

## SOMMAIRE

INTRODUCTION .....	6
L'HOPITAL A LA RECHERCHE DE PERFORMANCE : CONTEXTE ET CADRAGE THEORIQUE .....	9
<b><u>1. La restructuration hospitalière</u></b> .....	9
<u>1.1. La restructuration hospitalière en marche</u> .....	9
1.1.1 Les enjeux de cette restructuration organisationnelle en France .....	9
1.1.2. L'industrialisation de la fonction publique hospitalière .....	12
1.1.3. Une restructuration qui n'est pas sans écueils .....	14
<u>1.2. L'hôpital, une organisation complexe</u> .....	15
1.2.1. Une structure divisée .....	15
1.2.2. Trois modèles d'organisation concomitants .....	17
1.2.3. Une bureaucratie professionnelle .....	19
<u>1.3. Le Management des organisations publiques</u> .....	20
1.3.1 Aux origines : Le New Public Management .....	21
1.3.2 En France, la Nouvelle Gestion Publique .....	22
<b><u>2. La modernisation des services RH, un enjeu clé</u></b> .....	28
<u>2.1. Un modèle théorique : La Gestion Stratégique des Ressources Humaines (GSRH)</u> .....	28
<u>2.2. La direction des ressources humaines et ses missions</u> .....	30
<u>2.3. L'évolution des pratiques de GRH à l'hôpital</u> .....	31
2.3.1. S'éloigner du modèle d'administration du personnel .....	31
2.3.2 De nouveaux éléments de gestion .....	33
2.3.3. Les difficultés de la mise en place d'une nouvelle GRH à l'hôpital .....	35
2.3.4. Le cas particulier de Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences .....	37
<u>2.4. La culture de gestion : une nouvelle culture professionnelle à l'hôpital</u> .....	41
METHODOLOGIE .....	45
<u>1. La récolte de données par entretien</u> .....	45
<u>2. Présentation des interrogés</u> .....	46
<u>3. Présentation des structures</u> .....	47

LA MODERNISATION DES SERVICES RH, UN ENJEU STRATEGIQUE :	
LES RESULTATS DE L'ENQUETE .....	50
<b>1. La Direction des Ressources Humaines à l'hôpital</b> .....	50
1.1. La fonction de DRH à l'hôpital .....	50
1.2. L'évolution des missions RH .....	51
1.3. Les missions prioritaires des services RH hospitaliers .....	54
1.4. La modernisation des services RH, une appellation qui fait débat .....	55
<b>2. L'impact de l'Etat dans la gestion hospitalière</b> .....	55
<b>3. La DRH et les instances de gestion hospitalière</b> .....	57
3.1. Les Pôles d'activités médicales .....	57
3.2. La Direction des Soins (DS) .....	59
3.3. Les cadres de santé .....	59
<b>4. Des problèmes rencontrés ...</b> .....	61
4.1. Les difficultés de la modernisation des services RH .....	61
4.2. Les équipes du service RH, un problème de compétences .....	62
<b>5. ...Des solutions mobilisées</b> .....	64
5.1. Les leviers d'actions pour accompagner le changement .....	64
5.2. Les acteurs clés du changement .....	65
<b>6. La modernisation RH : un changement culturel</b> .....	66
<b>7. Le diagnostic de la modernisation RH</b> .....	68
7.1. Un bilan provisoire de la modernisation RH .....	68
7.2. La GRH hospitalière de demain .....	68
DISCUSSION .....	70
CONCLUSION .....	77
BIBLIOGRAPHIE .....	78
ANNEXES.....	82

## INTRODUCTION

L'avenir du système de santé français est une question d'actualité, et d'importance. En France, en 2010 l'hôpital public compte 956 établissements, 260 642 lits et 37 761 places (source : DREES, SAE 2010 traitement DREES). Au 1<sup>er</sup> janvier 2010 on comptabilise 86 647 médecins salariés de l'hôpital et quelques 438 564 infirmiers (source : DREES / Répertoire ADELI). En 2011, 77 000 équivalents temps plein (ETP) de personnel médical salarié sont recensés dans les établissements de santé en France métropolitaine et dans les DOM, ce qui correspond à une augmentation de 29,2% depuis 2001. Les sages-femmes et personnels non médicaux sont quant à eux plus de 1 005 000 ETP dans les établissements de santé en France, ils sont 11,3% de plus qu'en 2001. (DREES, SAE). La fonction publique hospitalière connaît par ailleurs un choc démographique. D'après le rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par Gérard Larcher, en avril 2008, entre 1999 et 2015, 385 000 départs à la retraite auront lieu, soit 55 % des effectifs de 1999. Plus particulièrement l'année 2012 connaît le nombre de départs les plus nombreux avec 29 000 agents qui prennent leur retraite, soit une augmentation de 125 % du nombre de départs par rapport à 1999. L'évolution de la pyramide des âges dans la fonction publique hospitalière constitue une réelle occasion d'engager une réflexion sur la gestion prévisionnelle des carrières, la gestion des effectifs et la mise en œuvre d'une politique globale de gestion des ressources humaines. De plus, en 2006, les charges de personnel représentent près de 70% des dépenses des établissements. Enfin, le nombre de séjours et de séances hospitaliers a augmenté entre 2002 et 2009, passant de 20 millions 2002 à un total de 23 millions en 2009, soit une augmentation globale de 16 % et un taux d'évolution annuel moyen de 2 % (Institut de recherche et documentation en économie de la sante, Avril 2013). L'augmentation du personnel, la multiplication des départs à la retraite, le coût important que représente la masse salariale et l'accroissement de l'activité sont des éléments qui montrent l'importance des problématiques RH à l'hôpital. En effet, l'augmentation de la productivité, la transmission des savoirs, et les volumes de recrutement sont des enjeux clefs de la gestion hospitalière.

Or, l'hôpital est souvent considéré comme une structure qui ne produit pas la meilleure utilisation des ressources humaines et matérielles disponibles, ce qui mène le plus souvent à des pertes financières (SCHUSTER *et al.*, 1998 ; DUBOIS, DUSSAULT, 2002). En effet, la France doit faire face à un taux de croissance des dépenses de santé important. Ainsi les

inégalités de santé et le dérapage des dépenses ont incité à des réformes de l'activité hospitalière (LAPLACE *et al.*, 2002). L'hôpital public est donc en plein changement, avec l'arrivée des 35 heures, de la tarification à l'activité, ou encore de la nouvelle gouvernance. Trois réformes qui vont affectés la Gestion des Ressources Humaines.

La mise en œuvre de la réduction du temps de travail (RTT) dans les établissements publics de santé a débuté en janvier 2002. Or, la gestion du temps de travail requiert une technicité particulière, parfois mal maîtrisée. La mise en place d'une telle politique à donc due être accompagné d'une réflexion sur l'organisation du travail, touchant ainsi l'activité des services RH (BARBOT, LEGENDRE, 2011).

La tarification à l'activité (T2A) est un mode de financement des établissements de santé, lancée en 2004 dans le cadre du plan Hôpital 2007. Elle repose sur une logique de mesure de la nature et du volume des activités et non plus sur une autorisation de dépenses. Le prix de chaque activité médicale est fixé chaque année par le ministre chargé de la santé. Autrefois le système était celui de la dotation pour les hôpitaux publics et de tarification à l'activité pour les cliniques privées, mais dans un souci d'harmonisation le gouvernement a privilégié un système commun lui permettant une maîtrise des coûts et des dépenses. Ce changement du mode de financement contraint alors les services RH à plus de vigilances quant à la rentabilité de l'établissement, et par conséquent à une plus grande maîtrise de la masse salariale.

Enfin, la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST), promulguée en juillet 2009, a pour but de clarifier le rôle des instances de gouvernance au sein des hôpitaux. D'après le site du gouvernement les objectifs de cette réforme sont : un découplage entre les fonctions et les logiques médicales, administratives et soignantes ; une responsabilisation des acteurs par la diffusion de la culture médico- économique et l'appropriation des outils de pilotage ; la création de pôles d'activité, unités médico-économiques de taille critique pour rapprocher la gestion du terrain et la mise en œuvre de la stratégie médicale ; et enfin une meilleure adaptation de l'activité et des organisations dans un contexte de passage à la T2A. La création de pôles d'activité fait apparaître à l'hôpital une nouvelle organisation avec laquelle le service RH va devoir travailler et construire une nouvelle organisation du travail.

Une grande attention est portée aux transformations structurelles et aux modalités de financement, les pouvoirs publics vont alors devoir s'intéresser à la contribution des ressources humaines ainsi qu'à leur développement, ce qui n'était pas le cas jusqu'à la fin des années 1990. Jusque là les ressources humaines étaient considérées comme un facteur de production parmi les autres (HEALY, MCKEE, 1997 ; DUBOIS, DUSSAULT, 2002).

Or, il apparaît depuis les années 2000, avec l'arrivée de ces nouvelles réformes, que cette question du rôle de la fonction RH à l'hôpital inquiète de plus en plus les pouvoirs publics. Xavier Bertrand, ancien ministre du Travail, de l'emploi et de la santé écrit en préface de l'ouvrage de BARBOT et LEGENDRE (2011), « la gestion des ressources humaines à l'hôpital est un enjeu pour l'avenir de notre système de santé, parce que si nous avons la chance que notre système de santé soit l'un des meilleurs au monde, c'est bien grâce à nos personnels de santé ». A travers cette citation on ressent un souhait nouveau de s'intéresser à ce qu'est la gestion des ressources humaines à l'hôpital.

L'objectif de ce mémoire est de rendre compte de l'évolution des missions des services RH des établissements de santé public, qui tend à devenir un enjeu stratégique, source d'avantages concurrentiels.

Pour ce faire, nous verrons au travers de la revue de littérature les raisons de l'évolution de l'organisation du système de santé qui ont conduit à repenser la fonction RH, ensuite nous aborderons la méthodologie centrée sur des entretiens avec des responsables RH d'hôpitaux, puis au travers des résultats nous rendrons compte des enjeux liés à la modernisation de ces services, enfin une partie discussion permettra de confronter ces apports de terrain aux apports théoriques et ainsi de montrer l'émergence d'une Gestion des Ressources Humaines Stratégique.

# L'HOPITAL A LA RECHERCHE DE PERFORMANCE :

## CONTEXTE ET CADRAGE THEORIQUE

### **1. La restructuration hospitalière**

De 1997 à 2008, les ARS ont mené 568 opérations de recomposition ayant entraîné des suppressions d'autorisation, qu'il s'agisse de fermetures de sites, de fusions ou de regroupements d'activités (source : ARH / Opérations de recompositions de 1997 à 2008).

La situation financière des établissements de santé publics en 2009 est critique: 64% sont en équilibre ou excédent, avec un montant cumulé de 231M€ ; et 36% sont en déficit, avec un montant cumulé de 671M€ (source : DGFIP 2008).

L'hôpital subit donc depuis quelques années de vastes plans de restructurations, dont l'objectif est d'offrir des soins de meilleures qualités et surtout à moindres coûts.

#### **1.1. La restructuration hospitalière en marche**

Il existe en Europe, depuis les années 1980, de multiples tentatives de modernisation du système hospitalier impulsé par l'Etat. Ceci est particulièrement le cas en France, où des lois et des plans de restructuration de l'hôpital s'enchainent. En effet, l'hôpital est devenu une organisation incomplète qu'il serait nécessaire de redessiner (LAMOTHE, 1999). On parle d'un « tournant gestionnaire » (GREVIN, 2011). A l'heure actuelle, ces mouvements sont loin d'entre finis puisque l'on assiste toujours à un grand plan de recomposition de l'activité des établissements de santé.

##### **1.1.1 Les enjeux de cette restructuration organisationnelle en France**

L'intérêt d'une telle réorganisation se ressent dans la progression de l'activité hospitalière. Il s'agit d'un effet retour du « baby boom », appelé « papy boom », correspondant à une population massive arrivant à un âge où l'on est plus sujet aux problèmes

de santé. Du fait du vieillissement de la population, le nombre de patients augmentant et on assiste à une hausse du nombre de soignants. *A contrario*, le nombre de personnels techniques et administratifs diminue, pour une question d'équilibre des coûts (SAINSAULIEU, 2008). Ce changement d'effectif entraîne alors *de facto* une nouvelle organisation du travail.

Les établissements de santé sont aux prises avec de profonds processus de modernisation mêlant réformes des systèmes de gestion, innovations technologiques et nouvelles pratiques managériales (DETCHESSAHAR, GREVIN, 2009). L'idée principale des restructurations qui vont être mises en place est d'équilibrer, de façon optimale, les ressources et les besoins. Cette idée peut prendre de multiples formes : fermetures de services, d'établissements, fusions d'hôpitaux ou création de réseaux d'hôpitaux. En effet renoncer localement à des activités ne conduit pas à un démantèlement du service public, mais au contraire à le faire fonctionner en réseau, dont l'établissement est un maillon (POUVOURVILLE, TEDESCO, 2003). Avec l'arrivée de la tarification à l'activité les dispositifs d'assurance qualité, l'informatisation croissante de l'activité, ou encore la nécessité de formaliser les projets d'établissements ont appuyé ce besoin de changement (DETCHESSAHAR, GREVIN, 2009). Ces réorganisations s'inscrivent dans une politique nationale de recomposition de l'offre de soins menée par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) aujourd'hui Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS).

Pour mieux appréhender ce qu'est la restructuration, il est important de savoir que deux conceptions de cette démarche coexistent (MOSSE, 2001). Souvent la notion de gestion renvoie à des restrictions financières et des soumissions à des considérations économiques (GREVIN, 2011). Si c'est en partie le cas, ce n'est pas la seule démarche qui existe. Il y a d'une part une démarche descendante, qui a pour objectif la maîtrise et la réduction des coûts hospitaliers, issus des procédures budgétaires mises en place par le plan Juppé de 1996. Les instruments de cette démarche gestionnaire sont d'ordres physique et financier et fondés sur un système d'indicateurs quantitatifs. D'autre part, une démarche ascendante articulée autour de la négociation avec les acteurs, des indicateurs qualitatifs, et des outils comme les procédures de planification sanitaire. Le plan Juppé de 1996, renforçant la loi Evin de 1991, fait de la modernisation du système hospitalier à la fois une question de construction de l'offre de soins, et de circuits de financement.

La principale réforme institutionnelle issue de ce vaste plan est la création des Agences régionales d'hospitalisation (ARH). Elles sont en charge de la définition et de la mise en œuvre de la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, de la coordination de l'activité des établissements publics et privés et de la détermination de leurs ressources. Il s'agissait au travers de leur création de centraliser les pouvoirs de l'Etat et de l'assurance maladie dans une unique structure étatique. Les compétences de ces ARH vont être élargies dans un nouveau plan de restructuration du système hospitalier, le Plan Hôpital 2007. Ce plan a pour objectif, une fois de plus, de moderniser l'activité. Il comprend, pour ce faire, une relance de l'investissement. Le Plan Hôpital 2007 est présenté comme étant un remède au malaise de l'hôpital et au désenchantement de ses professionnels grâce à la tarification à l'activité (incitation au dynamisme) et à la nouvelle gouvernance (assouplissement des contraintes) (MONTET, 2009). S'ensuit dans la même optique le Plan Hôpital 2012 de financement partagé de l'Etat, entre l'assurance maladie et les établissements. Il va s'agir d'appliquer les préceptes de la Nouvelle Gestion Publique (NGP), à l'hôpital, ce qui se traduit par la fin du budget global, la déconcentration des pilotages au niveau régional auprès des ARH puis ARS, le renforcement des « partenariats » public – privé, les mutualisations par communautés hospitalières de territoire, la contractualisation étendue à tous les niveaux de gestion, la réforme des statuts des praticiens hospitaliers et des directeurs d'établissements, les indicateurs de performance, et une fongibilité asymétrique des budgets du sanitaire vers le médico-social. Cette dernière vise à rationaliser l'organisation par la mutualisation et à favoriser l'adaptation par déconcentration des décisions (MONTET, 2009). Les dotations sont désormais allouées à des missions et non plus à des structures (sauf en psychiatrie). Les dépenses sont présentées en lien avec des objectifs dans des programmes annuels de performances (PAP) et sont analysés à partir d'indicateurs (socio-économiques, de qualité et d'efficience) et de procédures contractualisées (MONTET, 2009).

Enfin, le dernier grand plan mis en place par le gouvernement français est la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST), datant de 2009. Cette loi est un projet d'organisation sanitaire et non de financement, ce qui la démarque de ses prédécesseurs. Il s'agit d'une vaste réorganisation de l'activité hospitalière, afin qu'elle soit plus adaptée aux spécificités territoriales, et surtout plus centrée sur les patients. L'objectif de cette démarche est de permettre à tous d'accéder à une offre de soin de qualité. Cette loi s'est penchée sur le patient-concitoyen « concrètement situé » dans le territoire de santé pour assurer une santé



juste et solidaire (MONTET, 2009). Notons, par ailleurs, que les ARH deviennent des Agence Régionales de Santé (ARS), élargissant leur champ d'action.

A noter que certains acteurs usent plus volontiers du terme de restructuration plutôt que recomposition (VINCENT, VOLOVITCH, 2003). Cependant si la démarche est institutionnalisée certains auteurs ne s'accordent pas autour du terme de restructuration. En effet, on observe un maintien du nombre d'établissements, un léger accroissement de l'emploi, et augmentation continue des moyens. Nombres d'éléments qui mènent à dire que les hôpitaux publics ne se restructurent pas vraiment (MOSSE, PARADEISE, 2003). Par recomposition ces auteurs entendent la transition d'une conception dans laquelle l'hôpital était perçu comme une bureaucratie professionnelle, nous l'avons vu, vers une conception où l'hôpital est vu comme une organisation éclatée, confrontée à la fois à l'industrialisation croissante et au consumérisme naissant.

L'introduction de ces nouvelles réformes, de la NGP et des mécanismes de marché change profondément le fonctionnement et l'objectif de l'hôpital qui a alors pour objectif d'être performant. Cette recherche de l'efficacité mène de plus en plus les établissements de santé à se comporter comme des entreprises, certains auteurs parlent même d'industrialisation de la fonction publique hospitalière.

#### 1.1.2. L'industrialisation de la fonction publique hospitalière

On observe, depuis plusieurs années, et ceci est d'autant plus vrai en cette période de crise, une prédominance des critères financiers dans la gestion des firmes. On assiste à une transformation contemporaine du capitalisme vers un capitalisme financier. Ce mouvement n'est pas réservé aux entreprises privées, le secteur public est également touché par ces réorganisations structurelles et par la mise en place de dispositifs de gestion. Il s'agit effectivement d'une diffusion du modèle néo-libéral à des organisations « hors du marché ». C'est le cas de la « modernisation » de l'Etat et des administrations, via le New Public Management (BOUSSARD, 2013), qui a été abordé précédemment. Cette transformation de l'entreprise publique repose en partie sur l'activité de certains cadres pour qui le « travail d'organisation » correspond à la mise en place de dispositifs de gestion de type néolibéral et

répond à une norme considérée comme professionnelle. Ce travail d'organisation « gestionnaire » participe aux transformations néolibérales de l'entreprise (BOUSSARD, 2013).

Les contractualisations externes et internes en marche dans les hôpitaux publics contribuent à éloigner ceux-ci du modèle de la bureaucratie professionnelle, les rapprochant du modèle de l'entreprise divisionnaire à forte composante professionnelle (POUVOURVILLE, TEDESCO, 2003).

VINCENT et VOLOVITCH (2003) font un parallèle entre la situation hospitalière et les restructurations du secteur industriel. Ils se servent, en effet, de ce modèle pour en expliciter les enjeux et notamment les conséquences en terme d'emploi. Ils mettent en avant la volonté de rationaliser l'offre de soins dans une double démarche. Il s'agit d'allier une réduction des capacités, depuis plus de dix ans il existe une réduction du nombre de lits et de la durée de séjour ; et une maîtrise des coûts, comme nous l'avons vu en réduisant, par exemple, l'effectif technique. Cette démarche se traduit également par une forte spécialisation de l'activité, sur des créneaux porteurs comme les soins palliatifs et la cancérologie (DETCHESSAHAR, GREVIN, 2009), et par l'externalisation de fonctions logistiques ou le recours à la sous-traitance. Cette stratégie concurrentielle est donc rapprochée de celle de l'industrie. D'une manière générale, dans ce secteur, il existe une forte montée de contraintes industrielles, marchandes et événementielles qui pèsent sur la production de soins. Ces contraintes s'expriment comme l'ont rappeler VINCENT et VOLOVITCH (2003) *via* des impératifs de maîtrise des *process* de soin, de maîtrise de la productivité qui font peu à peu entrer les établissements de santé dans une véritable démarche gestionnaire (LENAY, MOISDON, 2003 ; DETCHESSAHAR, GREVIN, 2009).

Cependant, malgré cette volonté de productivité proche de l'industrie, il ne faut pas oublier que la raison première d'existence de l'hôpital est la protection de la santé, un droit constitutionnel. Cette spécificité fait que la décision de restructuration hospitalière, de fait fortement encadrée par l'Etat, est l'objet d'une négociation à différents niveaux : national, régional ou local. De plus, cette réorganisation aux enjeux multiples concerne de multiples acteurs institutionnels représentant le monde politique, administratif, médical ainsi que les partenaires sociaux (VINCENT, VOLOVITCH, 2003).

