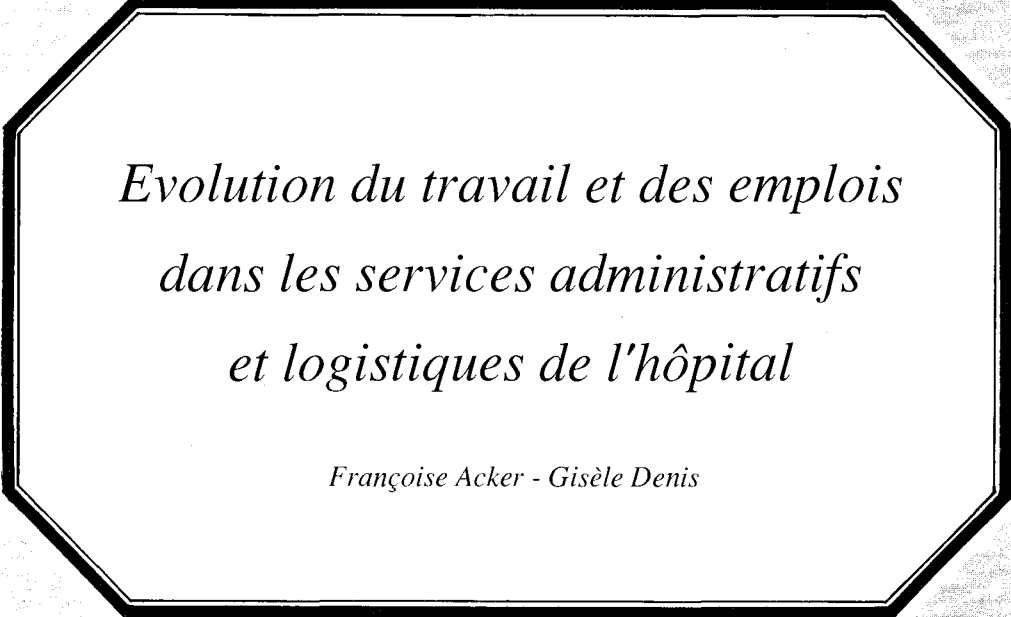

CENTRE D'ETUDES
ET DE RECHERCHES
SUR LES QUALIFICATIONS



*Evolution du travail et des emplois
dans les services administratifs
et logistiques de l'hôpital*

Françoise Acker - Gisèle Denis

**EVOLUTION DU TRAVAIL ET DES EMPLOIS
DANS LES SERVICES ADMINISTRATIFS ET LOGISTIQUES
DE L'HOPITAL**

Françoise Acker - Gisèle Denis

Convention d'études n° 308521 avec la Direction des Hôpitaux
Ministère des Affaires sociales et de l'Emploi

Février 1988

COLLECTION DES ETUDES N° 34

© CEREQ - PARIS

ISSN : 0767 - 6166

RESUME

Cette étude porte sur le devenir des personnels de niveau V travaillant dans les services administratifs et généraux des hôpitaux publics.

Le système hospitalier entre dans une nouvelle période de son existence. Un processus de réaménagement est en cours. Au-delà d'une rationalisation des activités, il repose sur l'intégration des notions de productivité, d'optimisation, de qualité de service rendu, alors même que les attentes des usagers évoluent et que la place de l'hôpital dans l'ensemble du système de santé fait l'objet de débats.

L'examen des données statistiques montre que, jusqu'à une période récente, l'hôpital a été créateur d'emplois très qualifiés et peu qualifiés. Les emplois de niveau V représentent moins du tiers de la filière soignante, ils sont majoritaires dans la filière administrative et constituent la quasi-totalité de la filière technique.

Les nouvelles finalités que s'assigne l'hôpital, l'encadrement budgétaire - fonctionnement et personnel -, la pénétration des technologies induisent une interpénétration des fonctions, une redéfinition-redistribution des tâches, un usage modulé des compétences.

L'étude qualitative des fonctions administration, restauration, linge s'est attachée à analyser l'incidence de cet ensemble de déterminants. Elle montre la tendance à la diminution des emplois non qualifiés et au renforcement de l'encadrement intermédiaire. Cependant, compte tenu des pratiques plus anciennes de recrutement, la structure des emplois garde sa configuration particulière : à sa base, de très nombreux emplois n'exigent aucune formation ; à son sommet, les emplois plus "qualifiés" sont rares, à l'exception du groupe formé par les infirmiers et paramédicaux.

Ceci conduit à souligner l'importance d'un nouveau mode de gestion du personnel pour accompagner, anticiper l'évolution incertaine de l'hôpital avec un personnel jeune qui devient plus stable et dont une partie non négligeable reste encore peu ou pas qualifiée. Mais ce serait sous-estimer les problèmes à résoudre que de les réduire à une gestion améliorée quand plus profondément les conditions de celle-ci sont dépendantes de la transformation progressive des rapports sociaux dans les établissements.

SOMMAIRE

Présentation de l'étude	9
1. La demande	11
2. Les hypothèses sur la modification du système de travail	13
3. La méthode	14
4. Le plan du rapport et le mode de lecture	17
 Première partie - Le travail et l'emploi à l'hôpital : tendances actuelles	 19
 Chapitre I - Le développement du système de travail en milieu hospitalier	 21
1. Les lignes de force de l'évolution hospitalière	21
2. Les principes qui président aux réorganisations et leurs applications	24
3. L'évolution de l'activité médicale et des services médico-techniques	28
Conclusion : les effets contradictoires de la rationalisation de l'hôpital	31
 Chapitre II - L'évolution de l'emploi hospitalier du secteur public. Etude statistique	 35
<i>Section I - Le mouvement d'ensemble des effectifs hospitaliers du secteur public</i>	37
1. La décennie écoulée 1972-1982	39
2. La période actuelle, de 1981 à 1985	41
<i>Section II - L'analyse de la structure de qualification par grandes fonctions</i>	45
1. La fonction soignante	47
2. La fonction direction-administration	53
3. La fonction technique	68

<i>Section III - Eléments de synthèse</i>	93
1. Rappel des intentions	93
2. Points de repère	93
3. Mutations et perspectives	94
Deuxième partie - Etude des fonctions logistiques	95
Chapitre I - L'administration hospitalière	97
<i>Section I - Les nouvelles perspectives de la gestion</i>	98
1. Définition générale	98
2. Les nouvelles orientations	99
3. De la gestion centralisée à la gestion déconcentrée ou "partagée"	100
Conclusion	105
<i>Section II - De l'informatique à l'automatisation du système d'information</i>	107
1. Les débuts de l'informatique et l'informatique de masse	107
2. L'informatique en temps réel ou la réappropriation de l'outil	108
3. La généralisation de l'informatisation	115
4. Informatisation, compétences, emplois	118
<i>Section III - Bilan et perspectives</i>	120
1. Définition de la fonction administrative	120
2. Les tendances de l'évolution	120
3. Les effets sur l'emploi	121
4. Le devenir des emplois, quel horizon ?	123
5. La formation	126
Chapitre II - La restauration	127
<i>Section I - Analyse de l'activité</i>	127
1. Le système de production	127
2. La restauration : un service dans et pour l'hôpital	132

3. Etude et gestion de la production	136
<i>Section II - Bilan et perspectives.</i>	143
1. Les tendances de l'évolution	143
2. Les effets sur l'emploi	144
3. Le devenir des emplois, quel horizon ?	148
4. La formation	150
Chapitre III - La fonction linge	153
<i>Section I - Analyse de l'activité</i>	153
1. Le système de production	153
2. La blanchisserie : un service dans et pour l'hôpital.	162
3. Etude et gestion de la production	165
<i>Section II - Bilan et perspectives</i>	171
1. Les tendances de l'évolution	171
2. Les effets sur l'emploi	172
3. Le devenir des emplois, quel horizon ?	176
4. La formation	178
Conclusion	181
1. A la recherche d'un modèle de développement : industrialisation des pratiques soignantes et hospitalières et/ou diversification d'une offre de soin au "service" du public	183
2. Réglementation stable des emplois et gestion du changement . .	184
3. Recommandations	189

PRESENTATION DE L'ETUDE

"Toutes choses étant causées et causantes, aidées et aidantes, médiates et immédiates, et toutes s'entretenant par un lien naturel et insensible qui lie les plus éloignées et les plus différentes, je tiens impossible de connaître les parties sans connaître le tout, non plus que de connaître le tout sans connaître particulièrement les parties"

Blaise PASCAL

Pensées

L'étude conçue et réalisée par le CEREQ, à la demande de la Direction des Hôpitaux, propose une analyse du travail hospitalier. Sa finalité est de contribuer à la réflexion sur les compétences à développer dans le cadre des évolutions tant techniques que socio-économiques qui modifient le secteur d'activité et président à son renouvellement.

La problématique et la démarche ont été définies et construites à partir des éléments suivants :

- le thème prioritaire qui concerne le devenir des emplois correspondant au niveau V de la grille de classement de l'Education nationale (soit les titulaires de CAP, BEP, BEPC... ou de diplômes professionnels sanctionnant un niveau équivalent) en relation avec les modifications qui interviennent dans les services généraux, techniques et administratifs (encadré page suivante) ;

- les questions de fond auxquelles renvoie ce thème : il s'agit des problèmes posés par la transformation du système de travail en interaction avec la gestion du personnel et le système de formation. Nous utilisons la notion de "système de travail" dans l'acception suivante : chaque segment d'activité, ou chaque emploi, ne peut être considéré de façon isolée, abstrait de la totalité (procès de travail ou ensemble des emplois) à laquelle il appartient. Le système de travail de l'hôpital se définit ainsi par le procès de travail, la finalité, l'organisation et le mode de fonctionnement, la composition sociologique qui lui sont propres ; ce système particulier, à bien des égards, a aussi pour caractéristique d'appartenir à un secteur toujours en expansion mais qui fait l'objet de nombreuses interrogations sur son mode de développement ;

- les acquis du CEREQ, qui depuis les années 70 s'est engagé dans des travaux critiques portant sur les notions théoriques et les outils utilisés dans l'étude du rapport emploi-formation.

1. La demande

La demande de la Direction des Hôpitaux a été exprimée dans un contexte d'élaboration des textes statutaires et de promotion d'une politique générale de formation.

- L'élaboration des textes statutaires

Parallèlement à la définition des statuts hospitaliers dans le cadre de la refonte générale des statuts de la fonction publique, les responsables de ces travaux ont souhaité confronter des informations remontant du milieu à celles résultant d'une investigation plus systématique, menée de l'extérieur. Les points décrits ci-dessous ont été proposés comme des hypothèses de travail à vérifier.

Comment mesurer et que penser de l'écart entre les textes statutaires et l'hétérogénéité grandissante des rapports concrets entre le contenu du travail, le classement, le niveau de formation et les itinéraires professionnels suivis ou possibles ?

**NOMENCLATURE SIMPLIFIEE DES NIVEAUX DE FORMATION
DU MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE**

NIVEAUX	FORMATION DIPLOMES
I-II	Formation de niveau égal ou supérieur à celui des écoles d'ingénieurs ou de la licence.
III	Brevet de technicien supérieur (BTS), diplôme des instituts universitaires de technologie (DUT), fin de premier cycle de l'enseignement supérieur (Bac + deux ans).
IV	Baccalauréat, brevet de technicien (BT), brevet supérieur d'enseignement commercial (BSEC), premier cycle de l'enseignement du deuxième degré + trois ans au-delà de la formation de niveau du brevet d'enseignement industriel (BEI) et du brevet d'enseignement commercial (BEC)...
V	Formation de niveau équivalent au brevet d'études professionnelles (BEP), au certificat d'aptitude professionnelle (CAP), au brevet d'études de premier cycle (BEPC).
V bis	Formation spécialisée d'une durée maximum d'un an au-delà du premier cycle de l'enseignement du second degré.
VI	Formation n'excédant pas la scolarité obligatoire.

Peut-on expliquer ce phénomène par l'effet combiné d'un certain nombre de facteurs : l'ajustement aux "besoins" en fonction des changements fonctionnels, techniques et organisationnels de l'hôpital, l'état du marché du travail, la transformation des qualifications produites par le système éducatif et l'action des différents professionnels pour valoriser et consolider leur position respective au détriment parfois d'autres catégories ?

Dans ces conditions, la réglementation constitue-t-elle un obstacle à la modernisation, au développement des hôpitaux ? A quelles conditions pourrait-il en être autrement ? Sur quels principes doit-elle se fonder pour accompagner des transformations, une dynamique d'évolution qui s'inscrivent dans la durée ? Comment permettre une mobilité des personnels, une articulation entre des pratiques qui changent et des statuts de référence tout en évitant par exemple l'enfermement dans des spécialités (nouvelles ?) pointues et vouées à une obsolescence rapide ?

- La politique générale de formation

La création au sein de la Direction des Hôpitaux d'un bureau chargé de la formation continue témoigne de la volonté de développer et d'utiliser au mieux la formation en initiant des études, des actions en amont et/ou en collaboration avec les établissements et les différents organismes compétents.

Dans le contexte actuel de transformation de l'activité hospitalière et des modalités de sa gestion, la formation devrait représenter un moyen d'adapter les qualifications, d'augmenter les compétences pour assurer l'efficacité des organisations, de permettre la diffusion et la mise en oeuvre des réformes, de prendre en compte les contraintes financières. Quoi qu'il en soit, les questions de fond restent les suivantes : qui former ? A quoi ? Pourquoi ? A quelles conditions ? Quels sont les problèmes qui risquent de se poser ?

Le recours à la formation est-il le moyen d'assurer la mobilité nécessaire, verticale et horizontale, d'un personnel en place dans un contexte de recrutement et de renouvellement minimum ?

2. Les hypothèses sur la modification du système de travail

La modification du système de travail résulte des effets combinés de facteurs aussi bien internes qu'externes. Nous en retiendrons quatre : la politique de santé, l'évolution de l'activité médicale, la rationalité économique, les mouvements des professionnels.

- La politique de santé

La prise en compte de l'augmentation des dépenses de santé, de la modification de l'approche sociale, culturelle, politique du phénomène santé conduit la plupart des partenaires à promouvoir une réelle politique de santé. Dans ce contexte l'offre de soins est redéfinie et la place et le rôle de l'hôpital modifiés. Déjà la réforme hospitalière de 1970 avait dessiné une réorganisation du système hospitalier hiérarchisant les établissements et proposant le recentrage de l'hôpital sur sa fonction technique. Ce qui suppose comme corollaire le développement de structures complémentaires, de relais. On pourrait donc s'attendre à une externalisation d'une partie des activités de l'hôpital et à une nécessaire évaluation de la part des responsables d'établissement, de leur place dans l'offre de soins environnante pour décider de l'orientation de leur activité.

- L'évolution de l'activité médicale

Les choix du corps médical, collectifs ou individuels, conformes ou non aux orientations de la réforme hospitalière, infléchiront en partie la définition de l'offre de soins et de l'activité hospitalière, et pourront par exemple entraîner la création, ou non, de nouveaux types de services, tel l'hôpital de jour, la multiplication, à la marge de l'hôpital, d'associations regroupant les usagers par types de pathologie ou de handicaps, ou de services prolongeant l'activité hors de l'hôpital (hospitalisation à domicile, suivi psychiatrique). Parallèlement à la poursuite d'une spécialisation des services, seront peut être recherchés de nouveaux modes de collaboration entre les services, entre l'hôpital et l'extérieur, portant sur l'activité médicale elle-même ou sur des activités associées (formation, suivi des malades) et permettant l'intervention de différents acteurs, médecins non hospitaliers, paramédicaux, associations.

- La rationalité économique

La volonté de maintenir, voire d'accroître les performances des établissements hospitaliers face à la concurrence ainsi que la plus grande rigueur des contraintes budgétaires entraînent une rationalisation de la production, ainsi qu'une gestion resserrée du personnel. L'introduction et la diffusion de nouvelles technologies médicales et non médicales modifient le travail dans ses modalités d'exécution, dans son contenu, et laissent entrevoir de nouvelles activités à investir (études, analyse de l'activité...).

La réorganisation, la restructuration des différents secteurs et services, déjà amorcées, vont s'intensifier avec des mouvements de centralisation-déconcentration entraînant une modification de la répartition du travail et des attributions. La mise en oeuvre d'une politique d'information et le recours à de nouveaux supports risquent d'amplifier ce phénomène.

La nécessité d'assurer la transformation de l'activité hospitalière à effectifs relativement constants (non-création de postes) et le poids du personnel dans le budget de l'hôpital (70 %) vont demander aux responsables de mettre en oeuvre une gestion réfléchie et prévisionnelle. Comment assurer l'adaptation aux changements technologiques, une mobilité en fonction du développement différencié des secteurs, du recours à la sous-traitance dans certains cas. La structure de qualification actuelle, les modalités de promotion, de formation, permettent-elles d'envisager, d'accompagner une flexibilité de l'activité ?

- Les mouvements des professionnels

La gestion de l'activité hospitalière et du personnel qui assure celle-ci apparaît plus complexe que dans d'autres secteurs d'activité, en raison d'une caractéristique spécifique qu'on ne peut négliger : la présence d'un certain nombre de groupes professionnels. A côté de la multiplicité catégorielle dégagée par les statuts, il faut en effet tenir compte de l'existence de "professions" qui "investissent" l'hôpital et l'activité en fonction de leurs projets propres, éventuellement élaborés en d'autres lieux, et qui peuvent contribuer à freiner, contrebalancer ou amplifier les choix, les orientations des équipes de direction, voire des organismes de tutelle.

3. La méthode

3.1. Trois ruptures décisives avec un certain nombre de présupposés

- La relation Emploi-Formation

Pendant longtemps, les études centrées sur l'analyse des activités ont donné aux emplois un statut d'"objet" stable, naturel, préexistant à leurs titulaires. Dans cette perspective la construction des programmes de formation résultait d'une conversion terme à terme entre le contenu de l'emploi servant de référence aux domaines des connaissances à acquérir et la fixation de leur niveau. *"Depuis on sait qu'il n'est plus possible de raisonner en termes de correspondances simples entre les formations et les emplois, l'analyse du travail a montré que les configurations d'emplois dans les entreprises étaient instables et en grande partie spécifiques. Les emplois tels qu'ils existent ne peuvent donc valablement servir de cibles aux objectifs de formation professionnelle. Ils donneraient à ceux-ci une assiette trop étroite et trop stricte, la formation devenant alors restrictive par rapport aux véritables possibilités d'emplois"* (1). En conséquence : *"Si l'emploi codifié reste une référence indispensable pour la gestion de la force de travail et les négociations entre partenaires sociaux, le formateur pour sa part devra s'appuyer sur une base d'information qui reflète les caractéristiques du système de travail dans son ensemble, pour formuler des objectifs pédagogiques qui restent valables, quelles que soient les formes particulières de travail rencontrées dans la vie professionnelle"* (2).

Ceci pose plus qu'il ne le résout le problème du référentiel devant servir de base à la définition des politiques de formation. Du moins est-on mis en garde contre toute tentation simplificatrice et tout espoir de résultat obtenu

(1) CEREQ : "Ce que l'on sait aujourd'hui du travail dans ses relations avec la formation : les acquis scientifiques après sept années d'activité du CEREQ", Note d'information n  52, novembre 1978.

(2) F. LANTIER : "La contribution de l'analyse des systèmes de travail au développement des enseignements", Le Travail Humain, n  1, 1978.

mécaniquement qui permettraient de faire l'économie d'une réflexion sur les choix à opérer et les conditions de leur mise en oeuvre.

- Le déterminisme technologique

Il est généralement admis que l'activité industrielle se caractérise aujourd'hui par une intégration de plus en plus achevée de la technique, de la technologie et de la science et que celle-ci est utilisée directement comme force productive.

Le rapport entre la technologie, la qualification et le système de travail reste un des thèmes les plus étudiés. Il ressort de ces nombreux travaux qu'il n'est pas possible d'établir de lien direct entre la technique et l'organisation sociale du travail. A système technique comparable, les études nationales et internationales montrent des différences dans les structures de travail qui ne peuvent se comprendre que par les effets conjoints du système éducatif et des normes culturelles qui président à l'utilisation des compétences dans les entreprises (3). Ceci laisse prévoir que *"l'influence des politiques et des phénomènes sociaux sont susceptibles de prendre le pas à long terme sur les facteurs économiques ou techniques"* (4).

Ces constats incitent à examiner non pas l'innovation technologique *in abstracto* ou dans son instrumentalité, mais ses modes de pénétration et de diffusion dans l'institution, ses conséquences sur l'emploi et la qualification médiatisés par l'organisation. Et sans oublier par ailleurs que le recours aux techniques nouvelles est lui-même subordonné à la logique commerciale des marchés porteurs, ceux des équipements industriels et des bio-technologies.

- Le rôle de la formation

La formation est souvent, traditionnellement, définie comme "une variable d'ajustement", considérée comme le moyen de reproduction - à l'identique - de la force de travail et des rapports sociaux existants.

En fait, de tout temps, l'accès à la formation a constitué un enjeu majeur pour l'ensemble des classes sociales, enjeu qui tend à s'exacerber dès lors que simultanément l'emploi se raréfie et que les candidats se pressent aux portes des lycées et des universités.

Dans la conjoncture de crise, la formation occupe une place de plus en plus centrale dans les discours ; elle tend à devenir par les moyens qui lui sont consacrés, ses domaines d'intervention et les personnes qu'elle occupe, un secteur d'activité à part entière.

Ce développement s'accompagnerait d'un changement dans la conception de la formation : celle-ci n'aurait plus - ou plus seulement - pour objet d'adapter des individus à un poste de travail défini, de façon préalable et une fois pour toutes, mais de donner les moyens aux agents d'être plus performants dans une situation de travail aux contours plus larges et de contribuer ainsi à l'évolution de leur fonction en liaison avec l'ensemble des professionnels. La formation aurait une autre finalité : préparer ces derniers à une mobilité interne ou externe à l'entreprise.

(3) Les différents facteurs sont regroupés dans la notion d'"effet sociétal". M. Maurice, F. Sellier, J.J. Silvestre : Politique d'éducation et organisation industrielle en France et en Allemagne - Essai d'analyse sociétale, Presses Universitaires de France, 1982.

(4) CEREQ : Note d'information n° 52, op. cit.

Dans cette acception, la formation anticipe et aide au développement. Ceci engage à conduire les analyses dans une visée prospective et à mettre au jour les contradictions entre cet objectif et une gestion des emplois fondée sur des principes différents.

3.2. Démarche

- Le terrain

Nos investigations se sont déroulées dans un centre hospitalier régional, deux hôpitaux généraux, un hôpital local, un centre hospitalier spécialisé, ensemble correspondant aux différentes catégories existantes.

- L'analyse

Elle a porté :

- sur l'établissement, pour identifier sa place dans le système hospitalier, son organisation et la composition de son personnel, son insertion locale et régionale. Ses projets immédiats : orientation de l'activité médicale, extension des locaux, sous-traitance, modernisation des installations, des procédures de travail, automatisation, informatisation, plan de formation... ;

- sur les principales fonctions appréhendées à partir des services qui leur correspondent, soit les services généraux (cuisine, blanchisserie et services administratifs). Seuls quelques services de soins et unités de travail ont été retenus, choisis de manière à disposer d'un ensemble représentatif de toutes les formes d'activité et d'hospitalisation (urgences, médecine générale, médecine spécialisée, chirurgie, pédiatrie, gériatrie, hôpital de jour, hémodialyse, laboratoires, radiologie...).

Comme pour les établissements, l'approche des services a été multi-dimensionnelle ; elle a tenté de les resituer dans leur histoire (le passé récent et l'avenir à court terme), de les appréhender dans leurs relation et interdépendance réciproques, de tirer profit des comparaisons (des points communs et des différences dans les pratiques et dans l'utilisation des compétences).

Parallèlement aux enquêtes de terrain, il a été procédé à une analyse statistique des données concernant l'évolution des emplois appréhendés à partir des nomenclatures existantes.

On aura compris que la méthode utilisée poursuit un double objectif :

- témoigner de l'existant ;
- construire, à partir de cet existant, un modèle probable de développement qui intègre les transformations, donne un sens aux pratiques émergentes, tente, au-delà des tendances voisines ou contradictoires, de dessiner l'allure générale des évolutions tant positives que négatives.

C'est ce modèle qui sera proposé comme référentiel pour l'examen des problèmes posés par la gestion et la formation du personnel.

4. Le plan du rapport et le mode de lecture

Avant d'aborder plus particulièrement l'étude du travail et de l'emploi dans les services logistiques, objet de la demande, il nous a semblé nécessaire, pour les situer dans leur environnement, d'avoir une approche générale du système de travail et de l'emploi hospitalier.

Dans une première partie, nous présentons d'abord les lignes de force de l'évolution hospitalière, les principes qui président à l'organisation de l'activité, l'évolution de l'activité médicale et des services médico-techniques qui interviennent ensemble dans le développement du système de travail (chapitre I). Nous proposons ensuite d'étudier l'évolution de l'emploi hospitalier en termes d'effectifs, de façon globale et par grande fonctions, avec une attention particulière sur le mode de développement, le classement des emplois et le niveau de formation (chapitre II).

La seconde partie s'attache à l'étude des fonctions logistiques, à savoir l'administration hospitalière, la restauration et la fonction linge. On y présente une analyse de l'activité, de son évolution, un bilan, et les perspectives concernant la nature du travail, les modifications de l'emploi et les problèmes de formation.

Enfin, nous concluons sur la transformation du mode de production et sur les problèmes de gestion de l'emploi et du changement.

Si l'articulation des différents chapitres et parties de ce rapport répond à une certaine logique, il est pourtant possible de le lire dans un autre ordre. Selon les centres d'intérêts propres à chacun, ou le temps disponible, plusieurs itinéraires de lectures peuvent être choisis. On peut, bien sûr, s'intéresser directement à l'analyse des fonctions logistiques et, éventuellement, n'en lire que la section : bilan et perspectives (5). Sinon, il est possible de passer de la présentation de l'étude aux conclusions du chapitre I de la première partie, de s'intéresser ensuite aux éléments de synthèse de l'étude statistique sur l'évolution de l'emploi hospitalier. Enfin, comme nous venons de le signaler, la présentation des fonctions logistiques a été conçue de manière à permettre de passer directement à la section : bilan et perspectives, sans avoir à lire l'analyse descriptive.

(5) Et se reporter, en cas de besoin, aux sections du chapitre II de la première partie qui concernent également ces fonctions.

PREMIERE PARTIE

**LE TRAVAIL ET L'EMPLOI A L'HOPITAL :
TENDANCES ACTUELLES**

CHAPITRE I

LE DEVELOPPEMENT DU SYSTEME DE TRAVAIL EN MILIEU HOSPITALIER

Nous avons indiqué dans la présentation de cette étude qu'il était impossible de dissocier les évolutions qui affectent le devenir de tel ou tel service, d'un mouvement général concernant l'ensemble de l'activité hospitalière. Ce premier chapitre sera consacré à caractériser ce mouvement de façon très synthétique.

En raison des facteurs qui contribuent à la redéfinition du système hospitalier, les différentes professions qui garantissent directement ou indirectement la réalisation des soins dispensés aux malades et qui participent à toutes les activités de la vie hospitalière risquent d'être déstabilisées.

Tout porte à penser qu'après une période de croissance "sans histoire", l'hôpital aborde une période nouvelle de son développement et soit confronté, entre autres, à la nécessité de ce que l'analyse économique appelle la rationalisation. Des questions surgissent aussitôt : quelle rationalisation ? Selon quelles lignes directrices ? Conduite par qui ? En quoi va-t-elle modifier le contenu du travail et contribuer à une redéfinition du positionnement dans l'ensemble de chaque groupe socio-professionnel ?

Notre objectif, ici, n'est pas de répondre complètement à ces interrogations, mais de poser quelques bornes, de proposer quelques repères qui seront utiles pour aborder l'étude des services administratifs et généraux.

1. Les lignes de force de l'évolution hospitalière

Si d'entrée de jeu, il fallait donner **un sens, du sens** aux programmes, actions, plans, études, projets en cours ou potentiels présentés par les responsables rencontrés, qu'ils les intègrent à leur activité quotidienne de gestion ou les mènent parallèlement à celle-ci, celui que l'on voudrait proposer (ou soumettre) tient compte du fait que le devenir des établissements hospitaliers s'inscrit dans un double mouvement :

- Un mouvement intra-muros

Il vise à une plus grande cohérence interne entre des services ou des fonctions qui s'affirment, dans le même temps, dans leur spécificité technique et organisationnelle.

Le mode de fonctionnement qui s'expérimente, tant au niveau des représentations que des pratiques, s'oppose à la tendance, à la fois traditionnelle et naturelle, à exercer son activité de façon autarcique, dans une relative séparation et méconnaissance des autres, qu'il s'agisse des services médicaux entre

eux ou vis-à-vis des services non médicaux, et des catégories socio-professionnelles entre elles.

Ce mouvement n'est pas récent (1). Il est toujours d'actualité comme objectif en cours de réalisation ou à atteindre, tant la prégnance du lieu où l'on travaille (le service) ou de la fonction (soignante, technique, administrative) semble l'emporter sur le fait d'appartenir à une institution globale et complexe.

La recherche d'un nouvel équilibre entre ces deux logiques peut s'observer :

- dans le réaménagement de certaines fonctions (par exemple, la restauration, l'entretien, l'accueil, les transports, la distribution...) à l'occasion duquel les aspects techniques des projets sont réinsérés dans des préoccupations plus larges : l'amélioration des prestations fournies aux destinataires (usagers et personnels), la prise en compte de la demande, de son évolution, des attentes et des contraintes des services qui peuvent être ainsi associés et parties prenantes dans la réorganisation envisagée. Ceci peut conduire à de nouveaux partages des tâches, à redéfinir des circuits, à adopter des procédures communes... ;

- à propos du système d'évaluation de la charge de travail qui implique une remise en cause des équipes constituées et du cloisonnement résultant de pratiques obsolètes ;

- dans le système d'information qui se met en place et renouvelle, à terme, les modalités d'échanges et de décision ;

- dans les finalités que s'assignent les formateurs et les gestionnaires de personnel.

Ceci suppose, un apprentissage collectif, qui s'opère :

- par une utilisation progressive de "services" centraux communs, d'équipements et d'"outils" qui anticipent, semble-t-il, largement sur ce qui est souhaité à travers la départementalisation ;

- par la participation d'un plus grand nombre d'agents à la création d'information, ce qui, en retour, assure à ces agents des plages communes de connaissances leur permettant de mieux situer leur activité et de se positionner dans l'institution.

Les problèmes financiers auxquels sont confrontés les hôpitaux exigent la mise en oeuvre d'une gestion rigoureuse, la recherche de gains de productivité. La rationalisation et la coordination des activités en constituent les moyens mais plus globalement les difficultés économiques, bien qu'elles soient pénibles à assumer, agissent aussi comme révélateur et comme accélérateur d'une restructuration d'ensemble. Celle-ci paraît inévitable pour satisfaire à la fois à l'expansion médicale et technique, aux aspirations des professionnels et des agents, pour tenter enfin de répondre aux questions nouvelles que la santé pose à la société. Mais, à cet effort, les hôpitaux voudraient y être associés autrement que comme de simples exécutants des directives ministérielles.

(1) Les créations institutionnelles qui ont accompagné le développement de l'hôpital offrent les moyens, prévoient les lieux d'échanges et d'arbitrage pour une gestion à caractère collégial (commission médicale consultative, comité technique paritaire, représentation des soignants assurée par l'infirmière générale...).

- Un mouvement extra-muros

Il est en rapport avec l'environnement immédiat dans lequel se situe l'hôpital (2) ; ceci oblige à le prendre en compte et à considérer ainsi les relations qui se multiplient, qui participent à son expansion et interfèrent avec son organisation interne.

De façon un peu rapide, on peut citer :

- les problèmes liés à la place respective des établissements dans le système plus général de l'offre de soins. Il s'agit de l'adéquation entre les missions **théoriques** assignées à chaque type d'institution et les situations **concrètes** auxquelles chacune doit répondre faute de structures relais ou alternatives-absentes ou insuffisantes - qui éviteraient ou raccourciraient le séjour à l'hôpital. La période actuelle devrait être propice à l'apparition et au développement des innovations sociales dans ce domaine, à l'initiative ou non des établissements. Cette recherche s'impose d'autant plus que les personnels soignants, dans leur ensemble, constatent qu'ils subissent un accroissement de leur charge de travail (mentale et physique) ; celle-ci peut résulter des changements dans les types de malades accueillis à l'hôpital, changements qu'ils assument, mais avec le sentiment qu'on leur abandonne des responsabilités qui devraient être partagées par des instances qui examineraient, débatteraient, et prendraient la mesure des problèmes éthiques et des choix politiques qui incombent à la société tout entière ;

- le regroupement des moyens, en équipements et en effectifs, la différenciation des attributions entre les établissements, entre les modes d'exercice de la médecine (hospitalière, ambulatoire, centre de santé...) permettent l'acquisition de compétences spécifiques qui peuvent trouver des points d'application en dehors de l'hôpital et qui peuvent déborder le soin proprement dit. Ainsi, on peut s'attendre à un accroissement des prestations, des échanges, et des occasions de collaboration inter-hospitalière susceptibles d'élargir et de renouveler le champ d'intervention des personnels (on peut se demander si le redéploiement et la mobilité souhaités ne seraient pas à considérer non comme des objectifs premiers, mais comme les résultats d'une politique qui impulserait et donnerait une assise technique à ce mouvement) ;

- le recours des établissements aux organismes régionaux, nationaux, aux sociétés de service... pour traiter leurs problèmes d'équipement, d'organisation, de formation, d'informatique est habituel mais il est souvent accompagné par une réflexion interne sur le fonctionnement, fondée sur des analyses qu'ils effectuent eux-mêmes et mise en oeuvre avec les moyens dont ils disposent. Cette propension à développer des aptitudes propres dans les domaines de la conception, des études, du diagnostic, de la réalisation et de la formation ; à se doter de moyens adaptés à une gestion moderne - en particulier, en informatique - paraît très significative de l'orientation que souhaitent prendre les directions. Celle-ci pose à terme le partage des responsabilités et des tâches avec les organismes extérieurs au fur et à mesure de l'augmentation du potentiel technique des différents personnels concernés. A travers la sous-traitance, il s'agit de la maîtrise tant technique qu'économique de l'institution qui passe par la capacité des agents à se former et à former les autres ;

- enfin le poids de chaque établissement dans l'économie locale (où il est l'un des plus importants, sinon le premier employeur) le prédispose, en deve-

(2) Indépendamment du réseau administratif que constituent les Tutelles dont il dépend.

nant un pôle attractif, à jouer un rôle moteur en ce qui concerne la qualité et le nombre des emplois et, en amont, à infléchir les formations qui y préparent.

* *
*

Cette première description a été axée sur les grands courants qui paraissent définir les orientations actuelles des établissements hospitaliers : **une recherche de cohérence interne entre les activités et les personnes, les échanges de prestations, des lignes fluctuantes de partage de tâches, avec l'extérieur.** Elle a pour but de mettre en valeur ce sur quoi, de façon quasi unanime, nos interlocuteurs ont insisté, à savoir le primat du processus d'évolution dans lequel ils sont engagés. Dans ce processus, les innovations techniques, les mesures organisationnelles, l'introduction de nouveaux outils d'analyse et de gestion sont définies comme les moyens d'une stratégie qui intègre de nombreux objectifs et sont largement dépendantes de la capacité des personnels - quel que soit leur poste, peu ou largement qualifié - à les mettre en oeuvre individuellement et collectivement.

Aussi, la mise à plat et l'inventaire des problèmes et des questions qui peuvent se poser, à propos de telle activité ou de telle catégorie d'emplois - qui vont être exposés ci-après - ne doivent pas prendre le pas sur des problèmes, tout aussi importants bien que d'une autre nature, qui sont liés à la conduite d'une "réorganisation" selon le terme emprunté à Edgar Morin. En effet, celle-ci implique la durée, la continuité, elle connaît des réussites partielles, des pannes, des régressions, elle suppose une bonne utilisation des circonstances, la dynamique de groupes-pilotes innovant et expérimentant pour le plus grand nombre, l'interrogation sur les mécanismes qui font que les pratiques se modifient, la prévision des étapes où il faut emporter l'adhésion, négocier, trouver des compromis, revaloriser certains emplois et leurs titulaires... avant d'envisager d'aller plus avant.

Ceci montre à l'évidence que, de façon sous jacente, l'aménagement "matériel" et organisationnel renvoie toujours à quelque chose de plus fondamental, ici la reconduction ou la reconstruction des rapports réciproques entre les individus au sein de cette mini-société que constitue l'hôpital.

2. Les principes qui président aux réorganisations et leurs applications

On constate la mise en oeuvre d'une politique de rationalisation de la production hospitalière qui, sans représenter une nouveauté, reste toujours et plus que jamais d'actualité, et dont l'objectif premier est de limiter les coûts tout en maintenant l'efficacité et la finalité des prestations d'un établissement en correspondance avec la place qu'il occupe dans l'ensemble du système de santé.

Bien que les deux aspects soient intimement liés, nous nous contenterons d'examiner les moyens mis en oeuvre pour rationaliser la production en termes d'outils et d'organisation du travail.

On retrouve les mesures habituelles d'organisation du travail qui se développent de façon plus ou moins simultanée et en référence, ou non, à un plan de développement général.

2.1. Le regroupement, la centralisation d'un certain nombre d'activités

L'option du service centralisé avait pour objectif de regrouper des équipements et des personnels spécialisés et de libérer, en même temps, le personnel des services d'hospitalisation pour récupérer le temps ainsi dégagé au bénéfice du malade. Ce mouvement a été amorcé il y a bon nombre d'années déjà mais se développe aujourd'hui avec sans doute une certaine accélération. Il en résulte cependant que les établissements ne se situent pas tous au même stade de réorganisation, et que l'énumération qui suit des principales activités ou fonctions, partagées par de nombreux services des établissements, et qui ont donné lieu à regroupement, n'est pas une réalité partout et ne saurait présenter un caractère exhaustif :

- activités médico-techniques (radiologie, laboratoire) ;
- entretien-nettoyage :
 - . des instruments et linges opératoires, stérilisation centrale,
 - . des locaux communs, et parties communes des services de soins à l'exclusion des chambres de malades ;
- de l'accueil des patients et visiteurs ;
- des consultations externes ;
- du transport :
 - . des denrées et équipements divers,
 - . mais aussi, de façon plus nouvelle et rattachées plutôt à des services de soins, du transport intra-muros des malades.

Nous l'avons dit, le choix d'un regroupement précédé ou non d'une étude de l'activité ou fonction spécifique et du circuit selon lequel elle se déroule (espace-temps) a, bien sûr, permis une concentration de moyens en équipement et en personnel. Il faut noter que la prise en charge d'une activité par un service centralisé suppose toujours une participation des autres services à la prestation qu'il est censé leur fournir en totalité.

2.2. Le développement des interfaces entre services

Si la rationalisation a pour objet d'augmenter la productivité en rendant chacun à son activité spécifique, chaque service à sa fonction, de regrouper les activités/fonctions qui avaient tendance, parce que transversales par essence, à être assumées de façon diffuse par tous les services, on constate **qu'en même temps se fait sentir le besoin d'interface bien définie entre ces divers services** que les surveillants et l'encadrement ne suffisent pas toujours à assurer ou qu'ils ne peuvent pas assurer, d'où la création, par exemple, de l'aide-hôtesse dans certains établissements. Ce mouvement nous semble général et donne sens, en particulier aux réorganisations d'activité que nous avons constatées dans les services administratifs et généraux sur lesquelles nous reviendrons de façon précise.

2.3. L'automatisation

Le recours aux équipements automatisés, souvent concomitant de la démarche de centralisation, poursuit le même objectif : faire effectuer par des machines des tâches pénibles, voire répétitives et fastidieuses, afin de dégager du temps/personnel au bénéfice du soin aux malades.

L'automatisation de l'hôpital s'est faite en différentes étapes, en fonction non seulement de l'évolution technologique mais aussi, peut-être, de l'importance donnée à tel ou tel service plutôt qu'à tel autre.

Voici quelques exemples de localisation :

- dans les services médico-techniques, l'application la plus connue est l'installation d'équipements automatisés dans les laboratoires d'analyses médicales permettant de traiter en même temps un nombre important de prélèvements. Le développement de tels équipements, et l'introduction conjointe de l'outil informatique peuvent remettre en cause l'organisation du travail dans les laboratoires et avoir des incidences sur les structures de qualification ;

- dans les services généraux, la réorganisation de fonctions, telles la restauration ou la blanchisserie, conduit souvent les responsables - pour accroître la productivité, la qualité des prestations mais aussi libérer du personnel qui pourrait être transféré dans des services de soins - à doter les services d'équipements modernes, industriels, représentant souvent des "chaînes de production" (chaîne de repassage par exemple). Ces services deviennent aujourd'hui comparables aux entreprises industrielles fournissant les mêmes prestations ;

- l'automatisation d'une partie des activités administratives par le recours à l'informatique : le développement des applications de l'information dans les services administratifs est comparable, avec un certain décalage dans le temps, à celui qu'ont connu les entreprises privées. La première application a été la gestion de la paie. Se développent maintenant des applications pour la gestion des stocks/services économiques/achat, pharmacie, services techniques. Il n'est pas possible en l'état actuel de nos informations de constater un gain d'effectif consécutif à l'informatisation de ces activités. Nous ne parlerons pas ici (3) des applications de l'informatique qui s'inscrivent dans un mouvement d'un autre type : il s'agit du recours à l'informatique comme outil et moyen de rassembler, diffuser des données qui ne constituent par un produit en tant que tel, mais seraient les éléments premiers, bruts, destinés à être exploités, analysés, discutés...

2.4. Le recours à la sous-traitance

Le recours à la sous-traitance représente un des choix qui s'offrent aux responsables pour améliorer au moindre coût la prestation d'ensemble et finale de l'hôpital. La sous-traitance exerce un certain attrait (4). On la rencontre dans chaque établissement visité mais le choix de la politique de sous-traitance (fonctions ou activités sous-traitées) n'est pas homogène.

Un certain nombre de fonctions sont toujours sous-traitées :

- entretien ascenseurs ;
- entretien téléphone ;
- entretien/maintenance des gros équipements médicaux et informatiques ;
- chaudière, climatisation, froid.

Ceci en raison d'équipements régis par une réglementation spécifique d'une part, en fonction du coût, de la spécificité technique et des pratiques des constructeurs d'autre part.

D'autres fonctions sont assurées ou sous-traitées.

(3) Cf. l'administration hospitalière.

(4) Le choix de la sous-traitance peut avoir pour effet de renvoyer à d'autres structures la gestion d'un personnel peu qualifié, et quelque fois problématique. Il peut permettre d'éviter d'avoir à constituer une équipe de personnels très qualifiés.

Certains établissements ont choisi de moderniser leurs installations, d'autres ont recours aux prestations d'entreprises industrielles. Il en est ainsi pour la restauration et la blanchisserie que nous examinerons en détail dans la suite de ce rapport. Il en est de même pour l'entretien et le nettoyage des locaux communs. Dans ce cas les services prestataires fonctionnent, semble-t-il, de la même manière que les équipes hospitalières.

L'entretien bâtiment et matériel fait aussi l'objet d'une politique de sous-traitance. Toutefois, traditionnellement, les équipes des services techniques étaient composées de représentants des différents corps de métier du bâtiment avec, semble-t-il, une proportion importante de personnels peu qualifiés, encadrés par un ingénieur.

A côté du secteur bâtiment proprement dit (5), les services de l'hôpital se sont, au cours de la période récente, équipés de matériels de plus en plus importants, complexes et faisant appel à des connaissances relevant de domaines différents. Dans ce contexte en évolution constante, les activités sous-traitées varient selon les établissements rencontrés. Elles semblent être fonction :

- d'une politique délibérée de privilégier la sous-traitance ;
- des qualifications et compétences du personnel en place et des domaines non couverts.

Peut-être faudrait-il s'interroger sur l'incidence du type de l'établissement (CHR, HG...) et de sa vocation technique. La présence ou non d'un ingénieur bio-médical n'est certainement pas sans conséquence sur les choix effectués.

On est en présence de deux discours :

- les services techniques doivent assurer des prestations dans tous les domaines ;
- il est préférable de sous-traiter les activités liées au bâtiment et qui n'interviennent pas de façon directe dans le séjour du malade (activités traditionnelles du bâtiment : peinture, maçonnerie, etc.) et de se doter d'équipes d'agents qualifiés et polyvalents capables de suivre l'évolution technologique de l'hôpital (orientation électronique notamment), ce qui éviterait des contrats coûteux.

Dans les faits, il faudrait pouvoir examiner de plus près les pratiques de chaque établissement. Le recours à la sous-traitance cohabite avec des interventions faites par des équipes hospitalières.

Au total, le recours à la sous-traitance semble être un phénomène aléatoire et fragile. Il varie en fonction de l'évolution technologique générale et médicale et de l'évolution des qualifications du personnel présent à l'hôpital. Bref, il est fonction de l'orientation, de l'objectif que s'assignent les responsables d'un hôpital et des choix de gestion qu'ils effectuent.

La présence et la performance des entreprises qui se situent dans l'environnement géographique de l'établissement peuvent représenter sans doute un élément dans la décision de sous-traiter ou non.

(5) Qui connaît aussi une mutation due à l'évolution des matériaux de gros et second oeuvre.

3. L'évolution de l'activité médicale et des services médico-techniques

3.1. L'activité médicale

Les informations obtenues sont insuffisantes pour établir un bilan exhaustif des orientations prises. Les rapports d'activité indiquent une confirmation de la tendance à la baisse du nombre de journées d'hospitalisation, des entrées et du raccourcissement de la durée de séjour. En revanche, si pour le plus grand nombre, usagers et patients quittent plus vite l'hôpital, ce dernier tend à accueillir des "cas" de plus en plus lourds, malades très âgés, personnes atteintes de très graves traumatismes (accidentés), ou de handicaps chroniques... L'augmentation des dépendances et l'apparition de troubles associés (mentaux par exemple) sont souvent mentionnées.

Ceci contribue à modifier l'activité des soignants qui ont à faire face, simultanément, à une augmentation des actes techniques, à la difficulté d'établir des relations satisfaisantes avec les malades, soit en raison de l'organisation du travail, quand l'infirmier assure l'ensemble des soins pour la totalité des patients du service (6), soit parce que la rotation des usagers est rapide, soit, quand il s'agit des moyens et courts séjours, parce que la relation n'est pas toujours aisée à établir ou à assumer, ou parce qu'elle devrait faire appel à un travail d'animation, pour lequel les uns et les autres ne semblent pas préparés. A ceci viennent s'ajouter les contacts avec les familles qui peuvent aussi se révéler pesants ; les occasions où il faut rendre des comptes et faire la preuve de son efficacité tendent à devenir plus fréquentes.

Les changements de la "clientèle" et de son comportement interviennent à un moment où tous constatent que les infirmiers, les surveillants (voire les internes) accèdent à leur emploi relativement jeunes et sans avoir eu les moyens de tester l'orientation prise, sans être toujours pleinement assurés de leur choix professionnel. De plus, l'agencement du temps de travail pour trouver un juste équilibre entre une totale disponibilité et la préservation de la vie personnelle qui fait partie des aspirations majeures et légitimes, est malaisé à mettre en oeuvre.

On peut se demander si l'établissement des plannings qui paraît être une occupation primordiale pour les surveillantes n'explique pas en partie la désaffection - souvent signalée - pour les fonctions d'encadrement !

En bref, tous les efforts d'organisation qui tendent à libérer du temps pour les équipes soignantes, en les déchargeant de tâches annexes, en améliorant les circuits de distribution, etc. peuvent être inopérants - bien que nécessaires- dès lors que la fonction soins relève en partie d'une autre problématique.

Ainsi, la fragilité actuelle des personnels est sans doute à mettre en relation avec des phénomènes plus généraux qui touchent la formation initiale- en particulier avec cette "absence de projet des jeunes" qui induit, sinon une orientation par l'échec tout au moins une orientation souvent négative -, l'insertion dans la vie active et les incertitudes à travers lesquelles se construit un nouveau rapport au travail.

(6) Un autre type d'organisation tend à se mettre en place : il s'agit de la "sectorisation", qui vise à confier à une équipe d'infirmiers et d'aides soignants, un nombre plus limité de malades. Mais, il semblerait que ce mode de prise en charge ne soit pas toujours apprécié par les intéressés.

3.2. les services de laboratoire

Depuis longtemps automatisés, les services de laboratoire observés, dans le cadre de cette enquête, vont passer à l'informatisation de leurs activités.

Les remarques suivantes concernant le personnel s'appuient sur un de ces services, pris à titre d'exemple.

Le laboratoire comprend trois unités : l'hématologie, la bactériologie, la bio-chimie.

Cette dernière unité se caractérise par des équipements autorisant une certaine performance - un appareil assure 50 % de l'activité, avec une seule laborantine - et un travail de série, impliquant le collationnement et le recopiage de résultats. Les deux autres unités font appel à un travail plus manuel et à des capacités en matière d'appréciation des résultats.

L'accroissement des examens (7) a conduit à spécialiser les laborantines dans les années 1975. Toutefois, une certaine polyvalence a été maintenue entre les deux premières unités, pour assurer les remplacements. Ainsi, sur les vingt-sept techniciennes de ces deux unités, les trois quarts sont interchangeables.

En ce qui concerne la bio-chimie, les techniciennes alternent chaque semaine sur les postes de travail (pour maintenir leur intérêt et éviter la répétitivité).

Chacune des unités est encadrée par une surveillante qui organise le travail et gère le personnel, tout en continuant à effectuer des analyses. Cette fonction est la seule promotion possible pour une population jeune et bien qualifiée (Bac + 2).

Le secrétariat est commun : il comprend quatre postes de secrétaires, dont deux de secrétaires médicales, que se partagent sept personnes. La charge de travail est très importante. Dans ce domaine l'informatisation devrait pouvoir beaucoup apporter.

De façon générale, les résultats escomptés sont les suivants :

- augmenter la sécurité (diminution des risques d'erreurs dans la transcription et la transmission des informations qui pourraient s'effectuer par l'intermédiaire de l'ordinateur central que les services pourraient directement interroger) ;

- gagner du temps, en supprimant des tâches fastidieuses, au bénéfice d'un travail plus intéressant (consultation et comparaison avec les résultats antérieurs, confrontation des différents résultats...).

Il n'est pas prévu de limiter les effectifs mais d'utiliser autrement les compétences si la charge de travail devait se réduire dans certains de ces aspects. Ainsi, lors de l'acquisition d'équipements plus automatisés libérant du temps, le laboratoire a fabriqué ses réactifs et réalisé des économies sur son budget de fonctionnement. Il s'engage et engage le personnel dans la maintenance

(7) Les responsables des laboratoires s'efforcent de contrôler cette progression, notamment en intervenant auprès des jeunes internes des services des urgences, qui, à la fois pour des raisons de sécurité et d'école, pratiquent le systématisme des prescriptions.

des équipements. De même, l'organisation du service peut être mieux adaptée aux à-coups de la demande tout en favorisant l'aménagement des temps partiels.

Mais en tout état de cause, cette nouvelle façon de travailler ne sera pas créatrice d'emplois dans le meilleur des cas (8).

Ceci renvoie à un problème - peut-être local - du nombre élevé d'institutions préparant au métier de laborantin, dans une région qui offre des débouchés apparemment limités.

Comme il a été dit plus haut, toutes les techniciennes sont de niveau III. Le laboratoire n'a pas l'emploi de personnels à d'autres niveaux (niveau IV-Bac F7 par exemple) en dehors d'un poste commun confié à quelques ASH pour la vaisselle et le ménage.

3.3. Les services de radiologie

En dehors des CHU, disposant déjà d'un plateau technique bien développé, la mutation technologique de l'imagerie médicale ne manquera pas d'avoir des incidences sur l'activité des autres établissements. S'ils correspondent à des structures ne devant pas avoir accès à ces techniques, les services existants de radiologie conventionnelle risquent, à terme, de connaître un certain dépérissement, et une césure pourrait s'introduire dans le corps des radiologues et des manipulateurs qui ne pourront pas évoluer, faute de pouvoir pratiquer et apprendre l'usage d'équipements totalement nouveaux.

Dans les établissements, type hôpital général, où des installations (scanner, angiographie numérisée) sont prévues (9), pour être à la disposition non seulement des services de l'hôpital, des consultations externes mais aussi des médecins de ville, les problèmes les plus immédiats qui se posent concernent la formation des médecins et celle des manipulateurs.

En effet, les médecins en place n'ont pas eu, pendant leurs études, d'enseignement correspondant à ces équipements et n'ont pas eu non plus l'occasion d'acquérir une expérience concrète de leur manipulation. Les disciplines fondamentales (physique, bio-physique, informatique) sur lesquelles s'appuie la production des images, et qui autorisent des investigations de plus en plus sophistiquées, vont conduire probablement à une redéfinition de la spécialité. Mais par rapport au thème central de l'étude, ce qu'il convient de souligner c'est à la fois la certitude de l'ouverture spectaculaire que constitue le couplage de l'image et de l'informatique, entraînant dans son avancée, le développement de l'informatisation médicale (transmission, comptes rendus, archivage) et le flou quant aux conséquences prévisibles en termes d'emploi et de qualification (10).

