

# LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT, UNE OPPORTUNITÉ STRATÉGIQUE POUR LA GRH

Didier MOTTAY

*GREFIGE*

*Maître de Conférences, IAE de Nancy*

Marie-Christine FANTOVA

*Cadre supérieur infirmier, Hôpitaux de Toulouse*

## Introduction

La santé est un domaine qui subit dans notre pays une évolution rapide et importante. Cette évolution s'est accélérée, après 1996, à l'occasion de la mise en place de la réforme Juppé. L'actualité sociale vient régulièrement témoigner du fait que la transformation du système de santé français ne se fait pas sans heurts ni mouvements sociaux. L'Hôpital public se trouve au centre de ces changements du fait de son rôle central que ce soit comme symbole d'excellence, mais aussi comme enjeu financier important. Les transformations dans le système de santé sont de natures différentes, mais elles concourent toutes à une remise en cause importante de la structure même de l'organisation des soins. Trois points paraissent particulièrement importants.

Premièrement, au niveau national, se met en place une politique de décentralisation. Elle se concrétise par la réforme du système de santé dont l'unité organisationnelle devient la région. L'installation des Agences régionales d'hospitalisation et des Instituts régionaux de santé (regroupant les écoles professionnelles) est l'illustration concrète de cette volonté de gérer les problèmes de santé plus près de leur origine.

Deuxièmement, la notion de contractualisation progresse dans le domaine de la santé. Pour les personnels de santé, il s'agit souvent de l'émergence de ce qu'ils appellent la "logique économique" dans la gestion quotidienne des établissements. La contractualisation interne et externe sous-entend la capacité à élaborer des contrats mais également à les mener à terme. Il convient donc de définir et de mettre en œuvre une stratégie dans le cadre d'un projet d'établissement. Parallèlement, s'élaborent des contrats d'objectifs et de moyens et se mettent en place des Centres de responsabilité. L'ensemble de cette démarche est encadrée par la démarche d'Accréditation.

Enfin, l'émergence des usagers et des citoyens, désormais représentés dans les instances décisionnelles (conseil d'administration et commission de conciliation), bouleverse les rapports sociaux. Ces nouveaux intervenants disposent de sources d'informations nouvelles (PMSI, comparatifs de presse) et de droits nouveaux (accès au dossier du patient) leur permettant de jouer un rôle actif dans ces instances<sup>1</sup>.

Cette réorganisation du système de soins sous l'influence simultanée de facteurs externes et de facteurs internes comme les évolutions techniques afférentes à la pratique, n'ont pas fini de métamorphoser l'hôpital. D'une part, celui-ci doit mettre en place une démarche réfléchie et concertée permettant de mener à bien l'ensemble des réformes nécessaires à la réussite des nouveaux objectifs qui lui sont assignés. Cette réflexion stratégique se concrétise par l'élaboration d'un projet d'établissement négocié à l'extérieur avec sa tutelle. D'autre part, le projet d'établissement doit tenir compte des ressources et des contraintes internes de l'organisation. C'est vraisemblablement dans une efficacité accrue des personnes que pourra s'envisager la réussite du changement. À l'hôpital, les clients constituent l'objet même de l'activité et le personnel soignant représente un capital essentiel<sup>2</sup>. Le management du personnel devient donc un facteur clef de succès au sein de l'organisation hospitalière.

1. Loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Décret n° 2002-637.

2. Moisson, J.C. et Tonneau, D. (1999), *La démarche gestionnaire à l'Hôpital*. Éditions Seli Arslan.

La première partie de ce travail présentera le contexte des changements. En premier lieu, nous exposerons les éléments historiques ayant façonné et déterminé la structure et les missions des hôpitaux publics. Nous verrons comment les établissements ont été amenés à penser en termes stratégiques leur évolution, l'expression de cette réflexion stratégique faisant l'objet d'une succession de projet d'établissement. Nous étudierons un centre hospitalier universitaire, "cas typique de bureaucratie professionnelle"<sup>3</sup>, au moment où il procède à la négociation interne de son nouveau projet, ce qui l'oblige à évaluer les résultats du projet d'établissement précédent.

Dans un deuxième temps, avec le support d'une étude de cas, nous approfondirons notre réflexion sur les enjeux stratégiques du changement et les réponses innovantes qui sont proposées en termes d'organisation et de gestion de ressources humaines. Nous montrerons la façon dont les cadres intermédiaires infirmiers s'adaptent aux changements organisationnels et qu'elles sont les conséquences sur leur situation de travail. La congruence entre l'évolution des emplois des cadres infirmiers et les objectifs stratégiques de l'hôpital exprimés par le projet d'établissement, nous semble être une condition nécessaire au succès. En somme, les objectifs stratégiques trouvent-ils leurs prolongement au sein de la nouvelle entité ? Enfin, nous nous efforcerons d'ouvrir ce travail sur des perspectives managériales.

## 1. L'hôpital, une organisation en mutation

Les hôpitaux subissent actuellement une mutation sous l'influence des facteurs externes et internes. Ils sont le résultat d'une lente évolution qui a façonné durablement leur structure et leur culture. Ces différents facteurs ont contraint les professionnels à s'interroger sur le fonctionnement de l'hôpital public sur ses missions, sur les prestations qu'il dispense dans un contexte général de crise d'identité du service public<sup>4</sup>.

### 1.1 Les facteurs externes de changement

Nous commencerons par exposer les facteurs externes nécessitant l'adaptation des hôpitaux public en les replaçant dans leur contexte économique, législatif et historique.

#### 1.1.1 L'organisation du système hospitalier public

Œuvre de charité puis de bienfaisance jusqu'au XIX<sup>e</sup>, la mission de l'hôpital était axée sur l'accueil des nécessiteux et des démunis, au détriment du soin au malade. À partir du XIX<sup>e</sup> siècle, et sous l'influence de la Révolution française, l'hôpital devient laïque et est confié aux municipalités. Une loi promulguée en 1851 le distingue de l'hospice et confirme son administration par la commune. Avec la loi du 21 décembre 1941, l'hôpital moderne s'organise sur ses principes actuels : ouvert à tous, il reçoit toute personne nécessitant des soins. La notion de malades payants est introduite par cette loi, qui éloigne de l'ancien concept d'assistance.

L'ordonnance du 4 octobre 1945, qui institue la Sécurité sociale, va permettre d'assurer des revenus stables à l'hôpital, par le biais des cotisations salariales. Plus tard, les ordonnances du 30 décembre 1958 affirmeront la fonction médicale des hôpitaux, et créeront des Centres hospitaliers universitaires (CHU).

À la veille du choc pétrolier, la réforme de 1970<sup>5</sup> crée le service public hospitalier et renforce la planification sanitaire<sup>6</sup>. Cette loi fait déjà apparaître la notion "d'amélioration de la gestion financière des établissements de santé", mais ne modifie en rien le processus de financement de l'hôpital. Son budget est basé sur le prix de journée, facturé au malade pour chaque jour passé à l'hôpital. Il est l'élément de base de la tarification hospitalière et consiste en un prix moyen ne traduisant pas obligatoirement le coût réel du malade hospitalisé.

3. Pichault, F. (1993), Ressources humaines et changements stratégiques. De Boeck Université. p. 70.

4. Amar L. (1996), La modernisation de deux hôpitaux généraux vécue par ses cadres soignants. In A.P. Contandriopoulos et Y. Souteyrand (Eds.), *L'hôpital stratège, Dynamiques locales et offre de soins*. Paris, Éditions John Libbey Eurotext, 214-233.

5. Loi du 31 décembre 1970.

6. La carte sanitaire, soumise à l'autorisation préfectorale, régule les ouvertures supplémentaires de lits, ainsi que les équipements lourds.

À partir de 1983, l'État va réorienter progressivement le système vers de nouvelles modalités de gestion et de contrôle pour modifier le marché de l'offre et de la demande en soins<sup>7</sup>.

La loi du 19 janvier 1983 modifie le mode de financement du secteur public hospitalier : le prix de journée, jugé inflationniste<sup>8</sup>, est abandonné au profit d'un budget global. À chaque établissement est allouée une enveloppe de crédits annuels calculée en fonction d'une activité prévue. Ces modifications n'arriveront cependant pas à maîtriser l'envolée des dépenses de santé.

