveaux outils d'évaluation des performances et de la qualité des soins sont à construire.

Dans le rapport **ESPER**⁸⁹ proposant des projets d'expérimentation pour l'hôpital public à la demande du Ministère de la Santé, on trouve assez peu d'éléments concernant la mise en place de processus d'évaluation à l'intérieur des établissements mais il est dit clairement qu'une évaluation est indispensable dans toute démarche de projet de service. La méthodologie n'est pas plus explicitée.

La responsabilité et l'initiative de la mise en place de l'évaluation repose donc entièrement sur l'établissement hospitalier. Or, cette procédure est délicate car les services ont souvent tendance à associer évaluation et contrôle, surtout si l'initiative provient de la direction.

Dans le rapport ESPER, le principe de concertation avec les intéressés est mis en avant et est considéré comme nécessaire. Ainsi, il paraît naturel que le personnel d'un service définisse lui-même les critères d'évaluation et de mesure des objectifs qu'il s'est fixé, autant qu'il est souhaitable que l'initiative d'évaluation provienne des services eux-mêmes. Une auto-évaluation des services est préférable; la direction de l'hôpital ou la D.S.I.O. si elle existe, n'intervient dans le processus d'évaluation qu'en tant que personne ressource ou aide technique.

Pour être performant, un processus d'évaluation doit s'élaborer autour de critères quantitatifs et qualitatifs, les seconds étant les plus difficiles à mettre en oeuvre.

a - Les outils d'évaluation existants à l'hôpital.

Ils sont actuellement assez limités et ceux qui sont utilisés sont en général quantitatifs.

- Les exigences.

L'évaluation hospitalière repose à la fois sur des exigences ministérielles et juridiques et sur des raisons médicales, professionnelles, socioculturelles et économiques. L'évaluation n'est pas un concept nouveau à l'hôpital. Dès la fin des années 70, les premiers textes réglementaires sont parus et les premières expériences ont été réalisées. En 1984, un texte demandait aux Présidents des commissions consultatives de rendre

⁸⁹ ESPER C. « propositions d'expérimentations pour l'hôpital public » rapport ESPER, Ministère de la santé - 4 février 1994.

chaque année au conseil d'administration, un rapport d'évaluation sur la qualité des soins. Ce ne fut jamais véritablement appliqué. En décembre 1989, un groupe de travail était constitué sous la présidence du docteur Armogathe. Le rapport concluait à la nécessité de susciter des démarches d'évaluation dans les établissements en les accompagnant de systèmes incitatifs. Dans la loi hospitalière de 1991, nous pouvons noter un lien direct entre l'évaluation de la qualité des soins et l'optimisation de l'offre de soins. La généralisation du système d'information PMSI actuellement en cours repose sur une série d'évaluations qui restent souvent quantitatives et donc pas totalement satisfaisantes. Un processus d'évaluation opérationnel doit aussi s'appuyer sur des critères permettant d'apprécier le qualitatif et la qualité des soins.

- Les causes de la lenteur de la mise en place.

Dans le mode de gestion de l'hôpital encore très marqué par un fonctionnement bureaucratique, l'évaluation a d'abord une connotation péjorative de contrôle. Les agents craignent en effet d'être évalués dans le seul but d'augmenter la productivité du travail. A l'hôpital, l'évaluation reste actuellement limitée à l'activité: activité médicale et non médicale. Les bases de données de l'activité sont constituées de données médicales, soignantes et administratives. Le traitement de ces données est réalisé dans un cadre institutionnel. Le Ministère de la santé définit très précisément les statistiques que les hôpitaux doivent lui fournir pour expliciter leur activité: la fiche patient, le PMSI... Ces données sont encore très largement quantitatives. Toutes autres évaluation en dehors de ce cadre réglementaire sont perçues avec circonspection par les différents acteurs. Le contexte psychologique est tel qu'il est souhaitable que l'initiative d'évaluation provienne des services eux-mêmes.

b - Les outils d'évaluation utilisés dans l'entreprise.

Nous pouvons citer l'approche socio-économique multisectionnelle qui connaît un succès croissant.

- La pertinence de l'approche socio-économique pour l'entreprise.

Dans son approche socio-économique des coûts cachés appliquée à l'entreprise, H. SAVALL⁹⁰ évalue financièrement, économiquement mais aussi sociologiquement les coûts cachés afin d'appréhender les dysfonctionnements. L'intérêt de cette analyse est qu'elle permet d'établir des indicateurs qui sont à la fois quantitatifs et qualitatifs. Il s'agit d'un véritable modèle d'analyse qui permet de mesurer l'efficacité sociale, l'efficacité économique et les écarts entre le fonctionnement prévu et le fonctionnement réel et constaté. La différence de production qui en résulte, peut s'expliquer par l'existence des coûts cachés qu'il faut s'efforcer de réduire.

- L'analyse.

H. SAVALL distingue dans l'entreprise cinq grandes catégories de dysfonctionnements :

⁹⁰ SAVALL H. « Maîtriser les coûts cachés: le contrat d'activité périodiquement négociable », éditions economica - avril 1987.

- les accidents du travail

- la rotation excessive du personnel

- les défauts de qualité

- les écarts de productivité directe

Dans chacune de ces catégories, les coûts cachés se retrouvent au niveau des salaires, du temps de travail, des consommations et de la production. Les objectifs préconisés sont alors de diminuer les coûts cachés et donc les dysfonctionnements, d'améliorer les conditions de travail et la qualité du travail. L'incidence des dysfonctionnements doit au départ être évaluée au niveau économique et social afin de permettre à l'entreprise de réaliser pleinement ses objectifs et d'exploiter ses ressources matérielles et humaines de manière efficace.

Cette méthode consiste à expliquer les différences entre fonctionnement réel et fonctionnement attendu. Ces écarts sont mesurés grâce à des indicateurs qui sont simultanément des indicateurs de structure et de comportement. Si l'on veut agir sur les coûts cachés, cela suppose des actions simultanées sur les comportements humains individuels ou collectifs et sur les structures de l'entreprise.

L'intérêt de cette analyse pour l'hôpital public.

L'objectif premier d'un hôpital est de soigner les malades mais aussi de respecter et d'équilibrer son budget. A moyen terme, le développement de l'établissement et sa survie posent des enjeux économiques, financiers et des exigences sur la qualité de ses prestations de soins, d'où l'importance d'évaluer ces différents facteurs. L'analyse des coûts cachés peut très bien à priori s'appliquer à l'hôpital public car elle repose sur une appréciation de la « performance » à trois niveaux :

- au niveau social, elle permet l'analyse quantitative et qualitative des dysfonctionnements.

- au niveau organisationnel, elle fait correspondre à chaque catégorie de dysfonctionnements une régulation mise en oeuvre par un changement de l'organisation et des conditions de travail.

- au niveau financier, elle permet d'établir trois grandes rubriques de coûts (coûts sociaux, organisationnels et économiques).

Cette démarche socio-économique pourrait donc s'inscrire dans une démarche qualité à

l'hôpital car elle apporte un plus dans l'évaluation, mais aussi dans l'action en s'efforçant de réduire les dysfonctionnements et d'atteindre les objectifs fixés.

3 - La définition des objectifs.

Après avoir fait le bilan de l'existant et évalué les dysfonctionnements aussi bien à l'intérieur de l'hôpital qu'au niveau de son environnement, il convient de fixer les objectifs que l'on souhaite atteindre pour améliorer la productivité sociale et mettre en place une démarche qualité. Pour l'hôpital, l'objectif final est d'améliorer la qualité du soin. Or, il est difficile d'agir directement sur la qualité du soin. Nous allons donc être contraints de définir des objectifs intermédiaires qui permettront d'atteindre cet objectif final grâce à des moyens qui sont des outils de gestion. Il sera en effet plus facile d'évaluer les résultats si l'on se fixe des objectifs intermédiaires car si l'on cherche à évaluer directement la qualité du soin, on risque de se heurter à des difficultés majeures telles que le manque d'outils d'évaluation. Par contre, il est possible de mettre au point des paramètres quantitatifs ou qualitatifs d'évaluation des objectifs intermédiaires tels que la mesure des écarts entre les prévisions et les réalisations afin de contrôler le changement et de mesurer ses évolutions

a - L'objectif final : améliorer la qualité du soin.

Définition de la qualité à l'hôpital.

L'Association française de normalisation (A.F.N.O.R.) définit la qualité comme "l'aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire exactement les besoins des utilisateurs en maximisant la perception de l'offre et en minimisant les défauts ou les erreurs".

Cette définition générale peut s'appliquer aux établissements de santé qui offrent un service, des soins, des consultations, un hébergement à des utilisateurs, les malades ou les familles exprimant clairement un certain nombre de besoins et attendant de l'hôpital un certain niveau de résultats et de moyens. La démarche qualité ne signifie pas seulement la qualité technique du produit final, c'est-à-dire le soin pour l'hôpital, mais la notion de démarche qualité intègre aussi toute la chaîne des acteurs hospitaliers jusqu'au malade.

Evaluation de la qualité à l'hôpital.

Dans la pratique, il faut noter l'extrême difficulté à mesurer voire à appréhender le concept de qualité des soins. Comme tout concept qualitatif, il est difficile d'élaborer des paramètres ou des indicateurs d'évaluation. En réalité, le concept de qualité est complexe à l'hôpital car le soin n'est pas un produit au même titre qu'un produit industriel. Le P.M.S.I. (Projet de médicalisation du système d'information) est une première tentative d'évaluation du soin grâce à des paramètres quantitatifs et financiers. A des groupes homogènes de malades (G.H.M.) correspondent des coûts : coûts d'actes de soins, coûts de structures, coûts de produits pharmaceutiques,.... Cette méthode présente cependant de nombreuses limites.

L'objectif prioritaire serait en fait de créer un indicateur global d'évaluation d'un phénomène purement qualitatif, la qualité du soin. L'O.M.S.⁹¹ a d'ailleurs défini une

procédure scientifique systématique d'évaluation de la qualité des soins (E.Q.S.) visant à mesurer l'écart entre la réalité et un référent puis à le corriger si nécessaire. Pour mesurer cet écart, il semble indispensable de mettre en place des indicateurs directs ou indirects pouvant apprécier le système de soins et le service rendu aux patients.

Pour l'américain A. Donabedian⁹², il existe trois domaines d'évaluation :

les structures : ensemble de moyens humains et matériels

les procédures : ensemble des démarches diagnostiques et thérapeutiques pour les services de soins et pour le système de gestion

les résultats : exprimés en terme de morbidité, mortalité, satisfaction

Dans le même temps, Donabedian observe que les liens entre les trois niveaux, structures, procédures et résultats, sont tellement complexes qu'un effort important doit être consacré à l'analyse de leurs interactions.

Dans plusieurs expériences menées aux Etats-Unis, le même constat de la difficulté d'évaluer la qualité des soins a été fait. La volonté de mieux comprendre les variations entre les indicateurs portant sur la qualité des structures et les procédures de soins d'une part, et les indicateurs de résultats de l'hospitalisation d'autre part, s'est traduite par de nombreux travaux mettant l'accent sur des relations telles que: le niveau d'expérience du personnel médical et infirmier et le type de recrutement des patients dans les services d'urgence⁹³, le volume d'actes chirurgicaux réalisés par une équipe et le taux de succès des interventions⁹⁴, ou bien l'influence de facteurs structurels⁹⁵ sur le taux de mortalité hospitalière tels que le statut privé ou public, la taille de l'établissement, la densité du personnel. De même, les évaluations de la qualité des procédures de soins ont cherché à objectiver certaines étapes déterminantes présentant un impact tangible sur les résultats de l'hospitalisation. Tel est le cas de la mise en place et du suivi d'un protocole de traitement par une équipe hospitalière ou des modalités d'organisation lors des étapes relatives à une intervention chirurgicale et des délais d'attente.

L'évaluation de la qualité des résultats s'est quant à elle heurtée à une limite

⁹¹ VUORI H.V. « quality assurance in health services », régional office for europe, WHO - Copenhagen - 1982.

⁹² DONABEDIAN A. « The epidemiologie of quality », Inquiry - 1985.

⁹³ TING H.H. « Impact of physician expérience on triage of emergency room patients with acute chest pain at three teaching hospitals », J.MED - 1991.

⁹⁴ FLOOD A.B. »Does practice make perfect? The relation between volume and outcomes and other hospital characteristics », J.MED - 1984.

⁹⁵ HARTZ A.J., KRAKAUER H., KUHN E.M. « Hospital characteristics and mortalité rates », J.MED - 1989.

supplémentaire: la pertinence relative des indicateurs utilisés pour traduire la qualité des résultats des prestations délivrées à l'hôpital⁹⁶ et cela quel que soit l'indicateur choisi:

mortalité, morbidité, qualité de vie ou satisfaction des parents.

Ces études ont contribué à consolider le sentiment général de complexité associé aux démarches qualité.

b - Les objectifs intermédiaires.

Les objectifs intermédiaires pour atteindre l'objectif final, améliorer la qualité des soins, peuvent être multiples. Ce sont eux que l'on pourra mesurer plus facilement à l'aide de paramètres quantitatifs et qualitatifs. Dans le cadre de notre recherche, nous avons listé un certain nombre d'objectifs intermédiaires pouvant améliorer la qualité du soin à l'hôpital :

· améliorer l'accueil du personnel

· développer la participation du personnel

· encourager le travail en équipe

· favoriser la reconnaissance de chacun dans son travail

· améliorer les conditions de travail et l'organisation

· accroître la motivation des agents

· développer la communication interne

· développer la coopération et la complémentarité inter-établissement

La plupart entre eux sont aussi des objectifs du système de gestion des ressources humaines, soit directement soit indirectement par le biais de l'organisation et des conditions de travail.

c - Impact d'une démarche qualité à l'hôpital.

Le concept de gestion de la qualité des soins s'est développé à partir de critiques émises à propos des démarches d'évaluation et d'assurance qualité appliquée à l'hôpital. Ces critiques portaient d'une part sur le caractère trop normatif des méthodes employées qui limitaient les possibilités d'amélioration de la qualité et d'autre part sur l'oubli de certaines

⁹⁶ EPSTEIN A.M. « Sounding board. The outcomes movement will it get us where we want to go? », J.MED - 1990.

dimensions, telles que la capacité d'une démarche qualité à avoir des effets sur l'organisation, notamment en réduisant certains dysfonctionnements. Par exemple, la poursuite d'un objectif intermédiaire tel que le travail en équipe au sein d'un service soignant pourra avoir des effets positifs sur la qualité du soin et permettra aussi de réduire un certain nombre de dysfonctionnements tels que l'absentéisme, un turn-over excessif, l'absence de motivation.... Les moyens utilisés pour atteindre cet objectif intermédiaire, peuvent se concevoir en terme de politiques de communication, de formation, voire d'intéressement collectif. Ainsi, des formations spécifiques pourraient apprendre au personnel à mieux communiquer au sein d'un service et une politique d'intéressement du service pourrait accroître la motivation du personnel en l'associant aux objectifs poursuivis et aux résultats obtenus. L'évolution serait à la fois culturelle et organisationnelle.

En définitive, une démarche qualité en terme de plans d'action repose sur trois étapes, l'analyse des dysfonctionnements, la fixation des objectifs et la détermination des moyens nécessaires pour atteindre les objectifs. C'est au niveau des moyens que nous observons que les supports de cette démarche de changement sont essentiellement des outils de gestion des ressources humaines.

Nous retrouvons ici le processus stratégique traditionnel précédemment décrit dans les contrats d'objectifs. Une démarche qualité repose sur l'élaboration de plans d'actions qui permettront la réalisation d'objectifs en les concrétisant. Des structures telles qu'une direction des systèmes d'information (DSIO) et un département d'information médicale (DIM) pourraient être les lieux privilégiés avec une direction des ressources humaines (DRH) pour engager une démarche qualité et assurer la mise en oeuvre et le suivi des plans d'actions.

d - La D.S.I.O. et le DIM peuvent aider à rendre opérationnels les plans d'actions.

Dans l'organisation hospitalière tri-polaire, médecins, soignants, administratifs, la création d'une D.S.I.O. (Direction des systèmes d'information et de l'organisation) et d'un D.I.M. (Département d'information médicale) peut aider à réduire les tendances au cloisonnement qui subsistent entre ces trois catégories de personnel. Cette réduction s'appuie sur la nature des données qui sont à la base du système d'information. Ces données sont de trois ordres: médicales et infirmières et administratives.

"Le système d'information d'un hôpital est constitué de l'ensemble des informations, de leurs règles de circulation et de traitement nécessaires au fonctionnement quotidien, au mode de gestion et d'évaluation ainsi qu'au processus de décision stratégique"⁹⁷. Ce système d'information est pluridisciplinaire et il est donc logique de prévoir un double niveau structurel pour le gérer:

une structure composée de personnel gestionnaires, d'administratifs et de techniciens informatiques, la DSIO.

⁹⁷ circulaire No 275 du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux publics, Ministère de la Santé.

une structure composée du personnel des services médicaux, le DIM.

La D.S.I.O., qui fait partie intégrante de la direction de l'établissement, est une structure de type horizontal et transversal en liaison avec l'ensemble des acteurs hospitaliers. Son objectif prioritaire est de rapprocher les médecins et les équipes soignantes avec l'équipe de direction. Elle a aussi un rôle d'expert et de conseil.

Le DIM est une structure de gestion de l'information médicale et le lieu privilégié de dialogue entre les médecins eux-mêmes, et entre l'administration et le corps médical.

Les objectifs de la D.S.I.O. et du D.I.M sont les mêmes :

assurer la mise en cohérence de la partie "administrative et gestionnaire" avec la partie "médicale et soignante" grâce à un contact constant avec les autres directions (Direction des finances et analyse de gestion, Direction des services de soins infirmiers, par exemple).

mettre en place des processus d'évaluation s'appuyant sur des critères quantitatifs et qualitatifs.

créer des indicateurs d'activité nouveaux plus représentatifs que ceux existants déjà.

élaborer des indicateurs d'aide à la décision et à la gestion.

Dans le domaine de la gestion des ressources humaines, la D.S.I.O. et le DIM peuvent aider à rendre les outils de G.R.H. opérationnels en assurant un relais entre la Direction des ressources humaines et l'ensemble des acteurs de l'hôpital. Ces deux cellules peuvent donc être considérées comme des structures opérationnelles privilégiées de mise en place des outils de G.R.H. dans le cadre de la politique générale de l'établissement.

4 - Les moyens majeurs de cette démarche qualité sont les outils de GRH.

Compte tenu de la difficulté d'agir directement sur l'objectif final, la qualité du soin, il était important de lister les objectifs intermédiaires avant de définir les moyens ou outils de gestion qui permettent de réaliser ces objectifs. Pour atteindre les objectifs intermédiaires, deux moyens semblent être particulièrement efficaces; ce sont les politiques de communication et de formation, auxquelles nous pouvons ajouter la politique d'intéressement collectif qui est très récente. Elle dépasse à peine le stade de l'expérimentation à l'hôpital mais elle pourrait contribuer à terme à la réalisation des objectifs poursuivis.

a - Une politique de communication à l'hôpital.

La communication ne saurait être décrétée à l'hôpital car on ne peut infléchir que

progressivement les instances de décision. Le changement est aussi culturel. Afin de développer la communication à tous les niveaux, encourager la participation et réduire les distances hiérarchiques, tous les acteurs de l'hôpital doivent être davantage associés au processus de décision. La loi hospitalière de 1991 a prévu certaines dispositions concernant le mode d'échange et de communication à l'hôpital⁹⁸ : la création de conseils de service ou de département; le droit à l'expression directe et collective du personnel; l'institution du "service de soins infirmiers"; la transformation du Comité technique paritaire en Comité technique d'établissement.

Pour réaliser l'objectif d'améliorer la communication à l'hôpital, il est nécessaire de mettre en place une démarche globale et participative; ce n'est qu'ainsi que l'on pourra parler de politique de communication concertée et volontariste.

Définition et contenu de la communication à l'hôpital.

"La communication est un échange d'information entre deux ou plusieurs personnes. C'est un mécanisme qui fonctionne dans plusieurs sens entre un émetteur et un récepteur, chaque émetteur devenant récepteur et réciproquement"

⁹⁹. La communication est à la fois un ensemble d'actes plus ou moins structurés, un objet, mais elle est aussi censée être un moyen de motivation, de stratégie, voire de performance. Elle permet la mise en commun ou la transmission d'informations.

L'hôpital est concerné à plusieurs niveaux par la communication :

• en tant que vecteur d'échanges interactif avec son environnement (familles, patients, institutions,...)

• en tant que lieu d'échanges formels ou informels entre son personnel (réunions, self, pauses,...)

Au plan des nouvelles technologies de la communication, l'hôpital se situe au centre des évolutions informatiques et des systèmes d'information.

Sur le plan des relations interpersonnelles, l'hôpital connaît quotidiennement des difficultés liées au problème de communication entre les différentes catégories de personnel. Au plan politique et managérial, l'hôpital doit déterminer ses objectifs de transmission de l'information ainsi que ses orientations en matière de communication afin d'améliorer sa performance globale.

On distingue traditionnellement deux notions essentielles, la **communication formelle et la communication informelle**. La communication informelle correspond aux échanges d'information et aux relations interpersonnelles non structurées ou non

⁹⁸ MONTERRAT X. « L'impact de la réforme hospitalière sur la communication à l'hôpital », Techniques hospitalières - édition ENSP - 1995.

⁹⁹ BARTOLI A. « Communication et organisation », les éditions d'organisation - 1990.

préétablies dans l'organisation par opposition à la communication formelle qui est programmée et structurée au sein de l'organisation. La communication formelle et la communication informelle doivent être complémentaires. En effet, le formalisme et les procédures ne peuvent pas régler tous les problèmes et par ailleurs, l'informel sans le formel ne serait que désordre et désorganisation. Il faut donc rechercher le juste équilibre en organisant formellement des processus de communication mais aussi en prévoyant des marges facilitant la communication informelle.

La communication est un concept au centre de l'organisation de l'hôpital. Dans l'hôpital, on peut observer la communication au niveau externe, mais aussi au niveau interne sur la vie de l'organisation;

Les supports de la communication interne à l'hôpital :

La création d'un journal interne ou d'un livret d'accueil relève plus de l'information que de la communication interne. En réalité, il n'est pas possible de réduire la communication à des supports ou techniques car le phénomène est trop complexe. Ceux-ci doivent exister mais ne doivent pas devenir prédominants au dépens de la communication informelle.

Les principaux lieux ou supports de communication formelle existants actuellement dans l'hôpital public sont : l'entretien d'évaluation, les groupes de réflexion et de résolution de problèmes, les réunions, les conseils de services, les réunions d'expression directe et collective du personnel.

Chaque support de communication interne présente des pièges et nécessite de s'insérer dans une politique d'ensemble. La communication est d'abord psychosociologique et managériale avant d'être technique. La communication se révèle être indispensable, tant au niveau interne qu'externe.

Les supports de la communication externe à l'hôpital.

Il existe plusieurs types de communication externe :

la communication opérationnelle des agents avec leurs différents partenaires ou interlocuteurs (familles, institutions...)

la communication stratégique utilisée soit pour constituer des réseaux, soit pour obtenir des informations pour la prise de décision.

l'information de notoriété (intervention à l'extérieur, présence dans les écoles...) afin de développer l'image générale de l'hôpital

Une communication globale doit être fondée sur une même logique de communication interne et externe. La nécessité de cohérence suppose :

une pertinence des informations par rapport à la réalité et aux objectifs

un choix approprié des moyens et des supports de communication

des possibilités de rétroaction pour avoir non pas une information unilatérale mais une communication bilatérale

La communication ne peut se concevoir qu'intégrée dans la politique générale de l'établissement. Il est donc nécessaire d'adopter une stratégie globale de la communication, sous la forme d'une politique dans laquelle les objectifs seront déclinés en plans d'actions concrets et cohérents.

Elaboration d'une politique de communication à l'hôpital.

Une démarche participative.

Les objectifs généraux d'une stratégie de communication et ses relations avec les orientations d'une politique générale semblent devoir relever de la direction d'établissement, mais cela ne signifie pas que l'élaboration concrète des actions à privilégier doit être conçue unilatéralement. En effet, il paraît plus logique d'entreprendre une démarche communicante et participative avant de construire un plan de communication. Sinon, ce plan risque de n'intéresser personne et de ne pas correspondre aux besoins des agents. Il est donc préférable de construire de manière participative les thèmes et les modalités des actions à entreprendre en se basant d'une part sur un diagnostic et d'autre part sur des choix stratégiques fondamentaux. Le diagnostic préalable permettra de déterminer des objectifs (qui seront ensuite déclinés en plans d'action), des moyens et le délai de réalisation nécessaire.

Le **plan de communication** est conçu dans le but d'améliorer le fonctionnement de l'hôpital. Il peut se décomposer ainsi :

le *contenu du changement* (organigramme, organisation du travail, procédures).

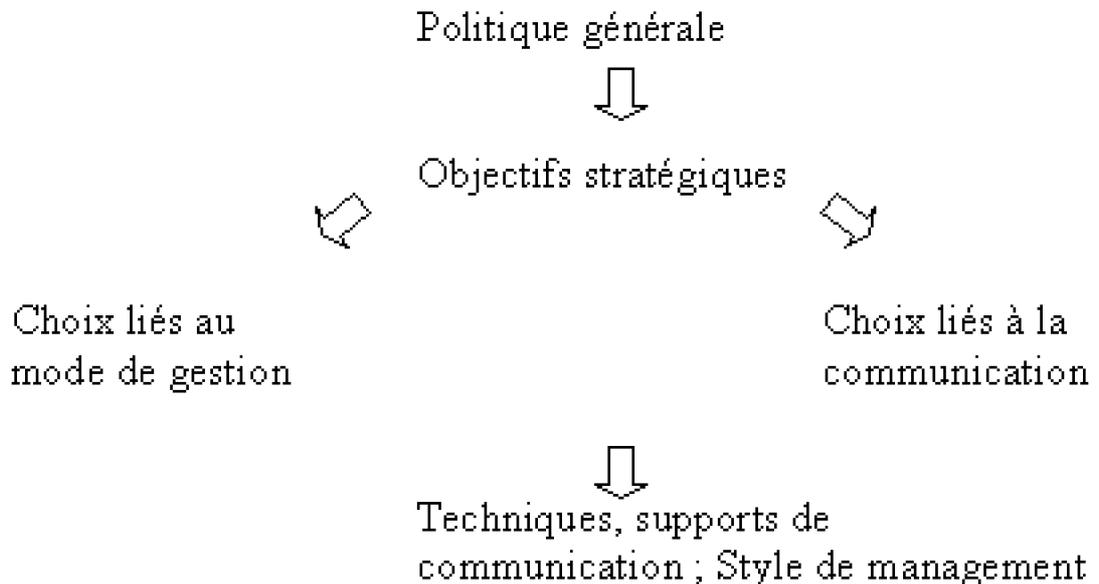
le *processus du changement* (participation des acteurs, analyse préalable...) qui permet de structurer la démarche, ses étapes, son calendrier.

le *dispositif de suivi du changement*. Un contrôle est indispensable pendant le déroulement de la démarche pour mesurer les écarts par rapport aux objectifs et pour procéder à des corrections ou des réajustements.

Le lien entre communication et gestion à l'hôpital.

En réalité, la communication doit être organisée et l'organisation doit être communicante. Ces deux concepts doivent être cohérents et complémentaires afin d'améliorer la performance de l'hôpital. Ce lien a une composante politique car organisation et communication constituent les moyens d'une stratégie globale qu'ils peuvent influencer. Cette stratégie globale découle de la politique de l'hôpital.

La logique d'ensemble peut être représentée par un schéma:



Cette logique renvoie à la notion de gestion managériale. Améliorer la communication est donc un objectif de gestion.

En définitive, l'élaboration d'un plan de communication permet de concrétiser la relation entre la communication (moyen) et la stratégie (vecteur des objectifs). L'important n'est pas seulement de formaliser un plan de communication mais de construire une politique de communication présentant des principes et des orientations générales. Ces dernières seront déclinées en plans d'action.

Politique de communication à l'hôpital et motivation du personnel.

L'amélioration de la communication et la flexibilité de l'organisation et du système de gestion peuvent avoir un impact positif sur la motivation du personnel. Ces deux évolutions vont dans le sens d'une responsabilisation des agents et d'une amélioration de l'intérêt au travail. Le fonctionnement traditionnel de l'hôpital, qui ne permet pas toujours la communication interne, entraîne la démotivation du personnel. Inversement, une politique de communication cohérente va pouvoir renforcer le sentiment d'appartenance à l'hôpital, encourager l'initiative, l'implication et l'intégration des agents et donc stimuler leur motivation. Pour assurer une telle politique, l'hôpital a besoin de cohésion interne, celle-ci ne pouvant s'obtenir que si l'encadrement est suffisamment dynamique et l'ensemble du personnel partie prenante à des objectifs compatibles avec les finalités de l'hôpital.

Une politique de communication constitue un des éléments décisifs d'une politique générale d'un établissement hospitalier du fait de la transversalité existant entre communication, organisation et système de gestion.. Il paraît donc souhaitable de définir et de mettre en oeuvre des plans d'actions combinant la communication avec les autres politiques de gestion.

b - Une politique d'intéressement à l'hôpital.

L'intéressement est un outil déjà ancien, datant d'une ordonnance de 1959 (ordonnance 59 244 du 4 février 1959), qui a été simplifié par l'ordonnance du 21 Octobre 1986 (ordonnance 86 1134 du 21 octobre 1986) et qui a été repris dans la loi hospitalière 748 du 31 Juillet 1991.

Dans cette dernière, le législateur a introduit plusieurs notions modernes de gestion des personnels telles que :

le développement d'une politique d'évaluation¹⁰⁰.

la participation des responsables des unités développant une activité médicale, à leur gestion et à la réalisation des objectifs¹⁰¹.

le possible bénéfice pour ces structures des résultats de leur gestion¹⁰² et la possibilité de mettre en place une politique d'intéressement¹⁰³.

La mise en place de ce mécanisme d'intéressement dans les hôpitaux est encore rare. La notion d'intéressement collectif¹⁰⁴ est à l'heure actuelle, l'objet de nombreuses réflexions, notamment au niveau du choix des critères d'intéressement (économiques, qualitatifs) et au niveau du mode de financement. Il n'y a pas de moyens financiers, pas de fonds d'intéressement officiellement prévus au niveau du budget alloué aux hôpitaux. De plus, la question d'un intéressement individuel reste encore sans réponse.

Définition de l'intéressement collectif :

Pour le Ministère de la Santé publique, l'intéressement collectif consiste en la reconnaissance collective d'un mérite, lorsqu'un certain objectif a été atteint, au profit d'un établissement ou seulement d'un service, voire au profit de tous les personnels ayant atteint l'objectif prévu avec dans ce cas, distribution d'une rémunération individuelle égale pour tous. L'intéressement entraîne donc un retour et des avantages soit sous forme d'amélioration des conditions de travail, soit sous forme d'avantage monétaire. C'est un moyen qui vient à l'appui des efforts fournis afin d'atteindre un but précis. Il existe deux logiques d'approche d'une démarche d'intéressement :

une logique de gestion financière qui consiste à réduire les coûts.

¹⁰⁰ article L 710-4.

une logique plus proche de la gestion des ressources humaines à laquelle nous nous intéresserons plus particulièrement dans cette étude.

¹⁰¹ article L 714-13.

¹⁰² Ces deux approches ne sont ni antinomiques, ni exclusives l'une de l'autre.

¹⁰³ article L 714-9 et article L 714-13.

Elaboration d'une politique d'intéressement collectif à l'hôpital :

¹⁰⁴ article L 714-13.

Il existe trois types d'intéressement:

•
l'intéressement aux résultats

•
l'intéressement à la productivité

•
l'intéressement aux objectifs

La mise en place d'une politique d'intéressement suppose de fixer préalablement des objectifs au niveau du ou des services concernés. Il faut ensuite déterminer un montant d'intéressement en fonction de l'atteinte des objectifs.

L'intéressement peut donc se fonder soit sur des économies et des gains de productivité, soit sur des objectifs négociés. La formule qui se prête le mieux à l'hôpital public est l'intéressement dans le cadre d'un contrat d'objectifs. La mise en oeuvre de ce mécanisme d'intéressement est basée sur :

•
une démarche contractuelle intégrée dans une politique d'établissement, qui prévoit l'élaboration de contrats d'objectifs négociés entre les acteurs de l'hôpital et ses partenaires institutionnels.

•
la nécessité d'une réflexion et d'une négociation avec les services concernés sur les objectifs à définir aussi bien au niveau quantitatif que qualitatif (amélioration des conditions de travail, hygiène, sécurité).

•
la mise en place d'une politique d'évaluation négociée avec les services qui permettra de mesurer les écarts entre les objectifs fixés et les réalisations.

Des actions de formation peuvent être nécessaires pour faciliter la mise en oeuvre de ces innovations. La mise en place d'un intéressement sur contrat d'objectifs au niveau d'un service avec des indicateurs de performance choisis, nécessite un suivi régulier de ces outils pour que l'intéressement fonctionne, motive le personnel et développe l'esprit d'équipe. Il faut donc un effort de communication à tous les niveaux de la hiérarchie avec une participation active de l'encadrement. Au niveau d'un service, la communication peut se faire dans le cadre des conseils de service qui donneront lieu à l'élaboration de projets de service construits de manière participative. Une politique d'intéressement repose sur la création de projets de services. Mais ces derniers sont encore rares.

En fait, la mise en place d'une politique d'intéressement ne peut réussir que si trois conditions sont remplies. D'une part, la démarche doit être acceptée par l'ensemble des services et à tous les niveaux de la hiérarchie. D'autre part, l'intéressement doit être vécu par les services comme une incitation à la maîtrise de leurs dépenses. Enfin, le point le plus important est que l'intéressement doit être un outil de management inscrit dans une

démarche globale et participative, c'est-à-dire un élément de motivation et de renforcement de l'esprit d'équipe.

Actuellement, dans l'hôpital public, les personnels sont rémunérés selon un barème fixe. Les seuls éléments modulables sont la prime de service et la vitesse d'avancement d'échelon (avancements à l'ancienneté minimum, à l'ancienneté minimum majorée, à l'ancienneté moyenne minorée, à l'ancienneté moyenne) ou de grade. Les différences ne sont souvent pas suffisamment attractives pour mobiliser le personnel. De ce fait, l'intéressement pourrait constituer un nouveau moyen pour récompenser et mobiliser ceux qui accomplissent le plus d'efforts.

Les objectifs de la mise en oeuvre d'une politique d'intéressement.: dans le cas où l'intéressement se fait au profit d'une collectivité, il peut constituer un moyen de faire face à certaines dépenses d'investissement et de fonctionnement de l'hôpital ou d'un service. Dans le cas où l'intéressement donne lieu à une rémunération individuelle identique pour chaque agent (avantage monétaire), il peut être un moyen de diminuer l'absentéisme et le taux des accidents du travail. Dans ces deux cas, l'évaluation fait appel à des critères quantitatifs.

D'autre part, l'intéressement peut permettre d'améliorer l'organisation, la qualité de vie des agents et ainsi d'améliorer la qualité du service rendu aux malades. Au niveau de la qualité de vie des agents, l'intéressement permet d'une part, de mobiliser et de motiver le personnel en l'associant à la définition et à la réalisation des objectifs et d'autre part, de favoriser le travail en équipe. L'évaluation des résultats fait appel dans ce cas à des critères qualitatifs.

L'intéressement collectif est donc un outil qui présente des avantages et on peut penser qu'il va se développer dans les années à venir. Cependant, il faut noter un certain nombre de limites à son développement.

Les limites de l'intéressement : il existe des limites en ce qui concerne la mise en oeuvre d'une politique d'intéressement à l'hôpital. Notamment, l'activité dans un hôpital n'étant pas homogène (activité administrative, activité médicale), l'intéressement risque entraîner des inégalités entre les services. La deuxième difficulté concerne la détermination des critères d'intéressement. Ils peuvent être quantitatifs (économies, gains de productivité, rapport objectifs/moyens) ou qualitatifs (accueil, qualité des repas, propreté, infections nosocomiales). Nous pouvons ensuite noter la difficulté de mettre en place un système d'évaluation ainsi que la difficulté lors des négociations budgétaires de dégager des moyens pour financer l'intéressement. Les recettes accessoires pourraient constituer des économies mais elles sont de plus en plus rares. De même, une chute de l'absentéisme pourrait aboutir à une diminution des remplacements et les économies d'argent pourraient être données en retour. La dernière difficulté se situe au niveau de l'interprétation des textes prévoyant l'intéressement collectif, notamment en ce qui concerne le sens des termes employés.

Concernant l'hôpital, la culture du secteur public en France est hostile à l'intéressement car le système administratif est très hiérarchisé et tend à percevoir ces deux éléments comme une entrave à son pouvoir. Les difficultés rencontrées au cours des expérimentations ponctuelles à l'hôpital sont souvent dues à la culture administrative

française qui ne favorise pas l'intéressement. On peut d'ailleurs regretter les démarches encore trop rares de projets de services et de contrats d'objectifs au sein des services, qui constituent pourtant des préalables au développement de toute politique d'intéressement.

Des exemples de réalisation : les expérimentations de politiques d'intéressement à l'hôpital public sont encore peu nombreuses. Celles qui sont tentées, sont limitées dans leur développement et l'on peut difficilement parler de politiques d'intéressement intégrées dans des projets de services mais plutôt d'expériences très ponctuelles.

Aux Hospices civils de **Lyon**, chaque année, la direction générale réserve un montant de crédits (fonctionnement et investissement) aux actions d'intéressement. Ce montant est affecté entre les différents hôpitaux. Chaque hôpital répartit ses crédits entre les services selon des critères qui lui sont propres. Le mécanisme est celui d'un intéressement non monétaire.

Le centre hospitalier de **Roanne** dans la Loire a mis en place une politique d'intéressement en 1994. Cette politique est financée par des économies sur les frais financiers, et des produits d'escomptes et de placement de fonds. Chaque service impliqué a un ou deux objectifs à atteindre. Le retour prévu est collectif et destiné à améliorer la qualité de vie dans le service.

L'intéressement à l'hôpital de **Feurs** est réalisé à partir des crédits réservés à la prime de service. La redistribution du quota réglementaire des 1/140^{ième} par journée d'absence se fait selon deux critères qui sont l'appréciation portée sur l'agent et le présentisme. Le montant est réparti pour deux tiers à titre individuel aux agents ayant moins de six jours d'absence et pour un tiers par centre de responsabilité en fonction du nombre d'agents.

L'intéressement est mis en place à **Tours** depuis 1990. Cet intéressement consiste à attribuer dans l'année n, des crédits d'investissement supplémentaires accordés aux services ayant respecté leur consommation prévisionnelle de crédits en dépenses médicales lors de l'année n-1. Ces crédits économisés sur l'ensemble de l'exercice sont affectés aux services qui ont obtenu les meilleurs résultats. Le service de l'analyse de gestion de l'établissement se charge de mesurer les écarts entre les objectifs réalisés et les prévisions par service.

Ces crédits sont affectés en priorité à des dépenses d'amélioration des conditions de travail. L'intéressement est collectif et non monétaire.