### 1.1.3. Une restructuration qui n'est pas sans écueils

Comme nous avons pu le voir les restructurations à l'œuvre dans les établissements de santé sont pluridimensionnelles. Ce phénomène complexe implique un grand nombre de changements au niveau de l'établissement. On observe un grand nombre de pratiques de gestion qui intègrent le monde hospitalier, en réponses aux nouvelles exigences et qui ne sont pas sans poser problème, loin s'en faut.

La principale difficulté est d'éviter les pièges de l'activisme gestionnaire que certains auteurs qualifient de « gestionnisme ». Ce néologisme vise à signifier la dimension quasi pathologique de la course à l'hyper-régulation gestionnaire conduisant le management à délaisser le travail d'organisation au niveau local (DETCHESSAHAR, GREVIN, 2009 ; GREVIN, 2011).

Il existe parfois une tendance du management à lancer de nouvelles innovations, entraînant une surenchère gestionnaire qui tend à éloigner l'encadrement de son rôle d'animateur de l'activité, en particulier pour ce qui est des cadres infirmières, englouties par une activité gestionnaire qui les tient éloignées du terrain (DETCHESSAHAR, GREVIN, 2009). Il existe une certaine tendance à se focaliser sur les préoccupations gestionnaires plus que sur celles des employés par moment. DETCHESSAHAR et GREVIN (2009) résument ce phénomène sous forme d'un paradoxe : l'encadrement est de plus en plus occupé par des activités informationnelles, qui prennent le pas sur les activités communicationnelles, ainsi les activités de gestion prennent le pas sur les activités de management. Pour ces auteurs il est nécessaire de faire évoluer ces pratiques, en construisant des solutions collectivement, mais aussi en les diffusant et en les relayant dans l'organisation. Il s'agit de redonner à l'encadrement son rôle d'animation. Or, à présent les évolutions de la fonction de cadre, mènent les « cadres de soin » à une position de « cadres de gestion » (DETCHESSAHAR, GREVIN, 2009). Le management est alors tout entier tourné vers le haut et vers l'extérieur (GLOUBERMAN, MINTZBERG, 2001), accaparé par les « machines de gestion » et plus personne n'est là pour manager en direction de l'intérieur, pour « organiser le travail d'organisation » et la coordination de l'activité (DETCHESSAHAR, GREVIN, 2009). La course à l'hyper-régulation gestionnaire a alors conduit le management à délaisser le travail d'organisation au niveau local, et ainsi les processus de rationalisation gestionnaire tels qu'ils

ont été mis en œuvre en sont venus à empêcher la coopération et le soutien des équipes par le management de proximité (GREVIN, 2011).

Il semble dès lors que l'évolution des fonctions des services RH peut être une réponse à ce glissement d'activité. En effet, un redéploiement d'activité pourrait contrebalancer ce phénomène en permettant aux services RH de devenir l'entité de gestion principale de l'hôpital, assurant aux encadrants de l'activité de soin un recentrage sur leur fonction première d'animation, qui semble leur faire défaut. Toutefois, il faut prendre en compte la nécessité de conquérir une place et une légitimité face au pouvoir médical (DETCHESSAHAR, GREVIN, 2009). Il s'agit en effet d'être attentif à l'attitude des médecins face au processus de changement. Ces derniers sont au centre de l'organisation et forment un groupe influent constitué autour d'un sentiment de communauté professionnelle (DERVAUX, PICHAULT, RENIER, 2011). En effet, l'hôpital ne s'est pas encore détaché de structure de bureaucratie professionnelle.

Pour comprendre les enjeux de ces réformes il est nécessaire de rendre compte de l'objet particulier que représente cette institution.

## 1.2. L'hôpital, une organisation complexe

### 1.2.1. Une structure divisée

Il est important de saisir la répartition du pouvoir à l'hôpital, afin d'appréhender les enjeux de toutes réorganisations. Il s'agit d'un pouvoir bicéphale. Il existe, d'une part, le pouvoir administratif, incarné par le directeur d'hôpital, et dont le personnel (hors médecin) dépend, garant des conditions d'emploi ; et d'autre part, le pouvoir médical, gérant de l'organisation du travail des soignants. A ces deux entités correspondent deux structures de gestion : la Commission médicale d'établissement (CME), où ne siègent que les médecins et qui détermine le projet médical, et le Conseil d'administration, qui détermine le projet d'établissement, à savoir l'application dudit projet médical (VINCENT, VOLOVITCH, 2003).

GLOUBERMAN et MINTZBERG (2001) ont également mis en avant que la complexité de la mise en place de changement organisationnel à l'hôpital car celui-ci est un des systèmes les plus complexes de la société contemporaine. Ces auteurs divisent l'hôpital en quatre mondes distincts, selon le mode de management qui leur est propre. Ils distinguent alors quatre modes de management :

DOWN : basé sur le traitement des patients

UP : contrôle de l'institution

IN : pour les agents sous le contrôle clair de l'institution

OUT : pour les acteurs impliqués dans l'activité mais extérieur à l'institution

Les quatre mondes qu'ils identifient sont : *cure*, *care*, *control*, *community*. *Cure* correspond à la communauté médicale, qui est *down* dans ses opérations et *out* car les médecins ne font pas partie de la hiérarchie de l'hôpital. *Care* renvoie aux infirmiers, qui sont à la fois *in* et *down* puisqu'ils délivrent un service aux patients, tout en étant sous le contrôle de l'institution. *Control* fait référence à l'administration classique, à savoir les managers (cadres de soins), qui sont *in* puisque responsables de l'institution, et *up* puisqu'ils sont moteurs de l'action mais pas directement impliqués dans les opérations. Enfin, *community* représente les administrateurs de l'hôpital, ainsi que les bénévoles, qui sont à la fois *up* et *out*. En effet, ils ne sont pas directement reliés au fonctionnement de l'hôpital, ni personnellement redevable à sa hiérarchie (GLOUBERMAN, MINTZBERG 2001).

On observe une division horizontale claire entre les porteurs de soins (*cure* et *care*), et les organisateurs de l'offre (*control* et *community*), ce qui est mis en avant par VINCENT et VOLOVITCH (2003). De plus une division verticale apparaît entre ceux sous l'emprise de l'institution (*control* et *care*) et ceux impliqués mais libre (*cure* et *community*) (GLOUBERMAN, MINTZBERG, 2001).

L'hôpital n'est pas donc pas *une* organisation, mais bien le regroupement de quatre entités qui fonctionnent de manière indépendante, et c'est bien cette particularité qui fait la singularité de cette institution.

### 1.2.2. Trois modèles d'organisation concomitants

DERVAUX, PICHAULT, et RENIER (2011) retiennent trois modèles d'organisation pour décrire la réalité hospitalière : objectivant, individualisant et conventionnaliste. Ces modèles sont issus de l'analyse des organisations faite par PICHAULT et NIZET (2000), qui identifient cinq idéaux-types : le modèle arbitraire, le modèle objectivant, le modèle individualisant, le modèle conventionnaliste et enfin le modèle valoriel.

Le modèle objectivant (PICHAULT et NIZET, 2000) :

- Planification quantitative des effectifs, accordant la priorité au recrutement
- Licenciements faisant l'objet de conventions collectives
- Culture d'entreprise fondée sur le légalisme
- Formation centrée sur les savoirs et les savoir-faire
- Evaluation fondée sur la description de fonctions, avec application de critères uniformisés
- Promotion à l'ancienneté ou par concours
- Salaire au temps, déterminé *a priori*
- Nette séparation entre temps de travail et temps libre
- Communication centralisée et formelle
- Dispositifs d'information et de consultation
- Relations professionnelles fondées sur la délégation/ représentation

Le modèle objectivant valorise donc l'application de règles uniformes et le respect de l'autorité hiérarchique, ce qui correspond au personnel administratif, technique, paramédical, ouvrier et infirmier (DERVAUX, PICHAULT, RENIER, 2011).

Le modèle individualisant (PICHAULT, NIZET, 2000) :

- Gestion prévisionnelle des compétences, accordant la priorité à la sélection
- Actions d'accompagnement des départs
- Culture d'entreprise articulée autour d'un projet commun considéré comme facteur d'identification

Formation alternée, très valorisée, centrée notamment sur le savoir-être  
Evaluation fondée sur le bilan de compétences et la Direction Par Objectifs (DPO)  
Promotion au mérite  
Salaire variable, déterminé *a posteriori*  
Temps de travail aménagé  
Communication décentralisée, latérale et informelle  
Dispositifs de codécision au niveau opérationnel  
Relations professionnelles fondées sur l'expression directe

Le modèle individualisant renvoie alors à des critères négociés lors d'accords interpersonnels entre hiérarchie et collaborateurs, axé sur les compétences, ce qui correspond à la ligne hiérarchique médicale et aux cadres (DERVAUX, PICHAULT, RENIER, 2011).

Le modèle conventionnaliste (PICHAULT, NIZET, 2000) :

Validation collégiale du recrutement et de la sélection  
Départs volontaires ou sous la pression des pairs  
Culture d'entreprise articulée autour de clivages corporatifs ou disciplinaires  
Formation entièrement maîtrisée par les professionnels  
Evaluation liée à la reconnaissance, sur la base de critères élaborés de manière collégiale  
Promotion sur la base d'élections par les pairs (mandats limités dans le temps)  
Salaire négocié à l'entrée avec possibilités de rémunérations externes  
Temps de travail entièrement sous la maîtrise des professionnels  
Communication largement décentralisée et collégiale  
Dispositifs de codécision, y compris au niveau stratégique  
Relations professionnelles fondées sur l'éthique professionnelle

Enfin, le modèle conventionnaliste où les critères et les normes formelles sont définis entre pairs, correspond aux médecins (DERVAUX, PICHAULT, RENIER, 2011).

### 1.2.3. Une bureaucratie professionnelle

Si comme nous venons de le voir l'hôpital est une organisation divisée, la médecine y tient une place hégémonique. Cette structure relève de la bureaucratie professionnelle selon GLOUBERMAN et MINTZBERG, (2001). MINTZBERG (1989) identifie cinq éléments de base de l'organisation : le sommet stratégique, la ligne hiérarchique, le centre opérationnel, la technostructure, et les fonctions de support logistique. Les paramètres de conception et les facteurs de contingence lui permettent de définir 5 configurations structurelles idéal-typiques : la structure simple, la bureaucratie mécaniste, la bureaucratie professionnelle, la structure en divisions et l'adhocratie (NOBRE, 1999). L'hôpital, bureaucratie professionnelle a pour principales caractéristiques les points présentés dans le tableau suivant (NOBRE, 1999).

#### **Les caractéristiques organisationnelles de l'hôpital**

<b>Mécanisme de coordination principal</b>	Standardisation des qualifications
<b>Partie clé de l'organisation</b>	Centre opérationnel
<b>Principaux paramètres de conception</b>	Formation, spécialisation horizontale du travail, décentralisation horizontale et verticale
<b>Facteur de contingence</b>	Environnement complexe et stable, système technique non sophistiqué

Pour coordonner ses activités la bureaucratie professionnelle s'appuie sur la coordination par spécialisation, sous la forme de standardisation des qualifications (GLOUBERMAN, MINTZBERG, 2001) à partir de la formation et de la socialisation (NOBRE, 1999). Les standards sont élaborés en partie en dehors de l'hôpital, dans des communautés professionnelles autonomes auxquelles les médecins et le personnel adhèrent.

L'autorité découle du pouvoir de la compétence, ce qui explique la prégnance du corps doctoral sur l'ensemble de la structure. A l'hôpital le médecin contrôle son propre travail et agit de façon relativement indépendante de ses collègues tout en restant proche des patients. Les médecins constituent le centre opérationnel (NOBRE, 1999).



Le fonctionnement de l'hôpital repose sur un répertoire de programmes standard (cas répertoriés) où le travail du médecin consiste à déterminer dans quel cas se situe le patient (diagnostic) et à appliquer le programme standard correspondant au cas (NOBRE, 1999).

Le centre opérationnel est la partie clé de l'organisation, la seule autre partie développée est l'ensemble des fonctions de supports logistiques qui ont pour missions de servir le centre opérationnel (NOBRE, 1999).

Il existe fréquemment deux hiérarchies dans les bureaucraties professionnelles, comme nous l'avons vu, l'une pour les professionnels, et l'autre pour les fonctions de support logistique (NOBRE, 1999).

Il se trouve que l'hôpital va devoir s'éloigner de cette forme d'organisation, afin d'atteindre de nouveaux objectifs. L'introduction de la tarification à l'activité, mais également l'arrivée des 35 heures à l'hôpital à entraîner une nouvelle approche de la gestion de l'offre de soin. Un ensemble de contraintes financières et la nécessité de rationaliser l'activité mènent de plus en plus les établissements de santé à se conduire comme des entreprises industrielles, en appliquant les nouveaux principes de gestion publique. En effet l'hôpital ne va pas être épargné par la mouvance de nouvelles pratiques de la fonction publique, inspiré par le New Public Management. Un ensemble de changements qui vont être la base des diverses réformes de restructurations de l'offre de soins.

### 1.3. Le Management des organisations publiques

Voilà plusieurs décennies qu'est lancé en France et dans de nombreux pays développés, un grand projet de modernisation du service public. Cette idée consiste à transformer les structures de l'appareil administratif, ses processus internes et par extension la culture de ses agents (VISSCHER, VARONE, 2004). Ceci renvoie aux développements récents dans le domaine de la gestion des ressources humaines (MELNIK, GUILLEMOT, 2010). Depuis le milieu des années 90 ce projet s'est institutionnalisé et a pris forme en France sous le nom de Nouvelle Gestion Publique (NGP) (VISSCHER, VARONE, 2004) ou Nouveau Management Public (NMP) (MELNIK, GUILLEMOT, 2010).

### 1.3.1 Aux origines : Le New Public Management

Les évolutions de la gestion publique en France sont inspirées du modèle du New Public Management (NPM), théorie économique qui a vu le jour aux Etats-Unis au début des années 1960, qui se rattache à celle de l'École de Chicago, très développé au Royaume-Uni dans les années 80 (PESQUEUX, 2006). L'idée principale de cette théorie est que l'Etat doit se retirer du champ économique (DREYFUS, 2010). La New Public Management, préconise diverses solutions pour limiter l'emprise des fonctionnaires dans la mise en œuvre des politiques publiques, en faisant appel à des opérateurs privés par voie contractuelle (contracting out) ou par le biais de partenariats public-privé (DREYFUS, 2010). Ce courant trouve sa première définition importante dans un article majeur de HOOD (1991): « NPM, like most administrative labels, is a loose term. Its usefulness lies in its convenience as a shorthand name for the set of broadly similar administrative doctrines which dominated the bureaucratic reform agenda in many of the OECD group of countries from the late 1970s », retranscrit comme suit par MORTEN BALLE *et al.* (2013) : « l'ensemble des doctrines administratives sensiblement similaires qui a dominé le programme de réforme bureaucratique dans beaucoup de pays depuis la fin des années 70 ». Pour HOOD (1991) le NPM est un « mariage de deux idéologies différentes ». La première met l'accent sur le libre choix et le mécanisme de marché, inspiré par la nouvelle économie institutionnelle. La seconde, liée à la tradition de la gestion scientifique, est focalisée sur la gestion selon les objectifs et les résultats, mais également sur l'autonomie organisationnelle laissant la gestion aux gestionnaires. En d'autres termes le management public poursuit un objectif d'efficacité (PESQUEUX, 2006).

Les nouveautés en terme de management : un management professionnel de proximité, des mesures explicites de performance, le contrôle des résultats et la désagrégation des unités dans le secteur public (HOOD, 1991). A partir de ces éléments MORTEN BALLE *et al.*, (2013) propose un NPM managérial idéal-type (au sens wébérien) de l'organisation du secteur public :

1. Une désagrégation structurelle, des organisations spécialisées ou axées sur le client.
2. Une autonomie managériale et un contrôle des résultats
3. Une scission entre politiques et opérations, en divisant les tâches entre la préparation des politiques, et leur mise en œuvre.

Pour comprendre ce qui change il faut savoir que jusque là le management public comprenait la gestion des agents publics, ainsi que la gestion financière et comptable. Le NPM va introduire la notion de mérite, l'individualisation des rémunérations, l'appréciation du personnel sur la base d'entretiens annuels. De plus l'accent va être mis sur le développement du contrôle de gestion en termes de coûts – performances. (PESQUEUX, 2006). Le NPM vise donc la recherche d'économies (value for money), il implique dès lors que soit mis en place un grand nombre d'outils de suivi de l'action administrative, de son coût, de ses résultats et performances (DREYFUS, 2010). Des outils dont la gestion va incomber aux services RH qui vont alors voir leurs missions évoluer. C'est en effet la GRH qui va être garante de la bonne application des principes du NPM, en développant notamment l'évaluation professionnelle, la maîtrise de la masse salariale ou encore les indicateurs de performance. Cette démarche se retrouve derrière les trois « E » : économie, efficacité et efficience (PESQUEUX, 2006). Une volonté qui ressort dans la définition du NPM faite par BARTOLI (1997) : « l'ensemble des processus de finalisation, d'organisation, d'animation et de contrôle des organisations publiques visant à développer leurs performances générales et à piloter leur évolution dans le respect de leur vocation » (PESQUEUX, 2006).

### 1.3.2 En France, la Nouvelle Gestion Publique

La Nouvelle Gestion Publique (NGP) est une application française des préceptes du NPM, et a pour principe d'appliquer des formes de gestion inspirées du marché privé (MONTET, 2009 ; MELNIK, GUILLEMOT, 2010 ; PESQUEUX, 2006). Le triomphe des théories néolibérales a en effet conduit à soumettre l'administration publique au même régime que le secteur privé, en termes d'organisation et de statut du personnel (DREYFUS, 2010). Les nouvelles formes de gestion sont : la définition d'objectifs quantitatifs pour l'exécution des politiques publiques, la focalisation sur les prestations fournies plutôt que sur la procédure à suivre, la réduction des coûts de production des services publics, la gestion d'une unité administrative par un manager allouant librement ses ressources, la motivation du personnel par des incitations pécuniaires, et la garantie d'une liberté de choix aux usagers (VISSCHER, VARONE, 2004). Tant d'éléments qui peuvent se résumer en une idée : la recherche de performance. Il s'agit en effet de mettre l'accent sur l'évaluation de la performance des

organisations, ce qui sous-entend le développement de ses indicateurs (MELNIK, GUILLEMOT, 2010 ; PESQUEUX, 2006). Dorénavant l'élément d'appréciation principal des dépenses sociales est l'efficacité, et celle-ci est comparée à la situation des autres pays de l'OCDE (MONTET, 2009 ; MELNIK, GUILLEMOT, 2010). Cependant il semble que de fait, service public et performance sont deux notions antagonistes. Se pose alors la question suivante : qu'est-ce que la performance du secteur public ?

La définition de la performance selon l'OCDE, rapporté par KETELAAR (2007), correspond à « tous rendements, résultats ou autres bilans mesurables d'activité du secteur public », et par « gestion des performances », l'OCDE entend « l'ensemble des procédures mises en œuvre pour définir et mesurer les réalisations, et pour les relier aux mesures d'incitation ou aux sanctions appliquées par un supérieur hiérarchique (organisme ou individu) à l'égard d'un subordonné et souvent associées à une plus grande autonomie de gestion du subordonné » (MELNIK, GUILLEMOT, 2010). Ces auteurs distinguent plusieurs aspects de la performance dans le secteur public : les résultats produits (outputs), l'efficacité, (coûts unitaires des produits), l'efficacité (objectifs fixés atteints), la prise en compte des besoins des usagers (satisfaction), et enfin, la responsabilité et l'intégrité du pouvoir public (Boyne et al., 2006 ; MELNIK, GUILLEMOT, 2010). La productivité, représente l'une des principales mesures de la performance, elle se définit comme le rapport du volume des outputs (les biens et les services produits) sur les inputs (emploi, équipements) (MELNIK, GUILLEMOT, 2010).

Les indicateurs de la performance sont utilisés au sein des organisations publiques comme des outils de management mais aussi comme outils de comparaison et de mise en concurrence des organisations (MELNIK, GUILLEMOT, 2010). Ces indicateurs vont être centrés sur l'efficacité socio-économique, la qualité du service et l'efficacité de gestion, ou d'efficacité (PESQUEUX, 2006). Il est utile de rappeler que les mesures de la performance sont « toujours subjectives » car elles sont construites socialement et politiquement (BREWER, 2006 ; MELNIK, GUILLEMOT, 2010).

A travers la NGP on ressent la volonté de s'opposer à la bureaucratie wébérienne, considérée comme inefficace, caractérisée par la hiérarchisation des fonctions, la professionnalisation et l'impersonnalité des règles (VISSCHER, VARONE, 2004). La NGP propose un modèle d'organisation des administrations publiques opposé au modèle wébérien

(MONTET, 2009). Au delà de la critique de ce modèle d'organisation il est question d'une mobilité plus importante des fonctionnaires en interne et en externe (MELNIK, GUILLEMOT, 2010), d'une plus grande flexibilité de l'organisation du travail, et de se recentrer d'avantage sur la satisfaction du client, de l'utilisateur (VISSCHER, VARONE, 2004). On assiste également à une externalisation croissante des services publics (MELNIK, GUILLEMOT, 2010).