Parmi les personnels actuels du service considéré, seuls les jeunes manipulateurs, techniciens diplômés (les deux tiers des effectifs) sont jugés aptes à s'adapter, c'est-à-dire à s'engager dans un processus de formation d'autant plus

(8) Dans un autre établissement, on prévoit que "l'informatisation des laboratoires aura des incidences importantes sur la répartition du travail... et permettra une nouvelle donne... entre ceux qui sont en première ligne et les services spécialisés qui sont derrière..."

(9) C'est le cas d'un des établissements enquêtés qui sert ici d'exemple.

(10) Selon l'avis des constructeurs, la substitution d'un département d'imagerie aux services actuels de radiologie devrait modifier en profondeur les attributions entre les médecins radiologues et les médecins spécialistes. Cette orientation implique également d'avoir une vision globale des besoins et des préoccupations gestionnaires en matière de rentabilité des équipements en raison des coûts à supporter (installation et maintenance).

nécessaire que l'on peut prévoir que le rôle du médecin et celui de son auxiliaire risquent d'être imbriqués ; le tiers restant, formé sur le tas, n'a pas les connaissances de base qui pourraient lui permettre d'acquérir une nouvelle qualification.

Les aides-manipulateurs se confondent avec les brancardiers. Dans un autre domaine, les secrétaires seraient, elles aussi, compétentes pour oeuvrer dans un type de secrétariat qui, par le biais de la bureautique et de l'informatique, participerait à l'expansion du service.

Comme pour les manipulateurs, la compétence est associée à la capacité de se former et à l'intérêt offert par les possibilités de progrès dans la profession ou la fonction.

Conclusion : les effets contradictoires de la rationalisation de l'hôpital

"Pourtant, à la Direction des hôpitaux, la politique du redéploiement, à court ou à long terme, à l'échelon d'un établissement ou à celui d'un département, semble être affirmée, avec beaucoup de vigueur, comme seule capable de résorber les inégalités existantes et de conduire à une redistribution des effectifs sans augmenter les dépenses de santé" (11).

"Dans notre établissement, le redéploiement a atteint ses limites" (12).

Par rapport à ces propositions contradictoires, on peut faire les remarques suivantes :

Des mouvements de personnel ont eu lieu dans le cadre de réorganisations partielles ou générales. Ils se sont matérialisés par des changements du lieu d'exercice de l'activité et par son encadrement. Ils se sont fondés sur le principe du volontariat, ils ont été l'occasion d'une sélection (tests des motivations) et d'une formation sanctionnée par des examens internes ; les agents concernés(13) ont bénéficié d'aménagements statutaires, propres à l'établissement (correspondant, par exemple à la création de la catégorie AS-brancardier, de la fonction aide-hôtelière...), de changements de catégorie (OP3 promu OP2), ou d'aménagements d'horaires.

Leur affectation à une fonction centralisée (stérilisation, distribution, entretien...) n'a pas été sanctionnée, au niveau des services, par une diminution des agents présents (sauf pour les consultations externes, dans ce cas, les secrétaires médicales ont été regroupées), ceci pour différentes raisons :

- l'établissement, au moment de sa réorganisation, pouvait se trouver dans une situation difficile, quant au nombre, à la qualification et la position de ses personnels (ainsi, la pratique du recours à un nombre très élevé d'auxiliaires au statut précaire a pu être ramenée à de plus justes proportions) ;

- la fonction créée correspond à une nouvelle charge de travail, insuffisamment évaluée jusqu'alors (l'aide-hôtelière, correspondante des services généraux et économiques) ;

(11) D. Tonneau, Les conditions de travail en milieu hospitalier. Des intentions difficiles à mettre en pratique, Ecole supérieure des Mines de Paris ; Centre de gestion scientifique, avril 1985.

(12) Plusieurs directeurs d'établissements, enquête CEREQ ; octobre-novembre 1985.

(13) Principalement des ASI, ASH, OP, AS.

- les prestations offertes par les services étaient très insuffisantes, soit en qualité, soit par rapport à des interventions nouvelles liées au développement de la technicité (maintenance des équipements et informatique) ;

- la modernisation n'entraîne pas toujours une réduction des effectifs. Ainsi, la liaison froide, dans la restauration, suppose la mise en oeuvre d'une chaîne de conditionnement.

Au total, à effectifs constants dans la plupart des cas, ou avec des renforts pour pallier les retards et les déséquilibres de l'activité générale, les hôpitaux ont dû réaliser une mise à niveau et de leur personnel, et des fonctions de soutien, pour les revaloriser, améliorer les prestations et dégager du temps pour les soignants. C'est ainsi, que l'on pourrait caractériser l'étape actuelle de leur fonctionnement.

Cette remise en ordre a eu principalement pour objectifs une lutte contre un travail non productif (dispersion des agents, circuits non rationnels, défauts d'encadrement), une lutte contre un temps mal employé (tâches inutiles, répétitives, coûteuses en main-d'oeuvre) devant permettre de dégager du temps utile (réduction des déplacements, des manipulations...) pour améliorer les conditions d'exercice de la fonction soin, une lutte pour l'économie des dépenses en consommables (produits pharmaceutiques, produits d'entretien, denrées diverses) ; ceci suppose donc un développement de la gestion, son intégration à l'activité quotidienne, à tous les niveaux de celle-ci (déconcentration de la gestion, "responsabilisation" des personnels).

Elle a sur l'emploi des effets contradictoires : elle se traduit par une revalorisation des fonctions considérées jusqu'alors comme secondaires, elle élargit la qualification en lui donnant une connotation "relationnelle" et "économique", en modifiant la nature des capacités requises (progression des tâches plus "intellectuelles" : aptitude à l'analyse, à l'expression orale et écrite, à l'évaluation par rapport à la simple exécution matérielle), elle privilégie l'adaptabilité et la polyvalence ; elle est aussi créatrice de moyens renforcés de contrôle, tend à une intensification du travail et à une diminution à terme des emplois dits de production, au bénéfice d'activités se situant en amont : organisation, gestion, études, formation.

De fait, ce premier aménagement a suscité un effort important dans le domaine des études, dans la préparation, la sensibilisation du milieu tout entier, dans l'affectation et la formation des agents qui ont été "mobilisés" à cette occasion, et son inscription dans une durée.

D'où une première notion : le redéploiement, loin d'être une simple redistribution des effectifs, implique toute une stratégie complexe, une réorganisation de l'espace de travail, et le réaménagement, dans ce nouvel espace, des postes de travail, de leur contenu, des équipes et des individus. Ceci, au niveau d'un simple établissement, et pour des fonctions non soignantes : on est, ainsi, en droit de penser que les stratégies à trouver sont encore plus compliquées et délicates pour la fonction soignante d'une part et pour créer une mobilité entre les établissements d'autre part.

Autre notion : si cette première "mobilisation" a pu rencontrer l'adhésion du personnel parce qu'il a pu en tirer un léger gain et obtenir une reconnaissance quant à sa force de travail et sa place dans l'institution, ce même personnel a également pris conscience que travailler plus ou travailler mieux peut avoir pour conséquence de supprimer des emplois et réduire les chances de promotion.

Or, le blocage des carrières, l'absence de débouchés interviennent à un moment où les écarts entre les catégories, suite à l'élévation des niveaux de formation initiale, tendent à diminuer. Ceci s'accompagne d'une interrogation sur la division du travail et sur le rôle de la hiérarchie.

En bref, si l'on considère que les hôpitaux sont à l'orée d'une réorganisation encore plus importante avec l'informatisation de leur activité, **c'est sans doute dans le domaine de l'organisation sociale qu'il faudra principalement porter les efforts d'innovation ; une approche strictement réglementaire ou économique, en termes de statuts, de contenus d'emplois et d'effectifs à ajuster a pour limite la nature particulière et évolutive de l'activité médicale et la fragilité des outils destinés à la mesurer.**

CHAPITRE II

L'EVOLUTION DE L'EMPLOI HOSPITALIER DU SECTEUR PUBLIC

Etude statistique

Chaque année, le personnel hospitalier fait l'objet d'un recensement effectué dans les établissements, par fonction ou profession et par type d'emploi ou grade. L'étude des données statistiques ainsi recueillies et rassemblées permet de suivre le mouvement des effectifs ; elle donne des indications sur l'accroissement ou la réduction numérique que connaissent les fonctions et les emplois dans les institutions de soins.

En prenant quelques précautions, en raison des changements au fil des ans - intéressants en soi, à observer - dans l'aménagement des nomenclatures et dans le mode de classement des agents, il est possible d'appréhender le développement respectif des groupes et catégories professionnels mobilisés par chaque grand secteur d'activité.

Dans ce chapitre, on examinera dans quelle mesure les chiffres dont on dispose apportent un éclairage (et lequel) sur la transformation des domaines d'activité. Parmi ceux-ci on s'efforcera de cerner la place et les traits distinctifs des services logistiques.

Il comprend trois sections, la première est consacrée à l'examen du mouvement d'ensemble du personnel hospitalier, la deuxième à l'étude de chacune des fonctions auxquelles ces agents sont affectés, la troisième rassemble les informations et conclut.

Tableau 1
Répartition du personnel hospitalier non médical par grandes catégories
(1985)

GRADE ET EMPLOI	EFFECTIFS EN MILLIERS	EN %
Personnel administratif	63,5	10
Personnel soignant	421,1	67
Personnel médico-technique	43,6	7
Personnel technique	98,7	16
Ensemble du personnel non médical	626,9	100

Source : ADERSA, P. Anglard et F. Gendreau, op. cit.

Tableau 2
Evolution du personnel médical exerçant à l'hôpital public
(1972 - 1982)

ANNEES CATEGORIES	1972	1982	1982/1972 BASE 100 : 1972
Ens. des praticiens hospitaliers	23 412	47 234	202
Dont praticiens plein temps	7 314	18 274	250
Dont attachés et praticiens temps partiel	16 098	28 960	180
Internes	7 549	15 230	202
Médecins titulaires et autorisés des hôpitaux locaux	2 718	3 229	119

Source : SESI - MASSN, D. Douxami, op. cit.

SECTION I

LE MOUVEMENT D'ENSEMBLE DES EFFECTIFS
HOSPITALIERS DU SECTEUR PUBLIC

Les faits suivants sont bien connus, on les exposera rapidement en privilégiant deux périodes :

- la décennie écoulée 1972-1982 ;
- les années plus récentes de 1981 à 1985 (1).

Il semble, toutefois, difficile de ne pas rappeler l'importance et la régularité de l'accroissement de l'emploi hospitalier du début du siècle à nos jours. Dans la période la plus récente, entre 1950 et 1980, le personnel hospitalier (non médical) a vu ses effectifs quadrupler. Cette progression - même infléchie - a continué alors que les autres secteurs d'activité connaissaient, avec la crise, une baisse du nombre de leurs emplois.

C'est par rapport à ce contexte de développement remarquable qu'il faut conduire la réflexion sur la situation présente. A titre indicatif, d'après le dernier recensement des effectifs datant de décembre 1985, le personnel hospitalier - sans les médecins - s'élève à 626 900 agents, tous établissements d'hospitalisation publics confondus (tableau 1).

Par rapport à cet ensemble, les établissements d'hospitalisation publics employaient en 1985, 53 300 praticiens dont 78 % à temps plein et 24 330 internes (2).

(1) Les sources utilisées sont les suivantes :

Pour la période comprise entre 1964 et 1982.

. D. Douxami : "Dix années d'hospitalisation publique", SESI, ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale, Etudes statistiques n° 4, juillet-août 1984, Documentation Française.

. Bulletin de statistiques, supplément B1, février 1968, ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale.

. Bulletin de statistiques, n° 6, Tome B, 1973, ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale.

Pour la période, 1981-1985 : l'analyse a pris appui sur les travaux ci-après :

. P. Anglard, F. Gendreau : "Coûts des personnels à l'hôpital public", LOT. n° 2, mars 1986, ADERSA.

Pour le détail des méthodes employées, on peut se reporter aux documents cités. Il faut, cependant, souligner la rupture entre les deux séries de données. Les dernières intègrent le personnel des CHS (Centres Hospitaliers Spécialisés) non comptabilisé jusqu'alors.

(2) "Les établissements d'hospitalisation publics. Enquête H 80. Résultats nationaux : exercice 1985, 15 mai 1987", Informations rapides, n° 91. Service des statistiques, des études et des systèmes d'information, ministère des Affaires sociales et de l'Emploi.

Tableau 3
Evolution du personnel hospitalier non médical
(1964 - 1972)

Catégorie de personnel	1964	1971	1972	Evolution 72/64 Base 100 = 1964
Personnel de Direction et personnel administratif	13 510	25 069	27 667	205
Personnel des services médicaux	125 693	206 013	214 693	171
Dont infirmiers	(33 358)	(60 874)	(63 964)	192
Pers. technique de laboratoire, d'électro-radiologie, de pharmacie	5 953	11 850	12 966	218
Pers. services généraux	40 007	55 074	58 612	146
Totaux	185 163	298 006	313 938	169

Source : MASSN, Bulletin de statistiques, n° 6, tome B, 1973.

Tableau 4
Evolution du personnel hospitalier non médical
(1972 - 1982)

Catégorie de personnel	1972	1982	Evolution 82/72 Base 100 = 1972
Pers. Direction et Adminis.	27 667	53 864	195
Personnel infirmier	63 964	120 302	188
Sages-femmes	2 699	4 675	173
A.S.	62 758	118 542	189
A.S.H.	78 605	94 245	120
Pers. technique labo, radio pharmacie	12 966	26 405	204
Services généraux	56 019 (*)	84 502	151
Autres	9 260 (*)	-	-
Totaux	313 938	522 029	166

(*) La différence entre les effectifs des services généraux que l'on peut constater entre les tableaux 3 et 4 provient du fait que dans le tableau 3, le personnel des écoles et celui des services sociaux ont été comptabilisés dans cette catégorie. La catégorie "Autres" du tableau 4 correspond au changement dans la ventilation des effectifs.

Source : SESI - MASSN, D. Douxami, op. cit.

1. La décennie écoulée 1972-1982

- Forte progression du corps médical (tableau 2)

Le nombre de praticiens exerçant à l'hôpital public a doublé en dix ans. Pendant ce même temps, le nombre des internes a également doublé. Ce sont les praticiens "plein temps" et les attachés qui ont le plus bénéficié de cet accroissement de postes. Ainsi les médecins "équivalent temps plein" ont augmenté de façon régulière jusqu'en 1982, et leur croissance globale est de 150 %.

- Expansion considérable mais inégale des différentes catégories regroupant le personnel non médical (3)

Il est intéressant d'examiner ce mouvement en prenant comme point de repère les années qui précèdent la période considérée.

Entre 1964 et 1972 (tableau 3), le volume global de l'emploi a augmenté de + 69 %. Ce dynamisme a favorisé le personnel technique des laboratoires, de la radiologie et de la pharmacie et le personnel administratif dont les effectifs ont largement doublé. Les infirmiers suivent de près, avec une progression de 92 %. La progression la plus forte a eu lieu entre 1964 et 1971. Elle est moins importante entre 1971 et 1972.

Entre 1972 et 1982 (tableau 4), on note un léger tassement du nombre des emplois (+ 66 %). Malgré tout, le taux de progression du personnel technique (laboratoire, radiologie et pharmacie) est semblable à celui des médecins et à l'évolution antérieure : les emplois ont encore doublé dans cet espace de temps.

Ensuite, arrive en tête le personnel de direction et d'administration (+ 95 %), puis, pratiquement à égalité, les aides soignants (+ 89 %), le personnel infirmier (+ 88 %) et les sages-femmes (+ 73 %).

Les autres types de personnel ont vu leurs effectifs croître plus lentement : ainsi les agents des services généraux ont augmenté de 51 % et les agents des services hospitaliers, de 20 %.

Les mouvements sont plus contrastés si l'on observe la variation de leur taux moyen annuel de croissance (tableau 5).

La différence est sensible dès 1978, entre d'une part les personnels dont les effectifs continuent à progresser à un rythme égal : le personnel technique de laboratoire, radiologie, pharmacie, le personnel infirmier et les sages-femmes ; d'autre part ceux qui connaissent un fort ralentissement de leur expansion : le personnel de direction et d'administration, les aides-soignants ; enfin ceux pour qui la stabilisation voire la diminution de leurs effectifs sont manifestes : les agents des services généraux et les agents des services hospitaliers.

(3) Tous les agents sont comptabilisés quels que soit leur statut (auxiliaire, contractuel) et leur temps de présence.

Tableau 5
Variation du taux moyen annuel de croissance
du personnel hospitalier non médical

CATEGORIE DE PERSONNEL	1972/1978 tcam	1978/1982 tcam
Pers. Direction et Adminis.	9, 6	4, 8
Infirmier	7, 6	7, 4
Sages-femmes	5, 8	7, 4
A.S.	8, 6	5, 7
A.S.H.	3, 9	- 1, 5
Pers. technique labo, radio, pharmacie	8, 8	8, 4
Services généraux	6, 1	1, 6
Ensemble	7, 1	3, 7

Source : SESI - MASSN, D. Douxami, op. cit.

Tableau 6
Evolution du personnel hospitalier non médical
(1981 - 1985)

Catégorie de Personnel	Années					Croissance en % 1985/1981
	1981	1982	1983	1984	1985	
Personnel administratif	60 263	60 488	62 078	62 906	63 528	+ 5,4
Personnel inf. + para-médical	168 800	175 000	180 300	185 900	190 000	+ 12,6
A.S.	118 700	121 500	125 400	128 800	130 700	+ 10,1
A.S.H.	112 900	103 600	105 700	103 000	100 400	- 11,1
Personnel médico-technique	37 682	39 066	41 115	42 763	43 584	+ 15,7
Personnel technique	99 431	98 488	100 100	99 257	98 749	- 0,7
TOTAL (en millier)	597,8	598,2	614,7	622,6	626,9	+ 4,9

Source : ADERSA, P. Anglard et F. Gendreau, op. cit.

2. La période actuelle, de 1981 à 1985

Elle est marquée par un faible accroissement des effectifs qui contraste avec la décennie écoulée (4).

- **Le personnel hospitalier non médical** : tous emplois confondus, le taux de progression pendant la période considérée est de 4,9 % (tableau 6). Ce résultat doit être mis en relation avec l'élévation, depuis la fin des années 70, du nombre d'emplois à temps partiel. Dans cette étude, le parti a été pris de considérer les emplois indépendamment de la durée de travail. Mais nul doute, comme l'indique un document du Commissariat Général du Plan de janvier 1985, que "*la progression de la réduction du temps de travail*" (RTT) dans les commerces et les services a agi comme un multiplicateur de créations d'emplois et qu'elle a "*joué un rôle très significatif dans la création d'emplois et dans le freinage de la montée du chômage*". En d'autres termes, des effectifs plus nombreux ne correspondent pas forcément à une "force de travail" supplémentaire. En revanche, de nouveaux problèmes d'organisation de l'activité et de gestion du personnel peuvent naître de cette pratique. Celle-ci mériterait un examen approfondi. Quoi qu'il en soit, l'accroissement global des effectifs masque des mouvements différenciés. En quatre ans, le personnel médico-technique a vu ses effectifs croître de 15,7 %. Ensuite, c'est le personnel infirmier et para-médical qui a le plus augmenté (12,6 %) ainsi que les aides soignants (10,1 %). La croissance du personnel de direction et d'administration s'est ralentie (5,4 %). En revanche, le nombre des agents des services généraux et des services hospitaliers a diminué, de - 0,7 % pour les premiers et - 11,1 % pour les seconds (5).

- **Le personnel médical** : faute de pouvoir s'assurer de résultats fiables, l'évolution du nombre de praticiens exerçant à l'hôpital public n'a pas été plus étudiée dans ce rapport. En effet, selon les sources statistiques, les évaluations montrent des divergences dans le mode de comptabilisation du corps médical ce qui rend difficile les comparaisons.

L'évolution des effectifs des praticiens exerçant à l'hôpital public est consignée dans le tableau 7 qui a été établi à partir des données du SESI (6).

On se limitera à observer la progression constante des effectifs du corps médical. Comme pour le personnel non médical, l'année 1978 a marqué une différence dans le rythme de croissance : ce dernier s'est affaibli jusqu'en 1983. Depuis cette date, le nombre des praticiens tend à s'élever et à retrouver les taux de développement précédents.

(4) Cf. ADERSA, Anglard et Gendreau, op. cit.. On remarquera que cette série qui part de 1981 recouvre en partie la précédente (1972-1982). Elle s'en différencie en prenant en compte le personnel des CHS.

(5) Par rapport à la RTT, on citera la remarque suivante : "La proportion des agents à temps partiel augmente pour toutes les catégories d'agents. Pour ceux d'entre eux qui sont les plus qualifiés (sages-femmes, infirmiers, aides-soignants, personnels techniques de laboratoire), on constate simultanément une légère augmentation des effectifs plein temps, alors que c'est la tendance inverse que l'on observe pour les personnels moins qualifiés". *Informations rapides*, n° 61, 15 novembre 1985, Service des Statistiques, des Etudes et des Systèmes d'information, ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale.

(6) *Informations rapides*, n° 61 et n° 91, op. cit.

Tableau 7
Evolution du personnel médical exerçant à l'hôpital public
(1982 - 1985)

Années Statut et tous établis. (1)	1982	1983	1984	1985	Evolution 1985/1982 %
Médecins et biologistes . à temps plein	18 374	19 209	19 851	20 592	12,1
. à temps partiel	5 583	5 517	5 584	5 808	4,0
Attachés	23 565	23 636	24 484	26 900	14,2
Sous total	47 522 (2)	48 362	49 919	53 300	12,2
Internes et F.F.	15 342 (2)	15 157	19 107	24 330	58,6
Total	62 864	63 519	69 026	77 630	23,5

Source : SESI - MASE, Informations rapides n° 61 et n° 91, op. cit.

(1) A l'exclusion des médecins exerçant dans les hôpitaux locaux.

(2) Selon les documents utilisés, le nombre de praticiens est légèrement différent (cf. tableau 2).

Tableau 8
Variation du taux moyen annuel de croissance
du personnel médical exerçant à l'hôpital public

Statut et tous établissements (1)	1972-1978 tcam (2)	1978-1982 tcam (2)	1982-1985 tcam (3)
Ensemble des médecins et biologistes	8,4	5,6	3,9
Ensemble des internes	9,0	4,8	17,4
Total des praticiens	8,5	5,4	7,4

(1) A l'exclusion des hôpitaux locaux.

(2) Source : SESI - MASSN, D. Douxami, op. cit.

(3) Source : SESI - MASE, Informations rapides n° 61 et n° 91, op. cit.

Tableau 9
Variation du taux moyen annuel de croissance
Personnel médical - Personnel non médical

Catégorie	1972-1978 tcam (1)	1978-1982 tcam (1)	1981-1985 tcam (2)	1982-1985 tcam (3)
Personnel non médical	7,1	3,7	1,2	(4)
Personnel médical	8,5	5,4	(4)	7,4

Source : (1) SESI - MASSN, D. Douxami, op. cit.

(2) ADERSA, op. cit. (y compris le personnel des CHS).

(3) SESI - MASE, Informations rapides n° 61 et n° 91, op. cit.

(4) Données non communiquées ou non exploitées.

On peut également noter la forte augmentation du nombre des internes en 1984 et en 1985, inhérente à la réforme de l'internat (7) (voir tableau 8).

- Globalement, depuis 1972, le **personnel non médical**, toutes catégories confondues, connaît une décélération du mouvement de l'emploi. Mais il s'agit d'un ensemble hétérogène du point de vue des activités et des qualifications. On a pu vérifier qu'au cours de ces dernières années, le personnel technique des laboratoires, puis les infirmiers et les aides-soignants continuaient à voir leurs effectifs croître. Sans doute, est-il possible de mettre en relation ce constat avec la régulière progression des praticiens (tableau 9).

* *
*

On retiendra, de ce bilan statistique, le fort mouvement créateur d'emplois - et, le plus souvent, d'emplois très qualifiés - qui a accompagné, de façon cohérente, l'aménagement des établissements hospitaliers à partir des années 1970. Celui-ci a consisté à moderniser les bâtiments existants, à ériger des constructions répondant à des normes innovantes, destinées à l'hospitalisation et/ou aux services annexes, à pourvoir en équipements modernes les services médicaux et médico-techniques (plateaux techniques) et aussi à revoir les installations des services abritant les activités de "soutien". Il n'y a pas eu de création d'entités juridiques nouvelles, le nombre des institutions est resté pratiquement identique. L'objectif recherché n'a pas été l'augmentation de la capacité d'accueil, en termes de lits ; en revanche, il y a eu redistribution de ceux-ci entre les spécialités et les différents types de séjour, de manière à orienter l'activité de façon privilégiée vers le soin intensif, l'acte technique, en opposition à un hébergement dit "social".

L'accroissement du personnel médical, du personnel soignant et médico-technique correspond bien à cette tendance de l'évolution.

La mise en conformité des locaux, souvent vétustes, avec le développement des technologies médicales et avec les exigences de l'organisation (accueil, circulation, conditions de travail...), les mesures en vue d'améliorer le confort hôtelier des usagers ont nécessité des travaux importants, étalés dans le temps. Les délais entre la conception et la réalisation, le découpage de celle-ci en tranches ont eu pour effet de conduire à des situations où les prévisions ont été parfois dépassées par des changements de toute nature, technique ou organisationnelle, ainsi le succès de certains modes d'hospitalisation partielle, l'hôpital de jour par exemple. Cette remarque pour souligner que si le gros des travaux architecturaux a bien été effectué, les hôpitaux semblent confrontés, en permanence, à un réajustement parfois difficile de leurs structures ; en effet, ils ont à s'adapter d'une part, à l'évolution des pratiques médicales et soignantes, d'autre part aux caractéristiques de la population traitée et à l'attente de celle-ci à leur égard.

Par rapport à la fonction médicale et soignante, comment les **fonctions logistiques** ont-elles participé, participent-elles à ce renouvellement de l'activité hospitalière ? On peut noter que leurs effectifs se sont vite stabilisés et que pour certains d'entre elles, ils sont en diminution. Ainsi, se modifient les relations entre les grandes catégories professionnelles. En premier lieu, la **relation**

(7) Création de la catégorie "internes en médecine générale".

numérique. Entre 1972 et 1982, l'écart (en nombre d'agents) entre la "profession" soignante (infirmiers et para-médicaux) et la "profession" direction-administration tend à croître, au profit de la première. Cette tendance se confirme entre 1982 et 1985 (8). De même, le "poids" des soignants par rapport à celui des personnels des services généraux augmente régulièrement depuis 1972 jusqu'en 1985. En second lieu, la relation entre les niveaux de qualification : le groupe professionnel des infirmiers, para-médicaux et médico-techniques constitue un ensemble homogène du point de vue de la formation initiale (9). Il ne semble pas que les services administratifs, techniques, généraux aient bénéficié d'un apport comparable en personnel qualifié.

Sans doute, la montée en charge du travail et des compétences dans les différentes fonctions, soignantes et logistiques, obéit-elle à des logiques spécifiques. L'activité croissante dans les domaines couverts par ces dernières peut être absorbée par l'automatisation, l'informatique, la rationalisation du travail et/ou le recours à la sous-traitance.

Ceci étant posé, on peut énoncer les hypothèses suivantes :

- la lente érosion qui frappe certaines catégories va-t-elle se poursuivre ?
- peut-on prévoir son incidence sur l'économie générale de l'emploi hospitalier et ses effets dans la façon de conduire et de gérer "un groupe social" dont la composition n'est plus la même ?
- les changements quantitatifs correspondent-ils à un nécessaire réaménagement de la structure de qualification, à l'intérieur de chaque "profession", pour en élever le niveau ?

C'est l'objet de ce rapport d'examiner plus en détail ces questions, de préciser et d'expliquer - si possible - la nature des phénomènes observés, dans leur particularité et leur relation réciproque.

(8) Ce constat est effectué tous établissements confondus. Il doit être révisé si l'on raisonne par type d'hôpital. Il reste valable pour l'ensemble des centres hospitaliers régionaux (CHR) et centres hospitaliers généraux (CHG) (tout au moins, pour les plus importants de ces derniers). Il ne l'est plus pour les hôpitaux locaux et hôpitaux ruraux (HL-HR) : la différence numérique entre le personnel soignant et personnel de direction/administration est bien moindre et les agents des services généraux l'emportent en nombre sur le personnel infirmier.

(9) Bac + 3 années. La présence des médecins accentue encore la qualifications élevée de l'équipe médicale et soignante.

SECTION II

L'ANALYSE DE LA STRUCTURE DE QUALIFICATION
PAR GRANDES FONCTIONS

Cette analyse va porter successivement sur la fonction soignante, la fonction "direction et administration" et la fonction "technique", considérées du point de vue du nombre et de la qualité - au sens réglementaire du terme - de leurs agents. En ce sens, la notion de fonction coïncide avec celle de profession.

Elle se décompose en trois phases : la première a pour objet d'aborder les problèmes de définition, liés aux nomenclatures mais aussi aux choix opérés et aux inévitables exclusions. Elle permet d'évoquer, le cas échéant, les questions que posent les changements d'appellation et de classement sans toutefois prétendre les examiner en profondeur ; la deuxième traite du mode de développement, en comparant la période la plus récente (1981-1985) à celle qui la précède, soit 1972-1979, soit 1972-1982 (10). Pour la fonction administrative et la fonction technique, le mouvement des agents est saisi au niveau de l'emploi ou du grade. Il est étudié, tous établissements confondus, puis par type d'établissement (11) ; la troisième opère le passage entre l'emploi et le niveau de formation.

La dernière remarque a pour but de rappeler l'utilisation de deux sources de données différentes, pour les périodes observées. Entre les informations du Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (SESI) du ministère des Affaires sociales et de l'Emploi et celles de l'ADERSA, il y a une cohérence globale mais pas de stricte correspondance entre grands types de professions en raison du regroupement différent des emplois qui s'y rattachent (voir encadré page suivante).

Enfin, on rappellera que les emplois sont caractérisés par le niveau de formation scolaire qui commande leur accès ; pour ce faire, on a utilisé la nomenclature de l'Education nationale - pratique qui tend à se généraliser -, on pourra donc se reporter à celle-ci placée dans la présentation de ce document.

(10) Les données du ministère ne permettent pas pour les années 1980 et 1981 de descendre au niveau de l'emploi ou du grade, dans toutes les fonctions.

(11) Pour mémoire, les établissements - ou entités juridiques - se répartissent entre quatre groupes distincts :

- les CHR ou Centres hospitaliers régionaux ;
- les CH ou Centres hospitaliers qui comprennent les Centres hospitaliers généraux, les Centres hospitaliers, les Centres hospitaliers spécialisés (autres que psychiatriques), Etablissements nationaux sanitaires ;
- les H ou Hôpitaux locaux ou ruraux et les autres établissements. Cet ensemble correspond au champ de l'enquête statistique annuelle H 80.

A ces quatre groupes, il convient de rajouter :

- les CHS ou Centres hospitaliers spécialisés psychiatriques, pris en compte dans l'échantillon de l'ADERSA.

NOMENCLATURE DU MINISTERE

4 grands types de personnel :

1. PERSONNEL ADMINISTRATIF

Personnel direction
 Personnel administration
 Personnel des écoles de cadres
 et des écoles préparant aux
 professions para-médicales

2. PERSONNEL SOIGNANT
ET EDUCATIF

Pers. des services médicaux
 Sages-femmes
 Psychologues
 Pers. éducatif
 Assistantes sociales

3. PERS. MEDICO-TECHNIQUE

Pharmaciens
 Pers. des services de pharmacie
 de laboratoire et d'électro-
 radiologie

4. PERSONNEL TECHNIQUE

Pers. des serv. techniques
 Pers. des serv. informatiques
 et organisation
 Pers. des services ouvriers,
 du parc automobile et du
 service intérieur

NOMENCLATURE ADERSA

6 grandes professions (1) :

1. PERSONNEL ADMINISTRATIF

Personnel direction
 Personnel administration
 -
 -

2. PERS. INFIRMIER
ET PARAMEDICAL

Pers. des services médicaux
 Pers. des écoles de cadres et
 des écoles prép. aux prof.
 para-médicales
 Pers. para-médical

3. AIDES SOIGNANTS (AS)

4. AGENTS DES SERVICES
HOSPITALIERS (ASH)

5. PERS. MEDICO-TECHNIQUE

Pharmaciens
 Pers. des serv. de laboratoire
 et d'électro-radiologie
 Sages-femmes
 Psychologues
 Pers. éducatif
 Assistantes sociales

6. PERSONNEL TECHNIQUE

Pers. des serv. techniques
 Pers. des serv. informatiques
 et organisation
 Pers. des services ouvriers,
 du parc automobile et du
 service intérieur

(1) "Une profession est définie comme un ensemble de grades regroupés selon une approche fonctionnelle", P. Anglard, J.L. Lumineau, C. Mermillod. La construction des indices de prix des facteurs de production de l'hôpital public, ADERSA, article non publié, présenté au colloque des Statistiques des Affaires sanitaires et sociales, Nantes, 4-5 juin 1986.

1. La fonction soignante

1.1. Présentation, définition, points de repère

Dans la nomenclature H80, la fonction soignante correspond au personnel des services médicaux ; celui-ci comprend quatre sous-groupes :

a) infirmier et personnel d'encadrement ;

b) aide-soignant ;

c) agent des services hospitaliers ;

d) autres personnels des services médicaux : orthophoniste, orthoptiste, diététicien, masseur kinésithérapeute, ergothérapeute, pédicure, psychorééducateur, autres emplois...

Dans le groupement opéré par ADERSA, le personnel infirmier et para-médical rassemble les deux sous-groupes a + d auxquels vient s'ajouter le personnel des écoles de cadres et des écoles préparant aux professions para-médicales. b et c sont traités chacun comme groupe en soi.

De toutes les manières, quelle que soit la nomenclature, il est possible d'isoler chaque catégorie d'emploi.

Lorsqu'au début de ce chapitre il a été rappelé que le personnel soignant représentait 67 % des effectifs, soit 421 100 agents, il s'agissait de la fonction soignante dans son acception la plus large, soit les groupes a, b, c, d, plus le personnel des écoles de cadres et autres écoles.

On résumera également quelques uns des résultats indiqués dans les pages précédentes, concernant les récentes évolutions :

- entre 1964 et 1972, le personnel des services médicaux (les groupes a, b, c, d,) a vu ses effectifs passer de 125 693 à 214 693 (71 % d'augmentation). Pendant cette période, le nombre des infirmiers a pratiquement doublé (de 33 358 à 63 964) ;

- en 1982, il y avait 120 302 infirmiers (soit 88 % d'augmentation en dix ans) ;

- ils sont, en 1985, avec les para-médicaux (groupe d), 190 000 agents (12). Les aides-soignants ont connu une évolution quasi semblable. Il n'en est pas de même pour les ASH.

1.2. Le mode de développement

Le tableau 10 indique, en pourcentage, l'évolution respective des trois grandes catégories professionnelles contribuant à la fonction soin, au sens strict, soit l'ensemble des personnes travaillant dans les services d'hospitalisation et placées sous l'autorité des surveillants, à l'exclusion du personnel para-médical.

(12) Ce chiffre correspond à l'ensemble des établissements, y compris les CHS dans lesquels la profession infirmière est dominante par rapport aux aides-soignants et aux ASH.

Tableau 10
FONCTION SOIGNANTE
 Evolution de la structure de qualification
 tous établissements confondus (CHS exclus)
 (1972 - 1982)

ANNEES EMPLOIS OU GRADES	1972 Eff. en %	1978 Eff. en %	1979 Eff. en %	1981 Eff. en %	1982 Eff. en %
Infirmier *	31,2	32,9	34,2	35,6	36,1
A.S.	30,5	34,2	34,7	35,4	35,6
A.S.H.	38,3	32,9	31,1	29,0	28,3
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Soit le groupe a.
 Source : SESI.

Tableau 11
FONCTION SOIGNANTE
 Evolution de la structure de qualification
 tous établissements confondus (y compris CHS)
 (1981 - 1985)

ANNEES EMPLOIS OU GRADES	1981 Eff. en %	1982 Eff. en %	1983 Eff. en %	1984 Eff. en %	1985 Eff. en %
Infirmier + paramédical (1)	42,2	43,7	43,8	44,5	45,1
A.S.	29,6	30,4	30,5	30,8	31
A.S.H.	28,2	25,9	25,7	24,7	23,9
TOTAUX	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : ADERSA.

1.2.1. Evolution de la structure de qualification de l'équipe soignante, tous établissements confondus (CHS exclus)

- La période 1972-1982

Le tableau 10 appelle plusieurs remarques :

- en 1972, les ASH étaient plus nombreux que les infirmiers et aides soignants et les effectifs de ces deux derniers groupes étaient assez comparables, de l'ordre de 63 000 pour les infirmiers et 62 000 pour les aides soignants ;

- depuis 1979, ces rapports tendent à se modifier : on note la décroissance régulière des ASH, la stabilisation du nombre des aides soignants, lesquels en 1978 étaient numériquement plus importants que les soignants. La taille de ces deux groupes reste assez proche.

- La période 1981-1985

Ces tendances, amenuisement des ASH, stabilisation des aides soignants et expansion du corps professionnel des soignants, semblent s'affirmer, si l'on considère les résultats des travaux d'ADERSA (tableau 11), sous réserve des remarques faites plus haut (13) et en rappelant que le premier groupe comprend le personnel infirmier et le personnel para-médical. Dans ce cas, on a une définition un peu plus large mais qui reste pertinente de la fonction soin puisque l'on y intègre les kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, diététiciens, ergothérapeutes...

Au total, entre 1981 et 1985, le personnel infirmier et para-médical est passé de 168 800 agents à 190 000, il a progressé de 12,6 %. Les aides-soignants ont vu leurs effectifs augmenter de 10,6 % (de 118 700 à 130 700). En revanche, le nombre des ASH a chuté de 11 % ; ils ne sont plus que 100 400, en 1985 (14).

L'intégration des CHS dans l'ensemble des établissements n'a pas pour effet de modifier sensiblement les nouveaux rapports qui tendent à s'instaurer entre les trois catégories professionnelles.

On peut raisonnablement estimer que ces mouvements illustrent, de façon concrète, la politique mise en oeuvre par les infirmiers généraux, en accord avec les directeurs d'établissements, pour revaloriser le service infirmier. La création de la fonction "infirmier général" date de 1975, la loi sur la reconnaissance de la fonction "infirmier" et de son rôle propre, de 1978, la réforme des études infirmières, de 1979. Sans entrer dans le détail, rappelons quelques maîtres mots de l'orientation prise : l'extension du champ d'activité de l'infirmier "*comprenant, non seulement la maladie, mais aussi la santé et l'approche de l'homme, dans sa globalité*" (15), le rôle propre, avec sa méthodologie : la démarche de soins et son outil : le dossier de soin ; le travail accompli pour fixer la terminologie (16).

(13) Cf. note de bas de page précédente.

(14) Sur le rapport entre l'accroissement des effectifs et la réduction du temps de travail voir tableau 6 et la note de bas de page n° 5.

(15) Cf. "le dossier de soins n° 1, série soins infirmiers" - fascicule spécial - Guide du service infirmier. MASSN, Direction des Hôpitaux.

(16) "Terminologie des soins infirmiers n° 3, série soins infirmiers" - Guide du service infirmier, ministère des Affaires sociales et de l'Emploi, Direction des Hôpitaux.

Tableau 12
FONCTION SOIGNANTE
Répartition des effectifs par type d'établissement
(1985)

Etablis. Catégorie	C.H.R.		C.H.		H		HL/HR		C.H.S.		TOTAL
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	
Inf. para. médic.	64 731	34,1	52 123	27,4	22 162	11,7	3 430	1,8	47 552	25	189 998 100,0
A.S.	53 166	40,7	44 076	33,7	24 182	18,5	6 787	5,2	2 488	1,9	130 699 100,0
A.S.H.	37 781	37,6	30 290	30,2	18 012	17,9	9 230	9,2	5 091	5,1	100 404 100,0
TOTAL	155 678	37	126 489	30	64 356	15,3	19 447	4,6	55 131	13,1	421 101 100,0

Source : ADERSA, année de référence 1985.

Tableau 13
FONCTION SOIGNANTE
Taux de progression des effectifs de chaque catégorie professionnelle
par type d'établissement
(1981 - 1985)

Type d'établ. Catégories	C.H.R. %	C.H. %	H %	HL/HR %	CHS %
P. inf. et para-médical	11,7	15	19	33,5	7,1
AS	7,2	9,9	10,7	34,2	17,8
ASH	- 13,5	- 11,4	- 7,9	- 6,7	- 9,2
TOTAL	+ 3	+ 5,8	+ 7,2	+ 11	+ 5,8

Source : ADERSA.

Tableau 14
FONCTION SOIGNANTE
Evolution de la structure de qualification
par type d'établissement
(1981 - 1985)

Etablissements Catégories	C.H.R.		C.H.		H		HL/HR		C.H.S.	
	1981	1985	1981	1985	1981	1985	1981	1985	1981	1985
Inf. + para-médical	38,2	41,6 /	37,9	41,2 /	31	34,4 /	14,7	17,6 /	85,2	86,3 /
AS	32,9	34,1 /	33,5	34,8 /	36,4	37,6 /	28,9	34,9 /	4,1	4,5 /
ASH	28,9	24,3 \	28,6	24,0 \	32,6	28 \	56,4	47,5 \	10,7	9,2 \
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Source : ADERSA.

Cette politique a été accompagnée par des mesures de réorganisation plus générales : la création d'équipes centrales de distribution ou d'entretien, la sous-traitance d'une partie des activités de nettoyage ont permis sans doute, de dégonfler les effectifs d'ASH dans les services.

1.2.2. Evolution des effectifs par type d'établissement

En préalable il convient de préciser le mode de répartition des emplois entre les établissements (tableau 12). Les CHR, CH et CHS mobilisent 80 % des infirmiers, aides-soignants et agents des services hospitaliers. Ainsi, si l'on examine le groupe infirmier et para-médical, 34,1 % de ces agents travaillent en CHR, 27,4 % en CH, 25 % en CHS ; cet ensemble d'établissements emploie 86,5 % du personnel infirmier, les hôpitaux, les hôpitaux locaux et ruraux n'en emploient respectivement que 11,7 % et 1,8 %.

Les tableaux 13 et 14 montrent comment les trois parties composantes de l'équipe soignante (au sens d'ADERSA défini plus haut) se sont modifiées entre 1981 et 1985, et ce par type d'établissement.

La plus forte augmentation en personnel infirmier, para-médical et aide-soignant a eu lieu dans les hôpitaux locaux et ruraux - mais il s'agit, en nombre, d'effectifs limités (17). En 1981, le fonctionnement des services, dans ces hôpitaux, était en majorité assuré par les ASH (56,4 % des agents). Depuis cette date, on constate la régularité du décroissement de cette catégorie, au bénéfice des deux autres (18). Quelle peut en être la signification ? Ces établissements qui ont pour caractéristique de faire appel à la médecine de ville pour traiter leurs patients, ont-ils eu à faire face à une "médicalisation" de leur activité en rapport notamment avec le vieillissement de la population ou ont-ils eu à améliorer la qualité de leurs prestations selon des directives reçues ou sous la pression de la "concurrence" ?

Dans les autres types d'établissement, on peut vérifier la constance dans la politique observée à l'égard des ASH. Les CH et les H ont vu leurs effectifs infirmier, para-médical et aide-soignant croître plus rapidement que ceux des CHR. Ont-ils, pendant les années considérées - 1981-1985 - comblé un retard par rapport à ces derniers ? Ont-ils progressivement amélioré leur plateau technique, développé leur activité médicale et obtenu des moyens en personnel adaptés à une offre de soin plus techniquement diversifiée ?

Au total, depuis 1981, on remarque la croissance contenue des effectifs globaux. Les actions en vue de pourvoir les services en personnel plus qualifié ont pu cependant se poursuivre. Simultanément, elles ont visé à contenir l'expansion des aides-soignants et à restreindre la catégorie la moins qualifiée, celle des ASH. Ceci semble bien correspondre à une réorganisation de la structure soignante, mais sans que l'on puisse affirmer qu'en l'état elle satisfasse aux exigences de l'activité. En effet, les modalités de celle-ci se sont dans le même temps beaucoup modifiées. En faisant abstraction des principes que se sont fixés les infirmiers pour exercer leur pratique et en s'en tenant aux seuls éléments objectifs, on citera quelques traits de l'évolution (19) :

(17) Voir tableau 12, qui donne les effectifs réels, pour l'année 1985.

(18) Mais, en 1985, le nombre des ASH est encore de 47,5 % pour 34,9 % d'AS et 17,6 % d'infirmiers.

(19) Douxami, op. cit.

- la diminution du nombre d'infirmiers par praticien prescripteur d'actes médicaux (20) et de soins ;

- la diminution de la durée moyenne de séjour dans les services actifs induisant une intensification du travail ;

- de façon corollaire, l'augmentation de la capacité en lits, des entrées et du nombre de journées dans les services de moyen et long séjours ;

- l'apparition de nouvelles formes de distribution de soins.

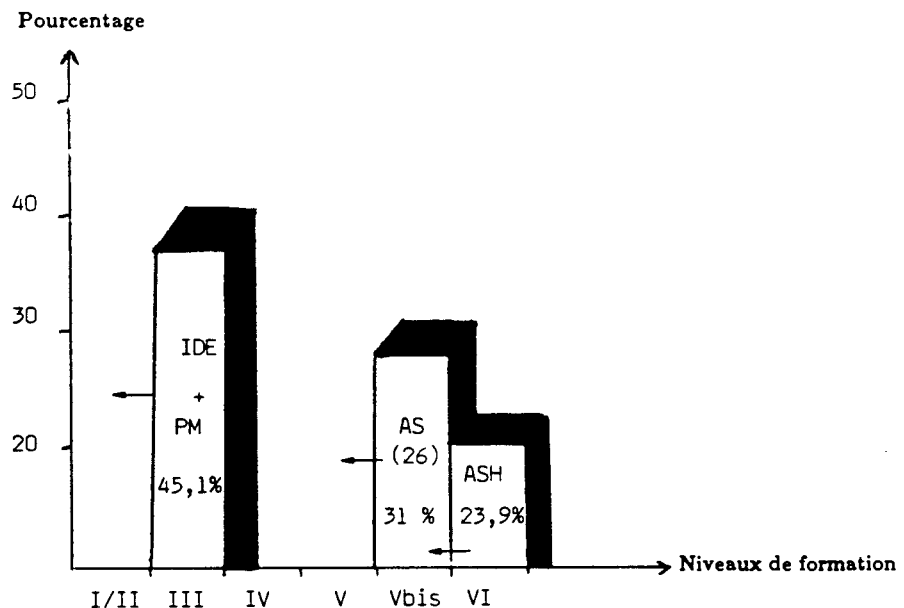
On comprend que les critères habituels de mesure de l'activité en termes de lits, de journées, de ratios simples (nombre d'infirmiers/nombre de lits, nombre de praticiens/nombre d'infirmiers...) paraissent peu satisfaisants pour évaluer une charge de travail qui tend à se diversifier qualitativement au sein de l'hôpital et entre les hôpitaux. La réflexion qui s'est engagée, un peu partout, sur ce thème en témoigne (21).

1.3. Classement des emplois et niveau de formation

L'accès aux emplois de la fonction soignante est lié à la possession de diplômes sanctionnant un cursus de formation.

De ce point de vue, le schéma 1 indique la structure de cette fonction en termes de niveau exigé pour occuper l'emploi (22).

Schéma 1
Répartition des effectifs de l'équipe soignante (en %) par niveau de formation. Année de référence 1985



Source : ADERSA, op. cit.

(20) Mesurés en lettres C, B, K, Z, ceux-ci ont montré une croissance régulière de 11 % environ par an, entre 1972 et 1979.

(21) En particulier, par un groupe de travail réuni sous l'égide de la Direction des Hôpitaux.

(22) Dans le classement en groupes de rémunération, l'AS est positionné comme l'OP3 (ouvrier sans formation). Il devrait donc être placé au niveau VI. Toutefois, l'accès au poste s'effectue après une année de formation et l'obtention du certificat d'aptitude à la fonction d'aide-soignant.

On peut noter la configuration de cette structure d'emplois, propre à l'activité hospitalière : l'absence de niveaux intermédiaires entre les plus qualifiés et les moins qualifiés (23), ces derniers étant numériquement les plus nombreux.

En ce qui concerne les individus eux-mêmes, on sait qu'une partie des candidats aux écoles préparant le diplôme d'Etat peut avoir entamé des études universitaires et que les infirmiers (quelques uns d'entre eux) s'inscrivent à l'université après leur diplôme pour poursuivre un enseignement supérieur.

De même, on peut énoncer une hypothèse suivant laquelle une fraction des ASH et des AS serait pourvue soit d'un BEP (préparatoire aux carrières sanitaires et sociales), soit d'un diplôme équivalent ou même supérieur au baccalauréat.

Ainsi, on assisterait à un (léger ?) décalage (que montrent les flèches du schéma) entre la grille des emplois, définie statutairement et le bagage scolaire réel de la population employée. Ce décalage, s'il se vérifiait, irait dans le sens d'une progression de la qualification globale de l'équipe soignante, mais indiquerait-il une atténuation ou le maintien de la disparité de niveau entre les catégories professionnelles ? Les informations dont on dispose ne permettent pas une mesure plus précise de cette évolution.

2. La fonction direction-administration

On a évoqué dans le chapitre précédent, l'essor de cette fonction qui s'est traduit par un doublement de ses effectifs une première fois, entre 1964 et 1972, puis par un mouvement pratiquement identique entre 1972 et 1982.

Par rapport à l'ensemble des emplois hospitaliers, l'importance numérique de ce personnel a régulièrement progressé jusqu'en 1976 et, depuis cette date, on note une croissance très ralentie. Il représente environ 10 % des effectifs totaux et compte en 1985 plus de 63 000 agents.

2.1. La nomenclature des emplois : présentation et définition

Le tableau 15 rend compte de la structure actuelle de la fonction, en termes de classification, telle qu'elle est saisie par les statistiques. On rappellera brièvement les correspondances entre les emplois et les niveaux de qualification en prenant comme référence la nomenclature de l'Education nationale.

- Les emplois d'exécution sont accessibles aux agents sans formation (niveau VI de l'Education nationale) dans les grades d'agent de bureau, de dactylo et de téléphoniste (24), aux agents titulaires d'un diplôme de niveau V (ou équivalent), dans les autres grades (25). L'accès à l'emploi s'opère le plus souvent par voie de concours.

(23) En référence à la formation initiale.

(24) On peut noter différentes façons d'opérer le recensement des effectifs qui ne sont sans doute pas sans signification. Jusqu'en 1974, une catégorie "autres" regroupait les emplois d'agent de bureau, de dactylo, sténo-dactylo, téléphoniste. Entre 1974 et 1979, les emplois de secrétaire médicale et secrétaire médicale principale ainsi que ceux de téléphoniste et téléphoniste principale ont été comptabilisés ensemble.

(25) Voir la note 2 du tableau 15 relative aux secrétaires médicales.

Tableau 15
Les emplois de la fonction "administration"

		NIVEAU D'ACCES (1)
<i>DIRECTION</i>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> DIRECTEUR GENERAL* ATTACHE DE DIRECTION* </div>	I-II
<i>ENCADREMENT</i>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-bottom: 5px;">CHEF DE BUREAU</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">ADJOINT DES CADRES</div>	IV
<i>EXECUTION</i>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 25%;">CHEF* STAND. TELE.</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 25%;">AGENT PRINCIPAL</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 25%;">SECRETAIRE MEDICALE PRINCIPALE</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 25%;">COMMIS</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 25%;">S. MEDICALE</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 25%;">TELEPHONISTE* PRINCIPAL</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 25%;">STENO-DACTYLO (3)</div> </div>	V ou IV (2)
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 25%;">TELEPHONISTE*</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 25%;">DACTYLO</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 25%;">AGENT DE BUREAU</div> </div>	VI

* Ces emplois n'ont pas été pris dans le champ de l'observation.

(1) Selon la nomenclature de l'Education nationale.

(2) Les titulaires du baccalauréat F8 peuvent accéder au concours de secrétaire médicale.

(3) Pour le classement de la sténo-dactylo dans le groupe V, on a tenu compte de son alignement sur l'OP2 (titulaire d'un CAP) dans les groupes de rémunération (cf. Classement des emplois dans les groupes, Statut du personnel, tome VII, p. 221).

Tableau 16
FONCTION "ADMINISTRATION"
Evolution des effectifs par grande catégorie d'emploi
(1972 - 1979)

CATEGORIES	1972	%	1973	%	1974	%	1975	%	1976	%	1977	%	1978	%	1979	%	EVOLUTION 79/72 %
Direction	1 869	6,8	2 077	6,5	1 990	5,7	2 071	5,4	2 180	5,2	2 326	5,2	2 423	5,0	2 526	5,0	+ 35
Encadrement	2 310	8,3	2 481	7,8	2 817	8,1	3 189	8,3	3 478	8,3	3 732	8,4	4 023	8,4	4 352	8,7	+ 88
Exécution	23 488	84,9	27 380	85,7	30 022	86,2	33 099	86,3	36 066	86,5	38 356	86,4	41 628	86,6	43 267	86,3	+ 84
Total	27 667	100	31 938	100	34 829	100	38 359	100	41 724	100	44 414	100	48 074	100	50 145	100	81,2

Source : SESI.