En définitive, une politique de communication et une politique d'évaluation doivent être développées parallèlement à une politique d'intéressement pour permettre la réussite de cette dernière. Mais, ce ne sont pas les seuls facteurs nécessaires à la mise en place de l'intéressement à l'hôpital. Le nombre réduit d'applications, la faiblesse du volume financier concerné et les difficultés rencontrées au cours des expérimentations traduisent la nécessité de compléter la loi hospitalière de 1991 dans ce domaine et de redéfinir l'intéressement ainsi que les conditions de sa mise en oeuvre.

c - Une politique de formation à l'hôpital.

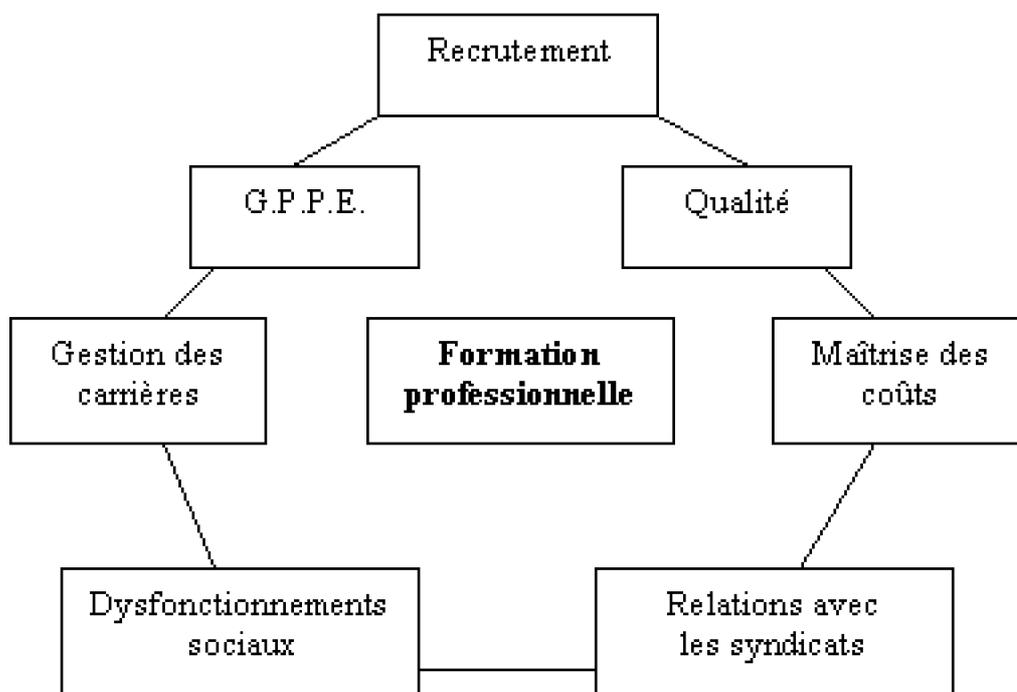
La formation a un rôle très spécifique au sein du système de gestion des ressources

humaines. Une politique de formation peut devenir un outil de gestion performant au même titre qu'une politique d'intéressement ou de communication et c'est aussi un outil moteur des autres politiques. Par exemple, des actions de formation peuvent contribuer à rendre efficace une politique de communication au sein d'un établissement. De même, des liens existent entre la formation, la G.P.E.C. (gestion prévisionnelle des emplois et des compétences) et la gestion des carrières. L'outil de gestion formation est très riche du fait de sa transversalité.

La formation a aussi un rôle dynamisant dans l'efficacité globale du nouveau système de gestion des ressources humaines.

Place de la formation à l'hôpital :

La formation apparaît directement liée à de nombreux impératifs de gestion des hôpitaux. Hervé Leteurtre et J.P. Saju¹⁰⁵ ont présenté schématiquement le rôle central de la formation au sein de la gestion des hôpitaux :



Dans ce schéma, on s'aperçoit que le fait de former est lié à des impératifs de gestion des ressources humaines mais aussi à des impératifs de gestion globale des établissements hospitaliers.

Les impératifs de gestion des ressources humaines :

La formation professionnelle apparaît essentielle en amont de la gestion prévisionnelle du personnel, des emplois et des compétences (G.P.P.E.C.) et en aval des procédures de recrutement dans la phase initiale de gestion des carrières. La formation professionnelle

¹⁰⁵ LETEURTRE Hervé et SAJU J.P. « La formation des personnels hospitaliers », Edition ENSP - 1995.

intervient aussi dans le processus de réduction des dysfonctionnements de l'organisation.

En amont de la gestion prévisionnelle du personnel, la formation aide à situer chaque agent en fonction des formations reçues et des qualifications acquises, dans un groupe d'emplois et de compétences, ce qui permet au gestionnaire d'anticiper tout mouvement de personnel tel qu'une mutation ou un départ à la retraite grâce à des paramètres quantitatifs ou qualitatifs.

En aval des procédures de recrutement, la formation permet d'adapter chaque agent recruté à l'emploi qu'il va occuper. En l'absence d'actions de formation, l'agent nouvellement recruté, est contraint de se former sur le terrain, ce qui peut générer des insatisfactions chez les salariés et éventuellement des dysfonctionnements dans l'organisation. La gestion des carrières ne peut être construite qu'avec l'aide de l'outil formation. Des formations pourraient ainsi préparer l'agent à son nouveau métier, faciliter son adaptation aux évolutions de son emploi et accroître ses capacités de mobilité pour un éventuel changement de poste. La formation peut aussi régler certains dysfonctionnements de l'organisation ayant pour origine le manque de connaissances ou la démotivation.

Les impératifs de gestion globale :

La formation est souvent au centre de toute démarche qualité ou de toute démarche de maîtrise des coûts d'un établissement hospitalier.

Par exemple, en matière de qualité des soins, la lutte contre les infections nosocomiales passe par une sensibilisation des salariés à ce risque mais aussi par une formation à des techniques précises qui sont assimilables à un protocole de soins.

La formation peut aussi intervenir sur la maîtrise des coûts. Par exemple, une formation des cadres administratifs aux règles de la négociation et des marchés peut garantir à l'établissement de meilleurs prix de la part des fournisseurs.

La formation est donc un moyen privilégié de réalisation des plans d'action. Tout à la fois outil de gestion propre et support d'autres outils de gestion, la formation apparaît au centre de la gestion des ressources humaines de l'hôpital, voire au centre de la gestion hospitalière toute entière.

Mise en place d'une politique de formation à l'hôpital : l'élaboration d'un **plan de formation** doit permettre une large participation du personnel. Les agents hospitaliers, soit directement dans le cadre de leur service, soit par l'intermédiaire de leurs représentants syndicaux ou catégoriels, participent aux différentes phases d'élaboration et de suivi du plan. Le recueil et l'analyse des besoins du personnel, qui s'appuie sur une phase de réflexion et de communication au sein des services, est la phase la plus délicate. La hiérarchisation des besoins va dépendre du degré de concertation existant à l'hôpital entre les différents acteurs. La mise en oeuvre du plan de formation dépendra ensuite de l'efficacité du service de la formation continue dans l'établissement.

Les actions de formation s'intègrent à la culture et aux projets de l'établissement et elles constituent un outil de gestion privilégié pour mettre en oeuvre ces projets. Comme dans le domaine de la communication, l'essentiel n'est pas de formaliser un plan, mais de

construire une politique fondée sur des principes et des orientations générales déclinés dans le projet d'établissement et les contrats d'objectifs sous forme de plans d'action. Le plan de formation n'est qu'une première étape. La formation, la communication, l'intéressement n'atteindront un niveau efficient à l'hôpital que si ces concepts sont gérés en terme de politiques.

Un nouveau système de gestion plus managérial, pourrait être le moteur du changement. Ce mode de gestion s'appuierait essentiellement sur des outils de G.R.H. tels que la formation, la communication et intéressement qui constituent les vecteurs principaux du changement dans l'organisation et les rapports de travail.

La G.R.H. est en effet devenue, depuis le début des années 1990, le point de fuite de la crise hospitalière. Or, le Ministère de la Santé publique, dans les orientations contenues dans la loi de 1991, préconise une approche stratégique en matière de gestion hospitalière en laissant aux établissements hospitaliers, l'initiative de définir des outils de gestion des ressources humaines et d'assurer leur mise en place. Mais ces outils sont difficiles à élaborer et ils ne seront efficaces qu'en terme de politiques s'inscrivant dans une stratégie globale.

En réalité, l'inflexion du système de gestion existant est complexe et ne peut être que progressive. Le changement suppose un apport technique en terme d'outils de gestion mais aussi une modification du comportement des acteurs en terme de culture d'entreprise. Les cinq ans donnés pour la réalisation d'un projet d'établissement semblent raisonnables pour mener à bien ce type d'évolution.

B - Une politique de GRH opérationnelle et volontariste s'appuie sur des plans d'action.

La recherche de l'élévation de la productivité du travail au sens strict se traduit en terme quantitatif par une réduction des effectifs. Inversement, en s'efforçant d'élever la productivité sociale, nous obtenons une amélioration des conditions de travail du personnel, qui se manifeste concrètement par une réalisation des objectifs secondaires tels que l'accroissement de la motivation du personnel, le développement du travail en équipe, par exemple. Atteindre ces objectifs, c'est permettre d'élever les résultats qualitativement et souvent aussi quantitativement. Pour un hôpital, c'est mieux soigner et élever la qualité du soin en assurant la modernisation du service public car ce processus rétroagit sur la structure et l'organisation en réduisant ses dysfonctionnements.. L'hôpital public ne pourra préserver et améliorer la qualité des soins que par un effort réel et soutenu d'adaptation de ses structures et de son système de gestion.

La modification du système de gestion permet une mutation à deux niveaux:

l'amélioration des conditions de travail permet de juguler une partie des revendications du personnel.

la réduction des dysfonctionnements de l'organisation en améliorant la qualité du soin permet de limiter certaines causes de la crise de l'hôpital public en tant qu'organisation.

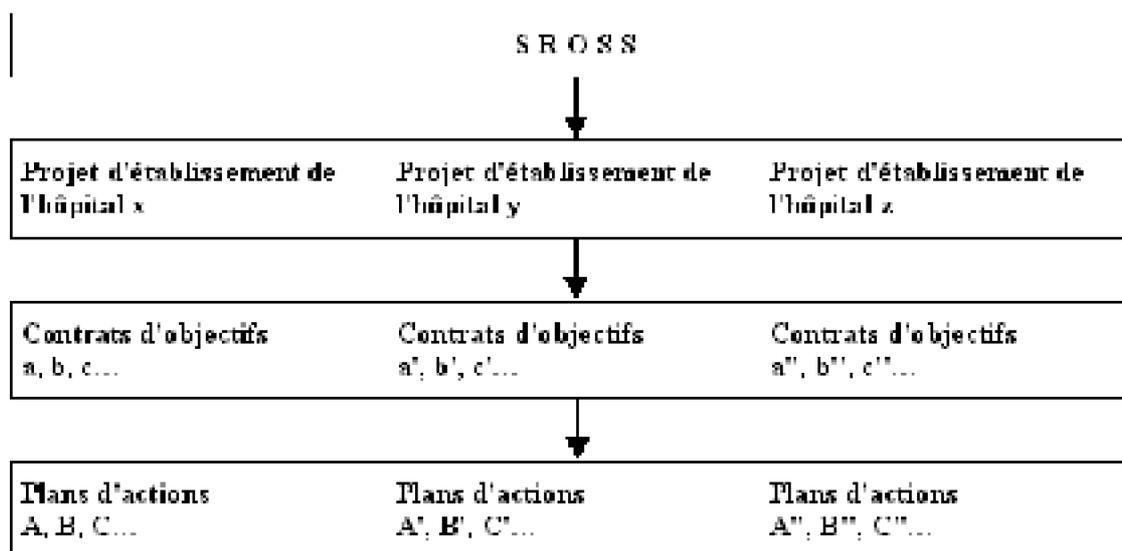
Les deux actions conjuguées permettent de trouver un point de fuite à la crise de l'hôpital et à la réduction de la crise du personnel.

Un nouveau système de gestion plus managérial peut être l'élément moteur du changement. Ce modèle de gestion s'appuierait essentiellement sur une politique de gestion des ressources humaines plus concertée, plus stratégique et plus volontariste. Une DRH doit être à l'écoute de son personnel, et la mise en oeuvre de ces moyens d'action doivent se faire dans la concertation.

L'élaboration et la réalisation d'un projet d'établissement et de contrats d'objectifs sont les moments privilégiés pour mettre en oeuvre cette politique. Les contrats d'objectifs se déclinent en plans d'action. Les plans d'actions sont la clé de voûte de la réalisation de la politique régionale sanitaire et hospitalière.

La carte sanitaire et le SROS (schéma régional d'organisation sanitaire) définissent la demande de soin. Ces schémas conditionnent le fonctionnement d'un certain nombre d'activités structurantes, ainsi que la reconduction et le lancement de grands programmes relatifs à la qualité et à la sécurité des soins. Actuellement sont traités en priorité la périnatalité, les urgences, le sida, la toxicomanie, la prise en charge de l'alcoolisme et de l'hépatite C. Les projets d'établissements déclinent pour cinq ans, la totalité des réponses en terme d'offres de soins hospitaliers. Les contrats d'objectifs détaillés en plans d'action permettent la réalisation par les services de soins des orientations contenues dans le projet d'établissement.

Les moyens d'action s'articulent sous la forme d'ensembles, depuis le schéma régional d'organisation sanitaire en passant par les projets des établissements jusqu'aux contrats d'objectifs et aux plans d'action.



1- Mise en place des plans d'action .

Les plans d'action constituent des éléments fondamentaux pour informer le personnel des démarches à entreprendre dans le cadre d'un projet d'établissement ou d'un projet de service et pour l'impliquer. La réussite de ces plans d'action passe par la réalisation

préalable de plusieurs conditions:

Tout d'abord, il convient de s'organiser par projets et contrats d'objectif, c'est-à-dire de définir chaque projet avec précision, de définir les objectifs, de formaliser les rôles de chacun, de planifier et de gérer les délais et les coûts. Il faut ensuite impliquer l'équipe, c'est-à-dire formaliser les rôles de l'équipe projet, gérer la communication et les réunions pour expliquer les raisons d'une telle démarche et susciter l'adhésion des futurs exploitants. Le troisième point consiste à choisir des solutions, c'est-à-dire à mettre en place des processus de décision efficaces, des solutions appliquées à la réalité et un projet d'organisation coordonné avec les choix techniques. Le quatrième point est de gérer les ressources, c'est-à-dire de prévoir, planifier les ressources, les disponibilités, gérer les prestations extérieures et prévoir une organisation du démarrage.

L'étude de la faisabilité des projets et leur validation peut se faire au sein d'un comité de pilotage. Après avoir étudié les propositions de solutions des groupes et la faisabilité de ces solutions, le comité de pilotage devra faire des choix adéquats en comparant avantages et inconvénients et valider les solutions qui s'avèreront prioritaires. Pour certaines actions impliquant des investissements financiers et humains importants, il est nécessaire de mesurer précisément ces implications et de vérifier qu'elles sont en harmonie avec le S.R.O.S.S., c'est à dire la carte sanitaire départementale et régionale.

Pour chacune des orientations retenues, le comité de pilotage devra fixer une estimation prévisionnelle de l'échéance de réalisation de chaque action.

Un suivi du projet devra ensuite être réalisé afin de mesurer l'impact des actions mises en oeuvre. Le sentiment d'une évolution n'est en effet réel que si l'on peut en mesurer les résultats. L'organisation du suivi peut relever soit de la Direction, soit du comité de pilotage.

Au niveau interne, il faut, d'une part, vérifier la cohérence de tous les projets inscrits dans des contrats d'objectif avec le projet d'établissement et d'autre part, évaluer les perceptions et le degré de satisfaction des agents à l'égard du projet. *Au niveau externe*, il convient d'évaluer la perception de l'établissement par ses partenaires (patients, familles, Région, Etat...) afin de contrôler la cohérence de l'image de l'établissement avec les volontés contenues dans le projet.

L'ensemble des résultats de contrôle de cohérence pourrait ensuite être regroupé dans un tableau de bord synthétique qui assurerait le suivi de la mise en oeuvre du projet.

La stratégie générale de changement se décline sous forme de plans d'actions dans différents domaines articulés entre eux le long d'un axe fédérateur. Cet axe, sorte de fil conducteur du changement, est la recherche de l'amélioration de la qualité des soins conduite en s'appuyant sur des contrats d'objectifs inscrits dans le projet d'établissement.

La réalisation de l'objectif principal, améliorer la qualité des soins, passe par une modification du système de gestion des ressources humaines. Ce système serait plus managérial en intégrant la dimension humaine et sociale. Ainsi en recherchant l'amélioration de la qualité des soins et en construisant des plans d'action pour atteindre cet objectif principal et les objectifs intermédiaires, les gestionnaires hospitaliers agissent aussi au niveau de l'organisation du travail et de la réduction des dysfonctionnements

internes. Atteindre les objectifs secondaires, tels qu'améliorer la qualité du travail, les conditions de travail, mieux communiquer et valoriser le travail du personnel, c'est aussi réduire les sources de tensions et de mécontentement de ce dernier et ainsi contribuer à résoudre la crise du personnel hospitalier.

Annie BARTOLI¹⁰⁶ propose pour mettre en oeuvre et piloter le changement, d'activer un certain nombre de domaines d'analyse et d'action stratégiques internes (DASI).

Elle produit à l'appui de ce raisonnement le schéma suivant:

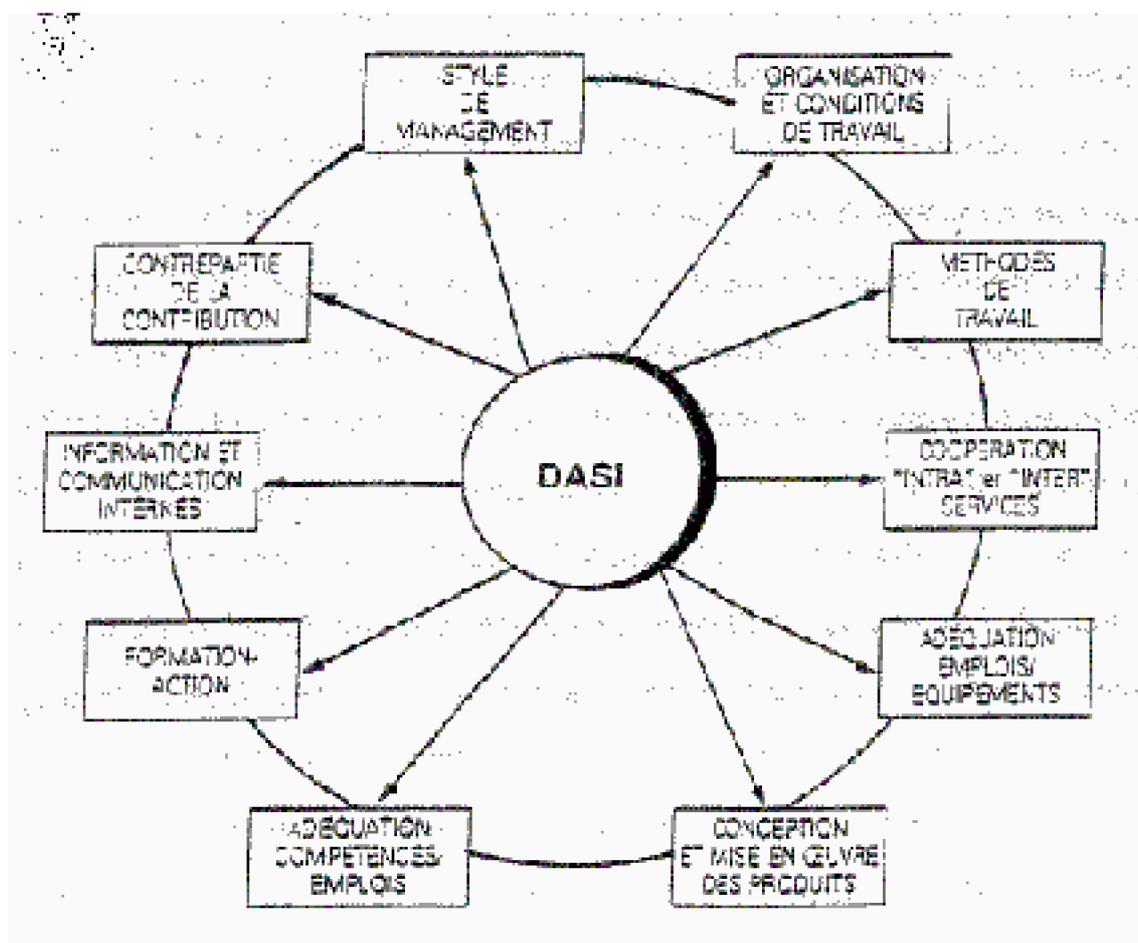


Figure : LES DOMAINES D'ANALYSE ET D'ACTION STRATEGIQUES INTERNES (D.A.S.I.)

L'élaboration d'un plan d'action repose sur une démarche participative qui permet à tous, grâce à la concertation et à la négociation, d'aller dans la même direction et de faire

¹⁰⁶ BARTOLI Annie et HERMEL Philippe « Piloter l'entreprise en mutation. Une approche stratégique du changement », Les éditions d'organisation - 1986.

converger de nombreuses idées ou actions au départ pas toujours très cohérentes entre elles. Cette démarche plan d'action, continuation d'une démarche projet, doit faciliter l'instauration d'un management participatif laissant une place à la créativité du personnel. Le personnel apparaît désormais comme une ressource pour l'établissement.

Dans le même temps, les usagers exigent de plus en plus de recevoir des soins de meilleure qualité. Il faut donc que les services mettent en place un système d'organisation du travail qui satisfasse à la fois le personnel et les malades. Cela suppose l'instauration d'un système d'information performant, de relations suivies avec les différents partenaires, le développement de contrats ayant des objectifs tels que l'amélioration des conditions de travail ou la poursuite d'une démarche de qualité et d'excellence..

Face aux évolutions démographiques, aux besoins de la population, au contexte économique visant à maîtriser les dépenses de santé et aux signes traduisant le développement du malaise du personnel hospitalier trois orientations paraissent particulièrement d'actualité :

développer la motivation et la participation interne

travailler en harmonie et en complémentarité avec les partenaires de santé pour rationaliser les activités, les moyens humains et matériels

développer la prévention afin de travailler en amont à la réduction des dépenses de santé

Le projet d'établissement et les contrats d'objectifs déclinés sous forme de plans d'action doivent constituer l'instrument de changement adapté aux problèmes de l'organisation où cohabitent une multitude de cultures essentiellement individuelles et corporatives avec une vision collective de l'hôpital. La réussite du projet repose aussi sur la prise en compte d'un élément indispensable à tout processus de changement qui est le facteur temps. Les comportements hospitaliers ne peuvent évoluer que lentement et progressivement. Enfin, l'hôpital ne peut fonctionner en harmonie que si l'on permet à chacun d'évaluer l'intérêt qu'il retire du projet.

Les cinq années à venir devront donc permettre aux agents hospitaliers. de démontrer non seulement qu'ils peuvent réfléchir ensemble mais aussi qu'ils peuvent agir ensemble avec comme objectifs prioritaires : mieux communiquer, mieux se comprendre et travailler différemment.

Agir pour la santé, c'est s'adapter perpétuellement aux besoins du malade et de son environnement et tenir compte du fait que les prestations fournies restent très liées aux relations humaines.

2 - Un exemple hospitalier d'élaboration de plans d'action.

Dans un hôpital de 500 agents de l'agglomération lyonnaise, l'élaboration du projet d'établissement a été l'occasion de définir des contrats d'objectifs par services et de

construire un certain nombre de plans d'action. L'élaboration de ce projet d'établissement a nécessité deux années de travail et a fait l'objet d'une très large concertation et participation du personnel.

A l'issue de cette réflexion, il s'est avéré que les grandes actions à mettre en oeuvre concernaient essentiellement les ressources humaines et pouvaient se conjuguer en quatre thèmes principaux:

l'accueil du personnel lors de son recrutement et la reconnaissance des compétences de l'agent dans son travail.

Les conditions de travail et l'organisation

La communication interne et externe.

La coopération et le partenariat.

Pour mener à bien ces objectifs, quatre vecteurs ont été simultanément étudiés et mis en place:

Une politique de gestion des carrières.

Une politique de communication

Une politique de formation.

Une politique d'intéressement.

Ces objectifs et ces vecteurs de changement peuvent se décliner en plans d'actions. Les plans d'actions contiennent les objectifs et le contenu des actions à entreprendre. Chaque plan d'action peut se présenter sous la forme d'un tableau concernant trois parties:

le diagnostic de la situation présente

les objectifs ou choix stratégiques

les moyens pour atteindre ces objectifs, les politiques d'action

De la gestion quantitative des effectifs dépourvue de réels outils de gestion interne, on s'efforce de passer progressivement à une gestion qualitative des ressources humaines. Les plans d'action servent cette transition. Pour l'hôpital étudié, les plans d'actions bâtis à

partir des quatre objectifs principaux et des quatre vecteurs de changement se présentent de la manière suivante:

a - Présentation des quatre objectifs intermédiaires retenus.

Diagnostic	Moyens	Objectifs
- les contours de l'emploi et des compétences de chaque agent sont en général mal connues. - peu de profils de poste sont établis. - il y a souvent confusion entre la fonction, le rôle et la tâche réelle de chacun. - on constate souvent une inadéquation entre travail prescrit et travail réel.	- réalisation d'un audit interne de la fonction, de l'emploi et de la compétence, de chaque agent dans son service. - rédaction d'un schéma récapitulatif par service précisant les attributions et les responsabilités de chaque agent. - mise en place d'une action de formation à l'accueil adaptée aux différentes catégories professionnelles.	- améliorer la reconnaissance de l'agent dans son travail et encourager sa motivation pour obtenir une meilleure efficacité des services. - considérer l'agent en terme de ressource et non plus en terme quantitatif d'effectif. - intégrer la dimension humaine et sociale de l'agent. - améliorer les conditions d'accueil des nouveaux agents afin de favoriser leur intégration dans l'établissement..

Diagnostic	Moyens	Objectifs
- l'organisation du travail est rarement étudié scientifiquement et rationnellement en terme de gestion. - les congés sont souvent difficiles à planifier, les temps partiels et les roulements entraînent un manque de personnel, notamment dans les services de soins et désorganisent le travail.	- mise en place de commissions qui puissent étudier les divers problèmes soulevés dans les services tels que par exemple, l'aménagement du temps de travail, les temps partiels, les roulements...	- améliorer l'organisation du travail et assouplir les règles de fonctionnement au sein des services. - augmenter la sécurité des agents, en particulier dans les services de soins.

Diagnostic	Moyens	Objectifs
- dans les établissements hospitaliers on peut constater un manque de communication interne et plus particulièrement un manque d'échanges transversaux. - les services	- mise en place d'actions de formation à la communication. - création d'un lieu de rencontre interpersonnel sur le site. - faciliter la circulation de l'information. - définition des	- améliorer la communication interne. - améliorer la qualité des relations intercatégorielles et favoriser le travail en équipe intra et inter-services au sein de l'établissement.

Diagnostic	Moyens	Objectifs
ont tendance à se replier sur eux-mêmes. Ce cloisonnement entre services croît généralement avec la taille de l'établissement et le nombre de services de soins. Le manque de communication interne est dû aux comportements et habitudes des acteurs mais aussi à la structure pavillonnaire de l'hôpital qui ne favorisent pas toujours les échanges.	circuits de distribution. - il est envisagé la mise en place d'une commission d'évaluation et de suivi pour continuer la réflexion engagée sur la communication au cours de l'élaboration du projet d'établissement et pour renforcer les liens entre les services et entre les différentes catégories professionnelles.	

Diagnostic	Moyens	Objectif
- les équipements disponibles sur le département ne sont pas toujours utilisés de façon optimum ou du moins de manière complémentaire par les établissements; alors que l'on observe dans certains hôpitaux. un manque ponctuel de moyens humains ou matériels et un excédent dans d'autres établissements.	- mise en place dans les établissements d'un groupe pluridisciplinaire de travail en association avec un ou plusieurs établissements afin d'étudier les formes de la coopération et le contenu par exemple étudier les possibilités de création d'un GIS, d'un G.I.P., d'un G.I.E., d'un syndicat inter-hospitalier ou d'une autre structure juridique entre deux établissements concernés afin de développer les actions de coopération et les structurer ..	- développer les actions de coopération et de complémentarité avec les autres établissements hospitaliers.

b - Les politiques d'action.

Pour assurer la réussite de ces plans d'action, il est nécessaire au préalable de mettre en place des politiques d'action:

ACTION N°1 : Mettre en place une véritable politique de gestion des carrières.

Diagnostic	Moyens	Objectif
- le recrutement et l'ensemble de la vie professionnelle de l'agent dans l'établissement	- mettre en place des outils d'aide à la décision tels qu'une nomenclature des	- passer d'une gestion "administrative" du personnel à une gestion des carrières.

LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES EN MILIEU HOSPITALIER

Diagnostic	Moyens	Objectif
n'est généralement pas gérer par anticipation. - la DRH ne procède pas à une analyse qualitative des compétences et des métiers. Le raisonnement est encore souvent limité au grade et reste quantitatif.	emplois-types et des métiers, une gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences.	

Diagnostic	Moyens	Objectif
- il n'existe pas actuellement à proprement parlé de communication formalisée au sein de l'établissement hospitalier et peu de propositions concrètes sont réellement apportées pour construire une politique de communication dans le cadre du projet d'établissement	- il pourrait être créer lors de l'élaboration du projet d'établissement, un groupe pluridisciplinaire de réflexion et de suivi sur les possibilités et les modalités d'élaboration d'une politique de communication.	- mettre en place une politique de communication concertée..

L'absence de propositions concernant notamment l'élaboration d'une politique de communication face aux problèmes de communication interne abordés par de nombreux acteurs, traduit la nécessité d'engager une telle politique au sein de l'établissement. Il paraît opportun de créer un groupe spécifique et pluridisciplinaire de travail afin d'engager une réflexion sur la communication et d'apporter des propositions dans le but de construire de manière participative une politique de communication à laquelle le personnel pourrait adhérer.

Diagnostic	Moyens	Objectif
- les projets de services sont encore trop peu nombreux et le travail en équipe pas assez développé. Ce manque de communication interne entraîne un manque de motivation du personnel.	- création de groupes pluridisciplinaires de réflexion sur la mise en place d'un intéressement collectif dans les services. .	- étudier comment une politique d'intéressement collectif permettrait de motiver le personnel en l'associant aux objectifs poursuivis, notamment dans le cadre du projet d'établissement.

Diagnostic	Moyens	Objectif
- si actuellement le plan de formation de l'établissement est globalement cohérent et	- élaboration d'un protocole ou d'une grille d'évaluation des actions de formation	- mettre en place une politique de formation globale et stratégique. Evaluer les

Diagnostic	Moyens	Objectif
d'un niveau général satisfaisant, les actions de formation engagées ne font pas souvent l'objet d'un suivi régulier.	engagées. - questionnaires à l'attention des agents formés mais aussi à l'attention de leur encadrement. - rapport annuel d'évaluation.	résultats des actions de formation engagées par rapport aux objectifs fixés et par rapport au niveau de satisfaction du personnel formé et des services.

3- Une typologie de plans d'action pour l'hôpital.

Les quatre vecteurs de changement majeurs définis dans cet hôpital lyonnais sont les mêmes outils de gestion des ressources humaines qui ont été observés dans des études ou des audits faites ces dernières années auprès de plusieurs hôpitaux. Il en est de même pour les objectifs principaux des ressources humaines.

Le processus de changement dans la gestion tel que nous venons de l'analyser peut se résumer sous la forme d'un tableau synthétique et global regroupant l'objectif final, la qualité du soin, les objectifs intermédiaires et les moyens ou outils de gestion des ressources humaines:

Diagnostic interne et dysfonctionnements	Moyens Outils de gestion	Objectifs intermédiaires	Objectifs final
- absentéisme - mobilité excessive - accidents du travail - manque de participation - mauvaises conditions de travail	- politique de gestion de carrière. - politique de communication. - politique d'intéressement. - politique de formation.	- développer la motivation du personnel et la reconnaissance qu'il a de son travail. - développer la participation du personnel - développer l'esprit et le travail en équipe. - gérer la mobilité interne et professionnel du personnel en terme de métier. - améliorer la gestion de carrière des agents. - développer une forme de gestion intégrant la dimension humaine. - améliorer la productivité sociale. - améliorer les conditions de travail. -	améliorer la qualité du soin donné au malade.

Diagnostic interne et dysfonctionnements	Moyens Outils de gestion	Objectifs intermédiaires	Objectifs final
		améliorer l'image de l'hôpital à l'extérieur. - développer la coopération et la complémentarité avec les autres acteurs de la santé.	

Conclusion du premier chapitre:

Il ne fait plus guère de doute aujourd'hui que la mutation du mode de gestion de l'hôpital passera par une politique des ressources humaines concertée et volontariste qui permettra la nécessaire adaptation de l'offre de soins à l'évolution des pratiques et aux exigences accrues de qualité. La gestion des ressources humaines des établissements devra intégrer le contenu des projets élaborés dans la concertation et répondre aux attentes des personnels et des équipes des services dans leurs rapports de travail. Cette politique doit permettre d'améliorer simultanément les conditions de travail du personnel et la qualité des soins aux patients, tout en réduisant les dysfonctionnements de l'organisation.

Chapitre 2 - L'introduction d'un véritable changement social nécessite une politique affirmée de GRH.

Introduction

A plusieurs reprises, le Ministère du travail et des affaires sociales¹⁰⁷ a averti les établissements hospitaliers publics que l'atténuation des tensions qu'ils connaissaient notamment au sein de leur personnel, ne pourrait être résolu par un surcroît de ressources financières. L'état actuel des comptes sociaux laisse présager des restrictions financières. Le taux directeur de base des dépenses budgétaires hospitalières, ramené en 1996 à 1,1% confirme cette évolution. Le point de fuite passe par une meilleure mobilisation des ressources et des moyens d'action déjà existants, et par une évolution du système de gestion. Il faut certes améliorer le mode de financement, en tenant mieux compte de l'activité et des performances des établissements, mais l'évolution de fond porte sur la gestion avec pour objectif final: l'élévation de la qualité des soins.

¹⁰⁷ circulaire DH/AF 95651 du 27 décembre 1995, Ministère du travail et des affaires sociales.

Dans cette mutation, trois domaines sont prioritaires:

la gestion des ressources humaines,

la connaissance de l'activité et des performances,

le développement d'une demande contractuelle sous forme de contrats d'objectifs.

Les effectifs hospitaliers non médicaux, infirmiers et administratifs ont connu une augmentation régulière ces dernières années pendant que l'activité hospitalière se développait. Dans le même temps, les modes de prises en charge des patients, les caractéristiques des populations accueillies à l'hôpital et les pathologies elles-mêmes évoluaient. Ainsi les charges d'activités et les tâches se sont modifiées et se sont déplacées alors que les moyens n'ont pas été revus dans leur répartition. Les redéploiements nécessaires pour rendre la répartition des moyens pertinente ont souvent été escamotés.

Tous les diagnostics posés sur le fonctionnement de l'hôpital montrent l'absence d'une réelle discussion interne sur la répartition des ressources humaines, tout comme sur l'organisation du travail. Il n'y a pas eu ces dernières années, le développement d'une politique globale d'amélioration des conditions de travail. **Nous n'observons pas de plans d'action ambitieux sur les relations au travail, l'aménagement du temps de travail dans les services médicaux, ou de réflexions internes liant l'amélioration des conditions de travail et l'élévation de la qualité du soin.** Il n'y a pas eu de réflexion de fond sur ces problèmes ni de démarches participatives malgré des incitations ministérielles¹⁰⁸.

Seule l'émergence d'une politique des ressources humaines plus transparente, plus concertée au niveau interne comme au niveau régional, et plus volontariste permettrait d'accompagner efficacement la nécessaire adaptation de l'offre de soin à l'évolution de la demande et aux exigences accrues de qualité et de sécurité de la part des patients et des familles. Ces impératifs doivent conduire les établissements à adopter une gestion des ressources humaines plus anticipatrice intégrant une connaissance plus fine des projets et des attentes des personnels et des services. Cette nouvelle politique de gestion des ressources humaines doit permettre d'articuler perspective de recrutement, évolution des carrières, formation continue, études sur les charges de travail, organisation du travail et qualité du soin.

La modification de la gestion des ressources humaines peut être le nouveau mode de régulation de l'hôpital. L'enjeu est de créer un nouveau modèle hospitalier permettant aux acteurs d'agir et de travailler autrement.

Des plans quinquennaux sanitaires et sociaux dirigistes de l'après-guerre jusqu'au

¹⁰⁸ circulaire DHFH/95-17091 du 14 mars 1995, du Ministère du Travail et des Affaires Sociales sur les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail.

début des années quatre-vingt, les politiques publiques hospitalières laissent désormais de plus en plus d'initiatives aux acteurs de l'hôpital. Dans le cadre du projet d'établissement et des contrats d'objectifs, les gestionnaires hospitaliers avec les médecins et les soignants devront coordonner leurs actions au niveau interne et au niveau externe avec les partenaires régionaux tels que le Préfet, la région et la sécurité sociale et à partir de 1997 avec les agences régionales de l'hospitalisation. La direction des ressources humaines de chaque établissement de manière volontariste et participative devra associer le personnel dans l'élaboration de plans d'actions déclinant les priorités et les moyens en termes de redéploiements, de conditions de travail et de qualité des soins.

Section 1 - Les blocages d'ordre technique et culturel demeurent importants.

En gestion managériale la dimension humaine fait partie intégrante des outils de gestion des ressources humaines. Parmi les outils de gestion des ressources humaines, certains existent depuis longtemps, d'autres s'élaborent et se mettent en place que depuis quelques années. La formation est un outil qui existe depuis toujours à l'hôpital public et cet outil est en constante évolution et adaptation. Son action et son utilité sont très importants, car la formation agit aussi transversalement sur les autres outils de gestion.

La gestion des emplois et des compétences est un nouvel outil basé sur l'anticipation quantitative et qualitative des ressources humaines. Si la gestion prévisionnelle des effectifs se met progressivement en place dans les centres hospitaliers universitaires et régionaux, le prévisionnel qualitatif est beaucoup plus lent à être opérationnel. Le modèle qualitatif d'anticipation est très complexe et à besoin de s'appuyer sur des concepts tels que l'évolution des compétences et des métiers à l'hôpital public. Les études sur les métiers à l'hôpital public des observatoires régionaux de la santé avancent très lentement. Les obstacles culturelles au changement sont encore très nombreux à l'hôpital.

1 § Les outils de gestion des ressources humaines sont encore à améliorer.

L'important est de synchroniser les outils entre eux afin de les rendre plus efficaces et de favoriser les effets transversaux. C'est le rôle premier d'une direction des ressources humaines de mettre en place une politique de GRH cohérente et globale, liant entre eux les principaux outils de gestion.

A - Une nouvelle conception de la fonction personnel: la gestion des ressources humaines.

Dans un nouveau modèle de gestion managériale, la fonction personnel est davantage centrée sur l'individu défini à travers ses compétences et ses projets. L'importance de la dimension humaine qui traverse l'organisation, apparaît sous la forme de nouvelles interrogations et préoccupations telles que:

Les employés sont-ils ou non motivés par le travail? Quels sont leur degré d'adhésion

aux objectifs de l'établissement? Sont-ils ou non satisfaits des conditions de travail? Quel est le degré de développement des analyses sur la culture interne de l'organisation et sur le degré de mobilisation du personnel autour de valeurs communes?