Ces changements sont apparus en opposition au rôle de l'Etat, un sujet qui divise. Il y a ceux qui dénoncent les dysfonctionnements internes, prônant les bienfaits de la concurrence comme condition nécessaire de l'efficacité, et ceux qui remettent en cause l'idéologie de l'Etat-Providence (VISSCHER, VARONE, 2004). Depuis les années 1980, la NGP marque la fin de l'hégémonie de l'Etat-Providence, qui semble démuni face à la crise selon les conceptions néolibérales, et ce dans un contexte de mondialisation financière (MONTET, 2009). Il s'agit de passer du « Welfare State » à un Etat minimum, un Etat-organisateur (PESQUEUX, 2006).

Les principes de la NGP se distinguent en plusieurs points (VISSCHER, VARONE, 2004):

1. Une séparation de la prise de décision stratégique, qui relève à la fois du pouvoir politique, de la gestion opérationnelle, et qui est sous la responsabilité de l'administration, Afin de distinguer les rôles de financeurs, d'acheteurs et de prestataires.
2. Une orientation des activités administratives en fonction des produits à fournir.
3. Une réduction de la hiérarchie, il s'agit d'amincir les bureaucraties, de décentraliser certaines tâches administratives et déléguer la gestion au niveau le plus bas (subsidiarité).
4. Une introduction des mécanismes de marché dans la production de biens et services d'intérêt général.
5. Une transparence sur la qualité et les coûts des prestations administratives, garante d'une utilisation efficace des ressources publiques.
6. Une orientation des prestations vers les besoins des usagers, en les impliquant dans la définition et l'évaluation des prestations à fournir.

Ces changements sont d'une grande importance car le secteur public concerne en France près d'un quart de la main-d'œuvre (MELNIK, GUILLEMOT, 2010). La réforme

lancée en 2007 en France ne se résume pas à la révision générale des politiques publiques (RGPP) mais plutôt à la mise en œuvre d'une politique publique particulière. La volonté du gouvernement est de « mieux dépenser » tout en améliorant la qualité des services rendus. L'objectif est de réduire le déficit public ce qui se traduit par des mesures d'économies d'échelle, *via* une restructuration de l'appareil d'État, et un accroissement des performances des agents publics tout en procédant à une diminution des effectifs. Toutefois, d'après le rapport de 2010 de la Cour des comptes, la RGPP « en l'état actuel, aboutit sur le plan budgétaire, à des résultats modestes ». Il s'agit généralement de « faire mieux avec moins » (DREYFUS, 2010). Par ailleurs, existe la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) de 2001 qui pousse à reconfigurer les structures administratives et à mettre en place de nouveaux outils d'évaluation. Cette loi devenue l'outil d'organisation financière de l'État a pour objectif de moderniser le système budgétaire en se focalisant sur la performance de la gestion et la transparence de l'information, afin d'en assurer un meilleur contrôle (MONTET, 2009).

Un autre aspect important de ces bouleversements réside dans le développement des agences et autorités administratives indépendantes au cours des vingt dernières années (DREYFUS, 2010). En effet, l'introduction de la logique de marché dans les institutions publiques s'accompagne le plus souvent de la création d'agences de décentralisation (MONTET, 2009), pour des missions de prestations de services, ce qui nécessite la fixation d'objectifs chiffrés « très précis ». Ces agences sont une réponse aux problèmes de taille, de rigidité et de coûts propres à la fonction publique centralisée. Elles ont pour vocation de remplacer les structures étatiques, en permettant une flexibilité et une délégation accrues des pouvoirs aux managers, les dégageant de contraintes et de procédures lourdes propres aux organisations bureaucratiques (MELNIK, GUILLEMOT, 2010). C'est dans cette optique qu'ont été créées les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH), devenues Agence Régionales de Santé (ARS), un acteur institutionnel dont le rôle sera expliqué un peu plus loin.

Enfin, en ce qui concerne les ressources humaines MELNIK et GUILLEMOT (2010) mettent l'accent sur la nécessité de gérer et de développer ses pratiques dans le secteur public. Pour eux la reconnaissance de l'importance d'une bonne gestion RH est une condition indispensable de performance du secteur public. Pourtant dans ce secteur l'émergence des pratiques modernes de GRH est encore récente, et la fonction RH demeure mal stabilisée

(CHANUT, CHAVAS, 2008). On peut distinguer plusieurs volets de réformes de la GRH dans la fonction publique en réponse à de nouvelles situations dans lesquelles les acteurs perdent leurs repères (CHANUT, CHAVAS, 2008). Il s'agit notamment des nouveaux mécanismes budgétaires, des diverses réorganisations : fusion de services et mutualisation des moyens, des évolutions démographiques ou encore de la diffusion des technologies de l'information et de la communication (CHANUT, CHAVAS, 2008). Ces situations entraînent des réformes de décentralisation et de déconcentration, de délégation du pouvoir aux managers, l'évolution des procédures de recrutement et de fixation des rémunérations, mais également l'introduction de la gestion des compétences et du capital humain. Les réformes concernant le développement du capital humain et la gestion des compétences ont pour enjeu d'adapter le personnel aux divers changements que rencontre le secteur public avec la NGP, mais également de faire face au vieillissement du personnel (MELNIK, GUILLEMOT, 2010). Se pose alors aux services RH le problème d'attirer et de motiver de jeunes talents (CHANUT, CHAVAS, 2008). Toutefois il n'existe pas d'actions concrètes menées pour développer les RH dans la fonction publique, tout du moins pas à hauteur des plans de réorganisation mis en place tels que nous venons de les voir. En effet, les gestionnaires ont souvent le sentiment de ne pas toujours disposer des informations et de la clairvoyance stratégiques nécessaires (CHANUT, CHAVAS, 2008). Les réformes sont un terrain d'innovations qui désorientent parfois les professionnels RH. Il se pose alors la question de la formation de ces personnels RH face aux « machines de gestion » que sont les SIRH ou la GPEC. Cette nouvelle culture du résultat et l'arrivée de nouveaux outils de gestion entraînent une refondation des normes de gestion, et donc un manque de repères. La NGP nécessite alors de la part des agents RH des capacités qui dépassent leur formation initiale (CHANUT, CHAVAS, 2008).

C'est le désir d'une offre de soins au budget maîtrisé et de meilleure qualité qui va pousser les pouvoirs publics à transformer la structure de l'hôpital, en introduisant les principes de la NGP, et ainsi axer sur la performance et la rentabilité. Or, introduire la NGP à l'hôpital c'est faire le pari que l'introduction du marché dans des secteurs considérés comme biens publics est un bénéfice pour l'utilisateur/consommateur. Il faut alors croire que les groupes d'investissements privés sont des partenaires fiables dans la recomposition sanitaire régionale offerte aux citoyens (MONTET, 2009).

Les transformations liées à l'activité de soin à l'hôpital modifient en profondeur le travail des acteurs comme nous venons de le voir. L'offre de soin fait face à une multiplication des contraintes, en particulier budgétaire, ce qui nécessite un travail d'organisation important. (DETCHESSAHAR, GREVIN, 2009). Ces contraintes mènent les acteurs à effectuer un travail de gestion entre le prescrit et le réel. Ce travail d'organisation apparaît comme un enjeu fondamental de la performance des établissements de santé (DETCHESSAHAR, GREVIN, 2009).

Face à ces considérations, et ce besoin de réorganisation de l'activité, se pose alors la question de l'organisation du « travail d'organisation ». Les objectifs se multiplient comme nous avons pu le voir, en terme de coûts mais aussi en terme de qualité. Contraintes auxquelles s'ajoutent une quantité plurielle d'instrumentations de gestion, mettant les acteurs de ce système dans une situation délicate d'arbitrage entre les objectifs et la construction de compromis (DETCHESSAHAR, JOURNE, 2007 ; DETCHESSAHAR, GREVIN, 2009). Comme l'écrit E.MINVIELLE (2009) « on n'a peut être jamais autant associé le mot management à toutes les évolutions et réformes du secteur » (DETCHESSAHAR, GREVIN, 2009).

Toute idée d'implantation d'un modèle unique serait vouée à l'échec, du fait de la spécificité de cette institution (LAMOTHE, 1999). Il semble dès lors qu'une restructuration de l'activité hospitalière ne saurait se passer d'un soutien fort du management et par extension d'outils solides de gestion. Il apparaît alors comme une évidence qu'il s'agit là du rôle des services RH d'être moteur de ce « tournant gestionnaire » (GREVIN, 2011).



## **2. La modernisation des services RH, un enjeu clé**

L'analyse des restructurations hospitalières fait ressortir que pour mener à bien sa transformation, et ces missions nouvelles l'hôpital a besoin du soutien d'une GRH forte. Il va être alors question d'impliquer le DRH dans la formulation de la stratégie organisationnelle. Pour aborder les transformations des missions de GRH, nous prenons la Gestion Stratégique des Ressources Humaines comme cadre théorique. Ce choix va permettre de souligner les avantages d'une telle GRH dans ce contexte particulier.

### **2.1. Un modèle théorique : La Gestion Stratégique des Ressources Humaines (GSRH)**

La gestion stratégique des ressources humaines est définie par BAREIL (2002) comme étant « l'ensemble des activités de la fonction ressources humaines favorisant la cohérence des stratégies et des pratiques de GRH par rapport aux enjeux stratégiques de l'établissement (vision, orientations, valeurs et grands objectifs). » Cet aspect stratégique associé à la GRH est apparue à la suite des travaux de CHANDLER (1962), et s'est développé courant 1970 et 1980. Ces travaux ont montré que la réussite organisationnelle dépendait d'un équilibre entre les éléments internes (structure, culture, ressources humaines et systèmes de gestion) et la stratégie externe (GUERIN, WILS, 2002).

Il est vrai que la notion de stratégie est de plus en plus accolée à celle de ressources humaines, ce qui se concrétise par la considération de la fonction RH non plus au niveau opérationnel, mais bien au niveau stratégique (GUERIN, WILS, 2002). Cette démarche se ressent avec l'introduction du DRH au comité d'administration, afin d'influencer la politique générale (STOREY, 2003). Il va être question d'établir des plans pour que l'entreprise se démarque de ses concurrents (GUERIN, WILS, 2002).

Le défi est donc de créer une gestion des ressources humaines proactive et orientée vers les enjeux clés de l'organisation (BAREIL, 2002), *via* une anticipation flexible et une capacité d'adaptation (GUERIN, WILS, 2002). Plus simplement il s'agit de passer d'une logique de court terme à une logique de long terme (STOREY, 2003). Etant proactive et associée au long terme la GSRH suppose une connaissance ou vision de ce que seront les

exigences de demain. La clé du succès passe de plus en plus par une gestion stratégique, visionnaire et cohérente (GUERIN, WILS, 2002).

Les principales stratégies compétitives, décrites par PORTER (1990) sont de produire à moindre coût, d'augmenter la qualité du produit, d'innover, et d'être précurseur sur le marché. Or, pour ce faire, ces stratégies doivent s'appuyer sur des forces internes, à savoir les compétences et l'engagement. Les ressources humaines sont donc un atout de base qui permet de faire la différence, difficilement copiable (GUERIN, WILS, 2002). Des auteurs montrent alors que le succès de certaines organisations, placées dans le même contexte que d'autres, s'explique par la valeur ajoutée supérieure tirée de leur gestion des ressources humaines (O'REILLY, PFEFFER, 2000 ; GUERIN, WILS, 2002). En effet, la GRH est de plus en plus reconnue comme facteur majeur de la performance organisationnelle, comparé à d'autres facteurs (investissement en R&D, démarche de qualité ou stratégie) la concentration sur les pratiques de management des hommes a l'influence la plus importante (PATTERSON, WEST, *et al.*, 1997 ; STOREY, 2003). Un certain nombre de facteurs tels que la compétition globale, la focalisation sur le client et le besoin de rapidité et de flexibilité ont transformé le problème de l'entreprise. Il faut alors pouvoir compter sur les hommes (STOREY, 2003).

Les mécanismes de stratégie RH influençant la performance organisationnelle sont : la création du capital humain (recrutement, sélection, formation et développement), la motivation de ce capital humain (pratiques de progression, développement de carrière, rémunération, relations avec les employés), et l'organisation d'un milieu de travail qui permet à l'individu d'apporter une contribution efficace (organisation du travail et dotation) (BAMBERGER, MESHOULAM, 2000 ; GUERIN, WILS, 2002). La gestion stratégique des ressources humaines promet d'offrir une intégration des différentes techniques de gestion du personnel, ce qui est appelé « intégration interne ». Mais également une correspondance entre les politiques de ressource humaine et la stratégie sectorielle, c'est l'« intégration externe » (STOREY, 2003).

La nécessité d'une gestion stratégique des ressources humaines est d'autant plus évidente dans le secteur de la santé, en raison de la densité de main-d'œuvre, de la variété du personnel et des difficultés particulières de gestion propre à ce secteur. La GSRH passe dans ce cas par l'élaboration de politiques explicites de ressources humaines comme préalable à la mise en œuvre des politiques de santé. Dans cette optique les ressources humaines constituent

des atouts décisifs pour l'amélioration de la performance organisationnelle. La politique de ressources humaines est considérée comme un outil permettant aux organisations de créer un capital stratégique et d'optimiser les intrants à leur disposition pour obtenir un service efficient et de meilleure qualité (DUBOIS, DUSSAULT, 2002).

Il semble dès lors que dans les établissements hospitaliers la GRH doive tendre à être moins vue comme une fonction administrative mais plutôt comme un système de décisions stratégiques importantes pour l'organisation.

Nous l'avons vu les pouvoirs publics se sont inspirés des mécanismes de marché pour moderniser l'hôpital. Or, il semble qu'il y ait à présent une prise de conscience du rôle important que pourrait tenir les services RH dans la course à la performance. C'est cette idée qui va mener les politiques publiques à faire évoluer les missions des services RH, reproduisant ainsi les évolutions de ce service dans le secteur privé. Mais qu'en est-il à l'heure actuelle dans la pratique ?

## 2.2. La direction des ressources humaines et ses missions

La direction des ressources humaines, telle qu'elle est décrite par les établissements de santé, a pour mission principale de conduire la politique institutionnelle en matière de gestion des ressources humaines dans son volet social. Elle contribue à la mise en œuvre des projets d'établissement, en lien avec les autres directions fonctionnelles ou services concernés.

Son activité comprend plusieurs dimensions organisationnelles. Le premier axe d'action de la DRH renvoi à la gestion du personnel et des compétences. Ceci englobe des missions de recrutements, d'affectation, de gestion de la formation, l'évaluation et la notation des agents, ainsi que la gestion de la mobilité. C'est dans ce volet que l'on retrouve la mise en place d'outils tels que la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC). Une autre dimension de l'action RH est de veiller à l'ajustement des moyens et des activités. Il est alors question du suivi de la masse salariale, ainsi que de l'évolution du tableau des effectifs. Enfin le dernier axe consiste à l'application des règles statutaires et la gestion du temps de

travail. Elle peut être menée à ce titre à traiter de situations individuelles spécifiques, aussi bien sur le plan social que sur le plan disciplinaire.

Au delà de ces missions principales la DRH est garante des relations avec les partenaires sociaux et est en charge de l'élaboration du projet social de l'établissement. Elle tient à ce propos le secrétariat du Comité Technique d'Etablissement.

Par ailleurs la D.R.H. assure un rôle de soutien et de conseil technique auprès des cadres opérationnels et des équipes, notamment pour la mise en place de nouvelles formes d'organisations du travail, tels que les pôles d'activités. Enfin elle œuvre à l'amélioration des conditions de travail, en coopération étroite avec la Direction des Soins.

### 2.3. L'évolution des pratiques de GRH à l'hôpital

#### 2.3.1. S'éloigner du modèle d'administration du personnel

La Gestion des Ressources Humaines à l'hôpital a beaucoup évolué ces dernières années. Autrefois appelée direction du personnel, elle avait pour mission principale la gestion administrative des agents et opérait peu d'activités de GRH, hormis le recrutement et la sélection des agents. (DERVAUX, PICHAULT, RENIER, 2011). En effet, la conception dominante de la GRH dans les organisations de santé renvoie à une vision d'administration du personnel chargée des tâches opérationnelles d'embauche, de maintien de la discipline et de traitement des griefs (BACH, 2000 ; GUERIN, WILS, 2002). Nous l'avons vu pour l'hôpital il va s'agir de passer d'un modèle bureaucratique d'organisation à un modèle néolibéral avec des notions de rentabilité, de performance, de compétitivité, et de satisfaction (BOUSSARD, 2013). Pour les services RH hospitalier il va alors être question de passer d'une structure d'administration du personnel à une organisation de développement des ressources humaines.

Pour comprendre les changements d'activités au sein des services RH hospitaliers il faut se référer à l'évolution de la gestion des ressources humaines et à la dichotomie entre administration du personnel et développement des ressources humaines (PICHAULT NIZET, 2000).

Le pôle administration est centré sur ce qui relève du contrat de travail. Il s'agit de divers systèmes de contrôle et de stimulation du personnel, ayant pour objectif de réduire les résistances, *via* la rédaction de règlements et de manuels de procédures ; la planification des effectifs *via* des analyses de postes formalisées ; la rémunération au rendement, *via* le calcul des primes, la détermination des avantages, et enfin la gestion des œuvres sociales. A ces diverses missions s'ajoutent la gestion des politiques de sécurité et d'hygiène, la réglementation du temps de travail, et la protection des droits syndicaux. Par ailleurs l'administration du personnel veille également au développement de la législation sociale, et à l'instauration des conventions collectives (PICHAULT NIZET, 2000).

Le pôle développement quant à lui a pour pierre angulaire la gestion des compétences, à savoir la gestion de la formation et des plans de carrière, l'évaluation du personnel et de la communication, mais aussi de la motivation. Il est alors plus question de sélection que de recrutement et les politiques de mobilité deviennent légion. Pour ce faire la GRH va participer de plus près aux responsabilités de direction, par la définition de modèles ainsi que par leur mise en application. Elle va alors affirmer sa vocation managériale (PICHAULT NIZET, 2000).

Pour aller plus loin, précisons que l'administration du personnel est basée sur des procédures standardisées et la minimisation des coûts, alors que le développement des ressources humaines mise sur l'acquisition de compétences (YOUNDT et al, 1996). Le premier modèle recherche l'équité interne (homogénéité des situations à l'intérieur de l'organisation), tandis que le second aborde l'équité externe (correspondance avec les situations extra-organisationnelles) (PICHAULT NIZET, 2000).

Dans cette évolution de pratiques on note également une individualisation progressive du lien salarial, par l'introduction de rémunérations variables, l'hégémonie des compétences en matière de recrutement et de formation, ainsi que le développement des plans de carrière (MORVILLE, 1985 ; PICHAULT NIZET, 2000). Cette individualisation s'explique par la décentralisation de la négociation collective au niveau de l'organisation (SPARROW, HILTROP, 1994 ; PICHAULT NIZET, 2000).

Lorsque l'on parle de modernisation de l'activité RH dans les établissements de santé il faut entendre développer une politique de GRH en milieu hospitalier et maîtriser les risques

liés à la mise en œuvre du changement organisationnel que nous avons évoqués (DERVAUX, PICHAULT, RENIER, 2011). Le problème que cette démarche soulève est qu'il va s'agir d'initier une démarche de professionnalisation de la GRH dans une institution de soins essentiellement centrée sur l'administration du personnel (DERVAUX, PICHAULT, RENIER, 2011).

### 2.3.2 De nouveaux éléments de gestion

La GRH à l'hôpital, nous l'avons vu, est un enjeu essentiel pour l'avenir du système de santé (BARBOT, LEGENDRE, 2011). Un rapport remis à Xavier BERTRAND, ancien ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, sur la modernisation de la politique RH rappelle l'exigence d'une approche plus stratégique de valorisation et de reconnaissance du capital humain, en dotant les responsables des RH de leviers d'action à la hauteur des enjeux qu'ils rencontrent. L'enjeu clef est d'associer à la prise de décision les différents acteurs de la santé.

Au cours de ces dernières années de nouveaux éléments sont apparus dans la gestion des RH à l'hôpital, menant son activité à évoluer (BARBOT, LEGENDRE, 2011):

Mise en place de la réduction du temps de travail

Protocoles et réformes statutaires

Nouvelle gestion des effectifs et de la masse salariale

Pôles d'activités médicales et délégation de gestion

Formation tout au long de la vie (FPTLV)

Développement de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC)

Il s'agit à travers ses démarches de donner du sens et de la lisibilité à l'action des services RH. Le rôle principal de ces services va être le développement et l'ajustement des compétences des personnels. Il va s'agir par ailleurs de gérer l'adaptation des organisations de travail médicales et non-médicales (BARBOT, LEGENDRE, 2011).

Au delà des missions cités s'ajoutent la maîtrise des coûts des nouvelles technologies, la gestion des pénuries de main d'œuvre, et l'assurance d'une qualité optimale pour les soins

effectués. Pour mener à bien ces missions, il est nécessaire que les RH travaillent en concertation avec les différentes parties prenantes de l'institution. Le management participatif peut être un gage de réussite durable du changement. Dans leur étude, DERVAUX, PICHAULT, et RENIER, (2011) revendiquent une approche par la théorie de l'acteur réseau. C'est par l'interaction que les partenaires d'un réseau engendrent une activité de construction. L'innovation et le changement sont ainsi considérés comme un construit social et c'est une constante mobilisation des acteurs du projet et la définition d'un rôle concret qu'une telle opération de modernisation des services RH hospitalier va pouvoir aboutir. En se référant à la sociologie de la traduction il est question d'articuler efficacement innovation, contexte d'implantation et usages émanant des différentes catégories d'acteurs (DERVAUX, PICHAULT, RENIER, 2011). Ces auteurs prônent l'utilisation du management polyphonique du changement (opposée à une approche panoptique, imposée). Ils proposent aux responsables du changement de conduire celui-ci de façon à favoriser une appropriation du projet de manière collective (en tenant compte des autres processus déjà en cours dans l'organisation). Les chances de succès du changement dépendent alors de la façon dont l'organisation mène et construit son propre processus et ses propres outils pour y parvenir. On observe ici clairement la nécessaire adaptation et la notion de co-construction de l'objet, qui sont deux éléments de succès inévitables pour ces auteurs.