- **L'encadrement intermédiaire** comprend deux grades, le chef de bureau et l'adjoint des cadres. Ces emplois se sont substitués, en se spécialisant, à tout un ensemble d'emplois centrés sur l'économat et le secrétariat. C'est en 1958 que "l'adjoint des cadres" a été créé, avec la possibilité d'accéder directement à ce grade par un concours extérieur ouvert aux titulaires du baccalauréat (ou d'un niveau équivalent). Ces candidats ainsi que les agents administratifs qui remplissent les conditions d'admission peuvent choisir entre quatre options : rédaction, comptabilité, intendance, secrétariat médical.

Le grade de chef de bureau est réservé à la promotion, on ne peut y accéder que par voie d'avancement, sur liste d'aptitude. Il existe dans les établissements de plus de 200 lits.

- **Les emplois de Direction** : leur accès obéit à la règle commune (avancement interne, liste d'aptitude, concours...).

Depuis 1960, l'Ecole nationale de la santé - fondée en 1945 - offre une préparation aux fonctions de Direction aux cadres de l'administration hospitalière. Pour intensifier le recrutement et réaliser le renouvellement du corps existant, l'accès à la fonction est également possible, depuis 1969, à des candidats extérieurs, admis sur concours (26) à suivre, à titre d'assistant, l'enseignement de l'Ecole.

Cette formation théorique dure une année. Elle est suivie par deux années de stage dans les établissements.

2.2. Le mode de développement

2.2.1. Evolution des trois groupes d'emplois. direction-encadrement-exécution

- La période 1972-1979 (27)

On examinera, dans un premier temps, l'évolution respective des trois grandes catégories d'emplois, les emplois de direction, ceux de l'encadrement et ceux des agents d'exécution (tableau 16). Les données utilisées sont celles du service des statistiques du ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale. Elles correspondent à la période 1972-1979 pendant laquelle on est assuré de la continuité dans le mode d'appréhension des effectifs. Parmi ceux-ci sont comptabilisés le personnel de traitement de l'information qui seront classés dans une autre rubrique, à partir de 1980 (28).

On soulignera les deux points suivants :

- **l'importance des agents dits d'exécution** dont le niveau de formation, en théorie, n'excède pas le niveau V. Il est possible, toutefois, que les employés recrutés sur concours externe possèdent un niveau de formation supérieur à celui exigé. Mais on ne dispose d'aucune information systématique permettant de

(26) Les conditions de présentation des candidatures sont les mêmes que celles requises par le concours de l'ENA.

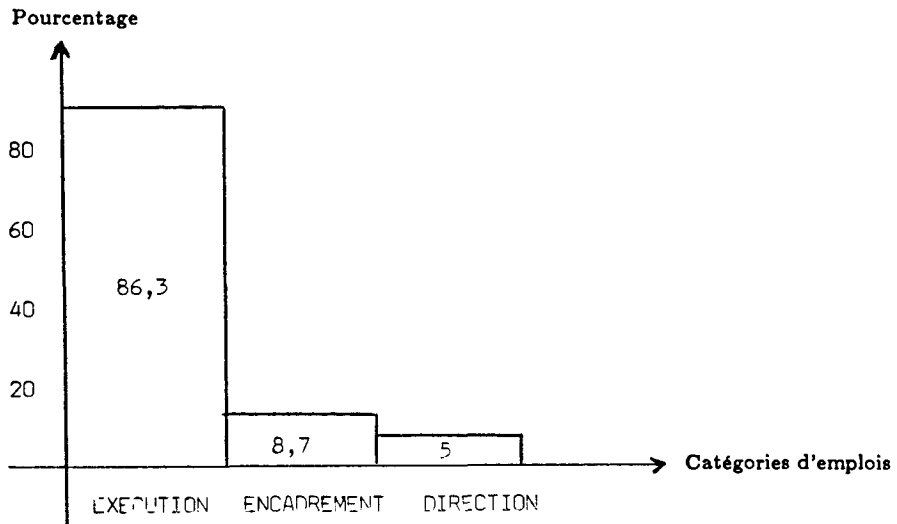
(27) On rappellera que les données du ministère ne permettent pas pour les années 1980 et 1981 de descendre au niveau de l'emploi ou du grade, dans toutes les fonctions.

(28) On a choisi de ne pas les faire figurer dans le tableau 15, dans la mesure où l'attention va se porter, en priorité, sur la configuration actuelle des emplois administratifs.

vérifier et de mesurer le changement éventuel dans les pratiques de recrutement ;

- la forme particulière de la structure de qualification (schéma 2) et sa parfaite stabilité.

Schéma 2
Répartition des effectifs par grandes catégories d'emplois
année de référence : 1979



Source : SESI - MASSN.

De nombreux auteurs (29) s'accordent à considérer que le "décollage" de l'administration hospitalière a eu lieu après la Deuxième Guerre mondiale. Il s'inscrit dans le mouvement général de développement des activités tertiaires. Celles-ci se sont organisées à l'hôpital sur un modèle comparable à celui de l'industrie et du secteur tertiaire ; il utilise une masse importante de main-d'œuvre employée à des tâches simples et répétitives.

Depuis, de nombreux changements sont intervenus dans le secteur hospitalier : l'activité a connu une formidable progression, les réformes successives ont élargi les missions des établissements, réorganisé le champ sanitaire, confirmé l'autonomie et le pouvoir des équipes de direction (30), la diffusion des techniques a eu un impact important sur le contenu et le mode de production dans le domaine médical, dans celui de la gestion de l'administration et des services généraux (31).

Or, on peut observer l'absence apparente d'incidence sur la structure des emplois, pendant la période considérée.

Ce constat incite à se poser les questions suivantes :

(29) Parmi ceux-ci : M. Rochemaix, Essai sur l'évolution des questions hospitalières de la fin de l'ancien régime à nos jours, Ed. de la Fédération Hospitalière de France, 1959 ; J. Imbert, Les hôpitaux en France, PUF, 1958 ; C. Voisin et J.P. Faugere, Les emplois hospitaliers, une approche économique, Economica, 1981.

(30) R. Caillet, Contribution à une analyse économique de la bureaucratie : le cas de l'hôpital public français, Mémoire de fin d'assistantat, ENSP, Août 1984.

(31) Ceux-ci feront l'objet de la deuxième partie.

- le maintien d'une structure inchangée s'explique-t-il par les règlements qui fixent une fois pour toutes la progression des personnels en fonction de quotas ?

- est-on placé devant une limite de l'expression statistique qui ne peut rendre compte de l'évolution des contenus d'activités, des décalages entre l'intitulé des grades et les caractéristiques personnelles des agents ainsi classés, entre la hiérarchisation officielle des emplois et les configurations concrètes des situations de travail ?

- peut-on s'interroger, par rapport aux changements énoncés plus haut, sur ceux qui ont été les acteurs, les maîtres d'oeuvre des réformes, les diffuseurs des technologies, les concepteurs des réorganisations qu'elles ont impliquées ? Comment eux-mêmes ont-ils été préparés, formés à ce rôle nouveau et fondamental ?

Dans d'autres secteurs, la transformation de l'activité s'est traduite par un accroissement du nombre d'ingénieurs, de techniciens et par le déclin des emplois peu qualifiés.

Par rapport à cette tendance générale, on a noté que depuis 1958 pour les adjoints des cadres et 1969 pour les assistants de direction, on avait cherché à jouer sur la qualification, par un recrutement externe, au niveau IV pour les premiers (32), au niveau supérieur (I -II) pour les seconds. Mais seuls ces derniers bénéficient d'une formation longue.

Au titre de la promotion, les agents qui s'inscrivent au concours d'adjoint des cadres se voient bien proposer une formation mais qui privilégie la préparation à un examen ; elle ne peut sans doute pas être assimilée à un apprentissage centré sur les fonctions auxquelles ils doivent accéder (33).

A partir de ces remarques, plusieurs pistes de réflexion peuvent être dégagées, elles concernent :

- l'encadrement, agent du changement : on peut faire l'hypothèse que l'encadrement - et plus particulièrement, l'encadrement intermédiaire qui, plus que les assistants et futurs attachés de direction, constitue l'élément stable de l'organisation, sa mémoire -, a joué un rôle déterminant dans le renouvellement des pratiques administratives. C'est sans doute par une formation "sur le tas", informelle, au coup par coup qu'ils ont contribué à cette transformation ;

- l'hôpital, "exécutant" et/ou "entrepreneur" ; une autre hypothèse peut être énoncée : les hôpitaux, à la différence des entreprises, sont des lieux d'application de mesures conçues, décidées ailleurs, traduites en directives et circulaires ; ils sont les utilisateurs d'outils élaborés par d'autres et mis à leur disposition, ainsi le plan comptable, les applications informatiques... Dans ce cas, l'encadrement reste toujours un intermédiaire obligé, et son rôle est de veiller à ce que l'exécution soit conforme aux procédures prescrites.

(32) Une circulaire récente n° 13/DH/2982 semble inviter les directions d'établissements à abandonner cette pratique, au bénéfice du recrutement interne.

(33) Cette remarque vaut pour l'ensemble des préparations aux concours. Ceux-ci de type scolaire avantagent les candidats qui sortent ou sont depuis peu sortis de l'école. Ainsi, les hôpitaux disposent de jeunes recrues qui ont un bagage théorique mais pas de formation en rapport avec le milieu professionnel dans lequel ils s'engagent, ou des agents qui malgré leur expérience - parfois longue - de la vie hospitalière n'arrivent pas à s'élever dans la hiérarchie des emplois, faute de pouvoir franchir l'obstacle du concours, de savoir valoriser leur pratique.

Tableau 17
FONCTION "ADMINISTRATION"
 Evolution des effectifs par grande catégorie d'emploi
 (1981 - 1985)

ANNEES EMPLOIS OU GRADES	1981		1982		1983		1984		1985		EVOLUTION 85/81
	EFF.	%	EFF.	%	EFF.	%	EFF.	%	EFF.	%	%
DIRECTION	2 850	4,7	3 026	5	3 047	4,9	2 908	4,6	2 948	4,6	+ 3,4
ENCADREMENT	6 193	10,3	6 639	11	6 759	10,9	7 063	11,2	7 534	11,6	+21,7
EXECUTION	51 220	85	50 823	84	52 272	84,2	52 935	84,2	53 046	83,8	+ 3,6
TOTAL	60 263	100,0	60 488	100,0	62 078	100,0	62 906	100,0	63 528	100,0	+ 5,4

Source : ADERSA.

Tableau 18
FONCTION "ADMINISTRATION"
 Evolution de la répartition des effectifs par grande catégorie d'emploi
 (1972 - 1985)

ANNEES EMPLOIS OU GRADES	1972 (1)		1985 (2)	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Direction	1 869	6,8	2 948	4,6
Encadrement	2 310	8,3	7 534	11,9
Exécution	23 488	84,9	53 046	83,5
	27667	100,0	63528	100,0

(1) Source : SESI.

(2) Source : ADERSA - (CHS en plus, emplois de la filière téléphonique en moins).

Celles-ci ont pour visée principale de maîtriser la montée des tâches administratives, à l'aide d'une informatique centralisée, **qui laisse en l'état l'organisation pré-existante**. Ceci explique-t-il la permanence de la structure de qualification et le nombre très élevé des emplois d'exécution ?

- **l'hôpital devant la maîtrise de son activité** : dernière hypothèse, le recueil, le stockage, la gestion et la mise en forme des données, quelle que soit leur nature, représentent une partie de l'activité administrative de plus en plus réduite en raison de la diffusion de la micro-informatique et de la généralisation du temps réel (34). Ces innovations rendent immédiatement disponibles une masse importante d'informations, ce qui met en mesure l'administration - au niveau local - d'utiliser cette information et de s'engager dans un contrôle plus serré de sa propre production ainsi que des activités qui lui échappaient jusqu'alors.

Si l'objectif actuel est bien de subordonner toute l'activité à la gestion, on peut s'interroger sur la stratégie à adopter pour y parvenir et sur ses points d'appui en matière de politique de personnel : réduction des effectifs, profils et acquisition de compétences, filière de promotion, mode d'organisation ? En clair, faut-il s'attendre à une remise en cause de l'actuelle division du travail entre conception, encadrement et exécution ?

On verra à travers l'étude des fonctions, comment dans les établissements, les responsables interrogés formulent leur analyse, présentent leurs expérimentations, en insistant les uns et les autres sur les moyens, contraintes, degré d'autonomie qui fixent pour chacun d'eux les conditions de leur action.

- La période 1981-1985

Le tableau 17 rend compte de l'évolution la plus récente.

Ces données ne sont pas directement comparables aux précédentes (tableau 16), le personnel du traitement de l'information n'est pas pris en compte. En revanche, les effectifs des centres hospitaliers spécialisés ont été recensés (35).

On peut observer une légère modification de la structure de qualification (tableau 18), au bénéfice du groupe d'emplois chefs de bureau et adjoints des cadres.

A l'évidence, on assiste depuis 1978, à un contrôle plus strict de l'accroissement des agents (36) mais le mouvement est encore positif : la fonction direction-administration des établissements hospitaliers est toujours créatrice d'emplois (37).

Pendant la dernière période, c'est l'encadrement intermédiaire qui a augmenté le plus. Toutefois, le nombre des emplois qu'il représente par rapport à l'ensemble des agents d'exécution montre les limites des débouchés qui s'offrent à ces derniers. Ce même constat peut être opéré, quant aux possibilités des cadres à accéder aux fonctions de direction.

(34) Cf. le chapitre sur la fonction "Administration hospitalière" (dans la deuxième partie).

(35) Ces données sont recueillies et traitées par l'ADERSA, op. cit.

(36) Parmi ceux-ci, les emplois de la filière téléphonique n'ont pas été comptabilisés.

(37) Voir, à ce propos, la note de bas de page n° 5 (dans la section I) sur la réduction du temps de travail et ses effets sur l'emploi.

Tableau 19
FONCTION "ADMINISTRATION"
Taux de croissance annuel des emplois par catégorie ou grade
(1972 - 1979)

ANNEES EMPLOIS OU GRADES	TCA	TCA	TCA	TCA	TCA	TCA	TCA	79/72	TCAM
	73/72 %	74/73 %	75/74 %	76/75 %	77/76 %	78/77 %	79/78 %	% 8	% 9
Chef de bureau	26,6	11,0	16,8	8,9	8,4	10,1	10,2	135,3	13,1
Adjoint des cadres	1,0	14,6	11,8	9,1	6,8	6,8	7,3	72,6	8,2
Agent principal	8,5	78,8	2,2	5,8	9,5	37,7	7,1	239	21,4
Commis	15,6	43,4	12,5	5,4	3,5	- 0,3	5,4	109	11,8
S.M. et S.M.P.	14	12,2	12,9	11,4	7,5	10,3	7,1	104	10,8
Sténo-dactylo	-	-	10,8	11,9	3,2	4,3	0,4	33,9 (1)	6,1
Agent de bureau	-	-	5,1	10,1	5,7	15,4	2,2	44,2 (1)	7,7

TCA : taux de croissance annuel.

TCAM : taux de croissance annuel moyen.

(1) Ces chiffres se rapportent à la période 1974 - 1979. En effet, en 1972 et 1973, les sténo-dactylos et les agents de bureau sont classés dans la catégorie "Autres".

Source : SESI.

Tableau 20
FONCTION "ADMINISTRATION"
Taux de croissance annuel des emplois par catégorie ou grade
(1981 - 1985)

ANNEES EMPLOIS OU GRADES	TCA	TCA	TCA	TCA	85/81	TCAM
	82/81 %	83/82 %	84/83 %	85/84 %	% 5	% 6
Chef de bureau	9,4	10,0	- 1,6	7,9	27,7	6,4
Adjoint des cadres	6,2	- 2,3	7,9	6,0	18,7	4,5
Agent principal	2,5	3,9	0,1	1,1	7,7	1,9
S.M.P.	9,1	7,1	8,1	- 2,9	22,8	5,35
Commis	- 1,5	- 0,7	7,6	6,1	11,7	2,9
S.M.	1,5	5,4	1,8	2,1	11,2	2,7
Sténo-dactylo	- 3,9	- 3,3	+ 5,5	- 3,9	- 5,8	- 1,4
Dactylo	0	4,1	2,1	4	10,6	2,55
Agent de bureau	- 6,2	4,5	- 2,8	- 8,9	- 13,2	- 3,35

Source : ADERSA.

2.2.2. Evolution des emplois de l'administration (Direction exclue)

L'analyse comparative va porter à présent sur les emplois ou grades regroupés dans la catégorie administration pendant les deux périodes considérées, 1972-1979, puis 1981-1985, d'une part, tous établissements confondus, d'autre part, par type d'établissement (38).

- La période 1972-1979 (tous établissements confondus)

Le tableau 19 présente le mouvement de chaque catégorie, année par année (39). La colonne 8 rend compte de la progression globale entre 1972 et 1979 ; le taux de croissance annuel moyen est indiqué dans la colonne 9.

D'emblée, on est confronté au problème délicat de l'interprétation : certains chiffres peuvent s'expliquer par des mesures administratives telles le reclassement d'agents dans une catégorie donnée, ou exprimer une caractéristique démographique de la population quand une fraction des agents satisfait aux conditions réglant l'accès à un grade supérieur ; d'autre part, il n'est pas certain que dans tous les cas le changement de grade corresponde à une activité différente. Ce changement existe sans doute pour l'adjoint des cadres et le chef de bureau, mais qu'en est-il du commis et de l'agent principal, de la secrétaire médicale et de la secrétaire médicale principale (40) ?

Aussi, se limitera-t-on à constater les faits suivants :

- pendant cette période, les chefs de bureau ont plus que doublé, les adjoints des cadres ont connu un rythme de croissance moins rapide, mais également important (colonnes 8 et 9 du tableau 19) ;

- parmi les emplois dits d'exécution, tous ceux qui se situent au niveau V ont également doublé. Il faut noter le gonflement exceptionnel des agents principaux (+ 239 %) (41). Au-dessous de ce niveau, les agents de bureau et les sténo-dactylos connaissent un développement plus modeste (colonne 8 du tableau 19).

- La période 1981-1985 (tous établissements confondus)

Le tableau 20 décrit l'évolution entre 1981 et 1985 (42).

On observe (colonne 5) que les chefs de bureau conservent un rythme de croissance qui les situent en tête (+ 27,7 %). A leur suite, les secrétaires médicales principales ont progressé de 22,8 %, puis les adjoints des cadres (+ 18,7 %), les commis (+ 11,7 %), les secrétaires médicales (+ 11,2 %).

En revanche, les emplois de sténo-dactylo ont chuté de - 5,8 % et ceux d'agents de bureau de - 13,2 %. Mais les emplois de dactylo continuent à augmenter (+ 10,6 %).

(38) On a évoqué dans les pages précédentes, le développement global du corps des directeurs. Un examen plus fin paraît difficile en raison du changement de nomenclature. Celle-ci, H 80, prévoit 16 grades distincts pour classer le personnel de direction. Il était réparti en 6 grades avant H 80.

(39) On rappellera que les emplois de la filière téléphonique n'ont pas été pris en compte.

(40) On a indiqué ci-dessus que, avant 1974, ces deux emplois étaient comptabilisés ensemble.

(41) A l'évidence, pour cette catégorie, le taux de croissance annuel n'a aucune signification.

(42) Elle est indiquée en % des effectifs.

Tableau 21
FONCTION "ADMINISTRATION"
 Comparaison des taux de croissance annuels moyens
 (1972 - 1979 et 1981 - 1985)

ANNEES EMPLOIS OU GRADES	1972-1979 (1)	1981-1985 (2)
	tcam	tcam
. chef de bureau	13,1	6,4
. Adjoint des cadres	8,2	4,5
. Agent principal	21,4	1,9
. Secrétaire médicale principale	-	5,4
. Commis	11,8	2,9
. Secrétaire médicale	-	2,7
. S. médic. et S. médic. princip.	10,8	-
. Sténo-dactylo	6,1 (*)	- 1,4 ↘
. Dactylo	-	2,6
. Agent de bureau	7,7 (*)	- 3,4 ↘

(*) Pour la période 1974 - 1979.

(1) Source : SESI.

(2) Source : ADERSA.

Tableau 22
FONCTION "ADMINISTRATION"
 Augmentation globale de l'emploi
 - par type d'établissement -
 (1981 - 1985)

TYPE D'ETABLISSEMENT CATEGORIE	CHR	CH	H	HL/HR	CHS
	Emplois administratifs	0,6	11,2	6,2	3,9

Source : ADERSA.

Ces dernières données ne sont pas totalement comparables aux précédentes puisqu'elles intègrent un nombre plus important d'établissements (les CHS).

On notera cependant que le taux moyen de croissance annuelle s'est très ralenti pour toutes les catégories et que certaines d'entre elles sont l'objet d'une perte d'effectifs (tableau 21). Il faut se souvenir qu'il s'agit des catégories - en particulier les agents de bureau - numériquement importantes (43).

- La période 1981 - 1985 (par type d'établissement)

On rappellera la nature et l'origine des données :

Les tableaux 22, 23 et 24 se rapportent aux emplois administratifs du chef de bureau à l'agent de bureau à l'exclusion des catégories suivantes : chef de standard téléphonique, téléphoniste principal et téléphoniste, aumônier, iman, pasteur, rabbin et autres.

Les données utilisées sont celles produites par l'ADERSA. Elles indiquent les mouvements, pour la période récente (1981-1985).

La progression la plus importante a eu lieu dans les Centres hospitaliers (tableau 22). Elle s'explique sans doute par la remise à niveau d'une situation passée de sous-administration ou par le dynamisme de ces établissements, ces deux raisons ne s'excluant nullement.

On observe des mouvements différents entre les catégories d'hôpitaux mais il est difficile de les rattacher à des explications simples et univoques (tableau 23). S'agit-il, par exemple, pour l'encadrement intermédiaire, d'un renforcement correspondant à un changement d'organisation (CH), à un rattrapage dû à une sous-administration de certains types d'établissements (HL/HR/CHS) (44), à une politique de promotion (changement de grade sans changement d'activité pour l'agent principal, la secrétaire médicale principale), comme nous l'évoquions précédemment ?

En revanche, les chiffres relatifs aux derniers grades de ce groupe semblent correspondre à une politique générale et explicite à l'égard des emplois de niveaux VI (agent de bureau) et V (sténo-dactylo). Ces résultats sont mis en relation avec la structure interne des emplois au sein de chaque type d'établissement, dans le tableau 24.

Ce tableau a été établi de la façon suivante :

- les données relatives aux emplois administratifs ont été regroupées en trois catégories correspondant au niveau théorique de formation initiale réglant l'accès à ces emplois (IV, V, VI) ;

(43) En 1985, les effectifs des sténo-dactylos s'élèvent à 4 809 agents et les agents de bureau à 9 445, soit 7,9 % et 15,6 % de l'ensemble des personnels administratifs. Ce sont les commis qui constituent la plus grande part des emplois, avec un effectif de 10 620 personnes, 17,5 % du total. Dans les autres catégories d'emplois, les effectifs sont les suivants, chefs de bureau : 2 580, adjoints des cadres : 4 954, ensemble des secrétaires médicales : 11 852.

(44) - La croissance doit être rapportée aux effectifs réels. En 1985, le personnel administratif s'élève à 1 659 agents dans les HL/HR, 5 706 dans les CHS, 8 008 dans les H, 17 984 dans les CH et 22 166 dans les CHR ;

- La diminution du nombre de lits, liée à la politique de sectorisation, explique-t-elle la décroissance du grade chef de bureau dans les CHS ?

Tableau 23
FONCTION "ADMINISTRATION"
 Accroissement en pourcentage des emplois
 - par type d'établissement -
 (1981 - 1985)

NIV. E.N.	TYPE D'ETABLIS. EMPLOIS OU GRADES	CHR %	CH %	H %	HL/HR %	CHS %
		1	2	3	4	5
IV	Chef de bureau	24,4	61,5	16	78,3	- 9,7
	Adjoint des cadres	10	23,2	17,7	15,7	46,3
V	Agent principal	3	14,7	0,8	42,4	8,9
	S. méd. princip.	10	57,5	23,6	-	12,8
	Commis	9,7	17,5	9,6	20,5	7,2
	Secrétaire médicale	7,6	9,2	30	63,3	9,8
	Sténo-dactylo	1,5	- 19,6	- 0,3	- 26,1	25
VI	Dactylo	10	12,1	- 5,6	18,5	53,2
	Agent de bureau	- 29,5	8,7	- 8,5	3,9	- 22,3

Source : ADERSA.

Ce tableau se lit de manière suivante :

- dans l'ensemble des CHR (colonne 1), le nombre de chefs de bureau a augmenté de + 24,4 % entre 1981 et 1985, celui d'adjoints des cadres de + 10 %, d'agents principaux de + 3 %...
- dans l'ensemble des CH (colonne 2), le nombre de chefs de bureau a crû de + 61,5 % entre 1981 et 1985, le nombre d'adjoints des cadres de + 23,2 %...

Tableau 24
FONCTION "ADMINISTRATION"
 Comparaison de la structure des emplois
 - par type d'établissement -
 (1981 - 1985)

NIV. E.N.	ETABLISSEMENT EMPLOIS OU GRADES	CHR		CH		H		HL/HR		CHS	
		ANNEES		1981	1985	1981	1985	1981	1985	1981	1985
		1981	1985	1981	1985	1981	1985	1981	1985	1981	1985
IV	Chef de bureau	11,5	13,1 /	10,6	12,9 /	12,6	13,9 /	16,3	16,9 /	14,5	16,1 /
	Adjoint des cadres										
V	Agent principal										
	Sec. méd. princ.										
	Commis										
	Secrétaire médicale	49,3	52,6 /	59	57,1 \	53,9	56,9 /	27,9	33,6 /	62,5	63,1 /
	Sténo-dactylo										
VI	Dactylo	39,2	34,3 \	30,4	30 \	33,5	29,2 \	55,8	49,5 \	23	20,8 \
	Agent de bureau										
	TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Source : ADERSA.

- on s'est intéressé au rapport entre ces trois catégories (structure de qualification), tel qu'il existe dans chaque type d'établissement, et à son évolution entre 1981 et 1985.

On peut le lire, par exemple :

- pour observer comment dans un même type d'établissement la répartition des effectifs se modifie entre les trois catégories d'emplois. Ainsi, dans les CHR, l'encadrement intermédiaire (chef de bureau et adjoint des cadres) qui correspondait à 11,5 % des emplois administratifs en 1981, représente 13,1 % de cette population en 1985... ;

- pour vérifier, les analogies et les différences de structure entre les établissements, à une date donnée...

On fera les commentaires suivants sur ce tableau :

- en 1981, dans les petits hôpitaux (HL/HR) et dans les plus grands-les CHR - le nombre d'emplois auxquels on pouvait accéder, sans formation (niveau VI), était encore relativement important. C'est cette catégorie que l'on s'efforce de réduire, non seulement dans ces établissements mais aussi dans tous les autres ; même dans les CHS, où cette catégorie est moins représentée par rapport aux emplois de niveau V et de niveau IV (chefs de bureau et adjoints des cadres). On a vu plus haut que c'est ce niveau IV qui a le plus augmenté (+ 46,3 % entre 1981 et 1985) dans ce type d'établissement ;

- dans l'ensemble des Centres Hospitaliers, on assiste à un accroissement de l'encadrement intermédiaire et des emplois de niveau V. Toutefois, parmi ces derniers emplois, les grades de sténo-dactylo se sont stabilisés ou sont en nette diminution (+ 1,5 % dans les CHR, - 19,6 % dans les CH, - 26,6 % dans les HL/HR). En revanche, dans les CHS, les sténo-dactylos et les dactylos progressent et ce sont les effectifs d'agents de bureau qui, comme dans l'ensemble des établissements, sont en baisse (45).

2.3. Classement des emplois (Direction et Administration) et niveau de formation

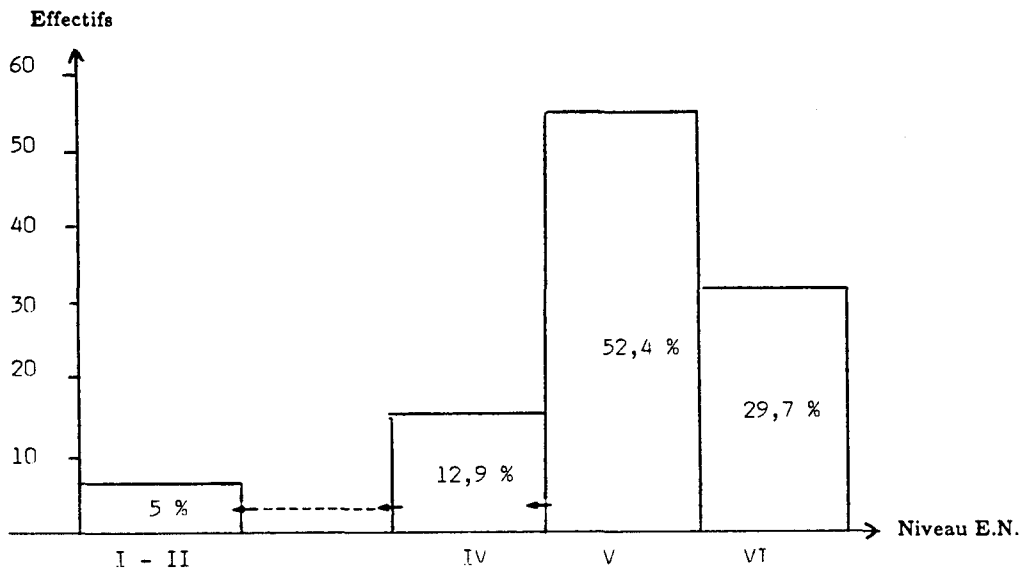
En l'absence d'information statistique sur le cursus scolaire et les diplômes possédés par les agents, le schéma 3 page suivante visualise la hiérarchisation des emplois selon la classification hospitalière. On peut, de façon approximative, lui associer un niveau de formation initiale.

Il appelle les remarques suivantes :

- en effectifs, le groupe d'emplois défini par le niveau V est le plus important. Il correspond à trois domaines d'activité distincts : le secrétariat médical, l'intendance ou services économiques, l'administration ; ces deux derniers constituent deux options offertes aux futurs commis. Dans ces champs professionnels, on a pu noter que le personnel continuait, en nombre, à progresser. En revanche, les emplois de sténo-dactylos, qui se réfèrent à une technique et non à un domaine de spécialité, tendent à diminuer (tableau 23). S'agit-il d'une simple coïncidence ?

(45) Cf. tableau 23 et note de bas de page précédente.

Schéma 3
Répartition des emplois par niveau de formation,
effectifs administratifs recensés en 1985



Source : ADERSA.

- dans le même ordre d'idées, le groupe des non-diplômés constitue près de 30 % des effectifs. Dans ce groupe, l'agent de bureau, l'employé aux écritures, qui n'a pas de formation professionnelle et dont la formation générale est faible, est en décroissance alors que la dactylo, qui possède, en principe, une technique continue à croître. Comment comprendre ces résultats qui sont dans certains de leurs aspects contradictoires ?

Ainsi, avec les réserves d'usage, les éléments statistiques traduiraient-ils une montée du professionnalisme dans le travail administratif ?

Une autre piste de réflexion est possible :

- il est probable que les titulaires des emplois de niveau IV ont un niveau qui tend à se rapprocher de celui du personnel de direction. Une enquête datant de 1972 (46) indique déjà que la proportion de bacheliers ou de diplômés d'enseignement supérieur dans l'encadrement intermédiaire passe de 17 % en 1963 à 40 % en 1972 ;

- un mouvement de même nature caractérise les emplois de niveau V. Il concerne plus particulièrement le secrétariat médical, fonction à laquelle correspond un baccalauréat de technicien (BTn F8).

Les flèches du schéma matérialisent l'hypothèse - à vérifier - selon laquelle, la population correspondant à chaque groupe d'emplois comprendrait des agents - mais dans quelle proportion ? - dont le potentiel de qualification, en termes de niveau de formation initiale, serait supérieur à celui exigé ou prévu par les statuts.

(46) G. Bezzina, Le personnel d'encadrement des services administratifs hospitaliers, Mémoire de fin d'assistantat, ENSP, 1973, cité par C. Caillet, op. cit.

Ainsi, pour un groupe d'emplois ou un grade donné, il y aurait de ce point de vue, **hétérogénéité des agents**.

A titre d'exemple, si l'on recensait le personnel du secrétariat médical, ne s'apercevrait-on pas que du niveau VI au niveau III, tout l'éventail des formations est représenté ?

Un tel phénomène qui paraît irréversible est intéressant à prendre en considération pour deux raisons.

Premièrement, il est lié :

- à la création par le système éducatif de nouveaux diplômés, aux possibilités ainsi offertes aux jeunes qui cherchent à les faire valoir sur le marché du travail ;

- à l'acceptation d'un déclassement à l'embauche, par rapport à la formation initiale, qui participe d'un mouvement récent, dépendant du contexte économique et de la montée du chômage, mais cette acceptation est peut-être provisoire.

De façon plus générale, il témoigne de la vie des organisations, de leur ouverture à l'environnement, de leur capacité d'adaptation. En tant que système social, celles-ci ne se reproduisent jamais à l'identique. Dans le cas des Hôpitaux, on peut formuler l'hypothèse suivante : la réduction de l'écart entre les niveaux de formation de l'équipe soignante et ceux de leurs homologues administratifs, s'il se confirme, correspond à un mouvement nécessaire au fonctionnement général des institutions.

Deuxièmement, l'ouverture de l'éventail des qualifications pose de véritables problèmes de gestion de personnel. On se contentera d'énumérer quelques questions de fond, pour conclure provisoirement. En effet, il conviendra de les réexaminer après s'être interrogé sur le devenir de la fonction administration, objet d'un chapitre de la deuxième partie.

- Doit-on réaménager les situations de travail en tenant compte des qualifications réelles des individus ?

- Comment organiser, en conséquence, les filières professionnelles sans léser les intérêts des uns et des autres ?

- Comment régler les problèmes de relations entre les personnes ?

- Doit-on éviter de faire appel à des individus mieux formés par le système éducatif ? Se priver de compétences spécifiques ?

- Doit-on, *a contrario*, favoriser la promotion sociale ? Développer des actions de formation. Mais à quel coût et dans quelles limites ?

- Doit-on rechercher un équilibre, un compromis entre un recrutement externe souhaitable car susceptible d'apporter des connaissances, des expériences neuves et le recrutement interne, de toute manière, indispensable ?

- Comment mobiliser, motiver les agents, les inciter à s'engager dans un processus d'adaptation, de formation, voire de reconversion en l'absence de débouchés rares, du moins dans l'état actuel de la structure des emplois et des statuts ?

A travers ces questions, le problème posé n'est-il pas celui de l'écart entre une gestion en prise avec la réalité et une gestion dont le caractère réglementaire constitue sa propre finalité ?

3. La fonction technique

Avant de préciser les catégories de personnel qui se rattachent à cette fonction, on rappellera quelques données chiffrées concernant leur importance et leur évolution.

Entre 1964 et 1972, les effectifs ont augmenté de 42,6 % et de 51 % entre 1972 et 1982 (47). Comme on l'a montré dans la première section, cette croissance n'a aucune mesure commune avec celle des services soignants, médico-techniques et administratifs.

Depuis 1981, la structure d'ensemble évolue : le personnel technique représentait en 1972, 17,8 % de l'ensemble du personnel non médical, ce chiffre n'est plus que de 15,7 % en 1985 (48). A cette date, la fonction technique emploie 98 749 agents.

3.1. Nomenclature des emplois : présentation et définition

La nomenclature utilisée depuis 1980 (H 80), rassemble sous le titre **personnel technique**, trois groupes professionnels différents :

- le personnel des services techniques ;
- le personnel des services ouvriers, du parc automobile et du service intérieur ;
- le personnel informatique et organisation.

On a indiqué précédemment que, jusqu'en 1979, le personnel du traitement de l'information était comptabilisé avec celui de l'administration.

L'encadré, page suivante, permet d'examiner les changements opérés dans le mode de classement des agents, depuis une vingtaine d'années (49). On peut faire, à son sujet, deux commentaires :

- tout d'abord, en raison des regroupements, de la réduction ou de la création de niveaux intermédiaires, des modifications dans les intitulés, il n'est pas possible d'effectuer un suivi fin et systématique de chaque grade ou emploi, sur cette longue période ;

- en revanche, la comparaison entre les nomenclatures met en évidence une évolution qui se caractérise par une suppression des emplois, au bas de l'échelle, et par l'apparition de niveaux, en haut de l'échelle. Ceci est très net pour la filière ouvrière. La filière du parc automobile et celle du service intérieur semblent se modeler sur cette tendance. Les schémas suivants rendent compte de ce mouvement. Le schéma 4 se rapporte à la classification ouvrière, le

(47) Source : SESI-MASSN.

(48) Source : ADERSA. Ces éléments indiquent un ordre de grandeur, comme on le verra dans l'exposé, les deux sources d'information ne sont pas tout à fait comparables.

(49) Le personnel "informatique" et "organisation" n'a pas été retenu dans cette analyse.

schéma 5 à celle des agents du Service intérieur, le schéma 6, à celle des ingénieurs et techniciens.

Comparaison des nomenclatures

1964	1972	H/BO	1980 (0)
<p><u>PERSONNEL TECHNIQUE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> . Architecte . Ingénieurs . Ingénieurs Agricoles . Adjoint technique <p style="text-align: right;">6</p> <p>. Chef de culture</p> <p>. Autres</p>	<p><u>PERSONNEL DES SERVICES GÉNÉRAUX</u></p> <ul style="list-style-type: none"> . Ingénieurs <p style="text-align: right;">2</p> <ul style="list-style-type: none"> . Adjoints techniques, chefs de section ou non 	<p><u>PERSONNEL DES SERVICES TECHNIQUES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> . Ingénieur en chef . Ingénieur principal . Ingénieur subdivisionnaire . Adjoint technique chef . Adjoint technique principal . Adjoint technique . Dessinateur chef de groupe . Dessinateur . Autres <p style="text-align: right;">9</p>	
<p><u>PERSONNEL OUVRIER ET PERSONNEL DES SERVICES GÉNÉRAUX</u></p> <p style="text-align: right;">24</p> <ul style="list-style-type: none"> - . Contremaître principal . Contremaître . Chef d'équipe d'ouvriers prof. . Maîtres ouvriers . OP de 2ème catégorie . Ouvrier chef de 1ère cat. . OP de 1ère cat. . Aide ouvrier . Manoeuvre spécialisé . Manoeuvre de force . Manoeuvre . Conducteur ambulancier . Conducteur "Poids lourds" . Conducteur "Autos tour. et util." . Chef du Service Intérieur . Agent du S. Int. de 3ème cat. . Agent du S. Int. de 2ème cat. . Agent d'amphithéâtre . Agent de désinfection . Chauffeur de chaudière à H.P. . Chauffeur de chaudière à B.P. . Surveillant des Services Généraux (1) . Autres 	<p style="text-align: right;">7</p> <ul style="list-style-type: none"> - . Contremaître principal . 1er contremaître . Chefs d'équipe d'ouvriers prof. . Maîtres ouvriers . OP1, OP2 et ouv. chef de 1ère cat. - - . Aide ouvriers, manoeuvres (2) - . Personnel du parc automobiles . + Chefs du Service Intérieur (2) . Autres 	<p><u>PERSONNEL DU SERVICE OUVRIER DU PARC AUTO ET DU SERVICE INTÉRIEUR</u></p> <p style="text-align: right;">24</p> <ul style="list-style-type: none"> . Agent chef de 1ère catégorie . Agent chef de 2ème catégorie . Contremaître principal . Contremaître - . Maîtres ouvriers . OP de 1ère catégorie . OP de 2ème cat. . OP de 3ème cat. - . Manoeuvre spécialisé (1) . Manoeuvre de 1ère cat. (1) . Manoeuvre de 2ème cat. (1) . Chef de garage . Conducteur ambulancier . Conducteur d'Auto de 1ère cat. . Conducteur d'auto de 2ème cat. . Chef du Service Intérieur . Surveillant du Service Intérieur . Agent du S.Int. de 1ère cat. . Agent du S.Int. de 2ème cat. . Agent d'amphithéâtre . Agent de désinfection . Chauffeur de chaudière à H.P. . Chauffeur de chaudière à B.P. - . Autres 	

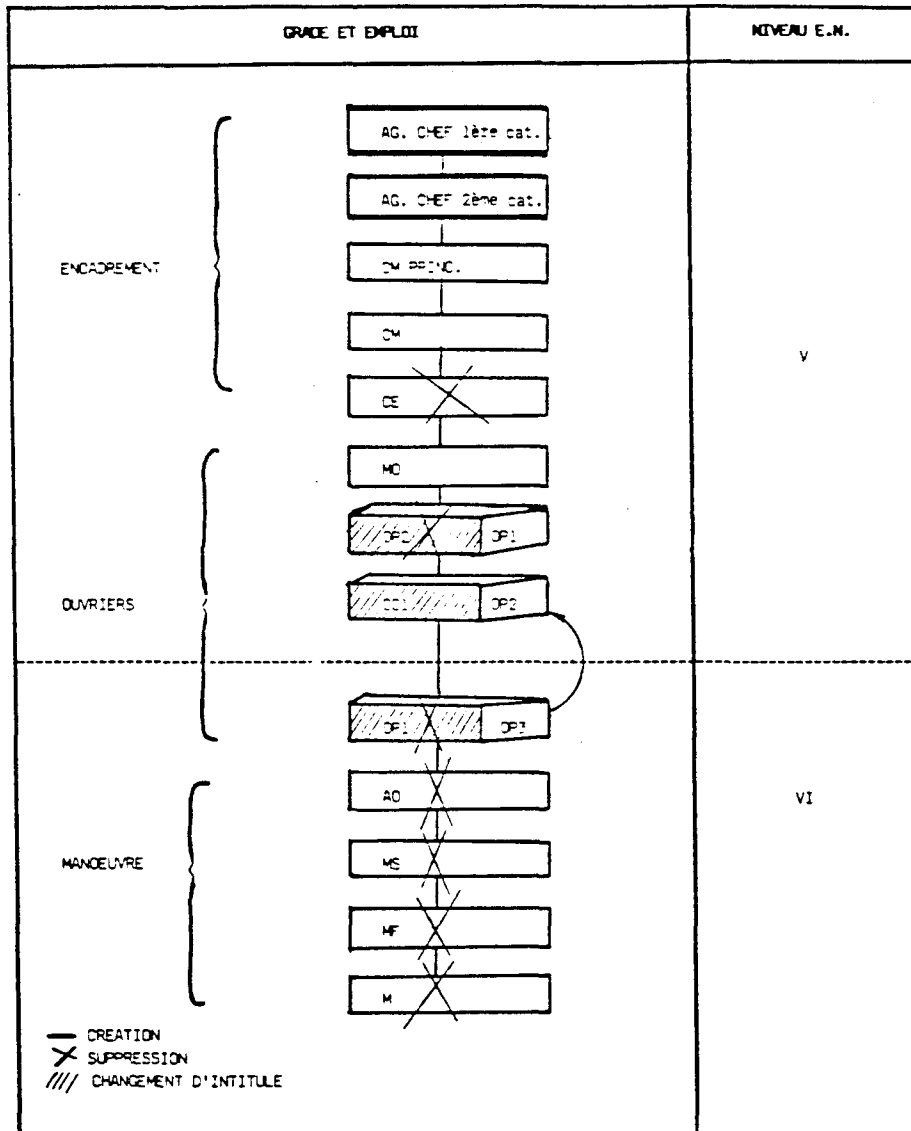
(0) A l'exception du Personnel Informatique et Organisation.

(1) Cadre d'extinction.

(2) Grades regroupés en une seule catégorie.

←--> Nombre de grades distincts.

- La classification ouvrière

Schéma 4
Classification ouvrière

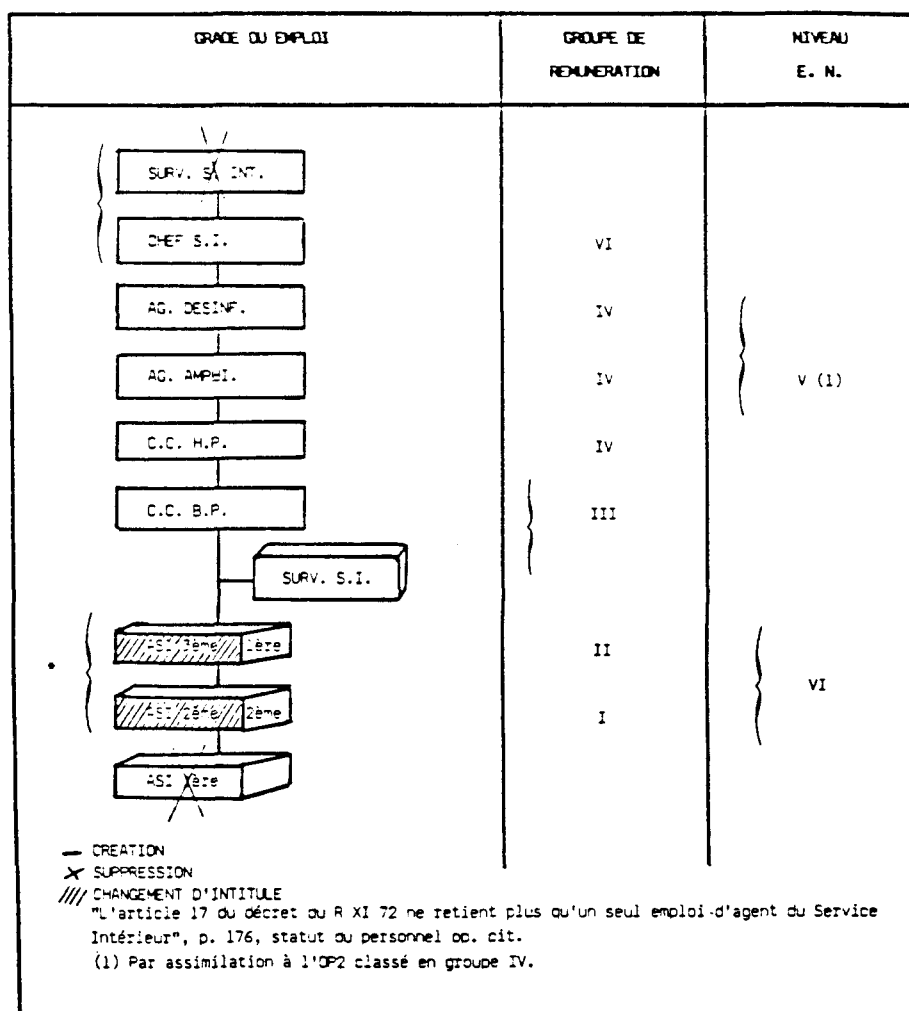
Le schéma 4 résulte de la superposition de "H/80" sur la nomenclature de 1964. On peut observer : la suppression de tous les emplois de manoeuvre ; désormais, un seul niveau OP3 correspond à un emploi n'exigeant aucune qualification (niveau VI) ; la disparition d'un niveau d'encadrement intermédiaire (chef d'équipe) ; et la création d'un niveau au sommet de la hiérarchie ouvrière, celui d'agent chef. Cet agent est de première catégorie s'il exerce dans un hôpital de 1 500 lits et plus, de deuxième catégorie, dans un établissement de 500 lits et plus. On peut à son propos souligner deux traits :

- le premier se rapporte à sa position et à son rôle, définis ainsi : "assiste ou supplée" les ingénieurs, les adjoints techniques, responsables de "services techniques particulièrement importants" ou dirige les activités d'un atelier chargé de l'exécution des travaux de "haute technicité" ;

- le second a pour objet de faire état d'un parallèle intéressant avec les accords nationaux qui sont intervenus dans la métallurgie en 1975, et se sont traduits par la suppression des catégories "manoeuvres" et l'apparition d'une nouvelle appellation, le technicien d'atelier (50). L'analogie, toutefois, ne peut être conduite à son terme, car l'agent chef, grade créé en 1977, renvoie à deux notions, celle de haute technicité et celle d'encadrement, alors que le technicien d'atelier se situe dans la lignée ouvrière et non dans celle de la maîtrise. Malgré cette réserve, on peut sans doute suivre les auteurs de l'article cité et considérer que dans le secteur hospitalier (comme dans les autres secteurs industriels) la création de l'emploi d'agent chef "renvoie à une évaluation, par les négociateurs, du rôle qu'il devrait jouer dans les mutations technico-organisationnelles". Celles-ci ont pour conséquence l'élévation de la qualification ouvrière, le renouvellement de la maîtrise, enfin le développement d'une fonction technique, au sein même des ateliers.

- La classification des agents du service intérieur

Schéma 5
Classification des agents du service intérieur



(50) M. Carrière Ramanoelina et Ph. Zarifian, "Le technicien d'atelier dans la classification de la métallurgie", *Formation Emploi*, n° 9, janvier-mars 1985.

Le rapprochement des deux nomenclatures (H 80 - 1964) montre une rétraction en un seul grade des emplois situés, en bas de l'échelle. Ils sont définis ainsi : "... *Les agents de Service intérieur pourront être chargés des travaux simples de manoeuvre ne nécessitant pas une qualification professionnelle*" (51). La filière possède un seul niveau d'encadrement, le chef de Service intérieur. Depuis 1972, un nouveau grade a fait son apparition, les surveillants du Service intérieur, dotés d'une double vocation : "*Ils peuvent assurer l'encadrement des ASI, ils peuvent également être chargés de fonctions particulières (...) requérant une certaine qualification morale ou psychologique telles que celles de concierge, de veilleur de nuit ou d'hôtesse d'accueil*".

"*La liste des fonctions n'est nullement limitative*". On peut faire appel aux ASI pour les services de sécurité ou de lutte contre l'incendie, la conduite des engins de traction mécanique ainsi que pour les services assurant le contact permanent avec le public.

Toutefois, en ce qui concerne les hôtesses d'accueil, les directions peuvent avoir recours au personnel de la filière administrative, agents de bureau et commis.

En fait, si on raisonne en termes de services, on constate que le fonctionnement et l'entretien des installations thermiques, ainsi que la sécurité et l'incendie sont sous la responsabilité des Services techniques (52), que l'entretien et le nettoyage des locaux sont souvent sous-traités si bien que cette filière pose, à moyenne échéance, le problème du contenu de ses attributions et de sa spécificité.

Quoi qu'il en soit, on peut accéder à cette filière sans aucun diplôme et à la différence de la filière ouvrière, dans laquelle les promotions sont commandées par l'obtention de CAP ou d'un examen professionnel de niveau équivalent, le recrutement interne s'effectue à partir d'examens professionnels organisés par les chefs d'établissements, sans référence à un niveau de qualification explicite.

Dans la troisième filière, celle du parc automobile, la dernière nomenclature prévoit un échelon d'encadrement, celui de chef de garage. Dans la mesure où cette activité n'a pas été prise en compte dans l'observation, elle ne donnera lieu à aucun développement.

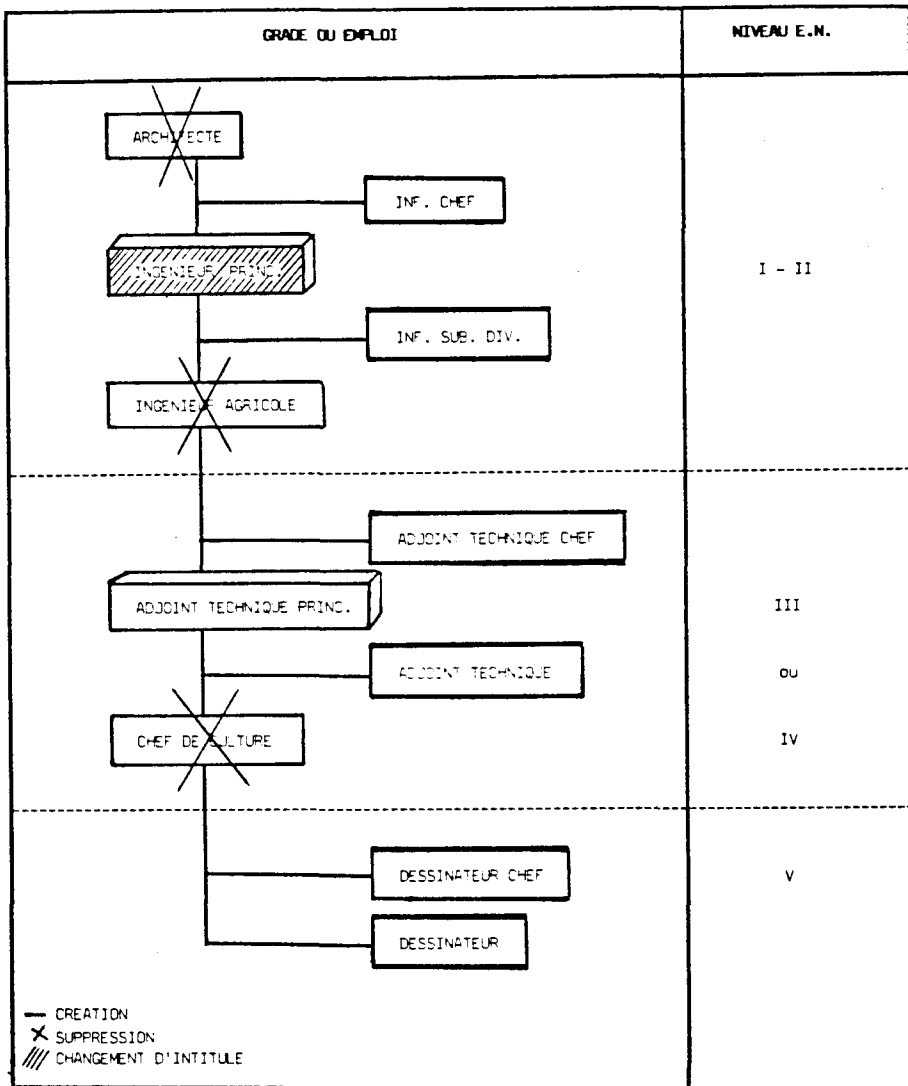
- Le personnel des services techniques

L'évolution repérable à travers les nomenclatures se traduit par l'abandon de toute référence à des domaines de compétences, à des métiers (architecte, ingénieur, ingénieur agricole, chef de culture...) et l'adoption d'une grille de classement hiérarchisée, fondée sur une qualification technique orientée vers la construction, la maintenance des installations et des équipements (et parmi ceux-ci, les équipements bio-médicaux).

