

Les obstacles à la modernisation de la GRH hospitalière.

Jocelyne ABRAHAM

Université de Tours
IGT-Institut de Gestion de Touraine

RÉSUMÉ

Cette communication fait référence à une étude monographique qui s'insère dans un projet plus vaste dans lequel on cherche à conceptualiser la relation « efficacité des méthodes de GRH et valeurs organisationnelles à l'hôpital ».

L'objet de cet article est triple. Premièrement il analyse la culture hospitalière à travers trois composantes qui sont la spécificité du métier des personnels des services soignants, leurs normes de comportement, et les héros organisationnels. Deuxièmement il montre que cette culture est porteuse de trois valeurs partagées : dévouement, compétence et travail d'équipe, qui peuvent freiner l'introduction de changements perçus comme antagonistes de ces valeurs. Enfin, cet article explique quelques facteurs de démotivation des agents hospitaliers, soumis à un style de management rigide, travaillant dans un système mal finalisé, où cohabitent des sous-cultures divergentes. Ceci tend à amoindrir le sentiment d'appartenance à une entité « hôpital » et explique qu'ils soient en prise à une crise identitaire durable.

Mots clés : Gestion des Ressources Humaines - Hôpital - Culture - Métier - Bureaucratie

ABSTRACT

This paper refers to a monographic study which is part of a most ambitious project, in which we attempt to specify and analyse the relationship between human resources method performance and organizational values in hospitals. This article has three principal aims. Firstly, it analyses hospital culture through three elements : specification of the nursing profession, its patterns of behaviour and the heroes of organization. Secondly, it shows how this culture includes three shared values : devotion, competence and teamwork. These values can compromise any initiative to change which would threaten to alter this existence. Finally, this paper explains several reasons for the loss of motivation amongst hospital staff, who have been subjected to a rigid management structure and are working in a system which has no defined objectives, and which contains opposing subcultures. The result is a loss of the sense of their hospital community and the creation of a long term identity crisis.

Key-words : Human Resources Management - Hospitals - Culture - Trade - Bureaucraty

Depuis la circulaire ministérielle de 1989 sur le renouveau du service public¹ qui résume les grandes lignes du programme de modernisation de l'administration française, les fonctions publiques tentent de se doter d'une véritable gestion des ressources humaines. Les principales tentatives de modernisation, dans ce domaine, cherchent à donner du sens au travail des agents² et à les éclairer sur leur contribution et leurs responsabilités. Ce qui suppose concrètement³ de définir les missions par service, d'accroître le degré d'autonomie dans la gestion des moyens et d'instaurer un système d'appréciation individualisé et pertinent. Cependant ces pratiques de gestion nouvelles trouvent rarement un écho favorable dans le contexte public actuel. Quelles en sont les raisons ?

Cette question s'insère dans la préoccupation de ce congrès en abordant sous un angle particulier le thème plus large de la **transversalité de la GRH, du secteur privé au secteur public**. Dans le secteur public, partout l'idée d'une modernisation de la GRH est acquise, quelques institutions commencent à réformer leurs structures. Cependant dans les administrations, comme dans les entreprises publiques⁴, des obstacles de nature culturelle subsistent qui compromettent la réussite de ces réformes. C'est de ces obstacles de nature culturelle qu'il sera question dans cet article, dans le contexte hospitalier.

D'après nos expériences de culture d'entreprise et de culture de secteurs⁵, nous apportons un éclairage sur les valeurs du personnel hospitalier. Nous utilisons ici les résultats d'une étude effectuée dans un hôpital d'Indre-et-Loire. Elle a consisté en une analyse clinique (étude des spécificités des différents services, entretien avec des agents appartenant à différents métiers) et un recueil complémentaire de réponses à deux questionnaires⁶, l'un concernant les administratifs et l'autre les soignants. Actuellement 50 questionnaires ont été exploités sur une population ciblée de 550 personnes travaillant dans des services différents mais toutes étant agents des corps des services médicaux⁷. La constitution de l'échantillon respecte les quotas en matière d'ancienneté, d'échelon, de service et de corps. Cette étude monographique ne prétend pas, à elle seule, à être exhaustive. Elle s'insère dans un projet plus ambitieux dans lequel nous chercherons à conceptualiser la relation « efficacité des méthodes de GRH et valeurs organisationnelles et professionnelles ».

Dans le cadre de cet article, nous nous proposons de décrire le contexte micro-culturel hospitalier et de montrer en quoi il conditionne la réussite ou l'échec des tentatives de modernisation actuelle. Nous procédons en deux temps, l'un pour exposer synthétiquement le système de valeurs du personnel des services soignants, l'autre pour déceler quelques facteurs de la crise identitaire actuelle⁸.