Or, la structuration de l'hôpital sous forme d'un réseau d'entités quasi autonomes engendre une grande diversité de pratiques RH. Ces différences se marquent non seulement entre les services mais également entre les catégories professionnelles présentes dans un même service, voire au sein d'une même catégorie de personnel. Il est donc primordial de définir un outil transversal et intégrateur des différents processus RH, autour duquel les différentes actions vont prendre place. Cet outil est la définition de fonction, accompagnée d'un référentiel de compétences et d'une grille d'évaluation de la possession de ces compétences (DERVAUX, PICHAULT, RENIER, 2011). Ce qui correspond à une définition claire des rôles de chacun. Il est donc question de mettre en place de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences à l'hôpital.

Au vue de l'évolution de ces missions et de ces outils on peut dire que le service RH suit le modèle individualisant tel qu'il a été présenté en première partie, selon PICHAULT et NIZET (2000). En effet, son action est plus centrée sur les compétences, les règles sont alors moins uniformes, ce qui éloigne la DRH du modèle objectivant.

Si la volonté des pouvoirs publics est clairement affichée est que de nouveaux outils sont apparus, la modernisation des services RH n'en est qu'à son commencement, et fait face à un certain nombre de difficultés.

### 2.3.3. Les difficultés de la mise en place d'une nouvelle GRH à l'hôpital

Certains auteurs font le constat d'une certaine défaillance des politiques de santé en matière d'intégration des question de ressources humaines (BUCHAN, 2000 ; GUERIN, WILS, 2002). La fragmentation des responsabilités et le manque de coordination qui caractérisent la GRH conduisent souvent à une séparation entre les politiques de santé et les interventions en matière de ressources humaines nécessaires à leur mise en œuvre (BUCHAN, SECCOMBE, 1994 ; GUERIN, WILS, 2002). GUERIN et WILS (2002) constate encore dans les services RH une attitude réactive et une vision à court terme, qui se traduit par une tendance à « apporter des réponses rapides aux symptômes des problèmes sans s'attaquer à leurs racines ou sans tenir compte de leurs conséquences à long terme ». De plus, comme nous avons pu l'aborder, les décisions politiques liées aux ressources humaines sont subordonnées assez souvent à des considérations économiques et traitées uniquement sous l'angle de la productivité (BRITO *et al.*, 2000 ; GUERIN, WILS, 2002). En effet, le gouvernement qui financent la majorité des dépenses de santé se montrent davantage préoccupés par des questions macroéconomiques concernant la taille de la main-d'œuvre et la masse salariale, faisant l'impasse sur les nombreuses autres préoccupations qui peuvent toucher l'organisation du travail, la motivation du personnel et la performance individuelle, points clés d'une GRH stratégique (GUERIN, WILS, 2002).

Afin de comprendre la complexité de l'évolution des pratiques RH, GUERIN et WILS (2002) identifient les problèmes spécifiques des services RH hospitaliers comme étant les suivants :

1. L'intersectorialité et la grande variété d'acteurs
2. La période longue entre la prise de décision et l'obtention des résultats
3. La domination professionnelle comme trait distinctif du secteur de la santé
4. L'interdépendance des différents groupes professionnels



5. Le rôle de l'Etat comme principal employeur
6. La forte proportion de femmes employées dans les systèmes de santé
7. L'ambiguïté de la relation entre les besoins de santé, les besoins de services et les besoins de ressources pour offrir ces services
8. Les défaillances du marché

Par ailleurs, la multiplicité des usages des pratiques RH entraîne un manque de processus transversaux fédérateurs. Ainsi l'informel joue un rôle important et la gestion prévisionnelle RH est quasi-inexistante. Dans ce contexte, la GRH est considérée à l'hôpital comme une « *terra incognita* », terrain vierge où tout est à construire. (DERVAUX, PICHAULT, RENIER, 2011). A noter que le chantier RH met à jour des zones de compétences qui échappent à l'expertise des médecins, et plus généralement du corps médical, ce qui démontre bien que ce chantier est aux mains des acteurs RH. Rappelons que la DRH ne gère pas que des soignants, mais aussi les personnels techniques qui jouent un rôle essentiel dans le bon fonctionnement d'un hôpital.

De plus, les personnels les plus anciens au sein de l'hôpital ont vu se transformer en profondeur le contenu de leur activité, ainsi que l'ensemble de l'organisation : les professionnels de santé se sont multipliés, la croissance et la complexité de l'activité ont nécessité des cadres fonctionnels toujours plus nombreux, la prolifération des normes et des procédures a codifié de plus en plus le travail (DETCHESSAHAR, GREVIN, 2009). Autant de facteurs à prendre compte qui permettent de comprendre un certain sentiment de perte de repères de la part du personnel face à ces changements constant. D'un point de vue général, la « gestion » reste souvent incriminée par les soignants. Les agents manifestent une méfiance de principe face à tout ce qui vient de l'administration (BARET *et al*, 2011 a). Une incompréhension de deux mondes surement liée au déficit de recherche en management sur les transformations du secteur de la santé (GREVIN, 2011).

L'élaboration de politiques explicites de ressources humaines s'avère être un chaînon indispensable dans les politiques de santé et un préalable à une gestion optimale des ressources consacrées à la santé. GUERIN et WILS (2002) préconisent alors quatre éléments sur lesquels il faut agir pour optimiser la contribution potentielle des politiques de GRH :

1. Les politiques de ressources humaines doivent dépasser l'approche traditionnelle d'administration du personnel pour projeter une vision plus large qui intègre l'ensemble des dimensions de la GRH
2. La formulation et la mise en œuvre des politiques de ressources humaines doivent davantage envisager le caractère interdépendant, intégré et systémique des différentes composantes de la GRH
3. La mise en œuvre des politiques de ressources humaines pour la santé doit s'appuyer sur une attitude plus proactive de la part des décideurs et des gestionnaires de ressources humaines
4. L'engagement et la mobilisation de tous les acteurs et secteurs en cause doivent être promus comme une composante essentielle de la formulation, de la mise en œuvre et de l'évaluation des politiques de ressources humaines

Pour comprendre au mieux les difficultés de mise en place de nouvelles pratiques de gestion il est intéressant d'aborder plus précisément l'une d'entre elle : la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC).

#### 2.3.4. Le cas particulier de Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences

Depuis 2000, le ministère de la Santé a souhaité développer la GPMC au sein des établissements hospitaliers. Entre 2008 et 2010, cette démarche incitative a été appuyée par l'aide financière du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés. En effet, l'Etat propose depuis 2004 un référentiel des métiers proposé par l'Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière (créé en 2001). Son objectif est d'inciter les établissements à sortir d'une gestion administrative du personnel et à mettre en place une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) (BARET *et al.*, 2011 b). En introduisant des éléments nouveaux tels que prévision, compétence, métier et évaluation, cette démarche se distingue des notions habituelles de la gestion administrative des personnels. Mettre en place une GRH par les compétences nécessite donc une transformation de long terme. Pour ce faire a été créé en 2007, le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) avec un budget de 10 millions d'euros (BARET *et al.*, 2011 a).

La GPMC apparaît comme un enjeu majeur pour la modernisation des hôpitaux. Cette nouvelle forme de gestion implique l'introduction de pratiques et de concepts (métier, compétence, évaluation, projet professionnel) qui diffèrent des pratiques administratives (statut, qualification, notation, carrière). La démarche de GPMC préconisée par l'ARH Île-de-France se divise en quatre aspects : les effectifs, les compétences, la gestion actuelle et la gestion prévisionnelle (BARET *et al*, 2011 a). Dans leur étude, BARET *et al* (2011 a), présentent la réalisation de fiches métiers et la refonte des entretiens d'évaluation comme les premières étapes de la mise en place de la GPMC. Ces nouveautés ont conduit à une meilleure perception de l'évaluation par les agents qui la considèrent comme plus structurée et plus juste. Il s'agit d'adapter les fiches métiers du répertoire national des métiers de la fonction publique hospitalière aux spécificités de chaque établissement et ainsi proposer un rattachement des effectifs à la nomenclature des métiers. Suite à quoi ont été organisés des campagnes de communication avec pour support le guide d'évaluation et des réunions d'information. Les éléments cités précédemment ont permis une meilleure perception de l'évaluation par les agents et un renforcement des compétences managériales des cadres (BARET *et al*, 2011 a). Pour ces auteurs développer les compétences des services RH est essentiel pour mettre en place des actions concrètes à destination des agents (formation, parcours professionnels, rémunération des compétences) qui donnent un «sens» à la GPMC. L'engagement dans un processus de GPMC a permis aux cadres, qui ont compris l'importance d'une telle action, de se professionnaliser, de renforcer leurs compétences managériales (BARET *et al*, 2011 a).

Toutefois, les réalisations observées dans l'enquête de BARET *et al*. (2011 a) semblent modestes puisque les quatre volets préconisés par l'ARS ne sont pas atteints, les établissements s'étant focalisés sur les deux premiers uniquement. Pour autant les entretiens ont permis de mettre en marche une nouvelle vision de la RH hospitalière, ce qui va permettre aux DRH d'avoir un socle pour bâtir les pratiques à venir.

Il ressort que les acteurs concernés par la GPMC voient en ce nouvel outil un moyen de poursuivre des objectifs personnels, engendrant ainsi des conflits et des incompréhensions. On observe il est vrai une contradiction entre les objectifs de la DRH, qui cherche à s'informer des besoins de formation et des souhaits de mobilité, et les objectifs des cadres qui cherchent un outil de management de proximité (BARET *et al*, 2011 a). Par ailleurs, la DRH

manque de moyens, mais surtout de compétences pour mettre en place une démarche de GPMC effective. L'informatisation des procédures apparaît alors comme un enjeu clé pour ce service (BARET *et al*, 2011 a).

De plus, un autre problème qui apparaît lorsque l'on parle de mise en place de la GPMC est qu'il faut faire face à un manque d'appropriation de la démarche par les agents. Un manque de motivation dû en partie au manque d'impact de l'évaluation sur la rémunération et la carrière. Ainsi, la GPMC reste perçue comme un outil de gestion de la DRH dont les agents ne se sentent pas proches, pas concernés. Il semble dès lors que l'un des enjeux clés de cette démarche soit la recherche d'une implication de l'ensemble des cadres et la sensibilisation des agents, mais également une certaine compétence des responsables du service RH. D'ailleurs BARET *et al* (2011 a) recommandent de présenter la GPMC comme un outil de management permettant de faire face à des difficultés concrètes.

En somme, les résultats semblent décevants, les objectifs poursuivis par le Ministère de la santé sont éloignés du potentiel de la situation initiale. BARET *et al*. (2011 b) montrent que la déception vient en partie du fait que les objectifs sont en décalage avec les pratiques existantes. Pour ce faire, ils se réfèrent à la notion « d'effectivité » définie par JULLIEN (1996) qui déclare que les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de réformes sont liées à la déconnexion entre les modèles théoriques (objectifs) et la réalité de la situation, dans l'étude de BARET *et al*. (2011 b) les organisations de santé. Ces auteurs rappellent à cette occasion, comme nous avons pu le voir précédemment, que les réformes telles que la contractualisation, la tarification à l'activité, l'aménagement et la réduction du temps de travail ou encore la nouvelle gouvernance, sont inspirées de pratiques de gestion d'entreprises privées, qui sont de fait éloignées des pratiques administratives, professionnelles et médicales en vigueur dans les établissements. En d'autres termes, il faut prendre en compte que l'effet est inscrit dans le réel et est généré par des transformations continues. Ainsi une action trop volontariste pourrait perturber le « déroulement » et donc provoquer des résistances. Il semble alors préférable de laisser « advenir l'effet » en guettant les occasions dans le déroulement (BARET *et al*., 2011 b). Avec l'effectivité il est question d'analyser la situation initiale afin d'identifier ses failles et son potentiel, autrement dit, le changement qu'elle contient déjà en germe (BARET *et al*., 2011 a. Il ne s'agit donc plus de planifier le changement, mais de faire évoluer les objectifs au fil des changements. Le rôle clé du manager est alors de savoir « créer

les conditions favorables à l'émergence des effets contenus dans la situation initiale » (BARET *et al.*, 2011 b).

En résumé, la GPMC va assurer la mise en œuvre de nouvelles actions concrètes de GRH telles que la formation, le parcours professionnels et la rémunération. En outre, l'intégration peut être un point d'entrée dans la démarche (BARET *et al.*, 2011 a). Les résultats décevants des démarches de GPMC sont principalement dus à des objectifs « surplombants » déconnectés du potentiel de la situation initiale (BARET *et al.*, 2011 b). Ces auteurs identifient quatre pistes à développer pour la mise en place d'une GPMC efficace : un développement des compétences managériales des cadres même dans le secteur hors soin ; l'évaluation est maintenant perçue par les agents comme mieux structurée, plus uniforme et plus juste ; un transfert de compétences entre consultants mobilisés et équipes de DRH a été initié ; la notion de métier commence à se diffuser dans les esprits à côté des traditionnels statuts (BARET *et al.*, 2011 b).

Le résultat attendu, au bout du compte, est la mise en œuvre d'interventions plus appropriées, un personnel plus performant et des services de santé correspondant davantage aux besoins et aux attentes de la population (GUERIN, WILS, 2002).

Nous venons de le voir, la modernisation des services RH est un enjeu clé de la restructuration hospitalière. Ce service doit être à la fois une technostructure (composée d'expert) qui conçoit le fonctionnement, planifie et contrôle, mais également un support logistique, et donc un soutien au management, en fournissant les outils et les expertises nécessaires (QUAZZA, GILBERT, 2003). Cependant le développement des ressources humaines, dans lequel on ressent une certaine volonté de s'approcher d'une vision stratégique, se heurte à un certain nombre de difficultés. Si une nouvelle fonction RH tend à émerger, celle-ci suppose une transformation de grande envergure, un changement de culture.

## 2.4. La culture de gestion : une nouvelle culture professionnelle à l'hôpital

La question du changement culturel était déjà une question d'importance au cours de la transformation de la fonction publique qui a été évoqué en première partie. Certains auteurs voient en la culture et les valeurs du service public des notions centrales. En effet, les travaux récents d'économistes intègrent la dimension culturelle et sociale des comportements pro-sociaux dans le secteur public. Le changement culturel peut représenter une menace pour l'équité du service public, et ses conséquences sur la confiance des citoyens (MELNIK, GUILLEMOT, 2010). Dans la même optique une critique la notion de « client » des services publics émerge. La question de la culture prend toute son importance dans l'idée que « l'un des paradoxes du courant des réformes du Nouveau management public est dans le fait que, pour réussir, elles ont besoin de la bureaucratie traditionnelle » (POLLITT *et al.* 2007 ; MELNIK, GUILLEMOT, 2010).

Nous avons pu le voir, agir sur la politique de GRH à l'hôpital revient à s'accorder autour d'un outil partagé par tous, une grille de lecture commune. Or, créer ce consensus nécessite de changer la culture de l'entreprise. Reste que ce changement culturel est délicat à opérer, dans la mesure où il concerne de nombreux corps professionnels. La culture médicale est très fortement basée sur la séparation des différents groupes professionnels, nous avons fait état, ce qui se ressent dans l'organisation du management (DERVAUX, PICHAULT, RENIER, 2011). Le mode de management prédominant étant bâti sur le contrôle. Or, un mode de management basé sur un engagement des acteurs serait plus approprié à l'évolution nécessaire des services RH. Ce mode de management différent serait garant d'une plus grande implication et source de motivation (DERVAUX, PICHAULT, RENIER, 2011), deux enjeux clefs d'une gestion plus stratégique.

Bien plus que d'introduire de nouveaux outils de gestion, il s'agit d'élaborer la vision de la RH de demain. Cette élaboration va permettre de problématiser la situation et de dégager un objectif commun (DERVAUX, PICHAULT, RENIER, 2011). Par vision RH ces auteurs entendent la « philosophie » ou les lignes directrices de toute activité de gestion. Un investissement de forme de ce changement est la création d'un langage commun. En poussant l'analyse, on peut voir que ce rapport à la gestion n'est pas qu'une question de vocabulaire. La connaissance des différents dispositifs de gestion, l'intériorisation des attentes normatives

comme la référence à la figure professionnelle du manager permettent de préciser les contours de ce travail spécifique d'organisation (BOUSSARD, 2013). Il s'agit tout d'abord de définir les modèles de GRH à privilégier selon les catégories professionnelles. Le travail de conception de la vision RH et de ses outils peut s'effectuer en co-construction avec les membres de la direction et les acteurs concernés (DERVAUX, PICHAULT, RENIER, 2011).

Ainsi, pour résumer ce vers quoi tend la RH au sein des institutions hospitalières, nous pouvons citer Barbot et Legendre (2011), la RH moderne est une RH « dont la dimension stratégique doit être renforcée ». Cette modernisation s'effectue en posant les jalons d'une nouvelle culture, on assiste à la diffusion d'une culture de gestion dans les établissements de santé (POUVOURVILLE, TEDESCO, 2003). Toutefois certains auteurs ont une tendance à tempérer ce propos en rappelant que peu d'acteurs semblent convaincus que la situation se caractérise par une domination progressive de la logique gestionnaire sur la logique médicale (MOSSE, PARADEISE, 2003).

Il existe une culture professionnelle managériale à part entière, avec ses propres normes et codes. Or, celle-ci n'est pas en accord avec la culture médicale, et n'est pas celle de la fonction RH hospitalière. Toutefois c'est ce vers quoi elle tend, face aux divers changements organisationnels en cours dans les établissements de santé. On peut donc penser que la modernisation des services RH à l'hôpital public doit passer par un changement de culture professionnelle, une « transformation culturelle » (POUVOURVILLE, TEDESCO, 2003). Une transformation qui fait écho aux changements liés à la Nouvelle Gestion Publique qui a elle-même nécessiter un changement de culture des agents administratifs (MONTET, 2009).

L'hôpital est un système complexe, une bureaucratie professionnelle dominée sous l'égide du pouvoir médical. Ce service public est soumis voilà quelques années maintenant à de vastes plans de restructurations de son activité. Les établissements de santé, au même titre que l'ensemble des services publics français sont contraints d'intégrer dans leurs logiques de fonctionnements des considérations qui semblent éloignées de leurs fonctions premières.

La nouvelle gestion publique mène cette institution à raisonner désormais en terme de rentabilité, de performance, ou encore d'efficacité. Pour répondre à ces nouvelles attentes l'hôpital change son mode de fonctionnement, en intégrant la tarification à l'activité, une nouvelle gouvernance, et également l'arrivée des 35 heures. Ainsi de nouvelles contraintes d'ordres financiers, mais également une nouvelle organisation, en pôle d'activité font de l'hôpital une organisation nouvelle où chacun doit trouver sa place.

Afin de remplir son objectif de performance, à savoir une meilleure offre de soin, à moindre coût l'hôpital va devoir compter sur un allier jusque là peu considéré, le service RH. En effet, dans un système où la concurrence et la compétitivité apparaissent comme des éléments forts, influençant les choix stratégique des établissements, tout élément source de différenciation est le bienvenu.

On observe dès à présent une implication plus grande de la DRH dans la gestion de l'établissement, ainsi qu'une évolution de ses missions, avec notamment une incitation à mettre en place une politique de Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences. Bien plus que cela il est question d'un changement culturel à l'hôpital. Si l'hôpital se rapproche des fonctionnements de marché, sa GRH semble vouée à se rapprocher de pratiques qui ont fait leurs preuves dans la sphère privée. Ce benchmarking donne à penser que l'on assiste à l'émergence d'une Gestion Stratégique des Ressources Humaines dans les hôpitaux public français. Pour ce faire, les services RH vont devoir évoluer d'une administration du personnel à un pôle développement des ressources humaines, d'après les modèles de PICHAULT et NIZET (2000). Il va donc être question de rendre compte des pratiques RH au sein des hôpitaux pour attester d'un tel changement. Pour cela nous allons nous intéresser aux missions des services RH et à leurs évolutions, aux facteurs de cet évolution, aux différents partenaires de la DRH, aux problèmes rencontrés et aux leviers d'actions, mais également à la question de la transformation culturelle. Tout ceci dans le but de dresser un bilan de l'activité RH et ainsi de montrer si les services RH remplissent les critères d'une gestion stratégique



des ressources humaines, telle qu'elle est décrite par BAREIL (2002). Il faudra démontrer qu'elle s'inscrit dans une démarche proactive, liée aux enjeux stratégique de l'établissement, et orientée sur les compétences et la création d'un capital humain (GUERIN, WILS, 2002).

Ces éléments de littérature mènent à la problématique suivante : Suite aux impulsions de la Nouvelle Gestion Publique qui ont conduit aux restructurations hospitalières, quelles sont les conditions d'émergence d'une Gestion Stratégique des Ressources Humaines à l'hôpital public, source d'avantage concurrentiel ?