(51) Statut du personnel, Tome VII, n° 1054 VII, J.O. p. 176.

(52) La circulaire du 3 juillet 1980 relative à la composition et au fonctionnement des équipes de sécurité dans les établissements d'hospitalisation publics classés immeubles de grande hauteur (IGH), prévoit le recours à des personnels des services ouvriers (OP3, OP2, OP1) et précise le type de qualification souhaité (électricien, plombier, électromécanicien...).

Schéma 6
Classification des ingénieurs et techniciens

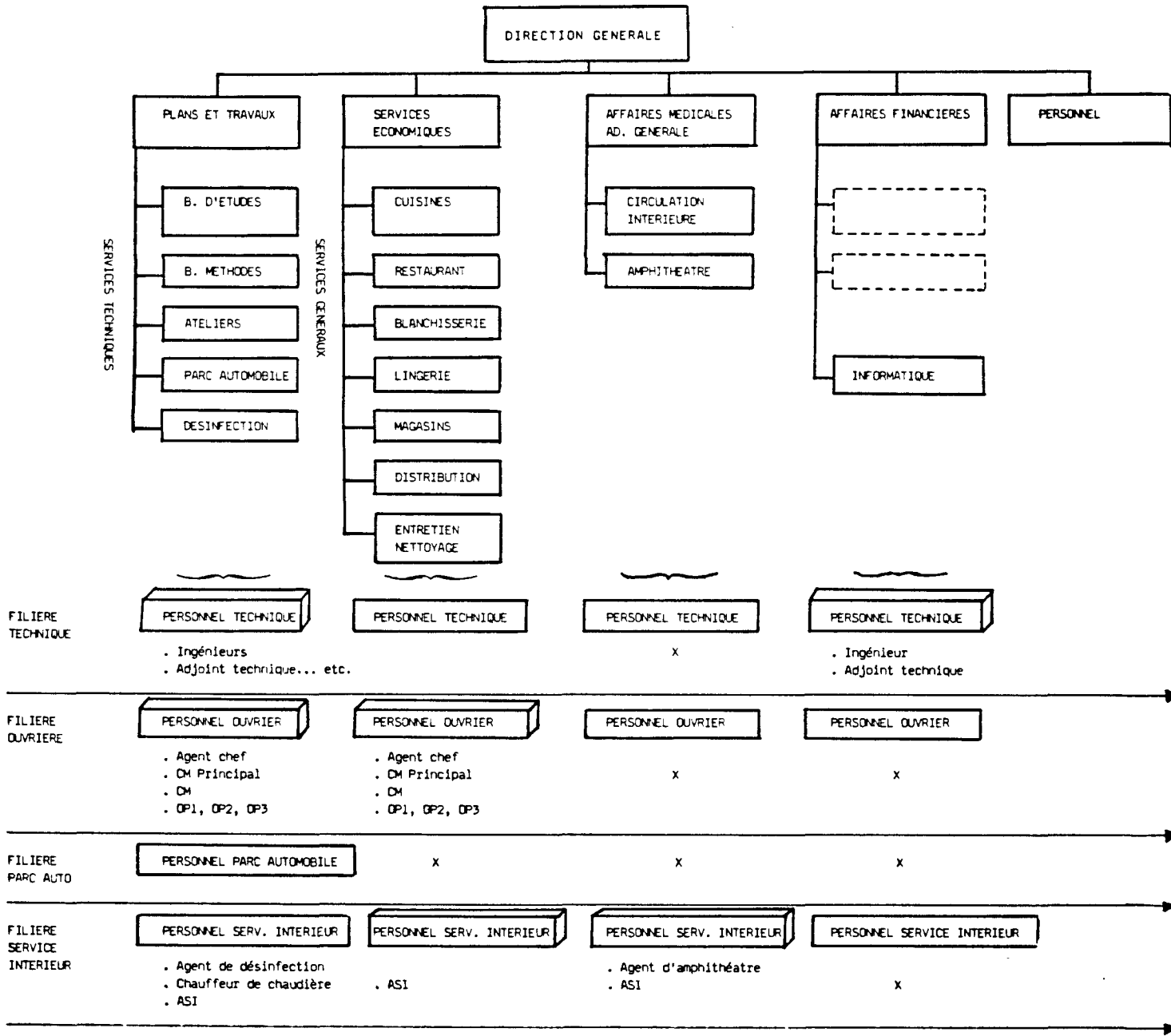


En fait, on peut noter que l'accès à l'emploi d'adjoint technique est ouvert par concours sur titres aux détenteurs de diplômes de niveau III (BTS-DUT) et de niveau IV (BTn-BT) et ce dans toutes les disciplines, non seulement celles liées aux activités dites des services techniques (bâtiment, installation, équipement), mais aussi à toutes les autres : blanchisserie, teinturerie, hôtellerie, informatique et traitement de l'information, hygiène et sécurité, gestion, parcs et jardins.

La définition élargie de l'emploi d'adjoint technique prévoit que "en plus des fonctions touchant à l'élaboration des projets de travaux neufs, à l'entretien et à la conduite de travaux, à l'encadrement de personnels et à la gestion technique d'un service ou d'une partie de service, les intéressés pourront se voir confier des tâches plus circonscrites auprès de certains matériels de haute technicité dont le fonctionnement, l'entretien et la maintenance exigent la présence d'agents dont la qualification outrepasse celle des personnels ouvriers" (53).

(53) Statut du personnel, op. cit.

Organigramme théorique



Il ressort ainsi des textes réglementaires que l'adjoint technique peut encadrer aussi bien un ou une partie de service technique que d'autres services, dans l'hôpital, par exemple, "*les services généraux, cuisines, blanchisserie, parcs et jardins, informatique, sécurité...*", mais on ne dispose pas actuellement, d'éléments immédiatement disponibles pour mesurer la pénétration de cette fonction technicienne dans les différents secteurs d'activités des établissements.

* *
*

En conclusion de ce paragraphe traitant des nomenclatures, on peut donc préciser les limites de l'analyse qui va suivre. Celle-ci va s'attacher à décrire les mouvements des personnels techniques et ouvriers sans pouvoir les rapporter à l'évolution des différents services auxquels ils sont affectés, les services techniques, les services généraux et parmi ceux-ci les cuisines, la blanchisserie (54).

D'autre part, les données statistiques ne donnant aucune information sur le niveau des diplômes et leur contenu, il ne sera pas possible de caractériser, de ce point de vue, la population des adjoints techniques, ni d'évaluer le nombre d'agents qui ont pu accéder à ce grade, par la promotion sociale.

En ce qui concerne la filière ouvrière, il sera également impossible de distinguer pour un grade donné, les titulaires de diplômes acquis dans le système éducatif des agents classés sous le même intitulé à la suite d'un examen professionnel. Enfin, l'impasse est totale quant aux diplômes (CAP, BEP, BTn...) dont les agents sont effectivement détenteurs et à leurs domaines de spécialités.

3.2. Le mode de développement

L'organigramme "théorique" illustre la précédente conclusion et sert d'introduction aux résultats qui vont suivre: on peut décrire l'évolution des diverses filières, technique, ouvrière, etc., soit l'accroissement numérique des agents, regroupés ainsi mais sans rien pouvoir dire de la progression des effectifs dans les fonctions ou services (représentés verticalement dans l'organigramme, par opposition à la filière horizontale) auxquels ils sont affectés.

Comme dans les parties précédentes, on commencera par examiner le mouvement d'ensemble des effectifs, croissance, diminution, modification de la structure des emplois, pendant les deux périodes retenues, 1972-1979, 1981-1985. Puis, on tentera d'analyser, dans le détail, le développement des grades et emplois dans chaque filière, tous établissements confondus et par type d'établissements.

3.2.1. L'évolution des effectifs par grande filière

- La période 1972-1979 (55)

Entre ces deux dates, l'ensemble des effectifs a crû de 45,7 %, le personnel de la filière technique a plus que doublé (tableau 25).

(54) Ces derniers services utilisent du personnel technique, ouvrier et des agents du service intérieur.

(55) Rappelons que les données du ministère ne permettent pas pour les années 1980 et 1981 de descendre au niveau de l'emploi ou du grade, dans toutes les fonctions.

Tableau 25
FONCTION TECHNIQUE
Evolution des effectifs par grande filière
(1972 - 1979)

ANNEES FILIERES	1972	1974	1979	1979/1972	tcam
	EFF. 1	EFF. 2	EFF. 3	% 4	
Personnel technique	358	448	875	114	13,7
Personnel ouvrier : maîtrise et ouvriers qualifiés	18 645	21 712	30 511	63,6	7,3
Personnel P. Auto	-	2 076	3 540	(2) 70,5	11,5
Aides, ouvriers, manoeuvres, Pers. du SI	-	36 900	44 990	(2) 21,9	3,4
Autres	37 016	2 053	1 721	(1) [26,2]	
Total	56 019	63 189	81 637	45,7	5,5

Source : SESI.

(1) Ce chiffre exprime l'évolution entre 1972 et 1979, des deux catégories "aide-ouvriers..." et "autres" (quatrième colonne) par rapport à la catégorie "autres" (deuxième colonne).

(2) Entre 1974 et 1979.

Tableau 26
FONCTION TECHNIQUE
Evolution de la structure de qualification des filières technique et ouvrière
(1972 - 1979)

ANNEES CATEGORIE	1972		1979	
	Effectif	%	Effectif	%
PERS. TECHNIQUE	358	1,9	875	2,8
PERS. MAÎTRISE, OUV. QUAL.	18 645	98,1	30 511	97,2
TOTAL	19 003	100,0	31 386	100,0

Source : SESI.

Tableau 27
FONCTION TECHNIQUE
Structure de qualification en termes de niveau de formation initiale
(ensemble des filières)
(1972 - 1979)

ANNEES	1972		1979	
	EFF.	%	EFF.	%
. EMPLOIS > NIVEAU V (I, II, III, IV)	358	0,6	875	1,1 /
. EMPLOIS = NIVEAU V (+ Parc auto)	18 645	33,3	30 511 (+ 3 540)	41,7 /
. EMPLOIS < NIVEAU V	37 016	66,1	46 711	57,2 \
TOTAL	56 019	100,0	81 637	100,0

Source : SESI.

En pourcentage, la maîtrise et les ouvriers qualifiés ont connu une progression qui a été le triple de celle qui a caractérisé les manoeuvres et les agents du Service Intérieur. On peut également constater l'importance du mouvement qui a affecté le personnel du Parc automobile entre 1974 et 1979.

Le tableau 26 exprime le rapport entre le groupe des ingénieurs et techniciens et celui de la maîtrise et des ouvriers qualifiés - à l'exclusion donc des conducteurs de véhicules et des agents du Service intérieur - malheureusement parmi ceux-ci ont été comptabilisés tous les aides-ouvriers et manoeuvres, appartenant à la filière ouvrière, ce qui biaise les résultats exprimés. Ces réserves faites, on peut constater le petit noyau formé par le personnel technique, par rapport à la masse des emplois qualifiés et non qualifiés et sa tendance malgré tout, à s'élargir quelque peu.

Dans la mesure où le tableau 26 propose une structure de qualification tronquée d'une partie de sa main-d'oeuvre (emplois de manoeuvres, d'aides...), le tableau 27 offre une représentation plus complète de la structure des emplois en termes de niveau correspondant à l'ensemble des effectifs regroupés sous la dénomination "personnel technique" ou "personnel des services généraux".

On peut constater un très léger renforcement des effectifs dans les emplois qualifiés (ingénieurs-techniciens), un gain un peu plus sensible de ceux-ci dans les emplois de niveau V. Cependant, les emplois non qualifiés - au sens d'une formation scolaire et/ou professionnelle - sont toujours majoritaires.

- La période 1981-1985

Le tableau 28 rend compte de l'évolution la plus récente des effectifs par filières.

On rappellera que le recensement des personnels s'étend aux Centres hospitaliers spécialisés (CHS) et que les données sont discontinues entre les deux périodes observées.

Elles offrent cependant un contraste évident, alors que globalement l'ensemble de la "profession" accuse un déficit d'emplois de - 1,8 %, la filière technique, a un taux de croissance régulier et plus élevé que les autres. Dans la filière ouvrière, la faible augmentation des effectifs bénéficie aux ouvriers qualifiés et à la maîtrise, au détriment des ouvriers non qualifiés. Mais c'est la filière du Service intérieur qui connaît la plus forte décélération.

Le tableau 29 permet de comparer le rythme de croissance de chaque grande catégorie d'emplois, entre 1972 et 1979 d'une part, 1981-1985 d'autre part.

On peut faire les constats suivants :

- ce sont les emplois les plus qualifiés (ceux de la filière technique) qui connaissent la plus forte progression, même si le taux de croissance moyen annuel tend à s'infléchir dans la période actuelle ;

- après les ingénieurs et les techniciens, les ouvriers continuent à progresser faiblement ;

- en revanche, les emplois non qualifiés, ceux de la filière ouvrière et ceux du Service intérieur ont vu leur évolution stoppée en 1978 et, depuis cette date, on assiste à leur diminution.

Tableau 28
FONCTION TECHNIQUE
 Evolution des effectifs par grande filière
 (1981 - 1985)

ANNEES PROFESSIONS	1981 EFF.	1985 EFF.	1985/1981 %	tcam
Filière technique	1 350	1 771	+ 31,2	7,1
Filière ouvrière	64 436	68 090	+ 5,6	+ 1,4
Filière Parc Auto	4 056	4 313	+ 6,3	+ 1,7
Filière Serv. Int.	28 114	22 013	- 21,7	- 5,9
Total	97 956	96 187	- 1,8	- 0,5

Source : ADERSA.

Tableau 29
FONCTION TECHNIQUE
 Comparaison entre la progression des effectifs pendant les deux périodes observées
 (1972 - 1979 et 1981 - 1985)

	1972-1979 EFF. %	1972-1979 tcam %	1981-1985 EFF. %	1981-1985 tcam %
ENS. PERSONNEL "TECHNIQUE"	+ 45,7	+ 6,5	1,8	- 0,5
<u>FILIERE TECHNIQUE</u>	+ 114	+ 13,7	+ 31,2	+ 7,1
<u>FILIERE OUVRIERE</u> dont	-	-	+ 5,6	+ 1,4
. Maîtrise + O.Q.	+ 63,6	+ 7,3	+ 9,5	+ 2,3
. O.n.Q.	-	-	- 0,1	- 0,3
O.n.Q. + Serv. Int.	+ 26,2	+ 3,4	-	-
<u>FILIERE SERV. INTERIEUR</u>	-	-	- 21,7	- 5,9
<u>FILIERE PARC AUTO</u>	+ 70,5 *	11,5 *	+ 6,3	+ 1,7

* Entre 1974 et 1979.

Source : SESI et ADERSA.

Le tableau 30, construit comme le tableau 26, rend compte du rapport entre les ingénieurs et les techniciens (filrière technique) et les ouvriers qualifiés (maîtrise + OP1 et OP2 de la filrière ouvrière à l'exclusion des ONQ).

La comparaison entre ces deux tableaux montre la lente modification de la structure de qualification en dépit du taux d'accroissement du personnel technique.

Avec la dernière nomenclature, les ouvriers non qualifiés sont repérables, on peut ainsi connaître la structure de qualification correspondant à l'ensemble des emplois de la filrière technique et ouvrière (tableau 31).

Le tableau 32 rassemble les données permettant de comparer l'évolution de la structure des emplois, en termes de niveau de formation. Dans ce cas, il s'agit de l'ensemble des effectifs comptabilisés sous la catégorie "personnel technique" ou "personnel des services généraux", soit la totalité des filières technique, ouvrière, parc auto et service intérieur.

Le mouvement constaté dans la période précédente se confirme. Pour la première fois, en 1985, les ouvriers non qualifiés ne représentent plus la majorité des emplois.

3.2.2. *L'évolution des effectifs par grade ou emploi, au sein des filières*

- La filrière technique, tous établissements confondus

Les tableaux 33 et 34 reconstituent l'évolution des emplois à l'intérieur de la filrière technique, entre 1972 et 1979 (tableau 33) et entre 1981 et 1985 (tableau 34). Le tableau 35 rassemble les données ainsi analysées.

Au cours de la décennie écoulée (1974-1985), les emplois d'ingénieurs ont augmenté de + 170 %, ceux d'adjoints techniques de + 296 %. La lecture des tableaux montre que la politique de personnel s'est d'abord donné pour objectif de renforcer les postes d'ingénieurs (développement-étoffement des services techniques, recours aux ingénieurs bio-médicaux) (56). Depuis 1985, leur taux de croissance baisse. Il a été même fortement négatif en 1984 (?). En revanche, celui des adjoints techniques montre une constante progression, même si celle-ci est moins forte à présent que pendant la première période.

- La filrière technique par type d'établissement

Les emplois de la filrière technique sont répartis entre les centres hospitaliers en fonction de leur vocation et de leur importance (tableau 36).

La majorité d'entre eux se trouve dans les CHR.

Les tableaux 37 et 38 rendent compte de l'évolution relative des emplois de la filrière technique, entre 1981 et 1985 dans les trois grands types d'établissements, les CHR, les CH, et les CHS.

Les hôpitaux (H) emploient exclusivement des adjoints techniques et leur nombre n'a pas varié entre 81 et 85. Les HL/HR n'emploient pas de personnel technique.

(56) La création de ce cycle de formation à l'IUT de Compiègne date de 1974.

Tableau 30
FONCTION TECHNIQUE
Evolution de la structure de qualification des filières technique et ouvrière
(1981 - 1985)

ANNEES CATEGORIES	1981		1985	
	EFF.	%	EFF.	%
FILIERE TECHNIQUE	1 350	3,4	1 771	4
FILIERE OUVRIERE (maîtrise + O.Q.)	38 708	96,6	42 377	96
TOTAL	40 058	100,0	44 148	100,0

Source : ADERSA.

Tableau 31
FONCTION TECHNIQUE
Evolution de la structure de qualification des filières technique et ouvrière
(1981 - 1985)

ANNEES GRADE ET EMPLOI	1981		1985	
	EFF.	%	EFF.	%
Ingénieurs, techniciens	1 350	2,0	1 771	2,5
Maîtrise + O.Q. (OP1,OP2)	38 708	57,7	42 377	60,6
O.n.Q. (OP3)	27 078	40,3	25 713	36,9
TOTAL	67 136	100,0	69 861	100,0

Source : ADERSA.

Tableau 32
FONCTION TECHNIQUE
Evolution de la structure des emplois en termes de niveau de formation initiale
(ensemble des filières)
(1972 - 1985)

Années	1972	1979	1981	1985
Emplois > niveau V	0,6	1,1	1,4	1,8 ↗
Emplois = niveau V	33,3	41,7	43,6	48,6 ↗
Emplois < niveau V	66,1	57,2	55,0	49,6 ↘
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : SESI et ADERSA.

Tableau 33
FONCTION TECHNIQUE
Evolution et répartition des effectifs dans la filière technique
(1974- 1979)

GRADE ET EMPLOI	1974		1979		2/1 %	tcam
	Effectif 1	%	Effectif 2	%	3	4
Ingénieurs	115	25,7	257	29,4	+ 123,5	17,8
Adjoints techniques	333	74,3	618	70,6	+ 85,6	13,4
TOTAL	448	100,0	875	100,0	(1)	(1)

Source : SESI.

(1) Entre 1972 et 1979, l'accroissement des effectifs a été de + 114 %, le taux de croissance annuel moyen de + 13,7 %. Avant 1974, les deux catégories d'emplois étaient agrégées.

Tableau 34
FONCTION TECHNIQUE
Evolution et répartition des effectifs dans la filière technique
(1981 - 1985)

	1981		1982	1983	1984	1985		5/1	tcam
	Effectif 1	%	Effectif 2	Effectif 3	Effectif 4	Effectif 5	%	% 6	7
Ingénieurs	333	24,7	361	380	307	311	17,6	- 6,6	- 1,1
Adjoints techniques	878	65	912	1 089	1 168	1 320	74,5	+ 50,3	+ 8,0
Dessinateurs	139	10,3	227	137	151	140	7,9	+ 7,9	(1)
TOTAL	1 350	100,0	1 500	1 606	1 626	1 771	100,0	+ 31,2	7,1

(1) Non calculé compte tenu des variations annuelles.

Source : ADERSA.

Tableau 35
FONCTION TECHNIQUE
Comparaison des mouvements d'effectifs de la filière technique, en pourcentage et en taux
de croissance moyen annuel, pendant les périodes étudiées

GRADE OU EMPLOI	1979/1974 (1)		1985/1981 (2)		1981/1974
	EFF. %	tcam	EFF. %	tcam	%
Ingénieurs	+ 123,5	17,8	- 6,6	- 1,1	+ 170
Adjoint technique	+ 85,6	13,4	+ 50,3	+ 8	+ 296

(1) Source : SESI.

(2) Source : ADERSA.

Tableau 36
FONCTION TECHNIQUE
 Répartition des emplois de la filière technique
 - par type d'établissement - (1985)

CATEGORIE \ ETABLIS.	CHR	CH	H	HL/HR	CHS	TOTAL
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
FILIERE TECHNIQUE Effectif	925	480	67	-	297	1 769 (1)
%	52,3	27,1	3,8	-	16,8	100,0

(*) Ce chiffre diffère de deux unités en raison du mode de calcul qui a présidé au recensement des effectifs (cf. tableau 30, effectifs de la filière technique).

Source : ADERSA, année de référence 1985.

Tableau 37
FONCTION TECHNIQUE
 Accroissement en pourcentage des emplois de la filière technique
 - par type d'établissement -
 (1981 - 1985)

TYPE D'ETABLISSEMENT \ GRADE OU EMPLOI	CHR	CH	CHS
	(1)	(2)	(3)
Ingénieurs	+ 6,8	- 48,3	+ 14,8
Adjoints techniques	+ 26,7	+ 159,9	+ 35,9
Dessinateur	+ 1,3	+ 58,8	- 22,7

Source : ADERSA.

Tableau 38
FONCTION TECHNIQUE
 Evolution de la structure des emplois de la filière technique
 - par type d'établissement -
 (1981 - 1985)

GRADE OU EMPLOI \ ETABLIS.	CHR		CH		CHS	
	1981	1985	1981	1985	1981	1985
	%	%	%	%	%	%
Ingénieurs	28,2	25,4 \	33,3	9,4 \	11,2	10,4 \
Adjoints techniques	61,9	66,2 /	60,2	85,0 /	70,2	77,8 /
Dessinateurs	9,9	8,4 \	6,5	5,6 \	18,6	11,8 \
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : ADERSA.

Il faut se rappeler que les effectifs réels sont relativement faibles (57). Les données concernant les Centres hospitaliers (colonne 2 du tableau 37) sont cependant de nature discordante, comparées à celles des autres établissements. Ainsi, pendant la période considérée, le nombre des ingénieurs aurait fortement diminué (?), alors que la catégorie des adjoints techniques prenait de l'ampleur. Pour ces derniers, on peut sans doute mettre en relation le mouvement général d'expansion avec la circulaire du 22 novembre 1982 "relative au recrutement et à l'avancement des personnels techniques", autorisant "une accélération du déroulement de carrière des adjoints techniques" et une forte création d'emploi (58).

Le tableau 38 rend compte primo de la différence entre les CHR et les deux autres types d'hôpitaux en ce qui concerne l'importance de l'emploi "Ingénieur", deuxio d'une tendance générale selon laquelle les "adjoints techniques" sont seuls à bénéficier d'une évolution positive, quelle que soit la catégorie de l'établissement.

Reste posée la question de la diminution du nombre d'ingénieurs dans les CH - à laquelle l'analyse statistique ne peut pas répondre. Ce point mériterait, sans doute, d'être approfondi.

- La filière ouvrière, tous établissements confondus

La période 1972-1979 a été marquée par des changements de nomenclature et par des modes de recensement des effectifs qui ne permettent pas de suivre l'évolution de chaque grade et emploi : le grade de chef d'équipe d'ouvriers professionnels a été supprimé, celui d'agent chef de 1ère et de 2ème catégorie a été créé, les OP1 et les OP2 sont comptabilisés ensemble, les aides-ouvriers - devenus OP3 - sont encore agrégés au personnel du Service intérieur, avec les différents manoeuvres, cadres en extinction depuis 1977.

Aussi, on se limitera à constater le mouvement de la maîtrise (l'ensemble des contremaîtres principaux, contremaîtres, chefs d'équipe...) et celle des ouvriers qualifiés (OP1 et OP2), à l'exclusion des ouvriers non qualifiés.

Le tableau 39 indique la répartition des agents entre ces groupes d'emplois.

On peut noter un taux de croissance des ouvriers plus élevé que celui de la maîtrise.

Le tableau 40, qui se rapporte aux années récentes 1981-1985, donne, en revanche, le détail de la progression des effectifs, par grades.

Le taux de croissance - environ 9 % - est exactement le même pour chacun des trois groupes d'emplois, la maîtrise, les ouvriers qualifiés et les ouvriers non qualifiés (OP3). En ce qui concerne ces derniers, ce mouvement s'explique sans doute par l'absorption des agents affectés à des emplois de manoeuvre, cadre en extinction.

(57) Cf. tableau 36.

(58) En revanche, en ce qui concerne les ingénieurs, ce résultat exprime-t-il la difficulté des établissements à les recruter et à leur offrir des carrières intéressantes ?

Tableau 39
FONCTION TECHNIQUE
 Evolution de la structure des emplois de la filière ouvrière
 (1972 - 1979)

GRADE ERT ET EMPLOI	1972		1979		2/1	tcam
	Effectif 1	%	Effectif 2	%		
CMP et CM	978	13,7	3 388	12,1	(+ 246,4)	-
CE d'OP *	1 570		314		-	-
Sous-total	2 548		3 702		+ 45,3	5,5
MO	1 018	86,3	1 530	87,9	+ 50,3	7,6
OP1 et OP2	15 079		25 279		+ 67,6	
Sous-total	16 097		26 809		+ 66,5	
TOTAL	18 645	100,0	30 511	100,0	+ 63,6	7,3

* Emplois supprimés en 1977, les agents ont été reclassés dans les emplois de contremaîtres.
 Source : SESI.

Tableau 40
FONCTION TECHNIQUE
 Evolution de la structure des emplois de la filière ouvrière
 (1981 - 1985)

	1981		1982	1983	1984	1985		1985/1981	TCAM
	EFF. 1	% *	EFF. 2	EFF. 3	EFF. 4	EFF. 5	% *	% 6	% 7
Agent chef 1ère cat.	198		226	239	312	322		+ 62,6	
Agent chef 2ème cat.	259		250	228	209	216		- 16,6	
CM Principal	890		986	1 087	1 077	1 080		+ 21,3	
CM	3 919		4 019	4 003	3 968	4 127		+ 5,3	
Sous-total	5 266	8,2	5 481	5 557	5 566	5 745	8,4	+ 9,1	2,2
M. Ouvrier	1 864		2 025	2 111	2 319	2 344		+ 25,75	
OP de 1ère cat.	13 487		13 992	14 493	13 882	14 406		+ 6,8	
OP de 2ème cat.	18 091		18 959	19 256	19 632	19 882		+ 9,9	
Sous-total	33 442	51,9	34 976	35 860	35 833	36 632	53,8	+ 9,5	2,3
OP de 3ème cat.	22 561		22 735	22 816	24 444	24 684		+ 9,4	2,3
Manoeuvre spécial.	2 785		2 535	51	100	-		- 67,5	
Manoeuvre 1ère cat.	176		181	13	-	-			
Manoeuvre 2ème cat.	206		154	2 605	1 242	1 029			
Sous-total	25 728	39,9	25 605	25 485	25 786	25 713	37,8	- 0,1	- 0,3
TOTAL	64 436	100	66 062	66 902	67 185	68 090	100	+ 5,7	1,4

* Cette colonne indique la structure de qualification.
 Source : ADERSA.

A l'intérieur des deux premiers groupes, on peut remarquer l'expansion des emplois situés en haut de la grille de qualification, l'agent chef de 1ère catégorie, le contremaître principal et le maître ouvrier (colonne 6 du tableau 40).

La structure des emplois indiquée en 1981 et en 1985 (colonnes 1 et 5 du tableau 40) montre une légère augmentation des ouvriers qualifiés par rapport aux ouvriers non qualifiés, lesquels donnent à la pyramide une base encore importante.

Le tableau 41 opère la synthèse entre les données des tableaux 39 et 40 en comparant les mouvements d'effectifs en pourcentage et en taux de croissance moyen annuel, pendant les périodes étudiées.

Au total, dans cet intervalle de temps supérieur à dix ans, en effectifs réels, les emplois de la maîtrise et ceux des ouvriers qualifiés ont largement doublé. Le taux de croissance, ralenti depuis 1978, est le même pour chaque groupe - à l'exception des ouvriers non qualifiés en raison de la disparition des emplois de manoeuvre. On rappellera à titre de comparaison les taux de croissance annuels (tcam) des ingénieurs et des adjoints techniques, respectivement de + 17,8 % et 13,4 % entre 1974 et 1979, puis de - 1,1 % et de + 8 %, entre 1981 et 1985. En définitive, ce sont les adjoints techniques qui ont connu, et qui connaissent, la plus forte progression.

- La filière ouvrière, par type d'établissement

Les grands centres hospitaliers emploient 60 % du personnel ouvrier (maîtrise, OQ et ONQ), les CHR et les CH sont comparables quant à la main-d'oeuvre ouvrière utilisée (tableau 42).

Le tableau 43 permet de suivre la progression de chaque type d'emploi, par type d'établissement.

Si l'on considère l'ensemble de la filière ouvrière, on constate que les CHR et CH présentent un taux de croissance comparable, plus élevé que dans les autres établissements, les CHS sont les seuls à voir leurs effectifs globalement diminuer. En revanche, dans ce type de centre hospitalier - ainsi que dans les CHR - l'encadrement a été renforcé. On voit à travers la suppression des emplois de manoeuvre, la mise en oeuvre des directives reçues. Celles-ci ont eu pour effet de provoquer des mouvements internes de reclassement et de promotion et en conséquence de remodeler la structure de qualification (tableau 44).

Comme on pouvait s'y attendre, la tendance générale est à la baisse du groupe d'emplois non qualifiés et au gonflement de celui des ouvriers qualifiés (à l'exception des établissements de la catégorie H).

Dans l'ensemble, à l'exception des CHR et des CHS, la maîtrise n'a pas vu ses effectifs croître.

- La filière "Service intérieur"

Comme on l'a vu au début de cette partie consacrée à la profession "technique", les agents du Service intérieur ont été longtemps comptabilisés avec le personnel ouvrier non qualifié. Il faut attendre la dernière nomenclature (H 80) pour suivre le mouvement des grades et emplois qui constituent cette filière.

Tableau 41

FONCTION TECHNIQUE

Comparaison des mouvements d'effectifs de la filière ouvrière, en pourcentage et en taux de croissance moyen annuel, pendant les périodes étudiées

Années Catégorie	1979/1972 (1)		1985/1981 (2)		1972 Effectifs (1)	1985 Effectifs (2)	2/1 %
	%	tcam	%	tcam			
Maîtrise	45,3	5,5	9,1	2,2	2 543	5 745	125,9
O.Q.	66,5	7,6	9,5	2,3	16 097	36 632	+ 127,6
O.n.Q.	-	-	- 0,1	- 0,3	-	25 713	-

(1) Source : SESI.

(2) Source : ADERSA.

Tableau 42

FONCTION TECHNIQUE

Répartition des emplois de la filière ouvrière
- par type d'établissement - (1985)

ETABLISSEMENT CATEGORIE	CHR	CH	H	HL/HR	CHS	TOTAL
FILIERE OUVRIERE Effectif	19 914	20 831	11 412	4 062	11 870	68 089
%	29,2	30,6	16,8	6,0	17,4	100,0

Source : ADERSA, année de référence 1985.

Tableau 43

FONCTION TECHNIQUE

Accroissement en pourcentage des emplois de la filière ouvrière
- par type d'établissement -
(1981 - 1985)

	CHR %	CH %	H %	HL/HR %	CHS %
Agent chef 1ère catégorie	23	164,7	- 21,4	-	157,8
Agent chef 2ème catégorie	-	- 22,3	142,9	-	- 35,2
C.M. principal	2	45,1	9,8	82,4	20,6
C.M.	14,2	- 0,3	2,6	- 9,9	11,4
Sous-total	12,7	5,6	5,7	- 4,3	16,4
M.O.	33,6	78,9	5,7	12,1	12,9
O.P.1	27,0	10,1	3,6	- 9,9	- 16,2
O.P.2	2,4	16,3	- 4,6	31,4	26,3
Sous-total	13,8	15,9	- 1,1	15,5	1,9
O.P.3	11,4	10,9	9,8	- 3,9	9,2
Manoeuvre spécialisée	- 6,9	- 72,1	- 55,9	- 55,1	- 68,1
Manoeuvre 1ère catégorie					
Manoeuvre 2ème catégorie					
Sous-total	6,8	8,1	6,5	- 5,8	- 21,4
TOTAL	11,2	11,8	2,2	+ 3,8	- 7,3

Source : ADERSA.

Tableau 44
FONCTION TECHNIQUE
Evolution de la structure de qualification de la filière ouvrière
- par type d'établissement -
(1981 - 1985)

GROUPE D'EMPLOI	CHR		CH		H		HL/HR		CHS	
	81 %	85 %	81 %	85 %	81 %	85 %	81 %	85 %	81 %	85 %
MAITRISE	7,5	7,6	9,1	8,6	8,2	8,4	7,1	6,6	8,1	10,2
O.Q.	56,6	57,9	49,8	51,7	56,0	54,2	44,2	49,2	47,3	52,0
O.N.Q.	35,9	34,5	41,1	39,7	35,8	37,4	48,7	44,2	44,6	37,8
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : ADERSA.

Tableau 45
FONCTION TECHNIQUE
Evolution des effectifs par grade et emploi dans la filière "Service intérieur"
(1981 - 1985)

GRADE ET EMPLOI	1981 Effectif	1982 Effectif	1983 Effectif	1984 Effectif	1985 Effectif	1985/1981 %
Chef de service Intérieur	306	305	259	260	258	- 15,7
Surveillant du Serv. Intérieur	2 382	2 628	2 643	2 749	2 956	+ 24,1
ASI de 1ère catégorie	1 247	1 217	128	137	69	
ASI de 2ème catégorie	22 911	19 770	21 283	18 897	17 499	
Sous-total ASI	24 158				17 568	- 27,3
Agent d'amphithéâtre	344	356	375	431	447	+ 29,9
Agent de désinfection	255	262	236	278	307	+ 20,4
Chauffeur de ch. H.P.	579	517	432	403	413	- 28,7
Chauffeur de ch. B.P.	90	90	70	60	64	- 28,9
Autres	-	-	-	-	-	-
TOTAL	28 114	25 145	25 426	23 215	22 013	- 21,7

Source : ADERSA.

Tableau 46
FONCTION TECHNIQUE
Répartition du personnel "Service intérieur" entre les établissements
(1985)

ETABLISSEMENT CATEGORIE	CHR	CH	H	HL/HR	CHS	TOTAL
FILIERE SERV.INTERIEUR Effectif	9 693	6 675	3 035	1 102	1 508	22 013
%	44,0	30,3	13,8	5,0	6,9	100,0

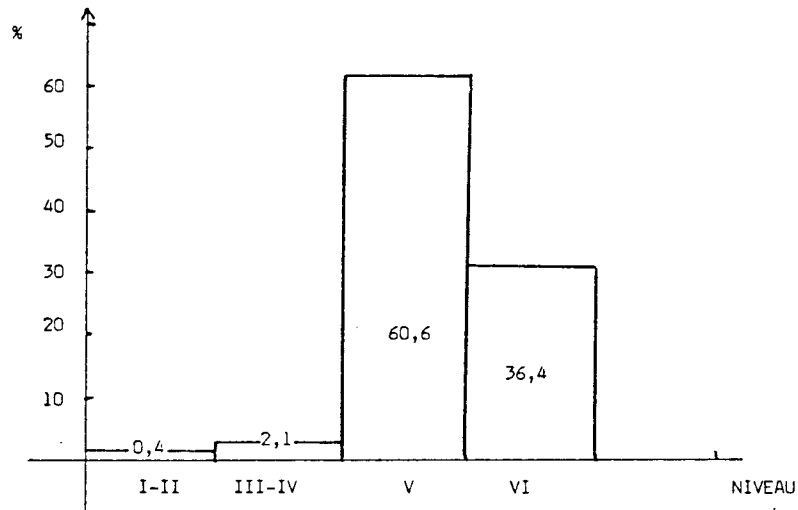
Source : ADERSA, année de référence 1985.

Tableau 47
FONCTION TECHNIQUE
 Evolution en pourcentage, des effectifs du "Service intérieur"
 (1981 - 1985)

ETABLIS. CATEGORIE	CHR %	CH %	H %	HL/HR %	CHS %
FILIERE SERV. INTERIEUR	- 19	- 32,1	- 26,3	+ 8,7	- 0,4

Source : ADERSA.

Schéma 7
FONCTION TECHNIQUE
 Répartition des emplois par niveau de formation
 (1985)



Source : ADERSA.

Tableau 48
FONCTION TECHNIQUE
 Structure des emplois regroupés dans la "fonction technique" (1)
 (1972 - 1985)

	1972	1985
Effectifs	56 019	96 187
Emplois > Niveau V	0,6	1,8
Emplois = Niveau V	33,3	48,6
Emplois < Niveau V	66,1	49,6
TOTAL	100,0	100,0

Source : SESI et ADERSA.

(1) Soit l'ensemble des ingénieurs, techniciens, ouvriers, agents du parc automobile et agents du service intérieur, à l'exclusion du personnel informatique et organisation.

On rappellera qu'entre 1972 et 1979 cet ensemble a augmenté de 26,2 % avec un taux de croissance annuel moyen de 3,4 %, le plus bas de tous ceux qui ont pu être relevés. Depuis 1981 (59) cette catégorie d'emplois voit ses effectifs diminuer au rythme de - 5,9 % par an.

- La filière "Service intérieur", tous établissements confondus

On peut remarquer, à partir du tableau 45, que, à l'exception des agents d'amphithéâtre et de désinfection qui représentent 3,4 % des effectifs et des surveillants de Service intérieur (13,4 % des agents), toutes les catégories d'emploi subissent une diminution sensible, la baisse des agents entraînant celle de l'encadrement. On peut se reporter à la présentation qui a été faite de la filière (point 3.1) et considérer que l'évolution des effectifs confirme l'hypothèse formulée sur l'avenir incertain de cet ensemble d'emplois. Ainsi, les chauffeurs de chaudière sont déjà dans les faits soustraits à l'autorité de l'encadrement et absorbés par les services techniques dont le personnel relève de la filière ouvrière. Il n'en reste pas moins que les agents du Service intérieur employés pour l'essentiel à une activité de nettoyage, pour laquelle il n'est pas demandé de formation professionnelle, constituent 80 % du personnel de cette filière et plus de 18 % du personnel de la "profession technique" (60).

- La filière "Service intérieur" par type d'établissement

Le tableau 46 se rapporte à la répartition des agents par établissement telle que l'on peut la mesurer en 1985.

Le tableau 47 retrace le mouvement des effectifs pour la période récente.

On s'aperçoit que les trois quart des agents de la filière Service intérieur sont employés par les grands établissements. Les HL/HR n'ont recours qu'à un nombre réduit d'ASI. En dehors de ce type d'institution, l'ensemble des centres s'oriente vers l'économie de ces emplois. C'est dans les établissements qui disposent du plus grand nombre d'agents, que la réduction des effectifs est la plus forte (CH, CHR et H).

Cette contraction s'est-elle accompagnée d'une extériorisation de l'activité (sous-traitance), d'une réorganisation interne, les travaux les plus simples pouvant être l'objet d'une plus grande productivité, avec des équipements renouvelés ? L'aménagement de cette filière va-t-il se poursuivre ou a-t-on atteint un seuil au-delà duquel l'hôpital ne peut pas descendre, à la fois pour des raisons de fonctionnement et aussi parce que son rôle de régulateur dans un marché du travail local défaillant serait remis en cause ?

3.3. Classement des emplois par niveau de formation

Le schéma 7 concrétise la structure des emplois de la filière technique et ouvrière.

Ce groupe d'emplois est composé des ingénieurs et techniciens - peu nombreux au regard de la population ouvrière - un bon tiers de celle-ci est sans diplôme.

(59) Ce mouvement de décélération date, en fait, de 1978.

(60) A l'exclusion de la filière informatique et organisation.

Cette situation, héritée du passé, correspond à une activité orientée vers des tâches d'exécution, dans des disciplines traditionnelles, les métiers du bâtiment (maçonnerie, menuiserie, électricité, peinture...), de l'hôtellerie (cuisine, blanchisserie, entretien des locaux...), parcs et jardins (jardiniers...).

De plus, le travail des services techniques et généraux s'apparente davantage à une prestation de services qu'à une production au sens où ce terme est utilisé dans l'industrie manufacturière, et, jusqu'à ces dernières années, il a échappé aux normes et aux cadences caractérisant celle-ci.

Enfin, selon différents auteurs (61), le mécanisme de création des emplois à l'hôpital obéirait, sans que l'on puisse toujours le démontrer, à des logiques propres : la logique "bureaucratique" en premier lieu, selon laquelle l'inflation des effectifs s'explique moins par des besoins réels en personnel que pour asseoir l'importance et le pouvoir des responsables respectifs (62) ; Deuxièmement, chacun sait que les centres hospitaliers, en tant qu'employeurs, jouent un rôle décisif dans l'économie locale et régionale ; ils ont pu contrarier, dans certains cas, les effets de la crise, en continuant d'offrir du travail dans les secteurs en difficulté de ce point de vue.

Quoi qu'il en soit, si l'on met en rapport les événements les plus récents concernant l'introduction de la technologie dans l'hôpital avec la structure de qualification des personnels, deux questions viennent à l'esprit :

- pendant la période dite des "bâtisseurs", a-t-on saisi cette opportunité pour former et valoriser les agents en les faisant participer à la conception et à la réalisation des constructions neuves ? Ou a-t-on opté pour le recours aux prestataires de service ?

- quelle est la politique actuelle dès lors que se confirme la technicité des équipements et des installations ?

L'évolution de la structure de qualification comporte-t-elle des éléments de réponse à ces interrogations ?

Le tableau 48 compare la structure des emplois regroupés dans la "profession technique", soit l'ensemble des ingénieurs, techniciens, ouvriers, agents du parc automobile et agents du Service intérieur, à l'exclusion du personnel informatique et organisation.

En treize années, les effectifs ont augmenté de + 70 % et l'on peut observer une réorganisation de la structure qui se matérialise par la diminution des emplois non qualifiés au bénéfice des emplois se situant au niveau du CAP. Ce mouvement est relativement récent (1978) et le nombre des agents peu ou non qualifiés est encore important. Il a été induit, en partie, par la remise en ordre des nomenclatures, la suppression d'un certain nombre d'emplois d'aides et la tendance du Service intérieur à péricliter.

Cette approche globale ne rend pas compte des changements plus qualitatifs, à savoir la progression des techniciens mais dont la proportion reste infime dans la masse totale des emplois et celle de la filière ouvrière par rapport à celle du Service intérieur.

(61) A ce propos, on peut consulter l'étude de R. Caillet, op. cit.

(62) Ce mouvement est aussi valable pour les services administratifs. On peut remarquer que le classement de la hiérarchie jusqu'à son sommet - le directeur d'établissement - est fonction du nombre de lits et, au-delà de ce ratio, celui des effectifs compte certainement autant.

Mais la signification de ces changements reste aléatoire : que penser des dernières évolutions relatives à la diminution du nombre des ingénieurs et de l'encadrement intermédiaire ? Le groupe des ouvriers va-t-il encore pouvoir s'accroître, c'est-à-dire offrir une perspective de promotion et des débouchés à ceux - près de 50 % des effectifs - qui n'ont pour l'instant aucune qualification ? Eux-mêmes - les ouvriers - disposent-ils d'un avenir assuré à la fois en termes d'emploi et en termes de promotion.

La réponse à ces questions va dépendre des choix qui seront opérés. Le licenciement étant exclu deux éventualités sont envisageables :

- dans le cadre des contraintes budgétaires drastiques, le développement de la fonction soignante va impliquer la restriction des postes situés à sa périphérie - la diminution des emplois peu ou pas qualifiés risque d'être amplifiée dans les filières Service intérieur et ouvrière - les problèmes à résoudre seront ceux de la ré-affectation de ces agents et de l'adaptation de la main-d'oeuvre restante aux emplois qui ne seront pas pris en charge par la sous-traitance, emplois qui pourront exiger de la compétence et du savoir-faire ;

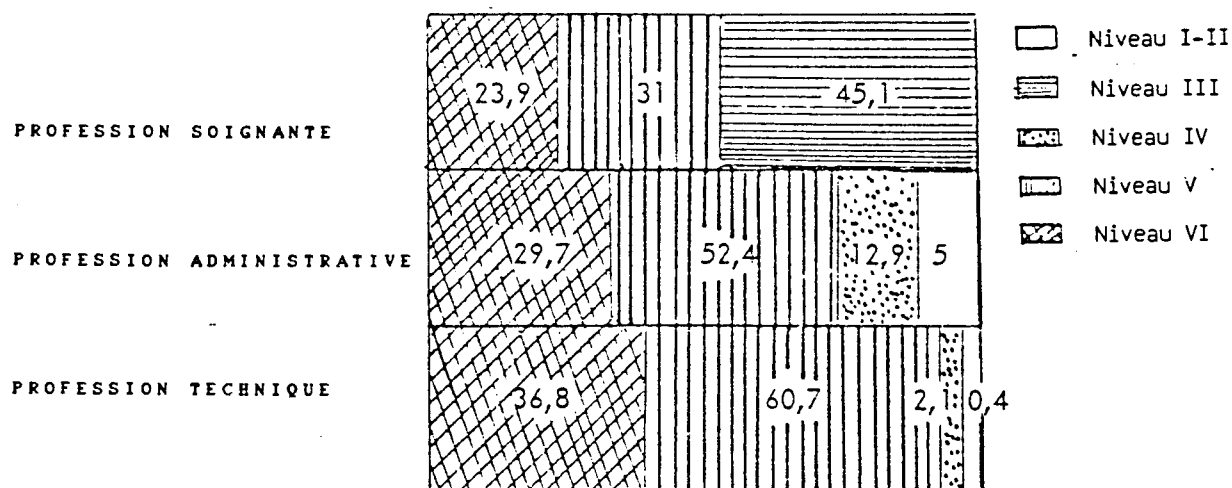
- les hôpitaux vont disposer du temps nécessaire pour poursuivre le mouvement en cours de modernisation de leurs services techniques, à la fois par le recours aux technologies nouvelles et par la mise en oeuvre d'une organisation de la production fondée sur les notions de productivité et de qualité. Même dans ce cas qui suppose, en préalable, de réaffirmer les missions assignées à chaque unité des services généraux (restauration, blanchisserie, maintenance), il paraît difficile de ne pas prévoir un réaménagement plus actif de la structure de qualification avec des filières débouchant sur des postes d'ouvriers polyvalents et de techniciens, conquis sur la masse actuelle des emplois non qualifiés.

Tableau 49
Répartition du personnel non médical entre les principales fonctions
(1985)

CATEGORIE	EFFECTIFS EN MILLIERS	%
. Personnel administratif	63,5	10
. Personnel soignant	421,1	67
. Personnel médico-technique	43,6	7
. Personnel technique	98,7	16
TOTAL	626,9	100

Source : ADERSA.

Tableau 50
Poids relatif des emplois de niveau V
(1985)



Source : ADERSA.

Tableau 51
Mouvements des effectifs mesurés par niveau de formation
(1981 - 1985)

GRADE ET EMPLOI	EFFECTIFS		
	NIVEAU > V 1	NIVEAU = V 2	NIVEAU < V 3
Personnel soignant	+ 12,6 %	+ 10,1 %	- 11 %
Personnel direction	+ 3,4 %	-	-
Personnel administration	+ 21,7 %	+ 8,7 %	- 3,8 %
Personnel technique	+ 31,2 %	-	-
Personnel ouvrier	-	+ 9,5 %	- 0,1 %
Personnel service int.	-	-	- 21,7 %

Source : ADERSA.

SECTION III

ELEMENTS DE SYNTHESE

1. Rappel des intentions

Avant de clore cette analyse statistique, on précisera à nouveau que son ambition s'est limitée à utiliser les données existantes pour tenter d'établir un constat des différents mouvements d'emplois de la population hospitalière. Et ce, en dépit des difficultés propres au maniement des catégories utilisées et à l'interprétation des résultats.

En tout état de cause, il s'agit d'un travail de défrichage d'une réalité complexe ; son intérêt est de servir de base à la réflexion, à la discussion ; il peut être bien évidemment l'objet de corrections et d'aménagements.

2. Points de repère

Ils prendront la forme des tableaux suivants :

- le tableau 49 rappelle la répartition en 1985 du personnel non médical entre les principales fonctions. Cette ventilation est faite en effectifs réels et en pourcentage ;

- le tableau 50 permet d'appréhender, pour chaque profession, soignante, administrative et technique (63), le poids relatif des emplois de niveau V ;

- le tableau 51 révèle, à partir du mouvement des effectifs mesuré entre 1981 et 1985, les aspects les plus récents des politiques concernant l'emploi.

Dans la colonne 1, en dehors des infirmiers et des para-médicaux, le nombre d'emplois dont la qualification est supérieure au niveau V est peu élevé par rapport aux emplois de niveaux V et VI qui font masse. Malgré leur forte progression, ils modifient peu l'allure générale de la structure de qualification (64). Il s'agit dans le personnel d'administration de l'encadrement intermédiaire (chefs de bureau et adjoints des cadres) et dans le personnel technique des adjoints techniques.

Dans la colonne 3, les emplois en régression sont les suivants : ASH, agents de bureau et sténo-dactylos, OP3 et ASI.

(63) La profession technique regroupe dans ce tableau les ingénieurs, techniciens et ouvriers, à l'exclusion des personnels affectés au parc automobile, au Service intérieur et aux Services information et organisation. Pour mémoire, les effectifs des agents du Service intérieur sont importants, leur prise en compte aurait pour effet d'accroître les emplois de niveau VI de la profession technique.

(64) Cf. tableau 50.

Parmi les différentes lectures possibles de ces résultats, on peut en privilégier une, celle de la mesure des promotions et donc de l'effort de formation consenti, en particulier pour permettre l'accès aux emplois de niveau V et à ceux supérieurs au niveau V dans l'administration.

Cet effort correspond-il à la conviction souvent exprimée par les responsables rencontrés au cours des enquêtes selon laquelle "*le redéploiement*" recommandé par l'Administration centrale a déjà été réalisé ?

3. Mutations et perspectives

En forçant volontairement le trait, ces résultats consacrent la fin d'une période pendant laquelle l'hôpital a été créateur de nombreux emplois qualifiés et faiblement qualifiés, et pendant laquelle il intervenait également pour réguler le marché du travail local.

Tant dans la fonction administrative que dans les services généraux, le recours à une main-d'oeuvre importante et peu qualifiée n'est plus de mise. Cette pratique pendant longtemps a été celle de bon nombre d'organisations productives, le secteur hospitalier n'a rien de spécifique à cet égard. Néanmoins, la situation actuelle est, à la fois, le reflet de l'engagement dans la technicité et dans un mode de gestion resserrée - l'accroissement des techniciens, de l'encadrement, l'élévation de la qualification en témoignent - et le résultat d'une politique passée dont il faut tenir compte. La question qui se pose est celle, à structure inchangée, du rapport entre les besoins quantitatifs et qualitatifs en personnel que l'on peut associer aux changements en cours et la masse globale des agents recrutés avec un bagage scolaire et professionnel minimal. Ainsi, l'accès aux postes d'infirmier, de direction, d'ingénieur et de technicien **par le recrutement externe** montre les limites actuelles des progressions individuelles offertes à la majorité des agents. Or, il faut compter également avec le fait de société, que chacun se plaît à reconnaître : l'élévation du niveau de formation des jeunes explique qu'ils aspirent à exercer un "métier" intéressant et évolutif dans un cadre de travail moins strictement hiérarchisé et bureaucratisé.