C'est donc avec la loi du 31 juillet 1991, et le décret de juillet 1992, qu'une démarche nouvelle apparaît<sup>9</sup>. Elle instaure la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, notamment par le biais de la mise en place de Centres de responsabilité<sup>10</sup>. Elle vise également à rénover le système hospitalier. Trois innovations sont apportées par la loi. Premièrement, les modalités de définition de la politique d'établissement sont caractérisées par la mise en place des projets d'établissements. Deuxièmement, on assiste à la mise en place d'une politique d'évaluation en général et, en particulier de l'évaluation des soins. Troisièmement, à la suite des mouvements sociaux du début de la décennie<sup>11</sup>, la loi met en avant la participation et la responsabilisation des acteurs en insistant sur les démarches participatives. Enfin, cette loi complète également la carte sanitaire par la création du Schéma régional d'organisation sanitaire et sociale (SROSS), qui détermine les besoins sanitaires régionaux.

Parallèlement à ces réformes, des instruments de mesure de l'activité hospitalière, permettant de confronter les bases budgétaires des établissements à leur activité, commencent à se mettre en place. Ainsi, le Programme Médicalisé des Systèmes d'Informations (PMSI). Le PMSI, expérimenté depuis le début des années 1980, a pour but de favoriser une meilleure compréhension de l'utilisation des ressources mobilisées pendant le séjour d'un patient à des fins d'allocation des budgets hospitaliers. Il répond à un souci de cohérence médico-économique<sup>12</sup>. Le PMSI repose sur des bases statistiques à l'origine des "groupes homogènes de malades" (GHM), dont le coût est exprimé en points ISA (indice synthétique d'activité)<sup>13</sup>. L'ensemble des patients classés dans chaque GHM est supposé correspondre à des séjours comparables, aussi bien de diagnostic médical que de consommation de ressources. La mise en œuvre du PMSI tend à organiser l'activité médicale autour du département d'information médicale (DIM).

### 1.1.2 La maîtrise médicalisée des dépenses de santé

Malgré ces éléments de mesure qui favorisent une meilleure connaissance de l'activité et du produit hospitalier, et malgré les différentes réformes, dont celle de 1991 (qui pourtant pose déjà le cadre du futur dispositif), la maîtrise médicalisée des dépenses de santé reste un objectif à atteindre. L'État va donc mettre en place un dispositif de pilotage plus précis par le biais des ordonnances du 24 avril 1996<sup>14</sup>.

L'Ordonnance N° 96-346 « portant réforme de l'hospitalisation publique et privée » vise à réorganiser le dispositif de soin<sup>15</sup>. Cette réforme insiste sur la responsabilisation, la qualité des soins et l'insertion de l'hôpital sur son environnement.

---

7. La loi du 19 janvier 1983, son décret d'application du 11 août 1983 ; la loi du 31 juillet 1991 et les ordonnances du 24 avril 1996 dans le cadre du "Plan Juppé".

8. Il suffit d'augmenter le nombre de journées d'hospitalisation pour accroître les recettes.

9. Tonneau D. (1994), *Les outils de gestion et l'hôpital. Bilan d'une greffe sur un service public à soigner*. Doctorat ingénierie et gestion, École Nationale Supérieure des Mines de Paris.

10. Il convient de noter que l'article 26 de la loi de 1986 introduisait déjà la notion de Centre de Responsabilité.

11. Particulièrement les grèves des infirmières menées par des "coordinations".

12. *L'évaluation des ressources consommées en réanimation : inadéquation du système des GHM*. Journal d'Economie médicale n° 4 vol. 17, juin 1999.

13. Masse M.C. (1994), *Le Contrôle de Gestion dans une Bureaucratie Professionnelle : Contribution à la Modélisation du cas de l'Hôpital Public*. Thèse, Université de Lille.

14. L'Ordonnance N° 96-344 "portant mesures relatives à l'organisation de la Sécurité Sociale" ; l'Ordonnance N° 96-345 "relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins" ; l'Ordonnance N° 96-346 "portant réforme de l'hospitalisation publique et privée".

15. Budet, J.M. et Blondel, F. (1997), *La réforme de l'hospitalisation publique et privée, les clefs de l'Ordonnance du 24 avril 1996*. Ed. Berger-Levrault.

Afin d'accompagner cette réforme, on assiste à la mise en place des agences régionales d'hospitalisations (ARH). Placées sous la tutelle directe des ministres de la Santé et de la Sécurité sociale, les agences régionales (au nombre de 24) sont compétentes pour exercer l'ensemble des missions en matière de planification des structures et des équipements des établissements publics et privés, et d'allocation de ressources à ces établissements. Le directeur de l'agence exerce au nom de l'État. Il est compétent notamment pour arrêter la carte sanitaire et le schéma régional d'organisation sanitaire et sociale (SROSS), pour fixer les budgets et arrêter les tarifs d'hospitalisation des établissements publics et privés sous dotation globale. L'ARH pour mener à bien ses missions, dispose de plusieurs outils : planification (ouvertures et fermetures de lits, installation d'équipements lourds), allocation des ressources et contrats d'objectifs avec les hôpitaux et les cliniques privées.

La contractualisation externe est une conséquence de l'ordonnance de 96. Le contrat d'objectifs et de moyens (COM), signé pour 3 à 5 ans entre les établissements de santé et l'ARH, vise à permettre un meilleur pilotage du système en renforçant l'autonomie des établissements. L'objectif de ces contrats est de déterminer les orientations stratégiques des établissements (via le projet d'établissement et le projet médical) en tenant compte des objectifs du schéma d'organisation sanitaire : « À l'interface des schémas régionaux d'organisation sanitaire et des projets d'établissements approuvés, le contrat résulte de la confrontation entre une approche planificatrice, dont le schéma est la traduction, et les objectifs de chaque établissements de santé exprimés dans leur projet d'établissement »<sup>16</sup>. Cette nouvelle approche contractuelle fait émerger un renouveau de la politique de planification, puisque la négociation contractuelle prend le pas sur la contrainte tutélaire. Cette négociation est fondée sur des engagements réciproques en termes d'objectifs à atteindre à l'aide de moyens adaptés, tant financiers qu'en installations et équipements.

L'ordonnance instaure la contractualisation interne qui s'appuie sur les centres de responsabilités<sup>17</sup>.

La création d'un centre de responsabilité est proposée à l'instigation des équipes médicales et paramédicales concernées ou sur l'initiative du directeur général (proposition motivée). Concrètement, le fonctionnement repose sur la délégation du pouvoir de gestion du directeur aux centres de responsabilité dans le cadre d'une contractualisation interne. Ce contrat définit également les objectifs, les moyens et les indicateurs de suivi des centres de responsabilité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat.

L'esprit de la contractualisation interne est donc bien de déconcentrer la gestion, pour que les décisions soient prises au niveau le plus proche possible des personnes concernées dans un souci d'amélioration de la qualité du service offert. Elle repose sur la coopération de l'ensemble des acteurs impliqués dans le processus.

La qualité des soins est de nouveau mise en avant par le dernier axe de l'ordonnance qui instaure la procédure externe obligatoire d'accréditation<sup>18</sup>. L'accréditation vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement, ou d'une partie de celui-ci au travers d'un ou plusieurs services ou de ses activités. L'appréciation de la qualité est prévue à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, sur les bonnes pratiques cliniques et les

16. Circulaire DH/EO n° 97-22 du 13 janvier 1997 relative aux contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements de santé.

17. La notion de centre de responsabilité est reprise dans l'ordonnance du 24 avril 1996, puis concrétisée par la circulaire DH/AF/AF3/97 de la Direction des Hôpitaux (Circulaire DH/AF/AF3/ n° 97-304 du 21 avril 1997, relative à la contractualisation interne dans les établissements publics de santé).

18. « Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation » (art. 710-5 du CSP). CSP : Code de Santé Publique

résultats des différents services et activités de l'établissement considéré. La procédure d'accréditation est conduite par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). L'accréditation peut être une aide utile à la décision car elle va permettre à l'ARH d'avoir une connaissance affinée de l'offre de soins sur le plan qualitatif. Rappelons que le PMSI lui fournit une connaissance précise sur un plan quantitatif. Au plan local, l'enjeu de l'accréditation consiste à en faire un outil de management stratégique pour l'établissement, ainsi qu'un outil de management à la disposition des services.

L'exposé précédent nous a permis de faire un bilan de la situation des hôpitaux soumis à l'évolution de l'environnement économique et des textes législatifs. Il met en évidence les nouveaux enjeux auxquels sont confrontés les établissements de santé et les incidences sur la gestion hospitalière. L'ensemble de ces facteurs externes nécessite une adaptation de la structure organisationnelle de l'hôpital public.

## 1.2 L'adaptation stratégique des CHU

L'hôpital doit faire face à de multiples changements. En premier lieu, la maîtrise des dépenses de devient une exigence de plus en plus prégnante. Elle induit une politique rigoureuse d'encadrement des budgets et des coûts. Cette évolution génère de nouveaux modes d'organisation et de management<sup>19</sup>.