LES VALEURS DU PERSONNEL, LA CULTURE D'UNE PROFESSION

Pour décrire les valeurs d'une culture⁹ il faut multiplier les observations de terrain. Il faut également recueillir les informations les plus exhaustives possibles sur les objets, les personnes et les méthodes de travail. Nous avons interrogé les agents hospitaliers sur les spécificités de leur métier. Les visites de services, nous ont permis d'observer les normes de comportement. Nous avons cherché à découvrir quels sont les héros organisationnels¹⁰ des services de soin. L'ensemble des données a été synthétisé pour dégager le système de valeurs centrales. Reprenons un à un les points sur lesquels nous avons travaillé.

Les spécificités du métier

La majorité du personnel ne connaît pas l'existence de protocoles concernant sa fonction, ou n'en a jamais pris acte. Pourtant quand on les interroge sur les qualités requises d'un bon agent (infirmière, aide-soignante ou agent de service de soins) nous recueillons une profusion de détails. Nous avons reproduit les plus concordants, par catégorie, dans le tableau n° 1. La méthode consiste à retenir comme révélatrices d'une culture, les valeurs partagées par le plus grand nombre de personnes.

Il est frappant de voir combien pour le personnel des services médicaux, le **culte du don de soi et du dévouement** est fort. Les termes que nous avons regroupés sous cette appellation sont les qualificatifs : aimable, serviable, répond aux besoins, etc. C'est en effet une valeur (étudiée par les psychosociologues) que l'on retrouve dans tous les établissements de soins, qui sont des milieux clos favorisant le développement de cultures affectives-maternelles¹¹.

La seconde valeur est la **compétence médicale** : consciencieux, soigneux, connaissances. La présence de cette valeur forte trouve une explication structurelle, l'hôpital relevant du type bureaucratique professionnel décrit par Mintzberg¹². Dans une telle structure, le système de valeur a une importance organisationnelle certaine, puisque sur lui est bâti le système de pouvoir. A un niveau reconnu de compétences médicales (par le diplôme par exemple) correspond un niveau de pouvoir conféré.

La troisième valeur est le **travail d'équipe** qui revêt un caractère important pour chacune des trois catégories d'agents, infirmiers, aides-soignants, et agents des services soignants. En effet, la qualité du produit final, les soins, dépend du bon fonctionnement de l'équipe soignante. Cette particularité est corroborée par le sentiment qu'ont les agents de partager les mêmes intérêts que leurs collègues dans un même service.

A ce point de l'analyse nous retiendrons ces trois valeurs, rencontrées de façon récurrente dans

d'autres établissements de santé, comme étant à la base de la culture hospitalière.

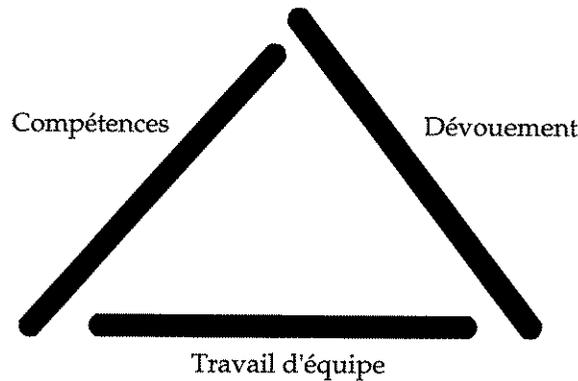


Tableau n° 1

Les qualités d'une bonne infirmière, d'après les infirmières :

- une infirmière en service psychiatrique est une personne qui accepte les différences, à l'écoute d'autrui, disponible, patiente, objective, tolérante, en état d'éveil constant, avec une dose d'opportunisme, elle trouve les paroles justes, au bon moment, qui sait passer des consignes claires tout en rassurant le malade, qui peut être polyvalente, qui accepte les horaires de travail, qui est capable de travailler en équipe,
- une infirmière en service de moyen séjour est une personne avec des compétences professionnelles, des qualités humaines, qui apporte au patient ce dont il a besoin, ou qui essaie de lui apporter,
- une infirmière surveillante des services médicaux doit être une bonne gestionnaire de son service, elle est le trait d'union entre l'administration et la partie médicale, elle aménage au mieux la gestion des plannings et du matériel, elle note tout ce qui manque dans le service, elle est en fait responsable du bon fonctionnement de son service,
- une infirmière de bloc opératoire est une personne ayant une connaissance suffisante pour accueillir un futur opéré faisant en sorte que l'intervention se déroule le mieux possible dans un minimum de temps, les plus diplômées sont capables de prendre en charge le malade dans sa globalité, d'assumer leur rôle et ceux qui leur sont délégués.