Le courant de la gestion des ressources humaines le plus achevé: la conception ouverte et naturelle telle que la définit W. R. SCOTT¹⁰⁹ redécouvre le fait que bien gérer les hommes de manière rationnelle n'est pas suffisant, d'autres facteurs entre en jeu. Il faut aussi mobiliser les énergies, éveiller la motivation". Au concept de gestion des ressources humaines sont liés le projet d'établissement, la culture interne, le développement social, les pratiques participatives, les compétences et le savoir-être de l'individu. Le thème du changement devient prioritaire. La gestion des ressources humaines n'a de sens que parce qu'elle correspond à une stratégie de l'entreprise. Elle ne peut se développer au sein d'un établissement donné que si elle s'inscrit dans un système de gestion global, participatif et stratégique. La gestion des ressources humaines devient le coeur du système de gestion et le principal levier du changement en supplantant la gestion financière et le quantitatif dominant dans les années quatre-vingt.

1 - Un système de gestion qui privilégie le facteur humain.

W.R. Scott définit la gestion managériale à fort développement social comme le type de gestion le plus évolué qu'il qualifie dans sa grille générale des systèmes de gestion, de naturel et ouvert. C'est à partir des années quatre-vingt que les théories de management commencent à mieux prendre en compte le facteur humain. G. ARCHIER¹¹⁰, Thomas PETERS¹¹¹, Geert HOFSTEDE¹¹², Antoine RIBOUD¹¹³ illustrent cette évolution. Ces auteurs démontrent l'intérêt pour une entreprise de favoriser la mobilisation et le travail en équipe.

Dans son rapport "Modernisation, mode d'emploi", A. RIBOUD a montré qu'on ne réussit le changement technologique et plus largement le changement économique que si l'on réussit avec les hommes: **« l'équilibre entre le projet économique et le projet humain est nécessaire à l'efficacité de l'entreprise »**. La clef de l'efficacité d'une organisation réside dans la synergie de deux projets:

le projet économique dont les objectifs principaux sont d'améliorer la qualité et d'innover constamment dans le but de satisfaire le client.

¹⁰⁹ W.R. SCOTT: "Organisations rational natural and open systems ", Prentice-hall international édition, 1981

¹¹⁰ G. ARCHIER, « L'entreprise du troisième type », Editions du seuil - 1984.

¹¹¹ Thomas PETERS: «Le chaos management » , Interéditions - 1988.

¹¹² Geert HOFSTEDE: "Les différences culturelles dans le management", Les éditions d'organisation -1987.

¹¹³ Antoine RIBOUD: "Modernisation: mode d'emploi", Europe technologique, industrielle et commerciale, Collection: rapport du 10ème Plan, Documentation française - 1989.

le projet humain visant la valorisation et l'épanouissement des hommes par la concertation, la négociation et l'information

Pour Michel CROZIER¹¹⁴, l'organisation est d'abord formée d'hommes et de femmes guidés par des intérêts, des représentations, des mobiles et des stratégies différentes. A partir de ces constatations, M. Crozier analyse des concepts tels que le pouvoir, les conflits, les négociations et les zones d'autonomie de chaque agent sous l'angle des capacités d'action des individus. Il pense que le personnel est naturellement motivé et que c'est l'entreprise qui le démotive lorsque les systèmes de gestion sont trop hiérarchiques et centralisés. Il dénonce la trop grande stratification de la société française. Pour lui, l'entreprise est le lieu privilégié de l'apprentissage collectif et la priorité doit être donnée au qualitatif et à l'humain.

2 - Les évolutions récentes de la GRH .

a - Les quatre systèmes de gestion et d'organisation du personnel selon W. SCOTT.

Pour W. SCOTT¹¹⁵, la gestion des ressources humaines est le système de gestion le plus élaboré parmi les différentes conceptions de l'organisation. Cet auteur distingue quatre conceptions de l'organisation.

Des éléments du *système rationnel et fermé* où le maître mot est « administrer », mais aussi des éléments de trois autres systèmes.

Dans le *système rationnel et fermé*, les relations humaines amorcent leur développement. On commence à donner de l'importance à l'individu et à sa motivation. Le personnel se situe au centre des décisions.

Dans le *système rationnel et ouvert*, le concept de « gestion » prend toute son importance. Il est pratiqué une approche segmentée selon les différentes catégories de personnel. Ce système de gestion est à l'écoute du marché et des concurrents. La caractéristique principale de la GRH devient la dimension sociale.

Le dernier courant que SCOTT qualifie d'*ouvert et naturel*, découvre que l'on ne peut pas gérer les hommes seulement de manière rationnelle, d'autres tensions sont en jeu, qui échappent aux règles et aux procédures.

Il faut motiver, mobiliser les énergies, travailler en équipes. Dans ce schéma, le social prime sur l'économique, ou plus exactement le développement du social permet l'essor de l'économique. C'est une autre conception du travail. Une opposition entre stricte productivité du travail et productivité sociale. Un rejet de l'idée qu'en période de difficulté économique, la seule issue de survie d'une entreprise passe par une diminution du

¹¹⁴ Michel CROZIER: "Le phénomène bureaucratique", seuil 1963.

¹¹⁵ W. SCOTT , Organisation rational, natural and open systems, Prentice-hall international édition - 1981.

personnel et par des licenciements.

C'est l'intégration du fait qu'une part d'autonomie est indispensable à un bon niveau de qualité du travail, non seulement pour motiver ou faire adhérer le personnel en tant que tel, mais tout simplement pour produire mieux quantitativement et qualitativement. Cette idée intègre des notions nouvelles dans la gestion des ressources humaines avec un recentrage sur l'individu, pour lequel on raisonne en terme d'emploi, de compétences, de projets et d'intégration dans l'équipe.

Ainsi, la gestion des ressources humaines devient une gestion d'organisation, perçue comme un système ouvert, fonctionnant selon des principes de rationalité économique, mais intégrant aussi des évolutions dans la relation individu-travail.

b - De la productivité du travail à la productivité sociale.

La gestion des ressources humaines, c'est aussi une autre façon de raisonner et de percevoir l'entreprise, c'est l'opposition entre la gestion du formel et la gestion du réel. Dans la tradition juridico-administrative, pour beaucoup de gestionnaires du personnel, l'entreprise se réduit à une entité juridique bien souvent différente de l'entreprise réelle. Lorsqu'il y a focalisation sur l'entreprise formelle aux dépens de l'entreprise réelle, toute volonté d'action stratégique et sociale ne peut dépasser la notion de discours sans portée sur le terrain. En terme d'emplois, le raisonnement formel porte seulement sur les effectifs théoriques, en risquant d'intégrer des emplois fictifs aux dépens des emplois réels et des compétences.

L'évolution majeure s'appuie sur la conviction que les hommes ne sont pas seulement un facteur de production comme un autre, le capital ou le progrès technique, mais que les hommes sont une ressource; c'est de leur mobilisation et de leur gestion que peut découler l'avantage compétitif d'une entreprise. En période de crise économique, il s'agit de montrer qu'il existe d'autres voies que les licenciements et les réductions d'effectif. En fait, la question posée est : comment passer de la logique productiviste de recherche systématique et exclusive de gains de productivité de la main-d'oeuvre, aux notions de productivité globale et de modernisation sociale. L'entreprise citoyenne intègre des préoccupations de gestion sociale et d'équilibre social, et est soucieuse d'offrir des contreparties au personnel. Ses projets se déclinent en matière de gestion, d'organisation et de qualité du travail et des services.

B - De l'administration du personnel à la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

1 - La GPEC s'inscrit dans le prolongement d'une démarche stratégique.

De l'anticipation à la GPEC.

A l'hôpital il existe plusieurs raisons d'anticiper et de raisonner en terme de ressources humaines sur le long terme. La crise de croissance économique, la diminution des budgets hospitaliers qui en découle, et d'une manière plus générale la raréfaction des

moyens disponibles conduisent les directions hospitalières à rechercher une meilleure allocation de leurs ressources.

La réduction des dépenses publiques hospitalières en investissement et en exploitation, en particulier au niveau des dépenses de personnel qui représentent près de 80 % des dépenses totales de fonctionnement imposent aux responsables hospitaliers non pas seulement d'**administrer** mais aussi et surtout de **gérer**. C'est dans un contexte de rareté qu'il est nécessaire de mieux gérer et de prévoir.

Le projet d'établissement est une réponse pour cinq ans en terme d'offre de soins aux besoins exprimés par la carte sanitaire. La GPEC est un outil au service de la gestion des ressources humaines qui permet la projection pour le moyen et le long terme des besoins et des ressources en personnel d'une organisation. La GPEC peut prendre l'aspect de modèles plus ou moins complexes. Cependant la démarche est avant tout un mode d'approche logique de la GRH et une base incontournable dans la prise de décision.

La GPEC en tant qu'instrument de régulation d'un système de gestion des carrières.

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences s'inscrit dans une démarche stratégique. La GPEC apparaît d'abord comme la mise en oeuvre d'un projet avant de devenir un instrument de gestion. Ce projet doit donc être pensé de la même façon qu'un autre projet de dynamisation sociale.

On peut dégager 3 phases:

.
la préparation.

.
la mise en oeuvre.

.
l'évaluation.

Le projet de GPEC est susceptible de heurter des habitudes, de mettre en cause des comportements ou des pratiques de gestion. Pour réussir cette démarche, une impulsion initiale forte de la direction et une implication progressive des acteurs sont nécessaires. Les acteurs doivent modifier leur comportement par rapport à l'anticipation et à un fonctionnement stratégique. C'est en fait une révolution culturelle qui est nécessaire à ces deux niveaux.

La GPEC est un acte de management. La démarche de GPEC repose sur des outils de gestion précis qui conditionnent et sont à l'origine de tous les projets en établissement.

Les outils basiques sont les suivants:

.
un diagnostic et une analyse des ressources humaines.

une nomenclature des emplois-types.

une analyse qualitative des compétences et des métiers.

des outils d'aide à la décision.

La GPEC est un outil de régulation des déséquilibres entre les besoins et les ressources en anticipant les flux d'entrée et de sortie. L'objectif principal revient à ajuster à moyen terme les ressources souhaitables et disponibles.

A partir de l'étude de l'existant des ressources humaines et d'un bilan en terme de postes de travail, d'emplois, de compétences et de métiers, une analyse prospective est élaborée afin d'objectiver le souhaitable. Dans ce contexte la GPEC peut être considérée comme un instrument de régulation d'un système de gestion des carrières avec des entrées et des sorties:

Pour les entrées: le recrutement.

–
la formation.

–
les transformations de poste.

Pour les sorties: les démissions.

–
les mutations.

–
les départs en retraite.

–
les promotions.

–
la mortalité.

La régulation est à la fois interne en agissant sur des facteurs tels que les gains de productivité, et externe avec des facteurs dépendants de l'environnement économique et social tels que la durée du travail par exemple.

2 - La GPEC s'inscrit dans une démarche collective et globale.

Dans un article du Monde, D THIERRY¹¹⁶ définit la démarche de GPEC comme un

¹¹⁶ D. THIERRY-Effet de mode pour la gestion prévisionnelle des emplois- Le Monde du 6 juin 1990.

processus itératif avec des phases d'analyse, de synthèse et de décision pour l'action:
011 "C'est la conception, la mise en oeuvre et le suivi de politiques et de plans d'actions cohérents visant à réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et les ressources humaines de l'entreprise en terme d'effectifs et de compétences en fonction de son plan stratégique décliné sous forme d'objectifs à moyen terme, et impliquant le salarié dans le cadre d'un projet d'évolution professionnelle."

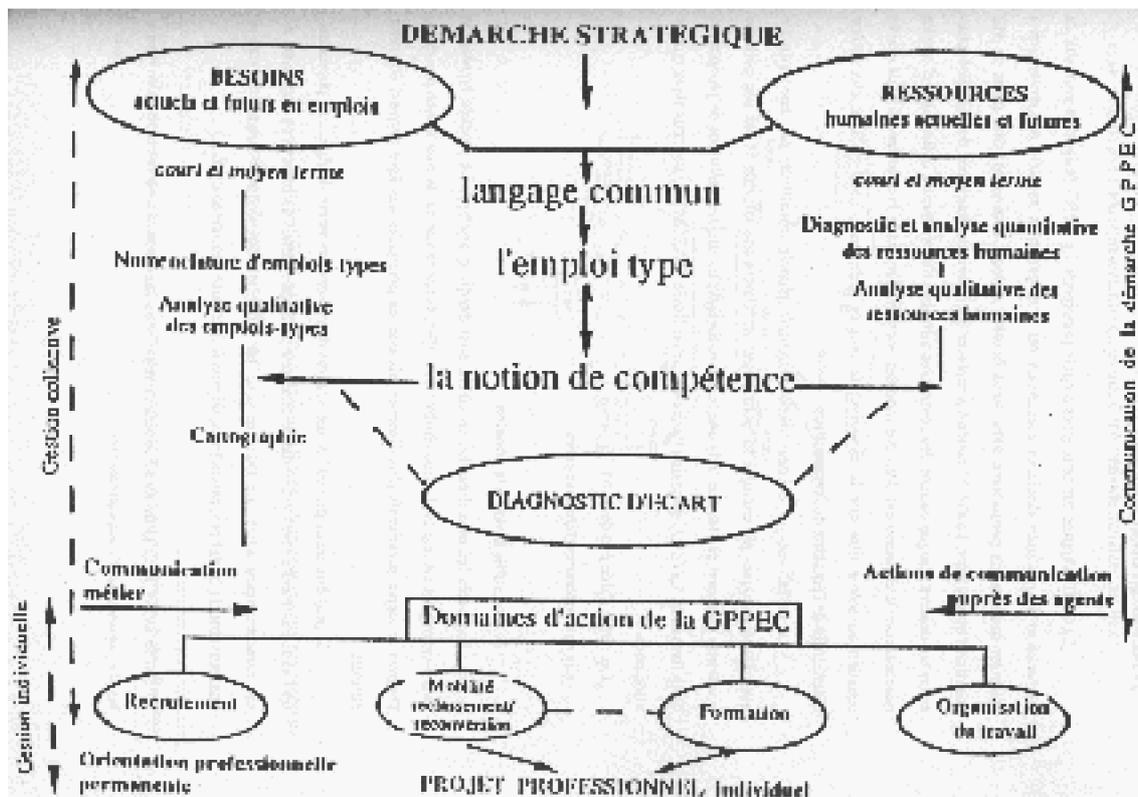
Les auteurs d'une étude associant le Ministère de la santé et la Société, Développement et emploi, en 1990 donnent une représentation graphique de la démarche de GPEC (page suivante)

La démarche de GPEC s'articule entre l'analyse et l'action et repose sur des concepts de base comme les effectifs, les emplois, les compétences et les métiers. La GPEC est à l'origine un travail de spécialistes : ce sont les gestionnaires qui conçoivent les modèles. La GPEC possède aussi la dimension individuelle car elle favorise l'émergence de projets professionnels individuels et déclenche des réflexions individuelles valorisantes à partir d'orientations professionnelles nouvelles.

Dans une telle démarche il est important d'anticiper les évolutions des facteurs quantitatifs et qualitatifs.

.
au niveau quantitatif, il s'agit de mesurer l'écart entre les besoins prévisibles de l'organisation et les ressources disponibles.

.
au niveau qualitatif, il s'agit d'analyser la nature des évolutions et d'en mesurer l'impact et les conséquences.



3 - Les concepts clés de la GPEC.

La GPEC s'appuie sur deux types d'outils principaux. La GPEC désigne un ensemble de méthodes et de pratiques destinées à accroître par anticipation la capacité des entreprises à maîtriser l'adéquation permanente entre leurs besoins et leurs ressources, d'un point de vue quantitatif et qualitatif. La GPEC conduit à replacer les ressources humaines dans la production en les envisageant non pas comme des contraintes mineures d'un système à optimiser, (tel que les néoclassiques le définissaient dans des modèles économiques où le facteur travail était mis en équation au même titre que le capital et le progrès technique), mais en tant que facteur déterminant de l'équilibre de l'organisation.

La GPEC est un élément d'une démarche globale constituée par une politique quantitative intégrant par exemple le recrutement ou le suivi des effectifs et par une politique qualitative intégrant des facteurs tels que les conditions de travail, les variations

de productivité ou la formation. La GPEC s'appuie elle-même, selon Xavier BARON¹¹⁷, sur deux types d'outils principaux:

· Les outils d'aide à la décision.

· Les nomenclatures d'emplois-types.

a - Les outils d'aide à la décision.

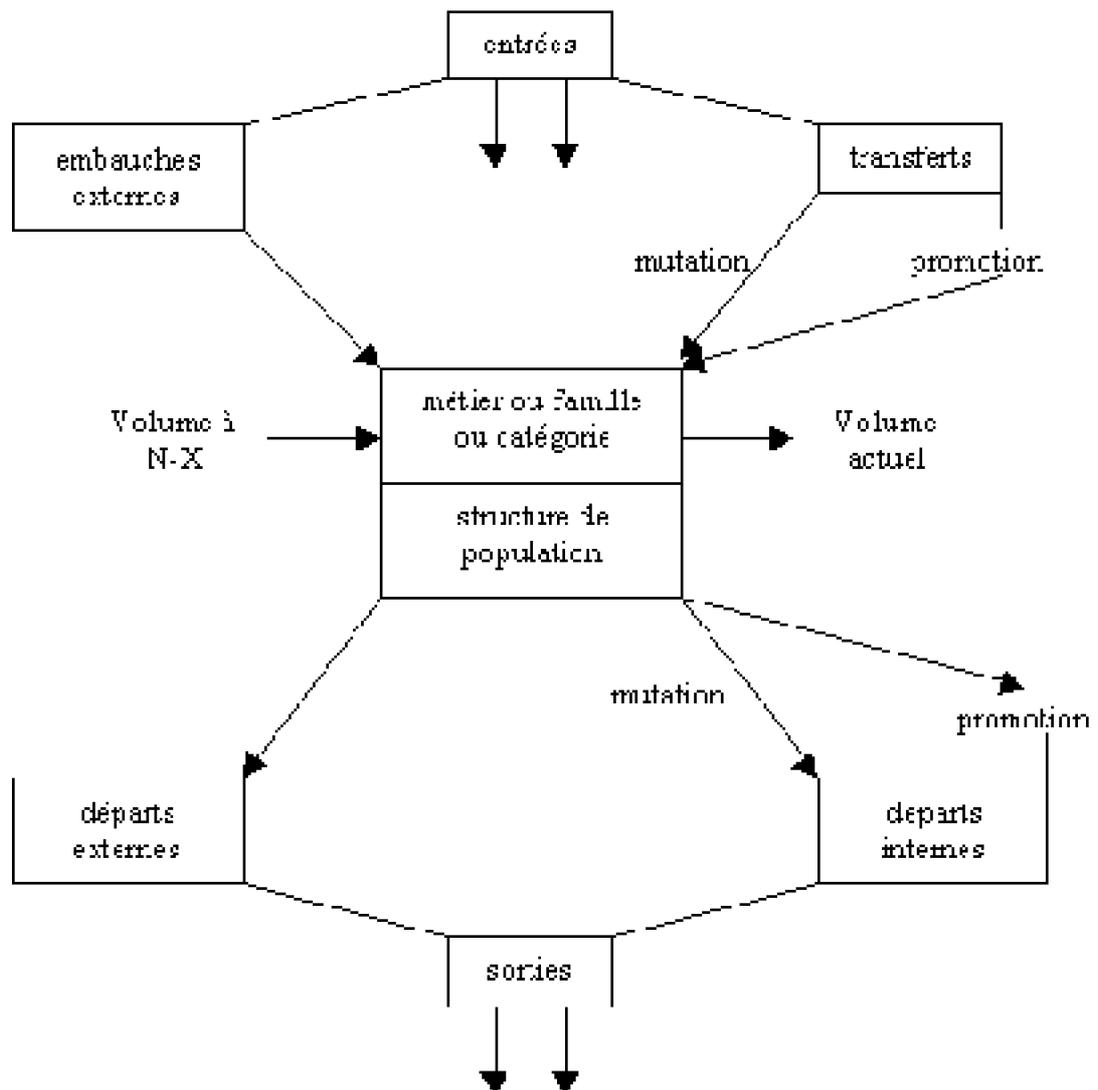
Les outils les plus répandus en GPEC sont d'ordre quantitatif. Le procédé employé le plus couramment est une évaluation chiffrée des effectifs concernés sur la base des emploi-types. D'autres concepts quantitatifs plus élaborés tels que les pyramides des âges peuvent être aussi utilisées.

Il peut être aussi procédé à une analyse dynamique en terme de flux. Les populations sont alors analysées en terme d'évolution déduite à partir de constats du passé et en s'appuyant sur des caractéristiques telles que l'âge, le sexe, ou différents flux énoncés quantitativement et qualitativement (mutations, promotions, départs à la retraite, recrutement etc....)

Dans un ouvrage commun¹¹⁸, THIERRY Dominique, SAURET Christian, MONOD Nicole, nous donnent une représentation graphique d'une méthode d'analyse des flux :

¹¹⁷ Xavier BARON, article "La Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences en entreprise", in Gestion des ressources humaines- cahiers français-No 262, septembre 1993.

¹¹⁸ THIERRY Dominique, « La gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences », Edition l'Harmattan-1993.



A partir de l'identification de différents emplois-type, l'approche qualitative regroupe souvent une succession d'opérations telles que:

- une déclinaison des compétences associées aux activités en savoir, savoir-faire et savoir-être.

- une analyse des écarts de compétences.

- une analyse des évolutions prévisibles et souhaitées.

L'objectif étant d'en déduire les conséquences prévisibles sur différents paramètres tels que le recrutement, les reconversions, et plus globalement de définir les politiques à mettre en place: politique de formation et politique de communication par exemple.

L'EDF a réalisé pour les principaux métiers de son entreprise, un profil de compétence¹¹⁹. Pour le métier de "technicien d'exploitation du gaz" par exemple, un graphique permet de faire apparaître trois niveaux d'exigence en ce qui concerne le savoir, le savoir-faire et le savoir-être (page suivante).

Dans les hôpitaux qui possèdent une école d'infirmières, une analyse quantitative prévisionnelle en terme de flux est couramment employée. Cette étude intègre les pyramides par âges des infirmières de l'établissement, des données sur les mutations, les promotions, les départs en retraites, les décès et sur les besoins futurs en fonction des contraintes budgétaires. Compte tenu de ces données et de la durée de formation, fixée à 3 ans, il est possible ensuite d'évaluer le nombre d'élèves infirmières à former chaque année.

Il peut-être mené le même type d'approche prévisionnelle lorsqu'il s'agit de planifier sur plusieurs années le personnel nécessaire à l'encadrement des services soignants, surveillantes et surveillantes-chef.

Des données sur les entrées et les sorties, comparées aux besoins, permettent d'établir des flux, et de connaître le nombre de cadres proposés à l'avancement au grade supérieur ainsi que le nombre d'agents admis chaque année à l'école de cadre de l'établissement.

¹¹⁹ Source: EDF-GDF, service Paris Tour Eiffel, mars 1993.

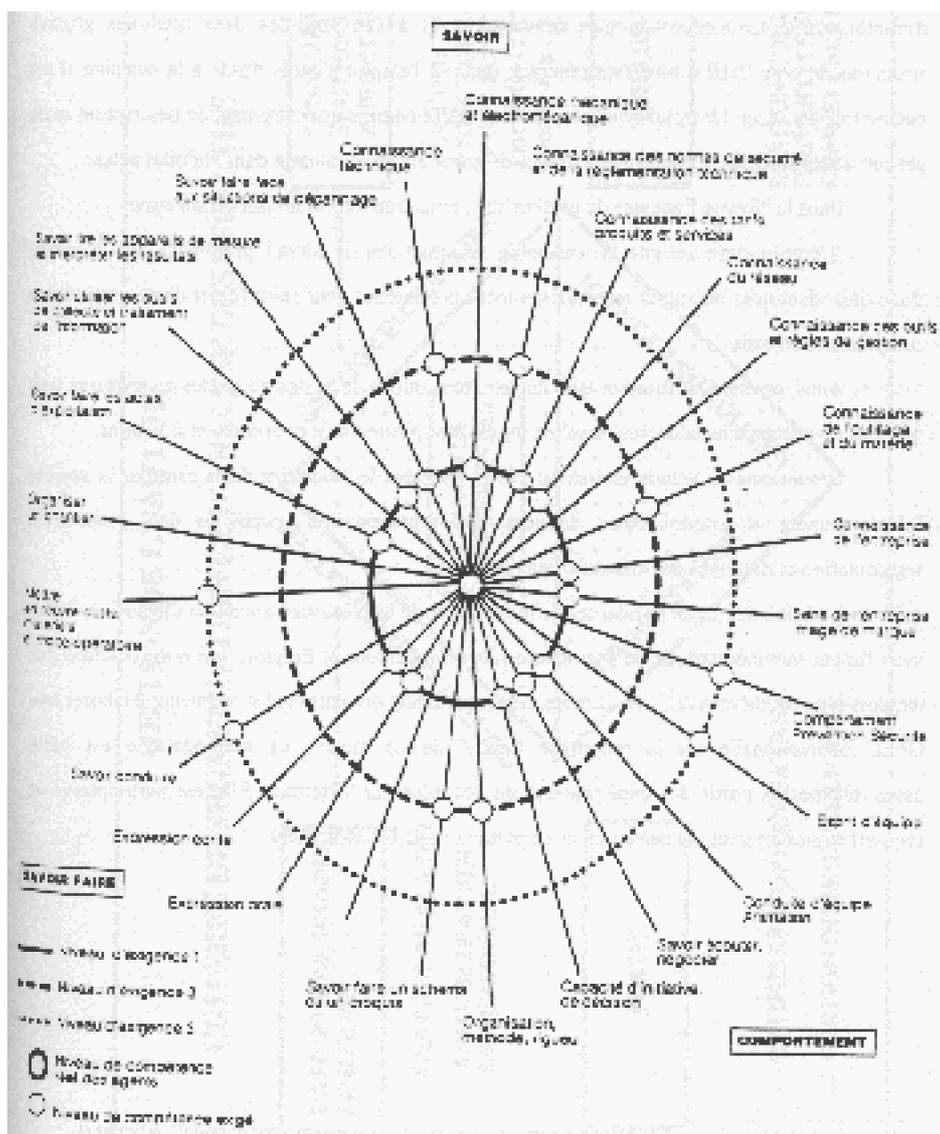


Figure : un profil de compétence du métier de "technicien d'exploitation du gaz".

120

b- A l'hôpital la segmentation par emploi-type est encore à l'état expérimental.

Dans le domaine hospitalier, seul le premier groupe d'outils, les nomenclatures d'emplois-types commencent à être développées et à être utilisées dans quelques grosses structures de type CHR à titre expérimental; quant à l'emploi d'outils d'aide à la décision il est encore très ponctuel. L'emploi-type peut être considéré comme un instrument de description et de gestion allant au-delà du concept de poste et de grade encore dominant dans l'hôpital actuel.

Dans la "Revue française de gestion"¹²¹, nous trouvons la définition suivante:

¹²⁰ Source : EDF-GDF service Paris Tour Eiffel (mars 1993).

"L'emploi-type désigne un ensemble de situations de travail présentant des contenus d'activités identiques ou similaires, suffisamment homogènes pour faire l'objet d'une gestion des compétences adaptée."

Ainsi, cet agrégat l'emploi-type dépasse les notions de postes ou grades au sens que leur donnent les statuts actuels du personnel en regroupant plusieurs de ces postes et fonctions.

Les auteurs de l'étude réalisé en 1990, associant le Ministère de la santé et la société Développement et emploi, nous donnent une représentation graphique des critères de segmentation et d'analyse des effectifs (page suivante).

Le Ministère de la Solidarité, de la Santé, et de la protection sociale a élaboré en 1990, avec l'appui méthodologique de l'association Développement et Emploi, une nomenclature des emplois-type de l'hôpital¹²². Une dizaine d'établissements ont participé à ce travail. Elaborer une GPEC opérationnelle est la principale finalité de ce travail. La méthodologie est bâtie essentiellement à partir des expérimentations réalisées sur le terrain. Elle est participative et requiert la participation du personnel et en particulier de l'encadrement.

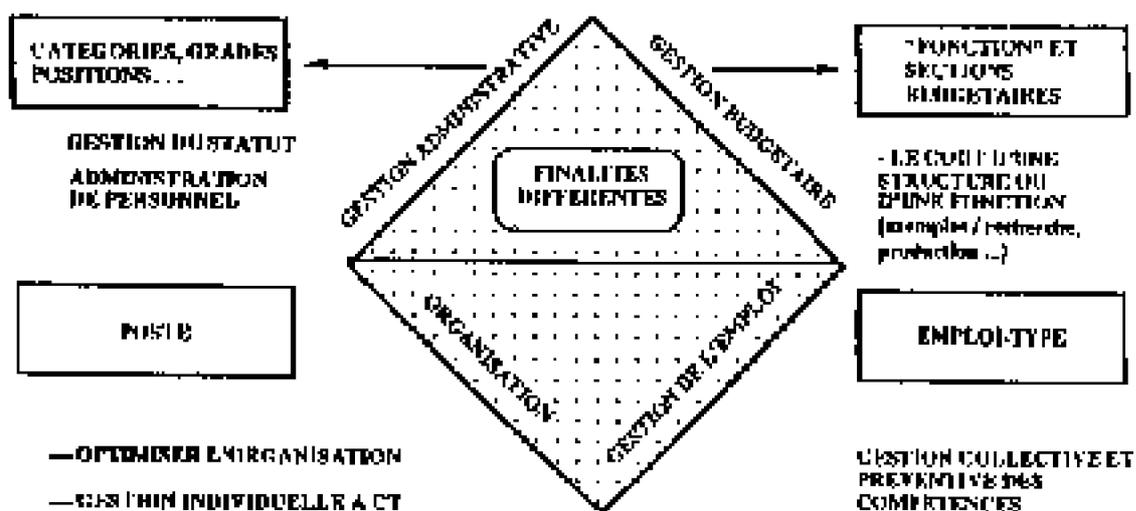


Figure : Gestion de l'emploi, critères de segmentation et d'analyse des effectifs.

Tous les emplois hospitaliers sont décrits de manière synthétique. La nomenclature des emplois-types de l'hôpital regroupe deux familles: les services administratifs, techniques, généraux et les services soignants.

Les emplois-type des services soignants sont regroupés en quatre sous-familles: service infirmier, service médical, services médico-techniques, éducation animation. Chaque emploi-type est analysé selon 4 axes: sa technicité, les relations et

¹²¹ article " L'analyse qualitative et prospective des emplois en entreprise " in " Revue française de gestion " ,novembre et décembre 1987.

¹²² Nomenclature des emplois-types de l'hôpital, Ministère de la Solidarité et de la Santé et de la protection sociale. Direction des hôpitaux- ENSP Editions- 1990.

communication, la contribution économique au fonctionnement de l'établissement, les informations traitées. Les lignes de partage entre familles et sous-familles sont établies sur des critères de segmentation par emplois-type et compétences.

Un emploi-type regroupe ainsi plusieurs postes et plusieurs grades. Pour chaque emploi-type il est explicité son contenu, définit les conditions de son exercice et ses facteurs d'évolution. Les tâches sont définies et qualifiées avec précision.

La nomenclature présentée par le Ministère de la Santé comprend 120 emplois-type pour le seul traitement des catégories B, C et D. Cette nomenclature peut avoir comme principal intérêt d'être utilisée comme un outil d'organisation ou dans l'aide à l'action et à l'élaboration de politiques.

Par exemple, l'analyse des compétences, concept de base à l'origine de la nomenclature des emplois-types, peut être utilisée pour élaborer un plan de formation d'un établissement au cours de l'analyse des besoins et dans la définition des actions de formation. Certains établissements, le plus souvent des CHR, utilisent cette nomenclature afin d'atteindre des objectifs en matière de filières de mobilité, de reconversion ou de promotion.

Sur le plan stratégique, la GPEC fournit les moyens de prendre en compte la mobilité sociale.

Sur le plan managérial, la GPEC réintroduit la dimension temporelle par le biais de l'anticipation.

Sur le plan individuel, la GPEC peut proposer des actions qui permettent de valoriser le salarié.

Dans le domaine de l'avancement en grade, l'utilisation d'une nomenclature emploi-type devrait permettre des progrès de gestion sensibles. En anticipant et en détaillant les besoins par métiers, il serait possible d'échapper à la logique actuelle qui ne donne sur ce problème qu'une réponse quantitative en terme d'effectif.

A partir d'un corps de fonctionnaires possédant individuellement un niveau d'échelon et de grade déterminé, le principe de l'avancement repose sur une vision mécaniste. L'ancienneté et le " mérite " sont encore les deux moteurs essentiels du passage des échelons et des grades.

Le cadre juridique du statut du personnel évolue lentement. Dans ce système, les profils de postes sont souvent complètement déconnectés des compétences professionnelles.

C'est ainsi qu'à l'hôpital, pour le personnel ouvrier, un ouvrier est comptabilisé comme OS ou OP, sans référence à sa qualité de peintre ou de menuisier. Lorsqu'un électricien part de l'hôpital, par mutation ou départ à la retraite, il peut indifféremment être remplacé budgétairement par quelqu'un du même grade, mais de spécialisation différente, plombier ou peintre par exemple. Lors d'une prise de grade, maître-ouvrier, contremaître, ou ouvrier principal, la nomination au grade supérieur passe par des procédures administratives tels qu'une inscription sur une liste d'aptitude et des calculs de quotas qui n'intègrent pas l'aspect qualitatif.

4 - Les limites de la GPEC.

Tant que la GPEC ne sera pas utilisée en gestion des carrières, elle ne pourra pas jouer un rôle majeur en tant qu'outil de GRH. Actuellement à l'hôpital public, le moteur principal de l'avancement demeure l'ancienneté et dans un degré moindre le mérite apprécié par la note. La notation telle qu'elle est réalisée aujourd'hui ne peut pas être considérée comme un moyen d'évaluation objectif et motivant pour les acteurs hospitaliers. Plus de 80% des agents acquièrent chaque année 0.25 point d'une manière automatique.

A partir du moment où l'inscription sur une liste d'aptitude à un grade supérieur n'est pas le résultat d'un processus de gestion global de carrière intégrant l'évolution des métiers, le projet individuel professionnel, et plus généralement la rencontre des projets individuels et collectifs avec leur projection dans le temps, on peut dire que la GPEC n'intervient pas virtuellement dans l'acte de carrière le plus important pour un fonctionnaire: l'avancement en grade.

Après une période d'engouement, la GPEC provoque des interrogations auprès des acteurs hospitaliers. Au niveau des concepts de base, si la nomenclature des emplois-types a pu être assez aisément élaboré, il en est pas de même pour le concept de compétences. De plus l'utilisation de ce concept dans l'aide à l'élaboration de politiques telle qu'une politique de formation par exemple, n'est pas aisé. Il est difficile de finaliser des formations en terme d'évolution de métiers et de compétences, alors que ces derniers concepts n'interviennent pas dans le processus de passage d'un grade à un autre, ou plus généralement dans l'évolution administrative de carrière des agents hospitaliers.

Sur le plan économique, l'utilisation des outils de GPEC n'est pas sans conséquences positives ou négatives. Mieux maîtriser l'adéquation entre les besoins et les ressources permet d'éviter les sureffectifs, ce qui est un critère de bonne gestion; mais parallèlement c'est aussi fragiliser le tissu social et professionnel en faisant disparaître certains emplois et en dynamisant la logique d'exclusion des moins qualifiés ou de ceux qui ont des capacités d'adaptation réduites.

C - La formation continue peut devenir l'outil de GRH le plus performant.

1 - Dans la loi hospitalière 1991, le Ministère de la santé définit ces nouveaux objectifs.

Le décret du 5 avril 1990 redéfinit le rôle de la formation continue hospitalière. Le Ministère de la Santé¹²³ précise les principaux objectifs de la formation continue des agents de la fonction publique hospitalière:

" La réflexion, l'imagination et la compétence de tous les personnels hospitaliers doivent se mobiliser pour faire vivre l'hôpital de demain. Au-delà des plateaux techniques de plus en plus performants, les hommes et les femmes qualifiés sont les plus grandes richesses de l'hôpital. Dans ce contexte, la formation

¹²³ cf circulaire DH/8A/91 No 24 du 22 avril 1991 du Ministère de la Santé.

professionnelle continue est un élément central de la modernisation des structures hospitalières et de la valorisation des potentialités des personnels. La formation continue devient en effet un véritable outil de développement institutionnel et individuel au coeur des démarches stratégiques de l'hôpital."

La formation continue s'inscrit dans un processus participatif.

L'élaboration du plan de formation doit permettre une large participation des acteurs hospitaliers. Un plan de formation bien géré peut apparaître comme la consécration du rôle des partenaires sociaux dans l'élaboration des politiques de formation, domaine essentiel du dialogue social à l'hôpital.

La formation continue s'inscrit dans une démarche stratégique et globale.

Les rapports qui ont précédés l'élaboration de la loi hospitalière 1991, tels que les rapports PEIGNE¹²⁴, COUTY¹²⁵, MASSE¹²⁶ soulignent le rôle central de la formation, de son articulation avec le projet d'établissement, ou plus généralement de son intégration dans une démarche globale et stratégique de projet.

Le rapport MASSE propose une méthodologie sur la mutation des structures et des personnels dans laquelle la formation joue un rôle central. Il est ainsi prévu des actions programmées, contractuelles pouvant induire une évolution des structures hospitalières. Ce processus de changement impose une gestion différente des acteurs, une gestion programmée, au travers la formation, à l'aide de contrats d'objectifs, et en relation étroite avec le projet d'établissement.

De la formation adaptation à une formation liant l'agent à son environnement et favorisant la communication au sein de l'organisation.

La loi hospitalière du 16 juillet 1971, évoquait déjà la formation-adaptation afin d'élever la qualification professionnelle des agents hospitaliers et la formation-promotion sociale. Pour le Ministère de la santé, la formation professionnelle continue fait partie de l'éducation permanente. Elle a pour objet de permettre l'adaptation du personnel au changement des techniques et des conditions de travail, de favoriser la promotion sociale par l'accès aux différents niveaux de la culture et de la qualification professionnelle. Le décret du 5 avril 1990 reprend ces concepts en liant la formation adaptation-qualification à la formation conversion. Sous l'effet de l'accélération des nouvelles thérapeutiques, des technologies, de la modification du contenu des métiers et de l'ouverture de l'hôpital sur l'extérieur, la formation adaptation élargit son champs et la formation promotionnelle se développe. Il apparaît un troisième type de formation, une formation communicante d'inspiration managériale liant la formation à l'organisation du travail et favorisant la

¹²⁴ rapport PEIGNE , « Notre système hospitalier et son avenir », rapport à Mr le Ministre de la Solidarité, de la Santé et de la protection sociale », Editions ENSP, 1991.

¹²⁵ rapport COUTY, « Hôpitaux et cliniques, les réformes hospitalières », Berger Levraut, 1992.

¹²⁶ rapport MASSE sur la politique de santé, Ministère de la santé et de l'action humanitaire - 18 juin 1992.

communication au sein des services et de l'établissement.