### **1. La récolte de données par entretien**

Pour rendre compte de la modernisation des services RH à l'hôpital, et en ce sens d'apporter des éléments de réponses à la problématique, il est question de mener une enquête sur les représentations et les pratiques des acteurs concernés par ces modifications. Cette recherche vise la connaissance d'un système, celui de la réorientation de l'activité RH des établissements de santé, les pratiques et ce qui les relie. Cette volonté nécessite la production de discours modaux et référentiels, qui seront obtenue à partir d'entretiens centrés d'une part sur la description des pratiques des acteurs ainsi que sur leurs conceptions des actions (BLANCHET, GOTMAN, 2010).

Les individus sont interrogés en tant que membre d'un espace d'action collective. Ainsi chaque entretien constitue une base de vérification pour les entretiens suivants (BLANCHET, GOTMAN, 2010). En effet, les entretiens n'existent que comme ensemble (COHEN, 1999 ; BLANCHET, GOTMAN, 2010).

Cette méthode de production de donnée verbale s'est imposée du fait de l'ignorance du monde de référence, et elle convient bien à l'étude d'un groupe d'individu restreint. Il s'agit de faire apparaître les processus, la logique d'action et le principe de fonctionnement de la modernisation de l'activité RH (BLANCHET, GOTMAN, 2010). De ce fait, dans cette étude l'entretien constitue le mode de collecte principal de l'information.

Une fois ce choix d'enquête effectué il est nécessaire de définir la population à interroger. Cette recherche cible les directeurs des ressources humaines ou encore les responsables ou chargés RH d'hôpitaux publics français. De part leur statut et leur fonction de représentants et moteurs des décisions prises en matière de Ressources Humaines à l'hôpital ils semblent être les plus indiqués pour rendre compte des pratiques qui évoluent, ainsi que du sens qu'ils donnent à leurs actions. Par ailleurs, ils ont un regard sur la réception de ces changements auprès du personnel. Pour ce qui est du choix d'hôpitaux publics, celui-ci est motivé d'une part par un souci d'homogénéité, afin de comparer des unités semblables, mais également car ces établissements sont au centre des divers projets de loi de modernisation de

l'offre de soin, il est donc intéressant de voir la réalité et les répercussions de ces plans ératiques sur le terrain.

Les entretiens sont majoritairement effectués par audioconférence, pour des raisons de contraintes géographiques, les interrogés étant dispersés sur l'ensemble du territoire, les rencontres en face à face sont plus complexes et coûteuses à organiser.

Les entretiens se sont déroulés en suivant un guide d'entretien unique, formulé en lien avec les thèmes abordés au cours de la revue de littérature, afin de confirmer ou non les apports bibliographiques, mais également d'apporter des réponses à la problématique. Les échanges sont de type semi-directifs, et suivent le principe de l'entretien structuré (BLANCHET, GOTMAN, 2010). (*Cf annexe 1 et 2*)

## **2. Présentation des interrogés**

(Par soucis d'anonymat des noms fictifs sont donnés aux structures)

1. Chef de projet de la modernisation RH des établissements franciliens, de Conseil Gestion.
2. Directeur du pôle ressources humaines - organisation des soins, qui regroupe à la fois la DRH classique et la direction des soins, CH Psy.
3. Adjoint RH du responsable du pôle ressources humaines – organisation des soins au CH Psy.
4. Directeur des Ressources Humaines de la Résidence Médico-Sociale.
5. Directeur du CH Santé-Psy, et ancien DRH.
6. Directeur adjoint RH de l'APHP-CHI Général.
7. Directeur adjoint RH à la Fondation Psy.

### **3. Présentation des structures :**

**CH PSY:** Il s'agit d'un établissement de secteur psychiatrique pour adulte. Il a pour activité la psychiatrie adulte, la gériatrie, une structure ambulatoire, l'hospitalisation à temps partiel, les visites à domicile, et la consultation dans certaines communes. Il est divisé en 5 secteurs. Au 31/ 12/ 2012, il y avait 845 agents non médicaux, soit 748 ETP, et 58 médecins. Ce centre hospitalier a une capacité de 280 lits, et 160 places en hôpital de jour, et possède également un institut de formation de soins infirmiers. En 2012 l'établissement a dégagé un excédent de 8000 euros, il est donc en équilibre. Cet établissement a pour particularité d'avoir créé un pôle regroupant la DRH et la Direction des Soins (DS). Ce pôle, qui compte une vingtaine d'agents, est composé de 3 services :

1. Le service Gestion administrative RH, dont l'équipe est composée de 2 cadres de proximité et de 9 gestionnaires (4 pour la gestion courante, 2 sur les retraites et 1 sur la gestion des carrières).

2. Le service Organisation des soins, qui gère les plannings, les recrutements, les conventions de stage, *etc.* L'équipe est composée du directeur des soins et de son adjoint qui est cadre supérieur de santé. Ainsi qu'un adjoint des cadres pour le personnel non médical et un adjoint des cadres pour le personnel médical.

3. Le service mixte qui a pour objectif de rapprocher les directions. C'est l'axe développement durable des ressources humaines dans un aspect environnemental et social. Ce service a pour activités le recrutement, la formation professionnelle tout au long de la vie, la santé au travail, l'action sociale à destination des personnels, la crèche. L'équipe est composée de 2 agents pour la crèche, 2 pour la santé au travail (plus un médecin du travail et un psychologue du travail), 2 pour la formation, un pour action sociale, et enfin un pour le recrutement. Il est aussi question de dialogue social, fournir un travail avec les syndicats et les instances.

**Résidence Médico-Sociale :** Il s'agit d'un établissement médico-social pour personnes âgées, situé sur trois sites. Il comprend diverses activités allant de soins infirmiers à domicile avec plus de 150 personnes accompagnées, à un service d'aide à domicile avec environ 100 personnes, en passant par un IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers) avec 35 élèves. Par ailleurs, ces établissements possèdent un accueil petite enfance et un accueil de jour. Ces structures accueillent 110 résidents par sites, avec plus 375 ETP. Enfin ce centre médico-social jouit d'une situation financière en équilibre. Le service RH est composé

de 3 personnes à temps plein, et une à temps partiel (0,80). Il s'agit de 3 agents administratifs polyvalents et d'une adjointe des cadres. Il y a un chargé de la formation, un autre des retraites, et enfin un qui s'occupe des contrats aidés (environ 50). Mission à laquelle s'ajoute pour chacun d'entre eux la gestion d'un service particulier, comme par exemple la paye.

**CH Santé-Psy :** C'est un établissement public départemental de santé psychiatrique. Le CH Santé-Psy comprend 750 agents et 40 médecins pour 250 lits. La situation financière de l'établissement est en équilibre. Le service RH est composé d'une adjointe des cadres chargée des carrières, des statuts ; de 3 gestionnaires de payes ; d'une chargée des absences, des maladies et des accidents de travail ; de 2 agents en charge de la formation continue, des déplacement, et des concours ; et enfin d'une secrétaire des RH.

**APHP-CHI Général :** Il s'agit d'un centre hospitalier classique, général avec un service hospitalier universitaire. Les activités principales sont la médecine, la chirurgie et les urgences. Cet établissement comporte 550 lits. Au niveau du personnel il y a 2000 fiches de payes, ce qui correspond à 1850 ETP, dont 370 ETP médicaux. La situation financière en 2011 était plutôt mauvaise, en 2012 elle est revenue à un certain équilibre. Cependant le DRH semble pessimiste quant à la clôture budgétaire de 2013. Le service RH est composé de 20 personnes, en majorité statutaires, ainsi que 3 agents en CDI. Il s'agit pour la plupart de gestionnaires administratifs. Toute la GRH est construite autour d'un référentiel qualité, avec un grand nombre de procédures. Le service est structuré autour de responsables de *process* et de missions.

**Fondation PSY :** C'est un Centre Hospitalier Universitaire (CHU). Il s'agit d'un établissement psychiatrique public classique, avec une spécificité psychiatrie et pédopsychiatrie infanto-juvénile. Le directeur adjoint RH qualifie son établissement de petit, puisqu'il emploie 330 personnes, soit 295 ETP non médical, et 28 médical pour 92 lits hospitaliers temps plein et 66 places de jours. Enfin, avec un budget de 20 millions d'euros en DAF (dotation) la situation financière est en équilibre. L'équipe RH est composée d'un poste d'attaché responsable du service ; ainsi que d'un chargé de formation, un chargé des retraites, du CGOS (Comité de Gestion des Œuvres Sociales) et du recrutement, et enfin de 2 gestionnaires administratifs polyvalents, en charge de la paye entre autres.

Afin d'extraire les données issus de ces entretiens il sera question de produire une analyse de contenu, par thèmes. Les entretiens seront donc analysés transversalement en isolant ce qui se réfère à un même thème, dans le but d'obtenir une cohérence thématique inter-entretiens. Les thèmes choisis pour l'analyse seront produits à partir des entretiens. Ces thèmes resteront proches de ceux du guide d'entretien, celui-ci étant unique, les items abordés sont sensiblement les mêmes.

## LA MODERNISATION DES SERVICES RH, UN ENJEU STRATEGIQUE : LES RESULTATS DE L'ENQUETE

Les entretiens effectués permettent de rendre compte de la réalité quotidienne de la fonction RH hospitalière. Il s'agit dans cette partie de restituer les données issues cette récolte d'information.

### **1. La Direction des Ressources Humaines à l'hôpital**

#### **1.1. La fonction de DRH à l'hôpital**

Si le chef d'établissement a pour fonction de piloter la structure à travers le projet d'établissement, l'élaboration du conseil de surveillance et la gestion courante de la structure, il peut compter sur le directeur ou le chargé des ressources humaines pour l'accompagner dans certaines missions de gestion particulières.

Il incombe tout d'abord au DRH de remplir un certain nombre de tâches que l'on pourrait qualifier d'administrative. Les DRH interrogés évoquent un certain nombre de tâches classiques du service RH avec notamment une gestion administrative des dossiers des agents, du suivi des carrières, de la gestion du temps de travail, des dossiers de retraites, et avec une vigilance particulière sur le traitement de la paie, et de la rémunération. Le DRH est également en charge de la gestion du budget dans certains établissements. Il est aussi responsable des questions de formation, élément d'importance dans son activité. Il est en outre responsable de l'encadrement du service RH, ce qui est une activité managériale. Il a donc à ce titre une fonction de conseil technique, mais également d'arbitrage auprès des soignants. Relève également de sa fonction un certain nombre de tâches d'ordre disciplinaire, d'aspect juridique ainsi que la sécurité au travail. Il possède par ailleurs un pouvoir de signature et de prise de décision puisqu'il participe au projet d'établissement ainsi qu'au projet social. Pour le cas du CH PSY l'adjoint du pôle RH – Direction des soins (DS) peut remplacer le responsable du pôle en cas d'absence.

Par ailleurs le DRH est un maillon de la direction, au centre de l'organisation et qui doit donc veiller à faire le lien entre les différents acteurs de l'hôpital. Il assure une fluidité entre la DRH et la Direction des Soins, en particulier en matière de recrutement et de suivi des carrières. Par exemple lorsqu'il y a des agents qui doivent être reclassés, ou lorsqu'il faut le temps de travail. Il fournit aussi un travail institutionnel avec l'équipe de direction *via* sa participation au comité de direction, ainsi qu'à toutes les instances : le directoire, le CME, le CTE, le CHSCT, ou encore le conseil de surveillance. Le DRH se charge enfin des relations avec les syndicats et des liens avec les mutuelles et les assurances. Il est de son ressort de maintenir une paix sociale, un dialogue social constructif. Désormais, avec les changements organisationnels qui apparaissent à l'hôpital, il participe à différents groupes de travail pour mettre en place les nouvelles actions de gestion au niveau de l'établissement.

De nouvelles missions apparaissent peu à peu, ce qui a été regroupé sous le nom de développement durable des ressources humaines dans le CH PSY. Il s'agit d'un ensemble d'activités qui relèvent de l'information, du service formation, avec également le service santé au travail et le service action sociale. Il est question par ailleurs d'avoir une fonction de conseil poussée, d'aide aux responsables et aux cadres. Le DRH est alors en charge de l'animation de la vie des services, dans une action plus structurante.

## 1.2. L'évolution des missions RH

Depuis que les interrogés ont intégré les services RH hospitaliers, ils ont vu leur missions évoluer, les objectifs ne sont plus tout à fait les mêmes. Comme le rappelle un interrogé « *la fonction publique est en train de changer depuis des années, en intégrant peut-être plus par la force des choses des notions d'efficacité, y compris économique, elle est amené à changer parce qu'elle est en train d'avoir un périmètre d'action qui n'est plus le même* » (Chef de projet, Conseil Gestion). La fonction RH est une fonction qui accompagne le changement selon cet interrogé, ce qui conduit à une réflexion qui mène les fonctions support à repenser leur rôle. La fonction RH évolue donc en ce sens, et pour ces interrogés elle doit s'éloigner de la logique de gestion statutaire qui la défini. En effet, la mission RH, il y a quelques années, était la gestion du contrat de travail et la gestion des carrières « *dans l'esprit et dans la lettre du statut* » (Chef de projet, Conseil Gestion). Aujourd'hui la RH



semble « *relativement moderne pour tout ce qui n'est pas le statut propre* » (Directeur, CH Santé-Psy). Soit tout un changement d'objet, et finalement un rôle qui n'est plus le même.

Auparavant pour les interrogés, la Direction des Ressources Humaines était classique, voire pour certains archaïque. Les responsables RH ne recevaient pas les agents, ils ne répondaient pas en direct. Ce service était très administratif et assez peu ouvert sur les pôles et sur les agents extérieurs. Il était question de « *traiter du papier : faire des feuilles de payes, comptabiliser des jours, des arrêts, des notations, pour passer les dossiers en comité paritaire* » (Adjoint RH, CH Psy). Il est vrai que dans l'ancien modèle « *le cœur de la DRH est : le statut, la paye et les carrières* » (Directeur, CH Santé-Psy). Il y avait également une lourdeur administrative et une absence d'accueil et de réactivité, ce qui était « *péjoratif* » (Adjoint RH, CH PSY). Il a donc fallu repenser l'organisation, car pour certains il y a « *des vrais sujets que la fonction RH à l'ancienne n'était absolument pas capable de traiter* » (Chef de projet, Conseil Gestion).

Si autrefois dans certaines DRH la priorité était les commissions paritaires (gestion des carrières des agents), aujourd'hui de nouveaux impératifs apparaissent. Il est question d'activités comme la maîtrise des dépenses, le recrutement, le développement des compétences, la gestion prévisionnelle, l'évaluation des agents, l'accompagnement des projets professionnels et le développement du dialogue social. Ces propos illustrent bien les nouvelles activités : « *on essaye de développer tout ce qui tourne autour du statut : la formation continue, la GPMC, les entretiens professionnels, les conditions de travail* » (Directeur, CH Santé-Psy). Il est par ailleurs question de réduire l'absentéisme selon certains DRH. Un travail est également lancé depuis décembre sur le reclassement des cadres de santé, avec la création d'une nouvelle grille. Tout ceci s'accompagne d'une évolution des logiciels de gestion. L'informatique prend de plus en plus de place, d'après ces témoignages, ce qui permet pour certains DRH de passer moins de temps sur la gestion administrative et statutaire. Enfin, la formation devient un enjeu de taille, dans une dimension de développement, plus intégrée à la GPMC, face à cette informatisation.

Pour l'un des DRH consulté on passe tout doucement d'une fonction de gestionnaire, à une fonction d'expert. La gouvernance hospitalière avec les pôles donne plus à la DRH une mission d'expertise, de conseil et de contrôle. La GRH « *doit accompagner des encadrants qui sont un peu perdus* » (Chef de projet, Conseil Gestion). En effet, l'un des agents définit la

DRH comme étant au service des agents pour répondre à leurs demandes, à leurs besoins, pour permettre à ces agents d'évacuer le côté administratif pour se concentrer les uns et les autres à leurs différentes tâches. Il s'agit de « *satisfaire les clients que sont les agents de l'établissement* » (DRH, CH Psy). Pour y parvenir, la DRH doit faire « *preuve de beaucoup plus de compétences* » (Adjoint, CH Psy), ce qui se ressent avec l'arrivée de « *recruteur, de chargé des conditions de travail, et de gestionnaire des risques* » (Adjoint RH, CH Psy). Des fonctions nouvelles qui mènent des DRH à voir la modernisation comme le « *passage d'une RH désincarnée à une RH incarnée* » (Adjoint RH, CH Psy).

Ainsi, ancienne et nouvelle DRH sont « *structurellement différentes* » (Chef de projet, Conseil Gestion). Les agents RH doivent passer d'un « *système gestionnaire dans lequel la norme et la règle gouverne l'action à un système où une grosse partie de l'activité doit s'intégrer avec d'autres* » (Chef de projet, Conseil Gestion). En effet, selon certains enquêtés il s'agit là d'un « *changement de paradigme puissant* » (Chef de projet, Conseil Gestion), qui ne comprend « *pas la même façon de travailler, ni la même compétence* » (Chef de projet, Conseil Gestion). Un changement qui a « *besoin de temps* » (DRH, Résidence Médico-Sociale), certains établissements étant face à des « *acteurs RH un peu perdus* » (Chef de projet, Conseil Gestion).

Cependant, tous les DRH ne parlent pas d'un changement si radical. Ceux-ci parlent tantôt d'« *élargissement* » (Adjoint RH, CH Psy), tantôt d'« *évolution* » (Directeur, CH Santé-Psy). D'après eux la « *gestion pure et dure est toujours nécessaire* » (Adjoint RH, CH Psy), mais on y ajoute de nouveaux éléments. S'ils reconnaissent qu'« *on ne gère pas les mêmes choses de la même façon* » (DRH, CH Psy), ils rappellent que « *les agents baignent dans les deux en permanence* » (Directeur, CH Santé-Psy). Un des enjeux clés est donc de « *mettre du liant* » (Directeur, CH Santé-Psy) entre gestion administrative et nouvelles missions.

Les missions des services RH évoluent, nous venons de le voir, mais quelles sont alors celles qui prévalent à l'heure actuelle ?

### 1.3. Les missions prioritaires des services RH hospitaliers

Lorsque l'on parle de missions prioritaires aux DRH, un des éléments qui revient le plus souvent est la prévention des Risques Psycho-Sociaux (RPS). Dans les hôpitaux psychiatriques en particulier mais aussi dans d'autres structures l'amélioration des conditions de travail apparaît comme un « *enjeu majeur pour les chefs d'établissements* » (Directeur, CH Santé-Psy).

Il est également question de « *dossiers classiques* » (DRH, CH Psy) tels que le bilan social, la gestion de la masse salariale, la refonte des tableaux de bords, l'organisation de la gestion de la paye, la mise en place du document unique, auxquels s'ajoute un élément crucial : l'informatisation.

Un autre point évoqué est « *une réflexion sur l'attractivité de l'établissement pour l'aspect professionnel* » (DRH, CH Psy). Il est par ailleurs question de la mise en place d'une démarche de GPMC, « *approchée sous l'angle de l'entretien professionnel et de l'entretien de formation* » (Directeur, CH Santé-Psy). Une démarche qui semble rencontrer quelques difficultés. En effet, les établissements étudiés ne sont pas univoques quant à la mise en place de la GPMC dans leur structure. Si tous semblent s'accorder sur le bienfait et la nécessité d'une telle démarche, certains sont plus en avance que d'autres dans sa formalisation. Un des établissements a été « *un des sites pilotes en la matière* » (DRH, APHP-CHI Général), basée sur une démarche volontariste, il a été question d'une « *réflexion sur les métiers et les compétences, avec une identification pour chaque métiers des compétences nécessaires en les classant* » (DRH, APHP-CHI Général). Pour beaucoup d'établissements la GPMC est abordée « *sous l'angle de l'entretien d'évaluation de formation, suivi professionnel et projet individuel des agents* » (Directeur, CH Santé-Psy). L'entretien professionnel semble être un des points d'entrée courant dans cette démarche. Ceci peut s'expliquer par l'investissement en temps que requiert un tel outil de gestion. En effet, ces établissements sont « *ratrapés par la réalité de terrain* » (DRH, CH Psy) et manquent de temps. Certains privilégient alors une « *GPMC informelle, par manque de temps et d'envie* » (DRH, Résidence Médico-Sociale) considérant que « *l'outil n'est pas forcément adapté à la situation* » (DRH, Résidence Médico-Sociale). Pour d'autres la GPMC est « *un des points à remettre au goût du jour* »

(DRH, Fondation Psy) pensant que « *la démarche est bonne, le problème est de trouver le temps de le faire, la GPMC c'est une affaire de bon sens* » (DRH, Fondation Psy).

Au vu de l'ensemble de ces changements peut-on alors parler de « modernisation » des services RH ?

#### 1.4. La modernisation des services RH, une appellation qui fait débat

Le terme de « *modernisation est celui-ci qui a été choisi par le gouvernement pour les différents appels à projet* » (Adjoint RH, CH Psy). Or, si tous les DRH s'accordent sur l'idée d'évolution considérable du service RH, cette dénomination ne fait pas l'unanimité. Pour certains ne plus être chef du personnel avec de la gestion purement administrative, mais être « *sur une réflexion différente* » (DRH, CH Psy) constitue une modernisation de leur activité. Un DRH parle même de « *rôle plus noble* » (DRH, Résidence Médico-Sociale). Pour d'autres la « *modernisation* » c'est « *faire participer tout le monde, créer un consensus* » (DRH, Fondation Psy). Ou encore « *c'est s'autoriser à aller défricher dans des domaines qu'on faisait pas avant* » (Adjoint RH, CH Psy).