Les qualités d'une bonne aide-soignante d'après les aides-soignantes

- en psychiatrie : personne qui est proche du malade, effectuant ses soins quotidiennement,
- en moyen séjour : personne répondant aux besoins du malade, en les décelant même ; elle garde la maîtrise d'elle-même, sociable, consciencieuse, aimable serviable, attentive, disponible, patiente, sérieuse dans son travail, à l'écoute des autres, avec un bon esprit d'équipe,
- en médecine, obstétrique et chirurgie : personne agréable avec le patient, avec des qualités humaines, elle est disponible et à l'écoute, avec une bonne maîtrise d'elle-même. Il ne faut regarder les niveaux de diplômes mais la capacité à aimer son prochain. Il faut aimer ce que l'on fait et essayer d'aider au mieux le patient dans la détresse,
- service de nuit : personne responsable de ses actes, possédant un bon sens du contact avec le malade et ses collègues.

Les qualités d'un bon agent de service d'après les agents de service eux-mêmes

- en psychiatrie : personne qui fait bien ses tâches dans l'intérêt du malade, ayant un respect du malade,
- en moyen séjour : personne douce, patiente, à l'écoute des malades, soigneuse, consciencieuse, calme, disponible, elle fait correctement son travail, à l'écoute des autres, avec un très bon esprit d'équipe, elle a un bon comportement envers les pensionnaires et le personnel hospitalier,
- en service médical et chirurgie : personne polyvalente car elle aide les aides-soignantes.

Dans le contexte hospitalier, ce consensus sur des valeurs partagées est renforcé par un degré de **socialisation** élevé des agents.

Un degré de socialisation élevé

L'hôpital n'est pas une bureaucratie mécaniste et procédurale, mais au contraire une organisation où

l'agent doit s'être parfaitement approprié sa fonction. L'agent hospitalier est un professionnel ayant en grande partie le contrôle de sa fonction. La relation au client-patient constitue l'élément essentiel de son travail. Dans une telle structure de type « bureaucratique professionnelle » l'opinion que l'on a de son métier dicte donc les comportements individuels et les valeurs collectives. Le comportement observable des agents n'est pas naturel mais corrigé par une discipli-

ne. Initialement, cette discipline s'impose à eux-mêmes puis ils se l'approprient avec l'ancienneté (Tableau n°1). Cette socialisation qui norme les comportements s'acquiert dans les écoles de formation, généralement spécialisées, et plus tard au contact des collaborateurs et des supérieurs. C'est une familiarisation efficace pour s'accommoder d'un travail complexe qui laisse à l'agent une grande latitude.

Nous avons reproduit dans le tableau n° 2 les types de comportements que les agents s'imposent à eux-mêmes et les personnes pour lesquelles ils corrigent leurs comportements. Nous pouvons aisément à

partir de ce tableau retracer les conformités comportementales par rapport aux valeurs annoncées précédemment. Inversement ces comportements nous aident à mieux comprendre le contenu de chaque valeur dans le contexte de la santé. Ainsi la valeur « compétences », pour la catégorie de personnel considérée, nécessite des attitudes responsables (ligne 10) et des obligations de réserve et d'objectivité (ligne 3 et 12). La valeur « dévouement » entraîne des attitudes de soumission (1 et 2), de sensibilité sociale (11). Et la valeur « esprit d'équipe » suppose la capacité de vie en collectivité (5), calme, patience et maîtrise de soi (9).

Tableau n° 2

Voici les types de comportements que les agents s'imposent à eux-mêmes

- (1) soumission aux supérieurs
- (2) soumission au patient en fonction de sa pathologie
- (3) obligation de réserve, impartialité
- (4) obligation de neutralité, ne pas faire de différences,
- (5) obligation de quasi « vie commune » avec une collectivité que l'on n'a pas choisie
- (6) affection apportée aux malades vivant quotidiennement dans l'hôpital
- (7) savoir se faire respecter du malade
- (8) détachement par rapport à la maladie et la souffrance
- (9) attitude calme, patience, maîtrise de soi
- (10) attitude responsable
- (11) sensibilité sociale, gestion des différences de niveaux de milieux sociaux
- (12) obligation d'objectivité, abstraction des problèmes personnels

Voici les personnes vis-à-vis desquelles ils corrigent leurs comportements

- le malade (le patient, la mère et son enfant, le malade psychiatrique, la personne âgée)
- la famille du malade
- les médecins
- les collègues
- les supérieurs hiérarchiques

Avant de tirer les conclusions de cette analyse du point de vue de la GRH, nous voulons la compléter par un troisième élément souvent révélateur d'un système de valeurs bien structuré, il s'agit de ce que les américains appellent « organizational heroes »¹³. S'il n'est point besoin de le traduire, il nous faut l'expliquer.