En un mot, au-delà du rôle incantatoire des notions telles que la mobilité ou le redéploiement, le problème est bien celui de leur contenu concret et de leurs conditions de mise en oeuvre. Or, avant d'être technique, le problème est de nature politique, en ce sens qu'il implique des choix, des orientations et des négociations.

DEUXIEME PARTIE

ETUDE DES FONCTIONS LOGISTIQUES

CHAPITRE I

L'ADMINISTRATION HOSPITALIERE

Ce chapitre a pour objet l'étude de la fonction administrative : étude limitée à l'examen des évolutions susceptibles de modifier l'activité, les emplois qui y correspondent et les profils des personnels. Les initiateurs de l'étude ont souhaité que l'attention se porte sur les emplois et la population des agents statutairement classés au niveau V dans la nomenclature utilisée par l'Education nationale. Il s'agit de l'ensemble des grades regroupés sous le titre "Personnel d'exécution".

Il comprend trois sections :

- la première procède au recensement des modifications de l'activité administrative à partir des lignes de force qui les commandent et aborde ainsi le problème du renouvellement de la gestion hospitalière ;

- la seconde a trait à l'automatisation du système d'informatisation ;

- la troisième correspond à une synthèse des principaux constats sur l'activité et les compétences et des mesures effectuées à l'aide des données statistiques, sur les tendances de l'emploi.

Ces conclusions devraient pouvoir servir de support à des débats qui restent à organiser, ou d'introduction à des études complémentaires ou plus circonscrites à réaliser. En effet, en raison de la priorité accordée aux services généraux, ce domaine n'a pas donné lieu à des enquêtes nombreuses et approfondies. On ne doit pas oublier ce parti pris en prenant connaissance des résultats de cette investigation.

SECTION I

LES NOUVELLES PERSPECTIVES DE LA GESTION

1. Définition générale

En préalable, on présentera de façon succincte les domaines d'activité qui constituent l'administration hospitalière ; celle-ci comprend, comme fonctions essentielles :

- la fonction financière et comptable qui a pour objectif de traduire l'activité de l'établissement en expression monétaire à des fins d'information et de gestion ;

- la fonction personnel qui a pour objet la gestion des ressources humaines en vue de les adapter aux besoins de son activité, dans le respect des normes légales, statutaires, contractuelles qui la régissent ;

- la fonction économique dont la vocation principale est, d'une part, de mettre à la disposition des utilisateurs les équipements, matériels, les produits qui sont nécessaires à l'activité, d'autre part, d'organiser et de gérer les unités, prestataires de service (cuisines, blanchisserie...), enfin de contrôler les dépenses, à des fins de suivi budgétaire ;

- la fonction administration générale et affaires médicales ;

- la fonction technique qui s'occupe des plans et travaux, de la maintenance des équipements et des bâtiments.

Suivant la taille des établissements, les fonctions définies ci-dessus sont plus ou moins développées. Elles se divisent à leur tour en services ou unités de travail auxquels sont affectés des agents en nombre variable.

Dans les fonctions financières, gestion du personnel, administration générale, les emplois relèvent de la catégorie "Personnel d'administration".

Depuis plusieurs années, on a pu assister à l'apparition d'un nouveau type de personnel : les informaticiens.

Les services économiques gèrent un personnel administratif et un ensemble important d'ouvriers employés dans les services généraux (cuisines, blanchisserie...).

Dans les services techniques, il y a peu d'emplois administratifs au regard du personnel technique et ouvrier.

Les enquêtes effectuées dans les établissements nous ont amenés à rencontrer l'ensemble des directeurs, responsables de ces fonctions. L'exposé sui-

vant présente, en les résumant, les orientations actuelles (1) et les problèmes qui leur sont associés. Cette analyse a été faite principalement par la hiérarchie mais aussi par un certain nombre d'agents, administratifs et soignants.

2. Les nouvelles orientations

2.1. Le changement de cap

Les mesures récentes (2) prises par la tutelle à propos des budgets, des investissements, la mise en place des centres de responsabilités ainsi que le contrôle exercé par les organismes telle que la CNAM, témoignent de la nouveauté radicale des objectifs fixés à l'administration : l'hôpital, "générateur de recettes", habitué à privilégier les services producteurs d'actes et de journées, à comptabiliser et à contrôler les ressources ainsi obtenues doit faire place à un hôpital, maître de son activité et de ses dépenses.

"La tendance à privilégier systématiquement les services médicaux et les services médico-techniques qui rapportaient le plus de ressources à l'hôpital est abandonnée pour la tendance inverse qui consiste à valoriser les services qui vont permettre de faire des économies" (3).

"Le système antérieur a permis de se doter d'un outil sanitaire très performant et accessible à toute la collectivité" (4) . Il s'est ainsi substitué à des institutions centrées sur l'hébergement et l'assistance. "Maintenant, il faut faire en sorte que l'hôpital assure, poursuive sa mission de soin, d'enseignement et de recherche avec des ressources qui sont désormais limitées" (5).

2.2. Le développement des activités de gestion

La logique économique donne toute son importance à ces activités ; en conséquence, les gestionnaires de l'administration vont s'appliquer à diffuser cette logique au sein de l'institution, auprès des personnels concernés, à promouvoir des actions pour qu'elle pénètre dans les activités, à accorder les règles et les pratiques existantes à ce renversement de perspective.

2.3. Le recentrage sur "l'objet" de la gestion et le problème de sa définition

Ceci va conduire à s'interroger sur "l'objet" à gérer, à savoir l'activité médicale. Pendant la période où l'hôpital avait pour finalité de produire des entrées, des journées, des actes médicaux et médico-techniques, d'offrir de nombreux lits... son activité était aisée à définir, à partir de ces différents paramètres servant d'indicateurs. Se poser la question de la mesure économique

(1) Dans le sens où ces finalités se précisent et sont à l'ordre du jour. Ces dernières mériteraient un plus long développement ; en particulier, elles pourraient être resituées dans l'histoire complexe des réformes successives qui les sous-tendent et examinées du point de vue des antagonismes qu'elles suscitent et des enjeux qui vont peser sur leur mise en oeuvre. Il s'agirait d'une autre étude et l'option choisie a été de se limiter à saisir, sur le vif, les caractéristiques d'une situation telles qu'elles sont perçues, concrètement, dans l'activité quotidienne.

(2) Faut-il rappeler que la tarification hospitalière fait l'objet d'études critiques depuis les années 1970 en vue de sa réforme ?

(3) Entretien avec un responsable financier de Centre hospitalier.

(4) Id.

(5) Id.

et sociale du service rendu indique l'ampleur de la mutation à effectuer dans l'ordre des concepts et dans celui des comportements. Comment se mettre d'accord sur cette prestation singulière : "un service de soin", sur les critères permettant d'évaluer le rapport entre sa qualité et son coût ? Comment avancer ensemble dans la réflexion et l'expérimentation de ce nouveau champ de connaissance structuré par des modes de raisonnement et des intérêts différents : ceux des gestionnaires, des médecins, des soignants et techniciens ?

2.4. De la gestion traditionnelle à la gestion prévisionnelle

Les gestionnaires ont à rendre des comptes aux partenaires extérieurs qui exercent leur droit de tutelle.

Depuis une période relativement récente, ils adressent aux partenaires intérieurs - les médecins - des tableaux de bord et leur proposent des ratios pour mesurer leurs activités.

Ainsi, il est possible d'analyser l'évolution financière de chaque unité fonctionnelle ou centre de responsabilité. Tableaux de bord et ratios constituent les outils de la première génération, on peut prévoir qu'ils seront aménagés au fur et à mesure de l'interpénétration des préoccupations spécifiques, économiques et médicales. Déjà, ils servent à la négociation qui précède la préparation du budget.

Toutefois, ceci paraît insuffisant dès lors qu'il ne s'agit plus seulement de reproduire l'existant, mais de l'améliorer en tenant compte de la pression financière, et d'assurer l'avenir dans un contexte économique difficile. Ces préoccupations relativement récentes induisent des "besoins" d'études locales : les unes sont ponctuelles ou à court terme, elles portent sur les équipements, les modifications de l'offre de soin, le mode de fonctionnement (les circuits, les outils, les relations) ; les autres portent sur le moyen et le long terme, par exemple prévoir le redéploiement des agents dont l'activité est susceptible d'être automatisée ou sous-traitée, tenter de cerner l'évolution de la demande de soin.

Ces études peuvent être initiées par les gestionnaires, suggérées par les personnels, réalisées par les uns, seuls ou avec les autres. Elles supposent que parallèlement se généralisent, se testent et se formalisent les démarches, les méthodes, l'utilisation des données statistiques... et se créent peut-être une ou des cellules chargées "du développement" de l'établissement.

3. De la gestion centralisée à la gestion déconcentrée ou "partagée"

Sous ce titre, deux thèmes vont être exposés.

3.1. La pénétration de la gestion dans toutes les activités de l'hôpital

Les responsables, en majorité, semblent s'accorder sur le principe suivant : une gestion efficace quant à ses résultats globaux implique une responsabilité accrue de tous les agents, producteurs ou gestionnaires, dont le travail est susceptible d'interférer sur les dépenses. Le contrôle de celles-ci devient l'affaire de tous. Dans cette optique, il est indispensable d'autoriser ces agents à prendre des initiatives et de leur donner les moyens d'assurer eux-mêmes le suivi de leur activité, en les informant et en les formant. Encore faut-il qu'ils adhèrent à un projet collectif explicite sur les raisons de la rigueur et les objectifs proposés.

L'accroissement du travail "administratif" dans les services de soins

Il peut sembler paradoxal d'envisager une montée en charge du travail "administratif" dans les services de soins quand il est fait état si souvent du nombre insuffisant d'agents pour s'acquitter des tâches dans de bonnes conditions. On peut également considérer que c'est mal utiliser les compétences des personnels, qu'il y a là une dérive quant au rôle pour lequel ils ont été formés. Comme tout paradoxe, cet énoncé renvoie à des réalités appartenant à des plans différents :

- la rotation des malades, le raccourcissement de la durée de séjour, en particulier dans les services de soins intensifs, génèrent une activité administrative et de gestion étroitement associée à l'activité soignante. Il s'agit par exemple de la gestion des lits qui apparaît comme une tâche absorbant du temps et de l'énergie, de l'accueil des patients et des familles que tous les soignants regrettent de ne pouvoir mieux assurer, des rendez-vous, des plannings d'examen, du téléphone, des multiples "papiers" à remplir... ;

- en second lieu, dans certains cas, la complexité des situations personnelles des hospitalisés ou des patients suppose que le personnel soit disponible, attentif et bien informé sur tous les arcanes juridiques, administratifs qui font la singularité de chaque prise en charge individuelle. Ce comportement et cette connaissance participent de l'humanisation de l'hôpital dans une période de tension économique où la vie est difficile pour beaucoup ;

- à ceci, il convient d'ajouter toute la partie de l'activité consacrée à la marche des services de soins (commande et gestion du matériel, des consommables, de la pharmacie, relation avec les services généraux, avec les services techniques pour l'entretien et la réparation des équipements) ;

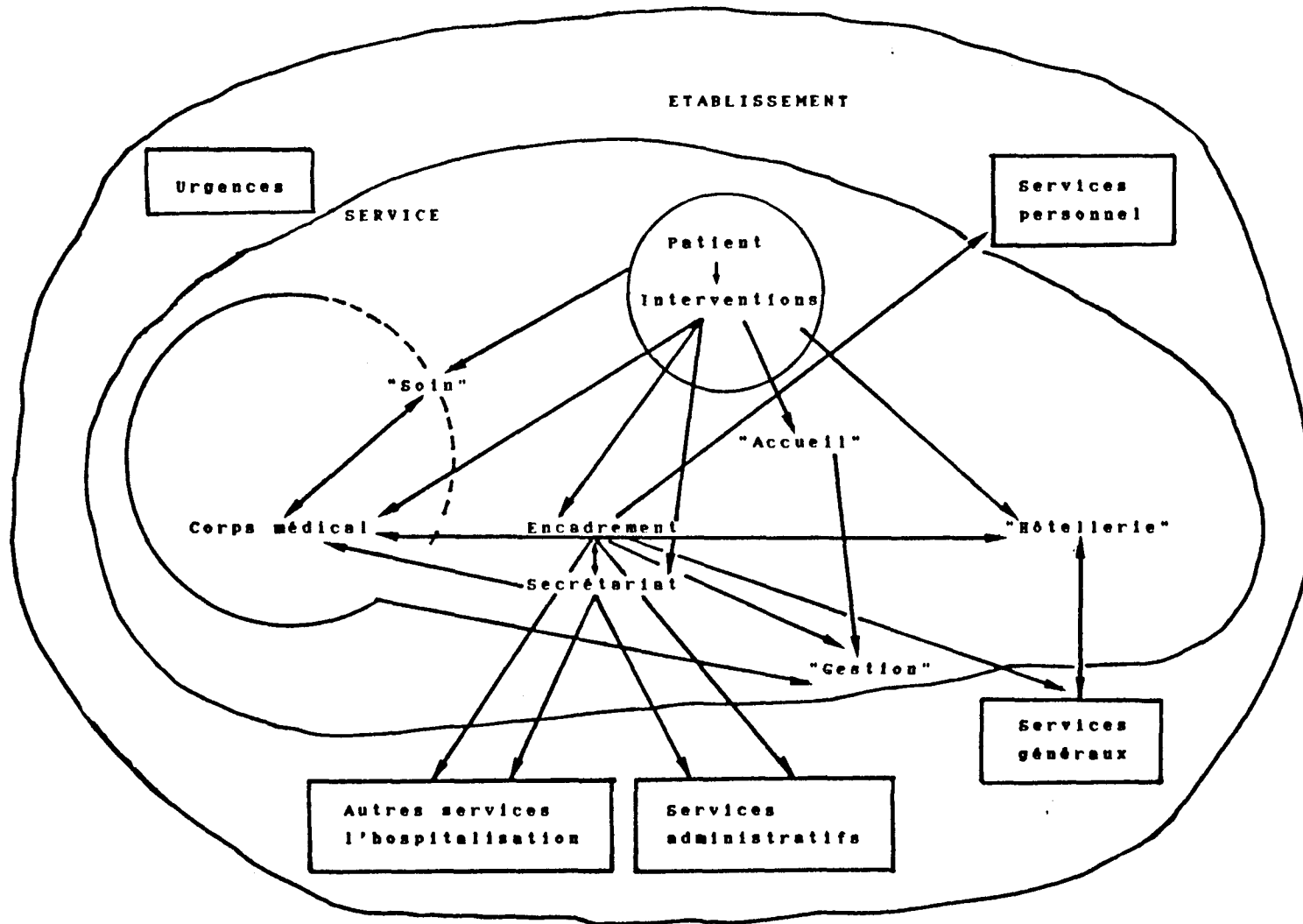
- enfin, il faut mentionner le travail spécifique du secrétariat médical, qui comme son nom l'indique est défini et circonscrit par les activités des médecins : courrier, planification des rendez-vous, frappe des comptes-rendus divers, des publications, classement, tenue à jour des statistiques, transmission de l'information.... Or, en théorie, ce secrétariat est aussi celui du service.

Aussi est-il de plus en plus illusoire de chercher uniquement des solutions de type technique, mécaniste, réglementaire (6) pour pallier les insuffisances actuelles de la gestion ; l'orientation prise confirme cet état d'esprit : les directives s'accompagnent d'un processus au terme duquel les acteurs demandent à être jugés sur leurs réalisations, dans le cadre d'objectifs qui leur sont assignés mais après discussion et négociation.

Le principe d'une intégration de la gestion à l'activité médicale et soignante ne préjuge pas des modalités et du temps nécessaire à sa réalisation. L'utilisation de l'informatique est un des moyens de simplification des tâches d'écriture et de toutes opérations de ce type. Mais elle modifie aussi le rôle et la qualification du personnel des services centraux de l'administration.

(6) L'échec de la RCB - datant des années 60 - n'offre-t-il pas un exemple des limites d'une démarche strictement comptable ? On peut se reporter à l'article suivant : A. Hatchuel, J.C. Moisson, H. Molet, "Les coûts par type de malades : les enjeux organisationnels d'un nouvel outil de la gestion hospitalière", in Colloque Développement des Sciences et Pratiques de l'Organisation ; Les outils de l'action collective, AFCET, 21-23 novembre 1984.

Schéma 8



Loin d'être dépossédé par "les producteurs", on peut prévoir qu'il devra faire preuve d'une compétence solide, à la fois en tant que spécialiste et technicien d'un domaine particulier d'affaires (gestion du personnel, finances, problèmes économiques...) et en tant qu'intervenant au titre d'assistant, d'expert, de formateur auprès de ses interlocuteurs intérieurs et extérieurs.

3.2. Quand la "recherche" de solutions devient une "méthode" de fonctionnement

Par rapport à cet ensemble de facteurs, les prises de position, les options retenues font apparaître un certain flou, des réactions diverses et ambivalentes. En d'autres termes, il ne semble pas qu'il y ait de solution type, préexistante, s'imposant d'emblée, mais plutôt une recherche de consensus sur la définition du travail, son organisation interne et son articulation souple avec les autres services. Cette recherche procède de l'analyse des problèmes effectuée avec les différentes personnes concernées, analyse programmée et actualisée.

En effet, si les uns et les autres s'accordent sur quelques principes de base, leur mise en oeuvre est délicate car aucune décision radicale du type "ou bien", "ou bien" n'est satisfaisante.

Un "entrant" qui arrive dans un service déclenche les interventions des médecins et celles d'une équipe composée de personnes dont le rôle, les responsabilités et les domaines d'attribution sont statutairement délimités. Il est intéressant d'examiner, à l'aide du schéma 8, comment la marche concrète d'un service oblige à enrichir cette vision réductrice et simplificatrice.

L'ordonnement des interventions ne peut se confondre entièrement avec un ordre inspiré par une stricte division du travail et la spécialisation des agents. En effet, les tâches sont interdépendantes, imbriquées les unes dans les autres, complémentaires, variables dans le temps, dans leur contenu : elles peuvent être apparemment semblables et relever d'un registre différent. Ainsi l'accueil peut se réduire à une simple formalité administrative, ou exiger de la disponibilité, des qualités d'écoute et de psychologie, de la discrétion ou de l'attention.

Il en est ainsi pour bon nombre d'opérations ou de fonctions qui, au-delà de leur aspect matériel et de leur sens premier, peuvent, sur un autre plan, participer à la qualité des prestations offertes. Un exemple souvent cité est celui des aides-soignants qui lors des toilettes ou de la distribution des repas, recueillent les confidences et les informations utiles à la compréhension du comportement des malades...

Dans une équipe organisée, il est rationnel de savoir qui fait quoi, et qui est responsable de quoi, mais déléguer à quelqu'un un travail, une mission risque de faire perdre aux autres tout intérêt ou toute préoccupation pour ce travail, celui-ci, en devenant objet d'une spécialisation, réduit d'autant le champ d'action globale et introduit un élément de rigidité dans un milieu où les remplacements sont la règle.

On peut comprendre ainsi la réticence des responsables de services (dans certains établissements) à adopter l'aide-hôtesse et leur choix d'instituer un roulement pour que chacun s'initie à tel ou tel aspect du fonctionnement du service et l'importance accordée à l'étude de celui-ci.

Il est possible que d'autres raisons expliquent cette option, ainsi la crainte d'une ingérence d'un corps professionnel "étranger" dans l'équipe soignante... et la volonté hégémonique de repousser les bornes de leurs domaines d'action.

La question du secrétariat médical

C'est une préoccupation actuelle des secrétaires médicales et des adjoints des cadres qui ont choisi l'option du secrétariat médical.

De même que les infirmiers s'efforcent de dépasser la contradiction entre leur fonction d'exécutant des prescriptions médicales et la conception qu'ils ont de leur rôle propre, les secrétaires sont à la fois très absorbées par le travail que leur donnent les médecins et conscientes de la part qu'elles pourraient prendre dans la vie et le fonctionnement du service, notamment avec l'arrivée de l'informatique. Elles sont donc désireuses de clarifier leur mode d'insertion dans les unités de soin et dans l'hôpital.

Parmi les différents problèmes abordés dans cette deuxième partie du rapport, celui de l'activité "administrative" des services de soins est l'un de ceux qui mériteraient une étude spécifique et approfondie. Celle-ci pourrait se fixer les objectifs suivants :

- recenser les contenus de ses missions : secrétariat, accueil, gestion, transmission d'information... ;

- préciser son devenir en fonction des orientations médicales du service, de l'augmentation des charges qui pèsent sur les infirmiers et surveillants, de l'introduction des technologies nouvelles - informatique et bureautique ;

- évaluer les besoins en personnel et en formation.

Elle pourrait être l'occasion de réaménager les rapports entre le secrétariat, l'équipe médicale, l'équipe soignante et les agents administratifs des services centraux.

Au total, en première hypothèse, il semblerait que le modèle de croissance classique par division, fragmentation, spécialisation et hiérarchisation des tâches ne convienne plus, soit remis en cause par ceux-là même qui sont chargés du développement de leurs services (7). Bien que les exemples précédents aient été pris dans les unités de soins, cette formulation peut être généralisée au personnel des services de l'administration. On pourra le vérifier, dans la seconde section, qui traite d'eux plus particulièrement. On se trouverait, en conséquence devant des problèmes inédits autant dans leur formulation que dans leur appréhension : il faudrait se résoudre à accepter les aspects contradictoires ou paradoxaux des situations et à les penser dans leur complexité.

Les deux remarques suivantes vont illustrer cette réflexion :

- chaque domaine d'activité (cf. schéma précédent) correspond à une compétence stable et délimitée (par exemple, le soin infirmier, le soin de confort, le secrétariat...), voire à des degrés divers de spécialisation (l'infirmier, l'aide-soignant, la secrétaire, le commis...). Toutefois, la qualification de base ne paraît pas suffisante à rendre compte de l'exercice réel de l'activité de chacun dès lors que les agents participent, ensemble, à un "service", lequel par définition, se modifie, se renouvelle, échappe à toute standardisation et se caractérise par un écheveau de relations voisines et complémentaires ;

(7) Les nomenclatures datant des années 60 témoignent de ce mode d'expansion par prolifération de niveaux intermédiaires.

- cette situation est vécue par les personnels, à la fois comme un élément positif correspondant à un travail moins strictement défini et répétitif, que l'on peut exercer en équipe, générateur de besoins en information et en formation, ouvert sur les autres et l'environnement ; elle est aussi source d'incertitude et de tension quant à la place, le rôle, l'identité de chacun dans l'équipe.

On peut comprendre la prééminence du rôle de l'encadrement pour organiser et gérer ce type d'organisation qui, encore une fois, échappe au canon traditionnel.

Conclusion

Ces orientations, on peut le constater, ne modifient pas l'objet même des fonctions administratives, soit chaque domaine particulier sur lequel porte la gestion : le budget, le personnel... Ce qui change ou va changer, ce sont les finalités de cette gestion, ses points d'application, ses techniques, les personnes qui vont y être associées.

Ce renouvellement trouve sa nécessité dans les contraintes budgétaires, et on peut prévoir que celles-ci ne vont ni disparaître, ni même s'alléger. La logique expansionniste cède la place à une logique de "productivité" ; les hôpitaux sont dans l'obligation de se poser le problème de leur développement, de leur organisation et de leur mode de fonctionnement.

Déjà, les secteurs d'activité comme les services généraux, soumis à l'autorité des directeurs et situés à la périphérie des unités d'hospitalisation, ont fait et font l'objet d'une rationalisation. L'étape suivante concerne les services de soins : on peut noter à l'actif des personnels médical et soignant, la diminution patente des durées de séjour (8) ; depuis 1976, on assiste d'ailleurs à une décélération de la progression des dépenses hospitalières (9). Mais, de façon paradoxale, il paraît difficile d'intensifier l'activité sans passer par une phase d'investissement dont la rentabilité ne pourra se vérifier qu'à terme. Autrement dit, les premiers résultats ainsi que les premiers redéploiements d'effectifs ont pu être opérés par une simple remise en ordre, sans changement majeur des structures, des comportements, des mentalités, c'est une hypothèse. L'accès à un niveau supérieur d'efficacité suppose d'aller plus au fond des choses. Parmi les mesures radicales à examiner au-delà de la gestion proprement dite, il y a le recentrage sur la vocation principale de l'hôpital et la sous-traitance des activités non médicales, l'accélération de l'automatisation et de l'informatisation des tâches qui peuvent en faire l'objet, la recherche des solutions alternatives à l'hospitalisation...

La situation actuelle, telle qu'elle est vécue par les responsables des établissements et par bon nombre d'acteurs appartenant aux divers corps professionnels, recèle, selon eux, des éléments favorables à la créativité, à l'innovation, à une plus grande synergie des actions à entreprendre, mais aussi des facteurs qui sont sources d'incertitude, voire de paralysie. Parmi ces derniers, il faut citer le renforcement des contrôles exercés par les tutelles allant à l'encontre des responsabilités et des initiatives qui se développeraient mieux, toujours selon l'avis des intéressés, par des mesures incitatives et par une plus grande liberté

(8) La pression des usagers appartenant à la population active a sans doute contribué à cet aménagement des pratiques.

(9) R. Caillet, op. cit., p. 107-108.

dans l'utilisation éventuelle des économies réalisées (au niveau d'un service, au niveau d'un établissement). Mais les tutelles ne sont pas seules à être mises en cause. Les divisions internes entre les catégories socio-professionnelles et la faible coopération interhospitalière font aussi partie des constats négatifs sur l'avenir du système de soins.

SECTION II

DE L'INFORMATIQUE A L'AUTOMATISATION DU SYSTEME D'INFORMATION

Pour décrire les étapes et les évènements marquants du processus d'informatisation hospitalière, on a choisi d'utiliser comme grille d'analyse et système de référence, l'introduction de l'informatique telle qu'elle s'est réalisée, ces dernières années dans des secteurs économiques ayant fait l'objet d'études détaillées (10).

Il convient de préciser à nouveau que l'informatisation hospitalière n'a pas fait l'objet d'une enquête systématique, toutefois, elle apparaît comme une donnée décisive dans l'appréciation que les interlocuteurs rencontrés ont portée sur les changements en cours et à venir. Aussi a-t-il semblé pertinent, à partir des exemples fournis, d'effectuer un état de la situation propre aux établissements visités. L'objectif est d'apporter un éclairage sur les transformations liées à l'informatique dans le domaine administratif, plus précisément à propos de son organisation et de la qualification de ses personnels.

Nous étudierons successivement :

- les débuts de l'informatique et l'informatique de masse ;
- l'informatique en temps réel ou la réappropriation de l'outil : inventaire des domaines d'application, place et rôle dans le processus de changement ;
- la généralisation de l'informatique ;
- l'informatisation, les compétences et l'emploi.

Un premier constat global : les moments forts de l'implantation informatique dans les hôpitaux sont comparables à ceux qu'ont connus les entreprises du secteur tertiaire.

1. Les débuts de l'informatique et l'informatique de masse

Au cours des années 1960, le travail administratif a fait l'objet d'une automatisation mécanographique : les données étaient saisies, codées par du personnel spécialisé (11), le traitement effectué par un façonnier local.

Entre 1970 et 1980, des programmes standards ont été conçus par une instance nationale, au plus haut niveau de l'organisation hospitalière (CNEH) et

(10) En particulier, l'étude suivante : "Nouvelles perspectives de l'informatisation dans les Banques et Assurances", C. Cossalter, L. Hezard, Collection des études, n° 4, septembre 1983, CEREQ.

(11) Jusqu'en 1972-1973, les emplois de chef d'atelier mécanographique, chef opérateur, opérateur mécanographique, perceur vérificateur et aide perceur ont eu leur place dans les nomenclatures.

leur mise en place dans les établissements a été réalisée par les centres régionaux d'informatique hospitalière (CRIH) installés dans les CHR. Suivant les régions, des matériels et logiciels différents ont été adoptés entraînant des divergences dans les applications. Celles-ci ont donné lieu à des premiers traitements en temps différé et par lot (Batch).

Le dispositif a produit successivement les systèmes suivants :

- SIGMA : système informatisé de gestion du malade ;
- SHAGE : système hospitalier d'analyse de gestion ;
- GRAPH : gestion du personnel hospitalier ;
- GEMCO : gestion des stocks et comptabilité des dépenses.

En plus des particularismes régionaux quant au choix des équipements et des logiciels, l'ordre d'implantation des programmes a pu être différent selon les établissements.

Conformément à ce qui a pu se passer ailleurs, cette première évolution se caractérise par une division entre la conception et l'installation des programmes, l'absence d'intégration entre les applications, le regroupement des compétences spécialisées dans la commission nationale d'une part, dans les centres régionaux d'autre part, la faible participation des utilisateurs sauf en tant qu'exécutants des consignes se rapportant à la codification ; pour eux, selon un responsable de Centre hospitalier : *"On peut dire que l'informatique était ressentie comme une sorte de machine facturière au sens ancestral du terme, les agents ne connaissaient que les papiers issus des imprimantes à presque cent cinquante kilomètres d'ici et ne voyaient pas du tout les conditions - les possibilités - d'utilisation de la machine informatique."*

2. L'informatique en temps réel ou la réappropriation de l'outil

L'informatique en temps réel, à partir des années 1980, constitue l'étape décisive du processus en cours. L'hypothèse qui peut être retenue est celle d'une réappropriation de l'outil informatique par les établissements, ce qui leur permet de renouveler leur activité de gestion. Ceci mérite un développement.

La réappropriation est à prendre tout d'abord au sens matériel, ainsi, en quelques années, le centre hospitalier qui nous sert ici d'exemple s'est doté d'un ordinateur et d'un premier réseau composé de 130/140 terminaux installés dans les services administratifs, les services d'hospitalisation, les services médico-techniques. Il a recruté des informaticiens, en prévoyant que ceux-ci devraient être d'un bon niveau, non seulement pour faire tourner la machine, mais pour gérer le réseau, former le personnel, aider à l'adaptation des programmes...

Le plus important réside peut-être dans le renversement de la démarche et des concepts :

- l'établissement dorénavant est demandeur. Il prend l'initiative, ce qui le conduit à élaborer un projet, à le défendre et à le mettre en oeuvre avec ses propres moyens (12) ;

(12) La circulaire du 18 novembre 1982 consacre cette évolution par la création d'un responsable du service information et organisation au sein des établissements hospitaliers (RSIO).

- le projet lui-même ne vise plus telle ou telle application mais leur intégration, la généralisation de l'informatisation à toutes les activités ; dans le même temps, il consacre la subordination de l'outil à sa finalité : *"Je suis un ferme partisan de la notion de système d'information car je considère que l'informatique est un outil, que l'organisation de l'hôpital doit préexister à l'informatique et dès lors que l'organisation du système d'information a été étudiée, discutée, critiquée, l'arrivée de l'informatique peut se faire en un temps record"* (13).

Cela a été le cas dans cet établissement, puisque les applications, en temps réel, ont été mises en place en un peu plus d'un an, mais après une réflexion et une préparation préalables concernant l'organisation des services, l'information et la formation des personnels

L'idée directrice a été la suivante : il est préférable d'aller dans le sens d'une amélioration progressive des façons d'opérer, autant pour assurer la continuité des pratiques que pour limiter les risques d'erreurs, les blocages liés à un bouleversement trop radical des habitudes, ou à l'obsolescence trop rapide de l'expérience des agents.

L'ensemble des applications en temps réel introduit des innovations sur les points suivants :

- création de circuits d'information ;
- mise à disposition de l'information actualisée ;
- aide à la décision ;
- production d'information.

Le schéma 9 (page suivante) et les commentaires ci-après se proposent d'illustrer les pratiques qui en résultent.

Soit deux systèmes d'information en temps réel :

- SIGMA 1 ou gestion des malades ;
- ALIENOR 2 ou gestion des personnels (14).

- Les services de soin

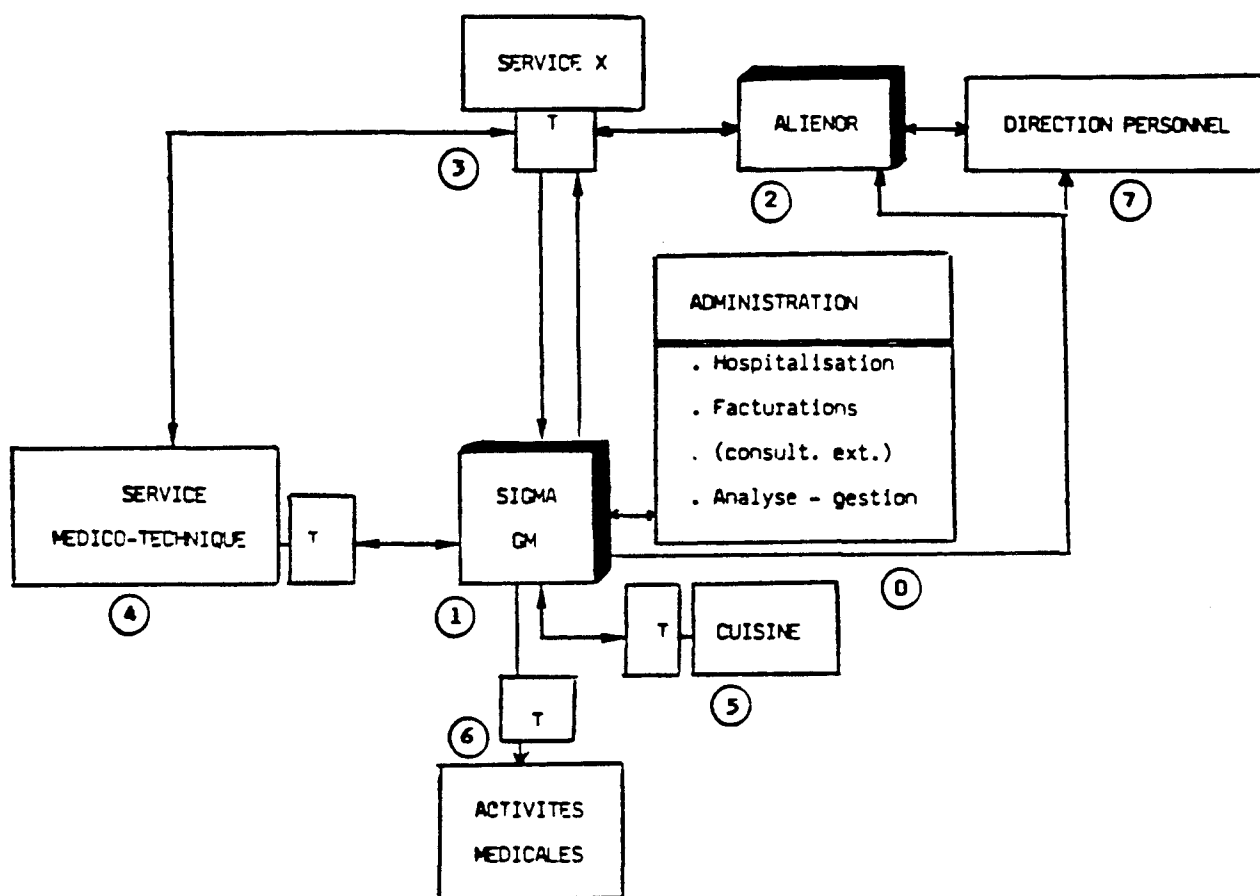
Avant la mise en place du réseau, SIGMA servait exclusivement à l'administration (1 ==> 0, schéma 9), actuellement, il fournit aux services (1 ==> 3) les renseignements d'identité, en vue d'établir les fiches individuelles et de préparer les jeux d'étiquettes.

En retour, ceux-ci informent l'administration des mouvements des malades - transferts dans d'autres services, sorties... (3 ==> 1).

(13) Entretien avec un responsable de Centre hospitalier.

(14) ALIENOR fera l'objet d'une description plus détaillée. Dans cette étape de l'exposé, il suffit de savoir que ce système indique, entre autres informations, l'état des personnels effectivement présents, dans chaque unité soignante et dans chaque équipe (matin, après-midi, soir). Compatible avec GRAPH (chaîne de paie), il est utilisé, principalement, pour faciliter la gestion administrative sur les points particuliers de l'absentéisme du personnel et des prévisions quant aux effectifs de remplacement.

Schéma 9



- Les services médico-techniques

Cette mise à jour du système d'information permet aux services médico-techniques, les laboratoires par exemple, de vérifier où se trouve actuellement le malade arrivé en urgence, et de savoir quelle destination donner aux résultats d'examen (4 ==> 1).

L'informatisation des laboratoires est en cours de réalisation. Le cahier des charges prévoit :

- une obligation de liaison avec l'ordinateur central pour que les informations d'identité concernant un malade puissent être récupérées sans saisie nouvelle ;

- le retour dans le circuit des résultats des examens effectués pour qu'ils puissent être consultés par les services demandeurs (3 ==> 4 ==> 3) par le moyen de clés d'accès garantissant la confidentialité des informations de nature médicale.

- La cuisine

Dans un autre domaine, le terminal mis à la disposition du chef de cuisine a permis d'ajuster le nombre de repas à préparer après consultation du fichier de présence des malades par unité fonctionnelle... et de rentabiliser en moins d'une semaine le coût de l'installation informatique ! (5 ==> 1).

- Les archives

Dans l'état actuel du système, les archives médicales centrales disposent d'un écran. De même que les services médico-techniques, le service ne peut que rechercher la localisation du malade (6 ==> 1).

Lorsque le service sera informatisé, toute admission programmée ou non, pourra déclencher la recherche d'un dossier à partir de l'identification du malade (dans le cas où celui-ci aurait déjà été hospitalisé ou reçu dans une consultation), mettre à la disposition du service demandeur (3 ==> 6 ==> 3), dans sa forme actuelle, le dossier papier et, ultérieurement, le support magnétique ayant remplacé ce dernier, le médecin examinera par le biais de son terminal l'image résumée du dossier et prendra connaissance de l'histoire "médicale" de son patient.

Il faut noter que depuis le début des années 1980, l'établissement a opté pour le dossier unique du malade. Celui-ci regroupe à travers une présentation commune quelle que soit la discipline médicale, chirurgicale... toutes les données "techniques", résultats d'examen, clichés de radio... ainsi que les observations cliniques. Le dossier suit le malade qui change de service et s'enrichit des informations recueillies par d'autres. Si le malade revient à l'hôpital, son dossier ancien est ressorti et mis à jour. Il en est de même pour le dossier de soins infirmiers. Cette pratique témoigne d'un comportement nouveau et d'un changement des mentalités pour mettre en commun et échanger l'information à propos des patients, conditions préalables pour aller plus loin et s'attaquer au problème de l'informatisation médicale. Celle-ci est à l'ordre du jour, on en traitera un peu plus loin.

- La gestion du personnel

La direction du personnel est le dernier service du schéma à utiliser conjointement les informations concernant le nombre de malades dans les services et celles se rapportant aux effectifs (1 ==> 7, 2 ==> 7, 3 ==> 7). La gestion du personnel de remplacement s'opère ainsi dans des délais plus rapides, à partir d'une connaissance plus immédiate de la situation de travail. Il faut préciser qu'au moment de l'enquête, tous les services n'étaient pas encore pourvus en terminaux ; dans ce cas, les données sur la situation réelle des services sont transmises par téléphone.

D'une façon plus générale, on voit comment les relations peuvent gagner en systématisme, en efficacité mais aussi en quoi la transparence introduite dans les échanges peut être perçue ou utilisée comme un contrôle de nature policière, soit s'avérer insuffisante. Dans ce dernier exemple, les surveillants chercheront à expérimenter la nouveauté, la finalité des procédures qui vont se mettre en place, à vérifier, en particulier, la réciprocité des services rendus - à travers le "prêt" de leurs agents, par exemple - à tester enfin la fonction de régulation de la direction du personnel et son pouvoir d'arbitrage. En un mot les règles du jeu doivent être définies et la preuve faite qu'elles sont respectées. Or, ceci suppose un accord préalable sur ce qui va servir de référent. Comme tout le monde est convaincu que les ratios habituels du type lit/effectifs sont peu satisfaisants, il devient nécessaire de définir de l'activité elle-même, les tâches qu'elle implique, et les conditions dans lesquelles le personnel voudrait pouvoir les effectuer.

Ainsi, l'outil informatique, utilisé comme aide à la décision, conduit les parties prenantes à s'engager un peu plus dans un processus d'analyse qualitative

qui déborde largement l'objectif premier d'ajustement quantitatif des ressources aux besoins.

- Pictavus

Alienor et Pictavus sont, à ce titre, exemplaires de modules informatiques, porteurs de changement dans la conception et dans la prise en charge de la gestion hospitalière.

Alienor est un "produit" temps réel, dérivé de GRAPH, premier logiciel en temps différé, de la gestion administrative du personnel. Son implantation dans les établissements est relativement récente. Il comprend plusieurs modules. Le module 1, correspond à la gestion traditionnelle des dossiers, en application des statuts, le module 2 traite de la mesure de l'absentéisme et de toutes ces incidences sur la paie, la tenue des comptes, les congés, les heures supplémentaires... la préparation du planning prévisionnel, les remplacements à organiser. Mais il peut être aussi utilisé comme un instrument informant sur le personnel présent.

Cette optique marque un déplacement des objectifs, la régularisation *a posteriori* d'une situation administrative individuelle cède la place à une préoccupation d'une autre nature : comment à partir des effectifs présents peut-on intervenir pour être sûr que chaque malade ait auprès de lui une équipe soignante satisfaisante en nombre et en qualification ?

Ce souci d'assurer une meilleure gestion, c'est-à-dire d'adapter les ressources humaines dont on dispose aux exigences réelles de l'activité, entraîne des questions redoutables : qui fait quoi ? Que signifie s'occuper d'un malade ? Les tâches seront-elles les mêmes, pour une pathologie donnée, si le malade est différent ? Seront-elles les mêmes pendant toute la durée du séjour ? Une entrée en urgence, une hospitalisation prévue, programmée génèrent-elles un travail identique ? Que représente la prise en charge d'un malade jeune, âgé, étranger, d'une mère de famille ? Peut-on s'accorder sur le temps moyen nécessaire pour faire un soin ? ... En d'autres termes, peut-on affiner la gestion, la rendre plus optimale sans s'attaquer à "la boîte noire", l'activité soignante, et à son analyse ?

Pictavus peut être considéré comme un événement inaugural à biens des égards :

- il relève de l'initiative d'un établissement et il est le produit d'un travail, engagé par lui - il est vrai -, à l'instigation d'un responsable appartenant à l'équipe de direction. Il est placé sous copyright ;

- les médecins ont été associés à ce travail, pour revoir et préciser les protocoles de soin associés aux pathologies, à partir desquels le travail des soignants est à déterminer ;

- il a été l'occasion pour un groupe de responsables appartenant à l'encadrement hospitalier (infirmière générale, surveillantes) et à l'encadrement administratif de se réunir régulièrement pendant de longs mois (deux années), pour définir la "charge de travail" requise par telle ou telle pathologie, ou par tel ou tel niveau de dépendance de la personne hospitalisée en long et moyen séjours. Ce raccourci ne rend pas compte de l'extraordinaire et minutieuse investigation effectuée pour que le "filet" ne laisse échapper aucune tâche, de la plus modeste à la plus noble. Ceci a conduit les participants du groupe à discuter longtemps avant de pouvoir dépasser leur "méconnaissance" respective, adopter un

langage commun, se mettre d'accord sur l'unité de mesure (15), base de toute la construction ;

- il est l'objet d'une **expérimentation** dans un nombre limité d'unités fonctionnelles (18 sur une soixantaine), il a été mis en place progressivement et l'on s'en sert actuellement comme un indicateur entre autres. Par exemple, on peut savoir que dans un service donné, compte tenu de la charge globale de travail, certaines catégories de personnel (infirmier, aide soignant...) font ou vont faire défaut et dans quelles proportions. A un niveau général, il est possible de faire apparaître sur l'écran toutes les unités fonctionnelles qui vont poser un problème d'effectifs, celles qui sont "plus au large". Traduites en courbe, les informations permettent à la surveillante de disposer, trois jours à l'avance, d'une représentation de l'activité de son service et de s'organiser en conséquence, de revoir éventuellement son planning prévisionnel, de s'entendre avec le chef de service pour avancer ou retarder une entrée..., de réexaminer la distribution des tâches, leur déroulement dans le temps...

En tout état de cause, l'élaboration de l'instrument constitue une étape (16), un de ses résultats est la substitution d'une approche "objectivante" et qualitative du travail à une mesure plus grossière (nombre de malades, nombre d'agents) de celui-ci.

Son utilisation et son efficacité dépendront de la capacité des différents professionnels et partenaires à assumer tous les aspects paradoxaux inhérents à l'évaluation de l'activité. En effet, celle-ci peut correspondre à des objectifs variés et contradictoires : elle peut être revendiquée comme un moyen de réflexion critique et de connaissance, préalable à une modification éventuelle des pratiques individuelles et collectives, correspondre à une demande de plus grande autonomie dans l'exercice de la fonction soignante ; elle peut être soutenue par une volonté de normaliser et d'optimiser ces pratiques, sous couvert d'une plus grande égalité dans la répartition des personnels, et s'accompagner d'un accroissement du pouvoir discrétionnaire des gestionnaires. Tel est le principal enjeu qui mobilise tous les acteurs du champ hospitalier à propos de la charge de travail, de sa définition et de sa mesure.

En définitive, tout se passe comme si les possibilités offertes par l'outil informatique contraignaient à un débat de fond. Tout le monde s'accorde sur l'intérêt de mieux cerner les différents aspects de l'activité et aussi sur la nécessité de régler l'organisation sur cette connaissance, mais les intentions, les lieux et les modalités d'expérimentation de nouvelles démarches relatives au partage du savoir et du pouvoir existent-ils ? La question est ouverte.

- L'analyse de l'activité et l'informatisation médicale

On terminera ce tour d'horizon en évoquant la **production d'informations** et leur retour aux "producteurs". C'est une des tâches de la cellule "analyse de gestion" de concevoir, élaborer, diffuser, commenter les **tableaux de bord** trimestriels et annuels qui sont destinés à fournir aux unités fonctionnelles (17)

(15) Il a été décidé, par convention, que le chiffre 100 représenterait la charge de travail (en temps) minimum et constante pour un hospitalisé, pendant 24 h. - indépendamment de sa pathologie - et ce pour chaque catégorie de personnel concerné : surveillante, infirmier, aide soignant, agent des services hospitaliers.

(16) Les informations entrées dans l'application serviront à la mesure du coût par pathologie.

(17) C'est la "plus petite unité d'activité homogène à partir de laquelle il est possible de prélever une information", Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière, janvier 1985, MASSN, Secrétariat d'état chargé de la santé, Direction des hôpitaux, p. 126.

le moyen de suivre l'évolution de leur activité (1 ==> 0 ==> 3). Cette activité est appréhendée à partir des paramètres classiques (entrées, journée, consultation, durée moyenne de séjour...).

Elle peut être saisie à travers les consommations : en crédit, en personnel, en actes médicaux, en dépenses pharmaceutiques... Elle peut donner lieu à des recherches plus fines, plus originales.

L'objectif poursuivi est la mise en place d'une nouvelle comptabilité analytique. Il s'inscrit dans un plan à visée plus générale :

- "fournir une aide en matière de gestion à la Direction ainsi qu'aux chefs de centres de responsabilité (18) de chacun des établissements ;

- établir des bases significatives de comparaison interhospitalière des coûts pour chacune des activités majeures des établissements ;

- permettre à terme le calcul de coût par groupes homogènes de malades" (19).

Par rapport à ce projet, il a été possible de recueillir des prises de position qui rendent compte de l'état des problèmes qui restent à résoudre.

Les points de vue exposés ci-après expriment plus que des opinions personnelles. Ils résultent d'une réflexion collective menée à partir de l'exercice professionnel, à la fois dans l'institution et dans des instances qui lui sont extérieures.

Du côté des responsables de l'administration :

- il faut se garder de considérer que les mesures concernant le fonctionnement de l'hôpital relèvent d'une pure vision technocratique. Le découpage en unités homogènes a un effet structurant - chaque sous-ensemble prend sa place dans une entité, l'hôpital devient un tout faisant système - et contraignant, les diverses parties sont amenées à discuter et à négocier ;

- le tableau de bord n'est pas une fin en soi, il témoigne d'un processus de dialogue, d'échanges qui devrait pouvoir s'améliorer, passer du quantitatif au qualitatif, des informations à caractère strictement économique à une évaluation plus médicale de l'activité, à partir d'indicateurs spécifiques.

(18) En comptabilité, le centre de responsabilité est "le centre de frais dont il est possible d'identifier le responsable. C'est toujours le cas lorsqu'il s'agit d'une division réelle (et non fictive) de l'entreprise. Il lui est généralement associé la notion de centre de profit : "en gestion décentralisée, secteur de l'entreprise dont il est possible de calculer la valeur des ventes et des coûts relatifs de ces ventes, la mise en oeuvre de ce type de gestion impose le plus souvent d'évaluer les prix de vente entre ateliers de la même entreprise". Extraits du Répertoire français des emplois n° 4 : Les emplois-types de la gestion et de l'administration des entreprises, Paris : Documentation Française, février 1987.

(19) Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière, op. cit., p. 5 - Groupe homogène de malades : "Résultat d'une classification des séjours à l'hôpital" (caractérisés par des informations normalisées du résumé de sorties standardisées (RSS) en sous-ensembles que mesurent l'activité médicale et permettent de relier l'utilisation des ressources par activité aux produits (*) de l'hôpital : les malades (*), p. 125.

(*) Souligné par nous.

Du côté du corps médical (20) :

- il est vrai "que les efforts qui ont été faits ces dernières années, dans de nombreux hôpitaux, pour une meilleure appréhension des coûts et des besoins, sont le fait de l'administration seule et le mérite lui en revient", mais "le plus dur reste à faire pour la rédaction d'un rapport d'évaluation compréhensible et utilisable par tous". En effet, "les tableaux de bord ne sont qu'un reflet global et ne permettent pas de discerner les modifications qualitatives à l'intérieur d'un service ou encore la spécificité des dits services. Ils pourraient laisser croire que les soins de santé sont plus un fait économique qu'un bien social, et s'ils ont pu être le facteur d'une certaine émulation entre les services, ils n'ont pas, à ce jour, joué le rôle d'instrument de dialogue entre médecins et administration. A aucun moment, il n'y a eu discussion et, bien souvent, les tableaux de bord trimestriels sont communiqués avec plusieurs mois de retard, l'absence de finalité médicale des unités fonctionnelles créées est également une évidence, puisque les médecins n'ont pas été consultés pour leur élaboration".

3. La généralisation de l'informatisation

En première conclusion, avant d'évoquer les problèmes relatifs à l'emploi et à la qualification, on soulignera la similitude des étapes par lesquelles s'impose et se met en place le système d'information quel que soit le secteur économique observé (21).

- Les conditions de l'informatisation hospitalière

On retiendra que l'avenir proche - déjà là - sera celui d'une généralisation des applications et d'une intégration plus grande de l'informatique à l'activité avec, pour conséquence, un renouvellement de celle-ci. En théorie, on entrevoit les possibilités offertes par la mise à disposition d'outils de gestion, d'évaluation et d'aide à la décision, mais en même temps on commence à mesurer l'ampleur du phénomène à maîtriser, et à reconnaître sa nature plus "sociologique" (22), culturelle que technique.

Après "le travail administratif" qui se situe à la périphérie de la "production", c'est celle-ci qui est maintenant l'objet de l'extension informatique. L'informatisation médicale est à l'ordre du jour. Son principe semble accepté par les principaux partenaires concernés : c'est un passage obligé pour permettre aux établissements de se développer, en tenant compte des ressources financières qui leur sont mesurées. "Ils (les médecins) sont en quelque sorte au pied du mur en ce qui concerne les moyens d'évaluer l'activité médicale" (23). Mais les attentes sont différentes, "les finalités ne sont pas strictement superposables". Tout est à faire "hormis quelques petits traitements statistiques, le domaine médical est immense et il n'y a quasiment rien de disponible actuellement", "Il faut leur rendre service (aux médecins), il faut que les produits informatiques qui seront mis sur le marché soient attractifs pour le corps médical, qu'ils puissent avoir

(20) Docteur Ph. Renou, Evaluation de la qualité des soins, Réunion des groupes d'étude et de réflexion des hôpitaux non universitaires (GERHNU), Remiremont, 1984.

(21) A ceci près que l'hôpital n'est pas tout à fait une entreprise. Il n'est pas soumis à une rentabilité immédiate. Son autonomie et ses contraintes ne sont pas de même nature, le statut de ses professionnels différent.

(22) Au sens restreint et courant du terme, organisation des rapports entre des individus.

(23) Ph. Renou, op. cit.

des données de recherche, de diagnostic, dans des délais immédiats, qu'ils en perçoivent l'utilité. Et pour ce faire, la première chose indispensable, c'est qu'ils participent eux-mêmes à l'élaboration de ces programmes... c'est inévitable" (24).