Le mot « *modernisation n'est pas bien passé auprès de tous les acteurs* » (Chef de projet, Conseil Gestion). En effet, quelques uns lui préfèrent la notion d'évolution, considérant que « *modernisation ça veut dire que ce qu'on faisait jusqu'à présent c'était naze et ringard* » (DRH, APHP-CHI Général). Il s'agit plus selon eux d'une adaptation de la fonction RH aux attentes qui évoluent qu'une modernisation.

Si le terme de modernisation est bien du fait de l'Etat, qu'elle est l'implication des pouvoirs publics dans les transformations que nous venons d'évoquer ?

## 2. L'impact de l'Etat dans la gestion hospitalière

Le rôle de la fonction RH a été amplifié d'après certains interrogés par l'évolution du contexte hospitalier due à la loi HPST de 2009, et à un certain nombre d'ordonnances qui

l'ont précédée. Ces textes ont introduit des éléments d'organisation nouveaux, comme la gestion par pôles, faisant du pôle l'entité de gestion privilégiée de l'hôpital. D'après les DRH rencontrés, ces pôles accordent un rôle développé aux chefs de pôle, aux médecins et à leurs équipes de management, qui peuvent prendre en charge des responsabilités comme la gestion des intérimaires, voire des recrutements. En ce sens cela amène les Direction des Ressources Humaines à repenser « *ce à quoi elles servent* » (Chef de projet, Conseil Gestion) et donc à ne plus être les mêmes, mais à « *répondre à de nouveaux besoins* » (Chef de projet, Conseil Gestion), comme nous venons de le voir. Ceci se traduit par une nouvelle gestion en terme de management, qui sous-tend d'avoir des personnels RH qui déploient de nouvelles activités et de nouvelles compétences. On assiste selon certains enquêtés à une dominante gestionnaire.

Les diverses réformes de l'Etat accélèrent le processus d'évolution de la fonction publique hospitalière. Pour certains DRH il est question de mettre en place une « *vraie GRH* » (Directeur, CH Santé Psy), et ainsi s'éloigner du « *système archaïque de la notation* » (Directeur, CH Santé Psy). Avec la nouvelle tarification hospitalière, et des entretiens professionnels plus structurés, ces DRH se sentent plus proche « *d'une gestion des ressources comme dans une structure privée* » (Directeur, CH Santé Psy). Ils relèvent une attention plus particulière sur les effectifs, la masse salariale et le chiffre d'affaire.

En effet un impératif de contrôle des coûts apparaît avec les nouvelles politiques publiques. Toutefois, tous les établissements ne sont pas concernés de la même façon. Pour certains cette contrainte financière est un « *problème à prendre en compte dans l'activité* » (DRH, Fondation Psy). Pour d'autres si le « *contrôle de gestion et le suivi de la masse salariale* » (DRH, APHP-CHI Général) montrent « *l'importance de l'argent* » (DRH, APHP-CHI Général), ils rappellent que ce n'est pas le seul facteur d'évolution de la fonction RH. Il est aussi question pour eux de « *l'évolution générale des attentes vis-à-vis du travail* » (DRH, APHP-CHI Général). Enfin les établissements psychiatriques et médico-sociaux n'étant pas concernés par la tarification à l'activité, ils se sentent peu atteints par la pression financière, et ne la considère pas comme responsable des changements organisationnels.

Les changements insufflés par l'Etat ont entraînés un plus grand besoin d'adaptation. Un des responsables RH déclare que « *plus la GRH est rapide et adapté, et mieux c'est pour l'établissement* » (Directeur, CH Santé Psy). Les nouvelles politiques publiques conduisent au

« *développement d'une polyvalence de l'ensemble des services* » (Adjoint RH, CH Psy) pour accompagner le changement organisationnel.

Cependant tous les acteurs interrogés ne partagent pas cet avis. Pour certains la loi HPST est plus du fait du domaine des soignants que celui de la DRH, avec en particulier une révocation des missions du Comité Médical d'Etablissement, recentrées sur la qualité des soins. D'autres parle de la « *perte d'influence du Comité Technique d'Etablissement* » (DRH, APHP-CHI Général). Pour eux la constitution par pôles « *impacte essentiellement la direction générale et les missions du directoire* » (DRH, CH Psy).

On peut alors dire que l'Etat, à travers les politiques publiques, contraint la DRH hospitalière à évoluer « *à la fois en terme de rôle, en terme de façon de travailler, en terme d'objet de travail, en terme de façon de coordonner l'action de différents acteurs qui ont vocation à travailler sur le champ RH* » (Chef de projet, Conseil Gestion). Toutefois ces changements se jouent dans chaque établissement de manière particulière, selon leur situation, et leur système d'acteur.

Le service RH, de par son statut est le garant de la gestion au sein de l'hôpital. En ce sens il est en lien avec différentes institutions. Avec la multiplication des acteurs ayant des missions de gestion, il est intéressant d'aborder les rapports entretenus entre la DRH et ces diverses instances organisationnelles.

### **3. La DRH et les instances de gestion hospitalière**

#### **3.1. Les Pôles d'activités médicales**

La quasi-totalité des structures interrogées sont constituées en pôles d'activités médicales. Avec une particularité pour les établissements psychiatriques où l'enjeu est différent, puisque ces établissements fonctionnent toujours en budget global annuel, la tarification à l'activité ne concernant pas ces structures. Pour ces établissements la solution est souvent un service égale un pôle, assez simplement. Enfin un seul établissement n'est pas concerné par les pôles, il s'agit de la structure médico-sociale, qui fonctionne avec la

convergence tarifaire, qui définit un niveau médian de tarif au niveau du soin, avec un alignement de tous les établissements.

Si la constitution en pôles d'activités médicales semble être bien avancée dans la plupart des établissements ce n'est pas le cas des délégations de gestion. A ce sujet, les établissements franciliens suivis par le chef de projet de Conseil Gestion sont rentrés dans une routine, avec des « *délégations RH aux pôles qui sont formalisées, des choses qui fonctionnent relativement bien, en tout cas qui sont rodées* » (Chef de projet, Conseil Gestion). La situation semble toutefois paradoxale, il note un « *fort attachement à une notion d'entité* » (Chef de projet, Conseil Gestion), ce qui entraîne une peur des cadres hospitaliers d'iniquité, et de traitement différencié sans pour autant que ceci soit alarmant. Concernant les délégations de gestion parmi les structures étudiées, certains services RH ont laissé le soin aux cadres de pôles de s'occuper de la formation, des remplacements et des circuits de recrutement. D'autres n'ont pas encore arbitré définitivement cette question, même s'ils envisagent des délégations, en particulier pour la gestion de la formation. Ces établissements s'accordent tout de même pour dire que le « *cadre de pôle doit devenir une personne importante, chargé des propositions d'embauche et seul interlocuteur du service RH* » (DRH, Fondation Psy). Cet acteur paraît « *essentiel dans la mise en place des nouveaux projets, garant de la maîtrise RH* » (DRH, Fondation Psy). Ces structures sont dans une étape où « *la délégation est importante mais informelle* » (DRH, Fondation Psy). Enfin, deux des établissements interrogés n'accordent aucunes délégations quelles qu'elles soient, la gestion est centralisée, et mutualisé sur un seul site.

#### Qu'en est-il alors des relations entre cadres des pôles et agents RH ?

Dans la plupart des établissements ces relations, plus ou moins fortes, ressortent comme étant de bonne facture. Certains DRH parlent d'un « *climat de l'hôpital assez serein* » (DRH, APHP-CHI Général), notamment par une grande intervention de la Direction des Ressources Humaines. Pour le CH Psy, il semble que la création d'un pôle DRH-Direction des Soins ait permis de décroisonner deux mondes qui semblaient jusqu'alors distincts. Ceci a permis plus de transparence et de communication, et donc de compréhension ce qui a considérablement amélioré les relations. Dans un des établissements ces deux groupes d'agents restent très indépendants, le DRH préconise alors de travailler

l'informatisation « *pour éviter les pertes de temps* » (DRH, Résidence Médico-Sociale) entre ces deux entités.

### 3.2. La Direction des Soins (DS)

Dans tous les établissements interrogés la séparation des rôles de ces deux entités semble très claire et formelle. La DS gère les personnels paramédicaux, elle est la « *hiérarchie directe sur les soignants* » (Directeur, CH Santé Psy). Elle s'occupe des propositions d'affectations, et soumet des candidatures de recrutement auprès de la DRH. Mais si dans quelques établissements la DS peut proposer des candidats c'est la DRH qui est en charge du processus de recrutement, et de la décision finale. C'est elle qui « *fait les contrats, formalise le recrutement, et l'affectation au niveau du logiciel de suivi* » (Directeur, CH Santé Psy). Dans d'autres structures les candidatures « *sont reçues par la DRH qui fait un premier tri, puis qui transmet aux cadres de la DS, qui font leurs propres recrutements* » (DRH, Résidence Médico-Sociale). Dans les deux cas le décisionnaire est clairement identifié, et il n'y a donc « *pas de chevauchement entre la DRH et la DS* » (Directeur, CH Santé Psy). Cette dernière s'engage plus dans la plupart des établissements vers le versant qualité des soins et sécurité. En terme de recrutement un DRH ira jusqu'à dire « *chacun chez soi et tout le monde est content* » (DRH, APHP-CHI Général).

Ces institutions travaillent toutefois en lien sur divers points. Si la gestion des carrières est du fait de la DRH, elle est possible grâce aux informations qui « *viennent des cadres de soins* » (DRH, Résidence Médico-Sociale). C'est pour cela que certains des DRH interrogés pensent qu'il faut reconnaître la « *place importante* » (DRH, Fondation Psy) de la DS. En effet, cette instance établit le projet de soin, en lien avec le projet social de la DRH. Elle est le « *garant de l'implication des soignants dans les projets RH* » (DRH, Fondation Psy), même si « *ce n'est pas une administration gestionnaire* » (DRH, Fondation Psy).

### 3.3. Les cadres de santé

Avec les changements organisationnels hospitaliers les cadres de santé sont menés à gérer de plus en plus de tâches administratives. Il est donc intéressant de rendre compte de ce phénomène, et du rôle que peut jouer la DRH dans ce cas là.



Comme le rappelle un des DRH rencontrés « *la fonction de cadre a évolué* » (DRH, APHP-CHI Général). Ceux qui autrefois étaient appelés infirmiers surveillants vont prendre en charge un certain nombre de missions RH. Il ne semble pas illégitime pour ce DRH que « *le cadre soit responsable du planning de son équipe, de l'organisation de la continuité des soins et de la prise en charge de l'évaluation de la qualité des soins et du personnel* » (DRH, APHP-CHI Général). Les cadres ont également pour mission, dans plusieurs établissements, l'amélioration des conditions de travail et le suivi en terme de développement des compétences. Il s'agit d'une réelle fonction managériale. Toutefois dans certains établissements il est demandé aux cadres de rester proches du terrain des soins. Cependant, malgré des tâches administratives importantes « *ça fonctionne bien et on s'y retrouve au niveau de la qualité* » (DRH, Résidence Médico-Sociale), car pour cette DRH les cadres sont les plus à même de remplir ces fonctions. A tel point qu'un autre DRH dira « *je ne sais pas très bien ce que l'on pourrait retirer* » (DRH, APHP-CHI Général) en parlant des missions administratives des cadres.

Toutefois, dans un des établissements, la question de l'éloignement du terrain des cadres de santé « *remonte régulièrement des organisations syndicales, où quand on questionne les cadres* » (Directeur, CH Santé-Psy). La fonction de cadre implique un certain nombre d'activités de gestions, telles que « *la gestion du temps de travail, lié à la mise en place des 35 heures, l'entretien professionnel, l'entretien de formation* » (Directeur, CH Santé Psy). Si les cadres sont moins proches du terrain, la « *DRH doit garder son rôle de conseil et d'expert* » (Directeur, CH Santé Psy), car les activités du cadre « *ne sont pas transférables* » (Directeur, CH Santé Psy). Pour un DRH « *on ne peut pas vouloir tout et son contraire* » (DRH, CH Psy). De plus, ce responsable avance que cela sera « *mieux vécus par les agents si ça vient du cadre de proximité* » (Directeur, CH Santé Psy), le service RH souffrant parfois d'une image péjorative auprès d'eux.

Enfin, pour certains la question est ailleurs, selon eux les agents « *se plaignent plutôt du nombre insuffisant selon eux de cadres de proximité...Mais pas des tâches administratives non* » (DRH, CH Psy). Dans cet établissement les agents sont restés proches du terrain, notamment parce qu'il n'y a pas de délégation de gestion, donc « *pas de report administratif* » (Adjoint RH, CH Psy).

Nous l'avons vu la DRH a considérablement évolué, et cette institution est au carrefour de la gestion hospitalière. Toutefois, ces changements ne se font pas sans rencontrer un certain nombre de problèmes.

#### **4. Des problèmes rencontrés ...**

##### **4.1. Les difficultés de la modernisation des services RH**

Comme tous changements la modernisation des services RH ne se fait pas sans heurts. L'une des difficultés les plus fréquemment rencontrées est la motivation des agents RH. Il existe dans bon nombre d'établissements une « *résistance au changement naturelle* » (DRH, APHP-CHI Général), qui nécessite un temps d'appropriation, « *ça se fait lentement mais surement* » (DRH, APHP-CHI Général). Un enquêté insiste sur le fait qu'un « *diagnostic dont les agents ne s'emparent pas peut être un danger* » (Chef de projet, Conseil Gestion).

Au delà du besoin d'agir sur les motivations une autre difficulté est présente, la « *prégnance des plans de retours à l'équilibre* » (Chef de projet, Conseil Gestion). En effet, un certain nombre de contraintes budgétaires compliquent une projection sur l'avenir. Ainsi certains établissements ont des « *difficultés à mener de front divers projets, en même temps qu'ils croulent sous les dettes et les difficultés financières* » (Chef de projet, Conseil Gestion). Or, il semble, selon certains acteurs, difficile de « *disposer de directeurs d'établissements qui soient vraiment des transformateurs, et pas que des redresseurs économiques* » (Chef de projet, Conseil Gestion). Les DRH s'opposent alors parfois à des directeurs qui « *ont du mal à imprimer positivement et de manière joyeuse un changement dans les établissements* » (Chef de projet, Conseil Gestion). Il existe donc par moment des « *difficultés à faire fonctionner en bonne concertation DRH et direction* » (Chef de projet, Conseil Gestion).

Pour cela certains DRH préconise une action sur le dialogue social. Par exemple dans le CH Psy, la « *modernisation s'est faite de fait en créant le pôle DRH et direction des soins* » (DRH, CH Psy). Une démarche singulière qui semble constructive dans cet établissement.

La modernisation des RH rencontre certaines difficultés, nous venons de le voir. Pour y faire face les DRH ont à leur disposition des équipes RH. Cependant les agents ne semblent pas toujours à même d'apporter des solutions.

#### 4.2. Les équipes du service RH, un problème de compétences

La plupart des DRH sont satisfaits du nombre de personnes dans leurs équipes. Mais si cet effectif leur semble suffisant pour mener à bien leurs missions, ce n'est pas toujours le cas en terme de compétences ou de qualifications. En effet, certains DRH déplorent un nombre trop important de gestionnaires administratifs là où ils auraient « *plus besoin d'expertise que de gestionnaires* » (DRH, APHP-CHI Général). Or, « *les anciens ne sont pas intéressés, plus axés sur la gestion statutaire* » (DRH, Fondation Psy) ce qui semble problématique. Ils existent d'après quelques interrogés un problème de formation initiale non adaptée. Par exemple, parmi les gestionnaires RH il y a beaucoup de « *bac pro, des gens qui ont appris la gestion et qui l'ont adapté au monde hospitalier par la suite* » (Chef de projet, Conseil Gestion) ou encore parmi les attachés il y en a « *qui ont fait du droit, et marginalement des personnes qui ont une formation RH, et qui ont un regard plus complexe et qui ont une autre culture professionnelle* » (Chef de projet, Conseil Gestion). A ce propos un DRH dira pouvoir « *imaginer avoir moins de personnes mais des personnes plus expertes et plus spécialisées dans certains domaines* » (Directeur, CH Santé Psy). En effet « *on se dirige sur des fiches de postes plus précises et qui demandent des compétences dans des domaines plus spécifiques* » (Directeur, CH Santé Psy). Des éléments qui pour eux confirment que la « *formation initiale est rarement adaptée* » (Chef de projet, Conseil Gestion). En effet, « *certaines profils professionnels conviennent moins bien que d'autres* » (DRH, CH Psy) ce qui mène des agents à se sentir « *vite perdus, pas capables* » (DRH, CH Psy).

Enfin d'autres établissements dénoncent le manque d'effectifs RH. Un constat qui s'explique pour certain par « *l'héritage de la gestion du personnel* » (DRH, Fondation Psy) à l'ancienne. Ou encore dans l'établissement médico-social le service RH est « *faiblement doté au niveau des effectifs administratifs, car il a été décidé que les effectifs devaient aller aux personnes âgées, et le minimum auprès de l'administration* » (DRH, Résidence Médico-Sociale). Ceci complique alors l'accomplissement des missions du DRH.

Par ailleurs, il existe de vraies « *difficultés de recrutement d'agents polyvalents expérimentés en RH* » (DRH, Fondation Psy), notamment parce que « *les salaires sont peu attractifs* » (DRH, Fondation Psy), ce qui est propre à la fonction publique. « *Les plus jeunes ne sont pas forcément accros au fait de devenir fonctionnaire, il sont prêts à travailler dans le cadre d'un CDI* » (Directeur, CH Santé Psy). En effet, au-delà de la question des effectifs, il y a celle du statut de fonctionnaire. Nous l'avons vu, autrefois la GRH était centré sur la gestion statutaire, or cela à changer à présent. Qu'en est-il alors du statut des agents ?

### Le statut particulier de fonctionnaire

Il est ressorti de plusieurs entretiens que le statut de fonctionnaire des agents RH peut constitué un frein à l'évolution de la fonction. En effet, « *les règles de gestion des carrières sont longues* » (DRH, APHP-CHI Général) et il y a des « *délais pour les épreuves d'admissibilité lents* » (DRH, APHP-CHI Général), puisqu'en effet « *on n'organise pas un concours en un jour* » (DRH, APHP-CHI Général). Une gestion à long terme donc, qui pour certains « *ne correspond plus aux attentes des professionnels* » (DRH, APHP-CHI Général), et « *un statut qui ne permet pas d'apporter une réponse RH souhaitable* » (DRH, APHP-CHI Général). Un « *système assez rigide* » (DRH, APHP-CHI Général) où la « *reconnaissance de l'ancienneté prime, indépendamment de la valeur professionnelle* », et où cohabitent « *beaucoup de garanties collectives, et peu de modulation individuelle* » (DRH, APHP-CHI Général). Ce cadre réglementaire est donc perçu comme une contrainte, avec des « *négociations de salaire problématique* » (DRH, Fondation Psy). De plus, les agents sont très attachés « *à tous les avantages de la fonction publique* » (DRH, Résidence Médico-Sociale) ce qui se traduit pour quelques DRH par des « *établissement peu dynamique* » (DRH, Résidence Médico-Sociale) dans lesquels il est « *difficile d'avancer* » (DRH, Résidence Médico-Sociale). Des structures où la « *GRH n'est pas assez rapide* » (Adjoint RH, CH Psy) et où « *l'organisation est fragile* » (DRH, Fondation Psy). Un des DRH pense que « *la GPMC peut être une réponse* » (DRH, APHP-CHI Général) à ces problèmes. En effet, certains DRH proposent de supprimer la notation des agents, pour privilégier d'autres façons de les évaluer. Un des DRH conclut avec l'idée de « *tout supprimer, mais alors on est plus dans la fonction publique telle qu'on l'entend* » (DRH, CH Psy).

Pour d'autres, s'ils reconnaissent la particularité de ce statut, ils évoquent tout de même la « *possibilité de recruter des contractuels* » (DRH, APHP-CHI Général), en CDD, ou en CDI. Toutefois ce ne semble pas non plus être la panacée puisque cette solution est « *contraignante à terme niveau gestion car il s'agit d'emplois précaires* » (DRH, APHP-CHI Général), pour l'un des interrogés.

Un certain nombre de difficultés semblent donc contraindre le bon déroulement de la modernisation RH. Quels outils les DRH peuvent alors mettre en place pour assurer leurs missions ?

## **5. ...Des solutions mobilisées**

### **5.1. Les leviers d'actions pour accompagner le changement**

Chaque DRH dispose de leviers d'actions pour accompagner le changement, qu'ils mobilisent en fonction de la situation de son établissement. Par exemple pour l'un d'entre eux, il y a trois axes importants à développer. Tout d'abord agir sur la motivation, « *en faisant comprendre l'intérêt du changement* » (Adjoint RH, CH Psy), quitte à prendre plus de temps pour mettre les choses en place. Ensuite, développer l'écoute professionnelle, tant sur les pratiques que sur les difficultés rencontrées. Enfin, favoriser la co-construction, que « *tout le monde œuvre conjointement* » (Adjoint RH, CH Psy). Pour d'autres il faut « *favoriser le dialogue social, pour faire passer les projets* » (DRH, CH Psy). Ou encore s'appuyer « *sur les textes qui bougent tout doucement* » (Directeur, CH Santé Psy), s'aligner « *aux changements du code de travail* » (Directeur, CH Santé Psy), notamment en terme de conditions de travail. Selon ces individus « *c'est vraiment le DRH et la Direction qui doivent impulser* » (Directeur, CH Santé Psy) les changements, pour « *faire cohabiter l'ancienne réglementation statutaire et les évolutions qui s'imposent à l'hôpital public* » (Directeur, CH Santé Psy).