Les héros organisationnels¹⁴ de l'hôpital

Dans toute organisation (entreprise ou administration) des personnes par leur statut ou leurs qualités personnelles sont mises au devant de la scène, nous les appelons dans le langage micro-culturel des héros organisationnels. Suivant leur nature et les qualités qu'ils incarnent, ces héros symbolisent des valeurs reconnues dans l'entreprise.

Cependant, dans la culture française, l'idée même de pouvoir donner à un salarié le statut de

héros est gênante. L'utilité de ce concept pour la gestion n'est pas, a priori, évidente. C'est du moins ce que pensent les cadres en début d'enquête. Au moment de délivrer les résultats, leur attitude change. La description du système de héros de leur organisation leur permet de découvrir des présupposés inconnus. Le système de héros formalise ce qui éloigne les dirigeants de leurs subordonnés ou les différences de valeurs entre services.

L'hôpital n'a pas échappé à la règle, les questions concernant les héros organisationnels ont été plutôt mal accueillies. Les agents n'arrivaient que difficilement à donner leur préférence à une personne. Quand ils reconnaissaient à une personne les qualités de héros (au sens ici d'acteur principal de la vie organisationnelle) les agents ne savaient pas toujours dire pourquoi. Malgré ces difficultés, le Tableau n° 3 présente les réponses recueillies tant sur la nature des héros, les raisons pour lesquelles ils ont été choisis, que sur leurs qualités.

Tableau n° 3		
Qui sont les héros ?	Pour quelles raisons ?	Pour quelles valeurs ?
<ul style="list-style-type: none"> • Pour les <u>infirmières</u> : tous les supérieurs hiérarchiques : médecins, cadres, surveillantes et surveillantes chefs, chef de service, infirmière générale, directrice d'établissement, certains membres de la direction, des psychologues • Pour les <u>aides-soignants</u> : les personnes en fonction de leur grade, infirmiers, médecin chef, surveillant chef, l'ancien directeur, le président du conseil d'administration, la directrice actuelle, l'infirmière générale (en chirurgie, médecine et obstétrique : médecins, chirurgiens, anesthésistes, infirmières) • Pour les <u>agents des services hospitaliers</u> : les surveillantes, la surveillante-chef, directrice, infirmière générale, docteur, infirmières, supérieurs hiérarchiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Pour les <u>médecins</u> et les <u>cadres</u> : c'est leur fonction et leur position dans la hiérarchie qui leur confère ce titre • Pour les <u>supérieurs hiérarchiques</u> : c'est leur position hiérarchique • Pour les <u>infirmières</u> : leur conscience professionnelle, leur travail intensif et leurs capacités de travail • Pour les <u>surveillants</u> : « c'est eux qui nous notent », leur position hiérarchique 	<ul style="list-style-type: none"> • Attachement et attention • Bonne gestion des personnes et des malades • Qualités humaines, humanité • Courage, lucidité • Sens du travail en commun • Gaïeté, positivité • Egalité d'humeur • Grande disponibilité • A l'écoute • Patience • Grande compétence dans le travail • Soucieux(se) de progresser • Permettent le redressement de l'hôpital • Rapidité d'exécution • Motivation • Capacité d'analyse

Il est frappant de voir que les réponses sont peu sélectives. La profusion des réponses prouve un manque de consensus. Les réponses recueillies montrent la valeur conférée au statut « administratif » ainsi que l'importance accordée au métier, à la technique. C'est la place qu'ils occupent dans la structure organisationnelle qui confère aux individus, aux yeux des agents, le titre de « héros ». En motivant leur choix, les personnes se conforment de nouveau aux valeurs évoquées précédemment. Nous retrouvons la culture affective-maternelle, pour les infirmiers ou infirmières (*compréhension, méthode et soutien moral au malade*) ainsi que pour les aides-soignants (*leur dévouement sans compter au patient pour peu de récompense et de reconnaissance*). Nous retrouvons la sacro-sainte compétence médicale pour les médecins, chirurgiens et anesthésistes admirés pour *la responsabilité énorme qu'ils assument vis-à-vis des malades et de plus en plus pour leur grande précision*.

Malgré le caractère peu académique de cette composante des cultures d'entreprise, nous attirons l'attention du lecteur. Dans les organisations en changement, nous savons que la réussite ou l'échec de nouvelles méthodes dépendent en partie des personnes qui en sont les initiateurs¹⁵. Si une personne est unanimement reconnue comme "héros", pour ses qualités, en dehors de toute considération hiérarchique, elle aura davantage de facilité à faire admettre un changement.