Ainsi, on peut dégager des réflexions du moment deux types de conviction :

- le résultat dépendra de la méthode employée, et en premier lieu des choix qui seront faits quant au déroulement du processus et à la contribution des utilisateurs. Les idées dominantes sont qu'il faut "*commencer modestement*", "*partir de la base et remonter vers les sommets que sont la direction et les tutelles et non l'inverse*", que "*le personnel infirmier et l'encadrement doit avoir son mot à dire*", les compétences spécifiques des uns et des autres reconnues, que "*chacun y trouve un intérêt réel*"... (25) ;

- "*L'arrivée des logiciels suppose que les états d'esprit, les mentalités soient préparés, que les circuits d'information, aussi bien les circuits physiques (les câbles) que les circuits intellectuels, existent*" (26). Or, cette capacité d'échange des médecins entre eux, des médecins avec leur personnel et avec l'administration est plus importante que l'outil lui-même. En effet, quelle que soit sa performance, il faudra toujours faire des choix, toujours négocier, toujours se poser le problème des cas limites, des malades qui n'entreront pas dans le cadre des schémas établis, toujours réexaminer les normes, redéfinir les règles ; la modification des pratiques qui est un préalable devient le véritable produit et l'élaboration des applications, le support d'un apprentissage.

- Le renouvellement des instances

Avec l'extension de l'informatique, on assiste également à une modification des procédures existantes relatives à la conception, l'implantation et l'exploitation des réseaux informatiques.

Le dispositif premier se complexifie comme le montre le schéma 10 page suivante (27).

Il reste de la compétence de la Commission nationale de concevoir et de réaliser les programmes d'intérêt général.

Les établissements contribuent à l'amélioration des produits :

- par l'intermédiaire de leur service informatique, au moment de la mise au point des logiciels par les Centres régionaux. A ce stade, les responsables utilisateurs (28) sont également sollicités et ils le sont d'autant plus que l'hôpital ne dispose pas toujours d'une équipe informatique importante, quand elle existe ;

- par le biais du club des utilisateurs qui peut avoir des relations directes avec les concepteurs pour régler les problèmes ou émettre des suggestions.

(24) Entretien avec un responsable de direction.

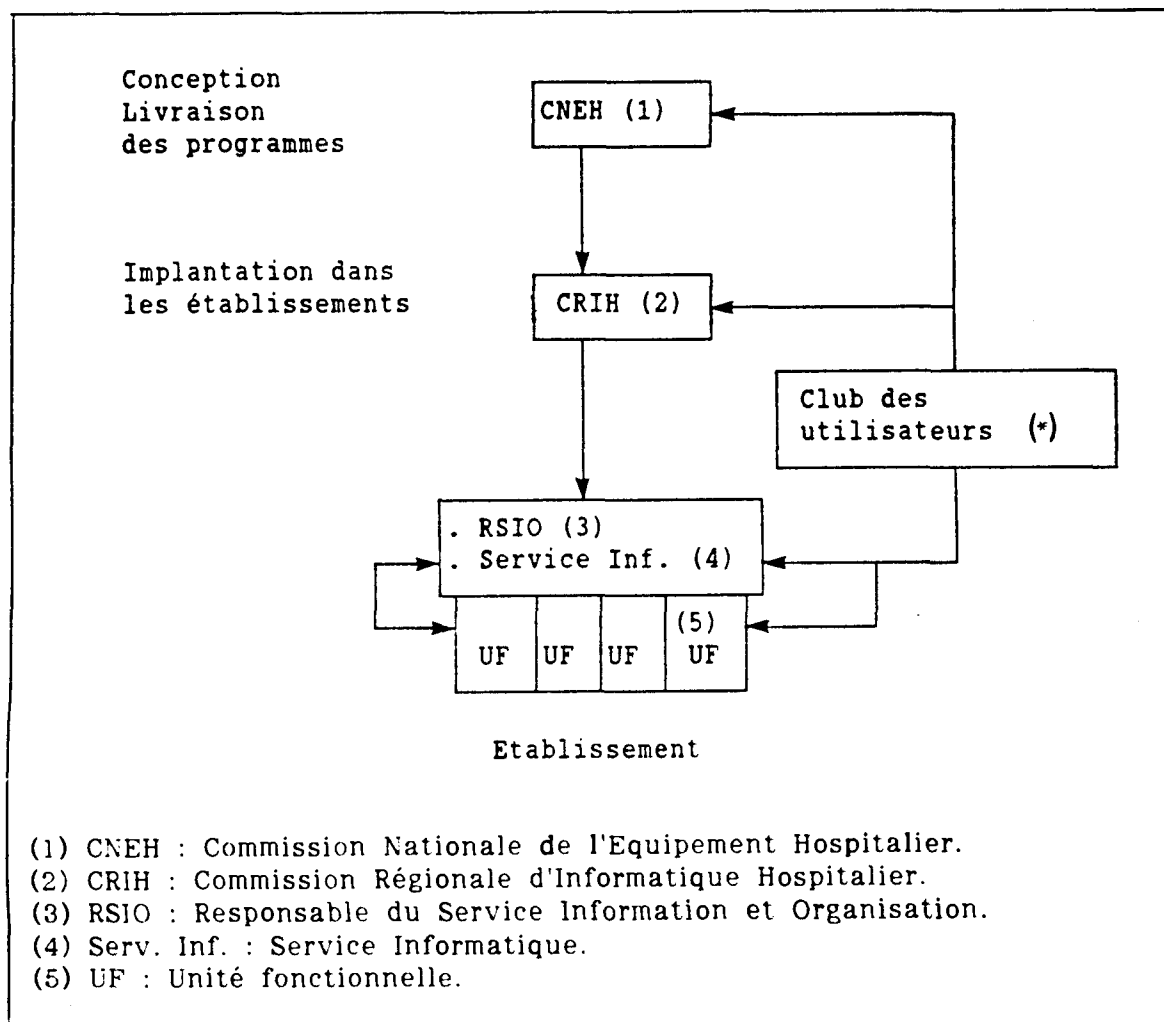
(25) Ph. Renou, op. cit.

(26) Entretien avec un responsable de direction.

(27) Il est valable pour les établissements qui utilisent les produits "CNEH", ce qui n'est pas le cas de tous les hôpitaux, les hospices civils de Lyon, l'AP de Marseille utilisent d'autres types de logiciels.

(28) Les chefs de bureau semblent avoir beaucoup participé à l'informatisation administrative.

Schéma 10



(*) Le club réunit 60 hôpitaux utilisant la filière STAF : Sygma, Tâge, Alienor, applications futures. Il fonctionne depuis 1984.

Ainsi, c'est la demande des utilisateurs qui, par la voie ascendante, remonte jusqu'à la Commission nationale :

- on a eu l'occasion de mentionner la création d'un logiciel par un établissement qui en a assuré la diffusion à des fins d'information auprès des Centres hospitaliers intéressés. Nul doute que les utilisateurs ne prennent goût à demander à leurs informaticiens des programmes adaptés à leurs besoins spécifiques ;

- réunis dans ce club et forts de l'expérience acquise à mettre au point ou à faire évoluer les applications de gestion (la filière STAF), les utilisateurs se proposent maintenant d'étudier le traitement de l'information médicale, de mettre en commun leurs moyens (en temps, en personnes, financiers) pour faire progresser leur programme *"et créer éventuellement des produits nouveaux"*.

Il faut noter la double compétence des informaticiens présents dans les

établissements et leur rôle dans la formation du personnel (29). Celle-ci comporte deux aspects :

- une information de type général est prévue pour l'ensemble des agents. Elle est destinée à sensibiliser, mettre au courant, préparer l'introduction de l'informatique et sa généralisation dans l'optique précisée précédemment : la banalisation des différentes techniques et nouveaux supports magnétiques, optiques... au service "*d'un nouveau comportement relationnel*" entre unités d'hospitalisation et cellules de gestion ;

- une formation plus spécifique liée à l'automatisation d'une procédure ou à l'utilisation d'un écran/clavier.

4. Informatisation, compétences, emplois

Il convient de rappeler que les constats consignés ci-après proviennent d'observations concrètes mais limitées à des établissements singuliers, engagés depuis quelques années dans un traitement des données en temps réel.

- Les compétences

Au niveau de l'exécution

On a indiqué plus haut que l'introduction du temps réel avait été conduite avec le souci de préserver une certaine continuité dans l'activité des agents. Ceux-ci ont pu à la fois s'appuyer sur leur expérience en matière de procédures et de codes et bénéficier d'une amélioration de leur travail (contenus et mode d'exercice) par la suppression des tâches répétitives et fastidieuses. Les postes de simple exécution consistant à recopier des données disparaissent. Ils étaient occupés par des agents de faible qualification ou par des auxiliaires embauchés en sur-effectif dont les services peuvent désormais se passer.

L'intégration de la vérification dans les programmes, l'accès à la machine par un code personnel modifient la relation au travail : l'agent n'est plus assisté ou contrôlé par sa hiérarchie. Il est à même de corriger ses erreurs. Il signe ce qu'il fait, en devient responsable. On attend de lui une attitude active, critique à l'égard des données qu'il doit entrer dans la machine. Elles doivent être fiables. Il faut pour cela qu'il soit très attentif à la qualité de l'information qu'il recueille auprès du malade, du consultant, des agents, qu'il se montre rigoureux, motivé.

Cette prise en charge de son travail par l'agent conduit naturellement à la notion de coresponsabilité : ainsi, on est amené à confier à un groupe d'agents la gestion complète d'un ensemble de dossiers. L'évolution périodique des programmes, leur mise à jour annuelle demandent aux agents une capacité d'assimiler les consignes nouvelles.

De façon plus générale, le passage du crayon bic et de la feuille de papier à l'écran consacre la dématérialisation d'une activité, laquelle en devenant plus abstraite, implique l'acquisition de nouvelles habitudes mentales. Il ne semble

(29) Ils interviennent dans le cadre d'un plan négocié avec la Direction de la formation permanente, avec d'autres agents non informaticiens. La règle est de recourir au personnel ayant lui-même expérimenté, utilisé les applications informatiques et de s'interdire tout apport de spécialistes extérieurs.

pas que celle-ci ait posé d'importants problèmes aux agents dans la mesure, sans doute, où l'expérimentation, l'information et la formation ont fait et font partie intégrante de l'activité.

Au niveau de l'encadrement intermédiaire

Plusieurs facteurs contribuent à la transformation du rôle de cette catégorie de personnel. Pour nous en tenir à l'informatisation, celle-ci a pu être l'occasion d'un renouvellement de leur fonction. C'est le cas des chefs de bureau qui ont contribué à l'implantation de logiciels, voire à leur adaptation ou à leur conception. Le récit qu'ils font de cette expérience montre que l'analyse de l'activité effectuée avec d'autres possède, entre autres aspects positifs, la vertu de pouvoir échapper à la routine, à l'ennui du quotidien, de réveiller le goût de la créativité, d'élargir le champ des échanges ; cette pratique pourrait être systématisée et favoriser la motivation des personnels.

Premiers informés et formés aux nouvelles procédures, les chefs de bureau ont la charge de transmettre à leurs agents tous les éléments dont ils ont à prendre connaissance ; ils ont également à les aider à la production des données de base destinées aux partenaires à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement. Animation, organisation et information/formation constituent les axes qui définissent la fonction de ces cadres. A cette première caractéristique, on peut en ajouter une seconde. Le terme "intermédiaire" qui leur est accolé, pour les situer dans une hiérarchie, correspond, dans un autre sens, à un nouveau rôle. Ils sont ceux qui interviennent dans les circuits pour mettre en rapport les choses et les personnes. Ceci sera repris dans les conclusions générales.

- Les emplois

La suppression de postes a porté sur des emplois de faible qualification. Elle a permis d'assainir une situation de sureffectif, le recours aux auxiliaires s'imposant autrefois pour absorber le surcroît de la charge de travail liée à la répétitivité des opérations.

Ce mouvement a été identique dans les services financiers, du personnel et dans les services économiques. Il s'est accompagné d'un redéploiement des postes et des personnes (30) pour renforcer les effectifs des secrétariats médicaux et des unités d'hospitalisation.

- La structure de qualification s'en trouve modifiée :

- *"on s'aperçoit que des postes d'exécution très spécialisés (31) du type agent de bureau n'ont quasiment plus leur place dans nos hôpitaux" ;*

- *"En revanche, on aura certainement intérêt à ne créer que des postes de commis, des postes un peu plus qualifiés et même à renforcer l'encadrement" ;*

- elle s'est enrichie de techniciens compétents, les informaticiens, *"mais la restitution de postes a largement couvert la création de ceux correspondant aux effectifs du service informatique" (32).*

(30) "Seuls les agents de bureau titulaires... vont le rester jusqu'à leur retraite car ils ne peuvent pas faire autre chose". Entretien avec un responsable de direction de Centre hospitalier.

(31) Dans le sens d'une absence de qualification n'autorisant qu'un travail d'exécution simple.

(32) Entretiens avec un responsable de direction de Centre hospitalier.

SECTION III

BILAN ET PERSPECTIVES

1. Définition de la fonction administrative

De façon très large, les activités de l'administration relèvent d'un processus général qui se caractérise par la collecte, le traitement, la transmission et la circulation de l'information pour permettre d'organiser, de coordonner, de contrôler et d'optimiser l'utilisation de l'ensemble des ressources des établissements en vue de leur production et de leur reproduction en tant qu'institutions (33).

On peut accompagner cette description assez neutre et linéaire d'une autre définition qui a le mérite de mettre l'accent sur deux aspects fondamentalement différents de la conception de l'administration. Elle résume, à notre avis, le dilemme dans lequel il conviendrait de ne pas enfermer la gestion hospitalière. Cette définition est empruntée au Littré :

"GERER, REGIR, GERER, c'est proprement PORTER, REGIR, c'est proprement DIRIGER, celui qui régit peut ne pas avoir la gestion, celui qui gère peut ne pas avoir la direction, quand on dit qu'un ministre gère ou régit les affaires de l'Etat, il est considéré dans le premier cas comme OCCUPE à les EXPEDIER, dans le second cas comme leur donnant LA DIRECTION qu'elles doivent suivre".

De toutes manières, les changements qu'il nous paraît important de retenir sont limités à ceux qui peuvent avoir une incidence sur l'emploi et la formation. Ce point de vue n'épuise pas l'étude d'un tel sujet. En particulier, celui-ci n'a pas fait l'objet d'une analyse centrée sur la répartition des pouvoirs entre les différentes instances administratives, ni sur les enjeux sous-jacents aux débats actuels entre les principaux partenaires sur les réformes en cours, ce qui détermine pourtant, en partie, leurs comportements.

2. Les tendances de l'évolution

On peut en repérer trois :

- le renouvellement de la perspective par rapport à laquelle les tâches d'administration et de gestion sont effectuées ; celles-ci doivent, de façon plus impérative, intégrer la contrainte économique d'une part et, d'autre part, servir à tous travaux susceptibles d'anticiper sur l'avenir et de préparer les décisions. Ceci consacre l'importance stratégique de la fonction administrative et son évolution en conséquence dans le fonctionnement des établissements ;

(33) Cette définition s'inspire librement de celle donnée par le Répertoire français des emplois, cahier n° 4, Les emplois-types de la gestion et de l'administration, op. cit.

- pour l'accompagner, il convient d'utiliser toutes les possibilités offertes par les technologies de l'information (développement de la micro-informatique, temps réel, informatique répartie, mise en place des réseaux, renouvellement des supports, traitement de textes, stockage des données...). Ceci suppose la révision des procédures et des "outils" de gestion traditionnels dans le cadre d'un système d'information et de communication "repensé". En particulier, celui-ci doit prévoir une association plus large de tous les intervenants ;

- la gestion resserrée implique la participation des "producteurs" appartenant à l'ensemble des secteurs de l'hôpital (les services de soins comme les services dits généraux), participation à l'élaboration et à l'utilisation des "outils de gestion", allant de pair avec une progressive déconcentration des responsabilités. De plus, les "producteurs" entendent bien utiliser les données concernant leur activité, non pas seulement pour la contrôler financièrement, mais pour nourrir leur réflexion, accroître leurs connaissances et aménager leurs pratiques. C'est donc tout le système de relations (au sens d'échanges, d'études et de négociations) au sein de l'hôpital qui est mis à l'épreuve ainsi que la prise en compte du temps nécessaire pour travailler de façon plus concertée.

3. Les effets sur l'emploi

3.1. Changement de la nature du travail

On évoquera d'abord celui qui accompagne la diffusion des technologies :

- la disparition des tâches matérielles d'écriture et des supports traditionnels ;
- le recours aux équipements qui médiatisent le travail, le rendent plus abstrait et incorporent une partie du contrôle exercé jusqu'alors par l'encadrement ;
- les exigences nouvelles de qualité, de rigueur dans l'entrée des informations ;
- la recomposition de l'activité : au travail morcelé, individualisé et répétitif s'oppose un regroupement des tâches et des responsabilités plus global.

Mais le plus important est ceci : tout se passe comme si l'automatisation du travail, en libérant du temps, intervenait au moment même où les administratifs sont ou vont être simultanément sollicités pour assurer la gestion quotidienne et expérimenter, à travers des procédures nouvelles, une conduite plus active des établissements. C'est, sans aucun doute, le changement de conception du rôle de l'administration qui est, en définitive, décisif dans la définition des attributions et des responsabilités de chacun dans cette fonction.

3.2. Déplacement ou redéfinition des domaines d'intervention

- Entre les services de l'hôpital

On a pu observer une montée en charge des activités administratives dans les services, notamment dans les unités d'hospitalisation, liée à leur développement spécifique. De même qu'il est difficile désormais de dissocier du soin

proprement dit son versant social, l'aspect "gestion" représente une autre de ses caractéristiques.

L'association des "producteurs" à la rigueur économique n'a pas pour conséquence de remettre en cause les compétences premières, attachées à l'activité principale - les soins, par exemple -, mais contraint les agents à prendre une part plus active dans la conduite de leurs services. Prendre part ne veut pas dire nécessairement exécuter le travail en totalité et tout le temps. Mais même dans le cas où il est prévu que les tâches de nature administrative - dossiers, téléphone, courrier, prises de rendez-vous, évaluation comptable - soient confiées à des agents "spécialisés", elles restent très liées à l'activité dominante des soignants et ceux-ci sont dans l'obligation de s'y engager.

De façon plus générale, l'évolution à laquelle on assiste se traduit moins par un transfert d'attributions, de l'administration centrale aux services ou réciproquement, que par un renforcement de compétences de part et d'autre. L'hypothèse à vérifier serait que la démarche centrée sur la résolution de problèmes conduit à procéder à des analyses concrètes, à aller voir les interlocuteurs, à discuter avec eux, à court-circuiter des procédures protectrices stéréotypées, à abandonner des attitudes que le milieu hospitalier lui-même considère comme "frileuses". Ainsi, chacun est ou serait à même de reconnaître des savoirs et des pratiques plus complémentaires qu'antagonistes. Encore faudrait-il que les changements de comportement soient explicitement valorisés, reconnus et les difficultés qui leur sont inhérentes traitées (réassurance des statuts et des identités, redéfinition des règles, information et formation).

- Dans les services de l'administration

On retiendra l'importance accrue que prend l'exploitation des données d'information relatives à l'activité administrative proprement dite. Non seulement les services enregistrent, tiennent à jour, transmettent les données de base mais ils sont à même de les transformer en bilan, rapport, évaluation pour leur propre usage et pour ceux de leurs interlocuteurs à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement. On a été amené à souligner que l'administration s'engageait ainsi dans un processus interactif, qui par définition se traduisait par une implication plus volontariste dans ce type de production et les échanges avec les partenaires.

Un deuxième axe d'activité concerne les informations descendantes et montantes qu'il faut assimiler, traduire, diffuser, à travers différents modes d'expression : circulaires, notes, enquêtes, consultations, exposés, discussions, préparation et participation aux réunions. Quand il s'agit de changements de procédures (comptables, modification statutaire), d'introduction de nouvelles pratiques (PMSI) ou de nouveaux outils (télématique, bureautique), il convient d'élaborer des programmes, d'arrêter des modalités d'action, de prévoir des moyens. Cette double démarche - l'adaptation des "normes" aux situations concrètes, la mise en forme des problèmes quotidiens en vue d'examiner quelle solution généralisable il convient de leur donner - entre pour beaucoup dans le remodelage de la compétence administrative. Elle contribue également à permettre aux agents de rompre avec un travail ressenti comme routinier, de le réinvestir en quelque sorte.

Enfin, chaque domaine de l'administration suppose une documentation actualisée, une ouverture sur l'environnement, la mise à jour des connaissances et des outils propres aux missions spécifiques du service et aux disciplines qui les fondent (droit, sciences économiques, sciences de l'organisation, sciences humaines).

Bref, il n'est plus question de rendre seulement compte de l'existant selon des règles préétablies, de le codifier, mais de l'analyser, de le confronter aux intentions, aux objectifs prévus, de décider des suites à donner aux résultats obtenus, d'accompagner ces décisions et d'en évaluer les effets. En un mot, c'est moins le contenu que l'exercice de la compétence qui se modifie, la façon dont elle s'implique et s'applique.

4. Le devenir des emplois, quel horizon ?

On renouvellera ici la réserve déjà formulée sur le statut des résultats consignés ci-après (34). Il faut les considérer comme des éléments devant nourrir la réflexion, rassemblés en vue d'une enquête plus circonscrite et systématique.

- Le point de vue quantitatif

Si l'on tient compte de la politique actuelle, on peut s'attendre à une diminution progressive du nombre des emplois dans cette fonction. Déjà un certain nombre d'entre eux ont pu être libérés du fait de l'informatisation des activités. Les établissements ont utilisé cette opportunité pour transformer les postes les moins qualifiés et pour abandonner la pratique qui consistait à recourir à des auxiliaires de remplacement. Cette politique se trouve confirmée par les données statistiques qui font apparaître une diminution d'effectifs dans les catégories suivantes : agents de bureau, dactylos et sténo-dactylos (35).

L'excédent de personnel n'a pas, semble-t-il, jusqu'à présent posé de problèmes compte tenu d'un certain déficit dans des activités qui tendent à se développer, soit au niveau de l'établissement, soit dans les unités d'hospitalisation ; il s'agit principalement de l'accueil et des tâches de gestion courantes pour décharger les secrétariats, les infirmiers et surveillants.

Cependant, dans l'avenir immédiat, on peut prévoir que ce mini mouvement d'ajustement prendra plus d'ampleur et exigera des actions concertées. L'importance de l'ajustement et la nature des actions sont difficiles à évaluer avec précision car elles résultent de plusieurs facteurs que l'on se bornera à citer. Toutefois, on peut avancer l'hypothèse suivante : l'administration hospitalière est amenée à jouer un rôle capital dans l'évolution des établissements. Aussi, c'est plus par la qualité de ses interventions et celle de ses agents que par une expansion numérique qu'elle assurera désormais son développement.

Avant d'inventorier les facteurs qui sont à prendre en compte pour estimer les problèmes d'emploi, on abordera un autre point de vue.

- Le point de vue qualitatif

On rappellera que les emplois de l'administration comprennent les emplois d'exécution peu qualifiés qui représentent 30 % de l'ensemble des emplois, soit 17 300 agents. Les emplois d'exécution qualifiés qui s'élèvent à plus de 50 % de l'ensemble, soit 30 600 agents situés au niveau V. Les emplois d'encadrement, 13 % de la population, enfin les emplois de direction, 5 % de l'ensemble, soit pour ces deux dernières catégories, 10 400 agents.

On rappellera également les points centraux de notre thèse :

(34) Cf. introduction de ce chapitre sur l'administration hospitalière.

(35) Cf. chapitre II de la première partie.

- le travail de l'administration comme tout procès de travail est composé de phases : conception, études fonctionnelles, études de moyens, études préparatoires à la mise en oeuvre, exécution et production, évaluation (pour aménager, adapter les projets ou en nourrir d'autres) ;

- ce cycle d'interventions donne lieu à des partages entre les instances (l'administration centrale, les établissements) et entre les catégories professionnelles ;

- par rapport à une division stricte - théorique - des tâches entre les groupes d'agents, les pratiques qui émergent ont une double caractéristique : les établissements tendent à prendre en charge la totalité du procès de travail, pour les problèmes qui relèvent de leur activité et de leur responsabilité ; les interventions ne font pas l'objet d'une partition cloisonnée et rigide entre les individus ; ceux-ci sont associés aux différents stades du travail et leur activité s'éclaire d'être définie et replacée dans un processus global.

Ceci correspond à une conception un peu neuve de l'utilisation des compétences. Elle s'explique par la nécessité d'adapter l'hôpital à tous les changements auxquels il a dû faire face mais aussi, sans doute, par l'arrivée, parmi le personnel, de jeunes gens dotés d'un bon bagage scolaire, universitaire et légitimement ambitieux. Il devient de l'intérêt de tous d'utiliser ce potentiel et de le valoriser.

On assisterait, en conséquence, à une "aspiration" par le haut de tous les emplois : les emplois de niveau V absorberaient une partie des attributions des emplois d'encadrement ou exerceraient leur charge de façon plus autonome, les emplois d'encadrement s'engageraient plus dans un travail de collaboration avec les directeurs eux-mêmes absorbés par la conduite du domaine spécifique qui leur est confiée et par leur participation à la conduite générale de l'établissement. Comme on l'a consigné plus haut, les niveaux VI (agents de bureau) "n'auront plus leur raison d'être".

- Pour résumer

Les emplois d'exécution qualifiés - commis, agents principaux, secrétaires médicales - ont bénéficié des apports technologiques et de l'évolution du rôle de l'encadrement intermédiaire. Ils ont été libérés du travail répétitif d'enregistrement et de transcription des données et donc d'une organisation du travail de type taylorien (division et automatisation de l'activité, répétitivité, contrôle hiérarchique). Ils ont la responsabilité des dossiers ou tâches qui leur sont confiés. Ils ont été confrontés à l'informatisation de la gestion et ceci a été l'occasion de rompre avec une activité routinière, fermée sur elle-même, d'acquiescer de nouvelles connaissances, d'élargir leur mode de représentation en y intégrant des notions telles que l'hôpital comme entité, avec ses problèmes d'organisation et de fonctionnement.

Les emplois d'encadrement intermédiaire - adjoints des cadres, chefs de bureau - ont joué et jouent un rôle essentiel dans l'application et la diffusion des réformes et autres innovations. Ils assurent l'interface entre la direction et le personnel de l'administration pour fixer les orientations, transmettre les consignes, faire exécuter le travail et le superviser. Ils animent, informent et forment les employés sous leur responsabilité. Ils sont souvent les intermédiaires entre l'administration, le personnel hospitalier et les médecins. Ils participent à l'étude des problèmes, interviennent - avec les directeurs - comme informateurs et formateurs dans la recherche et la mise en place des solutions.

La dimension relationnelle de ces emplois n'a pu s'épanouir qu'en raison de l'expérience et de la connaissance concrète acquise par ces agents au cours d'une carrière relativement stable. En retour, elle doit être nourrie, pour se consolider et continuer à être efficace, d'apports, à la fois pratiques et théoriques (36).

Il reste à élucider certaines questions.

La description précédente indique une orientation, un nouveau partage des tâches et un mode de fonctionnement largement dépendants des équipes de direction. Ce sont celles-ci qui prennent l'initiative de définir le travail de leurs collaborateurs, de déterminer leurs zones d'autonomie, leur degré de liberté et les moyens mis à leur disposition. Pour ce faire, elles prennent en compte le niveau de formation de leur personnel, leur appétence pour des "missions" intéressantes et valorisantes et cherchent à faire coïncider les aptitudes ainsi repérées avec les fonctions. Cette pratique conduit à plusieurs remarques :

- n'assiste-t-on pas à une rupture avec la tradition, à la remise en cause d'un certain modèle "bureaucratique" fondé "sur la délimitation impersonnelle des sphères de compétence et des pouvoirs" et la hiérarchie des fonctions ?

- le transfert d'attribution et de responsabilité aux catégories intermédiaires correspond-il à un phénomène limité, à l'initiative de directeurs soucieux de "management" (37) ou ceux-ci inaugurent-ils un mode de direction qui va nécessairement prévaloir car mieux adapté à la situation ?

Sur un autre plan : si d'une façon générale, le mouvement vers une élévation du niveau de compétence paraît irréversible, qu'en est-il des "besoins" quantitatifs ? La création d'emplois étant exclue, dans la conjoncture actuelle, il faut donc compter avec la mobilité, la mobilité naturelle (renouvellement du stock des emplois lié aux départs, démissions, retraite...), la promotion, mais les chiffres sont là pour rappeler que l'encadrement intermédiaire et les emplois de direction offrent peu de débouchés, le redéploiement c'est-à-dire l'étoffement des services actuels en personnel administratif.

Le redéploiement peut avoir plusieurs sens :

- un sens limité quant il s'agit de réoccuper des individus dont les emplois ont été supprimés ;

- un sens plus dynamique quand il est précédé par une réflexion sur les besoins nouveaux générés par une redéfinition des finalités administratives, le renouvellement des activités et la déconcentration des responsabilités. Nul doute que dans cette perspective des agents pourraient utilement, et après formation, venir étoffer tant les équipes ou les services internes à l'administration - plus particulièrement ceux qui ont à s'occuper des études, du développement, de l'organisation et de la communication, de la formation du personnel - que les services "producteurs" et techniques et parmi ceux-ci, les unités d'hospitalisation.

Mais ceci demanderait une investigation beaucoup plus précise, à la fois pour établir un inventaire des débouchés possibles et susciter parmi les agents des vocations pour innover dans des domaines qui relèveraient de l'expérimentation sociale.

(36) De fait, il semblerait que ce personnel ait plus que d'autres la possibilité de suivre des formations.

(37) Dans les différents sens du terme : celui des "affaires" et celui des "ressources humaines".

5. La formation

Comme pour les autres catégories de personnel, les établissements proposent à leurs agents administratifs des actions de formation qui ont des visées diverses.

Les unes sont orientées vers la **remise à niveau et la préparation** aux diplômes et aux examens passés dans le cadre de la promotion sociale. Elles intéressent l'ensemble de la population depuis les agents qui ont été ou sont engagés sans qualification jusqu'à ceux qui se destinent aux postes d'encadrement ou se proposent d'entrer à l'Ecole nationale de la Santé publique.

Les autres relèvent de l'**adaptation à l'emploi**. Elles peuvent être classées en quatre grands groupes suivant qu'elles concernent :

- le développement personnel (expression écrite, expression orale...) ;
- les savoirs et savoir-faire liés à l'exercice du travail (organisation, information, relations humaines, conditions de travail...) ;
- les disciplines associées aux contenus spécifiques du travail (le droit et ses domaines d'application, la comptabilité, les sciences économiques) ;
- les nouveaux outils issus des technologies modernes (informatique, bureautique...).

Les formations multi-catégorielles sont également à ranger dans cette catégorie de l'adaptation à l'emploi. Elles visent un public plus large, appartenant à différents secteurs de l'hôpital. Elles cherchent le plus souvent à informer, sensibiliser, initier sur un thème qui, en fait, devrait intéresser ou mobiliser la communauté de travail considérée dans son ensemble (sécurité, projet d'informatisation, réformes...).

Mais le plan de formation officiel ne rend pas compte des sessions de formations proposées, ni de la formation dispensée dans le cadre de l'activité ou à l'occasion des montages particuliers qui accompagnent la réalisation de certains projets (groupes de travail, par exemple). Il ne permet pas non plus d'évaluer la formation ni d'en mesurer les effets sur les individus et sur l'organisation. Dans le même esprit, ni le rapport d'activité, ni le bilan social n'apportent d'éléments suffisamment détaillés pour être exploités de façon complémentaire. Selon le rapport de l'ANFH, on sait que *"les dépenses de formation concernant le personnel administratif se maintiennent à un niveau voisin"*, soit 13 % des dépenses totales depuis 1981, alors que les dépenses concernant le personnel soignant progressent et celles concernant le personnel technique diminuent. Mais ceci est conforme à la structure des effectifs et à son évolution.

Les données dont on peut disposer sont de nature comptable, ou décrivent de façon succincte les stages en indiquant leur durée, le nom de l'organisme intervenant, le nombre de participants ; elles ne permettent pas dans l'état actuel des choses d'établir une véritable bilan de la formation permanente, ni de rassembler sur ce thème les réflexions et les expériences accumulées par les responsables du personnel, les formateurs et les "formés" ; ceci permettrait de confronter les acquis, les choix et les politiques mises en oeuvre, d'évoquer les difficultés rencontrées, les attentes déçues et d'engager un débat de fond quant au statut, au rôle de la formation, à la place et aux moyens à lui accorder dans l'hôpital de demain.

CHAPITRE II

LA RESTAURATION

SECTION I

ANALYSE DE L'ACTIVITE

L'une des premières raisons d'être de l'hôpital a été d'assurer l'hébergement, notamment des pauvres. Les cuisines sont donc aussi anciennes que l'hôpital. Dans l'hôpital pavillonnaire on trouvait des cuisines correspondant aux pavillons ou services.

Puis les démarches de rationalisation et la modification de l'architecture (hôpital tour par exemple) ont conduit à définir des cuisines centrales. Cependant, les cuisines, services périphériques aux soins, ont souvent été à la traîne de la modernisation.

Ces dernières années les contraintes budgétaires et souvent l'opportunité de l'ouverture de nouveaux bâtiments ont conduit les responsables hospitaliers à réexaminer les problèmes des services logistiques dont les "cuisines" : conception des locaux, processus de fabrication, recrutement et qualification du personnel, la place de la fonction restauration dans l'établissement, la qualité du service rendu.

On passe alors de la simple confection des repas ("cuisines") à la prestation d'un service ("restauration") qui se développe et s'évalue à partir d'approches thérapeutiques, diététiques, culturelles et économiques.

1. Le système de production

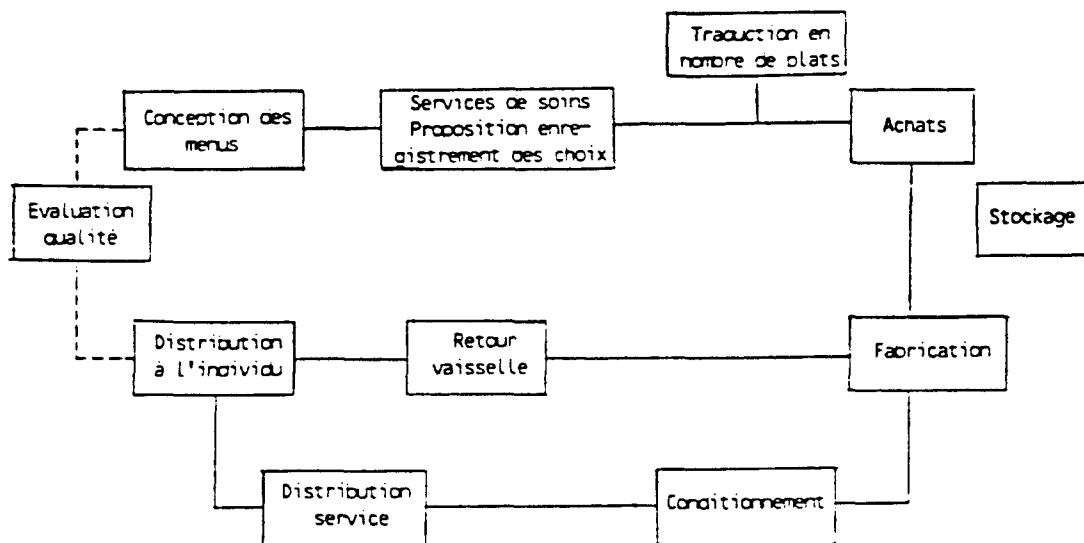
1.1. Le processus de production

Le processus que nous allons décrire s'étend de la conception des menus à la distribution des repas au consommateur. Le modèle de ce processus pourrait être celui détaillé dans le schéma 11 page suivante.

- La conception des menus

Les menus sont élaborés par une "commission des menus" qui regroupe des représentants des cuisines, des services économiques et des services de soins. Ils sont élaborés à l'avance et pour des périodes variables : semaine, mois. Ils sont décomposés en éléments-types et seront concrétisés ensuite en fonction des possibilités du marché. Les menus proposés doivent respecter les règles diététiques, aussi bien pour les menus standard que pour les différents menus de régime.

Schéma 11
Restauration : processus de production



- Proposition des menus

Les menus ainsi élaborés sont proposés aux malades dans les services de soins. Une personne, aide-soignante le plus souvent, est chargée de proposer les menus, d'enregistrer les choix et de les transmettre aux cuisines.

- Les achats

Cette activité s'organise autour de deux pôles :

- un pôle "études et définition du produit" ; il s'agit de définir la variété, la qualité, le mode de présentation (produits frais, surgelés, conserves), la quantité de produits à commander ainsi que la périodicité des commandes ;

- un pôle "gestion administrative des achats" qui consiste à appliquer les normes et règles administratives en vigueur pour effectuer les achats et suivre l'exécution du budget afin d'éviter les dérapages.

- Le stockage des denrées

Le mode de stockage est fonction du type de denrées : épicerie, légumes frais, viande (chambres froides). Ceci s'effectue conformément aux réglementations en vigueur, notamment les règles concernant l'hygiène, la température, l'humidité.

- La fabrication

La fabrication proprement dite des repas peut se décomposer en trois types de séquences :

a) La préparation des aliments :

- l'épluchage des légumes destinés aux hors-d'oeuvres ou à l'accompagnement des viandes et poissons ;

- la préparation de la viande. Découpage de la viande par les bouchers ; préparation des poissons ;

- la préparation des pâtes, pâtes à pain, pâte à pâtisserie.

b) La cuisson.

c) Le refroidissement. Si le processus adopté est celui de la liaison froide, les aliments doivent passer en cellule de refroidissement avant d'être stockés en chambre froide.

- **Le conditionnement**

L'importance de cette activité varie en fonction d'une part du mode de distribution/présentation adopté, d'autre part du processus de fabrication, liaison chaude ou liaison froide :

- conditionnement en vrac, ou en plateaux. Le conditionnement en plateau correspond au conditionnement individualisé. Il consiste donc à respecter, en cuisine, les choix de chaque consommateur (pour chaque service de soins) ;

- selon le mode de fabrication, les repas sont chargés dans des chariots chauffants ou au contraire maintenant une température basse.

- **La distribution**

Au départ de la cuisine la distribution est assurée soit par une équipe appartenant aux cuisines, soit par une équipe centrale de distribution qui doit respecter les normes d'hygiène et de température jusqu'au dépôt des repas dans les services.

Dans les services de soins : si les repas sont préparés en liaison froide, ils doivent être remis en température dans le service de soins en respectant la durée prévue afin de ne pas recommencer la cuisson. Puis les plateaux sont distribués à chaque consommateur en s'assurant qu'on respecte bien son choix et que celui-ci n'est pas contre-indiqué en raison du traitement ou des investigations en cours.

1.2. Les équipements

On trouve les équipements correspondant aux étapes du processus :

- à la préparation des aliments correspondent les machines à éplucher, à trancher, à couper ;

- à la cuisson, les équipements de cuisson : four, grill, plaques de cuisson, appareils de cuisson à la vapeur... ;

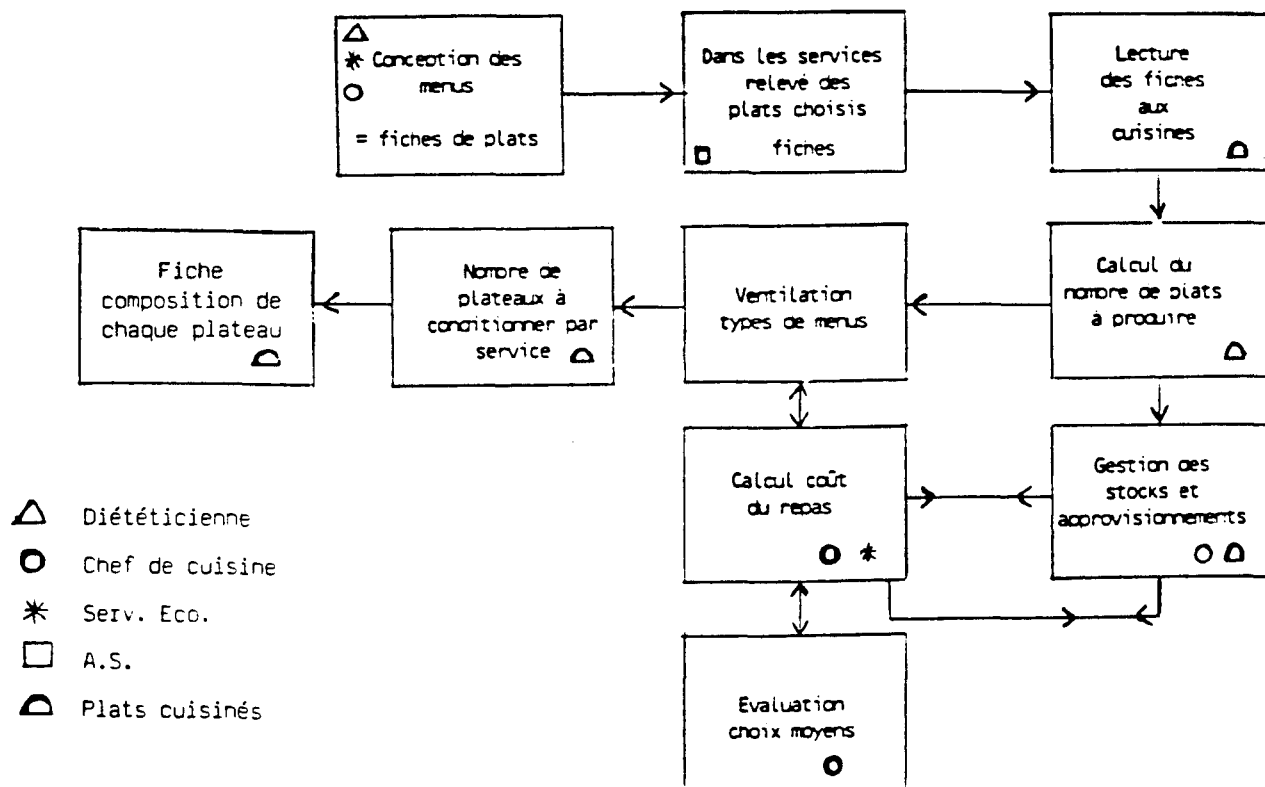
- cellule de refroidissement, notamment pour la liaison froide ;

- des chambres froides pour le stockage ;

- des chariots chauffants ou réfrigérants pour le transport.

Il faut également mentionner l'introduction dans certains cas de l'outil informatique qui peut couvrir une grande partie du processus de la restauration (schéma 12 page suivante).

Schéma 12
Processus informatisé de la restauration



1.3. Les matériaux

Ce sont les différents aliments que l'on peut également classer selon leur mode de conservation :

- les légumes et fruits frais ;
- les viandes et charcuterie ;
- les poissons ;
- l'épicerie, les conserves ;
- les surgelés.

Ces matériaux requièrent chacun des modes de conservation appropriés : chambres froides, congélateurs..., et le respect d'un certain nombre de paramètres : température, humidité, ventilation, ainsi qu'une gestion rigoureuse des stocks notamment pour veiller aux dates de péremption.

1.4. L'organisation du travail

Il faut rappeler, pour commencer, que la restauration concerne et est assurée par différents services de l'hôpital qui, dans l'organigramme hospitalier, sont traditionnellement distincts, car appartenant à des secteurs différents. Les "cuisines" qui assurent la fabrication des repas, appartiennent aux "services généraux", "l'économat", ou les services économiques, relève des services administratifs, et les consommateurs, outre le personnel hospitalier, tous services confondus, se trouvent dans les services de soins.

1.4.1. Une division du travail par service

- Les services économiques

Les services économiques sont chargés des achats des consommables, des petits équipements. Ils assurent également la gestion des stocks et la distribution. Ils gèrent le budget des services généraux donc des cuisines. Ils gèrent également le personnel des services généraux.

Selon la taille des établissements, on trouve une ou plusieurs personnes spécialisées par type d'achat, ex. : achat d'alimentation.

Selon les cas, une ou deux personnes (1) des services économiques participent à la commission des menus.

- Les cuisines

Ce service assure la fabrication des repas. Il s'agit aujourd'hui presque toujours d'un service central travaillant pour l'ensemble d'un établissement.

Les effectifs des cuisines sont importants. Il s'agit souvent encore d'une main-d'oeuvre peu qualifiée - cf. ci-dessous les modifications entraînées par l'introduction de nouveaux modes de fabrication (liaison froide) - et la façon dont la fonction est partagée par les différents services (analyse et choix des circuits et des attributions) n'a pas toujours pour effet d'entraîner une baisse des effectifs. Ainsi le choix de livrer aux services de soins des plateaux tout prêts suppose une chaîne de conditionnement dans les cuisines qui occupe des effectifs non négligeables.

- Distribution

La distribution est assurée par différents services :

- le personnel qui livre les repas dans les services de soins relève des cuisines. Le personnel peut aussi relever d'un service central de distribution qui dans ce cas assure la distribution des repas aussi bien que d'un certain nombre de consommables ;

- dans les services de soins, les repas sont distribués aux malades par le personnel soignant, plus particulièrement les aides-soignants. Au restaurant du personnel les repas sont distribués par le personnel des cuisines.

- Evaluation

L'évaluation de la prestation, qualité et coût, est effectuée par le responsable des cuisines, le responsable des services économiques ainsi que les soignants.

La conception des menus et leur évaluation regroupent de façon "collégiale" les représentants des différents services concernés par la restauration et qui interviennent en fonction de différentes logiques : production, prestation de service, économie...

(1) Adjoint des cadres, le plus souvent.

- Les diététiciennes

Leur service d'appartenance peut être varié : cuisines, services de soins... Mais elles interviennent sur l'ensemble de la fonction restauration et travaillent souvent (?) en étroite collaboration avec le responsable des cuisines.

Leur principale attribution est la conception des menus : c'est à elles qu'il revient de s'assurer que les menus proposés sont équilibrés et que ces menus s'équilibrent également sur la durée, la semaine notamment. Elles interviennent également dans le choix des modes de cuisson, le respect des règles d'hygiène tout au long de la fabrication et de la distribution des repas.

1.4.2. Une division du travail au cours de la fabrication

Dans les cuisines, la division du travail renvoie à deux ordres de partition qui peuvent se combiner entre eux :

- une division selon le processus :
 - . préparation : épluchage, préparation et découpe de la viande...,
 - . cuisson,
 - . conditionnement,
 - . entretien, nettoyage ;
- une division selon les denrées :
 - . légumes,
 - . viandes,
 - . pâtisserie.

A partir de là, on peut aussi trouver par exemple une partition entre ceux qui sont chargés des préparations froides et ceux qui sont chargés de préparations chaudes...

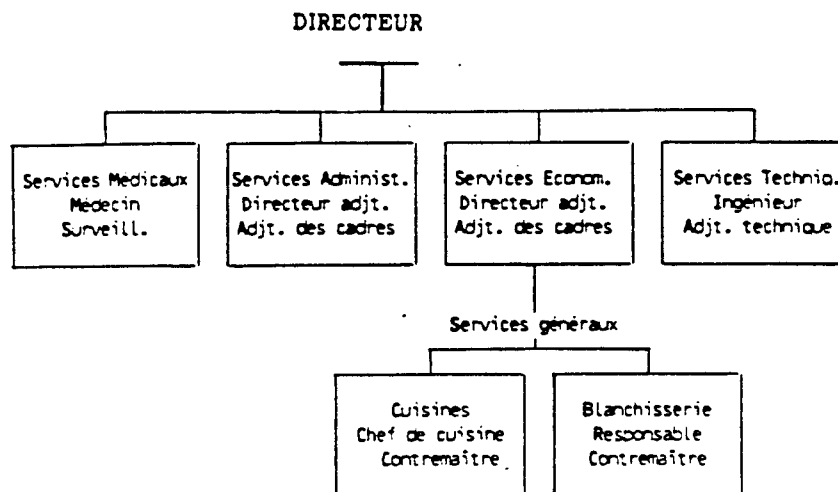
L'affectation du personnel aux différents postes de travail n'est pas toujours très précise. Pour éviter une certaine démobilité, on rencontre une rotation des équipes affectées aux tâches répétitives et peu qualifiées : épluchage, préparation... Par contre, les ouvriers qualifiés (titulaires d'un CAP ou ayant satisfait à un examen professionnel), par exemple bouchers, cuisiniers, pâtisseries, gardent leur poste.

Le conditionnement exige habileté, rapidité, du goût pour présenter les aliments. Il peut s'agir d'une équipe affectée en permanence à cette étape.

2. La restauration : un service dans et pour l'hôpital

Il semble bien que l'on passe de la production d'un produit à la prestation d'un service. Le changement suppose que les partenaires de cette prestation, aussi bien ceux qui participent à sa production que ceux qui en sont les consommateurs ou les ordonnateurs, se reconnaissent comme tels avant et afin de prendre part effectivement à sa définition, sa réalisation et son évaluation.

Schéma 13
Organigramme de l'établissement



2.1. Les partenaires

La description du processus de fabrication a permis de repérer les différentes personnes participant à la fonction restauration. Ce sont : le responsable des services économiques et ses adjoints chargés de suivre les cuisines (personnel, achats, stocks, coût, qualité), le responsable des cuisines et tout le personnel des cuisines, les surveillants des services de soins et leurs aides-soignants, les diététiciennes qui interviennent de façon transversale sur l'ensemble de la fonction.

- Les cuisines : un service dévalorisé

Par tradition, chaque secteur de l'hôpital a tendance à ignorer le voisin et à afficher un certain protectionnisme. Il en a résulté un travail morcelé, effectué par juxtaposition et non en interrelation. De plus, les services généraux ont été tenus à distance des services "nobles", les services de soins. Ils ont longtemps été considérés comme des quartiers "disciplinaires" dans lesquels on affectait le personnel ne pouvant convenir aux services de soins : *"chaque fois qu'il y avait quelqu'un qui était un peu bancal dans un service soignant, on l'envoyait dans les services généraux" (...)* *"D'un qui n'était pas une lumière sur le plan de l'intelligence, on disait : ça sera suffisant pour faire la cuisine" (2)*. Les affectations étaient en fait souvent des affectations négatives, consécutives à un échec dans un précédent lieu de travail. Le personnel des cuisines avait intégré ces échecs et acceptait la dévalorisation dont il était l'objet de la part des autres services de l'hôpital. *"Il fallait voir comment les cuisiniers étaient traités... J'ai été surpris de voir comment des gens pouvaient se laisser malmener, engueuler par tout le monde" (3)*.

Ce type de pratique de recrutement explique la situation qui en découle en termes de structure de qualification, surtout en termes de distribution des effectifs entre personnel qualifié et non qualifié. Le personnel ASI et OP3, c'est-à-dire le personnel non titulaire d'un CAP ou n'ayant pas satisfait à un examen professionnel équivalent, reste encore important.

(2) Entretien avec un responsable des services économiques.

(3) id.

En même temps la façon dont les cuisines se positionnent dans l'organigramme de l'établissement (schéma 13) vient renforcer leur décalage, par rapport aux services de soins notamment, et leur image dévalorisante.

Le responsable des cuisines n'appartient pas à l'équipe de direction d'un établissement. C'est le responsable des services économiques qui "coiffe" les services généraux qui y participe. Ceci peut expliquer en partie les réticences, conscientes ou inconscientes, à considérer le responsable des cuisines comme un partenaire central quand il s'agit de réfléchir ou de prendre des décisions concernant la fonction restauration et les différences de comportement selon les établissements quant à l'intégration du responsable des cuisines dans les processus de décision.

2.2. Une fonction intégrée

Les cuisines continuent à être la plaque tournante de la fonction restauration, mais n'assurent pas l'ensemble des activités. En fait on assiste à des déplacements, à des transferts de compétence, en même temps qu'à une interpénétration des fonctions et des rôles.

- Les relais

De nombreux hôpitaux ont mené une réflexion sur l'ensemble des circuits de décision, de fabrication, de distribution correspondant à cette fonction restauration et sur le rôle des personnels qui y participent.

Un constat fréquent est celui d'un hiatus entre les cuisines et les services de soins notamment, et cela même lorsque les responsables des différents services affichent une volonté de faire évoluer les choses. Le personnel soignant, au-delà d'un certain discours, et souvent sans doute aussi en raison d'une charge de travail importante, a, par habitude, tendance à privilégier l'axe médical et à délaisser l'aspect hôtelier. Or la restauration, en tant que prestation de service, exige un suivi de cette prestation tout au long de la chaîne jusqu'au consommateur. Une amélioration de la qualité de la production en cuisine peut rester sans effet si le relais n'est pas assuré dans le service de soins qui propose le repas au client. Le constat de la nécessité d'assurer ce suivi a conduit à la création dans certains établissements d'une aide-hôtelière.

