

La responsabilisation au service des « nouvelles » institutions de soin

Jocelyne Robert, HEC Ecole de gestion de l'Université de Liege

Jocelyne.robert@ulg.ac.be

Majid Djenane, Faculté des sciences économiques et sociales, Université de Setif

In A paraître Revue des sciences économiques, Setif, n° 14/2014

Résumé : De nombreux changements sont à l'œuvre au sein des institutions hospitalières. Ces changements contribuent à mettre en place de nouvelles configurations et définissent de nouveaux processus de contractualisation et de responsabilisation. On assiste dès lors à une demande de nouvelles compétences. Les politiques et les outils de gestion des ressources humaines représentent une ressource précieuse pour accompagner ces changements.

Abstracts : A lot of changes exist in the hospitals. They modify the configurations and produce processus of contractualisation and responsabisation. New competences are asked. To coach these changes, the politics and tools of human resources exist.

Mots-clés : Organisation-responsabilisation--structures-configurations-changement-outils RH.

Key-words Organisation-responsabilisation--structures-configurations-change- HR tools.

Introduction

Notre but est de présenter différents changements à l'œuvre au sein des institutions hospitalières. Plus particulièrement, nous souhaitons préciser en quoi ces changements peuvent davantage responsabiliser le personnel et les patients. Nous souhaitons également présenter les outils de gestion permettant de rencontrer cette plus grande responsabilisation.

1. Changements au cœur de l'hôpital

Aujourd'hui, plusieurs évolutions sont à relever. Qu'elles soient financières, relatives aux coûts ou à l'adoption de nouvelles réglementations, qu'elles concernent le statut des patients-usagers-clients, mais aussi les attentes du personnel, ces évolutions entraînent des changements et ne sont pas sans incidence sur la transformation des organisations hospitalières. Ces changements peuvent être associés à plus de

collaborations, plus de responsabilisation, plus de formalisation, une attention portée aux coûts . Nous pouvons ainsi relever :

- En ce qui concerne la demande pour plus de collaborations :
 - o La mise en place de projets associant plusieurs disciplines et/ou plusieurs fonctions
 - o Le regroupement (et parfois la spécialisation) d'entités distinctes et éloignées géographiquement
 - o Une collaboration plus grande avec les médecins de 1° ligne

- En ce qui concerne la demande pour plus de responsabilisation :
 - o La délégation de la gestion aux responsables de département et la création de postes de soignants-administrateurs, responsable de départements ou de pôles
 - o La prise en compte de la qualification accrue des différents prestataires de soins
 - o La prise en charge du patient par d'autres spécialistes des soins
 - o Une auto-prise en charge par le patient des soins pré et post hospitalisation au domicile du patient

- En ce qui concerne la formalisation et l'attention portée aux coûts :
 - o L'importance des procédures
 - o Un suivi plus précis de l'utilisation des salles
 - o Une attention accrue quant aux dépenses

Ces changements apparaissent dans un contexte où le patient devient client et présente des attentes, des demandes et des exigences nouvelles mais aussi où les attentes du personnel évoluent à la suite d'une plus grande qualification et d'une responsabilisation croissante.

Dans un souci de rationalisation et de performance mais aussi afin de répondre à des demandes de prises de responsabilité et d'enrichissement du travail, une plus grande autonomie est accordée au personnel dans l'organisation de son travail. Deux mouvements contradictoires s'installent :

- Un mouvement de diminution de l'autonomie et du pouvoir des médecins par l'obligation de respecter des règles imposées du sommet (règles relatives notamment aux coûts et certifications qualité), par une augmentation du pouvoir des managers
- Un mouvement prise de responsabilité accrue des autres personnels soignants plus qualifiés que précédemment
- La création de postes de soignants-managers

La position des acteurs est modifiée, la manière de concevoir les structures n'est plus la même. Les bureaucraties professionnelles semblent révolues.

2. Plusieurs configurations possibles

Les hôpitaux sont présentés par H. Mintzberg comme des exemples de bureaucraties professionnelles. Celles-ci se caractérisent par un pouvoir important accordé aux opérateurs très qualifiés, ces derniers

décident notamment de la manière de réaliser le travail et de l'importance des budgets indispensables au travail à réaliser. Le plus souvent, à côté d'une bureaucratie professionnelle, se trouve une bureaucratie mécaniste qui se caractérise pour sa part par un grand nombre de niveaux hiérarchiques, où le pouvoir se trouve au sommet de la pyramide et où l'information suit un chemin descendant. Ces deux organisations différentes doivent travailler ensemble afin de délivrer un service de qualité.