De cette première partie, nous tirons un certain nombre de conséquences. La présence forte des

trois valeurs, dévouement, compétences et travail d'équipe, peut expliquer les échecs de certaines tentatives de modernisation de la GRH. Une des tentatives consiste à diffuser dans les services de soin un esprit gestionnaire. On sensibilise le personnel d'encadrement à la nécessité de surveiller les coûts de revient, et de mieux gérer les moyens en matériels et en hommes (rénovation du système d'évaluation-notation notamment). Connaissant mieux son système de références on admet qu'il s'implique difficilement.

- On peut comprendre qu'une infirmière soit réticente à consacrer du temps en gestion de budget ou de ressources humaines. Cette nouvelle fonction crée chez elle un sentiment de frustration en la privant du contact avec le malade, auquel elle consacre traditionnellement tout son temps, conformément à la valeur « dévouement ».

- Il est difficile de conférer à une personne le statut de manager hospitalier si elle n'a pas de compétences reconnues dans le domaine médical. Dans les hôpitaux, le pouvoir repose sur les compétences médicales. Or les décideurs aux compétences médicales reconnues, n'ont pas reçu une formation les incitant à l'efficacité. D'autant que celle-ci est souvent jugée en opposition avec la qualité des soins. Sur ce point au moins l'hôpital s'éloigne culturellement de la logique d'entreprise.¹⁶

• Toute tentative d'individualisation des techniques de GRH, comme l'instauration d'un système de notation-appréciation, risquera de nuire au travail d'équipe sur lequel repose en grande partie la qualité des soins. Comme l'ont montré les économistes, l'hôpital est un producteur de services faiblement divisibles¹⁷. La valeur du travail d'une personne dépendant largement de l'organisation et de la dotation du service en moyens, la notation individuelle s'avère caduque.

De cette première partie, nous retiendrons qu'à l'hôpital, plus encore que dans les entreprises, la mise en place du changement doit prendre en compte en amont les valeurs professionnelles. Dans le cas contraire, risquent de se superposer deux cultures ressenties comme contradictoires, phénomène à l'origine de crise identitaire grave.

LA CRISE IDENTITAIRE DES HÔPITAUX

Pour expliquer la crise identitaire que traversent avec plus ou moins d'acuité les établissements de soins, nous avons privilégié trois explications, que nous proposons de développer. La première est la faiblesse du sentiment d'appartenance à l'entité hôpital, des personnels des services soignants.

Faible sentiment d'appartenance à l'hôpital

L'agent hospitalier n'a pas toujours le sentiment d'exercer un **métier spécifique**. C'est davantage la spécificité du service dans lequel il travaille qui crée chez lui un sentiment d'identité. Les services de psychiatrie, les services de pédiatrie sont des services où la culture est particulièrement exacerbée. Il en découle des rivalités de services (relativement courantes dans le Public) qui d'un point de vue de la GRH a des conséquences graves. Les incompréhensions inter-services entraînent un manque de mobilité du personnel et des difficultés dans le partage des moyens. Les innovations en matière de méthodes de travail, par exemple, seront jalousement gardées. Le sentiment d'appartenance à l'établissement sera affaibli et pourra nuire à l'efficacité globale.

Dans les entreprises du secteur privé, la **fierté d'appartenance** des salariés à leur entreprise est considérée comme le signe d'une bonne implication. Dans l'hôpital le sentiment de fierté d'appartenance à un établissement de santé en particulier n'est pas toujours vérifié. Les réponses sont différenciées par service. On note par exemple des réponses unanimes négatives dans les services de psychiatrie et au contraire des réponses unanimes positives pour les services de nuit. Ce qui prouve la difficulté pour un hôpital particulier d'affirmer sa propre identité. Nous rencontrons ce phénomène dans de nombreuses institutions publiques où le sentiment d'appartenance à un service et à une fonction publique est supérieur au senti-

ment d'appartenance à un établissement. Il n'est pas étonnant alors, que les agents (contrairement au secteur privé) ne se sentent pas toujours solidaires d'une identité et défenseurs de son image.