L'aide-hôtelière

Selon un responsable de service économique, la création de l'aide-hôtelière résulte donc du constat d'un manque. Celui de la prise en charge dans le service de soins de l'ensemble des prestations hôtelières et des activités qu'elles supposent. L'aide-hôtelière peut alors être considérée comme un répondant, dans les services de soins, des différents services généraux (cuisine, buanderie...), répondant nécessaire pour permettre à l'hôpital de développer de façon dynamique ses prestations hôtelières en tenant compte des besoins du public mais aussi des contraintes économiques. Elle assure dans les services de soins la continuité des fonctions suivantes :

- la restauration : il s'agit de proposer au patient le choix du menu, de tenir compte - avec l'infirmier et la diététicienne - des régimes particuliers, du respect de l'équilibre alimentaire, de transmettre ce choix au service cuisine et de distribuer les repas livrés par les cuisines. Lorsque la fabrication des repas se fait en liaison froide, l'aide-hôtelière a pour fonction de remettre en température les plats, en respectant les temps indiqués ;

- la blanchisserie ;
- l'entretien.

Le rôle de l'aide-hôtesse est en quelque sorte d'assurer l'interface entre les services de soins et les différents "services généraux" qui concourent à la prise en charge de la fonction hôtelière dans l'hôpital.

Lorsqu'elle existe, sa mise en place n'a pas toujours été facile et résulte d'une négociation entre services de soins et services économiques. Bien que représentant les *"intérêts des services économiques"*, aux yeux de certains, la solution retenue le plus souvent a été de confier cette fonction à un aide-soignant, restant sous l'autorité de la surveillante. De fait, la "fonction hôtelière" rentre dans les attributions de l'aide-soignant, et il peut paraître inopportun de créer une fonction supplémentaire, ou du moins de charger une personne déterminée d'un rôle qui revient en fait à tous les aides-soignants. Mais, on l'a déjà dit, il semble que la division du travail en vigueur, ainsi que les représentations que les soignants ont de leur rôle, et la valeur qu'ils accordent à leur tâche, ont pour effet, souvent, la négligence des tâches hôtelières, dont la restauration, en oubliant de les considérer comme faisant partie de la prise en charge de la personne hospitalisée. La solution adoptée, classique dans les processus de division du travail, de recherche de rationalisation et d'efficacité, est refusée par certains justement parce qu'ils considèrent que l'ensemble prendra en charge ce type de préoccupation. Mais ceci demande alors une démarche de formation et de sensibilisation qui s'inscrit dans la durée et implique l'ensemble du personnel.

- La multiplication des interfaces

Il s'agit souvent de réunions dont la raison d'être immédiate est fonctionnelle. Mais leur portée est plus grande car elles permettent, à intervalles plus ou moins réguliers, aux uns et aux autres de rappeler les objectifs qu'ils poursuivent, et de susciter la discussion sinon l'adhésion des autres participants. Elles vont ainsi à l'encontre d'habitudes de repli sur soi de chacun des secteurs concernés et conduisent - sans doute faut-il compter avec le temps - à une reconnaissance mutuelle et à la possibilité d'envisager des actions concertées et non plus des "épreuves de force". Il en est ainsi de la "commission des menus", des actions d'évaluation de la qualité et du coût des repas.

Les diététiciennes sont amenées à jouer un rôle primordial dans le développement de la concertation et du travail d'équipe. Leur fonction, nous l'avons mentionné, les conduit à intervenir tout au long du processus, et elles assurent de fait un **suivi transversal de la fonction restauration**. Elles peuvent, de par leur insertion privilégiée dans les services de soins, faire prévaloir les objectifs des cuisines auprès des médecins, de la surveillante et de l'équipe soignante. Elles sensibilisent les personnels des cuisines et les responsables des affaires économiques aux aspects diététiques et à l'hygiène. Leur niveau de formation, BTS, leur permet d'emblée de se situer à un niveau de responsabilité face aux différents interlocuteurs. C'est sans doute aussi pour cette raison qu'elles ont pu occuper une position quelque peu stratégique, surtout lorsque les responsables des cuisines étaient faiblement qualifiés et n'étaient pas à même d'assumer l'ensemble de leurs attributions. Leur rôle de formateur est aussi important et leur permet de développer une approche commune aux différents services : formation des diététiciennes, de l'encadrement des cuisines, de l'ensemble du personnel des cuisines.

- Une intégration de la gestion dans la production

La mise en place des centres de responsabilité ainsi que de l'outil informatique a pour objet de déléguer aux cuisines une partie des tâches assurées

précédemment par les services économiques. Si les services économiques continuent, en accord avec le responsable des cuisines, à présenter le budget et à en assurer, *in fine*, le suivi, la gestion de ce budget revient aujourd'hui en grande partie au responsable des cuisines. Ce dernier connaît son budget et doit opérer dans ce cadre. Les services économiques interviennent périodiquement pour constater s'il y a ou non dérive par rapport au budget prévu. L'outil informatique, en permettant une gestion analytique, donne des outils supplémentaires au responsable des cuisines pour orienter ses achats, la gestion de ses stocks et, bientôt, connaître plus précisément le prix de revient du repas.

- La définition de la prestation

L'objet de la prestation "restauration" est d'offrir aux consommateurs un repas correspondant à leurs attentes, à leurs besoins diététiques et en tenant compte, d'une part du développement et de la réorientation des activités médicales de l'établissement et, de l'autre, des impératifs budgétaires et de gestion du personnel. Ceci suppose donc une négociation entre responsables des cuisines, des services économiques et des services de soins pour arrêter à un moment donné une prestation donnée. Ceci devrait faire l'objet d'un réexamen périodique car les besoins de l'hôpital changent. Les horaires de distribution des repas ne sont par exemple pas toujours bien adaptés à la population d'un service (diabétiques par exemple). Avec le développement de l'hôpital de jour, des bilans... on peut s'attendre à une exigence de plus grande flexibilité dans ce domaine. En même temps le responsable des cuisines peut réclamer une meilleure prise en charge, dans les services de soins, de la préparation (remise en température par exemple) et de la distribution des repas. En fait, apparaît la nécessité pour le responsable des cuisines d'analyser le développement de son service (impact de l'introduction de nouvelles technologies, gestion prévisionnelle des effectifs) et de concevoir la prestation qu'il sera capable de fournir en réponse au développement de l'hôpital et des orientations prises par l'équipe de direction. Placée au point de rencontre de logiques apparemment contradictoires (raccourcissement de la durée de séjour, baisse des effectifs des services généraux, budget relativement constant, mais aussi amélioration de la qualité de prise en charge hôtelière, diversification des menus...), la restauration ne peut se développer sans une volonté collective. Ceci requiert de chacun des responsables d'avoir défini clairement ses propres objectifs, ses impératifs, avant de négocier. Ceci suppose aussi que puissent éventuellement être remis en cause l'organisation du travail et le partage des compétences entre les services...

3. Etude et gestion de la production

L'approche économique de l'activité est indispensable et tend même à devenir prépondérante. Le contexte actuel d'encadrement budgétaire d'une activité hospitalière qui, au moins pour l'activité médicale, s'inscrit en même temps dans une logique de développement des performances médico-techniques entraînant des engagements de dépenses non négligeables, rend la maîtrise des coûts déterminante et préalable à toute réflexion prospective concernant l'existence et le devenir d'une fonction.

3.1. L'activité de la fonction restauration, conception et suivi

Si l'activité en amont de la production des repas - achats, gestion des stocks, comptabilité - avait déjà fait l'objet d'une rationalisation, l'activité de production, en fait celle des cuisines, était restée quelque peu à l'écart d'une approche de type analyse du travail. La gestion des cuisines étant souvent réputée difficile (personnel peu motivé, affecté de façon négative dans ces services,

cf. ci-dessus) a retardé le moment de rationaliser les différentes étapes de l'activité ; ce n'est que dans une période récente que les gestionnaires se sont préoccupés de développer la productivité de ces services.

3.1.1. Analyse, décomposition et formalisation de l'activité

La recherche de maîtrise des coûts suppose une connaissance approfondie des activités associées à la fonction restauration afin de pouvoir dégager les différents paramètres sur lesquels intervenir. La formalisation du circuit de production correspondant à cette fonction constitue une première approche permettant de situer les grandes étapes et les services qui les prennent en charge (cf. les paragraphes précédents). Mais on peut décomposer encore l'activité.

Il s'agit d'identifier l'objet à produire, à savoir le **repas**. Ce repas est composé d'un certain nombre de plats constituant le menu. La commission des menus qui regroupe le personnel d'encadrement des cuisines, des services de soins et un représentant des services économiques, a la charge de concevoir - à l'avance - les menus correspondant à une période déterminée.

Dans certains hôpitaux, cette commission des menus a engagé un important travail de conception et de formalisation.

Les différents plats habituellement proposés ont été décomposés en éléments constitutifs, faisant chacun l'objet d'une fiche portant indication du poids, du mode de cuisson, du temps de cuisson, de l'accompagnement nécessaire... Ceci peut se traduire ensuite en d'autres fiches concernant :

- le temps/individu de préparation, de cuisson ;
- le volume de denrées nécessaires ;
- une fiche sortie stock ;
- une fiche renouvellement de stock ;
- une fiche conditionnement/assemblage du repas.

Lorsqu'on dispose de l'outil informatique, tout ceci est saisi ce qui permet :

- d'aboutir à une organisation en temps quasi réel de l'activité, en termes de préparation du travail et de gestion des stocks notamment ;
- de disposer d'un stock de plats et d'éléments offrant de multiples possibilités de combinaison (diversification), d'autre part d'enrichir le stock existant selon les mêmes possibilités.

Lorsque le consommateur choisit son menu, le choix est traduit en composants qui peuvent être comptabilisés et restitués en volume d'éléments-types à préparer d'une part, d'autre part en fiches-repas individu/service qui servent d'instructions aux agents de conditionnement des plateaux-repas.

C'est donc à partir de ces indications que sont établis les **plannings** des différentes équipes de préparation, production et conditionnement, et que s'effectue l'affectation des personnes aux postes de travail, ce qui suppose que les postes de travail aient été définis au préalable.

On assiste donc au cours de la période récente au passage d'une gestion courante, peu systématisée, à une organisation rationnelle de la production avec le développement d'une "fonction méthodes" qui a pour objet de concevoir et formaliser l'activité (produit et modes opératoires). Mais ceci ne semble

pas se matérialiser en une division du travail de type traditionnel où l'on dissocie la conception du travail de la production. Il semblerait au contraire qu'on assiste, et ce de façon plus ou moins avancée selon la taille et le type d'établissement, à un certain partage, sinon transfert de compétences entre les différents services concernés par la gestion de cette fonction :

- la conception, la formalisation du produit et des gammes opératoires sont menées de façon "collégiale" et c'est par exemple la fonction de la commission des menus. Au lieu d'une rupture entre conception et exécution, on assiste au contraire à une volonté d'intégration de ces fonctions afin que la conception et la formalisation soient l'affaire de ceux qui assurent l'encadrement, la gestion de la production et la distribution ;

- l'organisation, la planification du travail, la gestion des moyens (équipements, matières premières et personnes) sont du ressort du responsable des cuisines qui voit ses responsabilités s'étendre, les services économiques continuant à assurer un suivi de la réalisation du budget.

3.1.2. Evaluation de la prestation

Il s'agit d'évaluer aussi bien les coûts de production de la prestation et les écarts éventuels par rapport au budget prévisionnel que la qualité de cette prestation par rapport aux objectifs que s'étaient assignés aussi bien les responsables de cette fonction que ceux de l'établissement.

- Les coûts

L'objectif que se fixent actuellement un certain nombre d'hôpitaux est d'affiner les informations dont ils disposent pour pouvoir établir un prix de revient par repas.

La possibilité qu'offre l'informatique de fournir un certain nombre de données différenciées devrait permettre d'avancer considérablement dans cette voie. Une fiche menu/malade permet de cerner avec une plus grande précision le nombre de repas à produire pour un moment donné et d'éviter ainsi des écarts coûteux entre production et besoins réels. Les fiches par éléments permettent de définir les moyennes de consommation par plats et d'identifier ceux qui ont le plus de succès. L'existence de fiches matières premières devrait permettre de calculer de façon assez précise "le coût matière première". La définition de gammes opératoires devrait également permettre de chiffrer le coût en énergie et en personnel. Le responsable des cuisines peut à tout moment connaître l'état des dépenses (achats/stocks) et les écarts par rapport au budget initialement prévu.

- La qualité

Longtemps dédaignée, la recherche de qualité devient aujourd'hui un enjeu important. D'une part, l'introduction de techniques de rationalisation utilisées dans l'industrie a sensibilisé les responsables à l'aspect qualité (contrôle hygiène, diététique, soit la conformité à des normes imposées...), d'autre part, la volonté, encore timide il est vrai, d'offrir une prestation restauration de qualité capable :

- de soutenir la comparaison avec les établissements environnants ;

- d'attirer, comme un des éléments du choix (avec la prestation médicale et médico-technique), la clientèle.

Ceci conduit le responsable des cuisines, avec les surveillantes, la diététicienne et les services économiques, à mener des enquêtes de satisfaction auprès de la clientèle, de dresser, grâce à l'informatique et aux choix fiches-plats, enregistrés, une sorte de cote de popularité des plats et d'en tenir compte dans l'élaboration des menus à venir. L'objectif étant d'arriver à dégager une fourchette rapport qualité/prix dans laquelle se situer.

Les changements, cette intégration d'une démarche d'études et de gestion, impliquent aussi que soient offertes aux différents responsables et à l'encadrement intermédiaire des actions de formation appropriées, pour leur donner la possibilité de se doter de nouveaux outils, de s'approprier des savoirs et savoir-faire relevant de domaines extérieurs aux métiers traditionnels de "cuisinier".

3.2. Nouvelles orientations

L'étude des coûts engendrés par l'activité restauration permet aux responsables de s'interroger sur la rentabilité de cette fonction et de décider en connaissance de cause des choix qui s'imposent au niveau de l'établissement, en tenant compte des autres arbitrages en cours. Pour faire bref, deux orientations peuvent se dessiner : faire avec l'existant en se fixant une amélioration de la productivité ou bien sous-traiter.

3.2.1. Faire évoluer l'existant

Il s'agit donc d'assurer la fonction restauration avec le personnel en place, en jouant sur les équipements, les procédés de fabrication, les procédures de rationalisation, les matières, pour améliorer la prestation.

- Les procédés de production

Les nouveaux procédés de production ont en commun de permettre de dissocier la fabrication de la distribution et d'offrir ainsi la possibilité d'accroître la productivité.

En liaison froide, les aliments sont cuisinés, refroidis en cellule de refroidissement puis stockés en chambre froide. Dans ce cas, seul le conditionnement, fractionnement des aliments stockés en plateaux repas, doit intervenir quelques heures avant le repas. L'avantage de ce procédé est donc :

- de réduire les plages horaires des équipes de cuisines ;
- de libérer le personnel le samedi et le dimanche, excepté l'équipe de conditionnement (et de distribution) ;
- de se prêter à une meilleure organisation du travail. La production est définie à l'avance, moins aléatoire, la division du travail entre équipes de préparation, de cuisson, mieux planifiée. Ce qui permet d'ailleurs de mieux utiliser le temps/personne et de proposer au personnel une diversification des tâches en le faisant tourner entre les tâches de préparation ou conditionnement et de distribution au self du personnel par exemple.

La mise en place de ce procédé entraîne aussi des modifications, non seulement dans les cuisines mais aussi dans d'autres services. Dans les cuisines, outre l'achat de nouveaux équipements (cellule de refroidissement, chaîne de conditionnement), il faut pouvoir disposer de l'espace suffisant pour permettre à l'équipe de conditionnement d'opérer, d'autre part, de l'espace nécessaire aux chambres froides et aux chariots pour la distribution.

Le procédé de cuisson-vapeur offre le même avantage de dissociation de la fabrication d'avec la distribution. Il permet en outre un stockage de plus longue durée et déjà individualisé, ce qui diminue les contraintes de conditionnement liées au procédé précédent. Il permet d'entrevoir une plus grande flexibilité dans la distribution des repas, puisqu'il ne resterait à assurer que la remise en température et l'assemblage (4), qui pourraient, dans ce cas, incomber à un autre personnel que celui relevant directement du service cuisine. L'activité des cuisines se concentrerait dans ce cas sur la production (5) et, en amont, la conception et la diversification des produits.

- La rationalisation des modes opératoires

On se reportera aux paragraphes précédents.

- Gestion courante resserrée et gestion prévisionnelle du personnel

La recherche de productivité passe aussi par une affectation plus rationnelle du personnel et une meilleure utilisation du nombre et de la compétence. On l'a vu, les fiches techniques ont conduit souvent à redéfinir les postes de travail et à les réorganiser. Mais les responsables des cuisines sont encore trop souvent confrontés à un absentéisme important. La lutte contre l'absentéisme se mène de différentes façons :

- **le recours à la formation** ; il s'agit d'une formation, en cours d'activité, d'adaptation à l'emploi mais qui vise en même temps à favoriser une motivation des différents types de personnel, leur mobilité à l'intérieur du service ou de la fonction, et à développer une "polyvalence collective" permettant aussi au service dans son ensemble de s'adapter aux besoins de production ;

- **la promotion** ; elle est possible par les concours internes, ou à la suite de formations débouchant sur des diplômes permettant d'accéder à un grade supérieur. La promotion interne est fréquente, mais on peut se demander si des ruptures ne vont pas intervenir. D'une part, on tend à ne plus recruter que du personnel possédant déjà une formation de niveau CAP pour les ouvriers, et par ailleurs les nouvelles compétences à mettre en oeuvre par le personnel d'encadrement conduisent à favoriser les recrutements externes de personnes ayant un profil de gestionnaire autant, si ce n'est plus, qu'une expérience d'un métier traditionnel de la restauration (cuisinier, boucher,...).

- Amélioration des conditions de travail

Le choix de nouveaux procédés de fabrication, on l'a vu, permet d'offrir au personnel des plages horaires plus compatibles avec la vie sociale. Si les nuisances telles l'humidité, le froid ou la chaleur ne peuvent être complètement éliminées, le développement d'une organisation du travail par rotation de poste et de lieu de travail (cuisine/self...) constitue un effort pour lutter contre la monotonie.

- Les achats

Ils peuvent constituer une des principales sources d'économie. Le responsable de cuisine tend à partager de plus en plus la responsabilité des

(4) On peut imaginer le stockage de certains plats dans les services de soins ou médicaux (notamment pour hôpital de jour ; journées-bilan...) qui permettrait une souplesse horaire pour la restauration des personnes, en fonction du déroulement des traitements et investigations.

(5) Si elle n'est pas sous-traitée, sinon il lui reviendrait de gérer les stocks.

achats avec les services économiques. Pour les responsables issus du rang, une formation à cette fonction est indispensable pour maîtriser tous les paramètres sur lesquels ils peuvent intervenir : définition des matières à acheter (qualité/coût, par exemple produits frais, surgelé précuit), modalités d'achats, choix des fournisseurs, réception et contrôle. Les fiches techniques et les fiches de stocks permettent de mieux connaître les rotations de stocks et de définir la périodicité d'achats pertinente. L'accès, pour le responsable des cuisines, à ces différentes informations qui tendent à être disponibles en temps réel grâce à la diffusion de l'outil informatique, lui permet d'avoir une gestion plus rigoureuse et plus efficace, en concertation avec les services économiques.

3.2.2. La sous-traitance

Compte tenu de l'évolution du secteur agro-alimentaire d'une part, du développement des sociétés de restauration d'autre part, se dessinent les scénarios suivants :

- La sous-traitance de la fonction

Dans ce cas, deux options peuvent être prises :

- sous-traitance d'ensemble à un organisme extérieur qui fournit les repas à l'hôpital, l'établissement est alors déchargé de la gestion du personnel, des locaux, des équipements de production et n'a plus qu'à gérer les contrats et à assurer un contrôle qualité/coût de la prestation ;

- sous-traitance à un organisme extérieur de la production de la restauration en lui offrant l'usage de la cuisine de l'hôpital. Dans ce cas, une partie du personnel hospitalier déjà en place peut aussi être mis à la disposition de cet organisme ; l'hôpital ne se dessaisit pas complètement de la gestion de la fonction et doit toujours comme ci-dessus assurer le suivi du contrat.

- La sous-traitance d'une partie de la fabrication

Le secteur agro-alimentaire offre aujourd'hui des produits élaborés ou semi-élaborés qui viennent bouleverser les processus classiques de fabrication des repas :

- dans le domaine de la boucherie, les viandes sont désormais disponibles déjà découpées, préparées, pré-piécées. Le recours à ce type de produit remet en cause la présence des bouchers ;

- les légumes sont présentés épluchés et pré-cuits. Cette présentation permet de supprimer les phases d'épluchage, voire de cuisson. Ceci remet en cause la présence d'une main-d'oeuvre peu qualifiée et permet par ailleurs des économies d'énergie. Le processus de fabrication des repas, préparation-cuisson, se déplace vers un processus d'assemblage (6).

- La vaisselle jetable

Son coût est encore élevé semble-t-il, mais elle est de plus en plus utilisée, soit en remplacement complet de la vaisselle traditionnelle, soit en complément, par exemple usage de conditionnement jetable pour les crudités et

(6) En tout état de cause, il serait utile de disposer d'une étude sur l'ampleur de ce phénomène, sur les fonctions sous-traitées, sur les raisons du recours à la sous-traitance (raisons économiques, problèmes d'équipements, de qualification du personnel).

les desserts. Le recours à la vaisselle jetable permet de supprimer une maintenance importante : tri de la vaisselle, alimentation des machines à laver, rangement de la vaisselle, et permet donc de libérer des effectifs de personnel peu ou pas qualifié.

3.2.3. La valorisation d'un savoir-faire, d'un "métier"

Quelques établissements qui ont rénové, amélioré leur prestation "restauration" ont voulu rentabiliser le choix effectué (garder la fonction). Les efforts consentis en formation, équipements, modification de l'organisation du travail leur ont permis d'être capables d'offrir au consommateur une restauration de qualité. Conscients d'avoir acquis un savoir-faire, un "métier" au même titre que les soins, ils ont proposé leur prestation à des structures extérieures. On assiste ici à un changement dans le comportement des gestionnaires qui ne se contentent plus d'assurer et reproduire une fonction, mais cherchent à promouvoir leur savoir-faire, à optimiser leur capacité productive et à s'assurer des revenus permettant d'investir dans des secteurs à développer ou, à défaut, de pouvoir maintenir sans perte le personnel en place.

* *
*

En définitive, le choix de sous-traiter ou d'améliorer et éventuellement "rentabiliser" la fonction restauration est un choix qui relève de la politique de l'équipe de direction. Il serait vain de croire que la logique de reproduction de la structure existante, voire la logique du développement rentable du service cuisine, pourrait seule rendre compte des situations existantes et de celles qui vont se développer.

Le choix de développer cette fonction au sein de l'établissement pour atteindre une prestation de qualité renvoie souvent à une attitude culturelle non explicite : on accepte de sous-traiter la fonction linge mais moins facilement celle de la restauration. *"On peut concevoir que le linge soit lavé à l'extérieur puis livré à l'hôpital, on ne peut pas concevoir que les repas soient préparés à l'extérieur et livrés à l'hôpital, c'est plus difficile (...), cela choque plus que la blanchisserie mais dans l'absolu on peut se demander pourquoi"* (7). La cuisine, la nourriture renvoient au quotidien de chacun ; le repas reste un temps fort aussi bien pour le personnel que pour les malades. La qualité de la prestation a un impact immédiat. Ceci peut expliquer les réticences à déléguer, à sous-traiter une fonction dont on veut "maîtriser" le résultat. Mais la position, par rapport au maintien de cette fonction, repose sur des arbitrages plus complexes et plus difficiles. Le problème auquel se trouvent confrontés les responsables hospitaliers est celui du maintien de l'emploi, du redéploiement ou du licenciement. Les décisions à prendre relèvent donc de la politique sociale qu'entendent mener les responsables autant que de la position qu'ils veulent occuper dans l'ensemble de l'offre de soins environnante ainsi que de l'image de marque qu'ils veulent promouvoir.

(7) Interview d'un responsable des affaires économiques.

SECTION II

BILAN ET PERSPECTIVES

L'objet de cette fonction est d'offrir une restauration de qualité satisfaisant aux besoins et aux attentes des consommateurs, malades et personnel de l'établissement, dans le cadre des impératifs budgétaires.

Nous nous proposons de dresser ici le constat des changements, des mutations qui affectent la fonction restauration, et d'examiner leurs effets sur l'emploi et la formation.

1. Les tendances de l'évolution

L'évolution des cuisines et, de façon plus générale, de la fonction restauration n'est pas homogène selon les établissements. Les modifications qui sont intervenues s'expliquent par le passé de l'établissement, son environnement et les choix des équipes de direction. Néanmoins, il est possible d'identifier trois tendances d'évolution qui, dans un modèle explicatif, se combinent et interagissent en induisant un changement dans la nature même du travail, modifiant par là les compétences mises traditionnellement en oeuvre, la structure de qualification et interrogeant les modes de gestion du personnel appliqués jusqu'ici. Les trois tendances d'évolution peuvent se caractériser comme suit :

- **Les modifications technologiques et industrielles :**
 - la mise en place de l'outil informatique ;
 - les nouveaux procédés de cuisson ;
 - l'essor des prestations du secteur agro-alimentaire et la pression qu'il exerce sur le marché hospitalier.
- **Le développement de l'approche économique de la production :**
 - rationalisation ;
 - recherche de productivité ;
 - phénomène de sous-traitance ;
 - maîtrise des coûts de production correspondant à la fonction.
- **L'intégration des fonctions :**
 - collaboration d'intervenants appartenant à des secteurs d'activité différents ;
 - intégration de l'économie, de la gestion à un "métier" traditionnel ;
 - développement d'une fonction restauration qui traverse l'hôpital en dépassant les clivages entre secteurs.

Ayant décrit ces points de façon plus détaillée précédemment, nous voulons dans cette section essayer de montrer les modifications à prévoir concernant le travail et les qualifications des personnels participant de cette fonction.

2. Les effets sur l'emploi

2.1. Changement de la nature du travail

Le développement des trois tendances dégagées ci-dessus affecte le travail, non seulement dans les modalités d'exécution (organisation du travail, partage de travail) mais dans sa nature même.

D'un travail avant tout de production, on passe à un travail d'assemblage, de présentation, de mise à disposition. Si le recours aux prestations du secteur agro-alimentaire se généralise, la part de l'activité productive va tendre à disparaître dans les hôpitaux au profit d'une activité de composition des plateaux-repas (assemblage) et du développement d'une activité de présentation des produits qui renvoie aux activités du commerce (vente-distribution) et de la prestation de service.

D'un travail de production, immédiat, tangible, on passe à un travail de traitement de l'information, médiatisé et abstrait. Il s'introduit ici une distance vis-à-vis de la production. Il ne s'agit plus de transformer des matières premières mais de traiter leur production, de la gérer, de l'effectuer à partir d'informations entrées et obtenues à partir de l'outil informatique, et ce à tous les niveaux, depuis la confection du plateau-repas (fiche instruction plateau) jusqu'à la gestion des stocks ou du budget. L'apparition d'outils permettant de traiter les informations en temps réel accentue ce phénomène en le diffusant.

D'un travail plus ou moins défini on passe à un travail conceptualisé, formalisé qui devient objet d'analyse et entre dans un mouvement de redéfinition et de réorientation permanentes. Il ne s'agit plus seulement d'analyser les modalités de production du "travail à fournir" (modes opératoires par exemple), mais au-delà d'une recherche de maîtrise, essentiellement, des coûts avec la définition d'indicateurs de plus en plus fins, d'analyser et de s'interroger sur l'objet de ce travail (place de cette fonction dans l'économie du système d'ensemble, choix de sous-traiter...)

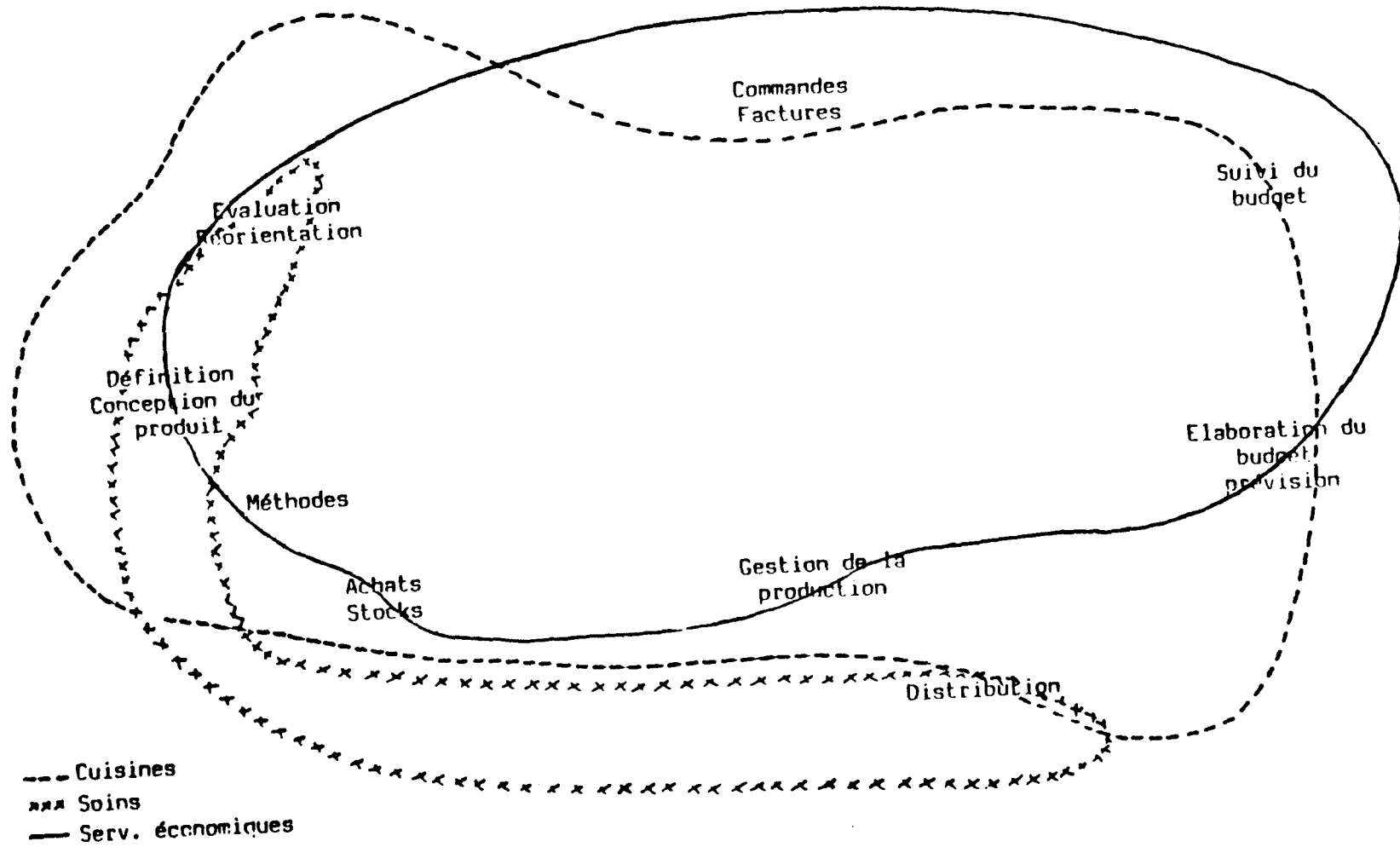
2.2. Déplacement des compétences

On peut en conséquence prévoir un déplacement, une modification des compétences, d'une part à tous les niveaux de qualification du personnel de cuisine, d'autre part, entre le personnel de cuisine et le personnel appartenant à d'autres services de l'hôpital.

- Entre les services de l'hôpital

Il se dessine une tendance à un nouveau partage des attributions entre les services économiques et l'encadrement des cuisines. La mise en place, pour la comptabilité analytique, de centres de responsabilité, le poids de l'approche économique et la possibilité offerte par l'informatique en temps réel conduisent les responsables de cuisines à prendre en charge, en partie, l'analyse économique de l'activité par exemple. Ceci remet en cause la césure entre ces services. Il n'y a pas rupture mais au contraire partage et travail en commun, selon les cas. Ceci est à mettre en lien avec une fonction qui est en évolution, en redéfinition dans un hôpital lui-même en évolution. Les compétences à mettre en oeuvre ne sont pas formalisées, le domaine d'intervention des uns et des autres est aussi en fonction de leurs capacités à investir de nouvelles démarches, de nouveaux domaines de savoirs.

Schéma 14
Interpénétration des services



La définition de la prestation et les modalités de sa réalisation sont élaborées par les représentants, personnel de l'encadrement ou encadrement intermédiaire, appartenant aux services économiques, aux cuisines, aux services de soins. Ceci témoigne de l'intégration de cette fonction dans et par les services de l'hôpital et d'une nécessité de prise de décision concertée pour que cette intégration puisse être effective.

- Dans les services cuisines

Les activités d'épluchage et de préparation vont être supprimées. Les produits offerts par l'agro-alimentaire sont déjà prêts à l'emploi. En même temps, l'usage de la vaisselle jetable limite les travaux de nettoyage et de manutention. En conséquence, il faut s'attendre à une disparition - progressive ? - des emplois non qualifiés.

Le conditionnement et l'assemblage ne réclament pas de savoir-faire relevant de la cuisine mais des savoir-faire empruntés aux techniques commerciales, techniques de présentation des plats : couleur, forme, volume, éléments de décoration.

Cette nouvelle dimension a son importance car le personnel affecté au conditionnement, outre une production rapide à assurer, participe aussi, au-delà de la nécessaire production du repas, à la définition de l'image de marque de l'hôpital, tout au moins en ce qui concerne sa prestation hôtelière, qui devient un enjeu dans une situation de concurrence.

La dissociation qui s'établit entre production et distribution, en même temps qu'elle permet un accroissement de la productivité, entraîne une flexibilité dans l'affectation du personnel : passage du conditionnement à la distribution des repas au restaurant du personnel par exemple.

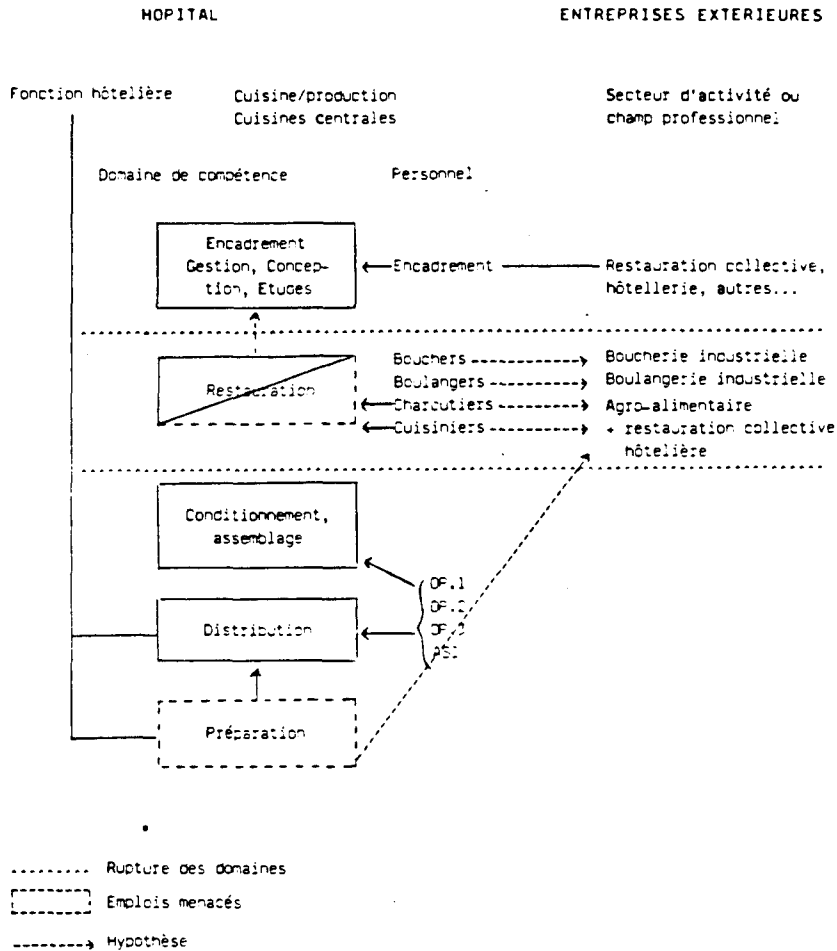
On peut prévoir, avec l'évolution des technologies, qu'il lui reviendrait (en concurrence avec d'autres personnels ?) de confectionner par assemblage et, après remise en température, de mettre à la disposition des usagers des services de soins et d'investigation, des plateaux-repas personnalisés au moment de la journée qui leur conviendra.

La mise en place de nouveaux procédés de production, liaison froide par exemple, rend la connaissance des règles d'hygiène alimentaire, longtemps négligée semble-t-il, indispensable. Elle devient l'affaire de tous, responsables des cuisines et diététiciennes qui assurent notamment la formation, personnel ouvrier qui doit respecter les règles et normes en usage. Tout ceci a des répercussions également sur les conditions de travail (température ambiante, vêtements de protection...).

La généralisation de l'offre de viandes pré-piécées remet en cause l'activité des bouchers. L'augmentation, d'une part, de la productivité des cuisines hospitalières, la possibilité, d'autre part, de créer des cuisines centrales assurant la production des plats cuisinés pour différents hôpitaux va conduire à limiter le nombre de cuisiniers, charcutiers. En conséquence, les métiers traditionnels des cuisines vont être de moins en moins nombreux.

Le personnel d'encadrement était traditionnellement promu en raison de son savoir-faire et de son expérience professionnelle (de cuisinier notamment). Son activité principale était d'assurer la gestion courante du service et la transmission d'un savoir et d'une expérience.

Schéma 15
Déplacement des compétences (1)



(1) On constate la remise en cause si ce n'est la disparition de compétences qui correspondaient à celle des emplois les plus représentés et constitutifs "de ce groupe professionnel".

Les différentes tendances qui traversent l'hôpital et la fonction restauration tendent à élargir les compétences de ce personnel à la définition de la prestation, à la formalisation des produits, des modes opératoires, des critères d'évaluation qualitatif et quantitatif, et aussi à la recherche de nouveaux produits et à l'animation et formation permanente de son personnel, voire de celui d'autres services participant, en amont et en aval, à la fonction. **Bref, au-delà ou à la place des compétences traditionnelles, on demande au personnel d'encadrement des compétences de gestion (prévisionnelle), voire de techniques de vente afin, non seulement d'assurer la prestation du service mais aussi de le promouvoir, de le valoriser et d'anticiper sur son évolution.**

La mise en application de nouveaux procédés de production notamment entraîne une extériorisation d'une partie du processus de production de la cuisine qui se déplace vers les services de soins qui assurent alors la remise en température et la distribution.

Il en résulte, dans certains cas, la création d'une "aide-hôtelière" qui joue un rôle d'interface entre les services. De toute façon, il y a toujours délégation aux services de soins de la phase aval de la fonction restauration et de la

relation avec le consommateur. Le souci du responsable de la fonction sera de s'assurer de la prise en charge de cette activité et de la formation suffisante du personnel qui joue un rôle d'interface entre les services.

Il faut noter la place stratégique qu'occupe la diététicienne qui intervient sur l'ensemble de la fonction restauration. Son niveau de formation, sa double vocation éducation nutritionnelle/conception et production des repas, en fait l'intermédiaire, l'interface privilégiée, et souvent devenue indispensable, entre les services de soins, les services cuisines et les services économiques (1).

2.3. Modification de la structure de qualification

Avec le déplacement des compétences, on assiste à un éclatement du domaine de référence. Le métier de cuisinier, et ceux qui gravitent autour, n'est plus la référence centrale. La structure de qualification, de promotion ne s'organise plus autour de ce pôle. Il y a un effritement de la progression linéaire qui s'établit à partir de l'expérience. Le personnel d'encadrement ne sera plus forcément issu de la fonction "cuisine" avec la formation qui l'accompagne, mais aura à animer une équipe de personnes ne partageant pas les mêmes savoir-faire. Ceci pose deux problèmes : tout d'abord, celui de la gestion d'un personnel dont l'identité ne repose plus sur un apprentissage et un devenir communs ; cela remet aussi en cause l'identité du personnel d'encadrement et son positionnement, d'une part par rapport à son personnel, de l'autre, par rapport aux différents secteurs de l'hôpital.

On peut s'attendre (2) à une élévation du niveau de formation de l'ensemble du personnel et un agencement de qualifications différentes. Ces personnels interviendront en même temps sans se substituer complètement les uns aux autres. Il s'agit d'un changement collectif de qualification avec le maintien de spécificité qui correspond au passage d'une production de repas (cuisine) à la prestation d'une fonction restauration, qui comprend la production, le service, la rentabilisation, la valorisation.

3. Le devenir des emplois, quel horizon ?

Les responsables du personnel des services économiques et des cuisines sont confrontés aujourd'hui essentiellement à deux problèmes. On leur demande, d'une part, de réduire les effectifs des services généraux dont les cuisines, de l'autre, d'augmenter la productivité de ces services, d'être aussi performants si ce n'est plus que la concurrence et en conséquence d'employer un personnel capable d'assurer ces mutations.

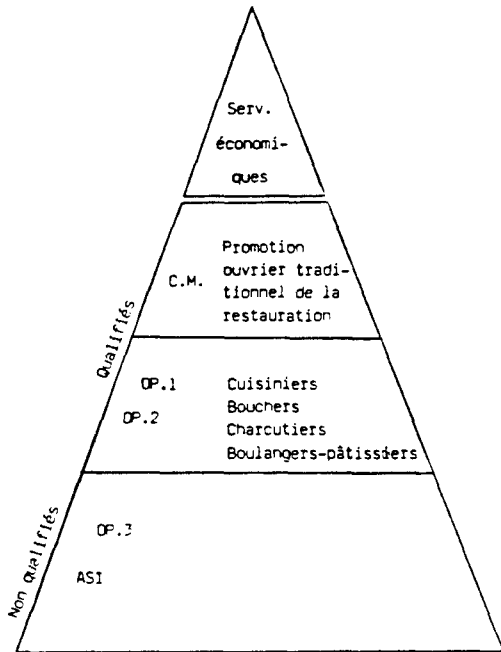
Les actions de restructuration menées dans certains hôpitaux (centralisation) ont permis de libérer des effectifs. On peut déplorer l'absence d'informations systématiques sur le devenir de ces personnes. Y a-t-il eu redéploiement et si oui vers quels services ? Sous réserves d'informations fiables, il semble que les redéploiements soient assez limités. En tout état de cause, on peut faire les hypothèses suivantes :

(1) Ce qui explique sans doute aussi la diversité des positions qu'elle occupe dans les différents organigrammes.

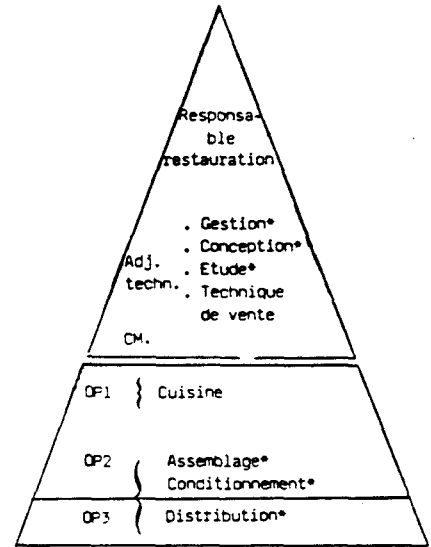
(2) Les délais sont fonction des choix de politique sociale, de formation, de sous-traitance...

Schéma 16
Répartition des qualifications

Activité traditionnelle : la cuisine



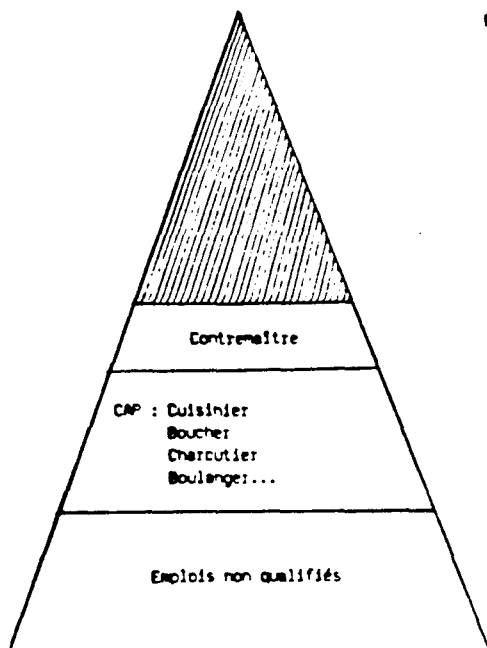
Fonction restauration



* Domaines d'activités en progression.

Schéma 17
Répartition des emplois par niveau de formation

Activité traditionnelle : la cuisine



 Absence

Fonction restauration

Niveau de formation

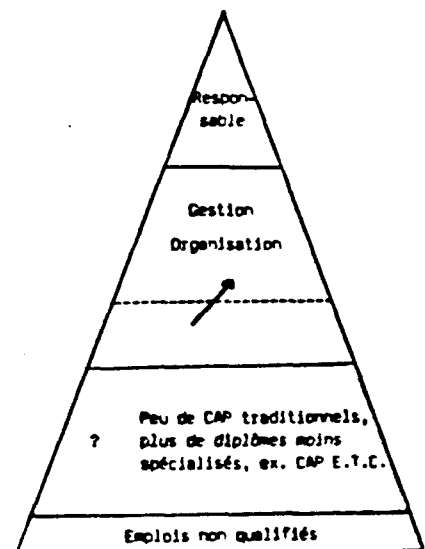
I - II

III

IV

V

VI



- le personnel non qualifié actuellement en service pourrait être redéployé vers les services de soins, les ASI et OP.3 pourraient occuper des postes d'ASH. Mais il faut souligner que les ASH sont eux aussi en diminution ;

- les personnels qualifiés : cuisiniers, bouchers, sont plus ou moins menacés selon les choix qui seront effectués en matière de mode de production. Leur redéploiement paraît d'ores et déjà problématique (3). A qualification égale, ils ne peuvent occuper un poste dans d'autres services qu'en se reconvertissant, c'est-à-dire en suivant une nouvelle formation professionnelle ;

- le personnel d'encadrement se recrute traditionnellement, par promotion, dans les rangs des ouvriers qualifiés. Il semble qu'on s'achemine vers une rupture de cette filière, ou tout au moins vers la coexistence de personnels de ce type, avec des personnels d'encadrement recrutés directement sur titres (diplômes de niveau III de gestion par exemple) ou ayant l'expérience du secteur privé, notamment celui de la restauration collective, et/ou l'apparition de personnels intermédiaires de niveau adjoints techniques formés eux aussi à des techniques de gestion.

4. La formation

4.1. Bilan des actions

Dans la plupart des hôpitaux, les actions de formation engagées ont eu d'abord pour objet de revaloriser la fonction des cuisines, de montrer la place centrale qu'elles occupent dans la fonction restauration, et l'impact de la qualité de leur prestation sur la performance hôtelière de l'établissement. Il s'est donc agi souvent, dans un premier temps, de redonner confiance en soi au personnel des cuisines, individuellement et collectivement. Ensuite de dispenser des formations d'adaptation à l'emploi. Et enfin de sensibiliser les autres intervenants (service de soins notamment) au développement et aux modifications de la fonction restauration et des circuits de production mis en place.

- La remise à niveau : la lecture des plans de formation fait apparaître la mise en place d'actions de formation destinées au personnel des cuisines, préalables à des actions de promotion. L'objet, souvent, est de redonner à ce personnel, qui a connu l'échec scolaire, les éléments de culture générale indispensables pour suivre des formations professionnelles. En même temps, l'objectif recherché est de faire prendre conscience à ce personnel qu'il peut entrer dans une dynamique de développement personnel et collectif d'acquisition de connaissances aussi bien que de formalisation de savoir-faire acquis avec l'expérience. Ce sont des formations intra-muros organisées par l'équipe de formation de l'établissement ou bien confiées à des organismes extérieurs.

- L'adaptation à l'emploi : la mise en service d'une nouvelle cuisine (ou de nouveaux équipements, de nouveaux procédés de fabrication) est bien souvent l'occasion de mise en place d'actions de formation qui ont pour objet de donner au personnel les connaissances nécessaires pour s'adapter, mais aussi d'engager une réflexion sur la fonction restauration, sur les circuits de production, et de redéfinir à cette occasion le rôle de chacun et sa place dans un circuit qui dépasse le service auquel il appartient. Il s'agit de faire percevoir les interdépendances entre les intervenants, à l'intérieur d'un service et entre les

(3) A moins que ne se développe une fonction hôtelière déconcentrée dans l'établissement. Mais le nombre des emplois serait de toute façon réduit.

services, et d'obtenir une adhésion, sinon une responsabilisation plus grande. Ces types d'actions de formation, de loin les plus nombreux, qui intègrent la formation au travail (aller et retour entre pratique et formation), s'adressent aussi souvent à un public large, toutes qualifications confondues et aussi, le cas échéant, en regroupant personnel des cuisines, personnel des services médicaux.

- **La promotion sociale** : Ces actions ont pour objet de permettre à une partie du personnel de passer des examens ou concours leur donnant accès à une qualification supérieure. Pour les cuisines, l'importance souvent (cf. ci-dessus) du personnel non qualifié, a conduit les responsables à entreprendre des actions destinées à promouvoir les ASI au grade d'OP3 et les OP3 au grade d'OP2. Les actions de formation débouchant sur un concours interne semblent plus nombreuses que celles débouchant sur l'obtention d'un CAP. On peut considérer que l'objet est avant tout d'obtenir une élévation collective de la qualification du personnel ouvrier des cuisines.

- Ces actions de formation ne peuvent à elles seules suffire à redorer le blason des cuisines et à leur permettre d'assurer efficacement leur rôle de soutien logistique en accompagnement des nouvelles orientations de l'hôpital. Le rôle de l'encadrement devient déterminant pour mener à bien les mutations nécessaires et se pose alors le problème de la qualification de cet encadrement. Traditionnellement issu de la promotion interne, l'encadrement agent-chef et contremaître ne dispose pas toujours d'une formation adaptée à l'évolution du poste. Il s'agit avant tout d'assurer la gestion d'une main-d'oeuvre qui, bien que globalement encore peu qualifiée, a tendance à voir son niveau de qualification s'élever. La recherche de productivité, d'amélioration de la qualité oblige à une gestion plus rigoureuse de la production. En même temps il devient nécessaire de négocier avec les services concernés en amont et en aval par la fonction restauration. Nous l'avons vu, les responsables de ces services ont un niveau de formation généralement supérieur à celui de l'encadrement des cuisines. Des actions de formation spécifiques sont donc mises en place pour ce personnel d'encadrement. Elles sont souvent organisées par des organismes extérieurs à l'hôpital et ont lieu extra-muros. Elles s'organisent essentiellement autour des thèmes suivants : achats et gestion des stocks, gestion du personnel, organisation du travail. Et aussi, parce que c'est un problème important, la lutte contre l'absence de motivation et l'absentéisme.

Le déplacement des compétences du personnel d'encadrement vers la gestion prévisionnelle, la conception, les études, la formalisation, entraîne la mise en place d'actions de formation destinées à un personnel qui pourrait prétendre au niveau d'adjoint technique à l'issue de la formation et qui aurait pour fonction de seconder le personnel d'encadrement.

4.2. Les problèmes à résoudre

Un certain nombre de problèmes restent posés, au-delà de ces actions entreprises. Les deux questions fondamentales auxquelles ont à répondre les responsables hospitaliers, sont, en radicalisant la problématique : **qui former et, question plus difficile, à quoi former ?**

Or, les choix qui vont s'opérer dans ce domaine seront nécessairement le reflet des négociations locales concernant les orientations prises quant au maintien ou non de la fonction restauration, de la place qu'on veut lui donner, ainsi que les choix de politiques sociales en matière de maintien de l'emploi. Les solutions envisagées reposeront sur une analyse de l'existant et ne pourront éviter de prendre en compte le facteur temps, c'est-à-dire d'envisager des solutions transitoires.

- Former le personnel en place

On peut prévoir la poursuite des actions décrites dans le paragraphe 4.1 et ayant pour objectif de diminuer le poids des emplois non qualifiés. Mais il convient alors de **rompre avec les habitudes** qui consistent à former le personnel à des métiers traditionnels des cuisines : cuisiniers, charcutiers... Ces emplois sont aujourd'hui menacés, et former les personnels non qualifiés à ces métiers reviendrait à déplacer le problème de leur redéploiement et/ou de leur mobilité. Par ailleurs, les former à **l'assemblage, la présentation, la distribution, demande**, si l'on veut valider cette formation par une promotion professionnelle, de **modifier la teneur des examens professionnels**.

En ce qui concerne les **ouvriers qualifiés** le problème de l'emploi, de la formation est, plus qu'ailleurs, dépendant des arbitrages locaux. Il ne faudrait pas écarter la possibilité d'actions de formation/ reconversion en fonction des aspirations individuelles. Des mesures d'accompagnement, à savoir des actions d'information et d'orientation, seraient sans doute utiles.

Pour le personnel d'encadrement, les actions décrites au paragraphe 4.1 seront poursuivies. Des actions de formation destinées à préparer ces personnels aux mutations en cours, et notamment au fait qu'ils auront à animer un ensemble de personnels se réclamant de domaines de compétences, de savoirs et de savoir-faire hétérogènes, seraient à envisager.