La constitution des équipes RH est un levier central qui fait débat. Là où certains préconisent des « *équipes étoffées de nouvelles compétences* » (DRH, APHP-CHI Général), d'autres affirment qu'il faut « *s'appuyer sur le personnel présent* » (DRH, CH Psy). Pour ces derniers « *la formation est un outil essentiel* » (Directeur, CH Santé Psy). Selon eux il faut « *faire évoluer la formation tout au long de la vie vers la GPMC* » (Adjoint RH, CH Psy). Ils

souhaitent plus d'anticipation, et une association entre « *action sociale et santé au travail* » (Directeur, CH Santé Psy). Il est également question de « *la formation des cadres et des DRH au management* » (DRH, Résidence Médico-Sociale) afin qu'ils soient plus à même de motiver leurs équipes.

Enfin, un des interrogés avance l'avantage d'un « *état des lieux fait à partir d'entretiens* » (Chef de projet, Conseil Gestion), ce qui permet de poser un diagnostic de la situation. Diagnostic à partir duquel il est possible de travailler « *pour définir les axes du changement avec les acteurs* » (Chef de projet, Conseil Gestion). Selon cet acteur il faut « *travailler sur les modes collaboratifs, sur les outils de communication et de collaboration, et sur les compétences* » (Chef de projet, Conseil Gestion).

Au-delà de ses leviers d'actions, les DRH peuvent faire appel à des institutions pour les accompagner dans leurs tâches, et pour faire face à leurs difficultés.

## 5.2. Les acteurs clés du changement

Pour mener ces changements dans les services RH les DRH peuvent mobiliser divers acteurs. Si l'ARS ne semble pas être une institution fortement sollicitée par les agents, la plupart s'accordent sur sa fonction de soutien, « *les ARS peuvent être un soutien méthodologique et financier* » (DRH, CH Psy), elle « *peut accompagner aussi sur certaines thématiques quand on est un peu en difficultés* » (Directeur, CH Santé Psy). Certains parlent même d'un label ARS, « *ça passe mieux dans l'établissement* » (DRH, CH Psy). Pour d'autres cette structure reste un organe de l'Etat qui « *répercute des orientations ministérielles* » (Directeur, CH Santé Psy).

Parmi les acteurs consultés, certains font ressortir le rôle des organisations syndicales. En effet, selon un interrogé « *l'absence de syndicats en dit long sur l'état des lieux du dialogue social, pas très bon* » (Chef de projet, Conseil Gestion). Toutefois selon lui « *les syndicats ne sont pas toujours tournés vers la co-construction* » (Chef de projet, Conseil Gestion), la France n'ayant « *pas une grande culture du dialogue* » (Chef de projet, Conseil Gestion). C'est pourquoi, selon quelques DRH, il est nécessaire de faire des campagnes « *d'informations auprès des organisations syndicales, pour expliquer que les choses changent* ».

*et que les approches sont différentes »* (Directeur, CH Santé Psy). Ces DRH se réfèrent à *« une peur historique qu'on retire des prérogatives à des instances représentatives du personnel qui avaient à donner leur avis »* (Directeur, CH Santé Psy). Il en va de même selon eux pour la direction, et le personnel encadrant qu'il faut bien informer, *« à partir du moment où il a compris et qu'il adhère il est capable de transmettre sur le terrain »* (Directeur, CH Santé Psy). En effet, plusieurs des DRH interrogés on parlait du besoin d'avoir *« une équipe qui ait du souffle, de l'ambition, du courage »* (Chef de projet, Conseil Gestion), *« être solidaire, avoir l'intelligence et la vision »* (Chef de projet, Conseil Gestion) afin de mener à bien les nouveaux projets.

Enfin, un autre élément apparu au cours de deux entretiens, et qui selon un des interrogés *« marche bien »* (DRH, Résidence Médico-Sociale), est la réunion de DRH. Les ARS n'ayant *« pas toujours le temps et l'argent pour accompagner des missions où nous on a besoin d'eux et ils ne sont pas là »* (DRH, Résidence Médico-Sociale). Sous l'impulsion de structures comme l'ADRHESS et la FHF, il s'agit d'échanger sur les pratiques de gestion, comme c'est le cas dans le Val de Marne avec le *« Club RH »* (Adjoint RH, CH Psy). Ces réunions parfois assez informelles, permettent de *« trouver des solutions entre pairs »* (DRH, Résidence Médico-Sociale). En effet, *« les autres rament sur les mêmes sujets »* (Adjoint RH, CH Psy) ce qui donne l'occasion *« de revenir avec de nouvelles idées »* (DRH, Résidence Médico-Sociale). Une solution qui peut se décliner au niveau des agents également, *« rencontrer des gens d'autres établissements »* (Adjoint RH, CH Psy).

L'ensemble de ses éléments, tant les évolutions des missions, que les écueils qui apparaissent dans le développement des Ressources Humaines à l'hôpital, laisse à penser qu'il s'agit d'un changement structurel qui dépasse un simple informatisation, ou l'arrivée de nouveaux outils de gestions.

## **6. La modernisation RH : un changement culturel**

Il semble persister à l'hôpital une certaine opposition entre culture médicale et culture de gestion. Certains DRH déplorent le manque d'implication des médecins qui se tiennent à l'écart des changements hospitaliers, et qui accordent peu d'attention aux outils de gestions. Ils ne se sentent pas managers pour la plupart. *« Pour les médecins on passe d'une culture*

*médicale à une culture de gestion* » (Chef de projet, Conseil Gestion). Ceci est différent pour les cadres des soins qui sont « *déjà dans la mouvance* » (Chef de projet, Conseil Gestion) et qui s'opposent donc moins à la culture gestionnaire. Dans d'autres établissements « *les médecins ne sont pas forcément ceux qui sont le plus réticent à une nouvelle culture* » (Directeur, CH Santé Psy). L'opposition relève plus d'une dichotomie entre « *l'ancienne culture administrative et statutaire, qu'on n'a pas supprimée, et la nécessaire évolution de l'hôpital pour tenir compte de l'évolution des techniques et de l'évolution des financements* » (Directeur, CH Santé Psy).

En effet, pour la plupart des DRH l'écart entre les deux modèles de gestion est important au point de nécessiter un « *changement profond* » (DRH, Résidence Médico-Sociale), un changement de culture professionnel. Selon eux la « *fonction RH est très répétitive et très cyclique* » (Adjoint RH, CH Psy), ce qui crée un « *référentiel inconscient dans la tête* » (Adjoint RH, CH Psy). Il est donc question de « *sortir de cette routine* » (Adjoint RH, CH Psy), ce qui est « *insécurisant* » (Adjoint RH, CH Psy). En effet, le « *personnel n'est pas habitué à avoir des idées* » (Adjoint RH, CH Psy), il est « *dur d'avoir des initiatives quand on nous a dit de faire que d'une seule façon, qu'il y a qu'une bonne façon de faire, et que l'informatique n'est pas fiable et qu'il faut donc tout faire à la main* » (Adjoint RH, CH Psy). Les agents RH sont souvent des gestionnaires statutaires, au sens réglementaire du terme. Or, « *ils doivent aller vers un mélange de gestion, de posture de conseil, de conduite du changement, et de posture stratégique, dans une logique collaborative* » (Chef de projet, Conseil Gestion). « *Il faut se situer dans un processus global* » (DRH, Fondation Psy), et c'est bien cela qui semble poser problème. Il est question d'une « *approche différente, de terminologie différente, et donc de culture différente* » (Directeur, CH Santé Psy). Ce que confirme un autre DRH : « *il faut avoir une approche plus dynamique, une culture différente* » (Directeur, CH Santé Psy). Un autre encore appuie la changement en déclarant « *on aura toujours besoins de gestionnaires, mais peut être moins* » (DRH, APHP-CHI Général). Pour ces DRH il faut « *redéfinir la culture professionnelle* » (Adjoint RH, CH Psy), « *être conscient du changement culturel est un enjeu important* » (Chef de projet, Conseil Gestion).

Nous l'avons vu la question de l'évolution de la GRH dans les établissements de santé est un enjeu d'actualité, et d'importance. Mais où en ce phénomène à l'heure actuelle ?



## **7. Le diagnostic de la modernisation RH**

### **7.1. Un bilan provisoire de la modernisation RH**

Si certains établissements semblent un peu plus en avance que d'autres dans la mise en place du changement RH, aucun d'entre eux ne peut encore revendiquer avoir abouti à une toute nouvelle DRH distincte. Il est pourtant vrai que dans certains établissements « *le personnel est moins réticent qu'avant* » (Directeur, CH Santé Psy). Ceci est dû à plus d'explications sur « *pourquoi le travail doit évoluer* » (Directeur, CH Santé Psy), et ainsi « *les agents finissent par adhérer, parce qu'une approche qualitative ça peut être intéressant* » (Directeur, CH Santé Psy). Ainsi ces services deviennent « *plus dynamique que statique* » (Directeur, CH Santé Psy). Toutefois, quelques établissements n'en sont qu'aux prémices et doivent encore « *augmenter les compétences, et l'efficacité* » (DRH, Résidence Médico-Sociale). Mais pour tous, la condition de réussite est que « *la direction donne une légitimité à la DRH* » (DRH, CH Psy).

L'action semble donc engagée mais loin d'être achevée. Il faut pourtant se projeter dans l'avenir afin de dessiner une vision de la GRH sur le long terme. Quelles sont alors les attentes des DRH ?

### **7.2. La GRH hospitalière de demain**

Les DRH ont chacun une vision de ce que sera l'avenir de leur service et les enjeux autour de la modernisation RH à l'hôpital. Autant d'éléments qui se présentent comme des défis pour l'avenir.

Le premier de ces défis est de développer une gestion par les compétences efficace, aller au bout de la démarche de GPMC, faisant ainsi passer la gestion administrative au second plan. Ceci permettra un plus grand travail sur les parcours professionnels, *via* « *l'évaluation des savoirs, des savoirs faire, et des compétences* » (Directeur, CH Santé Psy). Il est important de « *recruter aujourd'hui des personnes qui auront une capacité à évoluer*

*dans leur parcours professionnel* » (Directeur, CH Santé Psy). Il est question de « *faire de la DRH un prestataire au service des agents de l'établissement* » (DRH, CH Psy), en faisant « *le plus de sur mesure possible et le moins de standardisation* » (Adjoint RH, CH Psy). Il est également nécessaire de « *travailler sur une plus grande reconnaissance de la DRH par les agents* » (DRH, CH Psy) en favorisant les échanges. La DRH « *doit remplir son rôle de conseil et d'expertise* » (Directeur, CH Santé Psy). Il question de mettre en place « *une DRH forte plus importante, plus élaborée, plus experte, ce qui contribuera à changer l'image de la DRH : quand on aide on est forcément bien vu* » (DRH, Résidence Médico-Sociale). Pour cela il faut « *recibler sa mission dans la gouvernance hospitalière et par rapport à la loi HPST* » (Directeur, CH Santé Psy). Pour certains il faut développer la mobilité, « *l'immobilisme n'est pas porteur pour l'avenir* » (Adjoint RH, CH Psy), favoriser le « *benchmarking* » (Adjoint RH, CH Psy).

Il est d'importance pour plusieurs DRH d'œuvrer en faveur du dialogue social, car les « *représentants syndicaux ont parfois des représentations un peu manichéennes : l'administration qui a tous les torts et les agents qui ont tous les droits* » (Adjoint RH, CH Psy). Ces DRH prônent une co-construction et un développement de la communication.

Un autre grand pan de l'action RH doit se focaliser sur les conditions de travail, et « *les questions de bien-être au travail* » (DRH, APHP-CHI Général) des agents. Mais pour certains la question du bien-être au travail concerne aussi les DRH qui « *doivent être accompagnés, par des coach, avec des formations au développement personnel* » (DRH, Résidence Médico-Sociale).

Enfin, un dernier point clé de l'avenir RH pour plusieurs interrogés est « *l'allègement ou la vraie évolution du statut de la fonction publique* » (Directeur, CH Santé Psy). Pour eux les contraintes administratives empêchent d'évoluer.

Ces résultats offrent un regard sur les pratiques de gestion telles qu'elles sont vécues par les acteurs concernés, ici les DRH. Ce recueil de données, mis en lien avec les apports théoriques va permettre de mettre en relief la modernisation des RH, et les enjeux autour de ce phénomène.

## DISCUSSION

La revue de littérature présentée en première partie permet de comprendre l'objet organisationnel particulier qu'est l'hôpital, ainsi que la volonté des pouvoirs politiques de faire évoluer la fonction publique hospitalière. Ces éléments ont fait ressortir la nécessité d'une modernisation des services RH pour accompagner les restructurations hospitalières. Le choix a alors été fait d'aborder cette évolution sous l'angle de la gestion stratégique des ressources humaines. Les propos recueillis lors des entretiens auprès des responsables RH d'hôpitaux publics permettent d'apporter des éléments de réponses à la problématique. Il s'agit dans cette partie de confronter ces différents apports afin d'illustrer l'émergence d'une gestion stratégique des ressources humaines.

Dans la revue de littérature nous avons vu que plusieurs réformes ont impacté la structure hospitalière, que ce soit l'arrivée des 35 heures, la tarification à l'activité, ou encore la nouvelle gouvernance avec la constitution de pôles d'activités médicales. Ces nouvelles politiques sont bien présentes dans les établissements étudiés, puisque tous sont concernés par les 35 heures, et la quasi-totalité fonctionne en pôles d'activités. Pour ce qui est de la tarification à l'activité elle ne concerne que les établissements non psychiatriques, ce système n'étant pas adapté pour l'instant aux soins réalisés dans ces structures. Ces changements insufflés par l'Etat, dans une volonté de maîtrise des coûts et dans l'objectif d'accroître la performance des établissements ont un impact direct sur les missions des services RH. En effet, dans beaucoup d'entretiens la gestion du temps de travail, le contrôle budgétaire et les questions de délégation de gestion sont au cœur des priorités. Au-delà du rôle de l'Etat, il est aussi question de l'évolution des attentes de la part des agents hospitaliers concernant la DRH.

Dans la revue de littérature nous avons abordé l'industrialisation de la fonction publique hospitalière, et cette idée semble faire écho au sein des établissements. Plusieurs DRH ont évoqué ce phénomène, certains ayant même l'impression de faire de plus en plus de la GRH qui ressemble à celles des organismes privés. On ressent bien dans les pratiques restituées aux cours des entretiens les démarches issues de la Nouvelle Gestion Publique que nous avons abordée en revue de littérature avec CHANUT et CHAVAS (2008) et MELNICK

et GUILLEMOT (2010). Les réformes décrites par ces auteurs : décentralisation et déconcentration, délégation des pouvoirs aux managers, introduction de la gestion des compétences sont au cœur des missions RH des hôpitaux.

En effet, les missions des DRH hospitalières ont changé, les préoccupations passées ne sont plus celles d'aujourd'hui. En revue de littérature nous avons vu que le rôle des services RH allait être le développement et l'ajustement des compétences des personnels (BARBOT, LEGENDRE, 2011). Cette idée est confirmée au cours des entretiens par la prégnance de la gestion de la formation dans les missions des DRH, mais également la volonté de développer une démarche compétence. Il est vrai que la gestion des compétences est un des éléments centraux des nouvelles missions des DRH, et aussi un enjeu pour l'avenir. Toutefois, comme nous l'avons vu dans la revue de littérature, le développement de la GPMC à l'hôpital rencontre de grandes difficultés (BARET *et al.*, 2011 b). Dans les établissements étudiés comme dans les études abordées dans la revue de littérature, les résultats de la mise en place d'une telle démarche sont modestes. Les établissements les plus avancés ayant seulement développé l'entretien professionnel. La GPMC telle qu'elle est souhaitée par les politiques publiques semblent quelques peu déconnectée des réalités du terrain. En effet, les contraintes de budgets et de temps freinent souvent les ambitions des DRH. Toutefois le chemin parcouru par les services pour développer une démarche compétence reste une belle avancée.

Les compétences sont bien un enjeu clé pour les DRH. Nous l'avons vu dans la revue de littérature, à l'origine le service RH hospitalier est un organisme de gestion administrative. Or, ces missions évoluent, nous venons de le voir, mais ce service doit souvent composer avec les mêmes équipes. Des équipes n'ont pas toujours les compétences nécessaires pour être porteuses de l'innovation organisationnelle. Il s'agit là d'un problème qui fait écho aux propos de CHANUT et CHAVAS (2008). Il est pourtant primordial pour les DRH à l'heure actuelle de créer un plus grand dynamisme dans leurs services. Il y a donc là un vrai travail à faire sur la constitution des équipes RH en terme de compétence. Cependant, le statut de la fonction publique auquel appartiennent les agents RH complique un peu la tâche. En effet, cet élément qui n'était pas apparue dans la littérature, est un frein à la flexibilité de gestion et à la mobilité des agents. Ce statut assez rigide semble être une contrainte dans un tel contexte de changement. Il paraît en effet contradictoire de mettre en place une gestion par les compétences dans un système où chaque acteur se définit par son échelon. Dans une structure qui exige une homogénéité des pratiques il est difficile de faire du sur mesure comme le

souhaiteraient plusieurs DRH. Si la motivation est un des enjeux principaux pour les DRH les leviers classiques de rémunérations personnalisés ne sont malheureusement pas adaptés.

Pour faire face à ce problème de compétences, et ne pouvant réorganiser les équipes très facilement les DRH développent alors la formation des agents. En effet, cet élément abordé en revue de littérature est apparu comme primordial lors des entretiens. Cet outil permet aux DRH de construire un plus grand capital humain, en développant les compétences de leurs agents. Cet enjeu est d'autant plus important avec l'accroissement de l'informatisation, et en particulier la multiplication des outils informatiques de gestion. La formation apparaît également comme un moyen de motiver les équipes et de créer un consensus.

Nous avons vu dans la revue de littérature qu'il est de la responsabilité de la DRH de veiller sur les conditions de travail. Au cours des entretiens nous avons pu mesurer l'importance du travail entrepris sur la prévention des Risques Psycho-Sociaux, et l'amélioration des conditions de travail. En effet, ces problématiques sont centrales dans de nombreux établissements. Les nouvelles attentes se multiplient, du fait des nouvelles politiques publiques, ce qui peut être du stress parmi les agents qui étaient habitués à une certaine façon de travailler.

Par ailleurs, les nouvelles directives de performance et d'efficacité ont entraîné un développement accru de la « gestion » au sein de l'hôpital. La nouvelle gouvernance entraîne de plus en plus de délégation de gestion, et cela concerne de nombreux acteurs, que ce soit le service RH, la direction des soins, les cadres de santé, les cadres pôles et même les médecins. Ce constat mène à penser que l'on s'éloigne peu à peu du modèle de l'hôpital comme bureaucratie professionnelle, au sens de GLOUBERMAN et MINTZBERG (2001), et décrit par NOBRE (1999). Le témoignage des DRH confirme ce point, ils travaillent de plus en plus en lien avec les différents acteurs de l'hôpital, et ainsi le pouvoir médical n'est plus hégémonique, il devient un élément de la structure, et non plus la structure à lui seul. Et ce même si dans certains établissements quelques médecins ont encore des réticences quant au développement de la gestion. L'hôpital se rapproche ainsi du modèle de l'entreprise divisionnaire à forte composante professionnelle comme l'avait décrit POURVOUVILLE et TEDESCO (2003). De plus, on s'éloigne de la structure hospitalière divisée telle qu'elle est décrite par GLOUBERMAN et MINTZBERG (2001), puisque par exemple, en devenant

chefs de pôles les médecins ne sont plus *out* puisqu'ils font à présent partie de l'organisation. L'hôpital n'est alors plus si cloisonné, c'est donc tout un système qui bascule. Or nous l'avons vu dans la littérature il est du ressort de la DRH de faire le lien avec les diverses instances organisationnelles de l'hôpital. Pour cela un des établissements étudiés a trouvé une façon singulière de travailler conjointement avec ces partenaires, en créant un pôle qui réunit la DRH et la Direction des Soins. Ce pôle semble bien fonctionner en favorisant la communication et en créant ainsi plus de lien entre le monde médical et le monde administratif. Cet exemple pourrait être une solution pour créer la DRH forte nécessaire pour faire avancer les établissements.

A propos de la diffusion des missions de gestion, dans la revue de littérature nous avons vu que certains auteurs considèrent qu'il s'agit d'un problème pour les cadres de santé. Ces auteurs parlaient alors de « gestionnite » (DETCHESSAHAR, GREVIN, 2009 ; GREVIN, 2011). Selon eux les cadres de santé se faisaient happer par les instances directrices et délaissaient peu à peu leur travail de terrain. Or, lorsque ce thème a été abordé au cours des entretiens, les DRH rencontrés n'ont pas semblé considéré cet aspect comme problématique, mais plutôt comme assez naturel. Selon la plupart des DRH les missions administratives gérées par les cadres de soins ne pourraient être assurées par d'autres. En effet, les cadres de soins semblent être les plus compétents pour gérer certaines tâches administratives, telles que la gestion des plannings, des remplacements et du temps de travail. Si dans la revue de littérature ce phénomène avait soulevé la question de la place de la DRH face à la multiplication des tâches administrative des cadres de santé, il semble que celle-ci ne peut que jouer le rôle d'expert et de conseil.