Simultanément, apparaissent de nouveaux défis. Par exemple, les patients se comportent de plus en plus en clients et exigent une meilleure prise en compte de leurs exigences en matière d'accueil, de confort et d'information<sup>20</sup>. L'évolution des techniques médicales et des pathologies entraîne aussi une réorganisation de l'offre et de la nature des soins<sup>21</sup>. Le contexte démographique actuel a également son importance dans la mesure où une population vieillissante a un impact non négligeable sur les enjeux propres à l'hôpital.

Au sein de l'hôpital, les modifications culturelles et managériales sont également à prendre en considération dans la mesure où elles ont une incidence majeure dans la vie de l'organisation. En effet, tout changement est inhérent à la mise en œuvre d'un projet, dont la dimension fondamentale repose sur une évolution touchant les structures autant que les individus. L'organisation hospitalière doit se munir d'outils stratégiques de gestion du changement, par exemple le Projet d'établissement. Les changements technologiques, économiques, socioculturels et juridiques en stimulant l'évolution hospitalière, vont interpeller ses valeurs, ses missions. Ces transformations vont modifier les métiers de ses professionnels, induisant inévitablement des changements sur les emplois, notamment sur celui de cadre infirmier.

### 1.2.1 Le Projet d'établissement, un outil stratégique de planification du changement.

La loi du 31 juillet 1991<sup>22</sup> stipule que chaque établissement de soins doit élaborer son Projet d'établissement. Le CHU que nous avons étudié s'est engagé, dès 1992, dans une démarche participative d'élaboration de son Projet d'établissement qui définit les axes stratégiques déterminants pour conduire et anticiper les changements nécessaires à l'évolution de l'hôpital. Ce premier projet, finalisé en 1995, a été révisé en 1998, lors de l'élaboration du contrat d'objectifs et de moyens passé avec l'ARH sur cette même période. Le projet actuel est le fruit d'une réflexion engagée depuis le début de l'année 2000. Les axes prioritaires tiennent compte de plusieurs exigences. Premièrement le projet doit répondre aux attentes de la population, dans le cadre des États généraux de la Santé. Deuxièmement, il doit permettre à l'établissement de s'adapter à l'évolution de l'environnement, avec notamment la mise en place de l'accréditation

---

19. Chataurel A. et Renault, C. et Yahiel M. (1997), *Réforme hospitalière : comment maîtriser les changements ?* Gestions Hospitalières, 808-825. Cremadez, M. et Grateau, F. (1997), *Le Management stratégique hospitalier*. Masson, 2<sup>e</sup> éd.

20. Le gouvernement est sur le point de préciser les modalités de mise à disposition du "dossier du patient".

21. Couty, E. (1997), *Le rôle de l'hôpital aujourd'hui*, sous la direction de D. Farge-Bancel et D. Jourdain-Menninger, *Hôpital public, le retour à l'Hôtel-Dieu*. Paris, Hermès, 69-76.

22. Article L714-11.

et des démarches qualité. Troisièmement, il s'agit de mettre en place une nouvelle organisation médicale pour une prise en charge plus efficace, répondant aux besoins de santé de la population dont le CHU a la charge. Enfin, le projet d'établissement doit permettre de répondre aux attentes et besoins des différents acteurs de la vie du CHU, qu'ils soient patients, employés ou bien encore partenaires de celui-ci. Le Projet d'établissement est l'aboutissement d'une démarche interactive ayant nécessité la réalisation des enquêtes d'image auprès des malades, des représentants des usagers, des médecins de la région et des personnels paramédicaux.

Les axes d'orientation visant à améliorer la prise en charge du malade se déclinent au travers des différents projets composant le projet d'établissement du CHU, dont le Projet de gestion, le Projet de soins infirmiers et le Projet médical. Nous ne détaillerons ici que les trois projets en étroite relation avec notre recherche<sup>23</sup>.

À la différence d'autres thématiques du projet d'établissement 2001-2005, le Projet de gestion est un référentiel nouveau pour l'institution. Il entend inscrire la gestion au cœur des différents services de l'hôpital, et propose une démarche de gestion de nature à associer chaque acteur, chaque équipe, à la formation du résultat global de gestion de l'hôpital. Il s'organise autour de trois idées fortes : la compétitivité, la complémentarité et l'assurance qualité. En ce qui concerne le premier point, de profondes modifications apparaîtront sous peu dans le système d'allocation budgétaire (l'allocation de ressources sur la base de la tarification à la pathologie est susceptible d'induire un véritable marché régional entre l'ARH, acheteur, et une pluralité d'offreurs répartis dans le secteur public et privé), qui obligera le CHU à être compétitif pour des services comparables<sup>24</sup>.

Le Projet de soins infirmiers, a été élaboré à partir du précédent projet de soins, dont certains plans d'action sont toujours en cours de réalisation, du COM<sup>25</sup> et des États généraux de la santé. Il cherche à promouvoir le professionnalisme des équipes par une amélioration continue de la qualité des soins. Il s'agit là, par exemple, de généraliser la collaboration IDE/AS, de mettre en œuvre la GPEC et de soutenir la recherche en soins infirmiers.

Le Projet médical est le socle du Projet d'établissement. Il est conditionné par la réussite d'une démarche qualité volontaire vis-à-vis de la recherche, de la formation, des soins et de la prise en charge de la personne soignée. Les axes principaux de ce projet, qui se doit de respecter SROSS<sup>26</sup>, sont d'une part le regroupement par pôles, d'autre part la spécialisation par site. En ce qui concerne le regroupement par pôles, les spécialités de même nature sont regroupées au sein de grands pôles médicaux chirurgicaux et autour de plateaux techniques recentrés et adaptés aux activités des Pôles. Ces regroupements d'activités signent la fin des disciplines "en miroir" sur les deux sites principaux du CHU. Il s'agit ici d'une décision difficile à mettre en œuvre puisqu'elle nécessite un suivi important lors de sa réalisation<sup>27</sup>. L'aboutissement de cette politique entraîne naturellement la spécialisation de chacun des cinq sites historiques du CHU, ceci tout en confirmant leur mission de recours et de proximité. La réalisation du Projet médical précédent a entraîné des restructurations, des fermetures de sites mais aussi des créations comme celle de l'hôpital d'enfants qui constitue le support de notre étude.

Sur le plan organisationnel, les CHU sont organisés en structures divisionnelles, dans lesquelles la coordination repose sur la "standardisation des résultats". Cette standardisation s'exprime par le biais des "groupements homogènes de malades", des "bonnes pratiques de soins", et du PMSI. Au sein de chaque sous-entité du CHU (Hôpital A, Hôpital B...) l'organisation est plutôt fonctionnelle. Chaque

23. Nous ne parlerons donc pas des projets professionnel et social, patrimonial et logistique, communication interne et externe.

24. Peut-être verrons-nous le consommateur de soins arbitrer ce marché dans un avenir proche. En effet, désormais les informations du PMSI sont disponibles pour le public par l'intermédiaire d'enquête journalistiques paraissant régulièrement.

25. COM : Contrat d'Objectifs et de Moyens.

26. SROSS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale.

27. Mottay, D. (1999), *L'émergence du rôle managérial des cadres infirmiers à l'Hôpital*. Actes du X<sup>e</sup> congrès de l'AGRH, université Lyon III.

service (hématologie, radiologie, urgences) concourant individuellement à l'objectif final : soigner la population. Traditionnellement, les entités constitutives (services de soins) sont des bons exemples de bureaucratie professionnelle. Les mécanismes de coordination reposent sur la standardisation des qualifications et la partie clef de l'organisation est constituée par le centre opérationnel<sup>28</sup>. Cette configuration est bien adaptée à un marché homogène et stable. Dans le cas de l'hôpital d'enfants, l'ambition ayant présidé à sa réalisation était de placer le patient au centre d'un projet de soin. Ceci implique que le nouvel hôpital adopte une structure matricielle à la place de la classique structure fonctionnelle. Dans cette nouvelle structure, le principe de l'unité de commandement est abandonné. Au sein des unités, le personnel peut être soumis à deux autorités formelles : l'une représentant le service, l'autre le responsable du Projet de soin. L'ambition d'un tel projet est que les difficultés de coordinations et d'ajustements, se révèlent moindres que les gains espérés. Ces gains sont de deux ordres. D'une part, une meilleure utilisation des ressources techniques et humaines rares et coûteuses. D'autre part, la prise en charge du patient est individualisée et globalement accélérée<sup>29</sup>. Dans l'organisation matricielle, les mécanismes de liaisons entre les services prennent une importance considérable. Les ajustements mutuels prennent beaucoup d'importance ce qui nécessite une coordination et donc des coordinateurs. Dans le contexte hospitalier cela est complexe à réaliser. En effet, la légitimité et l'autorité ne repose pas seulement sur la compétence mais aussi sur le statut, c'est-à-dire la détention d'un diplôme. Dans les organisations de soins, la détention d'un diplôme conditionne très précisément et légalement les prérogatives de chacun.