L'article 1 du décret du 5 avril 1990 précise que la formation continue des agents des établissements relevant de la fonction publique hospitalière a pour but de maintenir ou de parfaire leur qualification professionnelle et d'assurer leur adaptation à l'évolution des techniques et des conditions de travail.

Dans la reformulation des fonctions infirmières, le Ministère de la santé souligne l'évolution accélérée des thérapeutiques, mais aussi l'évolution de la conception de la maladie somatique ou mentale et des concepts de soins qui obligent le soignant à modifier son approche de la personne. Dans les formations d'adaptation et de qualification, le Ministère de la santé souligne l'importance de la redéfinition de la place du soignant par rapport au soigné et à son environnement. Le Ministère met l'accent sur l'une des bases fondamentale du soin infirmier: la relation d'aide thérapeutique. Le soignant est encouragé à parfaire son savoir mais aussi ses aptitudes relationnelles. La relation d'aide dépend de la capacité relationnelle du soignant, mais intègre aussi d'autres concepts. A coté de la compétence technique, on trouve, la connaissance de soi, la compréhension de l'autre, l'écoute. Les formations d'adaptation à l'emploi se sont enrichies. Il est demandé au personnel de faire preuve d'intelligence, d'être à l'écoute du patient et de son environnement. Nous avons là, une définition de la formation qui dépasse largement le concept strict de formation dans un contexte d'organisation bureaucratique, c'est à dire une formation strictement technique réduite à l'apprentissage des tâches. On passe d'une formation de type taylorienne vers des formations dont les mots clés sont:

·
Ecoute.

·
Environnement.

·
Démarche d'équipe.

·
Communication.

·
Gestion et organisation du travail.

·
Objectifs et stratégie

Les formations s'ouvrent plus à la communication et s'intègrent à la culture et aux projets de l'établissement. La formation est un moyen privilégié pour réaliser le projet d'établissement.

2 - L'évolution de la formation à l'hôpital: une approche à travers les formes d'organisation.

a - Le rôle laissée à la formation dans l'organisation bureaucratique de Taylor.

A une gestion bureaucratique:

Dans cette structure de type pyramidal les mots-clés sont: hiérarchie, contrôle, sanctions, et les principaux ennemis du système sont initiative et information.

correspond:

Une formation strictement technique qui se réduit à l'apprentissage des tâches sans connexion avec le processus global.

b - La formation associée à la gestion managériale des organisations.

A une gestion managériale

Dans ce type d'organisation l'homme est plus important que la fonction Les mots clés sont: initiative, système participatif, zone d'incertitude, responsabilité, intelligence pour atteindre des objectifs fixés en équipe

correspond:

En plus des formations techniques ou d'adaptation, nous avons **des formations** qui mettent les acteurs en relation les uns avec les autres. Les formations en communication se multiplient telles que l'apprentissage aux techniques de réunion, sur le travail en équipe ou sur l'élaboration du projet d'établissement.

Dans ce type d'organisation, des moyens sont définis et une stratégie est mise en place. L'action des acteurs est mis en cohérence par le projet d'établissement définissant pour 5 ans les moyens et les objectifs du système. Les formations aident à l'harmonisation des acteurs avec les composantes de l'organisation dans laquelle ils travaillent.

c - La formation à l'hôpital à travers la grille d'analyse des organisations de MINTZBERG. .

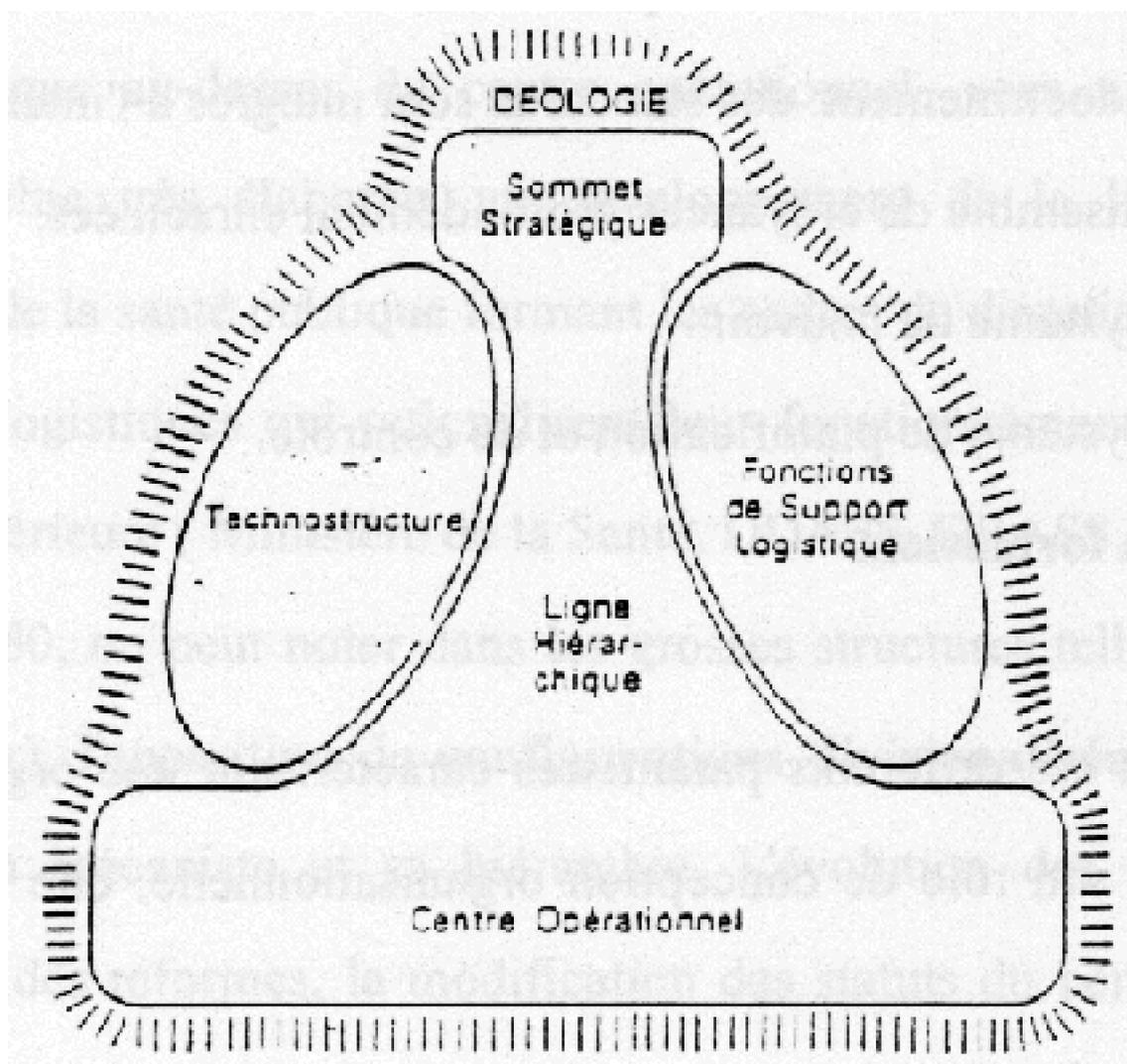
En matière d'organisation, MINTZBERG¹²⁷ souligne l'intérêt de ne pas s'attacher à une seule variable, mais de raisonner en terme de réseaux d'interrelations. Il présente plusieurs paramètres qui se combinent entre eux pour former sept configurations types. Dans la réalité, une organisation est le plus souvent une combinaison de différents systèmes. Les opérateurs sont à la base de toute organisation, ce sont eux qui effectuent le travail. Ils forment le centre opérationnel. Dans un hôpital, ce sont les agents des différents services, essentiellement les services de soins qui forment le centre opérationnel.

La Direction générale constitue le sommet hiérarchique. Quand l'organisation est suffisamment importante, il se constitue une hiérarchie d'autorité entre le centre opérationnel et le sommet hiérarchique, appelé ligne hiérarchique et constituée par les

¹²⁷ MINTZBERG Henry, « Le management, voyage au centre des organisations », Les éditions d'organisation, 1990, Paris.

cadres de direction ou managers. Quand le système devient complexe, il réclame un nouveau groupe de spécialistes qui forment la technostructure. Dans un hôpital, ce sont les services administratifs et de gestion comme la Direction du personnel, la Direction des affaires financières, la Direction des systèmes d'information et de l'organisation, l'analyse de gestion, auxquels peuvent s'ajouter des spécialistes ou des supports logistiques tels que la blanchisserie, la cuisine ou les services économiques. Une sixième partie est appelée l'idéologie. Toute entreprise a des traditions, des croyances qui constituent la culture d'entreprise.

Pour Mintzberg, ces six parties se retrouvent dans chaque organisation.



Tous les acteurs qui travaillent à l'intérieur de la structure sont des détenteurs d'influence formant ensemble une coalition interne. L'organisation peut alors être considérée comme un système à l'intérieur duquel ses membres sont en lutte entre eux pour la répartition du pouvoir; les détenteurs d'influence externe créant un champs de forces autour de la coalition interne. Pour un hôpital, les détenteurs d'influence externes

sont les clients, les patients, le Ministère de la Santé, la DDASS, la DRASS, qui peuvent avoir des comportements passifs ou actifs, divisés ou contradictoires.

Parallèlement, Mintzberg sélectionne un certain nombre de paramètres de conception organisationnelle:

.
La centralisation ou la décentralisation.

.
Le système de production.

.
La spécialisation du travail.

.
La taille des unités.

.
La formalisation du comportement.

.
L'endoctrinement: des standards sont intégrés à l'intérieur de l'organisation sous la forme d'un ensemble de croyances profondément enracinées.

.
Le système de pouvoir.

.
Le système de planification et de contrôle.

.
et la formation.

Parmi ces différents paramètres caractérisant une organisation, la formation a un rôle central. Outre son rôle de conception organisationnelle, elle est aussi porteur du changement structurel.

Dans l'hôpital actuel nous trouvons essentiellement des organisations de types professionnelle et mécaniste.

Mintzberg définit six types d'organisation de base. Parmi celles-ci, quatre peuvent se retrouver dans l'hôpital actuel:

.
L'organisation mécaniste avec une hiérarchie très élaborée et une structure de support logistiques concentrées sur les fonctions de contrôle.

.
L'organisation professionnelle en complète décentralisation (verticale et horizontale) du pouvoir vers le centre opérationnel composé d'experts.

L'organisation entrepreneuriale avec une configuration centralisée où le sommet hiérarchique conserve le contrôle sur la prise de décision.

L'organisation divisionnalisée qui présente une balkanisation de la ligne hiérarchique. Les directeurs concentrent le pouvoir dans leurs propres unités.

Un centre hospitalier, au-delà de deux mille agents, est une structure complexe composée de sous-systèmes avec diverses catégories de personnel (médecins, universitaires, administratifs, soignants, personnel technique ...) fonctionnant parfois de manière semi-autonome et pouvant s'apparenter à des types d'organisations différentes se côtoyant au sein du même établissement.

Les administratifs hospitaliers évoluent dans un type d'organisation qui a chronologiquement beaucoup évolué. **D'une organisation de type entrepreneuriale**, dans les années 50-60, avec les caractéristiques suivantes: au sommet hiérarchique un directeur qui conserve le contrôle sur la prise de décision, l'absence d'une ligne hiérarchique, une action directe du sommet hiérarchique au-dessus du centre opérationnel, **vers une configuration mécaniste**, avec une hiérarchie très élaborée, un développement de la ligne hiérarchique (création de l'école nationale de la santé publique formant les cadres de direction hospitaliers) et des spécialistes de supports logistiques qui rationalisent leur fonctionnement sous la pression interne ou sous l'influence extérieure (Ministère de la Santé, DDASS, DRASS, etc...).

A la fin des années 80, on peut noter dans les grosses structures telles que les CHR (centres hospitaliers régionaux), l'apparition de **configurations divisionnalisées** par réaction ou conflit avec la configuration mécaniste et sa hiérarchie. L'évolution des technologies, des thérapeutiques, l'accélération des réformes, la modification des statuts du personnel hospitalier ne font que développer les contradictions et les dysfonctionnement du système. Mais ces contractions aboutissent rarement à des évolutions positives. Les chefs de service de la ligne hiérarchique concentre le pouvoir dans leurs propres unités, au risque de renforcer la forme mécaniste de leur organisation. Si les conflits se développent exagérément, l'organisation risque de glisser vers **une organisation politisée** sans aucun mécanisme de coordination dominant.

Les formations qui correspondent à **un type d'organisation entrepreneuriale** sont peu développées. Au mieux, il existe quelques formations techniques et les formations managériales sont pratiquement inexistantes.

Dans **un système de gestion mécaniste**, la conception de la formation est très proche de celle que l'on trouve dans le modèle légal-bureaucratique de Taylor. La formation est strictement technique, elle se réduit à l'apprentissage des tâches. L'élévation de la spécialisation qui caractérise l'organisation mécaniste, explique que la formation aux processus de travail prédomine. Un des objectifs principaux est l'élévation de la qualification. Il n'existe pas de formation managériale. On trouve aussi des formations au contrôle et à la surveillance.

Dans l'administration, ce type de fonctionnement aboutit souvent à une multiplication des règlements et à un apprentissage lié à l'exécution de ces derniers

La formation est souvent réduite à une stricte adaptation à l'emploi.

Lorsque l'administration hospitalière évolue vers **une forme d'organisation dite divisionnalisée**, comme c'est parfois le cas dans des grosses structures type CHR, outre les formes de formation de l'organisation mécaniste, on peut remarquer en plus un système élaboré de contrôle des performances à partir de critères quantitatifs. Le centre contrôle ses divisions.

Les médecins hospitaliers rentrent dans le fonctionnement d'**un type d'organisation** que Mintzberg qualifie de **professionnelle**. Dans cette typologie, le secteur administratif est considéré à part et exerce peu de contrôle à l'intérieur de l'organisation.. Les services soignants restent très cloisonnés entre eux et avec les services administratifs. Les supports logistiques sont importants au sein de l'organisation, mais interviennent uniquement pour permettre aux médecins de mieux fonctionner. Les formations universitaires initiales des médecins sont très longues et aboutissent souvent à mettre en place des processus très standardisés. Ces formations très spécialisées sont mal reliées à la démarche d'ensemble de l'établissement.

Les formations du personnel infirmier ont sensiblement évolué ces dernières années. Du fait de l'évolution rapide des thérapeutiques, les formations de qualification et d'adaptation à l'emploi se sont multipliées. Les formations de conversion se développent mais souvent en s'extériorisant de l'hospitalier. Les infirmiers suivent souvent des formations universitaires en psychologie et l'on trouve aussi quelques formations en gestion telles que la GRH par exemple.

3 - La loi hospitalière de 1991 donne les orientations pour la mise en place par les établissements d'une politique de formation.

a - L'élaboration du plan de formation est une phase qui doit permettre une large participation du personnel.

L'élaboration du plan de formation et sa réalisation doivent être un des moments essentiels du dialogue social à l'hôpital. L'article 3 du décret du 5 avril 1990 précise que les instances consultatives compétentes de l'établissement doivent être associées à la phase d'élaboration mais aussi dans le suivi de sa réalisation et dans l'évaluation des effets induits. C'est ainsi que l'avis du comité technique d'établissement (CTE) est requis sur:

la méthode d'élaboration du plan de formation.

les objectifs fixés et les types d'actions correspondantes ainsi que les modalités d'évaluation de ces actions.

le bilan des actions menées au regard des objectifs fixés.

Pour remplir pleinement ces missions en matière de formation continue, il peut être créé une commission de formation continue. C'est généralement le cas dans les établissements importants. Les agents hospitaliers, soit directement dans le cadre de leur service respectif, soit par l'intermédiaire de leurs représentants, syndicaux ou catégoriels, participent aux différentes phases d'élaboration et de suivi du plan au sein de cette commission.

Les principales phases de l'élaboration du plan de formation sont réalisées avec plus ou moins de difficultés. Le recueil et l'analyse des besoins qui doit permettre de collecter les besoins et les attentes des personnels en s'appuyant sur une dynamique de réflexion et de communication au sein du service est la phase la plus délicate; elle se passe plus ou moins bien selon les établissements. Il y a généralement une corrélation entre le niveau de développement de la communication en général dans l'établissement et la dynamique qui peut se créer à l'occasion de cette phase d'analyse des besoins en formation. La hiérarchisation des besoins et la définition des orientations principales en matière de formation continue va dépendre du niveau de concertation existant à l'hôpital entre les différents acteurs hospitaliers notamment entre la direction et les syndicats. La mise en oeuvre du plan de formation dépendra aussi de l'efficacité du service de la formation continue dans chaque établissement.

b - Les actions de formation s'intègrent de plus en plus dans les projets stratégiques de l'établissement.

La liaison projet d'établissement et plan de formation est une réalité sur plusieurs aspects. Le plan de formation, tout comme le projet d'établissement, obéit à une démarche largement participative lors de son élaboration. Il est important que ces deux entités soient issues d'une participation large et active. Le personnel de l'établissement doit se sentir partie prenante et se reconnaître dans le contenu et les principales orientations.

La formation intervient aussi transversalement dans un projet d'établissement. La réalisation des plans d'action inscrits dans un projet d'établissement sont de plus en plus dépendants de formations suivies par le personnel. Cela est particulièrement significatif dans le projet social et de gestion. Modifier l'organisation, le mode de gestion ou les conditions de travail imposent une évolution dans les comportements, dans la manière de communiquer et de travailler. Le vecteur formation permet une transition progressive de ces éléments culturels.

Il est clairement établi dans les nouveaux textes relatifs à la formation professionnelle continue des agents de la fonction publique hospitalière¹²⁸ que l'élaboration du plan de formation doit obéir à une démarche participative mais aussi stratégique, globale et pluriannuelle. Les objectifs de formation doivent être clairement exprimés, hiérarchisés sur plusieurs années et s'inscrire dans le cadre des grandes orientations de l'hôpital déclinées dans le projet d'établissement. La politique de formation doit être parfaitement intégrée dans la politique générale de l'établissement définie pour cinq ans. Les deux politiques sont liées et interactives.

¹²⁸ cf circulaire DH/8A/91 No24 du 22 avril 1991- Ministère des affaires sociales et de la solidarité.

Les recommandations du Ministère de la Santé aux hôpitaux en matière de formation sont difficiles à mettre en oeuvre dans les établissements; mais nous pouvons remarquer que c'est généralement au moment de l'élaboration du projet d'établissement ou du plan de formation, que cette démarche à la fois participative, stratégique et globale se met en place.

Nous pouvons citer l'exemple d'un hôpital de 2400 agents, où une politique volontariste de la direction des ressources humaines a permis en un an de créer une dynamique participative et stratégique pour l'élaboration du plan de formation, qui a servi de moteur au projet d'établissement.

Cet établissement comprend 250 médecins, 900 infirmières, 50 psychologues, 70 assistantes sociales, 50 surveillantes-chef, 100 surveillants, 250 ASH et aides soignantes pour les 25 services soignants de l'hôpital, 300 agents des services administratifs et 400 personnels des services techniques et logistiques.

Lorsque le nouveau directeur de la DRH prend ses fonctions, la situation interne au niveau de la communication entre la direction, le personnel et les syndicats est au plus bas, et il n'existe pas de politique de formation structurée. Le plan de formation ne résulte pas d'une véritable concertation entre les différents acteurs de l'hôpital. Le service de formation continue est constitué d'une secrétaire à plein temps et d'un chef de bureau qui étant affecté à un autre secteur de la GRH, ne s'occupe que ponctuellement et à temps partiel de la formation continue. Le contact auprès des organismes de formation est de ce fait escamoté. Le chef de bureau n'a pas sérieusement le temps de négocier les prix et le contenu.

Aucun cadre de direction ne s'est véritablement occupé de la formation continue. Ce secteur étant considéré par la direction comme un domaine mineur et peu valorisant à diriger. Le directeur général ayant donné à deux reprises des fonctions relatives à la formation continue à deux de ses collaborateurs qu'il voulait tenir à l'écart des secteurs considérés par lui comme stratégiques.

L'analyse des besoins en formation dans les services de soins est faite uniquement par le chef de bureau qui consulte trois ou quatre surveillantes-chefs de sa connaissance, avant d'élaborer seul le plan de formation. A l'intérieur des services, les surveillantes ne jouent pas leur rôle de d'information du personnel et ne font pas remonter les besoins des agents en formation continue.

Dans les services administratifs, les chefs de service font remonter les besoins de leur personnel sans véritable concertation et souvent avec beaucoup de retard. Les services techniques et logistiques ne font remonter que peu de demandes de formation, sinon lorsqu'un contremaître décide unilatéralement d'envoyer un ou plusieurs agents dans une formation.

L'agitation syndicale reprend régulièrement à la parution de chaque plan de formation en décembre de chaque année. Les syndicats se plaignent « du manque de concertation », « que les agents ne partent pas souvent en formation et qu'ils n'ont pas accès aux formations intéressantes »...

Face à cette situation, le directeur des ressources humaines met rapidement en place

des structures de concertation afin d'assurer une remontée des informations la plus large possible et une réelle analyse des besoins en formation. Le problème de la circulation de l'information et de la communication en général dans cet établissement est un problème majeur. Vu l'importance du personnel et du personnel infirmier en particulier avec plus de mille agents, si l'information n'est pas relayée, elle ne peut circuler.

Il est créé une cellule de formation et une commission consultative de formation. La première n'existe pas dans les textes ministériels et la seconde est seulement préconisée.

La cellule de formation est composée de représentants des principales catégories professionnelles de l'hôpital. Le personnel infirmier est représenté par une surveillante-chef de chaque service soit vingt-cinq au total. Les autres groupes professionnels, moins nombreux, envoient un représentant seulement. Le rôle de cette cellule est de faciliter la communication entre les agents et la commission consultative de formation lors de la phase de l'analyse des besoins.

Cette cellule est appréciée comme lieu d'écoute et d'échange par les groupes professionnels de grande taille, tel que le personnel infirmier, ou le personnel coupé de l'administration par ses horaires ou par l'éloignement, comme les agents de nuit ou les agents des unités décentralisées en banlieues, qui ont de grosses difficultés à se faire entendre.

La commission consultative de formation est composée de membres de la direction, d'administrateurs, de médecins, de soignants et de représentants des principaux syndicats. Cette commission siège trois fois dans l'année.

La première réunion de la commission consultative de formation a lieu en février de chaque année, afin de mettre en place la méthodologie d'élaboration du plan de formation et en particulier la phase d'analyse des besoins. Lors de cette réunion, les membres de la commission définissent les outils de recueil des besoins ainsi que les critères de répartition de la masse budgétaire consacrée à la formation continue. Une hiérarchie est proposée entre les types de formations telles que les formations d'adaptation à l'emploi, les formations de préparation aux concours, les formations de reconversion, les formations individuelles et celles s'appuyant sur des projets de service.

Les responsables et chefs de service, de début février à fin avril, doivent collecter dans leur unité les besoins en formation de leurs agents et les communiquer nominativement, en les classant par ordre de priorité pour les projets de service et sans classement préférentiel pour les autres, à la direction des ressources humaines. Tous les agents sont invités, par l'intermédiaire de leur responsable hiérarchique, à exprimer pendant cette période leurs besoins en formation.

Une seconde réunion de la commission consultative de formation a lieu en mai. Elle permet de soumettre aux membres de la commission les résultats bruts des demandes en formation des agents des différents services. Ces données sont triées et hiérarchisées selon des critères d'intérêt individuel ou de service.

Lors de la troisième réunion, les membres de la commission proposent des priorités dans les objectifs de l'établissement en matière de formation continue. A partir des données triées et hiérarchisées, le comité technique d'établissement va donner en

décembre un avis détaillé sur le projet de plan de formation présenté par les services de la direction des ressources humaines et décliner les grandes orientations de l'établissement en matière de formation continue.

Dans l'année qui a suivi cette restructuration de la formation continue, la pression syndicale s'est rapidement relâchée lorsque les représentants syndicaux se sont rendus compte qu'ils étaient bien représentés dans les instances consultatives et qu'ils pouvaient réellement agir sur l'évolution de la formation continue. Le travail réalisé en commission a rapidement permis de progresser dans l'analyse des besoins et de résoudre de nombreux problèmes en suspens. Il a été trouvé un équilibre entre les demandes individuelles de formation et les demandes d'équipes. Les formations inscrites dans un projet de service pouvaient cohabiter de manière harmonieuse avec les demandes individuelles d'agents de ce même service. Après concertation au sein de l'équipe, une certaine cohérence s'installe entre les objectifs du service et les objectifs individuels des agents de la même unité. Les formations de conversion deviennent plus nombreuses à partir du moment où les mutations de l'hôpital sont déclinées pour les cinq ans à venir. La formation continue doit aussi s'articuler avec la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. C'est à dire que les orientations pluriannuelles de formation continue doivent être reliées à l'évolution des tâches et des métiers en tenant compte des redéploiements structurels éventuels. C'est à ce niveau que l'interrelation entre la politique de formation continue et le projet d'établissement est très active. La politique de formation continue est à la fois un élément de la politique générale de l'établissement et un outil de réalisation des restructurations prévues.

De plus la politique de communication et de concertation interne mise en place avec des structures relais pour le plan de formation a permis d'habituer le personnel à gérer différemment ses relations avec sa hiérarchie. Lorsqu'il a fallu dans le cadre du projet d'établissement réfléchir et proposer des options sur le projet social ou le projet de soins, le personnel avait déjà pris cette inclinaison culturelle, et la dynamique de dialogue social n'a pu que se renforcer.

c - Le couple formation-GPEC n'est pas véritablement opérationnel dans la gestion des carrières des agents hospitaliers.

La Direction des Hôpitaux du Ministère de la Santé tente de favoriser une gestion stratégique de la formation continue dans les établissements. Une politique de formation peut utiliser des outils et des concepts stratégiques de GRH tels que les compétences, l'anticipation ou la définition des objectifs. La gestion prévisionnelle à partir de l'analyse par emplois, par compétences et par métiers, fournit des référentiels qui peuvent à priori se révéler des éléments clés dans l'élaboration d'une politique de formation. Ces référentiels peuvent être utilisés dans les évaluations quantitatives et qualitatives des reconversions à réaliser en terme d'emplois. Cependant, la liaison entre GPEC et formation n'apparaît encore que ponctuellement dans l'élaboration des plans de formation annuels et pluriannuels des établissements.

Nous pouvons noter néanmoins, l'amorce d'une liaison entre la gestion prévisionnelle du personnel et la formation dans les protocoles ministériels No I et No II du 15 novembre

1991, appelés accords DURIEUX. Les deux mots clés de ces accords sont effectifs et formation professionnelle. Le raisonnement ne se fait pas en terme de métiers mais en terme de grades. Nous ne pouvons pas parler de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, mais de gestion prévisionnelle des effectifs différenciés par grades. La formation continue concourt à rapprocher l'offre et la demande quantitatives de personnel à moyen terme.

Le protocole DURIEUX prévoit de modifier, sur les quatre années qui viennent, les proportions des personnels paramédicaux, des agents des services hospitaliers (ASH), des aides-soignants (AS), et des infirmières dans le sens d'une avancée promotionnelle pour chaque grade.

- Quota ASH/AS.

Le Ministère prévoit le quota d'une ASH pour trois AS dans un délai de 4 ans, alors que dans la plupart des établissements la proportion des ASH est actuellement beaucoup plus élevée. Pour atteindre cet objectif, il est recommandé aux établissements de mettre en oeuvre un plan pluriannuel de promotion permettant d'atteindre le nouveau quota. Après une large concertation, chaque établissement doit élaborer un plan de formation pour les ASH afin qu'elles puissent suivre une formation d'un an du type CAFAS (certificat d'aptitude à la fonction d'aide-soignante).

- Quota ASH-AS/infirmières.

Le protocole prévoit l'augmentation des possibilités d'accès des aides-soignantes et des ASH qualifiés aux corps des infirmiers hospitaliers, afin d'atteindre un taux de recrutement dans les écoles d'infirmières par promotion interne de 25 %. Pour atteindre ces quotas, le Ministère demande aux établissements de réaliser un effort afin de développer les formations préparatoires facilitant la reprise d'études (utilisant notamment des outils de développement cognitifs permettant de "réapprendre à apprendre"), ainsi que des formations préparant aux concours d'entrée dans les écoles d'infirmières.

- Quota surveillants, surveillants-chef / infirmières, AS, ASH.

Ce quota est actuellement totalement à l'initiative des établissements. La moyenne nationale est proche d'une surveillante-chef et de quatre surveillantes par service. Chaque établissement se doit de mettre en place une gestion prévisionnelle sur quatre ans pour son encadrement infirmier en tenant compte:

.
de la démographie.

.
des départs en retraite.

.
des décès.

.

des mutations.

des cadres formés sortant chaque année des écoles de cadres.

des promotions internes.

et en comparant les besoins réels et prévisionnels.

Mais cette politique est très difficile à réaliser sur le terrain pour plusieurs raisons. Le personnel infirmier se forme sur un cycle de trois ans. Modifier l'offre d'infirmiers sur le marché du travail, compte tenu de l'inertie de l'autorisation administrative d'augmenter une promotion, s'inscrit sur une échéance à moyen terme. La décision d'augmenter les promotions d'élèves infirmiers prend effet au mieux dans les deux années qui suivent le constat de pénurie. A ce délai, il faut ajouter les trois années de formation des élèves infirmiers.

Au niveau de la demande, le montant du taux directeur des budgets hospitaliers, voté chaque année par le Parlement, ne peut pas être connu au-delà d'une année à l'avance, empêchant toute prévision à moyen terme. Pourtant ce taux conditionne directement le volume de personnel que l'hôpital sera susceptible de rémunérer. Seules peuvent être fixées statistiquement avec une faible marge d'erreur, les entrées et les sorties traditionnelles tels que les départs en retraite, les décès, le taux de mutation.

Le modèle prévisionnel quantitatif comporte trop d'inconnues pour être réellement utile au gestionnaire hospitalier. Il en est de même pour le personnel d'encadrement infirmier, surveillantes et surveillantes-chef. Ne connaissant pas l'évolution budgétaire de l'hôpital au-delà d'un an, les établissements hospitaliers proposent généralement aux écoles de cadres infirmiers un quota de candidats qui permet seulement le renouvellement des effectifs avec une légère correction tenant compte de l'inclinaison budgétaire.

2 § Tous les acteurs internes et externes n'adhèrent pas à la dynamique de modernisation de l'hôpital public.

Le changement nécessaire pour assurer la modernisation de l'hôpital public ne passe pas seulement par une évolution des thérapeutiques, de l'acte de soin, et des structures de soins en général, mais s'inscrit dans un changement global et multidimensionnel au niveau de l'organisation, du système de gestion et du comportement des acteurs. Le système de gestion est le levier principal de cette mutation.

Cependant, il ne suffit pas de préconiser un changement et la modernisation de l'hôpital public, il faut aussi prévoir et gérer les modalités de cette mutation. Les gestionnaires hospitaliers doivent mettre en place des stratégies internes et externes, et assurer un pilotage stratégique du couple processus-contenu. A l'appui de cette dynamique la loi hospitalière de 1991 peut apparaître comme la ressource juridique et stratégique majeure de la modernisation de l'hôpital public. Le projet d'établissement tel qu'il est défini par cette loi, en s'inscrivant dans une démarche participative, stratégique et

globale, fournit un cadre à la mutation de l'hôpital.

A l'hôpital public, les principaux vecteurs du changement sont les outils de gestion des ressources humaines, qui paraissent seuls capables d'assurer le passage d'un système de gestion bureaucratique et encore archaïque au profit d'un système de gestion plus managérial intégrant aussi la dimension humaine et sociale. Ces outils doivent s'articuler au sein d'une politique de gestion des ressources humaines cohérente et globale intégrant et orientant la mutation culturelle des acteurs hospitaliers. Le changement dépend aussi des acteurs externes et des partenaires de l'hôpital.

A - La recherche de la qualité des soins passe par une modification du comportement des acteurs.

A l'hôpital public, la notion d'évaluation de la qualité du soin dans un service fait partie depuis quelques années, des souhaits émis par le personnel soignant. Cependant, le personnel d'encadrement infirmier arrive difficilement à concrétiser cet objectif. Il est généralement peu aidé dans ce projet par les médecins et les services administratifs de l'hôpital.

Dans l'entreprise actuelle publique ou privée, les gestionnaires semblent accorder au thème de la qualité une place de plus en plus importante, allant parfois jusqu'à lui conférer un véritable statut stratégique. Dans certaines entreprises performantes la recherche de la *qualité totale* constitue un processus de changement majeur. L'évolution du concept de la qualité dans l'entreprise a été assez longue et complexe.

Nous pouvons considérer quatre périodes¹²⁹ qui sans être vraiment distinctes et chronologiques, coexistent encore toutes en France aujourd'hui:

· L'ère de la qualité commerciale.

· L'ère de la qualité économique.

· L'ère de la qualité socio-organisationnelle.

· L'ère de la qualité stratégique.

L'ère de la qualité commerciale renvoie à la notion courante de qualité, c'est à dire ce qu'attend au quotidien tout consommateur de tout produit ou service. Dans ce contexte, le producteur est beaucoup moins soucieux de la notion de qualité; au plus il intègre les attentes de ses clients par quelques normes internes de fabrication. Aucun critère de performance n'y est encore associé.

Pendant l'ère de la qualité économique, dans les années 1970, sous l'impulsion de

¹²⁹ BARTOLI Annie et HERMEL Philippe « Piloter l'entreprise en mutation, une approche stratégique du changement » - les éditions d'organisation 1986.

quelques précurseurs Français ou Américains¹³⁰ commence à se développer la notion de " coût de non-qualité". A partir de mesures et d'analyses souvent approfondies, qui démontrent que la qualité peut être le facteur essentiel du coût et de la performance, les services qualité de certaines entreprises commencent à mettre au point des indicateurs de suivi et d'évaluation du niveau de qualité.

Dans les années 80, les pouvoirs publics suivent la même voie en introduisant le concept de qualité dans la politique industrielle nationale. Les années 80 voient se développer l'ère de la qualité socioprofessionnelle. Les cercles de qualité et les groupes de progrès participatifs se développent dans les entreprises en suivant l'exemple japonais. Cependant des limites sont rapidement apparues dans ces processus participatifs, car les cercles de qualité ne répondaient pas au véritable problème des unités de travail. Dans l'hôpital public, les cercles de qualité sont restés au stade expérimental. Le processus a souvent été freiné par les syndicats qui craignaient dans cette représentation directe un affaiblissement de leur pouvoir.

Depuis le début des années 90, de nombreuses entreprises sont convaincues que la qualité est un facteur clé de leur compétitivité. C'est pendant cette période que se développe le courant de la "qualité totale" issu du "total quality control"¹³¹. Ce courant né aux Etats-Unis et au Japon élargit la notion de qualité à d'autres domaines que celui du produit. Ainsi les ressources humaines et le fonctionnement interne deviennent les facteurs stratégiques oeuvrant pour la recherche de la qualité absolue. L'approche est stratégique et globale et s'inscrit dans un processus de changement général à plusieurs niveaux: production, système de gestion, organisation du travail, évolution des comportements.

Dans la loi hospitalière de 1991, nous trouvons des orientations qui donnent aux établissements hospitaliers la possibilité de mettre en place une démarche de qualité globale. Le nouveau modèle de l'hôpital public qui intégrerait une démarche qualité reste à construire. Dans ce modèle, élever la qualité des soins à l'hôpital pourrait être considéré comme l'objectif principal. Des objectifs intermédiaires peuvent aussi être définis tels qu'accroître la motivation des agents, développer la communication interne, encourager le travail en équipe... Ces objectifs d'amélioration des conditions et des rapports de travail sont liés au mode de gestion et peuvent l'infléchir vers un système plus managérial. La mutation du système de gestion hospitalier encore très bureaucratique devrait lui-même entraîner par effet retour une modification de l'organisation du travail et une réduction des dysfonctionnements internes. Si l'on considère que la réalisation de ces objectifs repose essentiellement sur une évolution de la gestion des ressources humaines, nous pourrions concevoir le changement sous la forme d'un modèle constitué de plans d'action construits pour l'hôpital public. Pour que ce modèle fonctionne à l'hôpital, il est nécessaire qu'il se développe dans un cadre juridique et stratégique qui privilégie un équilibre entre les

¹³⁰ SAVALL H., Les travaux de l'ISEOR depuis 1974, sur les coûts cachés de l'indicateur qualité. JURAN J.M., « Quality control handbook », Mac Granhill, 3 ième édition, 1974.

¹³¹ STORA G. « L'approche globale qualité IBM France », enjeux, octobre 1984. MONTAIGNE J. « La qualité totale dans l'entreprise », Editions d'organisation, 1986.

besoins sanitaires d'une population et l'offre de soins de la part des établissements. La Loi hospitalière de 1991 en engageant préalablement une réforme de la planification sanitaire et de l'adéquation entre l'offre et la demande de soins, a préparé le changement de l'hôpital et l'a rendu possible.

B - Le rôle du projet d'établissement dans le processus de changement des mentalités.

Pour assurer le changement du mode de gestion et des rapports culturels des agents au travail, il est souhaitable que cette mutation se déroule dans un cadre institutionnel et stratégique. Deux entités issues de la Loi hospitalière de 1991 rendent possible cette mutation. **Le schéma régional d'organisation sanitaire et social (SROSS)** permet de coordonner entre elles les mutations internes des établissements hospitaliers et de les lier aux besoins régionaux. **Le projet d'établissement** est le cadre de référence opérationnel qui permet à la fois une démarche de complémentarité entre les différents établissements et une démarche interne de modernisation de la gestion et de l'organisation de l'hôpital.

Le **projet d'établissement** détermine les moyens (personnels et matériels) dont dispose chaque établissement hospitalier pour réaliser ses objectifs sur une durée maximale de cinq ans.

Le projet d'établissement doit posséder quatre caractéristiques :

il doit apparaître comme une démarche de motivation où pour mobiliser l'ensemble du personnel, il sera nécessaire de mettre en place tout un ensemble de procédures permettant de faire adhérer la quasi-totalité du personnel au projet préalablement défini.

il doit faire évoluer l'institution vers un nouveau type de management, le *management ouvert et managérial* grâce à la mise en place d'une démarche participative.

il doit revêtir une dimension concrète¹³². "L'univers hospitalier est le lieu où le concret a une place essentielle. Le succès du projet d'établissement ne sera donc total que s'il obtient l'adhésion de la base".

il doit s'appuyer sur le positif. Tout en admettant les contraintes que l'hôpital doit subir de son environnement et de sa situation budgétaire, le projet valorise les atouts de l'établissement et présente ainsi au personnel un avenir possible et motivant.

En définitive, le projet d'établissement suppose l'implication de toute la hiérarchie et apparaît, en matière de motivation, comme un double instrument de gestion et de participation.

¹³² GONNET F. « Evaluation d'une expérience de changement entre deux établissements hospitaliers », in informations hospitalières, septembre 1987.

¹³³ SICARD C. « pratique de la stratégie d'entreprise », les éditions d'organisation - 1986-

STRATEGIE + CULTURE - EXCELLENCE

La définition d'une stratégie prenant en compte les cultures de l'hôpital, contribue à l'excellence de l'institution.