En outre, nous avons vu que les ARS, organe de décentralisation de l'Etat, pouvait jouer un rôle dans la modernisation des services RH. Or, tous les acteurs rencontrés ne sont pas de cet avis. Ils mettent plutôt en avant les syndicats comme interlocuteurs de choix, la question du dialogue social paraît d'importance. Nous l'avons vu dans la littérature, il revient à la DRH d'assurer la continuité des relations avec les partenaires sociaux et négocie avec eux la politique sociale. Il est question de construire conjointement avec les syndicats un projet RH, afin d'éviter les oppositions et les réticents au changement, en privilégiant par ce biais l'explication et la communication.

Par ailleurs, les DRH mettent l'accent sur l'avantage des rencontres entre pairs et sur la notion de benchmarking, plus que sur l'apport des ARS. En effet, il semble que les rencontres entre responsables RH d'hôpitaux se multiplient. Ces acteurs créent alors une communauté de pratique heuristique, qui donne un sens à son action. Ces échanges permettent de confronter les problèmes et donc de construire des solutions ensemble.

Nous l'avons vu la DRH est en contact avec de multiples acteurs à l'hôpital. Il s'agit là d'un élément important, qui ressort des entretiens, et qui avait été mis en avant dans la revue de littérature. En effet, nous avons que DERVAUX, PICHAULT et RENIER (2011) préconisent de développer les interactions afin de co-construire la vision RH, et ainsi favoriser une appropriation collective. Cette volonté de co-construction se retrouve également parmi les DRH dont beaucoup prône le développement du dialogue et les échanges tant à l'intérieur de l'établissement qu'avec l'extérieur, comme nous venons de le voir.

Notons par ailleurs, qu'au même titre que le terme de restructuration fait débat parmi les auteurs (MOSSE, PARADEISE, 2003) comme nous l'avons vu en revue de littérature, le terme de modernisation ne fait pas l'unanimité auprès des DRH. Si cette terminologie correspond parfaitement à la situation pour certains. Pour d'autres ce nom a une connotation péjorative, qui remet trop fortement en cause les actions passées des services RH. Toutefois dans un cas comme dans l'autre si le nom fait débat le phénomène fait foi.

En résumé, GUERIN et WILS (2002) identifient quatre axes d'actions concernant le développement de la GRH dans les établissements de santé. Le premier est de dépasser l'approche traditionnelle d'administration du personnel, le second est d'envisager le caractère interdépendant des différentes composantes RH, le troisième préconise une attitude proactive et enfin le dernier un engagement et une mobilisation commune. D'après les entretiens ces axes semblent être au cœur des préoccupations des DRH. En effet, ils ont montré que l'évolution de leurs missions les menait à s'éloigner de plus en plus de l'ancienne DRH, bureau du personnel, qui ne s'occupait que de la gestion administrative statutaire. De plus, avec la multiplication des échanges avec les diverses instances en présence à l'hôpital, il semble que l'idée d'interdépendance ait été prise en compte. Par ailleurs, en s'éloignant de l'ancien modèle RH et en développant des démarches telles que la GPMC, la GRH tend de plus en plus à devenir proactive. Cette idée se retrouve beaucoup dans les discours des DRH. Enfin le désir de co-construction émis par les DRH montre que ceux-ci ont intégré

l'importance de l'engagement et de la mobilisation. Ceux-ci œuvrant beaucoup sur la motivation des agents au quotidien. Ces éléments démontrent bien la prise de conscience qui est en route dans les services RH de la nécessité de développer les ressources humaines afin d'avoir une organisation plus performante, plus à même de porter les changements en cours à l'hôpital.

De plus, nous avons vu en revue de littérature que la modernisation RH est plus que l'introduction de nouveaux outils mais bien l'élaboration d'une vision commune (DERVEAUX, PICHAULT, RENIER, 2011). Nous avons alors vu que pour certains auteurs ces transformations vont nécessiter une transformation culturelle (POUVOURVILLE, TEDESCO, 2003). Cette idée de nouvelle culture se retrouve parmi les DRH rencontrés. En effet, selon eux il faut redéfinir la culture professionnelle, en partie pour faire face au manque de compétences des agents des services RH.

L'ensemble de ces éléments montre bien que la GRH à l'hôpital évolue. Nous l'avons dans la revue de littérature, autrefois appelé direction du personnel (DERVEAUX, PICHAULT, RENIER, 2011), le service RH relevait de l'administration du personnel au sens de PICHAULT et NIZET (2000). A présent, les résultats l'illustrent, la gestion des compétences, de la formation et du parcours professionnel sont au centre des préoccupations, au même titre que la communication et la motivation. S'ajoutent à ces éléments des considérations pour le recrutement et la mobilité des agents. Enfin, en participant à la rédaction du projet social de l'établissement les DRH rencontrés, dont certains sont des adjoints du directeur d'établissement, participent aux responsabilités de direction. La nouvelle vocation managériale des services RH et l'ensemble des éléments énoncés montrent bien que l'on est désormais dans le cas d'un pôle développement des ressources humaines tel qu'il est décrit par PICHAULT et NIZET (2000). On bascule alors d'un service RH objectivant à un modèle individualisant, en référence aux modèles d'organisation de PICHAULT et NIZET (2000).

Le passage des services d'une administration du personnel à un développement des ressources humaines illustre le grand changement en cours dans les établissements de santé. Par les apports théoriques ainsi qu'au travers des résultats nous constatons que la GRH quitte le niveau opérationnel. Le DRH prend une nouvelle ampleur en faisant partie du comité de direction, et influence ainsi la politique générale de l'établissement, à travers le projet RH et



le projet social. Le développement d'outils de gestion basés sur l'adaptation des ressources aux besoins dans une démarche anticipatrice montre que la GRH à l'hôpital devient proactive. De plus on ressent chez les DRH la volonté d'une plus grande flexibilité du statut des agents, afin de constituer un capital humain des plus performants. Tous ces éléments issus de l'analyse des résultats correspondent aux critères d'une gestion stratégique des ressources humaines. Après avoir analysé la situation des services RH, ce cadre théorique abordé en revue de littérature nous permet de constater qu'émerge en France dans les hôpitaux publics une gestion stratégique des ressources humaines. En effet, à l'heure de la mise en concurrence des établissements de santé, il semble que la capacité de création d'avantage concurrentiel des services RH soit reconnue par les acteurs. Les services RH se développent alors en ce sens, et s'ils ne sont pas encore des entités stratégiques à part entière, le processus est bien enclenché.

## CONCLUSION

L'objectif de ce mémoire était de montrer que dans les établissements de santé les services RH prennent de plus en plus d'importance. La volonté était de rendre compte de l'émergence d'une gestion stratégique des ressources humaines à l'hôpital.

Nous avons pu voir que l'hôpital est en pleine transformation. L'offre de soins est repensée pour répondre de plus près aux besoins des usagers et ce avec un objectif de performance et de maîtrise des coûts. L'arrivée de nouvelles formes d'organisation a provoqué une évolution des services RH. Ce qui n'était autrefois qu'une administration du personnel, accès sur la gestion statutaire, se développe de plus en plus. Ceux sont bien ces nouvelles politiques qui rendent nécessaire la gestion stratégique des ressources humaines qui éclot dans les hôpitaux.

Si ce mémoire montre que les missions des DRH évoluent dans l'esprit de la gestion stratégique des ressources humaines il faut prendre ces résultats avec précaution. En effet, cette recherche réalisée à partir d'entretiens ne s'est intéressée qu'à un nombre réduit d'établissements. Il serait alors souhaitable de rencontrer des DRH de plus de structures. Par ailleurs, au-delà d'entretiens, il serait intéressant d'observer ce phénomène sur place, en se rendant au sein de services RH. En effet, l'observation pourrait permettre d'approfondir les pratiques, au-delà du discours des acteurs.

Enfin, maintenant que nous avons montré les conditions d'émergence de la gestion stratégique des ressources humaines à l'hôpital, une nouvelle piste de recherche est d'étudier par quelles pratiques la GRH est plus ou moins sources d'avantages concurrentiels. Il serait en effet intéressant de faire une étude comparative de plusieurs établissements ayant favorisé des pratiques de gestion différentes. Une telle recherche permettrait d'identifier les pratiques les plus avantageuses dans ce nouveau système concurrentiel.

## BIBLIOGRAPHIE

BARBOT Jean-Marie et LEGENDRE Luce (2011), « Réflexions et pratiques RH à l'hôpital », *Les cahiers hospitaliers*, Santé RH, 2011

BAREIL Céline *et al.*, (2002), « Les pratiques renouvelées de gestion des ressources humaines dans le réseau montréalais de la santé et des services sociaux », *Gestion*, 2002/3 Vol. 27, p. 64-73

BARET Christophe, OIRY Ewan, CODELLO-GUIJARRO Pénélope et KOFFI Patricia (2011-a) « Gestion des compétences : s'appuyer sur les acquis pour surmonter les difficultés », *Gestions hospitalières*, Thème du Dossier : "Ressources humaines", (510), p. 575-579, 2011

BARET Christophe, OIRY Ewan, CODELLO-GUIJARRO Pénélope et KOFFI Patricia (2011-b) « Regards sur "l'effectivité" de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des compétences (GPMC) à l'hôpital public », *Journal d'économie médicale*, 29 (6-7), p. 305-322, 2011

BLANCHET Alain et GOTMAN Anne (2010), « L'enquête et ses méthodes : l'entretien », coll. 128, *Armand Colin*, 2010

BOUSSARD Valérie (2013), « Travail d'organisation gestionnaire des cadres et mutation des entreprises publiques », *La nouvelle revue du travail*, 2013/2, mis en ligne le 30 mars 2013

CHANUT Véronique et CHAVAS Hervé (2008), « Éduquer à la GRH dans les organisations publiques : un processus tiré par la demande ou par les connaissances ? », *Politiques et management public* [En ligne], Vol 26/2 | 2008

DETCHESSAHAR Matthieu et GREVIN Anouck (2009), « Un organisme de santé... malade de 'gestionnite' », *Gérer et Comprendre*, n°98, 2009

DERVAUX Amélie, PICHAULT François et RENIER Nathalie (2011), « L'apport de la théorie de l'acteur-réseau à la professionnalisation de la GRH en milieu hospitalier », *Journal d'Economie Médicale*, n°1-2, vol.29, pp.62-73, Eska, Paris, 2011

DREYFUS Françoise (2010), « La révision générale des politiques publiques, une conception néolibérale du rôle de l'Etat ? », *Revue française d'administration publique*, 2010/4 n° 136, p. 857-864

DUBOIS Carl-Ardy et DUSSAULT Gilles (2002), « La politique de ressources humaines et la transformation des systèmes de soins », *Gestion*, 2002/3 Vol. 27, p. 55-63

GLOUBERMAN Sholom et MINTZBERG Henry (2001), « Managing the care of health and the cure of disease – Part I : Differentiation », *Health care Management Review*, vol 26, n°1, 56-69, 2001

GREVIN Anouck (2011), « Les transformations du management des établissements de santé et leur impact sur la santé au travail : l'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don », *Thèse, Laboratoire d'Economie et de Management de Nantes-Atlantique, Institut d'Economie et de Management de Nantes*, 2011

GUERIN Gilles et WILS Thierry (2002), « La gestion stratégique des ressources humaines », *Gestion*, 2002/2 Vol. 27, p. 14-23, 2002

HOOD Christopher (1991), « A Public Management for All Seasons », *Public Administration*, 69(1): 3- 9, 1991

LAMOTHE Lise (1999), « La reconfiguration des hôpitaux : un défi d'ordre professionnel », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 6, n°2, pp. 132-148, 1999

LAPLACE L.*et al.* (2002), « Les systèmes de santé français et anglais : évolution comparée depuis le milieu des années 90 », *Santé Publique*, 2002/1 Vol. 14, p. 47-56

MELNIK Ekaterina et GUILLEMOT Danièle (2010), « Vers une convergence du management public-privé ? Une revue de littérature économique », *Revue française d'économie*, 2010/2 Volume XXV, p. 167-225

MONTET Isabelle (2009), « De l'usage du new public management pour démonter le secteur », *L'information psychiatrique*, 2009/3 Volume 85, p. 215-219

MORTEN BALLE Hansen *et al.*, (2013), « Le nouveau management public, les marchés bureaucratiques et les problèmes de coordination interdépartementale : analyse comparative de la haute fonction publique dans l'administration de l'Etat », *Revue Internationale des Sciences Administratives*, 2013/1 Vol. 79, p. 31-51

MOSSE Philippe et PARADEISE Catherine (2003), « Restructurations de l'hôpital ; recompositions des hôpitaux » *Réflexions sur un programme*, *Revue française des affaires sociales*, 2003/3, n° 3, p. 141-155

NOBRE Thierry (1999), « L'hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité à partir de l'analyse du coût des dysfonctionnements », *Manuscrit auteur, publié dans 20ÈME CONGRES DE L'AFC*, France, 1999, (halshs-00587813, version 1 - 21 Apr 2011)

PESQUEUX Yvon (2006), « Le « nouveau management public » (ou New Public Management) », 2006 (hal-00510878, version 1, 2010)

PICHAULT François et NIZET Jean (2000), « Les pratiques de gestion des ressources humaines », coll. Points/Inédit/Essais, *Editions du Seuil*, Paris, 2000

POUVOUVILLE Gérard et TEDESCO Joseph (2003), « La contractualisation interne dans les établissements hospitaliers publics », *Revue française de gestion*, 2003/5, n° 146, p. 205-218

QUAZZA Jean-Pierre et GILBERT Patrick (2003), « Les transformations récentes de la fonction Ressources Humaines », *Encyclopédie des ressources humaines*, Vuibert, Paris, 2003

SAINSAULIEU Ivan (2008), « Le syndicalisme à l'hôpital : sociologie d'une insatisfaction », *Les Tribunes de la santé*, 2008/1, n° 18, p. 83-94, 2008

STOREY John (2003), « La légitimité stratégique de la GRH », *Encyclopédie des ressources humaines*, Vuibert, Paris, 2003

VINCENT Catherine et VOLOVITCH Pierre (2003), « Les syndicats face aux restructurations hospitalières », *Revue française des affaires sociales*, 2003/3, n° 3, p. 121-140

VISSCHER Christian (de) et VARONE Frédéric (2004)« La nouvelle gestion publique "en action », *Revue internationale de politique comparée*, 2004/2, vol. 11, p. 177-185

#### WEBOGRAPHIE

<http://www.chu-caen.fr>

<http://www.drees.sante.gouv.fr>

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT56SoinsHospitaliersT2A.pdf>

<http://www.sante.gouv.fr>

<http://www.senat.fr/rap/r07-403/r07-40319.html>

## ANNEXES

ANNEXE 1 : Grille d'entretien exploratoire

ANNEXE 2 : Grille d'entretien DRH

## ANNEXE 1

### **Guide d'entretien : Une nouvelle culture de gestion à l'hôpital : quelle réalité ?**

Discussion avec l'interlocuteur, en dehors du temps d'entretien, non officielle, afin d'établir une relation de confiance en amont de l'échange.

#### **I/ Présentation de l'étude, et de l'enquêteur**

- Présentation de l'étude portant sur les changements organisationnels des services Rh dans les établissements de santé publique, et sur la conduite de ces changements.
- Présentation de l'enquêteur, étudiant, en insistant sur la structure d'encadrement, le Lest.
- Demande d'enregistrement, en mettant en avant la confidentialité, l'anonymat et la non diffusion des résultats. Insister sur l'aspect pragmatique.

#### **II/ Présentation de l'interrogé et de la structure** *(ne pas hésiter à avoir recours à diverses relances tout au long de l'entretien, afin d'aller en profondeur dans les propos de l'enquêté)*

Q1 : Pouvez-vous me décrire votre activité ?

Q2 : Comment avez-vous été contacté pour assurer votre mission ?

Q3 : Pouvez-vous décrire la structure dans laquelle vous êtes intervenu ?

#### **III/ Les changements organisationnels**

Q4 : Pouvez-vous m'expliquer le projet de restructuration pour lequel vous avez été appelé, en quoi consiste-t-il ?

Q5 : Dans quel contexte cette restructuration apparaît-elle ?

Q6 : Quelles ont été les étapes des changements que vous avez mis en place ?

Q7: Des outils ont-ils été mis en place pour accompagner ces changements (Formation, entretiens, suivis personnalisés, etc.) ? Quels sont-ils ?

Q8 : Où en est ce projet de restructuration à l'heure actuelle ?

Q9 : Ce projet a-t-il fait face à des réticences de la part du personnel ?

Q10 : Quels ont été les principaux problèmes rencontrés ?

Q11 : Diriez-vous que ces changements, et ce qu'ils impliquent, sont opposés au système précédent ?



Q12 : Existe-t-il une opposition d'ordre culturelle, entre culture médicale et culture de gestion ?

#### **IV/ Clôture de l'entretien**

- Permettre à l'interrogé de rajouter librement ce qu'il souhaite avant de mettre fin à l'entretien, ou de revenir sur certains points abordés.
- Le remercier pour le temps qu'il a accordé à cette étude.
- Finir la discussion de façon non officielle, afin d'obtenir de possibles éclairages, ou commentaires supplémentaires sur ce qui a été dit.
- Essayer d'obtenir des contacts pour de futurs entretiens

Une fois l'interviewé quitté, noter les conditions de l'entretien (le lieu, l'environnement, le comportement de l'interlocuteur, etc.) ainsi que l'ensemble des premières impressions, pour ne rien omettre.

## ANNEXE 2

### **Guide d'entretien : La modernisation des services RH à l'hôpital**

#### **I/ Présentation de l'étude, et de l'enquêteur**

- Présentation de l'étude portant sur les changements organisationnels des services Rh dans les établissements de santé publique, et sur la conduite de ces changements.
- Présentation de l'enquêteur, étudiant, en insistant sur la structure d'encadrement, le Lest.
- Demande d'enregistrement, en mettant en avant la confidentialité, l'anonymat et la non diffusion des résultats. Insister sur l'aspect pragmatique.

#### **II/ Présentation de l'interrogé et de la structure** *(ne pas hésiter à avoir recours à diverses relances tout au long de l'entretien, afin d'aller en profondeur dans les propos de l'enquêté)*

\* Pouvez-vous me présenter l'établissement dans lequel vous travaillez? Activités, nombre de lits, effectifs médicaux et non médicaux, situation financière

\* Pouvez-vous me décrire votre activité au sein de cet établissement ?

#### **III/ Le changement organisationnel**

\* Quelle est l'organisation actuelle de la DRH ? Combien de personnes y travaillent ? Avec quel statut

\* Comment a évolué votre mission depuis que vous exercez votre activité ?

\* Quel a été l'impact de la loi HPST de 2009 sur l'organisation de votre travail ?

\* Votre établissement a-t-il constitué des pôles d'activité médicale ?

\* Quelles sont les délégations de gestion accordées aux pôles dans le domaine de la GRH (gestion de la formation, gestion des remplacements, heures supplémentaires, affectation des personnels...) ?

\* Quelles sont les relations entre les cadres supérieurs de pôle et les agents de la DRH ?

\* Quelle est la répartition des tâches en la DRH et la direction des soins (notamment sur le recrutement, l'affectation et la gestion des carrières) ?

\* Les contraintes de rationalisation de l'activité et de maîtrise des coûts (tarification à l'activité) de plus en plus présentes dans les établissements hospitaliers ont-elles mené l'activité des RH à évoluer ?

- \* Face à une demande de gestion administrative de plus en plus lourde auprès des cadres infirmières, n'est-ce pas le rôle des services RH d'alléger cette charge en prenant une dimension gestionnaire plus importante ?
- \* Quelles sont les missions prioritaires à l'heure actuelle de votre service ?
- \* Les effectifs de la DRH vous semblent-ils suffisants pour réaliser cette mission ?
- \* Peut-on parler d'une modernisation de la fonction RH ?
- \* Quelles sont les étapes de changements à mettre en place pour un redéploiement d'activité ?
- \* Quelles sont les principales difficultés rencontrées dans cette modernisation ?
- \* Qui sont les acteurs clefs mobilisés ? Les ARS ?
- \* Quels outils mettre en place pour accompagner ces changements auprès du personnel RH (recrutement de nouveaux profils, formation, entretiens, suivis personnalisés, etc.) ?
- \* Où en est-on à l'heure actuelle ?
- \* Diriez-vous que ces changements, et ce qu'ils impliquent, sont opposés au système précédent ?
- \* Existe-t-il une opposition d'ordre culturel, entre culture médicale et culture de gestion ?
- \* A l'avenir les acteurs des services RH vont-ils devoir changer de culture professionnelle ? Evoluant d'employé administratif à acteur d'une GSRH ?
- \* Quelle est votre vision de fonction RH hospitalière de demain ?

#### **IV/ Clôture de l'entretien**

- Permettre à l'interrogé de rajouter librement ce qu'il souhaite avant de mettre fin à l'entretien, ou de revenir sur certains points abordés.
- Le remercier pour le temps qu'il a accordé à cette étude.
- Finir la discussion en essayant d'obtenir d'autres contacts pour d'autres entretiens.

Une fois l'interviewé quitté, noter les conditions de l'entretien (le lieu, l'environnement, le comportement de l'interlocuteur, etc.) ainsi que l'ensemble des premières impressions, pour ne rien omettre.