Au sein de l'hôpital d'enfant, deux catégories de personnel nous semble susceptible de réaliser la coordination nécessaire au fonctionnement de la structure matricielle : les coordinateurs médicaux et les cadres infirmiers.

### 1.2.2 Coordinateur médical, une fonction mal perçue

Le nouvel hôpital d'enfant rompt avec les pratiques précédentes en matière d'organisation au sein de l'établissement. À l'occasion de la construction des bâtiments, les innovations architecturales s'accompagnent d'un changement dans l'organisation. L'organisation en service, traditionnelle, cède la place à une organisation décloisonnée. Au sein de ce nouvel hôpital, les chefs de services ont renoncé à leur prérogative. L'organisation des soins et l'architecture des locaux est déterminée en fonction du patient. Désormais la coordination inter-service est assurée par des médecins "coordinateurs médicaux" en collaboration étroite avec les cadres infirmiers. L'organisation très hiérarchisée, traditionnelle des hôpitaux, est donc remise en cause. Progressivement, la personne soignée se trouve au centre d'un "projet de soin" qui nécessite une remise en cause des systèmes hiérarchiques traditionnels peu aptes à se coordonner efficacement.

Le terme de "coordinateur médical" est récent, il s'agit d'une nouvelle fonction au sein de la structure hospitalière. Force est de constater que sur le terrain, nombreuses sont les critiques vis-à-vis du coordonnateur médical. Evidemment, ce n'est pas la personne qui est incriminée, mais bien la fonction qui semble être méconnue par les intéressés eux-mêmes. Vraisemblablement, le coordonnateur néglige son rôle par méconnaissance de sa fonction, mais également parce qu'il assume en parallèle d'autres fonctions, qui rendent sa disponibilité aléatoire. De ce fait il n'organise pas de réunions qui seules permettraient d'avoir une vision globale du service. Par ailleurs, il existe des enjeux au sein du corps médical, qui rendent sa tâche délicate vis-à-vis de ses confrères.

En l'absence de rôle clair, le coordinateur médical ne semble pas en mesure d'assurer l'ajustement mutuel, si nécessaire au fonctionnement efficace de l'Hôpital d'enfant. Le rôle de coordination entre les services tends à reposer sur les cadres infirmiers qui disposent d'une hiérarchie propre au sein de la nouvelle entité.

---

28. Laroche, H. (1991), *Structure Organisationnelle*. In Aubert et al. (éd.), *Management, aspects humains et organisationnels*, Vuibert.

29 Traditionnellement, chaque fois qu'un patient était transporté dans un nouveau service, il était considéré comme un nouvel entrant. On refaisait l'ensemble des tests et prélèvements. Cela entraînait une perte de temps et de moyens humains et financiers.

### 1.2.3 Les cadres infirmiers, considérés comme agents du changement

L'organisation du nouvel hôpital d'enfant, centrée sur le patient, diffère notablement du modèle hospitalier traditionnel. Le rôle des cadres infirmiers est particulièrement remis en cause. En tant que cadres intermédiaires une partie importante de la coordination médicale mais aussi de la gestion des effectifs et des budgets leur incombe. De plus, ils constituent le relais naturel de la volonté stratégique élaborée en commun entre le pouvoir médical et la direction du CHU. Dans cette nouvelle configuration, nul doute que le contenu de l'emploi cadre soit amené à prendre un nouveau virage.

Le cadre est une personne centrale, qui assure un rôle d'interface entre les différentes logiques soignante, médicale et gestionnaire. Il vit au quotidien les dysfonctionnements générés par un fonctionnement inadapté aux contraintes nouvelles, il doit assurer la cohérence de l'action, au service de l'utilisateur. Le cadre a pour mission de mieux gérer les ressources humaines et le matériel, dans un souci constant d'amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge du patient. Au quotidien, l'encadrement est au cœur du dispositif de soins. Il est donc le mieux placé pour accompagner le changement au niveau des équipes soignantes qu'il manage et auxquelles il doit transmettre le sens des évolutions hospitalières. À l'hôpital, comme dans la plupart des organisations publiques en mutation<sup>30</sup>, le rôle de l'encadrement intermédiaire se révèle déterminant.

Par le passé, les cadres soignants sont passés en quelques années du rôle de surveillant à celui de cadre infirmier. Désormais, ils doivent assurer le lien entre d'autres logiques tout aussi difficilement conciliables : la logique de soins, la logique hiérarchique et la nouvelle logique économique. Si les activités du cadre ont évolué conjointement avec l'apparition des nouvelles techniques d'information et de communication, et donc des nouveaux outils à leur disposition, nous pensons que ce qui est aujourd'hui le plus à même de changer est certainement le contexte environnemental de l'emploi, c'est-à-dire les relations de travail, l'information et la communication, ainsi que l'implication des cadres dans la stratégie de changement<sup>31</sup>.

Gérer le changement doit constituer une des compétences essentielles du cadre, car la turbulence et la complexité dans lesquelles sont appelées de plus en plus à vivre les institutions nécessitent une capacité de réactivité permanente, et, en conséquence, une capacité à évoluer. Seuls les cadres de terrain, en prise directe avec les effets de ces évolutions pourront gérer efficacement le changement. La question de l'adéquation entre l'emploi et les compétences devient centrale. Elle repose sur la capacité des cadres à évoluer dans leurs qualifications managériales et de gestion. Ces transformations risquent de remettre en question leur identité et leur culture professionnelle, et par là même leur management, car elles vont avoir un impact sur leurs rapports avec les différents membres de l'organisation et induire des références nouvelles en termes de relations hiérarchiques et fonctionnelles.

La fonction d'encadrement évolue progressivement en fonction de la personnalité du cadre, de son environnement personnel et professionnel, de son service d'affectation : tous les cadres n'ont pas la même perception de leur fonction, ni des enjeux de l'institution. Chacun évolue en fonction de ses priorités et de ses expériences. Toutefois, avec la nouvelle politique d'efficacité mise en œuvre à travers le projet d'établissement, le cadre infirmier va devoir s'adapter à un autre fonctionnement. Avec la mise en place des centres de responsabilités, les cadres vont être appelés à gérer un budget là où aujourd'hui ils gèrent des demandes. Ils vont devoir accompagner les changements de service et apprendre à fonctionner en pôles (fédérations ou départements). Leur expérience professionnelle, pour la plupart basée sur la responsabilité d'une seule unité dans laquelle ils se sont investis grâce à une mobilité souvent réduite, fait que le changement à venir risque de bouleverser leurs pratiques.

---

30. Bartoli A. (1997), *Le management dans les organisations publiques*. Paris: Dunod ; Bartoli A. (1995), *Quel rôle managérial pour l'encadrement dans les organisations publiques ? Le cas d'une DDE*. Actes du 6<sup>e</sup> congrès de l'AGRH, Poitiers, 268-283.

31. Paillé P. (1996), *Implication, comportement de retrait et satisfaction des acteurs. Le cas d'un centre hospitalier d'une ville de province*. Congrès AGRH, Paris 1996, 360-367 ; Abraham J. (1995), *Les obstacles à la modernisation de la GRH hospitalière*. Actes du 6<sup>e</sup> Congrès de l'AGRH, Poitiers, 291-299 ; Cauvin C. (1997), *Établissements de santé : spécificité de la gestion et particularité du management*. In Encyclopédie de Gestion T.1 2<sup>e</sup> édition, p.1179-1205.

La réussite du changement passe par le cadre infirmier, rouage du système et animateur d'une équipe autour d'un projet de soins. Les nouveaux cadres seront donc des managers, dotés d'une formation de gestionnaires et du sens de la communication. Leur double compétence, soins et gestion, assoit leur légitimité et justifie qu'ils participent à la prise de décisions et à la mise en œuvre d'actions associées.

N'oublions pas, enfin, que la transition hospitalière a un impact sur la satisfaction au travail des cadres infirmiers<sup>32</sup>. Si on veut se donner les moyens de réussir le changement en cours au sein des hôpitaux, il est indispensable d'associer les cadres, facteurs de réussite, à une forme de rétribution. L'analyse stratégique nous a montré que l'acteur accepte le changement s'il y trouve un intérêt et s'il lui permet de satisfaire ses projets individuels, en parallèle avec les projets institutionnels.