Les agents hospitaliers sont-ils soucieux de donner une **bonne image de leur établissement de soins** ? Les avis sont contingents du fonctionnement du service. Les agents ne sont pas soucieux de cette image quand ils ne se sentent pas partie prenante des décisions (*notre avis ne compte pas, nous ne sommes donc pas motivés pour donner à l'hôpital une bonne image*). ou, quand l'hôpital n'a pas une bonne renommée (*image de bas de gamme du produit médical*). En revanche, dans les services où les agents sont associés à la modernisation de leur établissement (services de moyen séjour médecine, chirurgie, maternité et obstétrique) le souci de cette image est présent. Ils soignent l'accueil des malades et des familles, par exemple, en rendant les locaux moins lugubres. Indirectement cela se répercute sur leur travail (*on a le sentiment qu'en faisant au mieux notre travail on contribue à améliorer l'image*). Notons en outre, que le degré d'implication dans le travail est davantage lié au souci de satisfaire le client-patient que par celui de l'image de l'Institution en elle-même. La culture professionnelle est toujours plus prégnante !

Or l'organisation hospitalière ne peut se résumer à la somme de relations entre un client et un salarié. La performance, la gestion de compétences ou de carrière nécessitent que les frontières organisationnelles soient délimitées au plus large. Actuellement les cloisonnements inter-services, les sous-cultures hermétiques, rendent difficile l'instauration de politiques et de méthodes de GRH globales. La rigidité des structures et les imperfections dans l'organisation interne n'arrangent pas les choses.

Le poids de la structure hiérarchique et corrélativement du flou organisationnel

Les administrations publiques présentent le double inconvénient, d'une part d'imposer aux agents une structure hiérarchique lourde, et d'autre part de les laisser travailler dans un flou organisationnel. Par conséquent, les agents se sentent d'une part soumis à un style de management rigide et d'autre part tributaire d'une organisation mal finalisée dans ses actions.

* *Style de management rigide :
issu des statuts ou des coutumes ?*

Les agents reconnaissent prendre des initiatives (plus ou moins fréquemment selon leur catégorie). Ils se sentent unanimement **soumis à un style de management**, d'organisation ou de commandement. Ils le qualifient de « *plus en plus difficile à vivre* » - « *il faut suivre les grandes lignes* », « *il faut suivre les directives* », celles qui caractérisent toute bureaucratie. Dans ce contexte les initiatives ne sont pas le signe d'un management plus participatif. Elles s'apparen-

tent souvent à une surcharge de travail¹⁸, des tâches supplémentaires qui s'ajoutent aux responsabilités.

Le statut de la fonction publique est souvent tenu pour responsable de ce mal de l'administration. Certains proposent un véritable autodafé des statuts, d'autres une relecture, arguant du fait que les lourdeurs de l'administration ne sont pas inscrites dans les statuts¹⁹. Les statuts contiennent plutôt les grands principes de la conception française de la Fonction Publique et notamment du système de carrière par opposition au système d'emploi. Ainsi toutes les contraintes que l'on dénonce comme étant la cause de lourdeur du système et dont certaines concernent directement la GRH (système de rémunération, habitudes de gestion, contraintes budgétaires et comptables) ne relèvent pas des statuts.

En revanche des grands principes tout à fait compatibles avec une GRH moderne y figurent. Citons l'avancement au mérite, un système de primes réparties en fonction de la manière de servir, l'obligation d'une notation motivée (pas obligatoirement chiffrée), le recrutement sur concours (tous les types sont permis, tant au niveau de la forme que du contenu) et des sanctions sont expressément prévues. Inutile de rappeler ici les vertus juridiques et historiques des statuts²⁰, on reconnaît qu'ils offrent de très larges marges de flexibilité aux directeurs d'établissement et chefs de service. La vraie question est celle de savoir pourquoi celles-ci ne sont pas utilisées dans un esprit managérial à des fins de saine gestion ? Les vrais problèmes se trouveraient dans des pratiques rituelles dictées par le poids des traditions ou la constance des pouvoirs et l'absence d'une philosophie hospitalière bien définie.

* Un système non finalisé ou des philosophies conflictuelles

L'absence d'objectifs clairement affirmés et un climat d'incertitude par rapport à l'avenir contribuent

à alimenter les crises identitaires (comme c'est le cas dans les entreprises en période de fusion ou absorption). A l'hôpital, un flou est entretenu entre deux philosophies, une philosophie ancienne et voulue et une philosophie nouvelle mal acceptée. La philosophie souhaitée s'exprime à travers les expressions : *égalité des soins, accession aux soins de qualité pour tous - mission de disponibilité, d'écoute et de soutien - être au service de tous - on y arrive en pleurant, on y part en riant* ; et s'oppose nettement à une philosophie subie : *on oublie le malade - on travaille à l'hôpital par nécessité, pas par vocation - la philosophie se confond avec les idées de ceux qui administrent l'hôpital : restriction continue de moyens.*

Après le faible sentiment d'appartenance à l'hôpital, et l'opposition entre structure administrative autoritaire et flou organisationnel, le dernier signe de la crise d'identité des hôpitaux, nous paraît être la présence de deux sous-cultures divergentes.