Cependant, à la suite des changements décrits précédemment, on assiste à la mise en évidence d'autres configurations que la configuration « bureaucratie professionnelle », à des changements de structures, voire à des situations combinant les principes de différents types de configurations. Les organisations hospitalières semblent ainsi à certains moments difficiles à identifier et multiples.

Cette situation apparaît à la suite de contraintes administratives plus élevées, de la volonté de rationaliser et dès lors de rentabiliser l'utilisation des salles et de réduire les coûts. Il s'agit également d'une volonté des responsables d'impliquer davantage un personnel plus qualifié, d'être plus proche des patients de plus en plus informés et d'impliquer les médecins de première ligne.

Plusieurs changements sont en cours : les organisations de types bureaucraties professionnelles voient une diminution du pouvoir des médecins ou du moins un partage de pouvoir avec les managers voyant ainsi l'émergence de rôles hybrides. Les projets de changements s'accompagnent également de la mise en place de projets transversaux. Une orientation de l'organisation plus axée vers les types de soins peut éventuellement apparaître. La bureaucratie professionnelle évolue ainsi vers une structure divisionnalisée, voire matricielle. Certains gestionnaires des ressources humaines évoquent même une évolution vers des adhocraties travaillant par projets et mettant en évidence l'innovation.

Une attention et une orientation centrée sur le patient-usager-client amènent à penser l'organisation sur un modèle orienté client, voire structure horizontale où l'organisation est au service du client.

3. Le processus de responsabilisation

3.1 Contractualisation et responsabilisation

Contractualisation. La définition des objectifs permet de définir le rôle de chacun, elle constitue une base contractuelle permettant de préciser le contenu des accords de collaboration internes ou externes [Perrot et de Roodenbeke, 2005]. Ceci ne supprime cependant pas les jeux de pouvoir. Par exemple, l'attachement du chef de service à une « logique de pouvoir individualiste » est un frein à la collaboration. Ceci nous permet de souligner également la perte de pouvoir relative des médecins pour les gestionnaires de l'hôpital, le personnel soignant, les élus locaux [Sampieri-Teissier et Sauviat, 2001].

Responsabilisation Il s'agit d'adopter une logique responsabilisante et stratégique avec prise en compte des interfaces entre médecins et administrations, entre médecins, hôpital et environnement (prise en compte de l'environnement) et de rendre l'activité de l'hôpital plus lisible. Il s'agit alors de veiller à la « continuité », « succession des services en relation avec les besoins et contexte de vie » ; à l'« accessibilité », « possibilité d'entrer en contact avec les services », à la « globalité » « sensibilité des services à répondre à l'ensemble des besoins diversifiés des personnes ». Il importe de mettre en place un

processus émergent, venant de la base et « des réseaux naturels ». Les orientations et objectifs doivent être clairement identifiés et les différents niveaux (stratégiques, tactiques, opérationnels, doivent collaborer [Sampieri-Teissier et Sauviat, 2001].

3.2 Les professionnels-managers au centre du processus

Le regroupement de services dans un pôle poursuit différents objectifs [Burellier, 2008] :

- La simplification de l'organisation interne
- La mutualisation des moyens
- « La gestion transversale des activités de soin ainsi qu'une gestion plus fluide et plus cohérente des patients ».

Les pôles d'activités sont ainsi sous l'autorité de « professionnels-managers ». Ces rôles « hybrides » ne sont pas à l'abri de conflits de rôles (Burellier, 2008, p.9). N'étant pas toujours suffisamment formés aux aspects de la gestion, se sentant discrédités par rapport aux collègues médecins, vivant un écart entre ce qu'ils voudraient être comme responsables soignants et la manière dont ils sont perçus par leurs collègues administratifs et médicaux certains vont dès lors intégrer les deux aspects, d'autres vont rejeter l'aspect gestionnaire [Ibidem].

Il s'agit dès lors de trouver des compromis, de renégocier les rôles, d'acquérir de nouvelles compétences, de savoir gérer des « tactiques d'inclusion et d'exclusion ».