## 2. Les cadres infirmiers, ressource stratégique pour l'hôpital : l'étude de cas

Au début de ce document, nous avons identifié trois facteurs de changements pour les organisations hospitalières. La décentralisation, la contractualisation et l'évolution des rapports avec les personnes soignées concourent à dessiner les lignes de force des changements actuels. Pour un établissement particulier, ces tendances vont prendre une forme plus précise et générer des problèmes qui menaceront la performance de l'organisation et sa compétitivité. Dans certains cas, la réorganisation des soins au niveau régional peut menacer la prospérité ou même la survie de l'organisation. Les grands établissements, sont eux aussi confrontés à ces problèmes. Au delà du contexte national, l'ouverture européenne est susceptible de faire évoluer le contexte concurrentiel. Par exemple, la pénurie de personnel infirmier ou de médecin incite les établissements à procéder à des recrutements au niveau européen. Dans les régions frontalières, une partie des patients peut décider de se faire soigner en dehors du territoire national. Certains centres hospitaliers, du fait de leur expertise, attirent des patients au delà des frontières. Qui peut mesurer ces évolutions à long terme ? L'évolution des mentalités et le renforcement de l'intégration européenne peuvent modifier les conditions de concurrence<sup>33</sup>. Les établissements hospitaliers doivent s'efforcer de définir une réponse à long terme tout en respectant les limites de ses capacités organisationnelles, financières, techniques et humaines. Ce dernier point étant déterminant dans le cas d'une organisation de soin. En conséquence, cette recherche se donne pour objectif d'étudier l'emploi de cadre infirmier et plus précisément de suivre l'évolution de cet emploi, en parallèle avec les transformations hospitalières. En somme, nous chercherons à déterminer à l'aide d'une étude de cas, si les cadres infirmiers sont susceptibles de jouer le rôle "d'agents du changements".

### 2.1 Méthodologie de la recherche et population de l'enquête

L'emploi des cadres infirmiers et leur rôle dans l'accompagnement du changement, a été analysé à partir d'entretiens semi-directifs<sup>34</sup> réalisés auprès de sept cadres infirmiers exerçant actuellement au CHU de Toulouse. Il s'agit de cadres infirmiers de l'Hôpital des enfants, situées au sein d'une organisation en département. Ces entretiens ont été réalisés au mois de février 2001, et ils ont duré de quarante à soixante minutes. Nous allons d'abord exposer la méthodologie de la recherche, puis nous présenterons le contenu du travail des cadres infirmiers.

#### 2.1.1 Méthodologie de la recherche

L'entretien semi-directif nous a paru adapté au thème de recherche, en ce sens qu'il permettait l'analyse d'un problème précis (ses données, les points de vue en présence, les systèmes de relations), éclairé par le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et aux événements

32. Mottay D. (1999), "*Analyse longitudinale des caractéristiques du travail. Les cadres infirmiers dans un contexte de transition hospitalière*". Thèse en Sciences de Gestion, Université de Toulouse I.

33. Imaginons les conséquences de l'installation massive de retraités au sud de l'Europe, ces populations désireront peut-être se faire soigner sur place. Ces perspectives sont assez peu prises en compte dans les études prospectives qui se basent sur des statistiques nationales.

34. Blanchet A. et Gotman, A. (1992), "*L'enquête et ses méthodes : l'entretien*", Édition Nathan, Collection 128, Paris.

## 2.2 Le changement organisationnel, ses conséquences sur l'évolution de l'activité des cadres infirmiers.

Le décloisonnement du département de pédiatrie est un cas unique au sein du CHU considéré. Il est certainement à la pointe de l'innovation en termes d'organisation hospitalière. Ce décloisonnement influence le fonctionnement des unités de soins. Il permet aussi de mettre en évidence le rôle du coordinateur médical au sein de la structure. Pourtant, le personnel soignant (toute catégorie confondue) a un toujours un sentiment d'appartenance à un patron ou à un service et il lui est difficile d'avoir une vision globale de l'organisation. Cette nécessité de décloisonner est encore peu prise en compte par les cadres infirmiers qui restent attachés à leur unité et à leur corps professionnel. Un cadre précise : « *Le sentiment d'appartenance est indispensable, on en a besoin pour vivre.* » (2)

### 2.2.1 Les conséquences du décloisonnement sur le fonctionnement de l'unité

La nouvelle organisation médicale inhérente à la création du département de pédiatrie a eu un retentissement plus ou moins important, en fonction de la spécificité de l'unité d'affectation des cadres infirmiers. Certains cadres avouent ne pas avoir noté de grands changements dans le fonctionnement interne de leur unité : « *De mon point de vue, aucune influence ; les médecins n'ont pas changé, l'organisation interne dans le service n'a pas changé* » (11) (2) (3). En revanche, les unités mutualisées au sein de l'hôpital ont vu leur organisation initiale bouleversée et ont dû s'adapter à un nouveau fonctionnement, ce qui n'est pas sans poser quelques problèmes : « *Avant, tu avais à négocier avec une seule personne, maintenant, c'est pas une, c'est quatre* » (4) (1). Ce problème est aggravé par le fait que chaque médecin a une vision de l'unité limitée à sa propre spécialité : « *J'ai quand même envie de dire que c'est leur spécialité qui compte avant tout* » (1). Les conséquences de ce fonctionnement concernent l'ensemble des acteurs ; le cadre dit moins bien connaître ses malades car les médecins interviennent ponctuellement dans l'unité et elle n'est pas présente à chaque intervention (1). Les médecins sont peu disponibles, car leur activité est éclatée sur différents sites (consultations, hôpital de jour, secteur d'hospitalisation), leurs bureaux sont localisés en dehors de l'unité (pour la plupart à l'étage inférieur) et leur fonction a changé au sein du secteur d'hospitalisation : « *M. x (médecin), il court partout, il a plein de rendez-vous, parce qu'ils ont des malades éparpillés pour la plupart d'entre eux, je pense qu'il y a moins de disponibilité.* » (1) (4) (2) (11)

La nouvelle organisation médicale a également un retentissement au niveau des équipes. S'il apparaît que la mutualisation n'a pas posé de problème en soi : « *L'équipe paramédicale s'est reconstituée, a créé quelque chose, a créé une équipe* » (1) (4). En revanche, les infirmières ne se retrouvent pas dans ce regroupement de spécialités et déplorent le fait de ne pas avoir de projet de service cohérent : « *Comment voulez vous qu'on puisse avoir un projet commun avec une telle disparité, il n'y a plus de projet commun, c'est pas possible, chacun suit sa spécialité* » (1). Un autre cadre dénonce l'appauvrissement de la connaissance infirmière, qui n'a plus matériellement le temps de suivre les visites au lit du malade ou sur dossiers, ni d'avoir des échanges avec les médecins sur les nouveautés diagnostiques ou thérapeutiques : « *Avant, la culture infirmière s'enrichissait obligatoirement de la connaissance médicale, elle évoluait. Maintenant l'infirmière devient souvent l'exécutrice de prescriptions, sans savoir pourquoi elle le fait. C'est grave. Elle n'a plus d'information à donner aux familles, parce qu'elle n'a pas l'information, donc elle est complètement démunie* » (4).

Au niveau des AAS, il nous a été possible de différencier la répartition des activités des cadres infirmiers sur les unités mutualisées et les non mutualisées de l'Hôpital d'enfant. Paradoxalement, les relations avec les médecins représentent seulement 4% du temps de travail des cadres en unités non mutualisées et 11% en unités mutualisées. L'explication est probablement à rechercher dans la multiplicité des équipes médicales qui se coordonnent mal entre elles. Elles obligent le cadre infirmier à avoir un temps d'échanges et de relations au prorata du nombre d'équipes médicales travaillant dans l'unité. A n'en pas douter, cette nouvelle répartition a une incidence sur la charge de travail du cadre infirmier.