Présence de sous-cultures divergentes

La pratique habituelle consiste à distinguer : les administratifs (qui n'ont aucun contact avec le malade, les soignants qui eux sont en contact, et le personnel technique (sans contact avec le malade).

Nous avons synthétisé dans le Tableau n° 4 en les reprenant un par un les points de divergence que nous avons pu relever dans notre étude, entre les deux sous-cultures. Dans chaque ligne le double point de vue est exposé. Nous retenons que ces préoccupations diamétralement opposées, expliquent la durée de la crise interne. En effet chaque groupe définit sa propre mission et délimite un ensemble de tâches dans son périmètre, attitudes qui sont autant de protections efficaces rendant impossible toute coopération.

Tableau n° 4

Les administratifs et les décideurs	Les agents soignants
groupes trop éloignés des besoins des malades	groupes face aux difficultés liées aux soins et aux exigences des patients
les directeurs décident, les cadres organisent « les uns gèrent »	les agents soignants exécutent « les autres soignent »
démarche administrative	réalité des soins et proximité du malade
théorie	terrain
préoccupations financières, « les cordons de la bourse »	préoccupations humaines, l'intérêt du malade (vétusté des locaux et manque de personnel)
incapacité à instaurer une communication interne qui fonctionne bien	milieu fermé peu communicatif
façon de voir l'avenir : changer l'esprit, responsabilisation gestionnaire, économie de moyens	façon de voir l'avenir : sauvegarder des soins de qualité pour tous
travail attendu : conformité à des règles ou des lois	travail réellement exécuté : contingence, souci réel du malade

Les facteurs de crise structurelle et culturelle exposés dans cette deuxième partie nous renvoient à ce que dit Mintzberg²¹ des bureaucraties professionnelles, notamment au sujet de leur contrôle. La bureaucratie professionnelle hospitalière peut se caractériser ainsi. Premièrement, les agents hospitaliers sont moins solidaires de l'organisation qui les rémunère que de la profession à laquelle ils appartiennent. Deuxièmement, leur travail est de nature complexe. Troisièmement, la relation au client-patient procure aux agents une satisfaction supérieure à la relation entre collègues et supérieurs. Nous sommes en présence d'une structure dans laquelle les contrôles classiques de type technocratique ne peuvent fonctionner.

Par conséquent, toute réforme en matière de GRH doit pouvoir préserver la source principale de motivation des agents soignants, la relation au malade, au risque d'engendrer des phénomènes de castration. La GRH doit mettre en avant l'utilité de leur travail et son caractère professionnel. Insérées dans cet autre esprit, les méthodes nouvelles de GRH, ont davantage de chances de réussir.

CONCLUSION

Les hôpitaux tentent d'introduire des méthodes modernes de GRH dont l'objet est une rationalisation dans l'utilisation de leurs ressources humaines. Ils développent des responsabilités, donnent une plus grande autonomie aux unités de soins, introduisent de nouveaux systèmes d'évaluation, sensibilisent à la nécessité de techniques d'appréciation efficaces, réfléchissent à des systèmes de rémunération et de promotion différenciés. Ces changements ne se font pas sans heurts. Les principales raisons sont triples, d'une part, l'absence d'une culture de la mesure²² due à l'absence « historique » de pressions concurrentielles directement perceptibles, d'autre part, une forte culture de métier orientée vers la qualité des soins, fondée sur le dévouement, la compétence et le travail d'équipe et enfin, le stade embryonnaire de la culture managériale des dirigeants.

Pour remédier à ces trois problèmes, l'hôpital ne peut faire l'économie de l'implication de ses décideurs²³, cadres-infirmiers, médecins et administratifs et d'un effort de formation²⁴. Il s'agit d'initier un changement culturel. Ses chances de réussites seront accrues par l'introduction dans l'organigramme hospitalier d'une **classe de managers** dotés d'une formation gestionnaire, du sens de la communication, ainsi que d'un réel pouvoir de décision et d'action. L'hôpital de demain remplira ses missions grâce à une double compétence reconnue tant dans le domaine médical que dans celui de la gestion. Cette double compétence peut être à la base de son projet social.

BIBLIOGRAPHIE

BURKE G.C., « Understanding the dynamic role of the Hospital Executive », *Hospital and Health services, Administration*, Vol. 34/1, Printemps 1989, pp. 99-112.

SPITZER LEHMAN R., « Middle management: consolidation », *Nursing Management*, Vol. 20/8, automne 1989, pp. 57-62.

BERNATCHEZ J.C. « La satisfaction à l'égard du régime de conditions de travail chez les cadres intermédiaires dans le secteur québécois de la santé », *Congrès AGRH Nov. 1991* pp. 451-455.