Cette responsabilisation, cette « implication » (mobilisation pour la réalisation d'un projet commun), n'a de sens que si la nouvelle organisation est orientée « clients ». Le patient qui reçoit les soins est également un usager, bénéficiaire d'un service, et un client qui paye pour ce service et souhaite que ce soit un service de qualité. Une des façons de réaliser cette responsabilisation et ces collaborations est l'adhésion à un projet commun source de sens et de fédérateur de moyens. Quel est le projet de l'organisation ? La réponse au patient-usager-client, dans un contexte de réduction des moyens, est-il un projet suffisant pour mobiliser les ressources ?

3.3 De nouvelles compétences sont attendues

Ces changements de structures demandent dès lors de nouvelles compétences :

- Travail en équipes
- Maîtrise de techniques managériales (gestion de projets, techniques de recrutement, d'évaluation, de formation)
- Présence de leaders et capacité de leadership aux différents niveaux
- Connaissance des autres départements et prise en compte de l'ensemble du processus de soins afin de répondre au mieux à la demande et de s'assurer d'un résultat de qualité
- Gestion des conflits
- Capacité de délégation
- Capacité de communication
- Capacité de négociation
- Ouverture aux changements

Responsabiliser demande :

- De revoir les réglementations
- De prévoir des incitatifs financiers liés au travail en réseau
- De mettre en place une autorité ou un leadership convainquant
- De promouvoir l'importance de la collaboration
- De former et d'accompagner le changement
- D'impliquer les acteurs dès la création du ou des processus
- D'informer à propos des résultats obtenus

Il est important de communiquer, de mettre en place des formations, d'accompagner et de responsabiliser les acteurs en les associant à la définition des objectifs, à la gestion budgétaire, en mettant en évidence l'importance de leur rôle, en les associant à la gestion du personnel.

3.3 Des politiques et outils de gestion des ressources humaines au service de la responsabilisation

Politique de recrutement. Dès le recrutement, il importe d'être attentif notamment aux compétences de prise d'initiative, de travail en équipe, de définition et d'application des procédures, d'adaptation.

La description de fonction. Cet outil classique de description de fonction constitue la base d'un véritable contrat entre l'institution et le titulaire de la fonction. Reprenant les objectifs, les ressources, les activités et compétences attendues, il se révèle très utile dans la gestion des nouvelles responsabilités et des relations avec les collaborateurs

L'évaluation. Si l'évaluation de fin d'année permet une véritable mise au point et l'appréciation du travail réalisé, l'évaluation fonctionnelle réalisée une ou plusieurs fois par an permet elle aussi de préciser les problèmes éventuels et les moyens d'amélioration, elle permet aussi de valoriser le travail réalisé et de reconnaître les progrès accomplis. Ce dernier type d'évaluation plus informelle est idéal pour remotiver, réorienter et soutenir chacun dans l'exercice de sa mission. Il n'implique pas un changement de fonction ou une revalorisation financière.

La formation permet de s'approprier différents outils de gestion

La communication permet d'informer sur la mission, les valeurs de l'entreprise, les résultats obtenus par l'institution, la plus-value apportée par chacun dans la réalisation des objectifs globaux. Elle donne la possibilité à chacun de faire connaître son avis, d'amener des suggestions d'amélioration.

Les groupes et réunions de travail permettent la collaboration dans la mise au point de projets, la définition des objectifs, la négociation des ressources.

4. Références citées dans le texte

Burellier, F. (2008). L'hybridation de rôle dans les hôpitaux publics : le compromis identitaire des « professionnels-managers ». *19° Congrès de l'AGRH*, Reims.

Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamiques des organisations*. Editions d'organisation, Paris.

Mintzberg, H. (2011). *Le pouvoir dans les organisations : les références*, Eyrolles, Paris.

Sampieri-Teissier, N. et I. Sauviat (2001). *Les évolutions du positionnement des acteurs du système hospitalier : le cas de la situation du patient-usager-client*. Laboratoire du CRET-Log, Université de la Méditerranée, Laboratoire du CEREGE, Université de Limoges.

Perrot, J. et E. de Roodenbeke (2005), *La contractualisation dans les systèmes de santé*. Karthala, Paris.