Il semble que le changement organisationnel oblige les cadres à s'adapter. On peut donc penser qu'à défaut d'appartenir à un patron, une alliance soit recherchée avec la technostucture de l'Hôpital : « *Avant je bossais avec X (un médecin), on connaissait bien nos malades, on connaissait bien notre équipe.* » (1) « *Moi, j'ai le sentiment d'appartenir à l'institution, je n'appartiens plus ni à une spécialité ni à un patron.* » (4)

## 2.2.2 Les cadres infirmiers comme agents du changement

Les réponses concernant l'implication des cadres dans les stratégies institutionnelles sont particulièrement divergentes d'une personne à l'autre, mais également dans un même discours. En règle générale, les cadres se disent très impliquées et participent aux décisions relatives à leur unité : « *Autant on est en position forte au niveau des unités, et autant au niveau de l'institution il n'y a plus rien. Notre rôle s'arrête aux portes de l'unité.* » (4) (3)

Le fait de se sentir impliqué dans un projet est reconnu comme un élément motivant et indispensable à sa réussite : « *C'est important de se sentir dans un projet, dans le projet de l'hôpital* » (9) et les cadres pensent qu'elles ont tout à fait leur place dans les groupes de travail et de réflexions qui vont permettre l'aide à la décision, d'une part parce qu'elles sont concernées par rapport à leur management des équipes opérationnelles, d'autre part parce qu'elles ont une excellente connaissance du terrain et sont donc compétentes à orienter la réflexion : « *Je pense que par rapports aux projets, les cadres ont des idées et pourraient faire des propositions.* » (2) Ce qui fait regretter à certaines de ne pas être suffisamment sollicitées : « *Les cadres réfléchissent plus qu'on ne le pense, c'est un potentiel qui n'est pas souvent exploité et c'est bien dommage.* » (2) (11) Une personne interrogée relie le malaise des cadres à ce défaut de participation et remet en cause la politique de management : « *Dans la plupart des cas, et ça c'est clair, on veut nous maintenir dans l'opérationnel.* » (2)

L'accréditation, facteur externe de changement, est citée spontanément par la plupart des cadres. Ils s'investissent pleinement dans cette démarche et ont tout à fait conscience du rôle moteur qu'elles ont à jouer, tant d'un point de vue organisationnel que dans le management des équipes. L'enjeu est tel qu'ils espèrent en parallèle pouvoir en retirer des bénéfices, obtenir des moyens et elles y voient une opportunité pour remettre à plat les problèmes.

De même les cadres infirmiers se disent intéressées par la gestion financière de l'unité. Celles qui participent aux réunions du Centre de responsabilité (7) (3) s'y sentent à leur place car en mesure d'amener des éléments de réponses « *que même les cadres supérieurs n'ont pas forcément.* » (7). Cette réunion leur permet de mesurer les contraintes budgétaires et les coûts excessifs de certaines commandes et par là même les incitent à sensibiliser les équipes à une gestion rigoureuse des stocks. Celles qui n'y participent pas le regrettent : « *Ce qui manque aussi, c'est un retour par rapport à la gestion du CR ; on n'y participe pas, et on n'a pas de compte rendu.* » (11) (9) Il semble en effet qu'il soit important pour le cadre d'être impliqué davantage dans la gestion financière afin d'avoir un retour sur son activité, et au-delà, une meilleure connaissance des enjeux actuels.

La participation des cadres aux conseils de service ou de département est également évoquée, et sauf un cadre qui, faisant partie du Conseil de département, se sent impliquée (3), les autres dénoncent leur faible participation dans les instances qui les intéressent directement puisqu'il s'agit de leur service ou établissement. C'est donc avec déception qu'elles en parlent : « *Les cadres n'apparaissent pas ; il y a trois cadres au Bureau du département et puis c'est tout. Mais pour les autres, rien, une misère !* » (4) (11) (7) (9).

En fait, l'encadrement se sent plus concerné par certains projets ou thèmes de réflexions que par d'autres. Tout ce qui a trait au service de soins infirmiers les intéressent particulièrement, car les thématiques relèvent de leurs préoccupations quotidiennes : « *Moi, j'ai la CSSI locale<sup>43</sup>, il se dit des choses intéressantes, vraiment liées au domaine infirmier, c'est des choses qui me sont proches et qui me tiennent à cœur.* » (1) (11) (7) Les thèmes de réflexions doivent cependant être en lien avec leur problématique de terrain, et un cadre dénonce les groupes de travail dont la production reste inadaptée aux besoins, bien que nécessitant un investissement humain non négligeable : « *J'ai une équipe qui participe au groupe douleur, ça c'est très bien, ça a un impact sur le service, mais aller faire des trucs de paperasserie qui ne riment à rien !* » (7)

---

43. CSSI : Commission du Service de Soins Infirmiers Locale.

Si l'encadrement interviewé se dit informé et concerné par les projets du CHU (4) (3) (11), force est de constater qu'il ne se sent pas directement impliqué et privilégie ceux de son établissement d'affectation : « *Tout ce qui touche à l'établissement et qui est propre à faire avancer notre quotidien, nous intéresse directement.* » (7) (3) (11) (4) (10) (2)

L'implication des cadres n'est pas mesurable au niveau des AAS car elle est difficilement isolable des autres activités. Il existe cependant un item "activités liées au projet médical", comprenant la gestion/participation, l'information/communication, l'évaluation/formation/recherche et la restructuration liée au projet médical. Cet item nous indique que les activités liées au projet médical ne représentent que 3% du temps de travail des cadres au CHU et 1% des cadres de l'hôpital des enfants. Cette différence peut s'expliquer par le fait que l'hôpital des enfants venant d'être restructuré, l'implication des CI est moins importante que pour leur collègue du secteur adulte. Ce résultat semble nous indiquer une moindre implication des cadres dans le projet médical, et au-delà dans les stratégies institutionnelles.

### **2.3 L'évolution de la fonction des CI dans une structure décloisonnée, bilan d'une expérience.**

Dans les unités mutualisées où il n'existe plus de chefferie de service, le coordonateur médical joue difficilement son rôle d'interface entre les différentes équipes médicales. Soit parce que son rôle est mal défini : « *Je pense qu'en fait, ils ne savent pas trop ce que c'est d'être coordonnateur, je pense qu'ils sont tous tellement dans leur activité médicale...* » (1) (2) (4) Soit parce que son statut de médecin est un handicap : « *Coordonnateur, c'est un rôle un peu fantoche. Ça demande d'être reconnu par ses pairs, or on sait très bien qu'il y a des rivalités qui existent entre les équipes médicales.* » (4) (9)

Devant ce constat, c'est le cadre qui tend à assumer le rôle de coordonateur : « *C'est vrai que parfois, je crois que les cadres sont les coordonnateurs au sein de l'unité.* » (2) (1) (4) Cette involontaire mais nécessaire usurpation de fonction procure au cadre un positionnement fonctionnel différent, assez proche de celui de "chef de service". En effet, c'est le cadre que les différents partenaires de soins interpellent lorsqu'un dysfonctionnement ou un conflit apparaissent, qu'ils soient d'ordre médical ou infirmier, car c'est lui qui est là en permanence, qui centralise l'information, connaît l'équipe et les malades, fait le lien entre les équipes médicales : « *Je dirais aussi que les cadres sont des chefs, enfin, on ne parle plus de chefs de service, mais les cadres sont infirmières chefs de service quelque part, pour moi, c'est clair.* » (2) (4) Un autre cadre va plus loin dans ce positionnement et compare sa fonction à celle de chef d'entreprise : « *Je pense que la position de cadre actuellement dans mon unité, c'est chef d'entreprise, PME. Tu as un budget à gérer, des lits à remplir, une satisfaction de la clientèle à obtenir, avec un pool de personnel ; c'est une question de rentabilité.* » (4)

L'indisponibilité des médecins et le fait qu'ils se sentent moins investis dans une unité où ils ne font que passer, font que les cadres se trouvent en position de médiateur le mieux placé pour réguler les problèmes de l'unité et proposer des solutions : « *Le consensus, c'est le cadre qui le trouve, parce que les médecins ils n'ont ni l'envie, ni le temps matériel de le faire.* » (4)

Dans cette version, nous sommes loin de l'image du couple surveillante-médecin investi dans une relation paternaliste avec l'équipe et les malades : « *Avant, quand tu étais dans une unité avec une seule équipe médicale, avec un seul patron, c'était lui le papa, toi tu étais la maman, ça ronronnait ; je t'aime, tu m'aimes et tout allait bien ! maintenant, c'est fini.* » (4)

Au niveau de la pédiatrie, la départementalisation et la nouvelle organisation médicale ont eu incidence sur la fonction cadre, mais uniquement sur les quatre unités mutualisées, c'est-à-dire qui associent plusieurs équipes médicales (de spécialités différentes) à l'intérieur d'une même structure. Malgré son concept novateur qui favorise le décloisonnement, l'Hôpital des Enfants fonctionne encore selon le modèle traditionnel puisque des sous-groupes se sont reconstitués à l'intérieur d'une même unité. Chaque spécialité s'organise en cercle clos et réalise son projet, indépendamment des autres. Seul le cadre infirmier sert de lien, non pas pour ouvrir une discussion (comme ça pourrait se faire en réunion ou en conseil de service), mais en allant trouver individuellement chaque médecin. Elle est donc plus porte-parole qu'animatrice.