La notion de projet d'établissement n'est pas réservée aux seules fonctions médicales et soignantes. A côté du projet médical et du projet de soins infirmiers, le Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire, dans le cadre d'une aide à l'élaboration d'un projet d'établissement, publiée en novembre 1992¹³⁴, évoque aussi **le projet de management ou projet de gestion** dans lequel il distingue cinq dimensions : la gestion des ressources humaines., la gestion financière, l'organisation et les conditions de travail, le système d'information et de communication, les investissements physiques. Des échanges transversaux existent entre les trois projets ainsi que des relations avec l'ensemble des projets de services. Le projet de gestion occupe une place à part entière à l'intérieur du projet d'établissement au même titre que le projet médical ou le projet de soins infirmiers. Dans le **projet de gestion**, trois thèmes majeurs de gestion et d'organisation sont déclinés : **la gestion des ressources humaines; l'organisation et les conditions du travail; le système d'information et de communication.**

Jusqu'à la fin des années 80, le système de gestion de l'hôpital est caractérisé par un manque d'outils de gestion qualitatifs. Les seuls outils mis en place sont des moyens de contrôle et de limitation des dépenses budgétaires et des effectifs. Il faut attendre la loi de 1991 pour que le personnel soit situé au coeur de la gestion des établissements et que l'on considère la gestion des ressources humaines comme moteur du changement. L'évolution majeure s'appuie sur le fait que les hommes ne sont plus seulement considérés comme un facteur de production mais comme une ressource. C'est de leur mobilisation et de leur gestion que peut découler l'avantage compétitif de l'hôpital. Il s'agit aussi de montrer qu'en période de crise, il existe d'autres voies que les réductions d'effectifs.

Le changement doit passer par la mise au point d'outils de gestion des ressources humaines inscrits dans une politique globale et participative. C'est donc à partir du projet d'établissement et en particulier du projet de gestion que pourront être construits et mis en place ces nouveaux outils afin de passer d'une gestion quantitative à une gestion anticipative et qualitative du personnel. Ces outils de G.R.H. deviendront les principaux leviers du changement pour atteindre les objectifs de l'hôpital fixés pour cinq ans.

C - L'évolution du système de gestion nécessite un changement culturel et social.

La modification du système de gestion des ressources humaines suppose aussi un changement simultané et interactif du comportements des acteurs. Ce changement culturel des acteurs internes et externes à l'hôpital est à la fois un préalable et un facteur d'accompagnement de la mutation du système de gestion.

¹³⁴ Ministère de la santé et de l'action humanitaire, « bâtir un projet d'établissement- éléments méthodologiques », informations hospitalières No 38, novembre 1992

1 - Le comportement des acteurs hospitaliers et la relation de pouvoir.

Renaud SAINSAULIEU¹³⁵ a été un des premiers sociologues à avoir analysé systématiquement les effets du travail sur les comportements relationnels. Ses travaux ont permis de définir des comportements de groupes et de définir des cultures et des sous-cultures à partir de catégories professionnelles. La différenciation entre ces sous-cultures est faite à partir de la position hiérarchique, des situations de travail, et de l'organisation dans la production.

Les individus arrivent dans leur entreprise avec leur culture propre et font l'apprentissage de la culture collective. Cette dernière est le résultat de trois dimensions principales:

- La culture antérieure (culture personnelle et éventuellement culture acquise dans une autre organisation).

- La situation au travail (catégorie professionnelle, type de travail...).

- La situation stratégique des rapports de pouvoir (relation de pouvoir, organigrammes, conflits sociaux...)

La présence à l'intérieur d'une même organisation de plusieurs sous-cultures, accentue la complexité culturelle de cette organisation. Nous trouvons, à l'hôpital public, trois grands groupes socioprofessionnels: les médecins, les soignants, les gestionnaires et les administratifs. Le changement à l'hôpital passe par une évolution interne des comportements de chacun des groupes et par une évolution des relations intergroupes.

Philippe BERNOUX¹³⁶ s'est intéressé à la question du changement à l'intérieur des groupes et des organisations. Il observe notamment que le changement ne se décrète pas. Une loi, une décision hiérarchique peuvent accompagner un nouveau modèle relationnel mais pas le déclencher. D'où la nécessité pour réussir un changement de donner au préalable de la souplesse à l'organisation. Le changement culturel est difficile et long à réaliser. Non pas que la nature humaine soit à priori contre, mais parce que l'acteur ne modifiera son comportement que s'il estime en recevoir une bonification. Souvent les gains ou les pertes individuels s'évaluent en terme de pouvoir. Une étude préalable en terme de pouvoir peut s'avérer utile lorsque l'on veut impulser un changement dans une organisation.

"Le pouvoir est la capacité pour certains individus ou groupes d'agir sur

¹³⁵ Renaud SAINSAULIEU, « Sociologie de l'organisation et de l'entreprise », Presse de la Fondation nationale des Sciences politiques, Dalloz, 1987. « L'identité au travail », ENSP, Références, 1984. « La GRH, au coeur de l'entreprise, l'entreprise, au coeur de la société », in Informations sur les ressources humaines à l'hôpital, No 4, janvier 1994.

¹³⁶ BERNOUX Philippe, « La sociologie des organisations », point médical, Edition du seuil - 1985 -

d'autres individus ou d'autres groupes". Cette définition privilégie l'aspect relationnel du pouvoir en présentant cette notion comme une relation et non pas comme un attribut. Le concept inclut aussi l'idée de réciprocité. Celui qui détient le pouvoir, le supérieur hiérarchique peut contraindre le subordonné à agir en développant une stratégie de réponse. Il peut alors s'établir une relation de pouvoir déséquilibrée.

Il existe plusieurs types de pouvoir tels que le pouvoir formel et le pouvoir informel. Les sources de légitimité du pouvoir sont à mettre en relation avec le modèle d'organisation du travail et le système de gestion dans lequel évoluent les acteurs. Philippe Bernoux distingue quatre sources principales du pouvoir:

La première source du pouvoir est celle qui tient à la possession au sein de l'organisation d'une compétence ou d'une spécialisation fonctionnelle difficilement remplaçable.

La seconde réside dans la maîtrise des relations avec l'environnement. La connaissance des réseaux internes et externes à l'organisation est source de pouvoir.

La troisième source est liée à la seconde, il s'agit de la communication. Tout individu a besoin d'informations et il existe une dépendance envers ceux qui les possèdent.

La quatrième réside dans l'utilisation des règles organisationnelles. Cette analyse est aisément transposable à l'hôpital public au niveau des trois grands groupes d'acteurs du changement; et particulièrement pour expliquer l'évolution des relations entre les médecins et les directeurs gestionnaires.

Les médecins sont directement impliqués dans une logique de production de soin, c'est à dire dans la fonction principale de l'hôpital.

Les directeurs s'inscrivent dans une logique budgétaire et financière, ils sont garants de la maîtrise des dépenses de l'hôpital producteur de soin.

Le pouvoir de chacun s'articule autour de sources multiples: le savoir et la compétence tout d'abord, reconnus par des diplômes et des titres pour les médecins. Pour les Directeurs d'hôpitaux, nous pouvons souligner l'importance de la réforme de 1970, qui a instauré le régime du concours, avec l'exigence de diplômes universitaires pour l'accès à ce concours et la mise en place d'une formation de trois ans à l'Ecole nationale de la santé publique.

Si l'on poursuit l'analyse à partir de la première source de pouvoir, qui tient à la possession d'une compétence ou d'une spécialisation fonctionnelle difficilement remplaçable, les médecins au coeur du processus de production de soins, ne sont pas concurrencés dans le domaine médical. Par contre au niveau de la fonction de gestion budgétaire, on observe une évolution très sensible dans le partage des responsabilités. Jusqu'à la loi hospitalière de 1991 et la réforme hospitalière de 1996, ce niveau de responsabilité était essentiellement celui des directeurs. Les gros hôpitaux tels que les centres hospitaliers régionaux et universitaires ont commencé à inclure dans leur équipe de direction un médecin.

Dans le cadre de la discussion budgétaire, les médecins représentés au sein de la Commission médicale d'établissement, n'émettaient jusqu'à présent qu'un avis sur les orientations budgétaires et financières. L'évolution dans ce domaine est radicale. La

nouvelle réforme hospitalière de 1996, prévoit un retournement du jeu des pouvoirs. Les Directeurs d'hôpitaux qui auparavant négociaient seuls le budget prévisionnel auprès des autorités de Tutelle, Préfet, DDASS, Ministère de la Santé, voient une partie de leur rôle de négociation se substituer à celui des médecins chefs de service qui traitent du même objet avec la Tutelle sous forme de contrats d'objectifs annuels et pluriannuels.

Les médecins que le Ministère de la Santé incite de plus en plus à être associés puis parti prenante dans la gestion de l'hôpital, voient leur rôle budgétaire se renforcer aux dépens des Directeurs. Cela nous permet d'observer un accroissement des responsabilités et du pouvoir des médecins à l'hôpital depuis qu'il possède la possibilité de négocier le budget avec les acteurs externes. En outre, les directeurs qui ne participent qu'indirectement à la fonction principale de l'hôpital produire des soins en assurant la logistique, se voient dessaisis d'une partie de leur fonction majeure, le financier et le budgétaire.

L'analyse sur les quatre sources principales de pouvoir de Philippe Bernoux peut encore utilement être transposée à l'organisation des directions d'un hôpital. La plupart des organigrammes d'hôpitaux publics sont marqués par la prédominance de relations verticales entre la direction générale et les directions spécialisées. La direction générale centralise l'essentiel des pouvoirs. Dans les échanges internes la hiérarchie prime sur les impératifs de gestion. C'est ainsi que des directions stratégiques tels que l'analyse de gestion ou la DSIO (direction des services d'information et d'organisation) sont trop souvent limitées à la résolution directe de problèmes posés par les utilisateurs et servent seulement de relais avec la direction générale sans être associés véritablement à la conception des projets et à la prise de décision. Ces directions stratégiques possèdent souvent une compétence technique et une spécialisation fonctionnelle de haut niveau qui permettrait à l'hôpital de fonctionner sur un mode de gestion managérial. Les directeurs de ces cellules sont généralement des cadres qui possèdent une solide formation en gestion. Mais la direction générale craint parfois et fort improductivement que l'avance de carrière de ses propres membres soit ralentie par un développement trop rapide d'autres directions plus dynamiques.

Le pyramidage hiérarchique des directeurs d'hôpitaux est encore essentiellement basé sur la notion de grades. Il existe trois grades dans le corps de directeurs hospitaliers, de la troisième à la première classe, et l'avancement de grade repose en majeure partie sur l'ancienneté. L'inscription sur la liste d'aptitude à la classe supérieure, correspond à un niveau de note qui évolue de manière sensiblement linéaire chaque année. Par ce fait, la responsabilité d'hôpitaux importants est réservée à des directeurs ayant satisfaits à l'attente d'un grand nombre d'années, sans prendre en compte la prépondérance de critères tels que l'aptitude réelle à la gestion ou la possession de diplômes ou de savoir-faire acquis à l'Université, dans une grande Ecole française ou étrangère ou dans une entreprise.

La direction générale qui maîtrise le réseau de communication interne et la totalité des relations avec l'extérieur, peut avoir la tentation d'entretenir un fonctionnement bureaucratique en étouffant les initiatives de gestion et en freinant le développement d'une gestion plus novatrice, ouverte et managériale.

2 - La rigidité de fonctionnement des acteurs externes.

Transformer les structures de l'hôpital et changer son système de gestion nécessite aussi une modification des comportements de ses membres. A l'inverse, il serait vain de tenter d'agir sur les comportements si les structures ne changent pas simultanément. Les concepts de structures, de systèmes de gestion et de comportement s'inscrivent dans une même problématique de changement. Une organisation est composée de structures et d'un système de gestion avec des comportements d'acteurs en interaction permanente.

Le jeu entre structures et comportements est potentiellement porteur de dysfonctionnements dans l'organisation. Selon l'approche socio-économique¹³⁷, c'est de la qualité de l'interaction entre les structures multiples de l'organisation et les comportements des acteurs que dépend la performance économique. L'enjeu est donc d'infléchir simultanément les structures, le système de gestion et les comportements des acteurs afin de réduire les dysfonctionnements éventuels. Le système de gestion des ressources humaines est un des vecteurs principaux de la mutation de l'hôpital; les outils de gestion des ressources humaines constituant l'ossature principale de ce système. Le changement s'inscrit dans une dynamique globale et il semble difficile d'agir sur le système de gestion sans agir sur les comportements, mais aussi sans modifier les conditions de travail et l'environnement statutaire et réglementaire.

L'évolution du système de gestion passe par une modification culturelle du comportement des acteurs internes mais aussi externes à l'hôpital. Les acteurs externes les plus importants sont la DDASS et la région, intervenant principalement sous la forme de deux entités, la DRASS et l'agence régionale de l'hospitalisation chargée de l'accréditation des services et de l'harmonisation du développement des différents hôpitaux au sein de la région.

La mutation du système de gestion ne se réalisera pas sans une mutation du cadre juridique, comptable et financier. Il est nécessaire de modifier le mode d'allocation budgétaire mais aussi de créer de nouvelles structures juridiques favorisant la coopération hospitalière, d'assouplir les règles des marchés publics, et de laisser plus d'autonomie aux établissements dans leur gestion financière, notamment en ce qui concerne les recettes subsidiaires à l'hospitalisation.

La **D.D.A.S.S.** (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales) et la **D.R.A.S.S.** (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales), qui représentent les deux pivots de la Tutelle hospitalière, ont des rôles et des évolutions différents.

La D.D.A.S.S. a un rôle important en matière de contrôle budgétaire tandis que la D.R.A.S.S. développe l'essentiel de ses compétences dans le domaine de la planification sanitaire régionale. Les relations entre les hôpitaux et la Tutelle pourraient évoluer stratégiquement en s'articulant, comme le propose le rapport **ESPER**¹³⁸, autour de quatre concepts-clés :

¹³⁷ SAVALL Henry, approche socio-économique mise au point et développée par les chercheurs de l'ISEOR depuis 1974.

¹³⁸ ESPER L. « Propositions d'expérimentations pour l'hôpital public » Rapport ESPER, Ministère de la Santé - 4 février 1994.

le **S.R.O.S.S** . (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Social)

le **Projet d'Etablissement** en cohérence avec le S.R.O.S.S.

des **contrats d'objectifs** annuels ou pluriannuels entre l'hôpital, les services médicaux et divers partenaires extérieurs.

le **budget annuel**

Les trois premiers concepts concernent directement et simultanément la région et les établissements. Le S.R.O.S.S. serait le cadre qui imposerait aux acteurs d'une région une vision stratégique globale. Le projet d'établissement apporterait des réponses en terme d'offre aux besoins sanitaires. La signature de contrats d'objectifs permettrait aux établissements d'agir en partenariat. La DRASS de Rhône-Alpes a rédigé une représentation schématique de ce processus reproduite en page suivante. Toute modification du contrôle de la Tutelle sur les établissements hospitaliers en matière budgétaire et financière passe préalablement par une modification du cadre juridique, comptable et financier de l'hôpital public. Les hospitaliers demandent depuis plusieurs années, une modernisation des normes administratives, des règles comptables et financières régissant le fonctionnement de l'hôpital. Les propositions du rapport ESPER vont dans ce sens. Cependant, il ne s'agit souvent que d'orientations et d'expérimentations ponctuelles encore limitées.

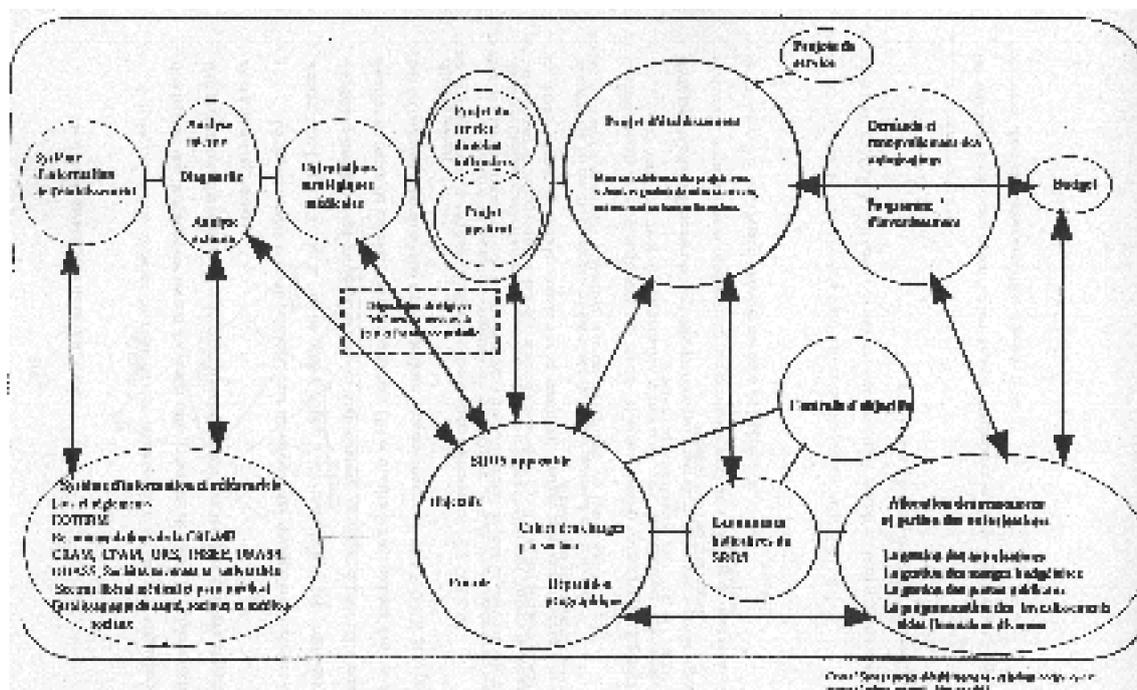


Figure : Démarche de projet et planification en région

3 - Le rôle stratégique de la D.R.A.S.S.

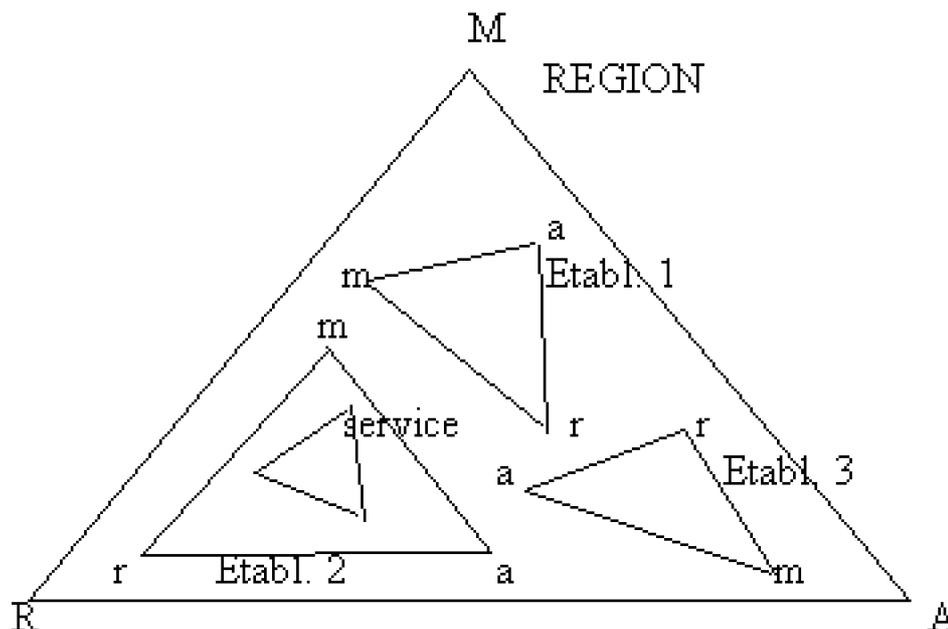
La D.R.A.S.S. s'efforce de modifier ses relations avec les acteurs hospitaliers en développant une démarche permettant d'articuler offre et besoins de santé. Le schéma régional d'organisation sanitaire et social et le projet d'établissement sont les deux éléments importants de ces nouvelles relations.

La région semble le cadre privilégié pour développer une stratégie commune entre les acteurs. La D.R.A.S.S. de la région Rhône-Alpes a d'ailleurs défini une méthodologie d'approche stratégique sur ses relations avec les établissements. La région et les établissements, déclinés en terme de missions (**M**), de ressources (**R**) et d'activités (**A**), peuvent évoluer dans une architecture cohérente bâtie à partir de deux vecteurs principaux : le S.R.O.S.S. et le projet d'établissement.

Le système de santé est constitué de producteurs de soins, de consommateurs et

d'acteurs. Chaque acteur dispose de ressources et a une mission : optimiser l'offre ou la demande de soins, soigner le malade, coordonner et contrôler. Compte tenu des ressources et des missions qui lui ont été confiées, chaque acteur doit donc organiser ses activités.

De l'unité de base à l'organisation d'ensemble, c'est l'agencement des différents triptyques **Missions-Ressources-Activités** qui concourt à une architecture que le projet régional veut rendre harmonieuse et cohérente. La représentation suivante a été faite en décembre 1994 par la D.R.A.S.S. de la région Rhône-Alpes dans un rapport¹³⁹ :



Le S.R.O.S.S. est présenté comme l'instrument fédérateur des missions, des ressources et des activités de chaque acteur. Il permet essentiellement de coordonner l'aspect demande et besoin exprimé par la D.R.A.S.S. dans son schéma régional, à l'aspect offre de soins rendue par les établissements hospitaliers.

Le triptyque initial est transformé, par une projection volontaire mettant en oeuvre stratégie, organisation, démarche qualité, en un triptyque final plus ou moins différent de l'initial. On peut alors symboliser le projet ainsi :

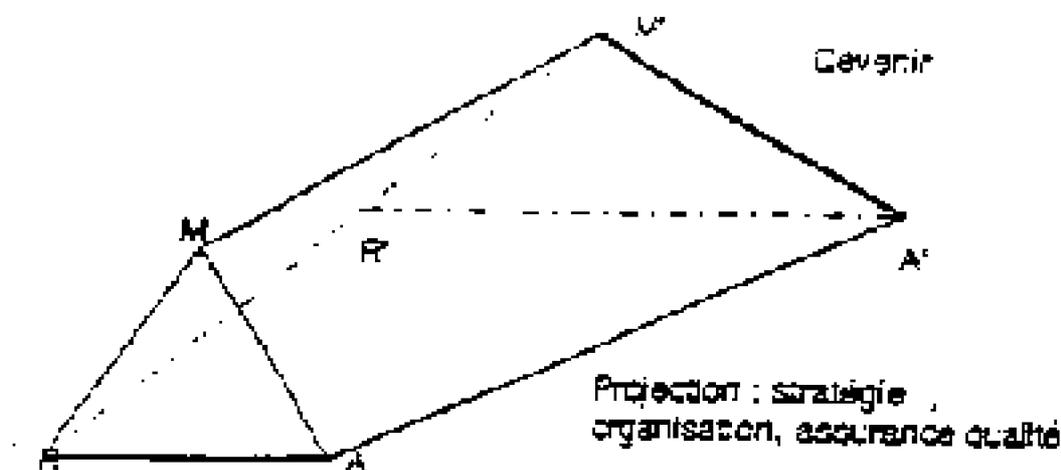
diagnostic de l'état présent

projection

devenir

¹³⁹ DRASS, de Rhône-Alpes rapport: "Schéma Régional d'Organisation et Projet d'Etablissement : relations réciproques" (Recommandations du COTER) - décembre 1994-

Le S.R.O.S.S. ainsi conçu, est un moyen mais aussi un but, partant d'un état actuel jusqu'à un état final, ce dernier étant sans cesse remodelé. Le statut du S.R.O.S.S. n'est donc pas différent de celui d'un projet d'établissement.



Chacun des établissements se situe dans un schéma de ce type, ce qui implique une harmonisation des différentes démarches pour obtenir une cohérence régionale. Cette harmonisation entraîne un nouveau schéma relationnel :

entre les établissements au sein d'une même zone géographique, qui seront amenés à définir ensemble leur place respective dans le système de soins pour optimiser les prises en charge des patients.

entre ces mêmes établissements et les organismes de Tutelle et de financement, qui seront amenés à porter un regard global sur l'offre de soins.

Nous passons d'un système de relations atomisées biunivoques à un système de relations complexes.

Conclusion de la section 1:

En gestion des ressources humaines hospitalières, les outils de gestion sont encore à perfectionner. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences est encore au stade expérimental et n'existe que dans quelques gros hôpitaux tels des centres hospitaliers régionaux et universitaires. Le rôle de la formation continue a tendance à évoluer plus positivement et il n'est pas rare de trouver des hôpitaux où la formation continue est un vecteur intégré d'une politique de GRH managériale. La formation continue est alors considérée comme un investissement et s'inscrit à la fois dans les projets individuels de carrière des agents et dans le projet de l'établissement.

Les blocages au changement ne sont pas seulement techniques, ils sont aussi

culturels. Au niveau des acteurs, les principaux points d'inertie ne se situent pas où l'on pourrait penser au premier abord parmi les représentants du personnel et les syndicats mais plutôt au niveau de certaines entités de la tutelle comme la DDASS et certains services du Ministère du Travail et des Affaires sociales. Ces blocages s'expriment sous la forme de fonctionnements bureaucratiques et paralysants mais aussi sous la forme de règlements et de procédures contraignantes limitant abusivement les initiatives des acteurs. Des syndicats tels que la CGT, concentrant l'essentiel de leur revendications sur des avancées sociales ne peuvent avoir qu'un rôle positif en terme de changements. Les syndicats qui se limitent à des revendications catégorielles et corporatistes, n'ont pas le même potentiel novateur.

Pour être exhaustif, il faut évoquer aussi le comportement d'un grand nombre de cadres de direction hospitaliers qui tardent à adopter un fonctionnement plus managérial et se crispent sur des habitudes bureaucratiques. Il existe en leur sein une forte propension à prioriser des fonctionnements et des revendications corporatistes ou carriéristes aux dépens d'objectifs strictement hospitaliers. Les deux syndicats prépondérants de la profession de directeurs d'hôpitaux confortent ces situations.

Section 2 - Les conditions d'une véritable transformation de la GRH sont exigeantes.

La modernisation de l'hôpital public dépend de modifications internes dans son système de gestion mais aussi des évolutions du modèle d'articulation avec les différents groupes sociaux constituant son environnement.

La mise en place d'une stratégie sociale à l'hôpital reste prioritairement de l'initiative de la direction des ressources humaines de l'établissement. C'est une véritable politique des ressources humaines que les DRH hospitalières ont à conduire en interrelation avec les autres directions et les acteurs externes. Cette politique consiste à élaborer et à rendre efficient les nouveaux outils de gestion, mais aussi à conduire le changement dans un environnement humain plus participatif et plus stratégique.

Ce changement des mentalités ne pourra être que mené conjointement entre les acteurs hospitaliers et la tutelle, afin d'aboutir à l'élaboration d'un modèle de politique publique d'articulation des groupes sociaux.

1§ La généralisation du processus social à l'environnement administratif de l'hôpital est un préalable.

Les politiques publiques en France constituent un des éléments essentiels du développement de l'ensemble de la société et des services publics en particulier.

Les rapports inter-organisationnels au sein de l'appareil administratif qui constitue l'environnement hospitalier, peuvent devenir un élément complémentaire de régulation du modèle hospitalier. Nous porterons une réflexion prospective sur les transformations souhaitables des systèmes de relations entre l'hôpital et sa périphérie.

A - L'évolution nécessaire de la liaison entre la tutelle et les acteurs hospitaliers.

C'est la tutelle hospitalière qui a la charge de la gestion du tissu collectif et relationnel avec l'hôpital public. Ce vocable général de tutelle hospitalière regroupe en fait plusieurs entités telles que la DDASS, DRASS, l'agence régionale hospitalière, le Préfet, le Ministère de la santé. Les changements à venir à l'hôpital public dépendent pour une large part de la capacité à renouveler l'outil administratif profondément marqué par le passé et par des modes d'organisation, de raisonnement et de décision singulièrement appauvrissants. La modernisation de l'hôpital public exige aussi de nouveaux rapports entre la tutelle et les acteurs hospitaliers.

Malgré de nombreuses transformations dans les attributions de la DDASS et de la DRASS avec la création en 1996 d'une agence hospitalière régionale, l'appareil administratif de la tutelle hospitalière n'est pas encore capable de faire face à certaines évolutions de l'hôpital public. La tutelle hospitalière éprouve de grandes difficultés à contrôler et à canaliser l'explosion des communications et la multiplication des rapports humains avec les moyens de régulation traditionnels tels que la stratification sociale ou la centralisation administrative.

1 - D'une relation d'autorité à une dialectique de séduction.

La tutelle administrative de la DDASS ou du Préfet du département n'est pas réductible à un simple contrôle juridique. Le phénomène est plus complexe car il intègre aussi un fonctionnement en terme d'organisation. La relation de tutelle financière et technique sur l'institution hospitalière n'est pas assimilable à une relation simple d'autorité. Ce n'est pas un contrôle unilatéral de droit public exercé par l'état sur les groupes sociaux. La contrainte du contrôle est équivoque. Il y a certes un contrôleur, l'état représenté par la DDASS ou le Préfet, et un contrôlé, l'hôpital, mais ce contrôle s'inscrit dans une stratégie réciproque. L'entité la plus contrôlée, entre l'hôpital, la DDASS, le Préfet, n'est pas forcément celle à qui l'on pense dans une première approche. La relation de tutelle est en fait une relation d'interaction permanente entre un segment bureaucratique contrôleur et un segment social contrôlé. L'interaction s'exprime par une institutionnalisation des relations entre l'organisation bureaucratique et son environnement.

La tutelle est avant tout un phénomène d'organisation. La tutelle hospitalière ne peut être réduite à un contrôle juridique, technique et financier, même si c'est celui-ci qui apparaît le plus formellement. Les techniques administratives mises en jeu sont multiples. L'enracinement et la généralisation de la relation de tutelle sont à rechercher dans un ensemble de dimensions culturelles propre à la société française dont les caractéristiques principales sont la fuite des rapports de face à face et la crainte des conduites de négociations dans les rapports sociaux. Michel CROZIER¹⁴⁰ dans son analyse du phénomène bureaucratique ajoute une dimension culturelle à la relation de tutelle, en

¹⁴⁰ Michel CROZIER, « Où va l'administration française? », collection sociologie des organisations - Les éditions d'organisation - Paris, 1974.

remarquant que la protection de l'autorité administrative est recherchée par ceux-là même qui la critiquent. La relation de tutelle entre l'administration et les administrés est ambiguë. La contrainte exercée par l'Etat sur l'hôpital n'est pas toujours aussi lourde qu'on peut le penser. Une approche sociologique de la tutelle est une approche sociologique de l'équivoque.

Nous pouvons tenter d'analyser la structure des rapports entre l'administration et l'hôpital à travers les trois dimensions relevées dans la relation de tutelle définie par Pierre Gremion:

La première est l'intériorisation par la tutelle d'une partie des valeurs de l'institution hospitalière placée sous son contrôle. La tutelle, DDASS, DRASS ou agence régionale d'hospitalisation, peut se transformer à l'usage, en développant progressivement ses moyens d'adaptation afin de réduire les frictions suscitées par les contraintes dues aux fonctions de contrôle budgétaire et technique.

La tutelle peut évoluer en anticipant les réactions des acteurs hospitaliers sous son contrôle et en s'intégrant dans des projets hospitaliers au niveau de l'approche méthodologique. Ce processus peut expliquer l'évolution récente des DDASS qui affichent volontiers une volonté d'alléger les contrôles, de laisser se développer l'autonomie des établissements hospitaliers et offrent leurs services d'aide ou d'audit dans l'élaboration de projets hospitaliers tels que les projets d'établissements par exemple.

La tutelle peut aussi reprendre à son compte certaines des valeurs de l'institution hospitalière et élargir son champ d'attribution. Dans la réalité, le champ des attributions de l'administration n'est pas toujours clairement défini et est susceptible d'évolution. L'attribution est délimitée par la compétence juridique mais aussi par effet d'interaction avec le segment social soumis à son contrôle. Avec le temps et par interaction, les DDASS peuvent reprendre certaines valeurs de la gestion hospitalière telles que la clarification ou la vitesse dans les procédures.

L'intériorisation des valeurs se fait dans les deux sens, de la part des représentants de l'état, mais aussi de la part des représentants de l'institution sous tutelle. Des acteurs sont choisis pour représenter et défendre les intérêts du groupe auprès de l'Etat. Pour l'hôpital, il s'agit essentiellement des directeurs d'établissements et des médecins chefs de service. Les représentants des groupes sous tutelle arrivent aussi avec le temps à intérioriser la logique administrative des agents contrôleurs, tout comme les fonctionnaires intériorisent les valeurs des groupes qu'ils contrôlent.

La réforme de 1996 qui tend à étendre les responsabilités notamment budgétaires des médecins avec les processus d'accréditation et de contractualisation, devrait favoriser avec le temps l'intégration et l'intériorisation de la logique administrative par ces mêmes acteurs hospitaliers.

Les échanges et les effets de symbiose entre les représentants de l'Etat et les représentants de l'hôpital permet une évolution lente d'un modèle relationnel archaïque (basé sur une rationalité de type taylorien avec une seule voie et une seule vérité) vers un modèle de rationalité stratégique.

Les représentants des groupes sous tutelle, directeurs d'établissement, médecins,

intériorisent la logique administrative de la tutelle, et les fonctionnaires de la DDASS, de la Région, de la Préfecture intériorisent les valeurs des groupes qu'ils contrôlent.

Des relations et des échanges stratégiques d'intercontrôle et de négociation, se tissent entre les divers partenaires. Cette évolution relationnelle peut se développer à partir de la négociation et d'une dialectique de séduction. L'administration pour agir doit se laisser séduire. Elle contrôle en se laissant en partie contrôler. Réciproquement, les acteurs hospitaliers ne pourront obtenir une liberté d'action qu'à partir d'un certain niveau de concession et de soumission à l'administration. La séduction explique l'importance du rite dans la rencontre des partenaires.

2 - L'échec de la concertation.

Les représentants hospitaliers qui disposent d'une capacité d'accès à l'administration de la tutelle, cherchent à développer leurs liens pour maximiser la prise en compte de leurs intérêts dans la définition des politiques. Il jouent la carte de la concertation.

C'est le cas des directeurs d'hôpitaux et des médecins chefs de service. Depuis les ordonnances Juppé d'avril 1996 sur l'hospitalisation qui organisent la mise en place des mécanismes d'accréditation et de contractualisation, la responsabilité budgétaire des médecins se trouvent accrue. Les agences régionales de l'hospitalisation ont développé des liens reposant sur une meilleure connaissance de l'activité des services par le biais des systèmes d'information et d'évaluation.

En fait, les processus de concertation ne se réduisent pas à des mécanismes de dynamique de groupe. La définition de la politique de santé met aussi en jeu une dimension politique. La perte d'importance des DDASS au profit des DRASS puis des agences régionales de l'hospitalisation traduit une perte d'influence du département vers la région et l'Etat.

La réforme hospitalière d'avril 1996, renforce le pouvoir des régions mais aussi celui de l'Etat. Le rythme des dépenses budgétaires annuelles de la santé est proposé par l'exécutif et les autorisations de dépenses sont voté par le Parlement. Les régions sont chargées de leur répartition. Le rôle du Premier Ministre est déterminant. La dernière réforme porte son nom, le Plan Juppé et l'inspiration des axes prioritaires dépend largement de ses services. L'hôpital devient de plus en plus dépendant des structures de pouvoir externes.

Le rôle de l'administration a évolué. Les entités constituant la tutelle se sont modifiées, des pouvoirs ont été transférés, et les auteurs de la concertation ont changé en même temps que les supports de la communication. Des outils de gestion sont plus facilement employés, tant au niveau de la tutelle qu'au niveau des partenaires de la santé. Alors que se renforçait le corporatisme exprimé à travers les relations entre les représentants des groupes sociaux et la tutelle, ce modèle de relation était doublé par la mise en place d'un système de décision plus souple renforçant l'intervention de l'Etat, notamment du Premier Ministre et du Ministre de la santé. Ces derniers court-circuitant ponctuellement les relations des représentants des acteurs et des groupes hospitaliers avec la tutelle.

Cette évolution fait apparaître l'institutionnalisation et la coexistence progressive de deux modèles de pouvoir et de rationalité. Le développement de la concertation n'a pas réglé les problèmes de légitimité politique. Le modèle de concertation tutelle-représentants des groupes sociaux est structurellement géré par le couple soudé, Premier Ministre et Ministre de la Santé, aux dépens des instances locales décentralisées ou déconcentrées, pour les décisions importantes financières telles que l'évolution annuelle des dépenses d'exploitation hospitalières et les gros investissements.

Nous pouvons dire que sous cet angle, le développement des procédures de consultation ou de concertation brouille les cartes. La concertation joue alors le rôle d'alibi, destiné à fixer l'attention de l'opinion et des acteurs de la santé pour diminuer les tensions entre l'administration et les partenaires de la santé, sans avoir beaucoup d'impact sur les décisions les plus importantes.

B - Vers un modèle de politique publique d'articulation des groupes sociaux.

Historiquement, l'administration a accru son emprise sur la société française depuis l'après guerre et en vitesse accélérée depuis 1958. Les domaines pris en charge par l'administration et le nombre des fonctionnaires se sont considérablement accrus en même temps que se développait la centralisation des actions. L'administration trouve sa légitimité fondamentale à travers l'extension du domaine réglementaire. Légitimité que Max WEBER attribuait à l'ordre du « rationnel-légal ». Or, cette évolution est en elle-même source de contradictions et de crises, car la règle cesse aujourd'hui d'être un principe incontesté de légitimité. La nécessité d'instaurer des processus régulateurs en matière de politique publique d'articulation des groupes sociaux devient de plus en plus ardente, en particulier pour l'hôpital et sa périphérie.

1 - Diagnostic de la crise du système administratif entre l'Etat et l'hôpital.

Depuis l'après-guerre, un nombre croissant d'activités et de secteurs de la vie sociale sont passés de la sphère privée à la sphère collective. Or, ce passage au collectif s'accompagne le plus souvent d'une prise en charge et d'une gestion totale ou partielle par l'administration. Ce processus entraîne plusieurs conséquences :

Les dysfonctionnements et les blocages se multiplient au sein de l'administration qui développe un système d'action centralisé avec un sommet tout puissant et une base de plus en plus importante en nombre de personnel fonctionnarisé et en nombre de secteurs concernés.

L'administration éprouve des difficultés croissantes à traiter rapidement et efficacement les problèmes de plus en plus nombreux qu'elle prend en charge, ce qui entraîne une dévalorisation aux yeux du public du modèle administratif en tant que modèle culturel et une perte de légitimité en tant qu'instance de régulation sociale.

En même temps que l'administration multiplie ses domaines d'intervention, en contact avec les représentants des groupes sociaux, elle a tendance à interioriser une partie de leurs valeurs et de leurs conflits. Outre, les administrations proprement dites, les secteurs collectifs s'étendent aussi aux groupements d'intérêts publics, aux groupements d'intérêts

économiques, aux sociétés d'économie mixte ...