NIZARD G. « De l'identité autistique à la reconnaissance identitaire », *Gestions Hospitalières*, n° 303, pp. 158-169, février 1991.

LERY N. « L'éthique comme régulation de l'inattendu », *Gestions Hospitalières*, n° 303, pp. 170-173.

ROBERT L. HENEMAN, DAVID B. GREENBERGER, STEPHEN STRASSER, « The relationship between pay-for-performance perceptions and pay satisfaction », *Personnel Psychology*, n° 41, pp. 745-759, 1988.

HONORE B. « L'hôpital et son projet d'entreprise, vers l'œuvre de santé », Privat 1990.

NOTES

¹ ROCARD M. (1989) Circulaire ministérielle du 23 février 1989 sur le renouveau du service public.

² STOFFAES C. (1992) « Le contrat de gestion comme moyen de moderniser l'Etat », *Revue française d'Administration Publique*, n° 61, janvier 1992.

³ LA DOCUMENTATION FRANÇAISE (1993) Rapport général sur La Fonction Publique de l'Etat, Paris, mars 1993.

⁴ DEFELIX C. « L'application de nouvelles règles de gestion des ressources humaines dans les entreprises de service public », *Actes du Congrès AGRH de Lille*, nov. 1992, pp. 617-622.

⁵ ABRAHAM J. (1992), *Communautés culturelles et GRH*, Actes du 3^e Congrès AGRH, Lille.

⁶ composé essentiellement de questions ouvertes construites à partir des deux questionnaires de la thèse de doctorat : Culture d'entreprise - Essai de formalisation et relations à la performance, ABRAHAM J., Poitiers 1992.

⁷ corps des infirmiers des services médicaux, corps des aides soignants, et corps des agents des services hospitaliers.

⁸ MUCCHIELLI (1993), « La crise interne des hôpitaux : un outil d'évaluation de son importance », *Gestions Hospitalières*, n° 324, mars 1993, pp. 225-229.

⁹ THEVENET M. (1986) Audit de la culture d'entreprise, Les Editions d'Organisations, 1986.

¹⁰ Nous appelons héros des organisations toute personne qui par ses qualités, son statut ou ses actions passées a acquis valeur d'exemple, dans une étude précédente nous avons distingué les héros visionnaires, structurels ou situationnels Op. Cit. (Article en cours sur ce concept pour la RFG).

¹¹ HART J., MUCCHIELLI A. (1994) « Les racines de la culture affective des établissements de santé », *Gestions Hospitalières*, n° 332, janvier 1994.

¹² MINTZBERG H. (1986) Structures et dynamique des organisations, Editions d'Organisation.

¹³ SWANSON E.B.(1974) « System heroes », *General systems*, vol. IX, 19, pp. 91-95.

¹⁴ ABRAHAM J. « Médiatisation des acteurs et héros des organisations » (article à paraître) *Revue Française de Gestion*.

¹⁵ MIDLER C. « Logique de la mode managériale », *Gérer et comprendre*, Juin 1986, pp. 74-85.

¹⁶ LEVY E. « L'hôpital est-il une entreprise ? », *Revue Française de Gestion*, n° 4, mars-avril 1976.

¹⁷ LABOURDETTE A. « Economie de l'Hôpital public », *Cahier de recherche CREGE*, n° 93-16, Bordeaux I.

¹⁸ KIRBY K, OLLIS E, et STENGREVECS S, « Nurses managers job satisfactions », *Nursing Management*, n° 22/4, avril 1991, pp. 60-64.

¹⁹ Titre 1 du statut général et titre 3 relatif à la Fonction Publique Hospitalière.

²⁰ LE VERT D. (1989) « Le statut des fonctionnaires et la modernisation de la fonction publique : vrais enjeux et faux débats », *Revue française d'Administration*, n° 49, janvier 1989, pp. 17-23.

²¹ MINTZBERG H. (1986) Structures et dynamique des organisations, Editions d'Organisation.

²² INSTITUT DE L'ENTREPRISE (1991) « Modernisation de la GRH du secteur public et

conclusions des travaux », *Revue française d'Administration Publique*, juillet-sept, n° 59, pp. 413-426.

²³ AKRICH M., CALLON M., LATOUR B. « A quoi tient le succès des innovations ? L'art de choisir les bons porte-parole », *Gérer et comprendre*, n° 12, sept. 1988, pp. 14-29.

²⁴ BURLAUD A. « Management public et formation des fonctionnaires : l'art et la manière », *Revue Politiques et management public*, vol. 7, n° 4, décembre 1989.