L'équipe paramédicale s'est reconstituée autour du cadre infirmier, mais le changement a créé une rupture dans leur trajectoire professionnelle et personnelle, dans leurs relations interprofessionnelles, et dans leurs compétences professionnelles. Cette période a été marquée par « *une transformation des structures engendrant des modifications organisationnelles et culturelles, où les acteurs vont devoir se réorganiser, faire des choix, se réadapter* »<sup>44</sup>. Ces expériences peuvent être perçues comme menaçantes par l'individu, induire des perturbations émotionnelles et avoir à long terme des effets néfastes sur la santé physique et psychique.

Une étude comparative<sup>45</sup> entre deux unités de l'hôpital des enfants, une mutualisée (hospitalisation médicale), l'autre non (les urgences pédiatriques), permet de mettre en évidence que 55,56% des personnes soignantes interrogées dans l'unité mutualisée se sentent modérément ou très stressées, contre 28,57% dans l'unité des urgences. Dans les situations stressantes évoquées par le personnel, nous notons : le manque de temps face à la multiplicité des tâches à réaliser et à la charge de travail dans une journée, les admissions en urgence car il n'y a pas toujours de médecin présent ou disponible et ces urgences déstabilisent les autres soins, les situations où les pathologies ne sont pas maîtrisées, les difficultés avec les parents, et les situations qui entraînent une insécurité.

La restructuration de la pédiatrie et l'organisation qui en a découlé a été la condition de l'acceptation du projet architectural au niveau ministériel. Nous constatons ici que tous les acteurs doivent adhérer pour qu'il y ait changement, et pas seulement une poignée de responsables. La culture étant ce qui résiste en dernier, si l'innovation n'est pas partagée et intégrée, la tendance naturelle est à recréer ce qui existait précédemment. Les mentalités évoluent lentement, la transition est difficile et rend les gens vulnérables.

L'environnement actuel en mouvance exige le changement et une autre configuration structurelle qui faciliterait la coopération de la part des équipes multidisciplinaires ; pourtant sur le tout nouvel hôpital des enfants, les cadres sont quasi unanimes à dire que les médecins ont des activités dans des lieux éclatés et qu'ils sont de moins en moins disponibles.

Si l'on se réfère au modèle intégré, tel qu'il est décrit par Binst<sup>46</sup>, nous constatons qu'il n'existe pas de concentration des médecins sur des enjeux internes au service car chaque équipe reste "accrochée" à sa spécialité. Il n'y a pas de véritables négociations car toutes les catégories d'acteurs ne sont pas parties prenantes du concept théorique qui a préfiguré la restructuration. Il n'y a pas prédominance d'une catégorie professionnelle mais cohabitation sans coopération de plusieurs équipes médicales. Il n'existe pas de délégations de responsabilités dans le sens où le suggère Binst. Chaque groupe d'acteurs n'est pas indispensable à l'autre et le pouvoir des uns ne grandit pas avec celui des autres.

Le rôle unifiant du chef de service fait défaut dans la mesure où la chefferie de service n'existant plus, le coordinateur n'a pas pris la dimension de sa fonction. Le lien entre les équipes se fait donc à minima et il n'y a pas d'arbitrage médical des conflits. L'élaboration d'un projet commun manque, et laisse la place à une pluralité de projets indépendants, correspondant aux préoccupations particulières de chaque équipe médicale. Cette absence de médiateur médical met à mal l'intégration et l'arbitrage des différentes logiques de travail.

C'est le cadre infirmier qui est amené à jouer ce rôle, pour lequel il n'est pas préparé. S'il le réalise efficacement, c'est au prix d'une dépense d'énergie et d'une charge mentale élevée, car seul un médecin a la légitimité de ce type d'exercice. En effet, dans les établissements de santé, c'est le pouvoir médical qui est unanimement reconnu. C'est-à-dire que la prépondérance statutaire et morale du médecin entraîne souvent une sorte de soumission naturelle : « *Ce positionnement prestigieux induit automatiquement la position complémentaire d'admiration et les conduites de soumission qui en découlent.* »<sup>47</sup>

---

44. Desprats Y., (2000), *Réaction des infirmières aux changements organisationnels et management du changement*, mémoire de recherche DESS Cadre de santé, université Toulouse le Mirail.

45. Szczepanski C. et Triche C., (2001), *Étude comparative de deux services hospitaliers concernant les facteurs engendrant des situations stressantes et évaluation du niveau de stress*, mémoire de psychologie, université Toulouse le Mirail.

46. Binst M., (1990), *Du mandarin au manager hospitalier*, Logiques Sociales, L'Harmattan, Paris.

47. Hart J. et Mchielle A., *Soigner l'hôpital*, op cit.

L'hôpital des enfants, expression d'une volonté stratégique exprimée dans le projet d'établissement, remet en cause le rôle central du médecin chef de service. La mutation de la structure de l'organisation hospitalière en raison de la modification de la stratégie sous l'effet des évolutions de la société était prévisible. En effet, « *le lien entre stratégie et structure relève du bon sens* »<sup>48</sup>. Le fonctionnement de la nouvelle structure, selon un type de management transversal, nécessite la présence d'un coordinateur et ce rôle est actuellement tenu par un médecin. Ce choix est conforme aux habitudes de l'hôpital, mais il est susceptible d'évoluer en fonction des circonstances. Trois facteurs peuvent y contribuer. Le premier est le relatif désintérêt des médecins pour cette fonction<sup>49</sup>. Le second est l'implantation de systèmes d'informations spécialisés dans le domaine de la gestion médicale. Ces progiciels peuvent assurer une certaine coordination entre les équipes médicales en assurant la transmission d'un dossier du patient informatisé. La gestion informatisée du dossier du patient permettrait une meilleure traçabilité des soins et faciliterait le traitement des contentieux de plus en plus nombreux. Enfin, les cadres infirmiers sont de mieux en mieux formés, y compris dans le domaine de la gestion. À l'heure actuelle, il est difficile de se prononcer sur la nature de l'évolution future de la structure organisationnelle des hôpitaux. Mais le cas que nous venons de décrire nous incite à penser que l'évolution a déjà commencé.

## Conclusion

Il y a plus de dix ans, Michel<sup>50</sup> énonçait deux conditions nécessaires pour que l'Hôpital puisse déterminer et conduire une stratégie. Il fallait qu'il soit possible de répondre positivement aux deux questions suivantes : Peut-on déterminer ce qu'il faut vouloir ? Y a-t-il un acteur ayant le pouvoir de faire changer les choses ?

En ce qui concerne le premier point, il est difficile de répondre à cette question. L'Hôpital est toujours confronté à un ensemble de logiques (caritatives, scientifique, politique, corporative, syndicale) qui l'écartèlent<sup>51</sup>. Récemment, il suffisait de consulter "la charte du patient" présente dans les hôpitaux pour mesurer la difficulté qu'il y avait à mettre en adéquation ces objectifs généreux avec les moyens disponibles. Désormais, depuis la mise en place de la CMU<sup>52</sup> des solutions existent. La mise en place, difficile, des "plateaux techniques" est un autre exemple où la recherche de l'excellence des soins peut amener à reconnaître la nécessité d'une meilleure coordination entre les établissements. Dans l'ensemble, il faut reconnaître que les progrès, bien que mesurés, sont réels depuis dix ans. Le pouvoir politique, quel qu'il soit, a progressivement contraint les établissements de soins à évoluer vers une plus grande rigueur budgétaire.

Sur le second point, les moyens techniques et législatifs se sont progressivement mis en place. La "tutelle" dispose désormais de solides moyens d'informations et d'actions. Il convient de citer en premier le PMSI, qui s'il ne permet pas des évaluations dans l'absolu, permet des comparaisons entre les établissements ou bien encore dans le temps. Il fournit donc à l'ARH une base utile de discussion lors de la négociation des contrats d'objectifs et de moyens. D'une façon générale, la standardisation des procédures de soins, les "bonnes pratiques", rendent plus transparente la pratique médicale et diminuent l'initiative des médecins. Le gestionnaire contrôle de plus en plus de zones d'incertitudes et son pouvoir s'étend<sup>53</sup>. Les pratiques médicales sont désormais évaluées lors de la démarche d'accréditation par l'ANAES<sup>54</sup>. Le développement des exigences en matière de qualité entraînent la mise en place d'outils informatisés qui sont de nature à réduire l'autonomie des médecins. Le dossier

48. Helfer J.P., Kalika, M. et Orsini, J.P. (2000), *Management stratégique et organisation*. Vuibert. p. 261.

49. Selon Conci-Claveranne, les médecins sont fréquemment atteints de "gestionnisme" dont les symptômes sont une défiance totale vis-à-vis de tout ce qui touche aux coûts induits de son activité. Conci-Claveranne, M. (1992), *L'hôpital à la croisée des chemins : des diagnostics à la thérapeutique*. Thèse de doctorat en sciences de gestion, université Jean Moulin, Lyon.