Les sources de conflits se multiplient pour l'administration en même temps que les conflits se transforment en conflits bureaucratiques. A ces facteurs structurels s'ajoutent des facteurs conjoncturels dont le plus déterminant est politique. La Constitution de 1958 et l'élection du Président de la République au suffrage universel, renforce le pouvoir de l'exécutif par rapport à l'assemblée nationale. Cette évolution constitutionnelle fait apparaître une nouvelle source de légitimité au sommet de l'appareil politique, aux dépens de la légitimité rationnelle légale de la règle administrative et de la légitimité du Parlement.

Ce principe de légitimité charismatique est important, il ouvre la voie à l'ascendant du Premier Ministre, et ponctuellement du couple Premier Ministre - Ministre de la Santé, dans le domaine du sanitaire et du social. L'homme politique devient le porte parole des Français et de leurs états d'âmes formalisés ou non.

Cette évolution du rôle du politique remet en cause la fonction de régulation sociale de l'administration, reposant sur une légitimité rationnelle et légale dès lors qu'apparaît une possibilité de recours à une autorité supérieure qui, elle peut agir au nom de principes extérieurs à la règle. C'est la montée en puissance des cabinets présidentiels, des Premiers Ministre et des ministères stratégiques. Les problèmes soumis à l'arbitrage présidentiel et ministériel croissent en nombre et en complexité. Seuls les cabinets ministériels ont accès au centre décisionnel: le cabinet du Président de la République.

Nous avons une centralisation accrue du système politique français. Les cabinets ministériels acquièrent le monopole de la décision politico-administrative et contrôlent de plus en plus étroitement l'administratif qui demeure mode et lieu d'exercice.

En même temps que s'opère un transfert de légitimité de l'administration, l'émergence de nouveaux modèles culturels de la part des administrés tend à faire croître les critiques. Un certain nombre de valeurs fondamentales qui fondent la cohésion sociale sont de plus en plus contestées. Il en est du principe de rationalité et d'autorité.

Ces évolutions au niveau de l'administration et des administrés peuvent nous permettre d'anticiper plusieurs tendances possibles de mutation du système administratif de régulation.

2 - Les principaux schémas de régulation sociale externe à l'hôpital.

Dans le domaine de la santé et de l'hospitalisation, les décisions prises conjointement par le Premier Ministre et le Ministre de la Santé, ont tendance à valoriser le sommet de l'Etat et les cabinets ministériels, en renforçant le processus de centralisation des décisions. Les dernières ordonnances de 1996, sur l'hôpital illustrent cette évolution.

Le mouvement de décentralisation concrétisée par la création des agences régionales de l'hospitalisation renforce dans le même temps les contradictions. D'un coté les demandes de planification et d'appel à l'Etat pour résoudre les dysfonctionnements se multiplient, alors que se développent les revendications à l'initiative des individus et des groupes sociaux.

Il semble que la seule façon de sortir de ces contradictions et blocages soit

d'instaurer un nouveau jeu social à l'intérieur de l'hôpital, mais aussi entre l'hôpital et la tutelle; c'est à dire découvrir de nouveaux moyens d'intervention et de participation entre les administrants et les acteurs hospitaliers.

Michel CROZIER¹⁴¹, décrit deux modèles prospectifs sous forme de scénarios:

Un scénario prendrait pour hypothèse le renforcement des tendances actuelles. L'élite technocratique qui domine l'appareil administratif accroîtrait encore son emprise jusqu'à faire disparaître les processus concurrents, comme les rôles des organes décentralisés et déconcentrés.

Ce scénario est peu probable car totalement régressif et générateur de conflits et de tensions extrêmes entre les administrés et l'Etat au point d'imaginer des ruptures brutales.

L'autre scénario basé sur une évolution totale et idyllique du système de gestion et de relations entre administrés et l'Etat, vers un système hautement stratégique et participatif, se heurte à des difficultés tenant essentiellement à la lenteur d'une transformation radicale du modèle culturel qui régit les acteurs en place.

Le modèle relationnel de régulation administrés-administrants semble plus vraisemblablement s'appuyer sur des hypothèses intermédiaires telles que celle d'une disparition partielle du modèle centralisateur avec une intégration de nouveaux processus de régulation décentralisés entre administrants et groupes sociaux administrés. De nouvelles formes d'organisation et de gestion pourraient naître grâce à l'utilisation de nouveaux outils dans un contexte d'évolution des mentalités et des comportements.

Il serait souhaitable qu'un fonctionnement plus stratégique et plus participatif puissent se développer par intériorisation, à la fois dans le processus de régulation sociale entre administrés et administrants, autant que dans le processus de régulation interne du modèle hospitalier. Le point de fuite reposant dans les deux cas, sur la mobilisation des ressources humaines autour d'outils et de processus de gestion stratégiques et participatifs.

Pour l'hôpital, les cadres potentiels du changement qui sont les projets d'établissement et les contrats d'objectifs, s'inscrivent dans la même logique participative et stratégique en engageant autant les acteurs hospitaliers que ceux de la tutelle.

La modification de l'environnement administratif et social de l'hôpital doit précéder puis accompagner un processus de régulation sociale interne à l'hôpital.

2 § La mise en place d'une stratégie sociale à l'hôpital incombe prioritairement à la DRH.

Les directions des ressources humaines hospitalières seront les entités chargées de réaliser l'essentiel du changement. Catalyseur du processus social de changement, elles sont au coeur du nouveau modèle hospitalier et en contact avec les acteurs extérieurs de la tutelle et plus généralement des acteurs de la politique publique d'articulation des groupes sociaux. Les DRH doivent mettre en place de nouveaux outils dans le cadre

¹⁴¹ CROZIER Michel, « Où va l'administration française? », collection sociologie des organisations - Les éditions d'organisation - Paris, 1974.

d'une stratégie qui vise à obtenir des gains de productivité sociale à l'hôpital.

A - Les gains de productivité sociale à l'hôpital par effet de gestion.

Moderniser l'hôpital par effets de gestion, évolution des statuts et mutation structurelle se traduit sur le terrain par une étape préalable: élever la productivité sociale. Cette étape indispensable n'est pas facile à négocier car il est difficile pour les décideurs et gestionnaires externes et internes à l'hôpital de mettre en place les processus et de construire les outils du changement. Les obstacles sont nombreux.

1 - Une première étape: de la productivité du travail à la productivité globale.

La productivité sociale est un concept complexe à appréhender. La productivité sociale est très éloignée dans son contenu de la productivité du travail. La productivité du travail est un simple rapport entre la production et le facteur travail. La productivité sociale dépend de nombreux facteurs liés à l'introduction de la dimension humaine et sociale. Cette dimension est très difficile à cerner.

Les modifications du mode de gestion d'une organisation sont un facteur déterminant dans l'élévation de la productivité sociale. Nous pouvons considérer la mesure de la productivité globale comme une première étape avant l'appréhension de la productivité sociale. La productivité globale a le mérite de s'interroger sur les effets des efforts de rationalisation de la gestion dans un service.

Des études sur la mesure de la productivité globale dans les administrations ont été menées dès la fin des années soixante par le Centre d'études des revenus et des coûts (CERC). Ces études ont d'abord été dirigées vers des services de l'Etat non hospitaliers. Il serait intéressant de savoir si ces études peuvent être transposées positivement à l'hôpital public pour analyser la productivité globale et ainsi enrichir la recherche.

Ce fut DUPUIT, ingénieur des Ponts et chaussées, qui inventa en 1848 le concept de productivité globale et élaborait une méthode pour mesurer la productivité globale des voies navigables en France. Il ne fit pas d'émules à cette époque, et entre les deux guerres, le taylorisme s'imposant, la seule mesure qui comptait était la productivité du travail.

Au début des années cinquante, le Plan Marshall amena de nombreux industriels français à rentrer en contact avec des industriels américains. Et, dans ces deux pays, fut progressivement remis en cause la productivité du travail comme critère de performance unique de l'entreprise.

Le CERC est un service du Premier Ministre créé en 1966 qui reçut pour mission d'effectuer et de publier des études sur le niveau et l'évolution des prix. C'est dans ce cadre qu'il mena une action de calcul de la productivité globale dans certaines entreprises et certains services du secteur privé et public; le calcul de la productivité globale est rapidement devenu une priorité pour cet organisme.

Dans les années 80, le contexte de restriction budgétaire et la nécessité de rationaliser la gestion, rendirent nécessaire des études sur l'efficacité et l'efficience des services publics marchands et non-marchands. A partir de 1987, le CERC fit des études

de mesure de la productivité globale dans plusieurs services publics tels que la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, les Caisses d'allocations familiales et les CROUS (centre régionale des oeuvres universitaires et scolaires).

Dans un service public ou une entreprise publique, il est important de savoir si les services rendus ou les quantités produites ont augmenté plus vite que la quantité de moyens mis en oeuvre; si c'est le cas, le processus génère un gain de productivité globale.

Nous pouvons considérer que trois approches sont nécessaires pour analyser et évaluer l'action d'un service public:

le degré de réalisation des objectifs fixés et l'évaluation du résultat social.

l'efficacité propre du service, c'est à dire sa performance tant en matière de productivité que de coût.

l'évaluation de la satisfaction des usagers.

Le modèle mis au point par le CERC ne mesure que la seconde fonction: l'efficacité propre du service. Corinne BUI et Yves GEFROY, chargés de mission au CERC (Centre d'étude et de recherche sur les coûts), nous en donnent la représentation schématique suivante:

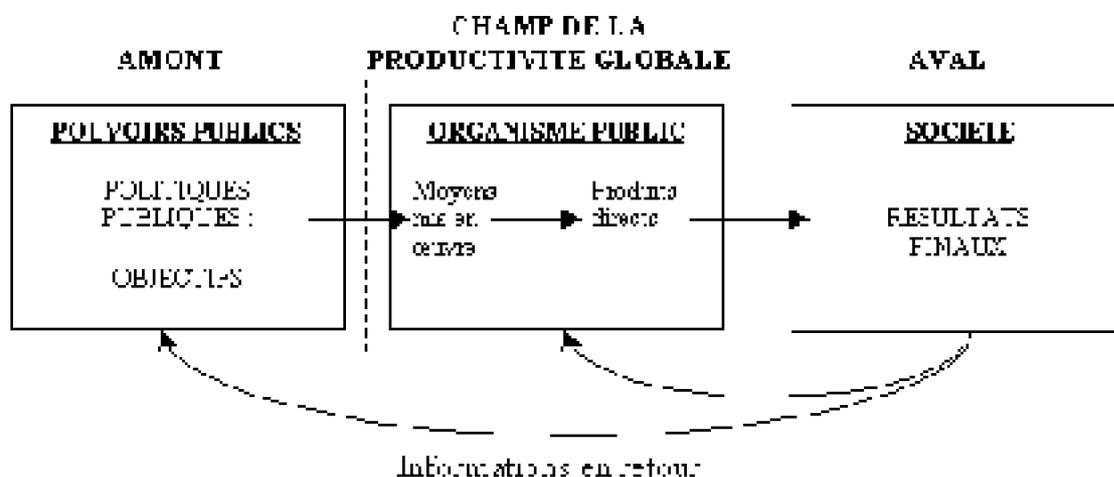


Figure : la productivité globale dans les services publics

A l'hôpital public, les données de productivité globale peuvent être utilisées pour l'action dans le domaine de l'aide à la décision et comme éléments du dialogue social. Le concept de productivité globale est moins restrictif que le concept de productivité du travail, mais il n'en demeure pas moins essentiellement quantitatif. Dans ce calcul ne sont pas prise en compte les données qualitatives d'amélioration de la qualité du service, pas plus que les changements en terme d'organisation et de modification du système de gestion.

Ce n'est pas un hasard, si les expériences menées par le CERC dans le monde hospitalier portent uniquement sur des services logistiques tels que la blanchisserie qui fonctionne comme une entreprise industrielle marchande. Une telle analyse se prête mal à un service de soins où l'activité est difficile à quantifier.

Une analyse de productivité globale à l'hôpital doit rester ciblée sur certaines d'activités non médicales, où elle apportera une meilleure évaluation des coûts et une amélioration de la transparence de fonctionnement. L'approche est sensiblement la même que celle du PMSI dans le domaine des coûts des soins prodigués aux malades.

Seule une analyse en terme de productivité sociale permet d'apprécier qualitativement les effets des investissements de gestion.

2 - De la difficulté pour obtenir des gains de productivité sociale à l'hôpital.

Parallèlement à une démarche rationnelle d'amélioration de l'efficacité générale, le gestionnaire hospitalier doit combattre les sources de contre-productivité internes et externes et les coûts cachés en privilégiant les investissements à effets de gestion. Ce type d'investissement en transformant le mode de gestion hospitalier actuel permet des gains de productivité sociale. Le changement peut revêtir différents aspects: enrichissement des tâches, amélioration des conditions et de l'organisation du travail, motivation des hommes, amélioration de la communication, politique d'intéressement, etc... Il s'agit de transformer un système de gestion encore bureaucratique en système de gestion plus managériale c'est à dire plus participatif, plus communicatif et intégrant la dimension humaine et sociale. L'investissement de gestion peut reposer sur l'élaboration de nouveaux outils de gestion ou sur l'évolution culturelle de l'organisation .

Mais les investissements à effets de gestion ont souvent des résultats limités car ils s'opposent à des facteurs internes et externes de contre-productivité. Parmi les facteurs internes de contre-productivité, on peut noter l'importance du caractère figé des structures organisationnelles et comportementales. L'hôpital public est une structure où dominant des rapports hiérarchiques forts et le cloisonnement entre les unités et les catégories professionnelles est encore très fort. Les fonctions médicales sont coupées des fonctions administratives et logistiques. Si l'on tentait une comparaison de biologie, on pourrait dire que l'hôpital est un ensemble vivant, composé de cellules juxtaposées à membrane imperméable.

C'est certainement ce caractère cloisonné et figé des structures qui empêche les économies d'échelles lorsque la taille de l'hôpital croît. L'ensemble des catégories professionnelles, corps médical, personnel infirmier, équipes de direction, sont réticentes au changements qu'ils assimilent souvent à une remise en cause de leur pratique professionnelle. Le corps médical oppose souvent à un objectif productiviste l'affirmation de valeurs éthiques et thérapeutiques. L'adhésion à un processus de changement est freiné par le contexte de l'hôpital public et conditionné par trois facteurs:

l'absence de régulation par le marché.

l'absence de réel contrôle social sur l'organisation.

la sécurité de l'emploi de ses membres.

Les gestionnaires incluent rarement dans leur raisonnement économique des analyses coût-efficacité. L'avance de carrière et de notation des acteurs hospitaliers ne repose pas sur une évaluation objective de leurs résultats.

Il est difficile de stimuler les énergies en appliquant des règles statutaires statiques et uniformes qui, outre la sécurité de l'emploi, garantissent une égalité des situations et assurent un déroulement de carrière quasi-automatique. L'intégration de mécanismes d'intéressement pourrait s'ils étaient généraliser, permettre d'infléchir ce raisonnement.

A ces facteurs internes de contre-productivité, s'imposent aux acteurs hospitaliers des facteurs externes tels que l'environnement réglementaire ou le contrôle de la Tutelle. La gestion des hôpitaux est enserrée dans un tissu de règles contraignantes parfois archaïques et souvent inadaptées aux réalités économiques d'une entreprise productive. Il en est du contrôle de la DDASS sur les hôpitaux publics, très contraignants et pas toujours efficace. La Tutelle DDASS réticente à engager sa responsabilité, s'abrite souvent derrière la réglementation pour légitimer son immobilisme administratif.

L'administration centrale peut aussi être tentée de produire des textes nouveaux pour se donner l'illusion de maîtriser la situation.

Nous pouvons prendre comme exemple de contre-productivité externe, la décision administrative en 1983 d'instaurer un forfait journalier d'hospitalisation. Cette décision s'est traduite par une charge de travail supplémentaire et un coût additionnel provoqué par divers facteurs tels qu'une facturation alourdie, l'émission additive de titres de recettes individuels, de nombreux cas d'exonération et la multiplication de poursuites pour impayés. Le surcoût administratif de cette mesure réduit d'autant les recettes supplémentaires réalisées par la sécurité sociale.

B - les DRH hospitalières au coeur du processus.

Les investissements à effet de gestion reposent dans la pratique sur l'existence d'une direction des ressources humaines (DRH) opérationnelle intégrant la dimension humaine et sociale. Une Direction des ressources humaines managériale est un vecteur majeur de l'élévation de la productivité sociale. Pour réaliser cet objectif, il est nécessaire que cette direction soit dotée d'outils de gestion s'inscrivant dans une stratégie globale et stratégique.

1 - Pour devenir managériale une Direction des ressources humaines doit mettre en place des outils.

Une DRH devra intégrer dans son quotidien des pratiques de gestion telles que:

la description des fonctions.

la gestion par objectifs.

des processus d'évaluation.

la gestion anticipée des emplois et des compétences.

l'entretien individuel d'activité.

la conduite de projets.

des systèmes de pilotage et des tableaux de bord.

Toutefois, ces outils de gestion inhérents à une DRH managériale se heurtent dans leur mise en place à des facteurs internes et externes de contre-productivité encore très présents à l'hôpital public.

a - La description des fonctions: un outil de gestion encore peu utilisé.

La description des fonctions a pour objet de fournir une information complète sur la nature des responsabilités et sur les tâches confiées à un agent. Les responsabilités et les attributions d'un agent se trouvent alors déclinées en activités principales, en missions et en liaisons fonctionnelles. Cette description précise permet au responsable d'un service de mieux coordonner les actions de son personnel. Nous pouvons considérer que la description des fonctions est un contrat entre un chef de service et un agent. Ce contrat permet une meilleure adaptation et un équilibre entre le poste, son titulaire et l'environnement. La description des fonctions sert de référence pour évaluer les résultats et les performances de l'agent. Cette outil de gestion doit être réactualisé régulièrement. Peu de DRH d'établissements hospitaliers utilisent couramment cet outil. Il existe plusieurs raisons de rejet:

Dans les services, toute description de fonction est souvent perçue comme une atteinte à l'autonomie et comme une remise en cause des compétences professionnelles de chacun. Souvent, le personnel craint que cette pratique ne soit qu'un exercice formel et bureaucratique de plus de la part de la Direction afin de justifier le fonctionnement en place. Le personnel perçoit difficilement l'aspect évolutif de cet outil de gestion si la DRH n'assure pas une information suffisante.

Dans un système de gestion managériale, la description des fonctions a un rôle double; elle est à la fois un outil de gestion et un outil de responsabilisation et de motivation.

Un outil de gestion.

La description des tâches n'est pas une liste exhaustive des tâches mais une définition

vivante, concertée et évolutive de la fonction. Ce processus permet aussi d'appréhender les projets d'évolution de l'agent sur son poste..

A l'hôpital public, les DRH qui incluent cet objectif dans leur gestion rencontre des difficultés. Il est notamment difficile de cerner l'aspect relationnel de l'agent avec son environnement.

Un outil de responsabilisation et de mobilisation du personnel.

La description des fonctions sert de référence individuelle et collective aux agents. Ainsi chaque agent peut se situer plus facilement au sein d'une équipe lorsque les tâches dont il a la charge, sont déclinées en terme de moyens et d'objectifs. Une telle organisation permet de limiter les risques d'appropriation abusive de certaines tâches considérées par l'agent comme son domaine réservé et réduit les conflits entre agents en ce qui concerne les tâches mal négociées et cernées.

La difficulté de développer cet outil dans l'hôpital public provient certainement de deux causes principales, les écarts hiérarchiques importants cumulés à une communication interne encore défailante. Pour être efficace et aider à la responsabilisation des agents, l'outil de description des fonctions devrait être accompagné annuellement par un entretien individuel d'activité.

Le premier constat que l'on peut faire dans la fonction hospitalière sur l'entretien annuel d'activité est que son usage est assez peu répandu. Pourtant, la description des fonctions et l'entretien annuel d'activité devraient être les premiers outils de gestion mis en place par les DRH hospitalières car c'est un préalable à une gestion stratégique par objectifs.

b - La gestion par objectifs se heurte à un obstacle culturel.

La gestion stratégique dans un service est un processus par lequel un chef de service et son personnel établissent des objectifs et négocient les moyens et les délais nécessaires pour les atteindre.

Un objectif est un résultat mesurable à atteindre par un responsable ou un service dans un temps donné avec des moyens adéquats. Les objectifs peuvent être de différentes natures:

.
des objectifs quantitatifs (nombre de malades traités, nombre de lits occupés, nombre d'actes...)

.
des objectifs qualitatifs.

.
des objectifs de coûts et d'efficience.

Ce type de gestion présente plusieurs avantages. Il permet de situer des priorités, et de pouvoir ainsi opérer des choix. Il motive les acteurs qui connaissent ainsi le sens de leurs

actions. Il donne aussi de la cohérence globale à une politique.

Pour être opérationnelle, une gestion par objectifs se décline en plans d'actions. Il s'agit de programmer l'action dans le temps (les différentes étapes, les objectifs et les résultats intermédiaires), de lister les moyens nécessaires et d'élaborer une stratégie de mobilisation des acteurs, en les impliquant dans l'action.

A l'hôpital public, peu de directions administratives pratiquent la gestion par objectifs. Un nombre important de directeurs en place, généralement au sommet de la hiérarchie, n'ayant pas suivi d'études supérieures en gestion voient dans ce type de fonctionnement, une menace à la légitimité de leur pouvoir reposant sur un passage de grades dû essentiellement au mérite de l'ancienneté. Ceux-ci sont souvent dans l'impossibilité de fonctionner autrement que par empirisme, c'est à dire sans anticiper, sans fixer des objectifs et évaluer les résultats obtenus. Le fait que les directeurs d'hôpitaux soient évalués par leur Tutelle, non pas en terme de résultats mais en terme de moyens, ne facilite pas cette orientation stratégique.

Pour pouvoir progresser dans ce domaine, les DRH hospitalières se devront de promouvoir à l'intérieur des établissements hospitaliers une culture de l'évaluation.

c- L'entretien annuel d'activité: un outil de responsabilisation du personnel.

Un texte¹⁴² récent a institutionnalisé un entretien annuel d'évaluation pour les directeurs d'hôpitaux, intégrant une définition des objectifs et un suivi des résultats. Un entretien d'évaluation est prévu annuellement entre le Préfet et le Directeur d'établissement, et entre le Directeur d'établissement et ses adjoints. Les objectifs prioritaires sont fixés en commun pour l'année suivante et il est procédé à l'analyse du bilan des actions menées pendant l'année écoulée. La finalité du nouveau processus est de permettre d'évaluer aussi objectivement que possible la qualité et l'efficacité du travail réalisé au regard des priorités définies, des moyens engagés et des résultats obtenus. A l'issue de l'entretien une note chiffrée globale est fixée en fonction de cette évaluation. Dans la pratique, l'évaluation par objectifs n'est souvent pas réellement appliquée; de nombreux directeurs DDASS et directeurs d'établissement avec leurs adjoints restent sur un entretien encore purement formel et traditionnel et ne procèdent pas à une réelle évaluation par objectifs.

Pour les autres acteurs hospitaliers, le détail de la procédure de notation n'est pas inscrit dans les textes, et chaque hôpital possède sa propre procédure. Généralement, la note évolue de 0,25 point par an et exceptionnellement de 0,50, ou reste bloquée. Au mieux, l'agent rencontre son chef de service à posteriori.

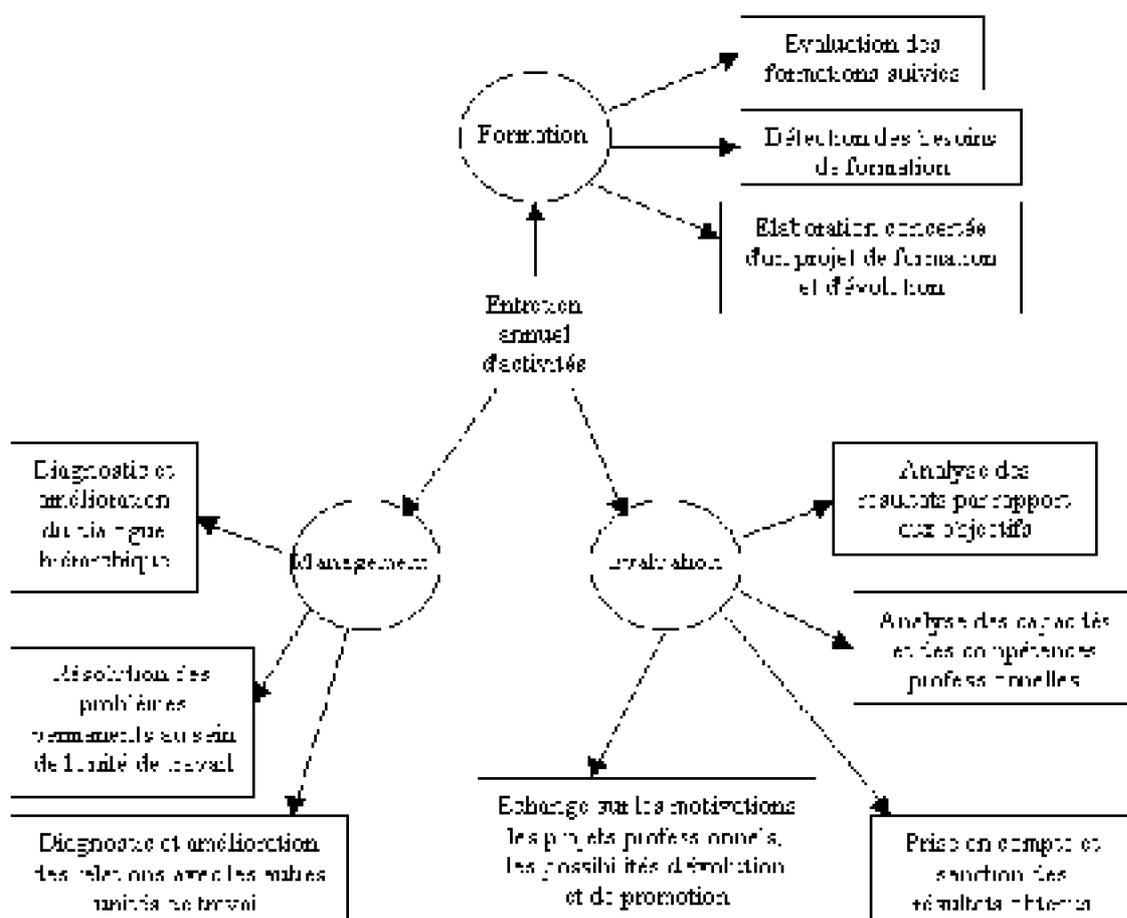
De ce fait, la procédure de notation est perçue par la plupart des agents comme un acte bureaucratique, peu responsabilisant et peu motivant. La notation annuelle fait par ailleurs l'objet de nombreuses critiques et recours en commission paritaire. Le système est vigoureusement critiqué, alors que dans le même temps de fortes résistances s'opposent encore à son changement.

L'application de la circulaire sur la notation des directeurs d'hôpitaux suppose la mise

¹⁴² Ministère de la Santé publique - circulaire No 26 du 22 juillet 1994.

en place de véritables critères d'évaluation reposant sur l'échange, le dialogue et la confrontation d'idée. Beaucoup de cadres arrivés au sommet de la pyramide hiérarchique à l'ancienneté, ont peu envie de remettre en question objectivement leur manière de gérer avec de jeunes cadres formés à la gestion.

L'entretien est en premier lieu une procédure orale entre un agent et son chef de service. Serge ALELIAN et Dominique FOUCHER¹⁴³ donnent la représentation fonctionnelle suivante de l'entretien annuel d'activité en le situant au centre de trois autres outils de GRH reliés entre eux par interactivité. Ces trois concepts sont la formation, le management et l'évaluation.



Ainsi intégré l'entretien annuel remplit trois fonctions essentielles et simultanées:

¹⁴³ ALELIAN Serge et FOUCHER Dominique, « Guide du management dans le service public », les éditions d'organisation, collection service public, 1978.

une fonction de dialogue car il y a échange entre deux personnes.

une fonction de résolution des problèmes. En prenant un certain recul, divers problèmes jusqu'alors insolubles peuvent alors se résoudre.

une fonction d'amélioration des besoins en formation. En décelant lors de l'entretien les potentialités de l'agent, ses souhaits, ses besoins en formation, l'enrichissement est d'abord individuel. En fixant les objectifs des agents d'un même service et en raisonnant en terme de moyens, l'intérêt se déplace au niveau collectif.

Ce processus peut tendre vers une amélioration globale de la gestion des ressources humaines. Un entretien individuel est à la base d'une gestion par objectif dans un service car il permet de définir objectifs et moyens en mobilisant le personnel. L'entretien individuel permet aussi d'améliorer la communication hiérarchique interne.

d- Promouvoir une culture de l'évaluation.

Le Ministère de la fonction publique a commandité une étude à un cabinet de consultant en septembre 1992 dans le but de mieux connaître les processus d'évaluation dans le secteur public. Le résultat de cette audit a révélé un développement limité des processus et une confusion sur la notion même d'évaluation. Dans les cas de figure où des indicateurs ou des paramètres d'évaluation ont été mis en place, il s'agit le plus souvent d'indicateurs sur les réalisations d'actions et très rarement sur les effets de ces actions.

Les tableaux de bord de suivi de l'activité sont très répandus à l'hôpital public. Ils permettent de mesurer les écarts des réalisations par rapport aux objectifs et de corriger éventuellement les prévisions initiales, mais ils ne permettent pas de mesurer l'impact des actions entreprises. Par exemple, si l'équipe d'une unité soignante décide d'inclure la formation continue dans un projet de service, il serait utile de mesurer les modifications induites par cette action de formation dans le fonctionnement quotidien du service. Cela est rarement évalué.

L'audit du Ministère de la fonction publique a aussi révélé que dans l'administration l'évaluation est souvent confiée aux agents qui mènent l'action et non à une instance autonome disposant d'une faculté de recul et d'analyse. Il serait souhaitable que les services ou établissements publics aient recours à des instances d'évaluation internes autonomes ou voire ponctuellement à des consultants externes.

Nous avons observé quel rôle pouvaient jouer à l'hôpital public des unités comme la DSIO (Direction des systèmes d'information et d'organisation) ou le DIM (Département d'information médicale) dans ce type d'études d'évaluation, mais aussi dans la gestion par objectifs ou par projets. Ces unités sont utiles pendant tout le déroulement d'un projet par leur apport méthodologique et stratégique qui peut prendre différentes formes:

aide à la conception du diagnostic interne sur la situation du service, aide à la

détermination des objectifs, à la définition de la procédure et dans la recherche des outils du changement.

aide au comité de pilotage dans les réunions, aide à l'élaboration des propositions et à la mise en place des méthodes d'évaluation.

soutien à l'évaluation des politiques et des effets des outils de gestion mis en oeuvre.

Ces unités hospitalières ont pour atouts une bonne connaissance de l'organisation et l'expérience des situations concrètes, tout en gardant l'extériorité du regard. Ces tâches peuvent aussi être confiées à des acteurs d'autres unités, recevant une formation adéquate aux méthodes de conduite de projets et d'évaluation.

Le développement de l'évaluation ou plus généralement de l'information sur l'activité des services et sur les résultats est un excellent moyen pour mieux responsabiliser les acteurs hospitaliers. Bien connaître l'activité de son service, en apprécier l'évolution et les résultats obtenus, peuvent être des facteurs de motivation individuelle et collective d'une équipe. La transparence ainsi obtenue par le développement de l'évaluation et de l'information est un moteur puissant pour poursuivre la modernisation de l'hôpital public. C'est en cela que l'on peut parler de processus de révolution culturelle à l'hôpital public.

Une DRH devra mettre une priorité à l'existence et à la formation de consultants internes à l'établissement qui d'une manière permanente animeront les processus stratégiques de projets, en veillant à leur bon déroulement, à leur évaluation et à la résolution des dysfonctionnement. Ces acteurs hospitaliers peuvent appartenir à la DRH, mais aussi à des cellules stratégiques comme la DSIO, le DIM, ou l'analyse de gestion. Ils pourront être aussi bien gestionnaires, que médecins ou soignants. C'est donc un processus pluridisciplinaire.

e - Une priorité gérer et anticiper les effectifs, les emplois et les compétences.

Une DRH hospitalière ne peut compter utiliser en l'état l'outil de gestion prévisionnel des emplois et des compétences tel qu'il existe actuellement à l'hôpital public, car celui-ci n'est pas encore opérationnel. Une DRH devra se fixer au préalable des objectifs plus modestes tels que la gestion prévisionnelle des effectifs. Aujourd'hui seuls quelques hôpitaux, des centres hospitaliers universitaires, ont atteint ce premier stade prévisionnel.

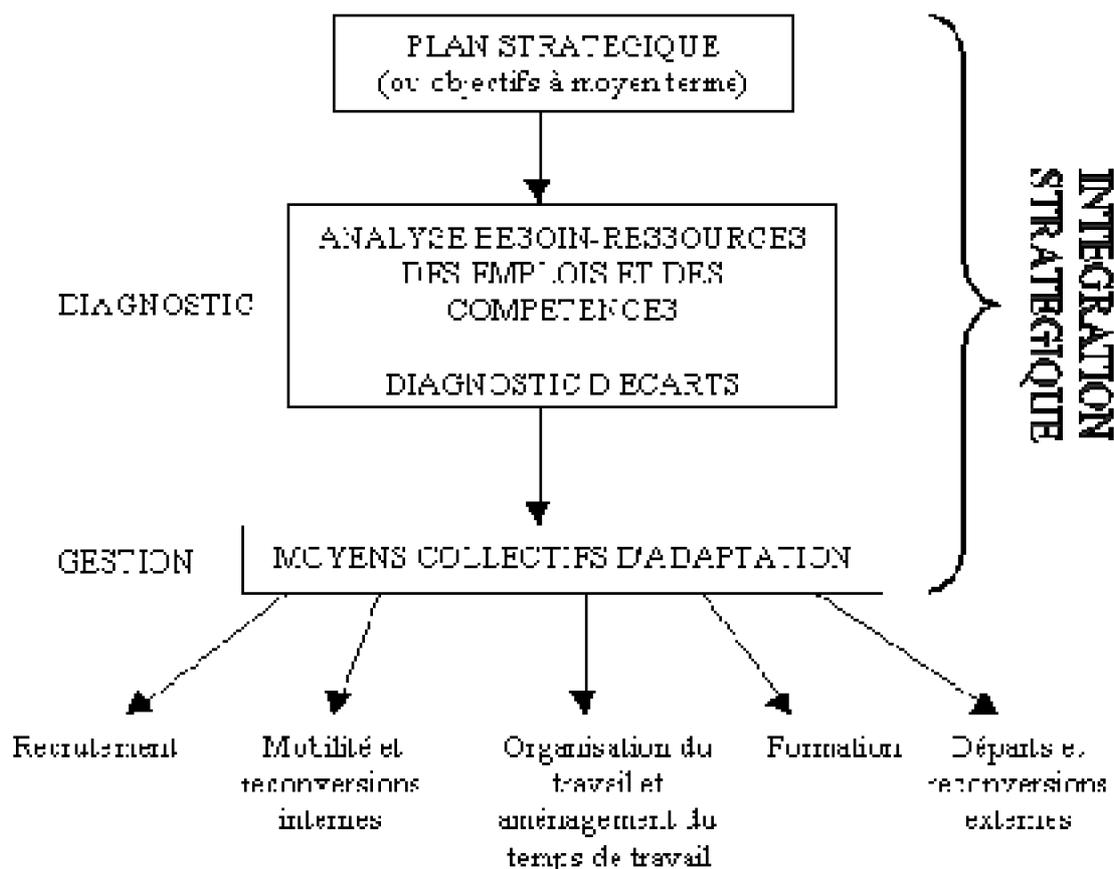
Le fait d'avoir une description plus précise des fonctions des acteurs puis de mieux connaître leurs emplois et leurs compétences est déjà un progrès sensible. A partir de cet acquis, il peut être envisager une approche d'anticipation des décisions concernant le personnel. Cette démarche prévisionnelle qualitative est une approche globale car elle implique individuellement l'agent dans son projet d'évolution professionnelle et aussi collectivement par son intégration dans l'organisation.

La gestion stratégique des emplois et des compétences est à construire. Elle a pour objet d'identifier les écarts entre les besoins actuels et les besoins futurs de l'organisation.

Il s'agit donc d'anticiper les écarts prévisibles afin d'engager des plans d'actions et des politiques pour tenter de les réduire.

Une DRH devra au préalable établir l'inventaire et le diagnostic des ressources existantes en terme quantitatif et qualitatif, puis gérer les actions nécessaires pour atteindre les objectifs fixés.

Serge ALECIAN et Dominique FOUCHER¹⁴⁴ donnent la représentation schématique suivante du processus :



Ces deux auteurs distinguent plusieurs étapes successives :

Le diagnostic de l'existant.

L'analyse de l'évolution probable des ressources humaines existantes.

La définition des emplois souhaitables en fonction des objectifs et de l'évolution des missions.

¹⁴⁴ Serge ALECIAN, Dominique FOUCHER, Guide du management dans le service public, les éditions d'organisation, collection service public, 1978..

L'analyse des écarts entre le prévisionnel et le souhaitable.

La mise en place de plans d'action.

Pour être efficace la gestion prévisionnelle, des effectifs, des emplois et des compétences doit s'inscrire dans la politique globale de l'établissement. Il faut constater que peu de DRH s'inscrivent actuellement dans une démarche prévisionnelle de gestion des effectifs et des emplois corrélée avec les autres outils de gestion de GRH tels que le recrutement, la formation, la gestion des carrières. L'anticipation dans la gestion des ressources humaines devrait pourtant s'imposer compte tenu de la dégradation de l'environnement économique et budgétaire.

Avec le ralentissement de la croissance économique et la baisse des budgets, l'hôpital est confronté à des changements qui se traduisent par une érosion lente des effectifs. En 1996, les budgets hospitaliers vont croître de 1,1% en moyenne, soit bien en dessous des hausses réelles des coûts. En 1995, le taux directeur était de 2,8 %. En terme de personnel, cette baisse des taux directeurs budgétaires d'une année sur l'autre, correspond nationalement à la perte de 10 000 emplois hospitaliers seulement pour l'année 1996. Pour les seuls hôpitaux de LYON, les HCL, la perte est de 200 agents.

Cette baisse des effectifs n'est pas sans conséquences sur l'organisation du travail et les variations de compétences requises dans les nouvelles situations de travail.

Les gestionnaires hospitaliers ont la responsabilité de prévoir les besoins quantitatifs et qualitatifs de demain. Sans utiliser forcément des modèles de prévision sophistiqués, la dimension prévision et anticipation est devenue incontournable en gestion hospitalière du personnel et des ressources humaines, et ne pourra que se développer.

f - Les tableaux de bord comme outils d'aide à la décision sont encore peu présents à l'hôpital public.

Le système de pilotage et l'emploi de tableaux de bord n'est pas l'apanage exclusif de la DRH. Dans le domaine financier et dans celui de la mesure de l'activité, la cellule d'analyse de gestion a la charge à l'hôpital public de mettre en place des systèmes de pilotage et des tableaux de bord. C'est certainement dans le domaine de l'information financière que ces pratiques sont les plus développées. Mais, un système de pilotage est un instrument qui n'est pas en exclusivité réservé au contrôle de gestion et au suivi budgétaire et financier. C'est un outil d'aide à la décision qui utilise des informations en provenance de sources multiples, pour autant que ces informations soient utiles pour suivre, contrôler et élaborer les résultats atteints par rapport aux objectifs.

Nous retrouvons ici les concepts d'objectifs, de résultats, d'évaluation et d'indicateurs. De manière générale, nous pouvons distinguer trois étapes dans la construction d'un tableau de bord:

la finalisation du tableau de bord qui est une phase où il est défini l'utilité du tableau de

bord et ses objectifs.

La recherche et la construction d'indicateurs.

La formalisation des tableaux de bord

Les tableaux de bord permettent d'anticiper et de suivre l'activité d'une unité. La fonction de prévision conduit à préciser les objectifs et les allocations de ressources dans le temps. Les procédures de prévision sont une succession d'étapes qui peuvent être assimilées à des projets et suivies en tant que telles.

Nous retrouvons dans cet outil de gestion, les notions stratégiques communes aux autres outils tels que la définition des objectifs, des moyens, des ressources et le développement des fonctions de mesure et de contrôle.

La réforme de 1996 qui s'accompagne d'une valorisation des services par accréditation de ces derniers et mise en place de budgets opérationnels, rend nécessaire un suivi accru de l'activité et des lignes budgétaires. Dans ce contexte, des tableaux de bord par unité facilitent le suivi financier et qualitatif.

Cet outil s'intègre tout à fait dans la logique de fonctionnement stratégique et global d'une DRH; mais si cet outil présente un apport certain il a aussi des limites. Face à la raréfaction des ressources due à la baisse de la croissance et des budgets publics, les hôpitaux se trouvent contraints de participer à la maîtrise des dépenses. Cette maîtrise peut difficilement être envisagée sans une connaissance du suivi des variables quantitatives tels que l'activité et les coûts. Le Ministère de la santé depuis une dizaine d'année encourage ce processus de contrôle. Compte tenu de la part prépondérante des ressources humaines à l'hôpital, il apparaît important de suivre aussi les variables qualitatives. Les tableaux de bord sociaux de gestion peuvent réaliser une partie de ce suivi qualitatif.

Utilité et limites des tableaux de bord sociaux de gestion à l'hôpital public.

Quand il s'agit des variables quantitatives tels que l'activité ou les coûts, il est facile pour le gestionnaire de créer un tableau de bord de suivi d'une ou plusieurs variables à partir de chaque objectif de gestion. C'est le cas des tableaux de bord financiers des services logistiques ou des services de soins.

Les **tableaux de bord sociaux** s'adressent plus particulièrement aux ressources humaines et ont l'ambition d'une évaluation et d'un suivi quantitatif et qualitatif. Ces tableaux peuvent concernés les fonctions horizontales et verticales du domaine social.

Les fonctions horizontales concernent tous les domaines de la gestion classique des ressources humaines hospitalières, tels que la gestion prévisionnelle du personnel, des emplois et des compétences, la gestion des carrières ou la formation.

Les fonctions verticales sont plus qualitatives et sociales. Elles regroupent les thèmes plus ou moins abstraits de la culture d'établissement tels que la communication interne ou

le social en général. Il existe plusieurs types de tableaux de bord sociaux en gestion des effectifs, des emplois et des compétences. Les effectifs, données quantitatives, peuvent être définis et suivis par plusieurs variables telles que l'âge, l'ancienneté, le statut. Pour représenter la structure par âge, il est facile d'utiliser l'outil démographique notamment sous la forme de pyramides des âges avec ses applications statistiques. La gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences est un acte de prévision et d'anticipation des ressources humaines à la fois quantitatif, par l'ajustement du nombre d'emplois souhaitables et qualitatif par l'évaluation de l'efficacité et des compétences des salariés.

Ce type de gestion s'appuie sur des systèmes et des programmes d'actions, qui ont pour objectif d'assurer à l'organisation, le personnel nécessaire en nombre et en terme de qualifications et de compétences. Cette démarche prévisionnelle est très complexe et exigeante, car elle suppose une connaissance anticipative précise des effectifs et des effets de l'évolution des compétences des agents. Le gestionnaire doit disposer de plusieurs tableaux projectifs sur les effectifs, les emplois et les compétences.

Des tableaux de bord sociaux peuvent aussi être construits dans les domaines de la communication interne, de l'information et de la formation. Il est possible de suivre et d'évaluer les réunions de services, de mesurer le degré d'intégration des agents nouvellement recrutés, et d'évaluer les formations en retenant divers paramètres quantitatifs et qualitatifs.

Dans certains hôpitaux ont été élaboré des paramètres de suivi du climat social. à partir d'indicateurs de dysfonctionnement ou d'indicateurs des relations au travail des agents ou du fonctionnement des syndicats. Des tableaux de bord ont été construits à partir d'indicateurs d'absentéisme, de mobilité inter-service et d'accidents du travail. Ce type de tableau de bord, outil d'information et d'aide à la décision est un apport pour le gestionnaire, il peut suivre l'évolution structurelle et conjoncturelle de l'hôpital à travers tel ou tel paramètre. Il peut localiser rapidement l'endroit d'un dysfonctionnement, son ampleur et son origine. Ces outils de pilotage l'aideront à prendre des décisions, à agir sur les variables pour infléchir leur évolution. Ils peuvent être outils à la gestion d'une démarche stratégique en aidant à l'évaluation et au suivi des moyens et des objectifs fixés. Il peut aussi être mis en place un suivi et un contrôle de gestion d'un projet, projet d'établissement ou projet de service, en assurant la cohérence de ce dernier avec la gestion globale de l'établissement par l'élaboration de méthodologies spécifiques à l'évaluation et au suivi du projet. Les projets pourront être suivis de l'amont au bilan en intégrant l'analyse de la valeur pour fixer et préciser les objectifs du projet et élaborer des scénarios alternatifs.

Plus globalement, nous pouvons dire aussi que la pratique et l'utilisation des tableaux de bord peut s'avérer fédérateur de culture, au sens qu'il permettent par une certaine homogénéité, de créer un langage commun et de contribuer au décloisonnement et à la communication à partir d'outils partagés par différents acteurs et différents services.

Cependant ces outils ont des limites. Ils sont tout d'abord de caractère mécaniste, c'est à dire qu'ils ne renseignent que sur la variable qui est suivie. La découverte de la cause d'un écart entre l'objectif et la réalité dépend généralement d'un raisonnement

autre.

Il faut souligner aussi la lourdeur de ces tableaux de bord. Cette seconde contrainte est essentiellement consécutive au caractère mécaniste de ces modèles. Avec l'outil informatique, le risque est grand de multiplier les tableaux et les paramètres suivis. En grand nombre, ils deviennent difficilement gérables. Et, l'on peut assister à une asphyxie du système par manque de temps pour analyser et exploiter les tableaux. Le nombre des variables qualitatives, sociales et culturelles qui peuvent être suivies, est limité et le champs d'action majeur des tableaux de bord est essentiellement quantitatif.

g - La gestion par projets : un processus stratégique, participatif et global.

Une DRH doit insuffler la notion de conduite de projet à tous les acteurs hospitaliers. Instaurer dans l'organisation une culture d'action par projet suppose:

· l'existence d'une méthodologie de gestion de projets formalisée.

· la création de groupes de projet afin de gérer les dossiers.

Un projet peut-être défini comme un problème dont on programme la solution. De manière générale, un projet exige plusieurs éléments:

· une mission dans laquelle sont formalisés les objectifs.

· des moyens nécessaires pour atteindre les objectifs.

· une organisation basée sur la réunion de compétences.

Le recours à la gestion par projets à l'hôpital public peut présenter plusieurs avantages dont celui de dépasser le fonctionnement bureaucratique et hiérarchique habituel de l'administration. Les acteurs qui participent aux différentes étapes d'un projet, sont employés en fonction de leur compétence et non pas strictement selon leurs grades. Un projet est l'affaire d'un groupe d'acteurs. La direction qui est l'unité hiérarchique qui « commande » le projet, définit les grands axes, les objectifs, les moyens, puis en délègue la responsabilité de réalisation à un groupe d'acteurs. Le responsable de projet qui identifie les moyens nécessaires, liste les hypothèses et les scénarios de réalisation possibles en terme de coûts, de moyens, d'objectifs et de délais. Il a une qualité d'expert. L'analyste de projet qui est responsable du processus, doit maîtriser la conduite du travail en équipe, faciliter ce travail et obtenir des consensus de la part des acteurs engagés dans le projet. Les membres actifs du projet qui représentent les unités dont ils sont issus, sont chacun responsable d'un domaine d'expertise et contribue à la réalisation de l'ensemble.

La gestion par projet permet aussi un décloisonnement entre certains services. Nous

avons vu qu'à l'hôpital public le cloisonnement était très fort entre l'administratif et les services de soins, voire même entre les unités soignantes d'un même secteur. Un projet est souvent transversal. En exigeant la participation de plusieurs services, administratifs, soignants, logistiques, il peut contribuer au décloisonnement structurel de l'hôpital public.

Une gestion par projet favorise une gestion par objectifs, et peut être un élément de rupture de l'inertie administrative qui a tendance à répéter les mêmes tâches sans anticipation et raisonnement à moyen terme. Un projet qui comporte des objectifs avec un échéancier permet d'introduire progressivement une culture plus orientée vers l'atteinte de résultats dans un délai donné. C'est dans ces termes que l'on peut dire que la gestion par projet est stratégique et participative.

Les réformes successives de 1991 et 1996 aboutissent à finaliser deux projets majeurs pour les établissements hospitaliers. La loi hospitalière de 1991 priorise le projet d'établissement. La réforme hospitalière de 1996 ajoute et officialise les contrats d'objectifs par service.

Les contrats d'objectifs nécessitent initialement la même démarche de conduite de projet que le projet d'établissement. La logique interne de gestion que la DRH d'un établissement doit animer en étroite collaboration avec la direction générale est la même. Dans les deux cas, projet d'établissement et contrat d'objectif, les étapes successives passent par une définition des objectifs, une responsabilisation des acteurs, une définition claire des rôles de ceux-ci et la mise en place d'outils de pilotage et d'évaluation. Ainsi un contrat d'objectif entre un service soignant et le CREM (centre régional de l'évaluation médicale) passe tout d'abord par la mise en place d'un comité de pilotage spécifique à ce contrat. Ce comité conduira les négociations entre le médecin conseil régional et l'équipe médicale du service sur la base de critères médicaux et en s'appuyant sur des indicateurs quantitatifs et qualitatifs.

Les objectifs du service doivent s'intégrer au sein du tissu médical environnant tant public que privé. Le raisonnement se conçoit en terme de réseau de soins, c'est à dire en s'appuyant sur un partenariat étroit ville-hôpital, avec une coordination entre les médecins de ville et les médecins hospitaliers. Une meilleure utilisation des indications médicales des patients doit éviter les hospitalisations inutiles.

La coordination et la coopération doit s'étendre aussi entre l'hôpital et l'extérieur, avec les organisme de contrôle et de financement. Tout comme les projets d'établissement, les contrats d'objectifs doivent être compatibles avec le schéma régional d'organisation sanitaire. Cela suppose une approche médico-administrative globale et des règles du jeu régionales communes entre les partenaires: l'Etat, l'assurance maladie, le secteur libéral, et les établissements ou les regroupements d'établissements publics ou privés. Ce processus exige la mise en place de procédures de gestion de projet et d'évaluation, telles que:

la mesure des performances de l'hôpital.

l'évaluation de l'activité des services hospitaliers en les comparant par disciplines au

niveau régionale.

la sélection de normes de référence, d'indicateurs et de nouveaux tableaux de bord.

la mise en place de systèmes d'information efficace.

le développement d'outils informatiques améliorant l'adéquation des prescriptions aux besoins réels des malades.

le développement et l'intégration dans le fonctionnement quotidien de nouveaux outils de pilotage, de gestion et d'évaluation quantitatifs et qualitatifs.

Pour être complet, un contrat d'objectif devra être complémentarisé par une démarche de qualité globale au sein du service. L'élaboration et le suivi d'une démarche de qualité globale peut être découpée artificiellement en trois phases:

La première phase est constituée par la création de référentiels de qualité évaluant la qualité de l'offre du service concerné au sein du réseau. Pour réaliser ce processus, trois étapes sont nécessaires:

la définition des cahiers des charges devant servir de base contractuelle aux nouvelles relations que le service entretient avec ses patients au niveau interne et au sein de son réseau de soins.

la création d'indicateurs afin de mesurer le degré de conformité de chaque prestation à son cahier des charges.

la mise en place des référentiels de qualité standard.

La seconde phase comprend le bilan et l'analyse de la qualité existante de l'offre de soin du service en interne et au sein du réseau, avec un examen détaillé des prestations que l'établissement fournit à ces patients.

La troisième phase comprend la mise en place du plan d'amélioration de la qualité. Cette phase nécessite elle-même trois étapes:

l'analyse détaillée des recommandations traduites en plans d'actions et acceptées par l'équipe et la direction afin d'améliorer la qualité.

la réalisation de ces plans d'action.

un suivi régulier à l'aide d'indicateurs afin de maintenir un niveau de qualité optimal.

h - Exemple d'une démarche de projet dans un établissement hospitalier.

Nous pouvons prendre pour exemple une démarche de projet d'établissement réalisée dans un hôpital de la région lyonnaise de taille moyenne (500 agents). Cet établissement conjugait au départ un maximum d'obstacles. Le cloisonnement entre la direction, les médecins et le personnel soignant, était très élevé. Les outils d'évaluation existants étaient très peu élaborés. La concertation et la participation du personnel n'avaient pratiquement jamais été mis à contribution sur une échelle aussi globale. La gestion par objectifs à moyen terme n'avait pas été encore expérimentée et c'était la première fois qu'un processus de projet d'envergure était mis en place.

Grâce à une méthodologie stratégique et participative rigoureuse, le projet fut mené à son terme en deux années. Nous vous proposons une analyse des différentes phases du processus qui mettra en lumière l'interaction des différentes stratégies et pratiques de gestion employées.

La loi hospitalière de 1991 prévoit que les médecins, sous l'autorité du Président de la C.M.E., soient chargés de préparer avec le directeur, le projet médical d'Etablissement¹⁴⁵. Les soignants non médecins interviennent dans l'élaboration d'un projet de soins et la Commission des soins infirmiers est saisie pour porter un avis sur le projet d'établissement¹⁴⁶. Le projet de gestion est élaboré en s'appuyant sur les matériaux des divers groupes de travail et de réflexion de l'établissement.

La loi hospitalière de 1991 confirme le rôle de trois institutions hospitalières, Conseil d'administration, Commission médicale d'établissement (C.M.E.), Comité technique d'établissement (C.T.E.), auxquelles le directeur peut demander de délibérer sur le projet d'établissement¹⁴⁷.

En janvier 1994, une phase de réflexion et de concertation au sein des principaux acteurs hospitaliers de l'hôpital a permis de dégager trois tendances :

· la volonté du corps médical de construire seul la réflexion sur l'élaboration du projet médical.

· la volonté de la direction de faire participer l'ensemble du personnel à une réflexion sur les orientations majeures de l'hôpital en cohérence avec le S.R.O.S.S., la culture de l'établissement et ses moyens.

· la volonté d'instaurer une représentativité du personnel la plus multi-catégorielle possible au sein du groupe de pilotage.

¹⁴⁵ cf art. L 714-16 de la Loi hospitalière de 1991, loi No 748 du 31 juillet 1991.

¹⁴⁶ cf art. L 714-26 de la Loi hospitalière de 1991.

¹⁴⁷ cf art. L 714-16; art. 7114-17; art. 714-18; art. 714-19 de la Loi hospitalière de 1991.

La procédure d'élaboration du projet, pour être rigoureuse, a nécessité que l'hôpital prévoit une structure de coordination opérationnelle. En avril 1994, un Comité de pilotage a été mis en place. Ce comité rassemble différents acteurs et se réunit régulièrement afin de suivre l'état d'avancement du projet d'établissement. Son rôle est triple :

il fournit aux groupes de travail les thèmes de réflexion.

il est responsable du suivi du projet, il assure la validation des résultats des enquêtes ou missions de réflexion des groupes de travail et veille ainsi à une certaine cohérence du projet.

il assure la synthèse des diverses actions de changement et dégage les objectifs sur lesquels le projet peut se fonder.

En septembre 1994, six axes de travail ont été retenus par le Comité de pilotage :

Axe 1 : conditions d'accueil des patients et des familles

Axe 2 : les principales orientations de l'offre de soins.

Axe 3 : politique de réseau, de partenariat et de coopération

Axe 4 : image de l'hôpital et communication

Axe 5 : maîtrise de la qualité des soins et prestations en général

Axe 6 : conditions et qualité du travail, pertinence des formations

D'octobre 1994 à Janvier 1995, des groupes-projets ont été constitués dans chacun des six axes. Composés des membres du comité de pilotage répartis dans les six axes ainsi que des personnels invités en qualité de "personnes ressources", ces groupes-projets ont joué un rôle de coordination entre les différents groupes de travail. Ce travail terminé, les groupes-projets ont été dissous.

De février à mars 1995, ont été mis en place 18 groupes de travail regroupant 150 agents volontaires sur les 500 agents employés à l'hôpital. La participation du personnel a été conséquente pour atteindre près de 30% de l'effectif. 25 personnes volontaires parmi ces 150 agents ont été formés en mars 1995 pour assurer l'animation des groupes de travail. Les groupes ont débuté leurs travaux en avril 1995. Leur rôle était d'être à l'écoute de l'ensemble du personnel, d'analyser l'existant, d'identifier les dysfonctionnements et éventuellement de proposer des solutions. Ils ont fourni leurs premières conclusions entre juillet et septembre 1995. L'écriture du préprojet s'est effectué en fin d'année.

Il faut noter que l'hôpital a fait appel à un consultant extérieur, en tant que conseiller technique intervenant à la demande des groupes pour la mise en place et le déroulement du projet.

Les comptes-rendus des groupes de travail et de synthèse, ont permis de retenir les propositions du personnel en matière d'offre de soins, d'étudier le système de gestion existant dans l'établissement, les insatisfactions et les attentes du personnel en matière de G.R.H. mais aussi en ce qui concerne l'organisation, les conditions de travail, le système d'information et de communication. Le rôle principal des groupes de travail a été de faire une analyse de l'existant à partir de données dont le recueil a nécessité un travail et un investissement important de la part du personnel. En effet, la majorité des groupes ont travaillé sur la base d'un questionnaire tandis que les autres ont réalisé des interviews, ces deux méthodes requérant beaucoup de temps, notamment en ce qui concerne le dépouillement.

Différents thèmes en rapport avec le projet de gestion ont été abordés. Le travail du groupe de pilotage, aidé par la direction a été de dégager ces thèmes, de repérer les dysfonctionnements existants et d'évaluer ces apports par rapport à l'objectif final de rédaction.

Les thèmes retenus dans le projet de gestion sont :

·
l'accueil, le recrutement du personnel

·
la reconnaissance des compétences de l'agent dans son travail

·
les conditions de travail et l'organisation

·
la communication interne

·
la coopération

Le comité de pilotage et la DSIO de l'établissement (direction des services d'information et d'organisation) ont procédé à une évaluation du travail des 18 groupes avant l'écriture du préprojet par le comité de rédaction. Pour évaluer la contribution de plusieurs groupes à l'élaboration d'un projet, il n'existe pas de méthode standard. Les critères retenus pour apprécier le travail des groupes en matière de projet de gestion ont été:

·
le temps passé sur chaque thème

·
la richesse de la discussion

·
les propositions faites

la qualité des comptes-rendus en vue de la rédaction

Il a été évalué le plus objectivement possible l'importance de chacun de ces critères au niveau des thèmes retenus afin d'en faire apparaître les points forts et les points faibles. Ce travail résumé sur un tableau peut paraître très synthétique au premier abord, mais il convient de souligner qu'il représente une analyse du travail de l'ensemble des groupes, soit plus de 150 comptes-rendus au total.

Thèmes	Temps passé	Richesse de la discussion	Propositions apportées	Qualité des comptes-rendus
ACCUEIL	+	+	+	-
RECONNAISSANCE	+	+	+	-
CONDITIONS DE TRAVAIL	+++	+	-	-
COMMUNICATION	+++	++	+	-
COOPERATION	++	++	+	-

D'après les évaluations effectuées, il apparaît que ces cinq points semblent très importants pour la qualité de vie du personnel au sein d'un établissement. L'accueil est un moment fondamental qu'il faut privilégier. La reconnaissance du personnel pour son travail, les conditions de travail, la communication et la coopération, abordées par un grand nombre d'agents, constituent les préoccupations essentielles de ces derniers. Le temps passé sur ces thèmes et la richesse de la discussion traduisent bien leur importance. Cependant, le nombre de propositions cachent le manque d'idées du personnel quand il s'agit d'apporter des améliorations concrètes dans ces domaines et de réduire les dysfonctionnements existants. D'autre part, les propositions, quand elles existent restent trop peu explicitées et les comptes-rendus trop vagues.

Les groupes ont donc, dans l'ensemble, bien répertorié les forces et les faiblesses de l'établissement dans ces domaines. Le diagnostic interne de l'établissement a bien été réalisé, mais les matériaux manquent pour construire un véritable projet de gestion. Plusieurs raisons peuvent l'expliquer. Tout d'abord, les rapports comportaient des idées intéressantes mais étaient souvent trop succincts; les rédacteurs extérieurs aux groupes de travail ont eu des difficultés parfois à en cerner le sens. D'autre part, les membres de chacun des groupes n'étant pas forcément représentatifs de l'ensemble des services de l'établissement; le travail développé a davantage été orienté sur les préoccupations professionnelles propres des participants et ceci peut expliquer le manque de "matière" dans certains domaines. Etant donné la réalité de la charge de travail de chacun et les moyens limités en temps et en disponibilité pour réaliser ce travail, les agents ont été conduits à limiter leur ambition et à orienter leur réflexion dans le champs de leur propre espace professionnel au détriment de la réflexion des agents de l'ensemble des services.

Enfin, peu de propositions techniques ont été apportées en ce qui concerne le projet de gestion, en particulier au niveau des outils de gestion des ressources humaines. Ce sujet apparaît plutôt comme un élément nouveau, extérieur au personnel, réservé aux

spécialistes et encore peu exploré par le personnel hospitalier dans sa globalité. Si le personnel perçoit et exprime facilement les dysfonctionnement qu'il constate dans son quotidien, il en est pas de même en matière de propositions. Pendant trop longtemps, la gestion a été considérée comme une affaire de spécialistes: gestionnaires au sein de l'établissement ou fonctionnaires du Ministère de la santé.

Un apport méthodologique complémentaire s'est donc avéré nécessaire pour fournir un cadre à la rédaction du projet de l'établissement. Il était important que les rédacteurs aient à leur disposition, des outils pratiques permettant de les aider tel que des objectifs, des outils d'évaluation et des plans d'actions. Un apport ne serait utile que s'il intègre à la fois les aspects pratiques et conceptuels. Il a été décidé de lister toutes les procédures nécessaires pour permettre l'écriture du projet d'établissement et les outils de gestion nécessaires à sa réalisation.

La DSIO, en liaison avec la direction des ressources humaines a été chargée de ce travail. Elle a rédigé un important travail sous la forme d'un apport méthodologique, conceptuel et pratique d'aide à la rédaction du projet d'établissement.

Animé par l'infirmier général, une commission de rédaction du projet de soins a travaillé à partir des données des groupes de travail afin de les enrichir. Cette commission de douze membres a ensuite rédigé le projet de soin en incluant des outils d'évaluation et un suivi de la qualité du soin. Les médecins ont été représenté dans les groupes de travail et ont récrit et enrichit leur projet médical initial en relation étroite avec la direction et en échangeant diverses informations avec le personnel infirmier.

Le projet d'établissement a été rédigé en collaboration avec les administratifs, les médecins et les soignants. Le projet d'établissement définitif comprend des plans d'action avec des objectifs clairement déclinés. Les moyens pour atteindre ces objectifs sont évalués financièrement et une commission de suivi du projet d'établissement installée pour cinq ans dispose de paramètres et de tableaux de bord afin de mesurer les écarts entre le souhaité et le réalisé.

Ainsi à l'occasion de l'élaboration du projet d'établissement puis de sa réalisation, a pu être recréé des liaisons entre les trois pôles de personnel hospitalier, administratifs, médecins, infirmiers, jusqu'ici très cloisonnés. Pendant la durée de la réalisation du projet d'établissement, c'est à dire cinq ans, la commission de suivi du projet d'établissement pourra évaluer les résultats obtenus, la qualité du soin et au besoin réactualiser les objectifs fixés et les moyens alloués. Une approche stratégique et participative est née à l'occasion de l'élaboration du projet d'établissement et l'on peut penser qu'elle va créer une dynamique irréversible. Ce contexte va en outre favoriser dans cet établissement le futur développement de projets de service et de contrats d'objectifs.

2 - La stratégie d'une DRH pour conduire le changement.

Il est important de créer sur le terrain une rencontre entre les outils théoriques de gestion des ressources humaines et la pratique professionnelle des intéressés. C'est l'objectif prioritaire d'une DRH hospitalière. Une DRH doit dans une démarche participative, associée les acteurs hospitaliers à l'élaboration d'un nouveau système de gestion des ressources humaines incluant la dimension humaine et sociale.

Réduire la crise du personnel hospitalier pour une DRH, c'est dynamiser une stratégie d'entraînement en faisant participer le personnel à la conception et à la mise en oeuvre du changement. Les modifications au niveau du comportement des acteurs, c'est à dire dans l'évolution culturelle ne peut se faire que progressivement et de manière continue dans le temps. Pour une DRH, il s'agit en fait de provoquer et de conduire une révolution culturelle des acteurs dans des domaines stratégiques tels que la sensibilisation à la conduite du changement et au suivi d'un projet, la négociation, la communication interne, la mobilisation et la motivation du personnel.

a - Première tâche d'une DRH, instaurer une culture du changement.

Des obstacles majeurs peuvent s'opposer au changement, tels que la culture existante de l'organisation, le jeu et les schémas mentaux des acteurs. L'action d'une DRH doit se concentrer sur ces composantes et selon leur nature, transformer ces obstacles en leviers du changement.

La culture d'une organisation est constituée des éléments qui permettent à ses acteurs de travailler, de communiquer et de vivre ensemble. La culture est un facteur essentiel de cohésion interne qui peut aussi bien agir selon le type de culture existant, comme une force de résistance au changement, qu'évoluer en s'adaptant pour résoudre des problèmes internes ou des défis venus de l'extérieur. La culture est le résultat du vécu collectif et de l'histoire de l'organisation. La culture est constituée d'un système de valeurs, c'est à dire, ce à quoi croient les acteurs, et qui apparaît comme un référentiel des comportements. A partir de ces valeurs, les acteurs agissent, aménagent l'espace et leurs comportements professionnels. Il n'y a pas de « bonne » et de « mauvaise » cultures dans l'absolu, mais simplement des aspects culturels positifs ou négatifs à une évolution de l'organisation vers un système de gestion plus managérial.

Une DRH devra déceler les aspects culturels d'une organisation qui constituent un atout, s'aider des points forts et faire évoluer les pesanteurs. Pour cela, il est nécessaire de s'appuyer sur les cadres et l'encadrement, de les responsabiliser, mais aussi de mettre en place des structures de concertation permettant une large participation de tous les acteurs. Pour faire évoluer une organisation en douceur et sans crise, il est nécessaire de faire un gros effort d'explication auprès du personnel. On ne change pas une organisation par contrainte brutale ou par incantation, on agit et on communique. Il est nécessaire pour la DRH de définir une stratégie claire du changement qui inclut le jeu et les schémas mentaux des acteurs. Toute organisation est constituée d'hommes et de femmes, et ce sont eux qui font vivre et évoluer l'organisation.

L'hôpital est une structure particulièrement travaillistique où le personnel a une importance quantitative et qualitative plus importante que dans la moyenne des organisations. Il est normal de considérer la dimension humaine et sociale du changement comme un paramètre majeur. Pour modifier une organisation, il conviendra de dialoguer, de convaincre, d'informer.

De manière générale, il existe une inertie sociale qui fait que la majorité des acteurs ont tendance à repousser le changement. Les acteurs possèdent des « acquis », ils ne savent pas toujours ce qu'ils vont gagner et connaissent mieux ce qu'ils risquent de

perdre. La propension au changement ou à l'inertie varie selon différents facteurs tels que l'âge, le niveau d'étude, de qualification, l'intégration professionnelle, etc...

La direction des ressources humaines devra réaliser au préalable une analyse stratégique et sociologique du jeu des acteurs, de leur mode de travail et de leurs comportements; connaître sur qui elle pourra s'appuyer et quels obstacles elle devra vaincre.

Pour Gérard DEMUTH¹⁴⁸, sociologue, « les gens n'ont pas des attentes et des besoins mais des manques. Les gens veulent donc pas de dirigeants qui leur ressemblent mais plutôt qui les respectent. Ils ne veulent surtout pas être méprisés. Les dirigeants doivent donc reconnaître les gens, les écouter, y deviner des réponses et leur restituer. L'opinion n'a pas besoin de prêcheurs, mais d'accoucheurs ».

Ces observations peuvent s'appliquer aux élites politiques qui décident les réformes, tout comme aux cadres de direction et gestionnaires sur le terrain. Les organisations ont de plus en plus besoin de souplesse et de réactivité. La gestion managériale s'appuie sur des caractéristiques inverses de la logique taylorienne basée sur la séparation de ceux qui exécutent avec ceux qui pensent et qui décident. Les acteurs ne veulent pas décider à la place des dirigeants mais ils veulent participer à l'élaboration de la décision avant la prise de décision, et être responsabilisés sur l'atteinte des objectifs.

Pour mener les changements, les DRH doivent mener un travail en profondeur sur plusieurs niveaux:

redéfinir les missions, les métiers, les valeurs, les objectifs.

concevoir de nouveaux mode de gestion et de fonctionnement.

La négociation et la communication interne jouent un rôle central, il conviendra aux DRH, de les inclure dans la réflexion stratégique et méthodologique initiale. L'élaboration d'un projet d'établissement est un très bon processus qui a valeur d'exemple. Les hôpitaux publics qui ont voulu réellement construire un projet d'établissement qui reflète la participation d'un grand nombre d'acteurs, ont dû intégrer ces principes. C'est à dire, dans un premier temps, bâtir une méthodologie d'action précise, ensuite, mettre en place des groupes de travail qui permettent à un grand nombre d'agents de participer. Il est souhaitable que la répartition des membres au sein des groupes de pilotage et de suivi des projets, obéisse au volontariat et échappe à la hiérarchie traditionnelle par grade. Les critères de sélection sont autres et peuvent être un bon niveau de communication, d'expression orale et écrite, un sens de l'innovation...

Les acteurs hospitaliers sont les architectes des principales orientations de l'hôpital pour les cinq années futures en terme de projets médical, soignant et de gestion. Si les acteurs se sentent exclus des décisions prises par la DRH et la direction générale, notamment en ce qui concerne la réflexion en amont de l'aspect social ou sur les

¹⁴⁸ DEMUTH Gérard, « Les gens ne veulent pas être méprisés », L'évènement, Libération, 9 et 10 décembre 1995.

conditions de travail, il y a tout lieu de penser que l'hôpital concerné aura à faire face à une productivité peu élevée et à des mouvements sociaux répétés.

b - La négociation et la communication interne, deux piliers de la DRH.

La négociation.

Dans l'administration publique, l'importance du statut et le sens de l'autorité laisse une place réduite à la négociation. L'hôpital public est une structure très hiérarchisée dans les services administratifs et les services soignants. Une caractéristique de l'organisation est une concentration du pouvoir de décision qui vient d'en haut. Le directeur d'établissement ne délègue que très partiellement à ses collaborateurs et le médecin chef de service reste la clé de voûte du fonctionnement des services médicaux. L'infirmière générale, nommée depuis quelques années directrice des services infirmiers, arrive difficilement à faire contrepoids au pouvoir médical. La décision part du sommet, du chef de service vers les différents niveaux hiérarchiques, médicaux puis paramédicaux.

Seul le supérieur hiérarchique dispose du recul nécessaire à la prise de décision. Il possède un triple pouvoir:

· donner des ordres,

· contrôler les actes des subordonnés,

· donner des sanctions.

La relation hiérarchique est médiatisée par le règlement qui énonce le cadre dans lequel on peut agir. Dans ce contexte, une négociation peut apparaître comme une remise en question de l'ordre établi et comme un facteur d'instabilité. La relation d'autorité entre le supérieur hiérarchique et un agent s'appuie sur une démarche autoritaire et de distanciation qui tend à cloisonner les rapports des agents. Pour créer un espace de négociation, il est nécessaire de modifier ces modes de fonctionnement.

Malgré ce contexte général, il existe une place pour la négociation à l'hôpital public. Nous pouvons prendre par exemple le cas d'un redéploiement interne à l'hôpital. Dans l'hypothèse du redéploiement du personnel des services logistiques, tels que les cuisines, les blanchisseries, les chaufferies vers les services soignants, comme le préconise le Ministère de la santé depuis une dizaine d'années, la mobilité des agents peut être négociée. L'objectif sera alors de créer une situation de négociation concertée, de telle sorte que les changements individuels d'affectation soient perçus par les acteurs en terme d'opportunités. Les avantages apparaîtront supérieurs aux inconvénients pour l'agent et pour l'organisation. Les changements doivent se gérer au mieux des intérêts individuels et collectifs en créant une interdépendance entre les deux parties et en cherchant une solution mutuellement acceptable et durable.

Une DRH doit gérer les conflits et aussi les prévenir, pour cela il y a un travail à

réaliser en amont. La négociation figure dans la panoplie des outils du gestionnaire et apparaît comme un moyen d'éviter le conflit mais aussi de construire l'avenir. Négocier, c'est organiser le changement sans l'imposer et le subir. La communication est l'outil par excellence de cette approche.

La communication interne.

La communication interne à l'hôpital public est en général peu développée. L'hôpital est une structure très cloisonnée où les structures catégorielles sont très marquées avec peu d'échanges transversaux. Toutefois depuis quelques années, tant dans les services administratifs que dans les services soignants, il est demandé de favoriser le travail d'équipe et de mettre en place des entretiens annuels; on observe une évolution sensible.

La communication est un art difficile, qui n'est pas inné, il faut s'y former et le pratiquer. Des formations spécialisées ont été mises en place progressivement à l'hôpital, tant au niveau des cadres que de l'ensemble du personnel. Depuis ces cinq dernières années, les plans de formation hospitaliers incluent systématiquement des formations telles que la conduite de réunion, le travail en équipe et diverses formations de communication interne.

La communication est une condition essentielle de l'efficacité d'un service. A l'hôpital, il est essentiel qu'il y ait suffisamment de communication entre les services soignants et administratifs, mais aussi à l'intérieur des services eux-mêmes. Pour cela, les cadres doivent maîtriser ce savoir-faire, en animant, en motivant, en informant le personnel.. La communication interne répond à des besoins multiples:

.
au principe de la régulation: la communication est un ensemble de méthodes et de techniques qui permet à un service d'éviter les conflits et divers autres dysfonctionnements.

.
au principe de transparence: une communication officielle et formelle suffisante évite le développement exagéré de l'informelle et de la rumeur. Dans bon nombre d'hôpitaux, c'est cette dernière information qui prédomine.

.
au principe de cohérence: chaque action doit s'inscrire dans une stratégie d'ensemble avec une interface entre communication interne et externe.

.
au principe de globalité: la communication comprend l'information descendante qui provient de la hiérarchie vers le personnel, l'information ascendante et l'information horizontale.

L'information ascendante provient du personnel en remontant vers le haut. Elle permet à la direction de connaître les aspirations du personnel et ainsi d'y répondre en préservant un bon climat social. L'information horizontale permet l'échange interservices qui relie les agents en coordonnant l'ensemble des activités.

La communication interpersonnelle est déterminée par deux composantes essentielles:

la capacité d'écoute des autres.

la clarté d'expression.

Pour progresser une DRH devra répondre en priorité à deux préoccupations:

délimiter les besoins réels et les attentes en communication et en information de l'organisation.

et connaître jusqu'où il faudra formaliser la communication interne pour répondre aux attentes.

Les réponses de la DRH en matière de communication devront être phasées avec les autres éléments de sa politique générale et concourir notamment à améliorer la motivation du personnel et à mobiliser les énergies.

c - La motivation et la mobilisation du personnel d'une organisation est une composante essentielle de la gestion managériale.

C'est du domaine de la GRH de définir le système de communication interne et le mode de relation entre les agents afin de faire converger les efforts de tous et de remplir les missions imparties. C'est aussi de la responsabilité quotidienne de chaque cadre dans son unité, d'animer et de motiver son équipe. Mobiliser une équipe ou le personnel d'une organisation, c'est donner du sens au travail des hommes et des femmes d'une organisation et c'est aussi leur donner une direction.

Donner une signification au travail des agents permet d'accroître leur motivation; mais si l'on veut les mobiliser autour de missions communes, il sera aussi nécessaire de faire converger les efforts et de désigner le chemin de la progression. Le concept de mobilisation est plus riche que celui de motivation car il possède une dimension organisationnelle supplémentaire.

Les acteurs hospitaliers ont besoin d'être à la fois motivés et mobilisés. Le personnel demande à être considéré. Lors des derniers mouvements sociaux des années quatre-vingt à l'hôpital public, le personnel soignant ou administratif mettait souvent en tête de ses revendications, la volonté de ne pas être méprisé, d'être écouté, respecté. Les infirmières revendiquaient, d'être informées, de pouvoir dialoguer et de manière plus générale, aspiraient à une valorisation dans leur relation avec leur hiérarchie, mais aussi à une valorisation de leur travail. Elles souhaitent une plus grande valorisation des tâches dans leur contenu et une meilleure appréhension de leur travail par les membres de l'équipe et par le public. La reconnaissance du travail effectué, peut amener à une fierté d'appartenance au service et au métier auquel on appartient. Beaucoup de services

publics renvoient une image plus ou moins négative dans le public. L'hôpital et la santé en général bénéficient encore d'une image globalement positive, avec pour certains services d'une plus value supplémentaire. C'est le cas, par exemple de la recherche en biologie, de la lutte contre le cancer, de la gynécologie ou de la fécondation in vitro. Or, on s'aperçoit que dans ces services, la motivation du personnel n'est pas en moyenne plus élevée que dans d'autres spécialités.