50. Michel M. (1989), *Stratégie de l'hôpital ou stratégies dans l'hôpital*. Colloque H.C.L, Lyon.

51. Saulquin, J.Y. (2000), *Management Hospitalier : leçons de complexité*. In *Economie et Gestion : un nouveau siècle, de nouvelles frontières, une nouvelle complexité*. p.207.

52. CMU : Couverture Médicale Universelle.

53. Saulquin, J.Y. (2000), *Management Hospitalier : leçons de complexité*. In *Economie et Gestion : un nouveau siècle, de nouvelles frontières, une nouvelle complexité*.

54. ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation des Soins.

médical, hier propriété exclusive des médecins, peut être consulté par le patient. Tout se passe comme si l'on assistait à un rééquilibrage entre le pouvoir médical et les personnes en charge de la gestion. Ce déplacement des lieux de décision vers l'extérieur de l'organisation nous semble de nature à favoriser une meilleure coordination interne entre le pouvoir médical, les soignants et la direction. En ce domaine, la démarche qualité est un puissant facteur incitatif. Elle exige une meilleure coordination entre les acteurs qui deviennent interdépendants.

À cette évolution s'oppose un mode de fonctionnement mettant toujours l'accent sur la hiérarchie et le cloisonnement entre les services. Pourtant, l'étude de cas que nous venons de mener nous incite à penser que sur ce point aussi une évolution est possible. L'implication des cadres dans la stratégie de changement est fonction du niveau où il se situe. Autant ils sont en position forte dans leur unité d'affectation, autorisant la prise de responsabilités et une marge de manœuvre importante, autant plus on s'en éloigne, plus ils sont un maillon de la ligne hiérarchique. Ce contraste est sûrement à prendre en compte dans leur reproche de ne pas être suffisamment impliqués au niveau décisionnel.

La déconcentration de la gestion a été initiée pour que les décisions soient prises le plus proche possible des personnes concernées. Elle doit permettre la participation des équipes aux décisions intéressant le court terme, mais également le devenir de l'hôpital. Or le cadre ne participe pas en amont (au niveau des décisions) et très peu en aval (réunions de CR). Comment, dans ces conditions, le contrôle de gestion peut-il permettre l'intégration des différentes logiques, dans le dessein de favoriser le sentiment d'appartenance des membres du centre opérationnel et d'épouser les objectifs généraux de l'hôpital ?

Selon nous, la mise à disposition de moyens informatisés est susceptible de résoudre une partie des problèmes. D'une part ils sont de nature à faciliter la communication, la coordination et la diffusion directe de l'information (courriels, forums, intranet). Il s'en suit une réduction de la distance hiérarchique. D'autre part, la mise en place de progiciels de gestion des commandes ou de gestion des effectifs nécessite une mise à plat préalable des règles de gestion. L'intervention directe des chefs de services s'en trouve réduite.

Pour conclure, nous pensons que les établissements de soins sont définitivement engagés dans un processus de modernisation sous l'action de forces externes et internes. Afin de planifier les changements ils sont dans l'obligation d'élaborer un projet d'établissement. Or, la mise en œuvre de ce projet nécessite un changement dans les structures fonctionnelles et une redéfinition du rôle de chacun au sein de ces nouvelles structures. Cela constitue, selon nous, une opportunité stratégique pour la fonction RH au sein des établissements concernés.

## Bibliographie

- Abraham J.** (1995) "Les obstacles à la modernisation de la GRH hospitalière", *actes du 6<sup>e</sup> congrès de l'AGRH*, Poitiers, 291-299.
- Amar L.** (1996). "La modernisation de deux hôpitaux généraux vécue par ses cadres soignants", in A.P. Contandriopoulos et Y. Souteyrand (Eds.), "L'hôpital stratège, Dynamiques locales et offre de soins", Paris, Éditions John Libbey Eurotext, 214-233.
- Bartoli A.** (1997), "Le management dans les organisations publiques", Paris, Dunod.
- Bartoli A.** (1995), "Quel rôle managérial pour l'encadrement dans les organisations publiques ? Le cas d'une DDE", *actes du 6<sup>e</sup> congrès de l'AGRH*, Poitiers, 268-283.
- Binst M.** (1990), "Du mandarin au manager hospitalier", *Logiques Sociales L'Harmattan*, Paris.
- Blanchet A. et Gotman A.** (1992), "L'enquête et ses méthodes : l'entretien", *Édition Nathan*, Collection 128, Paris.
- Budet, J.-M. et Blondel F.** (1997), "La réforme de l'hospitalisation publique et privée", les clefs de l'Ordonnance du 24 avril 1996. Ed. Berger-Levrault.
- Cauvin C.** (1997), "Établissements de santé : spécificité de la gestion et particularité du management", in *Encyclopédie de Gestion T1, 2<sup>e</sup> édition*, p. 1179-1205.
- Chataurel A. et Renault C. et Yahiel M.** (1997), "Réforme hospitalière : comment maîtriser les changements ?" *Gestions Hospitalières*, 808-825.

- Conci-Claveranne M.** (1992), "L'hôpital à la croisée des chemins : des diagnostics à la thérapeutique", *thèse de doctorat en sciences de gestion, Université Jean Moulin, Lyon.*
- Couty E.** (1997), "Le rôle de l'hôpital aujourd'hui", *sous la direction de D. Farge-Bancel et D. Jourdain-Menninger Hôpital public, le retour à l'Hôtel-Dieu, Paris, Hermès, 69-76.*
- Cremadez M. et Grateau F.** (1997), "Le Management stratégique hospitalier". *Masson, 2<sup>e</sup> éd.*
- De Chergé H.** (1992), "Servir et gérer dans le domaine socio-sanitaire : comment les professionnels de la prise en charge apprennent-ils à rendre des comptes ?" *Thèse de gestion, CRG École Polytechnique.*
- Desprats Y.** (2000), "Réaction des infirmières aux changements organisationnels et management du changement", *mémoire de recherche DESS Cadre de santé, Université Toulouse le Mirail.*
- Fantova M.-C.** (2001), "L'encadrement de proximité au cœur des mutations hospitalières", *Mémoire de recherche DESS Cadre de santé, Université Toulouse le Mirail.*
- Hart J. et Muchielli A.** (1994), "Soigner l'hôpital, Éditions Lamarre, Paris.
- Helper J.-P., Kalika, M. et Orsini, J.P.** (2000), "Management stratégique et organisation", *Vuibert. p. 261.*
- Laroche, H.** (1991), "Structure Organisationnelle",  
In Aubert et al. (éd.) "Management aspects humains et organisationnels", *Vuibert.*
- Masse M.-C.** (1994), "Le contrôle de gestion dans une bureaucratie professionnelle : contribution à la modélisation du cas de l'Hôpital Public", *thèse, Université de Lille.*
- Michel M.** (1989), "Stratégie de l'hôpital ou stratégies dans l'hôpital", *colloque H.C.L, Lyon.*
- Moison J.-C. & Tonneau, D.** (1999), "La démarche gestionnaire à l'Hôpital", *éditions Seli Arslan.*
- Mottay D.** (1999), "Analyse longitudinale des caractéristiques du travail. Les cadres infirmiers dans un contexte de transition hospitalière", *thèse en sciences de gestion, Université de Toulouse I.*
- Mottay D.** (1999), "L'émergence du rôle managérial des cadres infirmiers à l'Hôpital", *actes du 10<sup>e</sup> congrès de l'AGRH, Université Lyon 3.*
- Paillé P.** (1996), "Implication, comportement de retrait et satisfaction des acteurs. Le cas d'un centre hospitalier d'une ville de province", *actes du congrès AGRH, Paris 1996, 360-367.*
- Pichault F.** (1993), "Ressources humaines et changements stratégiques", *De Boeck Université, p. 70.*
- Quiviger F.** (2001), "Rôles et missions des cadres, résultats de l'enquête Sanesco",  
*Le nouvel hospitalier, n° 58, janvier-février 2001.*
- Saulquin J.-Y.** (2000), "Management hospitalier : leçons de complexité",  
*in Économie et Gestion : un nouveau siècle, de nouvelles frontières, une nouvelle complexité.*
- Szczepanski C. et Triche C.** (2001), "Étude comparative de deux services hospitaliers concernant les facteurs engendrant des situations stressantes et évaluation du niveau de stress", *mémoire de maîtrise en Psychologie, Université Toulouse le Mirail.*
- Tonneau D.** (1994), "Les outils de gestion et l'hôpital. Bilan d'une greffe sur un service public à soigner",  
*doctorat ingénierie et gestion, École nationale supérieure des mines de Paris.*