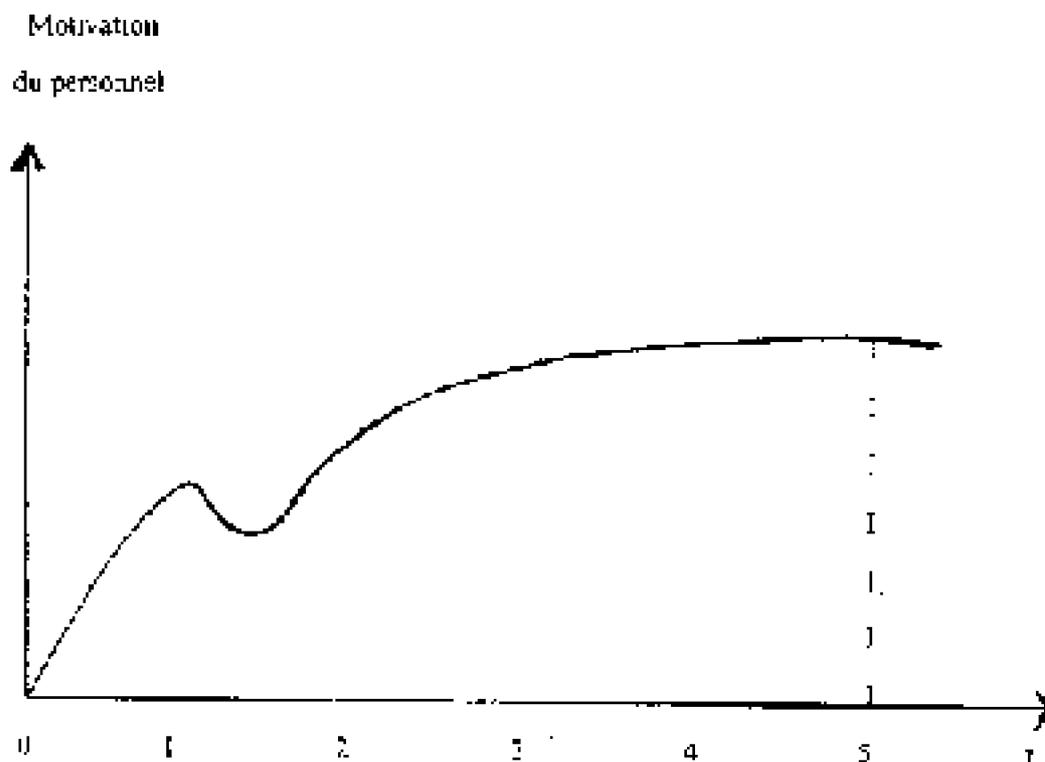
Cette démotivation générale à l'hôpital public repose en fait sur de nombreuses causes. Le manque de perspective sur l'avancement de carrière est aussi à intégrer au même titre que le manque de retour à l'effort produit. Une politique d'intéressement bien comprise et liée à des contrats d'objectifs pourrait permettre d'élever la motivation.

La motivation du personnel est un élément incontournable de la DRH; cependant cette politique doit être en cohérence avec une politique générale qui définira précisément les objectifs et permettra de faire converger les efforts. La direction générale doit définir une stratégie, les valeurs à privilégier et les règles du jeu. La DRH assure le relais afin de faire adhérer le personnel aux objectifs de l'organisation. Le cadre de cette mobilisation existe désormais, ce sont les projets d'établissement, les projets de service et les contrats d'objectifs. La réforme hospitalière de 1996, avec le renforcement du rôle stratégique du service peut apparaître comme un élément potentiel d'accroissement de la motivation et de la mobilisation du personnel hospitalier. Les acteurs de l'hôpital public ont besoin d'être à la fois motivés et mobilisés.

d - Une nécessité pour une DRH, gérer le changement dans le temps.

Réaliser des contrats d'objectifs dans le cadre d'un projet d'établissement peut permettre simultanément de modifier structurellement l'organisation. Pour réussir cet objectif, il faut réunir certaines conditions. La politique de gestion des ressources humaines mise en place par la DRH pour conduire le changement, doit s'inscrire dans une politique globale. La démarche doit être participative en permettant d'associer le plus grand nombre de personnel. La démarche doit être stratégique et s'appuyer sur des outils de GRH performants et sur des protocoles intégrant la dimension culturelle. Mais le mouvement amorcé doit aussi s'inscrire dans la durée. Le changement ne peut se faire à court terme lorsqu'il comprend aussi des modifications de comportements. Le temps minimum est d'au moins cinq ans, durée d'un projet d'établissement.

Les psychologues observent régulièrement un essoufflement dans l'intensité de la motivation du personnel sur un projet à moyen terme et ils représentent cette caractéristique sur un schéma. Ce fléchissement est appelé, vallée du désespoir et intervient généralement dans l'année qui suit le lancement d'un projet:



Les gestionnaires de la DRH devront démontrer clairement l'intérêt de mener à bien tel ou tel projet afin d'entretenir la mobilisation du personnel. Ils devront aussi expliquer les objectifs et définir une méthodologie simple et compréhensible en faisant un effort important de communication. Si l'on prend l'exemple, de la mise en place du PMSI (projet médical du système d'information) à l'hôpital, seules les directions, DRH, analyse de gestion et DSIO (direction des systèmes d'information et d'organisation), qui sauront faire converger les efforts du personnel, leur montrer l'intérêt du projet sur un long terme, pourront réussir dans leur entreprise d'élaboration d'un système d'information médicalisée.

Conclusion de la seconde partie:

La loi hospitalière de 1991, complétée par les ordonnances de 1996, apporte des

éléments stratégiques à l'hôpital, tels que le projet d'établissement et les contrats d'objectifs. En 1991, apparaît la notion de projet d'établissement hospitalier et entre 1991 et 1996 sont réalisés les premiers contrats d'objectifs entre les établissements et la Tutelle puis au niveau intra ou interservices. Le projet d'établissement qui se généralise progressivement à l'ensemble des centres hospitaliers, constitue un acquis de gestion solide autant qu'un point d'ancrage du changement du modèle hospitalier actuel.

La modernisation de l'hôpital public est liée à une mutation du mode de gestion qui doit devenir plus participatif et plus stratégique. Les changements dans la gestion des ressources humaines s'inscrivent dans une politique d'ensemble où les outils de gestion de GRH sont reconnus comme principaux vecteurs du changement. La loi hospitalière de 1991, si elle ne donne que très peu d'éléments concrets sur les nouveaux outils de gestion des ressources humaines, incite les acteurs hospitaliers au changement dans le cadre d'une cohérence globale du système hospitalier.

Il appartient aux directions des ressources humaines en liaison avec la direction générale et les autres directions de l'établissement, de mettre en chantier l'essentiel des réformes de gestion et d'organisation à l'hôpital. Les D.R.H. doivent intégrer les changements intervenus en politiques publiques avec des transferts d'initiatives pour les acteurs hospitaliers aux dépens d'un dirigisme étatique trop rigide en matière de politique sanitaire. Pour finaliser ces objectifs, les directions des ressources humaines hospitalières rencontrent de nombreux obstacles internes et externes à l'hôpital, d'ordre statutaire, mais aussi d'ordre culturel. Les différents acteurs hospitaliers manifestent globalement de fortes résistances lors de la modification du système de gestion en place.

Un nouveau modèle hospitalier basé sur un mode de gestion managérial, ne pourra fonctionner efficacement et durablement, que s'il est mis en place dans le cadre d'une stratégie sociale claire permettant une articulation cohérente des groupes sociaux. .

CONCLUSION GENERALE

Nous avons été amené à formuler plusieurs hypothèses sur la crise de l'hôpital:

En premier lieu, que la crise financière de l'hôpital n'est qu'une des formes apparentes d'une crise profonde du modèle hospitalier au niveau structurel: dans ses missions et au niveau de son personnel..

En second lieu que la crise du personnel hospitalier dynamisait la crise de l'hôpital et que le point de fuite de la crise ne pouvait pas être trouvé uniquement dans la modification de la gestion financière, mais aussi dans la modification du système de gestion des ressources humaines.

Ces hypothèses se sont naturellement articulées les unes aux autres pour s'intégrer logiquement à une problématique générale s'appuyant sur la démonstration que la gestion des ressources humaines est au coeur du processus de changement et de modernisation de l'hôpital. Le lien entre la recherche théorique et les étude ponctuelles sur la question nous a permis d'élaborer une problématique apte à améliorer la compréhension du modèle hospitalier et de son modèle de régulation.

Jusqu'à la fin des années 80, les modifications techniques et financières ont été dominantes dans la gestion de l'hôpital encore profondément marquée par la bureaucratie et le taylorisme. Pour répondre efficacement à la crise de l'hôpital, les directions des ressources humaines doivent remplir des fonctions techniques mais aussi et de plus en plus des fonctions sociales et utiliser de nouveaux outils de GRH qui ne se présentent pas seulement sur le seul aspect quantitatif mais aussi sur le plan qualitatif. Nous avons

relevé le défi d'analyser les rapports logiques qui s'établissent entre les nouveaux outils stratégiques et participatifs de GRH et les modifications culturelles et identitaires dans le comportement des acteurs. Une approche réellement disciplinaire en terme d'outils et de modèles de gestion mais aussi ceux de l'analyse sociologique, juridique et de politiques publiques, nous a permis d'appréhender les facteurs d'inertie et montré que ceux-ci étaient d'ordre technique mais aussi culturel.

Les outils de GRH sont souvent complexes et difficiles à élaborer et à mettre en place. Les acteurs freinant le changement, n'étant pas forcément ceux à qui l'on serait tenté de penser en premier lieu: les organisations syndicales, mais avant tout les dépositaires de la gestion traditionnelle tels que la tutelle hospitalière et une partie importante du corps des cadres de directions hospitaliers. Ceux-ci s'inscrivent avant tout dans une logique d'avance de carrière qui privilégie les positions carriéristes et la recherche d'avantages corporatistes aux dépens de l'innovation managériale et des objectifs sociaux pour tous les acteurs de l'organisation.

L'état doit encore modifier sa politique publique en matière de santé pour se montrer plus stratégique et participatif. L'enjeu est de mettre en place des schémas et des procédures pour réduire les dysfonctionnements et les blocages entre la tutelle hospitalière et les administrés: les hôpitaux. Le scénario optimum serait d'aboutir à la création d'un nouveau système de régulation de l'hôpital par les pouvoirs publics et la tutelle hospitalière. Nous avons démontré que ce système de régulation ne sera efficace que s'il existe à l'hôpital des capacités techniques et culturelles suffisantes pour permettre aux acteurs de jouer les rôles qui leur sont proposés.

Ce nouveau système de régulation des relations tutelle-hôpitaux ne sera efficient que s'il accompagne le changement du mode de gestion de l'hôpital. Le développement d'une activité administrative n'est pas seulement une réponse à une demande sociale, mais correspond aussi à l'acquisition d'une capacité collective se matérialisant concrètement par un construit culturel et un certain niveau d'organisation et de gestion.

Les politiques publiques doivent contribuer à construire un tissu collectif porteur, en donnant confiance aux acteurs et en les orientant vers des comportements plus ouverts et plus innovants qui leurs permettent de surmonter, dans leurs rapports de travail, les réflexes naturels de défense et d'inertie. Il existe à l'hôpital des processus complexes de blocage et de subordination. Les acteurs hospitaliers en même temps qu'ils s'insurgent contre les défauts et les conséquences du système existant, sont attachés de manière passionnelle aux défauts du système qu'ils fustigent et dont ils souffrent.

L'Etat pourrait tenter de redonner confiance aux intéressés en réanimant les mécanismes de la concertation et de la motivation. La réforme hospitalière de 1991 a commencé par l'étape adéquate en réformant d'abord la planification sanitaire.

La première contradiction relationnelle entre la tutelle et les hôpitaux reposait sur l'opposition séculaire entre le besoin d'intégration et de planification de l'Etat et les velléités d'autonomie et d'initiatives des établissements. La demande de fonctionnement des hôpitaux en complémentarité, de la part de la tutelle continue à s'accroître alors que les revendications d'autonomie des acteurs et groupes hospitaliers se développent. A l'évidence, le point d'efficience se situe vers une complémentarité renforcée avec plus

d'autonomie dans la gestion quotidienne des établissements hospitaliers. La nouvelle planification hospitalière de 1991 avec le SROSS (schéma régional d'organisation sanitaire et sociale) et les projets d'établissements, complétés par les ordonnances de 1996 qui créent les agences régionales de l'hospitalisation, peuvent potentiellement permettre ces deux développements en harmonie.

Cependant les obstacles au changement sont encore nombreux et les contradictions s'accroissent à l'hôpital, entre les exigences des acteurs hospitaliers dans leurs conditions de vie et de travail, la qualité des soins des patients, et la nécessité pour satisfaire ces demandes de rationaliser les comportements. Les contrats d'objectifs associés aux projets d'établissements, doivent permettre de dépasser une partie de ces contradictions.

Les contrats d'objectifs peuvent apparaître comme les cadres juridiques et techniques, permettant de mettre en place une démarche stratégique et participative qui doit aider à instaurer une gestion managériale concertée. Avec les deux concepts, contrats d'objectifs et projets d'établissements, les étapes successives passent par une définition des objectifs, une responsabilisation des acteurs, une définition claire des rôles de ceux-ci et la mise en place d'outils de pilotage et d'évaluation.

Ainsi, un contrat d'objectifs entre un service soignant et l'agence nationale d'hospitalisation passe tout d'abord par la mise en place d'un comité de pilotage spécifique à ce contrat, qui conduira les négociations entre le médecin conseil régional et l'équipe médicale du service sur la base de critères médicaux et en s'appuyant sur des indicateurs quantitatifs et qualitatifs. Les objectifs du service doivent s'intégrer au sein du tissu médical environnant tant public que privé et fonctionner en terme de réseau de soins. C'est à dire en s'appuyant sur un partenariat étroit ville-hôpital, avec une coordination entre les médecins de ville et les médecins hospitaliers. Une meilleure utilisation des indications médicales des patients doit éviter les hospitalisations inutiles. La coordination et la coopération doit aussi s'étendre entre l'hôpital et les organismes de contrôle et de financement. Cela suppose une approche médico-administrative globale et des règles du jeu communes entre les partenaires: l'Etat, l'Assurance maladie, le secteur libéral et les établissements ou fédérations d'établissements hospitaliers publics et privés.

Ce processus exige la mise en place de procédures de gestion de projets et d'évaluation, telles que:

la mesure des performances de l'hôpital,

l'évaluation de l'activité des services,

la sélection de normes de référence, d'indicateurs et de nouveaux tableaux de bords,

le développement d'outils informatiques améliorant l'adéquation des prescriptions aux besoins réels des malades,

le développement et l'intégration dans le fonctionnement quotidien de nombreux outils de gestion,

Cette démarche doit être accompagnée par une démarche de qualité globale au sein du service.

Parallèlement, les DRH hospitalières doivent intégrer dans leur fonctionnement quotidien ces outils de gestion par projets avec de nouveaux outils tels que la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. La formation continue doit apparaître comme un véritable investissement et être intégrée pleinement à une politique de gestion des ressources humaines, managériale et anticipative.

Pendant ces vingt dernières années, les formes de regroupements hospitaliers n'ont pas connu de développements sensibles. Les structures hospitalières actuelles comportent de nombreux facteurs s'opposant à une dynamique de complémentarité: fort cloisonnement interne entre les unités, conception « indépendantiste » de nombreuses directions considérant leur hôpital comme « une citadelle assiégée ». Plusieurs médecins privilégient encore une pratique médicale individuelle en s'appuyant sur l'indépendance que leur procure leur statut professionnel. Parallèlement, les systèmes d'information et de communication à l'hôpital n'arrivent pas à trouver un niveau opérationnel satisfaisant.

Il serait souhaitable de revenir à plus de simplicité et de pragmatisme pour mobiliser les énergies du personnel, simplifier les procédures et donner la priorité aux malades et à la qualité des soins. L'organisation en réseau, qui tient plus du marché que de la hiérarchie, répond à une partie de ces exigences en préservant la capacité d'initiative des acteurs. Ce type d'organisation donne la priorité à la dynamique organisationnelle sur la forme structurelle. Le concept de solidarité et de performance commune l'emporte sur la performance individuelle.

Pour qu'une organisation de mise en réseau des hôpitaux et des cliniques soit opérationnelle, cela suppose que la logique de subordination des groupes les uns par rapport aux autres disparaissent. La mise en réseau des hôpitaux publics et la restructuration du secteur privé et public en groupements de coopération sanitaire (GCS), privilégie une conception du soin tournée vers l'environnement et non pas centrée sur les jeux de relation de pouvoir au sein de l'hôpital. ou entre les hôpitaux entre-eux.

Cette évolution culturelle doit aller de pair avec une mutation de la gestion et des structures de l'hôpital. Cela suppose une modification des organigrammes des équipes de direction et de l'encadrement, qui ne doivent plus fonctionner hiérarchiquement mais par rapport à la contribution de ses membres à des missions bien définies dans le cadre de la stratégie de l'établissement. Ce management horizontal fait émerger de nouveaux comportements, de nouveaux concepts et outils de gestion.

L'objectif principal du directeur d'hôpital doit être de mobiliser stratégiquement l'équipe de cadres qui l'entoure et les unités de base de l'établissement. Diriger c'est d'abord formuler des orientations compréhensibles par tous. Cette conception conduit à revoir l'organisation interne, les organigrammes et la répartition des fonctions. Dans ce contexte, les objectifs et les responsabilités de gestion sont diffusés à un grand nombre d'acteurs: aux gestionnaires, et à l'encadrement, aux médecins chefs de service, aux

cadres infirmiers, qui sont appelés à agir conjointement.

M. CREMADEZ et F. GRATEAU¹⁴⁹, à partir d'une synthèse des tendances du management, retiennent l'hypothèse selon laquelle le secteur des organisations prestataires de services de santé sont un terrain favorable au développement des structures de réseau.

Le rapport offre - demande dans le domaine de la santé est marqué par la caractéristique selon laquelle la demande de soins est fortement dépendante de l'offre des structures hospitalières et des innovations médicales. L'hôpital se situe au coeur des filières de soins mettant en jeu pour la prise en charge d'un patient, de multiples intervenants internes et plusieurs acteurs externes à l'hôpital. Alors que l'hôpital public subit de fortes pressions de limitations budgétaires de ses dépenses et que les cliniques du secteur privé doivent faire face à une concurrence croissante, la nécessité d'une restructuration de l'offre de soins dans la complémentarité, public-privé, menée conjointement à une évolution du mode de gestion des ressources humaines, apparaît inéluctable. L'animation des politiques sociales au sein des établissements hospitaliers est un enjeu, pas seulement de paix sociale, mais aussi et surtout d'efficacité dans la gestion.

La période dans laquelle nous sommes rentrée depuis les années 90, semble présenter des éléments favorables à l'application de ce schéma. Au terme de cette recherche, nous souhaiterions être parvenus à faire partager notre conviction que la résorption de la crise hospitalière et de son personnel passe par un nouveau modèle de l'hôpital et un nouveau modèle social de son environnement administratif dont la gestion des ressources humaines est le principal vecteur.

¹⁴⁹ Michel CREMADEZ, F. GRATEAU, « Le management stratégique hospitalier », Interéditions, 1992. Michel CREMADEZ, « Les clés de l'évolution du monde hospitalier », Gestions hospitalières, No 266, mai 1987.

BIBLIOGRAPHIE

1 - OUVRAGES

- ALBOU P. « Problèmes humains de l'entreprise », Dunod, 1977.
- ALELIAN Serge et FOUCHER Dominique, « Guide du management dans le service public », les éditions d'organisation, collection service public, 1978.
- ARCHIER G. « L'entreprise du troisième type », Editions du Seuil - 1984.
- BARTOLI Annie, « Communication et organisation, pour une politique générale cohérente », Les éditions d'organisation, 1990.
- BARTOLI Annie et HERMEL Philippe, « Piloter l'entreprise en mutation. Une approche stratégique du changement », Les éditions d'organisation, 1986.
- BERNOUX Philippe, « La sociologie des organisations », Points, Editions du Seuil, 1985.
- BONNICI Bernard, « L'hôpital, enjeux politiques et réalités économiques », Documentation française, Paris, 1992.
- BRABET J. *coordonné par*, « Repenser la gestion des ressources humaines », Economica, 1993.
- CHALVIN D. « L'entreprise négociatrice. Le pouvoir peut-il se partager? », Dunod, 1978.
- CITEAU J.P. « Gestion des ressources humaines, principes généraux et cas pratiques », Armand Colin, 1997.
- COUTY Edmond et TABUTEAU Didier: « Hôpitaux et cliniques: les réformes hospitalières », Berger-Levrault, 1991.
- CREMANDEZ M. GRATEAU F. «Le management stratégique hospitalier », Interéditions, 1992.
- CROZIER Michel, « Où va l'administration française? » Les éditions d'organisation, Paris, 1974.
- CROZIER Michel, « Le phénomène bureaucratique », Edition du Seuil, 1987.
- DONABEDIAN A. « The epidemiologie of quality », Inquiry, 1985.
- DONNADIEU G. « De l'évolution des emplois, à la question des compétences », Editions liaisons, Paris, 1995.
- DRUCKER Pierre, « L'entreprise face à la crise mondiale », Inter-édition, Paris, 1975.
- DRUCKER Pierre, « La nouvelle pratique de la direction des entreprises », Editions de l'organisation, 1975.
- ENGEL François, « Contrainte affichée ou contrainte réelle? Analyse de la régulation du système hospitalier public français », Ecole des Mines, Paris, 1992.
- EPSTEIN A. M. «Sounding board. The outcomes movement will it get us where we want to go?», J.Med, 1990.
- FLOOD A. B. « Does practice make perfect? The relation between volume and outcomes and other hospital characteristics », J.Med, 1984.
- FOUCAULT Michel, « Les machines à guérir: aux origines de l'hôpital moderne », Editions Institut de l'environnement, 1976.
- HARTZ A.J., KRAKAUER H. KUHN E.M. « Hospital characteristics and mortalité

- rates », J.Med, 1989.
- FAYOL H.: "Administration industrielle et générale",Dunod,1966.
- FRIEDSON E. « La profession médicale », Paris, Payot, 1991.
- GALAMBAUD Bernard: "Des hommes à gérer", ESF Editeur, 1991.
- GAUDIN T. « 2100, récit du prochain siècle », Payot, 1991.
- GELINIER Octave, « Stratégie de l'entreprise et motivation des hommes », les éditions, d'organisation, 1990.
- GREL Marie-Armelle, « L'évaluation médicale », Berger-Levrault, Paris, 1991.
- HOFSTEDE Geert, « Les différences culturelles dans le management », les éditions d'organisation, 1987.
- HOFSTEDE Geert, « Management européen et international », Economica, 1993.
- JURAN J.M. « Quality control handbook », Mac Granhill, 1974.
- LABASSE Jean, « L'hôpital et la ville », Hermann, Paris, 1980.
- LEARNED P.; CHRISTENSEN C.R.;ANDREWS X. et GUTH W.D."Business Policy", Home word, Irwin, 1975.
- LE BERRE Michel, « Précis de gestion des ressources humaines », PUG, Grenoble, 1995.
- LETEURTRE H. SAJU J.P. « La formation des personnels hospitaliers », Edition ENSP,1995.
- LEVY A. « Psychologie sociale. Textes fondamentaux », Dunod entreprise, 1977.
- LOUARD Pierre, « Gestion des ressources humaines », Eyrolles, Paris, 1991.
- MARCH J.G., SIMON H.A. « Les organisations, problèmes psychosociologiques », Collection Organisations et Sciences humaines, Dunod, 1977.
- MAHE de BOISLANDELLE «Gestion des ressources humaines dans les PME»Economica 1998
- MAYO Elton, in «Management and the Worker», Roethisberger,Havard University press,1978.
- Mac GREGOR D. « La dimension de l'entreprise », Gauthier-Villars, Collection Hommes et Organisations, 1976.
- MEIGNIEZ R. « Pathologie sociale de l'entreprise. La crise de l'autorité dans la direction » Gauthier-Villars, Collection Hommes et Organisations, 1971.
- MINTZBERG Henry, « Le management - Voyage au centre des organisations », les éditions d'organisations - Paris, 1990.
- MINTZBERG Henry, « Structure et dynamique des organisations », Les éditions d'organisation, Paris, 1982.
- MILL J.S., « Principes d'économie politique », Guillermin, 1873..
- MONTAIGNE J. « La qualité totale dans l'entreprise », Editions d'organisation, 1986.
- MONNIN P. « Comment revaloriser le travail administratif, Dunod, 1977.
- MORIN P. « Le développement des organisations et la gestion des ressources humaines », Dunod Entreprise, 1976.

- MOUQUE M. - C., Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (SESI) « Les soins hospitaliers en France - clientèle, pathologies, traitées en court séjour », Ministère 011 des Affaires sociales, de la Santé et de la ville, La Documentation Française, avril 1992.
- MUELLER D. "Public Choice" ,Cambridge University press, Cambridge, 1979.
- MULLER Pierre "Les Politiques Publiques", Collection Que sais-je?PUF,1990.
- MULLER Pierre, «L'administration est-elle en crise? Logique politique », Edition l'Hamattan, 1992.
- PARETO V., « Manuel d'économie politique », Droz, 1966.
- PARKINSON C.H., « 1=2 ou les règles d'or de Parkinson », Robert Laffont, 1983.
- Dr PEIGNE François: « Notre système hospitalier et son devenir. Les huit volets d'une politique hospitalière », Ministère de la Santé et de l'action humanitaire, Editions ENSP, 1991.
- PERETTI J.M. «Ressources humaines et gestion du personnel»,Educapôle,2ème éd. Paris, 1998.
- PETER L.J. et HULL R., « Le principe de Peter », Editions Stocks, 1970.
- PETERS Thomas, « Le chaos management », Interéditions - 1988.
- RIBOUD Antoine, « Modernisation: mode d'emploi », Europe technologique, industrielle et commerciale, collection: rapport du 10ème Plan, Documentation française - 1989.
- ROSA J.J « Le rapport ROSA,Politique économique », Bonnel Éditions,1983.
- SAVALL Henri, « Enrichir le travail humain: l'évaluation économique », Dunod, 1978.
- SAVALL Henri, « Maitriser les coûts cachés: le contrat d'activité périodiquement négociable », éditions economica, 1987.
- SAVALL Henry, « Reconstruire l'entreprise, analyse socio-économique des conditions de travail », Dunod, 1980.
- SAINDELIEU, « Sociologie de l'organisation de l'entreprise », Presse de la Fondation nationale des sciences politiques », Dalloz, 1987.
- SAINSAULIEU Renaud, «L'identité au travail», Edition de l'Ecole nationale de la santé - Références, 1977.
- SAINSAULIEU Renaud, « Sociologie de l'organisation et de l'entreprise », Presse de la Fondation nationale des Sciences politiques, Dalloz, 1987.
- de SCHIETERE J.C. TURCOTTE P.R. « La dynamique de créativité dans l'entreprise », Dunod, 1977.
- SCHUMPETER J., « Capitalisme, socialisme et démocratie », Payot, 1983.
- SCOTT W.R.«Organisation rational natural and open systems» Prentice-hall international,1981.
- SICARD C. « Pratique de la stratégie d'entreprise », Les éditions d'organisation, 1986.
- STOLERU Lionel, « L'équilibre et la croissance économiques - principes de macroéconomie, Finances et économie appliquée - Dunod - Paris, 1970.
- TAYLOR F.W. « The Principles of Scientific Management » in Scientific Management

-
- Harper, 1947, version française: la direction scientifique des entreprises, Dunod 1971.
- THIERRY Dominique et SAURET Christian, « la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences », L'Harmattan, 1993.
- TIMAR Simone, « Imbroglia dans les équipes soignantes hospitalières », TSA éditions -1993.
- TING H.H. « Impact of physician experience on triage of emergency room patients with acute chest pain at three teaching hospitals », J.Med, 1991.
- VUORI H.V. « Quality assurance in health services », Régional office for Europe, Who, Copenhagen, 1982.
- WEBER Max, « Sociologie du droit », Presse universitaire de France, 1986.
- WEBER Max «The theorie of social and economic organisation» The free Press, New-York, 1941.
- WEISS Dimitri. « La fonction ressources humaines », Les éditions d'organisation, Paris, 1992.

2 - ARTICLES, RAPPORTS et TEXTES.

- ACKER Françoise, DENIS Giselle, « Evaluation du travail et des emplois dans les services administratifs et logistiques de l'hôpital », CEREQ, collection des études No 34, 1988.
- ACKER Françoise, « La fonction infirmière: l'imaginaire nécessaire », in « Sciences sociales et Santé », volume IX, No 2, janvier 1991.
- BARON Xavier, « La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences en entreprise », in Gestion des ressources humaines, Cahiers français, No 262, septembre 1993.
- Pr BERAUD, communication, deuxième journée de l'AFMHA, LYON décembre 1981.
- BERTHOD- WURMSER (M.), Mission interministérielle, Recherche-expérimentation (MIRE), Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité, in « Hospitalisation nouvelle », N°206, février 1993.
- BOURGEUIL Y., ENSARGUET C., « L'hôpital au coeur de l'aménagement du territoire: le cas de Saint Giron », Ecole supérieure des Sciences économiques et Commerce de Paris, 1993.
- BOURNOIS Frank, BROOKLYN DERR C. « Les directeurs des ressources humaines ont-ils un avenir? » Revue Française de Gestion No98, mars-avril-mai 1994.
- CAILLOSSE J. « La réforme administrative et la question du droit », Actualité juridique du droit administratif, No1, 1989.
- CAPUL Jean-Yves "Gestion des ressources humaines" - La Documentation Française, Cahiers Français N° 262, juillet-septembre 1993.

- Centre national d'études de Sécurité sociale, « La planification hospitalière, bilan et propositions », Saint-Etienne, 1991.
- COCA Elias, la lettre d'informations hospitalières, No 6, juin 1991.
- CHATY Lionel, « Regard rétrospectif sur l'analyse d'une politique publique: le rapport Serieux entre évaluation et outil de modernisation », Politique et management public, volume 14, septembre 1996, No 3, p.133-144.
- CHEVALIER J., LOCHAK D., « Rationalité juridique, cette rationalité managériale dans l'administration française », Revue française de l'administration, 1982.
- CLEMENT J.M. «Le dialogue social institutionnel», Cahiers hospitaliers, N114, juin 1996, p.5-7.
- Commissariat du Plan, « Santé 2010; Santé, maladies et technologies », la Documentation Française, Paris, 1993.
- CAPRON « Vers un renouveau de la comptabilité des ressources humaines », Revue française de gestion, No 106, novembre-décembre 1995, p. 16-54.
- CREMANDEZ Michel, « Les clés de l'évolution du monde hospitalier », Gestions hospitalières, No 266, mai 1987.
- CROZIER Michel, LASSERRE Anne « Pour une stratégie de changement à l'hôpital , reconstruire l'hôpital autour du malade », Ministère des Affaires sociales, 1995.
- DELAHAYE Valérie, « Les nouveaux enjeux des politiques de Santé, Santé publique, organisation et systèmes d'information », ENA, 1995.
- DELEAU Michel, « Evaluer les politiques publiques: méthodes déontologie, organisation, rapport par le Commissariat général du Plan, la Documentation française, 1986.
- DEMUTH Gérard, «Les gens ne veulent pas être méprisés» in Libération - 9,10 décembre 1995.
- DRASS de Rhône-Alpes, rapport, « Schéma Régional d'Organisation et Projet d'Etablissement: relations réciproques », (Recommandations du COTER) - décembre 1994.
- ESPER C « Propositions d'expérimentations pour l'hôpital public », Rapport ESPER, Ministère de la Santé publique, février 1994.
- EVANS R.-G. et G. STODDART: « Producing Health Care », Canadien Institute for Advanced Research, Population Health Program - Working Paper N°6, avril 1990.
- FIXARI Daniel « Moderniser par l'informatique? », Revue française des Affaires sociales, No1, janvier-mars 1995, p.7-26.
- GONNET F. « Evaluation d'une expérience de changement entre deux établissements hospitaliers », in informations hospitalières, septembre 1987.
- HARDY Jacques, « Le service public en question », Politique et management public, volume 14, septembre 1996, No3, p. 45-66.
- HORVILLE Serge, « Rapport de l'IGAS sur l'informatisation des DDASS et des DRASS », Revue française des Affaires sociales, No1, janvier-mars 1995.
- IGALENS J. « De l'outil à la stratégie. Comment articuler qualité et GRH? » Personnel No349, mars-avril 1994, p.30-33.

- JANCOURT D. « Le dialogue social », Gestion hospitalière, No 352, janvier 1996, p. 47-54.
- JOIN-LAMBERT M.T. « Concurrence ou synergie, subsidiarité ou complémentarité, réseaux d'acteurs ou systèmes institutionnels? », Revue française des Affaires sociales, nov.96, p.61-102.
- JOUBREL Jacques « Le système d'information des ressources humaines des années 2000 », Personnel No355, novembre-décembre 1994, p.69-72.
- LAMY Y. « La gestion des R H: contenu, valeur, organisation », Gestion hospitalière No 346, mai 1995, p. 362-365.
- LE LOUARN J.Y. « Aux DRH secoués par la crise: la GPEC et la fonction en pleine tempête », Personnel No 352, juillet 1994, p.12-17.
- LOUART P. « Au-delà du débat globalisation-individualisation, la GRH à l'heure des segmentations et des particularismes », Revue française de gestion, No98, mars-mai 1994, p.79-94
- MARQUART B. « Le PMSI et l'expérimentation en Languedoc Roussillon », Revue française des Affaires sociales, No2, avril-juin 1996.
- MASSE, rapport MASSE sur la politique en santé mentale, Ministère de la santé et de l'action humanitaire - 18 juin 1992.
- MEYER M., « Panorama du système de financement des hôpitaux en Allemagne », Groupe de recherche Medziokonomie, Nuremberg, 1993.
- Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale, Direction des Hôpitaux, « Nomenclature des emplois types de l'hôpital » - Rennes, 1990.
- Ministère de la Santé publique et de la Solidarité, « Protocoles DURIEUX I et II », circulaire DH/FH1/91-69 du 23 décembre 1991.
- Ministère de la Santé et de l'action humanitaire, « Bâtir un projet d'établissement - éléments méthodologiques », informations hospitalières No 38, novembre 1992.
- Mission interministérielle sur les hôpitaux- rapport de synthèse- Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville- Ministère de l'intérieur et de l'aménagement du Territoire- Ministère de l'Economie, juillet 1994.
- MONTSERRAT X. « L'impact de la réforme hospitalière sur la communication à l'hôpital », Techniques hospitalières, édition ENSP, 1995.
- OCDE, « Les systèmes de santé des pays de l'OCDE », Etudes de politique de santé, No 3, 1993.
- PERETTI J.M. « Le management européen des ressources humaines », Personnel No345, octobre 1993, p.7-11.
- PERETTI J.M. « Pour un renouvellement des tableaux de bords sociaux », Revue Française de Gestion No 98, mars-avril-mai 1994.
- PILLET E. « Piloter les ressources humaines: un défi », Personnel, No 355, déc.1994, p. 59-62.
- PINEAULT R., DEVELAY C. « La planification de la Santé », Agence de l'Arc, Montréal, 1993.
- de RENINGER Armand, Etude Delphi, Andersen consulting,, Paris, les 15, 16

décembre 1993.

RIBOUD Antoine, Commissariat général du Plan, Xème Plan: 1989-1992, Rapport de la Commission, 1989.

ROSSETI B. « La réforme des métiers », Gestion hospitalière, No 359, octobre 1996, p.609-611.

SAINSAULIEU Renaud, « La GRH, au coeur de l'entreprise, l'entreprise au coeur de la société », in Information sur les ressources humaines à l'hôpital, No 4, janvier 1994.

SASSI Sylvie. « Un pari gagné: gérer les ressources humaines potentielles présentes dans l'entreprise », Personnel No 355, nov.déc.1994, p.49-50.

Dr SCHLEMMER André, in « Cahiers de la méthode naturelle », No 2, 1965.

SELTBON Michel, « Santé, responsabilité et décision: les enjeux du risque », Revue française des Affaires sociales, No2, avril-juin 1996, p.11-28.

SERIEYX, Rapport: « L'Etat dans tout ses projets, un bilan des projets de service dans l'administration », la documentation française, Paris, 1994.

STORA G. « L'approche globale qualité IBM France », Enjeux, octobre 1984.

THEVENET Maurice, « Gestion des ressources humaines: la fin ou le début? », Revue Française de Gestion, No 98, mars-avril-mai 1994.

THIERRY Dominique, « Effet de mode pour la gestion prévisionnelle des emplois », Le Monde du 6 juin 1990.

TOME J.F., « Le projet d'entreprise à l'hôpital », Mémoire de fin d'Assistanat, ENSP, 1987.

TONNEAU M. « Etude sur la gestion hospitalière en RFA », Centre de gestion scientifique, Ecole nationale des Mines, 1993.

Travaux de la 1ère Conférence nationale de la santé, à l'Hôpital du Val de Grâce du 2 au 4 septembre 1996.

VILCHIEN D. « Bilan d'activité de la D H dans le domaine de la gestion hospitalière », Gestion hospitalière, No 352, janvier 1996, p. 36-43.

VIVERET Patrick, « L'évolution des politiques et des actions publiques », rapport du Premier Ministre, la Documentation française, 1989.

WEISS Dimitri, « Nouvelles formes d'entreprise et relations de travail », Revue française de gestion No 98, mars-avril-mai 1994.

TEXTES:

Loi No 56 342 du 27 mars 1956 portant approbation du IIème Plan.

Loi No 62 900 du 4 août 1962 portant approbation du IVème Plan.

Loi No 65 100 du 30 novembre 1965 portant approbation du Vème Plan.

Loi No 1318 du 31 décembre 1970, relative à la réforme hospitalière.

-
- Loi No 71 567 du 15 juillet 1971 portant approbation du VIème Plan.
- Loi No 89 470 du 10 juillet 1983 portant approbation du IXème Plan.
- Loi No 83 645 du 13 juillet 1983 relative au rapport sur le IXème Plan.
- Loi No 83 1180 du 24 décembre 1983 relative à la deuxième Loi de développement économique, sociale et culturelle.
- Loi No 86-33 du 9 janvier 1986, relative à la fonction publique hospitalière.
- Loi No 91-3 du 3 janvier 1991 relative à la transparence et à la régularité des marchés.
- Loi No 748 du 31 juillet 1991, relative à la réforme hospitalière.
- Loi No 94-43 du 18 janvier 1997, relative à la Santé publique et à la Protection sociale.
- Ordonnance No 58 1199 du 11 décembre 1958 relative à la coordination des soins hospitaliers.
- Ordonnance No 58 1373 du 30 décembre 1958 portant réforme hospitalo-universitaire.
- Ordonnances No 96-344, 345, 346 du 24 avril 1996 relative à la Loi de financement de la Sécurité Sociale.
- Ministère des finances, décret No 59 443 du 19 mars 1959 portant approbation du IIIème Plan.
- Ministère de la Santé Publique, décret No 83-784 du 11 août 1983 relatif au budget global.
- Ministère du Travail et des Affaires Sociales, décret No 97-240 du 17 mars 1997, relatif au groupement de coopération sanitaire.
- Ministère de la Santé Publique, arrêté No 67 242 du 24 mars 1967, relatif à la prime de service hospitalière.
- Ministère de la Santé, circulaire No 275 du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux publics.
- Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité, circulaire DH/8A/91 No 24 du 22 avril 1991 relative à la formation professionnelle continue.
- Ministère de la Santé Publique, circulaire No DH/PMSI/56 du 16 septembre 1991, relative aux systèmes d'information.
- Ministère de la Santé Publique, circulaire DH/FH1/ 91-69 du 23 décembre 1991 relative à l'amélioration des conditions de travail.
- Ministère de la Santé publique, circulaire No DH/PMSI/94-27 du 22 juillet 1994 relative aux systèmes d'information.
- Ministère du Travail et des Affaires Sociales, circulaire No DH/FH/95-17091 du 14 mars 1995, relative à l'amélioration des conditions de travail.
- Ministère du Travail et des Affaires Sociales, circulaire DGS/VS No 95688 du 23 octobre 1995 relative aux missions des DDASS et des DRASS.
- Ministère du Travail et des Affaires Sociales, circulaire DH/AF No 95-51 du 27 décembre 1995 relative aux taux directeurs des dépenses hospitalières.