- Former des personnels recrutés à l'extérieur

Les responsables du personnel peuvent également choisir de s'adapter aux changements en jouant sur de nouveaux modes de recrutement, plus sélectifs et correspondant à une politique déterminée. On peut envisager deux orientations :

- **recruter, notamment aux niveaux V et VI, des personnels peu ou pas formés, et leur offrir sur place une formation assurée par le personnel hospitalier, en fonction des choix définis localement.** Cette démarche s'inscrit dans la recherche d'un personnel malléable, flexible, en acceptant de différer dans le temps le moment de son opérationnalité. Dans la même démarche s'inscrivent les recrutements préférentiels de personnels titulaires de diplômes de niveau V, mais dont le champ professionnel reste large, par exemple les CAP d'employés techniques de collectivités ;

- **prendre sur le marché du travail, ici plutôt aux niveaux IV et III, des personnels formés, mais porteurs de projets propres aux "domaines professionnels" d'origine et qu'il faudra former aux problèmes de gestion et d'organisation hospitalières et dont la gestion des carrières peut s'avérer à terme difficile, même s'ils permettent d'accompagner efficacement les mutations en cours.**

CHAPITRE III

LA FONCTION LINGE

SECTION I

ANALYSE DE L'ACTIVITE

1. Le système de production

L'activité de blanchisserie fait partie d'une fonction plus générale qui consiste à mettre à la disposition des différents services de l'hôpital du linge adapté aux besoins, en quantité et en qualité ; sa finalité est de produire et de distribuer du linge propre et en bon état. A cette activité, plusieurs notions peuvent être associées :

- la continuité du processus et la régularité des prestations à assurer ;
- des règles particulières concernant l'hygiène hospitalière et les opérations de désinfection ;
- l'industrialisation de la production - réalisée ou en cours - comme principe fondateur des rénovations partielles ou totales du processus technique et de son organisation.

L'atelier de blanchisserie peut être localisé dans l'hôpital ou situé à l'extérieur. Il peut être distant des services de soins de plusieurs kilomètres. Ceux-ci et l'ensemble des services utilisateurs peuvent être regroupés dans un même bâtiment ou dispersés entre divers établissements, éloignés les uns des autres. L'atelier peut assurer le service linge pour plusieurs hôpitaux (blanchisserie inter-hospitalière).

Les produits traités par la blanchisserie appartiennent à des catégories variées suivant leur usage et leurs destinataires (hôtellerie, soins, linge du personnel, linge des hospitalisés). On note, à leur propos, deux évolutions : les changements dans la nature des textiles, ainsi l'emploi du polyester-coton depuis 1975 a une incidence sur la relation tonnage/qualité des pièces ; les changements dans les pratiques avec l'extension du produit à usage unique.

Le système technique comprend :

- les installations de base, la distribution des fluides (eau, vapeur, énergie) et la manutention automatisée ;
- les machines ;
- le parc de camions pour les transport.

- La blanchisserie dans l'économie générale

Le secteur d'activité de la blanchisserie a un chiffre d'affaires de 6,2 milliards de francs (1).

Il comprend des entreprises de taille variable, traitant de 500 à 22 000 kilos de linge par jour. La plus importante produit 50 tonnes par jour.

Plusieurs types d'entreprises existent :

- les laveries automatiques qui mettent des machines à la disposition de la clientèle. Poids du linge par an : 2 257 000 tonnes ;

- les blanchisseries de fin, de moins en moins nombreuses ;

- les blanchisseries industrielles et les entreprises de location de linge traitent environ de 500 à 600 000 tonnes de linge par an pour les hôtels, collectivités ou pour les particuliers (linge en dépôt). Les premières sont au nombre de 330, les secondes (110 entreprises) assurent en plus du lavage et repassage toutes les opérations associées à la fonction linge : achats, tenue de stocks, réparation ;

- les blanchisseries de collectivités, intégrées ou non. Elles sont 30 000 travaillant pour des cliniques, hôtels, restaurants, communautés, prisons et fournissent de 700 à 800 000 tonnes de linge par an ;

- les blanchisseries hospitalières intra ou inter établissements qui produisent 800 à 950 000 tonnes de linge par an.

Leur capacité de production individuelle oscille entre 300 et 350 000 kilos par jour. Les quatre blanchisseries de l'Assistance publique de Paris fournissent 110 tonnes de linge par jour.

Enfin, dans les ménages, 8 200 000 tonnes de linge sont lavées annuellement.

1.1. Le processus de production

Le processus de production de la blanchisserie représente une sorte de "chaîne sans fin" qui va du ramassage du linge sale à la distribution du linge propre.

Les différentes opérations à réaliser peuvent s'ordonner selon le modèle figuré dans le schéma 18, qui vaut aussi, à quelques différences près, pour le nettoyage à sec.

- Tri du linge

Un premier tri est effectué par le personnel des services de soins. Ceux-ci mettent les draps, les alèzes, puis le petit linge dans plusieurs types de sacs.

(1) Ces données relatives à 1985 ont été recueillies auprès du directeur de l'Association de formation dans le nettoyage à sec et dans la blanchisserie et extraites de "Blanchisseuse, laveuse, repasseuse, la femme, le linge et l'eau", Catalogue de l'Economie de Fresnes, F. Wasserman, C. Voissenat, Impression LD, 1986.

Les véhicules servant au transport ne sont pas les mêmes selon le circuit : ceux qui acheminent le linge sale sont désinfectés après le transport.

- Pesage

Le linge sale arrivant à la blanchisserie est pesé à l'aide d'un système de manutention automatisée. Suivant leur couleur, les sacs sont ensuite orientés vers des lieux différents où ils sont mis en réserve avant lavage.

- Contrôle et tri du linge avant lavage

Le linge défile sur une chaîne et on retire tous les objets qui peuvent avoir été oubliés.

Le linge est introduit dans différents containers qui alimenteront les machines à laver. Il est trié en fonction :

- de la composition des fibres ;
- du degré de salissure ;
- de la température de lavage ;
- du type d'agents souillants ;
- de la performance des machines (anciens/nouveaux modèles...).

- Le lavage et l'essorage

Le linge est introduit dans les machines à laver ou dans un tunnel de lavage (3). On choisit le mode de lavage : préparation des cartes de programmation, démarrage des machines, arrêt, suivi des cycles.

- Tri du linge (encore mouillé) par catégorie.

Il s'agit du petit linge à l'exception des draps.

- Séchage et repassage

Le linge plat.

Le grand plat : les draps sont repassés et pliés de façon automatique dans une machine - une calendreuse - qui peut absorber mille deux cents draps à l'heure. Le travail consiste à introduire le linge et à le reprendre à la sortie (les draps sont repassés et pliés par paquets de dix). Les machines sont toutes dotées d'un compteur qui permet de mesurer la quantité de travail effectuée. La moyenne admise tourne autour de huit cents à neuf cents draps pour éviter une trop grande saturation des agents.

Le petit plat : les torchons, les serviettes sont séchés, repassés, mis en paquets de la même façon.

Le linge en forme

Les chemises, les pyjamas sont séchés et mis en forme par un ensemble de matériel (presses, mannequins, cabinets à blouses, tunnel de finition). Le

(3) Introduction manuelle ou automatisée suivant le type de machine, classique ou tunnel. A titre d'exemple, la machine à laver peut avoir pour contenance 125 kilos. Un tunnel peut laver en continu 900 kilos de linge à l'heure. Le linge sort à moitié sec.

travail consiste en deux types d'opération, le repassage, le pliage. Le poste de travail est défini par le nombre de pièces "à faire", pendant une heure. Certains postes sont plus pénibles que d'autres (la mise en forme par la vapeur). D'où le principe de la rotation du personnel.

Certaines pièces de linge sont séchées, non repassées et pliées manuellement.

- **Désinfection des literies**
- **Réparation du linge abimé ou échange**

Il est effectué quotidiennement en blanchisserie un tri du linge ne correspondant plus aux normes d'utilisation. Suivant son état (usé, déchiré, taché, à réformer) le linge est envoyé :

- à l'atelier de lingerie qui assure la réparation du linge. Il peut aussi assurer la fabrication de matelas, housses, champs opératoires, dessus-de-lits... ainsi que la réfection de sellerie, garniture des sièges. C'est aussi le lieu du marquage du linge neuf ;

- au magasin des stocks qui met en circulation du linge neuf contre échange du linge réformé.

- **Les achats**

Cette activité s'organise autour de deux pôles :

- un pôle "études-définition du produit", recherche de fournisseurs ;
- un pôle "gestion administrative des achats" qui consiste à appliquer les normes et règles administratives en vigueur pour effectuer les achats, et suivre l'exécution du budget en évitant les dérapages.

- **Répartition et attribution du linge par service**

Ceci consiste, la plupart du temps, à remplir une armoire pour chacun des services. Les agents chargés de cette répartition disposent de fiches/service avec la liste du linge à attribuer. Cette "dotation" modifiable, quotidienne - afin d'éviter la constitution de stocks - contribue aussi à améliorer la qualité du soin (linge propre, changé tous les jours) et à développer une meilleure hygiène.

Suivant les établissements, les vêtements du personnel (médical et soignant) peuvent être gérés individuellement : la blanchisserie redonne à chaque personne, par service, sa blouse marquée à son nom ou collectivement : la blanchisserie veille seulement à ce que les tailles des blouses correspondent aux tailles des personnels.

- **Distribution du linge (en armoires)**

Le linge généralement conditionné en armoires est livré dans chaque service et réceptionné par un agent de celui-ci, aide-soignante le plus souvent. Lorsqu'elle existe, la réception du linge, ainsi que sa gestion dans le service, relève des attributions de l'aide-hôtelière.

1.2. Le système technique

La blanchisserie est un service de production qui fait appel à de nombreux équipements plus ou moins lourds : machines à laver, à sécher, à repasser. L'automatisation est de plus en plus importante et les blanchisseries ont tendance à s'équiper d'installations de plus en plus complexes : tunnel de lavage, tunnel de séchage, qui permettent de limiter les manipulations, de traiter des quantités plus grandes de linge et d'améliorer (souvent) les conditions de travail. Les machines sont équipées de micro-processeurs permettant de programmer les cycles de lavage, d'en contrôler le processus, d'être alerté en cas d'incidents ou de risques de pannes. Elles posent, en revanche, des problèmes en cas de pannes. Dans un processus continu tout arrêt d'une machine pose problème : arrêt de la production, retard de livraison du linge, coût des équipements à réparer ou à remplacer. Ceci donne donc toute son importance à la fonction entretien.

Le système technique comprend donc :

- les installations de chaufferie, distribution des fluides, manutention automatisée ;
- les équipements et matériels, l'ensemble mettant en oeuvre des technologies multiples

1.3. Les matériaux

Les textiles à traiter sont multiples. Il s'agit, d'une part du linge hôtelier (draps, serviettes de toilette, nappes, couvertures), des linges opératoires et des blouses des personnels, d'autre part du linge "en forme" à savoir le linge personnel des personnes hospitalisées.

L'ensemble représente des textiles aux compositions très variées impliquant des modalités de nettoyage spécifiques et qu'il faut respecter afin de ne pas détériorer les tissus.

Les produits utilisés concernent deux catégories d'opération :

- le lavage, blanchissage, détachage ;
- la désinfection.

Ils peuvent être classés en fonction de leur pouvoir, composition, caractéristiques de leurs adjuvants et possèdent des modes d'emploi spécifiques.

1.4. L'organisation du travail

On peut considérer l'ensemble du circuit du linge et on constate une division du travail par services, ou bien considérer de plus près l'unité de production assurant traditionnellement le traitement du linge, et on analyse la division du travail interne à la blanchisserie.

1.4.1. Une division du travail par services

- Les services économiques

Ils sont chargés de l'encadrement des services généraux parmi lesquels la blanchisserie. Ils assurent la gestion du budget, ou tout au moins son élaboration et la supervision du suivi, les achats de petits équipements et consommables ainsi que la gestion du personnel.

- La blanchisserie

Ce service assure la prestation de linge propre aux différents services consommateurs de linge de l'hôpital. Cette prestation tend à se normaliser de plus en plus : élaboration de dotation-type par services, "standardisation" des textiles et formes de linge, périodicité des livraisons. La limitation des stocks entraîne une interdépendance plus grande entre services consommateurs et blanchisserie, obligeant les uns et les autres à respecter le rythme et la qualité de la prestation.

- La distribution

Le personnel qui livre le linge propre et récupère le linge sale peut relever de la blanchisserie ou d'un service central de distribution. Dans les services soignants, le linge est réceptionné par le personnel soignant, le plus souvent un aide-soignant.

- Les services de soins

Ils définissent leur besoin en linge pour élaborer avec la blanchisserie une liste-type correspondant à leur dotation quotidienne. Il leur est de plus en plus demandé d'effectuer un premier tri du linge sale et de le classer dans des sacs différents selon des normes définies, en fonction du processus de transport et de désinfection-nettoyage qui doit suivre.

- La maintenance

La maintenance des équipements est assurée de manière différente selon les établissements :

- par des ouvriers du service blanchisserie qui sont affectés à cette activité. Pour remplir cette fonction ils peuvent avoir bénéficié de formations, de stages destinés à leur permettre d'acquérir les compétences nécessaires ; en l'occurrence, ils n'interviennent qu'en cas de problèmes simples ;

- par les agents des services techniques de l'établissement qui interviennent sur demande de la blanchisserie. Mais leur disponibilité, et peut-être leur intérêt pour les équipements de la blanchisserie, est variable. Il s'ensuit un délai de réponse parfois non négligeable entraînant une immobilisation des équipements et une perturbation de la production ;

- par des services extérieurs à l'hôpital dans le cadre de contrats de sous-traitance.

1.4.2. Une division du travail en blanchisserie

Pour schématiser on pourrait dire que la division du travail, au sein du service blanchisserie, s'opère en fonction de deux pôles :

- un pôle **technique** qui regroupe la conduite des installations de lavage et de nettoyage à sec, le dépannage et la maintenance des équipements ;

- un pôle "**manutention-exécution**" qui regroupe toutes les opérations de tri et d'alimentation des machines (à repasser, de distribution...).

L'affectation du personnel aux postes de travail pourrait correspondre aux "moments" du processus de production. Les tâches du "pôle technique" se-

raient accomplies par un personnel plutôt qualifié alors que celles du "pôle manutention-exécution" seraient réalisées par du personnel moins qualifié (cf. schéma 18). Les phases du processus concernant la programmation des machines, le dosage des produits lessiviels, la conduite et la surveillance des machines semblent requérir un minimum de connaissances. La crainte de pannes, et surtout de l'interruption ou limitation de la production qui en résulterait, consécutives à des erreurs de programmation ou de manipulations, conduisent à affecter préférentiellement à ces postes des titulaires d'un CAP ou des personnes ayant satisfait à un examen professionnel équivalent.

Cette distinction du personnel qui serait à mettre en relation avec le "technique" est à moduler en fonction d'un autre trait dominant, semble-t-il, de l'organisation du travail, à savoir la rotation. En règle générale, le personnel tourne. La périodicité de la rotation est variable, de pluri-quotidienne à mensuelle. Le personnel tourne sur l'ensemble du processus, ou plutôt à l'intérieur de plages correspondant aux pôles définis ci-dessus. On peut citer le cas d'une organisation où l'on choisit de garder une personne fixe à un poste, représentant un "pilier", une mémoire de l'organisation et du travail, autour de laquelle tournent les autres personnes. Cette rotation a pour objet, au dire des responsables, d'éviter la démobilisation entraînée par la répétitivité des tâches, et d'obtenir "une certaine polyvalence".

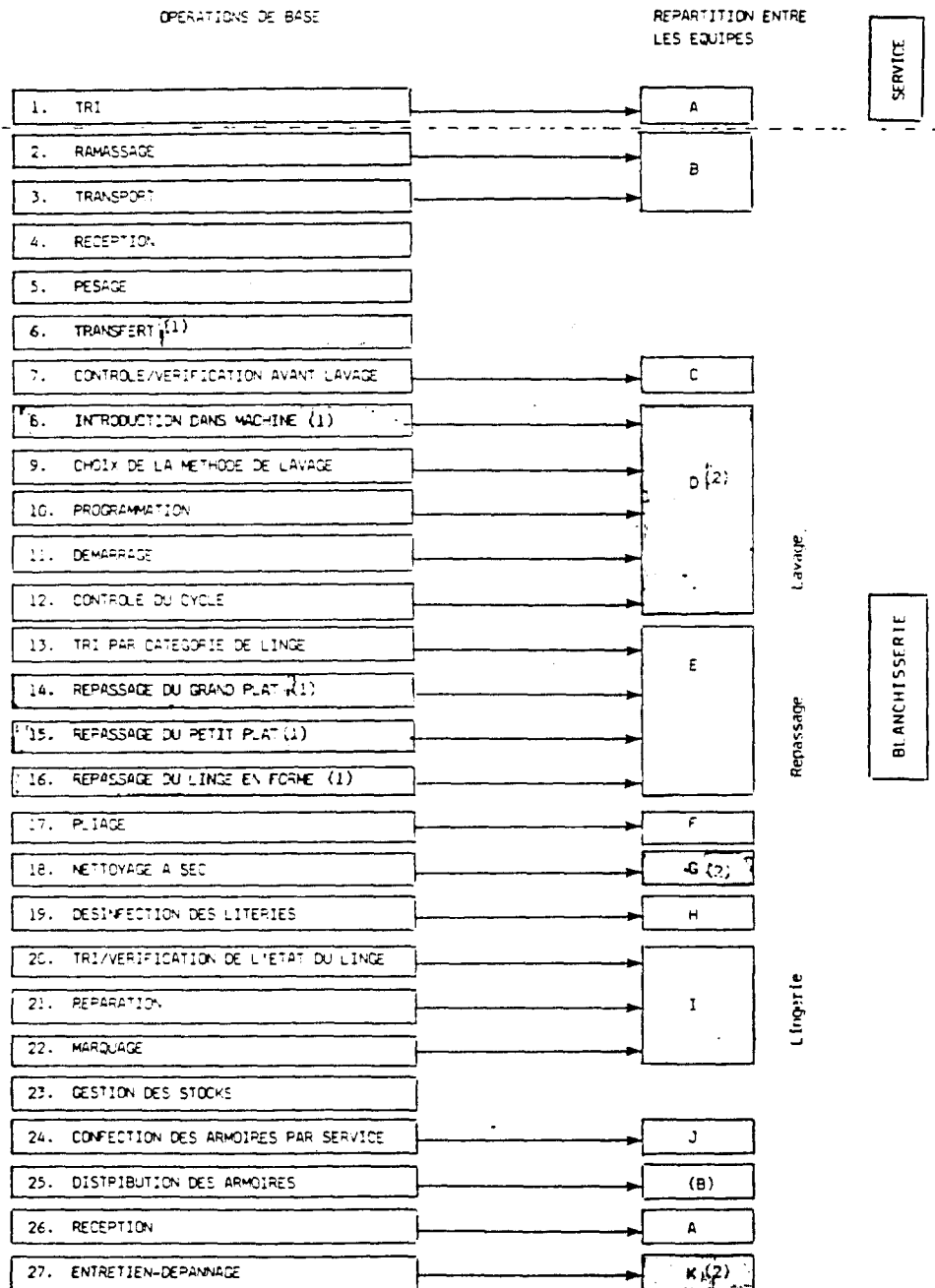
Répartition du travail entre les équipes (se reporter au schéma 19) :

- **A -** Les opérations 1 et 26, aux deux extrémités de la chaîne :
 - elles sont assurées, dans les services, par l'AS ou l'aide-hôtelière, (ou par d'autres agents) ;
 - elles ne représentent qu'une partie des activités de ceux-ci ;
 - la définition matérielle, en terme de tâches, et l'apparente banalité de celles-ci donnent une faible mesure de leur importance dans le fonctionnement du service, et de leurs incidences sur le cycle de production ; exemples de dysfonctionnement ;
 - retard dans la livraison du linge sale ;
 - non respect des règles concernant le tri du linge et des consignes relatives à l'hygiène ;
 - erreurs ou insuffisance des dotations...

La tendance à une gestion plus resserrée a conduit à ajuster plus précisément les prestations aux "besoins" des services. La lutte contre la constitution des stocks, le contrôle des achats et de la mise en circulation du linge... tendent à accroître l'interdépendance des fonctions et rendent plus déterminante la participation des individus, dans toutes les étapes du processus.

- **B -** Une même équipe assure les opérations 2, 3 et 25. Les horaires et les trajets sont pré-établis. Cette équipe peut être affectée au service de blanchisserie ou être rattachée au service central de distribution.
- **C -** Ce travail est attribué à une équipe à laquelle on laisse le soin de s'auto-organiser.
- **D -** Ce groupe d'opérations correspondant au lavage suppose des connaissances dans les domaines suivants :

Schéma 19
Organisation du travail



(1) Opération automatisée totalement ou partiellement suivant le type d'installation ou de machine.

(2) Groupes d'opérations techniques plus qualifiées.

- machines (fonctionnement et sécurité) ;
- textiles ;
- méthodes de lavage : eau, chaleur, produits, lavage, adjuvants, blanchiment (javel, eau oxygénée).

Cette partie de l'activité semble réservée aux hommes, ceux-ci doivent connaître l'ensemble des machines. "Ils tournent". Le contremaître assure l'assistance technique de l'équipe.

Le savoir, acquis sur le tas, est avant tout pratique, opérationnel, les examens professionnels sont l'occasion de formaliser l'expérience et d'organiser les promotions internes, et les changements de classification.

- E - Le travail consiste à engager le linge dans les machines, puis à effectuer des opérations de "manutention" (piles, rangement...). Très répétitif, soumis à des cadences, il est divisé en postes de travail, de qualification équivalente, sur lesquels les individus tournent pour rompre la monotonie des gestes.

- G - Cette activité demande des connaissances spécifiques, elle s'apparente à un "métier".

- K - La continuité du processus impose que des agents soient présents en permanence pour intervenir en cas de panne ou de dysfonctionnement. Il s'agit, souvent, de techniciens détachés par les constructeurs, ou d'agents appartenant aux services techniques et intervenant à la demande.

2. La blanchisserie : un service dans et pour l'hôpital

On passe d'une fonction de production - blanchisserie - à celle de prestation d'un service : la fonction linge. Le changement s'opère au moment où les partenaires - consommateurs, producteurs, ordonnateurs - se rencontrent pour définir l'objet de la prestation et les modalités de sa réalisation.

2.1. Les partenaires

La blanchisserie fait partie des services généraux (avec la cuisine, l'entretien...) qui apportent leur concours aux services de soins pour assurer la prise en charge des usagers de l'hôpital. On peut considérer qu'elle remplit un rôle de prestataire de services pour tous les services consommateurs de linge.

Si l'on admet que la blanchisserie fonctionne comme un prestataire de service, ceci revient à dire qu'elle ne peut plus fonctionner de façon solitaire, repliée sur elle-même, assurant une production routinière, mais qu'elle doit tenir compte de son rôle dans l'ensemble du système pour définir et évaluer la prestation qu'on attend d'elle. Cela suppose la collaboration des différents services de l'établissement concernés par cette fonction, ce qui ne va pas sans soulever des difficultés.

Les services économiques, la blanchisserie, les services de soins, voire les services techniques, participent à cette fonction. Cependant les représentants de ces services ne peuvent pas, dans la plupart des cas, prendre part à la discussion, à la négociation, avec la même autorité du fait de la position respective de leur service dans l'organigramme général et de l'encadrement d'autre part (cf. schéma 13, dans le chapitre sur la restauration).

- La blanchisserie, un service dévalorisé

Les services généraux ont longtemps été considérés par les autres services de l'hôpital comme des services "disciplinaires" ayant à gérer, à assumer les cas sociaux et les "bras cassés" ! La blanchisserie, comme les cuisines, dans

une moindre mesure, est tributaire d'une partition des services qui distingue le travail noble de celui qui l'est moins, dans un même mouvement de rejet et de débarras dans lequel sont associés le linge sale et les personnels qui s'en occupent (4).

L'image dévalorisée qu'offre d'elle-même la blanchisserie tient aussi à la représentation que se font les autres services de la faible qualification de ce personnel ouvrier. La façon dont ont été longtemps pourvus les postes ouvriers des blanchisseries explique l'importance de l'effort de formation entrepris (et à poursuivre) concernant ce personnel. On se reportera au paragraphe correspondant de la fonction restauration qui traite de ce problème (5).

2.2. Une fonction intégrée

Partant du constat précédent et du nombre de services concernés par la fonction linge, dans sa production comme dans sa diffusion, plusieurs approches sont nécessaires pour permettre à cette fonction de se développer.

La première démarche consiste à analyser comment, et par qui, est assurée la fonction entretien-mise à disposition du linge. Elle revient à repérer et décrire le "circuit du linge", et à proposer des modifications dans les modalités de prise en charge des différentes étapes, bref à reconsidérer la division du travail existante, à redéfinir les rôles, les attributions des uns et des autres, en même temps qu'évolue l'objet même de la prestation.

- La centralisation

Les blanchisseries, comme un certain nombre de services "logistiques", n'ont pas échappé à un premier mouvement de rationalisation affectant avant tout la structure : la centralisation.

Les opérations d'entretien du linge, dispersées dans les services de l'établissement, ont été regroupées dans des blanchisseries centrales. L'objectif de la centralisation était d'atteindre une plus grande efficacité en regroupant les moyens techniques et humains. Ce faisant, on a coupé ces services des services de soins. L'éloignement géographique consacre une rupture, et l'objet du travail ne s'appréhende plus de façon immédiate, pas plus pour le personnel soignant que pour celui des blanchisseries. Il s'ensuit des risques de dysfonctionnement, chaque service tendant à évoluer selon une approche logique, spécifique, en ignorant la nécessité de l'apport de l'autre et leur interdépendance.

(4) Or, cette image négative, dans sa forme moderne, a des racines qui remontent loin dans l'histoire et dans l'inconscient collectif. Aux 18 et 19ème siècle, les critiques d'ordre moral n'ont pas manqué à l'encontre des blanchisseuses et lingères accusées de grivèlerie - pour emprunt et location de linge qui leur était confié - de moeurs légères, d'alcoolisme et de prostitution. En réalité, ces métiers exercés quasi exclusivement par des femmes, se caractérisaient par des conditions de travail extrêmement pénibles, spécifiques de l'activité et résultant aussi du sort plus général fait à la population ouvrière. Plus loin encore dans le temps, les femmes qui allaient à la rivière, laveuses, lavandières avaient la réputation de faire commerce avec les forces occultes : les superstitions d'alors nourries par les associations linge/linceul/eau/sang/vie/mort renvoyaient sans doute à un pouvoir réel, celui des femmes réunies et se partageant le secret et la connaissance de l'intimité des autres, du corps et des corps.

(5) Ici encore on manque d'informations statistiques détaillées ; les données disponibles concernent les catégories ouvriers, tous services confondus. Il est en conséquence difficile d'analyser l'évolution de la structure de qualification par services.

Le mouvement de centralisation affectant de plus en plus de fonctions, on assiste selon les établissements à la centralisation de la fonction "distribution" et, dans ce cas, le ramassage et la distribution du linge ne sont plus assurés par du personnel de la blanchisserie mais par du personnel appartenant à un service central de distribution. De même la fonction "entretien, dépannage, maintenance" des équipements peut être assurée par les services techniques centraux de l'établissement.

- Circuit et interdépendance

Le mouvement de centralisation qui a affecté les blanchisseries a pour objet la rationalisation des moyens de production. Mais la centralisation pose le problème de la séparation du service central (ici blanchisserie) d'avec le destinataire de la prestation. Ce problème devient d'autant plus important que la prestation du service-linge s'inscrit dans un circuit qui s'apparente de plus en plus à un modèle de type "production en continu". Le fait de "tourner" avec un stock de linge de plus en plus restreint (cf. paragraphe 3 : "étude et gestion de la production") rend les différents services participant à cette fonction de plus en plus dépendants les uns des autres. Il s'agit d'une interdépendance dans le temps qui implique le respect des contraintes liées au rythme du processus en continu (alimentation en temps voulu de la blanchisserie en linge sale, retour du linge propre ; un arrêt prolongé des machines en blanchisserie reporte d'autant le délai d'approvisionnement des salles d'opérations en linges et blouses). Il s'agit également d'une complémentarité des moyens à mettre en oeuvre pour réaliser cette prestation et en assurer la qualité.

- Les relais

On se reportera également au paragraphe portant le même intitulé dans la présentation de la gestion "restauration" pour les aspects communs à ces deux fonctions.

En ce qui concerne plus particulièrement la blanchisserie, le relais consiste essentiellement à assurer en amont un premier tri du linge :

- pour décharger les services blanchisserie ;

- pour respecter les règles d'hygiène et éviter toute contamination, en observant notamment les modalités de mise en oeuvre des circuits sale/propre. L'aide-hôtelière, lorsqu'elle existe, est chargée d'effectuer ce tri ou de s'assurer qu'il est bien effectué par le personnel de l'équipe soignante (aide-soignant en général).

- Une intégration de la gestion dans la production

On trouve ici le même mouvement que dans la fonction restauration.

- La définition de la prestation

L'objet de la prestation "linge" est d'offrir aux services consommateurs les différentes pièces de linge dont ils ont besoin en quantité et en qualité, en tenant compte, d'une part, du développement et de la réorientation des activités médicales de l'établissement, et de l'autre, des impératifs budgétaires et de gestion du personnel. Ceci suppose donc une négociation entre responsables de la blanchisserie, des services économiques et des services de soins pour définir à un moment donné une prestation donnée. Ceci devrait faire l'objet d'un réexamen périodique car les besoins de l'hôpital changent.

Ainsi on peut faire l'hypothèse que l'augmentation du turn-over des malades, l'intensification de l'utilisation des plateaux techniques (salles d'opération notamment) peuvent entraîner un accroissement du linge à traiter. *A contrario*, le recours au non-tissé jetable, la diminution des interventions chirurgicales liée aux nouvelles technologies de substitution (lithotriporteur, lasers...), la suppression partielle ou totale de l'hébergement (renvoi des malades chroniques, des personnes âgées vers d'autres secteurs de prise en charge) peuvent représenter autant de facteurs entraînant une baisse de l'activité.

3. Etude et gestion de la production

Le contexte actuel de recherche de maîtrise des coûts conduit les responsables hospitaliers à se focaliser sur l'approche économique de la production. Ceci devenant une des composantes indispensables à une réflexion prospective sur l'existence et le devenir d'une fonction, et permettant l'élaboration d'une politique d'établissement.

3.1. L'activité de la fonction linge : conception et suivi

Comme pour la fonction restauration, la volonté affichée par tous de dégager le maximum de moyens pour la fonction soignante, impose de développer la productivité des services logistiques, dont la blanchisserie

3.1.1. Analyse, décomposition et formalisation de l'activité

Rappelons que l'activité a pour objet de fournir aux services consommateurs, en temps voulu, la quantité de linge propre telle qu'elle a été définie.

- Le linge

L'étude, l'analyse - fonction études - portent donc sur la définition de la forme du linge, de sa qualité (composition, résistance) et de son prix. Cette étude associe les services économiques, notamment la cellule "achats", les responsables de la blanchisserie, les responsables de services consommateurs.

Il s'agit d'arrêter une liste de pièces de linge à soumettre au choix, afin de limiter la diversité des pièces en circulation et de permettre des achats plus groupés, donc des conditions d'achat plus avantageuses.

La généralisation des "dotations en armoires" s'inscrit dans la même démarche. Elle consiste à définir avec les utilisateurs une liste type correspondant à leur consommation journalière de linge. Cette liste type permet, d'une part, de connaître la consommation de linge de chaque service, de l'autre, d'établir la charge de travail qui en résulte pour la blanchisserie et la distribution (planning).

- Le circuit du linge

La notion de circuit est importante dans ce type de production en continu. L'analyse rigoureuse des différentes étapes et de leur enchaînement a pour objet de débusquer le dysfonctionnement afin de limiter les pertes d'énergie et les coûts. Elle conduit à formaliser les interventions de chacun à chaque étape, c'est-à-dire à définir les modes opératoires, ceci aussi bien pour ce qui concerne les activités de la blanchisserie proprement dite, que celles des autres services, en ce qui concerne le temps (heures de distribution, temps de rotation du stock en cours) et le contenu des activités.

Il s'ensuit une certaine "normalisation" qui s'applique en même temps à tous les services concernés par la fonction linge, et prend ainsi une dimension unificatrice. Elle contribue également à l'intégration de la fonction linge en formalisant l'interdépendance des uns et des autres et souligne son caractère transversal.

- Les équipements

La mise en place d'équipements plus complexes de traitement du linge (appareils de manutention, de lavage, séchage...) renforce les contraintes liées aux productions en continu : le rythme des machines devient contraignant et conditionne l'alimentation et la surveillance, il devient un élément de contrôle de l'activité des agents s'occupant de ces machines puisque ces dernières affichent le nombre de pièces traitées par exemple. Il s'agit ici d'une formalisation de fait des modes opératoires accompagnée de contraintes de rendement ; la capacité de traitement des machines n'est pas sans influencer la définition du stock de linge en service dont il faut disposer et vient s'ajouter aux phénomènes précédents comme paramètre de la productivité.

On assiste ici, comme pour la fonction restauration, au passage d'une gestion courante plus systématisée à une organisation rationnelle de la production avec le développement d'une "fonction méthode" qui a pour objet de concevoir et formaliser l'activité (produit et modes opératoires) correspondant à la fonction linge.

Si la division et le cloisonnement persistent entre les services de soins, la blanchisserie et les services économiques, il se dégage tout de même une tendance à la concertation. La volonté de supprimer les dysfonctionnements, les pertes de temps afin de rendre chacun à son activité principale une meilleure complémentarité et une reconnaissance mutuelle. Il se dessine donc un nouveau partage du travail accompagné d'un transfert de compétences entre services concernés par cette fonction linge. Le responsable de la blanchisserie devrait voir croître ses attributions en matière de définition du budget, d'achats de matériels et équipements, de recrutement et de gestion du personnel. Les services économiques devraient assister le responsable de la blanchisserie en assurant le suivi du budget : les services de soins, surveillant et aide-soignant (aide-hôtesse) participent à la définition des linges et de la dotation et prennent en charge le tri du linge sale.

3.1.2. L'évaluation de la prestation

La mise en place de centres de responsabilité pourrait amplifier la tendance déjà amorcée dans nombre d'établissements, à évaluer aussi bien les coûts de la prestation que les écarts éventuels par rapport au budget prévisionnel et que la qualité de cette prestation par rapport aux objectifs arrêtés par les responsables de cette fonction.

- Les coûts

Les responsables de la gestion cherchent à diversifier et affiner les indicateurs dont ils peuvent disposer. La diffusion de l'outil informatique, en même temps qu'elle contribue à la codification-normalisation des produits, permet une gestion plus resserrée en temps réel, avec accès aux informations des différentes parties prenantes. Un effort important est concentré sur les achats et sur la gestion des stocks. On assiste ainsi à une réduction du linge en transit en évitant par exemple les attentes trop longues en atelier de réparation (augmentation, modification de la productivité de ces ateliers).

- La qualité

Il s'agit d'une part, de la "qualité de l'entretien du linge", comme élément de confort et d'hygiène, d'autre part de la qualité du service rendu par les blanchisseries hospitalières aux services consommateurs. Celles-ci ont notamment à faire valoir qu'elles peuvent apporter un "plus" par rapport aux entreprises du secteur privé : délai de réponse, adaptation aux aléas de l'activité, participation à l'hygiène.

3.2. Les nouvelles orientations

La problématique est ici la même que pour les autres fonctions : il s'agit de s'interroger sur la rentabilité de cette fonction et de décider des orientations, à savoir maintenir la fonction en améliorant la productivité ou soustraire.

3.2.1. Faire évoluer l'existant

Il s'agit avec le personnel en place d'assurer la fonction linge avec le meilleur rapport qualité/coût possible. Pour ce faire on joue sur les équipements et les procédures et sur une gestion resserrée du personnel.

- Les procédés de production

Les blanchisseries hospitalières ont connu ces dernières années un mode de développement qui les aligne sur les blanchisseries industrielles. L'introduction d'équipements automatisés à grande capacité de traitement permet de produire, sur une durée égale ou inférieure aux équipements anciens, une quantité de linge beaucoup plus importante. Leur implantation s'accompagne souvent d'une remise en ordre en termes de charge de travail, avec une augmentation des cadences, et en termes d'organisation du travail. L'enchaînement des différentes étapes du processus implique un alignement des uns sur les autres.

La complexification des équipements et leur coût rend encore plus nécessaire le développement d'une "fonction maintenance" et conduit en même temps les responsables des services blanchisseries à affecter préférentiellement aux postes correspondant à l'alimentation et à la surveillance de ces équipements des ouvriers qualifiés afin de prévenir le plus possible la survenue de pannes.

- La rationalisation des modes opératoires

On se reportera aux paragraphes ci-dessus. Rappelons cependant que le recours au système de "dotation de linge" avec une liste type des différentes pièces de linge à fournir quotidiennement à un service permet d'avoir une connaissance exacte du nombre de pièces à traiter et à livrer et permet ainsi de planifier le travail (durée de charge de travail, poste de travail).

La centralisation de la distribution, qu'elle relève d'une équipe centrale de distribution ou d'une équipe de la blanchisserie, a pour effet d'éviter la dispersion inhérente aux démarches individuelles. Elle introduit un tiers entre producteur et consommateur et autorise la formalisation de la commande et l'exigence du respect de celle-ci par les parties concernées, toute modification ne devant intervenir qu'occasionnellement. Mais dans le même temps se consacre la rupture entre blanchisserie et service consommateur.

- Gestion courante resserrée et gestion prévisionnelle du personnel

L'amélioration de la productivité se traduit aussi par une **affectation plus rationnelle du personnel**, une meilleure utilisation du nombre et de la compétence. Ceci fait souvent suite à une définition plus précise des postes de travail et à la suppression éventuelle de certaines activités dont la nécessité n'est pas démontrée ou qui coûtent trop cher en investissement humain : comptage manuel des pièces au tri, réparation-raccommode.

Le recours à la formation a pour objet de maintenir les gens au travail en leur permettant de s'adapter à l'évolution de leur service mais aussi, plus largement, de la fonction (fonction linge) à laquelle ils participent et qui se développe, elle, en fonction de la politique définie par les responsables de l'établissement.

On rencontre donc la mise en place, le plus souvent, d'actions de formation visant l'adaptation à l'emploi. Elles se développent, notamment, en parallèle à l'introduction de nouveaux équipements.

Des actions de formation visant à la promotion se développent également. Elles sont sanctionnées par un diplôme (Education nationale ou autre) ou par un examen professionnel qui permettent d'accéder à un grade supérieur. Ces différentes actions traduisent une volonté d'élever le niveau de qualification de l'ensemble du collectif de travail.

Le recrutement : cette tendance se confirme par la mise en oeuvre d'une politique de recrutement plus sélective, on a tendance à ne recruter qu'avec le niveau CAP pour les ouvriers ; on peut s'attendre également à des recrutements externes, en parallèle à une promotion interne, pour les postes d'encadrement, en favorisant les candidats ayant un profil de gestionnaire.

- Amélioration des conditions de travail

Le travail en blanchisserie hospitalière est rendu pénible par l'exposition à la vapeur et par la manipulation de linge particulièrement souillé, voire contaminé. Ces nuisances peuvent être limitées à l'occasion de l'ouverture de nouveaux bâtiments. Encore faut-il que ces problèmes soient efficacement pris en compte. La participation des responsables de blanchisserie aux phases de définition et de conception des locaux devrait aller de soi.

Le régime de rotation de postes appliqué le plus souvent semble, entre autres, destiné à pallier ces nuisances et à éviter la démotivation des agents consécutive à la monotonie.

En revanche, il semble qu'on assiste à une augmentation des cadences de travail afin de permettre une amélioration de la productivité et, par là, justifier le maintien de cette activité.

- Les achats

Une bonne politique d'achats représente un enjeu important. En ce qui concerne les gros équipements, le choix effectué engage l'avenir, pour les consommables, la pertinence des achats (quantité, qualité, périodicité) peut contribuer à des économies non négligeables et avoir un effet certain sur le coût final de la prestation.

Cette politique d'achats devient donc de plus en plus l'affaire des différents partenaires de cette fonction : le responsable de la blanchisserie, des affaires économiques, du service financier (surtout pour les gros équipements) et des représentants des services consommateurs.

Le développement d'une fonction études permet de dégager des paramètres pour mieux apprécier la consommation de linge. La mise en place de l'outil informatique, après avoir aidé à la formalisation d'un certain nombre de paramètres, permet de les traiter pour définir :

- la quantité totale, et par type de pièces, en service ;
- le stock disponible de façon détaillée ;
- le linge réformé.

Cela peut permettre aussi de mieux établir la durée de vie des pièces de linge et d'en déduire, d'une part, le rapport qualité/coût et, de l'autre, la périodicité des commandes et leur nature. Il en va de même pour les autres achats à effectuer (produits lessiviels, pièces détachées...).

De plus, le responsable peut à tout moment estimer son budget, ses engagements de dépenses et savoir s'il respecte l'enveloppe qui lui a été allouée.

Ceci devrait donc permettre aux décideurs de mieux définir, avec d'autres paramètres concernant la production (personnel notamment), le coût du service rendu par rapport à la qualité recherchée et de décider de la rentabilité de cette fonction.

3.2.2. La sous-traitance

Les contraintes budgétaires, et notamment les choix qu'elles rendent nécessaires en termes d'affectation de la main-d'oeuvre, la pression du secteur industriel de la blanchisserie par ailleurs, la confrontation du prix de revient de l'une ou l'autre de ces solutions conduisent certains responsables d'établissement à opter pour la sous-traitance. Le recours à la sous-traitance peut revêtir des formes variables :

- la sous-traitance complète de la fonction. L'hôpital, après émission d'appel d'offres et choix, n'a plus qu'à assurer le suivi du contrat (production et qualité) ; il n'a plus à gérer ni le personnel, ni les équipements, ni les locaux ;

- la sous-traitance partielle renvoie à différents cas de figure : une sous-traitance occasionnelle, en cas de montée en charge inattendue ou l'absentéisme trop important, dans ce cas on peut ne sous-traiter qu'une partie du volume de linge ; une sous-traitance d'une partie de la fonction : ainsi on peut sous-traiter le nettoyage à sec, la maintenance des équipements, des sources d'énergie... Dans ce dernier cas, l'hôpital, en plus de la gestion du contrat, continue à assurer la gestion du personnel, des équipements et des locaux. Dans le cas de la maintenance du nettoyage à sec, on sous-traite une activité exigeant un personnel qualifié (ouvrier, technicien) dont l'hôpital ne dispose pas toujours ;

- l'utilisation du linge à usage unique se développe de plus en plus ; elle a pour avantage d'être pratique et de présenter des qualités en matière d'hygiène. Le secteur industriel fournit maintenant des plateaux avec linges et pansements stériles prêts à l'emploi permettant d'éviter toute manutention. Elle présente aussi l'avantage de supprimer toutes les opérations de lavage, stérilisation... et ceci ne peut être sans influence sur le tonnage de linge à traiter et sur les effectifs de main-d'oeuvre à affecter à ces tâches. Le recours à ce type de linge supprime tout le processus de traitement (à part le stockage et la distribu-

tion) et remet donc en cause des emplois qualifiés et moins qualifiés. Cependant, à l'heure actuelle, il ne saurait, lui seul, remettre en cause l'ensemble de la fonction. Mais des études de coûts très fines doivent être conduites (prenant en compte l'ensemble des paramètres produit/tonnage, coût de production, coût du personnel...) pour définir la place qu'on veut lui donner.

3.2.3. La valorisation d'un savoir-faire, d'un "métier"

Les établissements hospitaliers qui ont pris le parti d'assurer eux-mêmes la fonction linge, ont souvent accompagné ce choix d'investissements aussi bien en ce qui concerne les équipements (modernisation, augmentation des capacités de traitements) que le personnel (formation) ; il en résulte une élévation de la qualification individuelle et collective, ainsi qu'un changement dans la conception de l'activité et de sa place au sein de l'hôpital. Conscient d'avoir acquis un métier, un savoir-faire, une capacité de négocier avec des clients et des fournisseurs, les responsables, dans un deuxième temps, choisissent de valoriser, de rentabiliser cette activité. Ceci peut se traduire par une prestation de service (traitement du linge) pour d'autres établissements qui ne veulent pas, ou ne peuvent pas, garder cette activité. Dans certains cas, une partie du processus est valorisée, la fonction achats par exemple. Un établissement assure cette fonction dans le cadre d'un regroupement d'établissements.

SECTION II

BILAN ET PERSPECTIVES

L'objet de la fonction linge est de mettre à disposition des utilisateurs en quantité, en qualité et en temps voulu, les différents types de linge dont ils ont besoin, en respectant le cadre budgétaire prévu.

1. Les tendances de l'évolution

L'évolution des blanchisseries et, de façon plus générale, de la fonction linge, n'est pas homogène selon les établissements. Les modifications qui sont intervenues s'expliquent par le passé de l'établissement, son environnement et les choix des équipes de direction.

Néanmoins, il est possible d'identifier trois tendances d'évolution qui, dans un modèle explicatif, se combinent et interagissent en induisant un changement dans la nature même du travail, modifiant par là les compétences mises traditionnellement en oeuvre, la structure de qualification et interrogeant les modes de gestion du personnel appliqués jusqu'ici.

Les trois tendances d'évolution peuvent se caractériser comme suit :

- **Les modifications technologiques et industrielles :**
 - les nouvelles installations automatisées, à grande capacité de traitement (tunnels de finition, de lavage...);
 - la diffusion du linge à usage unique, du non tissé ;
 - la mise en place de l'outil informatique.
- **Le développement de l'approche économique de la production :**
 - rationalisation, normalisation ;
 - recherche de productivité ;
 - phénomène de sous-traitance ;
 - maîtrise des coûts de production.
- **L'intégration des fonctions :**
 - collaboration d'intervenants appartenant à des secteurs d'activité différents ;
 - intégration de l'économie, de la gestion à un métier traditionnel ;
 - développement d'une fonction linge qui traverse l'hôpital.

Ces points ont été développés dans la première partie.

2. Les effets sur l'emploi

2.1. Changement de la nature du travail

Le développement des trois tendances dégagées ci-dessus affecte le travail, non seulement dans les modalités d'exécution (organisation du travail, partage du travail) mais dans sa nature même.

D'une production de type "artisanal", on passe à une production de type industriel. La mise en place d'ensembles de production automatisés modifie l'activité en renforçant le pôle technique. L'activité traditionnelle se déplace vers une activité d'alimentation, de conduite et de surveillance de machines. L'importance de l'investissement consenti, et la complexification des équipements vont rendre nécessaire le développement d'une activité de maintenance.

D'un travail de production immédiat, tangible, on passe à un travail de traitement de l'information médiatisé et abstrait. Le rapport à la production, le traitement du linge, devient plus distant. Il s'agit de traiter des informations (différents paramètres) pour programmer et surveiller le traitement du linge. L'outil informatique permet de traiter, souvent en temps réel les informations concernant le budget (achats...), les stocks, l'évolution de la production, la demande des clients.

D'un travail plus ou moins défini on passe à un travail conceptualisé, formalisé qui devient objet d'analyse et entre dans un mouvement de redéfinition et de réorientation permanentes. L'extension de l'automatisation à une grande partie du processus entraîne, de fait, une formalisation des modes opératoires et des normes de production. En même temps la recherche de maîtrise des coûts et le développement d'une activité d'études conduisent à une normalisation des matériaux, des produits, des procédures d'achats. Ceci permet, avec la définition d'indicateurs de plus en plus fins, d'analyser le travail et de s'interroger sur la place et l'avenir de cette activité dans le système d'ensemble (développement, sous-traitance).

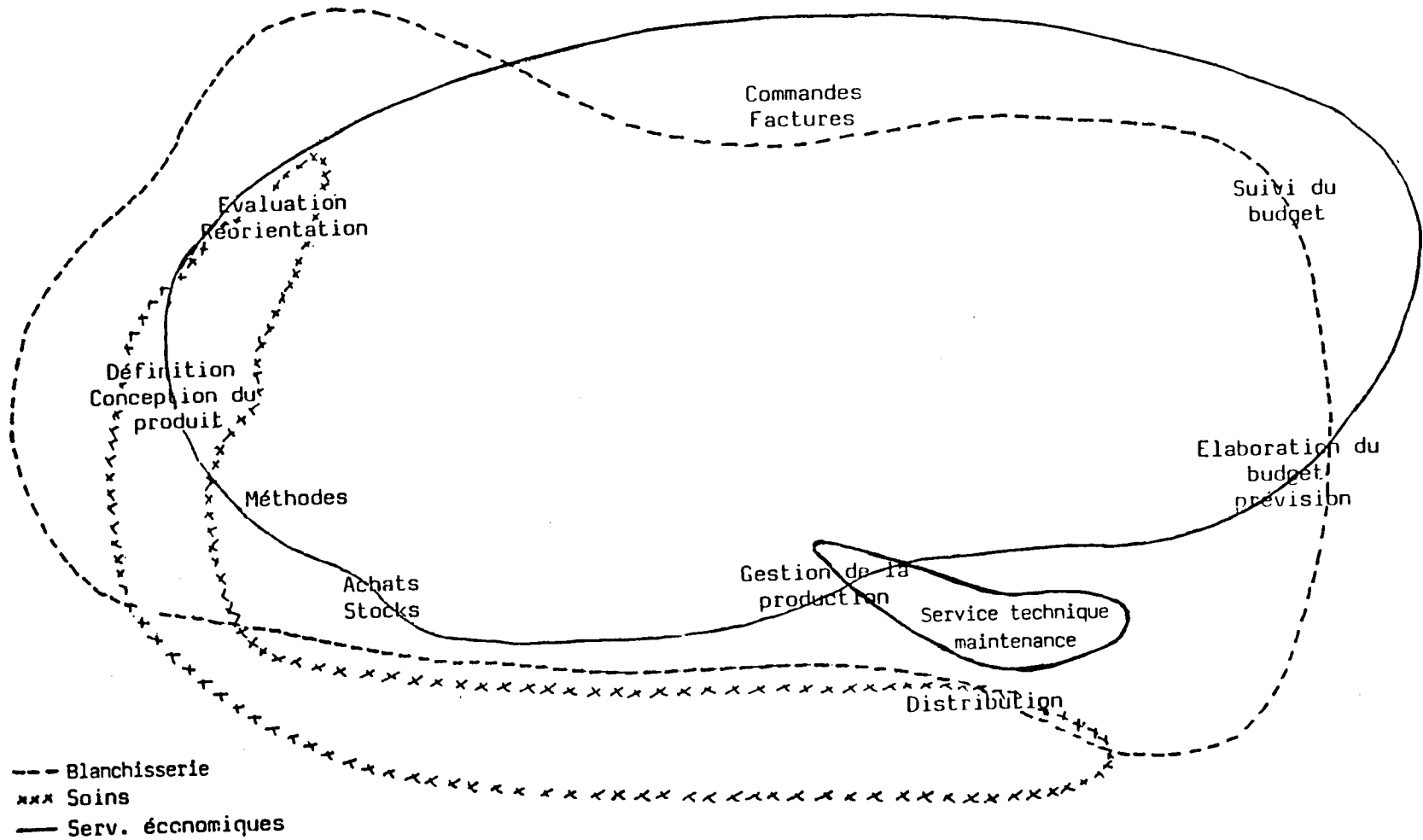
2.2. Déplacement des compétences

On peut en conséquence prévoir un déplacement, une modification des compétences, d'une part à tous les niveaux de qualification du personnel de blanchisserie, d'autre part entre le personnel de blanchisserie et le personnel appartenant à d'autres services de l'hôpital.

- Entre les services de l'hôpital

Il se dessine une tendance à un **nouveau partage des attributions entre les services économiques et l'encadrement des blanchisseries.** Le développement de l'approche économique de l'activité, la recherche de productivité, la mise en place progressive des centres de responsabilité, la mise à disposition de données grâce à l'outil informatique conduisent les responsables des blanchisseries à intervenir directement sur ces différents aspects de l'activité. Ceci remet en cause la césure traditionnelle entre ces services : on passe à un nouveau partage du travail et à un travail en commun. En période d'innovation dans un hôpital dont les différentes fonctions sont en redéfinition, les compétences sont moins formalisées, et les uns et les autres peuvent jouer sur la délimitation de leurs attributions en fonction de leurs capacités à investir de nouvelles démarches, de nouveaux domaines de savoirs et d'activités.

Schéma 20
Interpénétration des services



La définition de la prestation et les modalités de sa réalisation sont élaborées, pour tout ou partie, avec les représentants des différents services concernés par la fonction linge : services économiques, blanchisseries, services consommateurs. Cette fonction est transversale, intégrée, et son adéquation à l'évolution de l'hôpital est fonction de sa bonne intégration, d'où la nécessité d'une prise de décision concertée concernant son développement.

- Dans les services blanchisseries

Les activités, de tri de comptage, de manutention, vont avoir tendance à disparaître. Les activités de tri sont transférées en partie vers l'amont dans les services consommateurs. Le comptage peut être complètement supprimé. Ces activités sont de plus en plus relayées par des systèmes automatisés de manutention ; en conséquence, on peut s'attendre à une disparition progressive d'emplois non qualifiés.

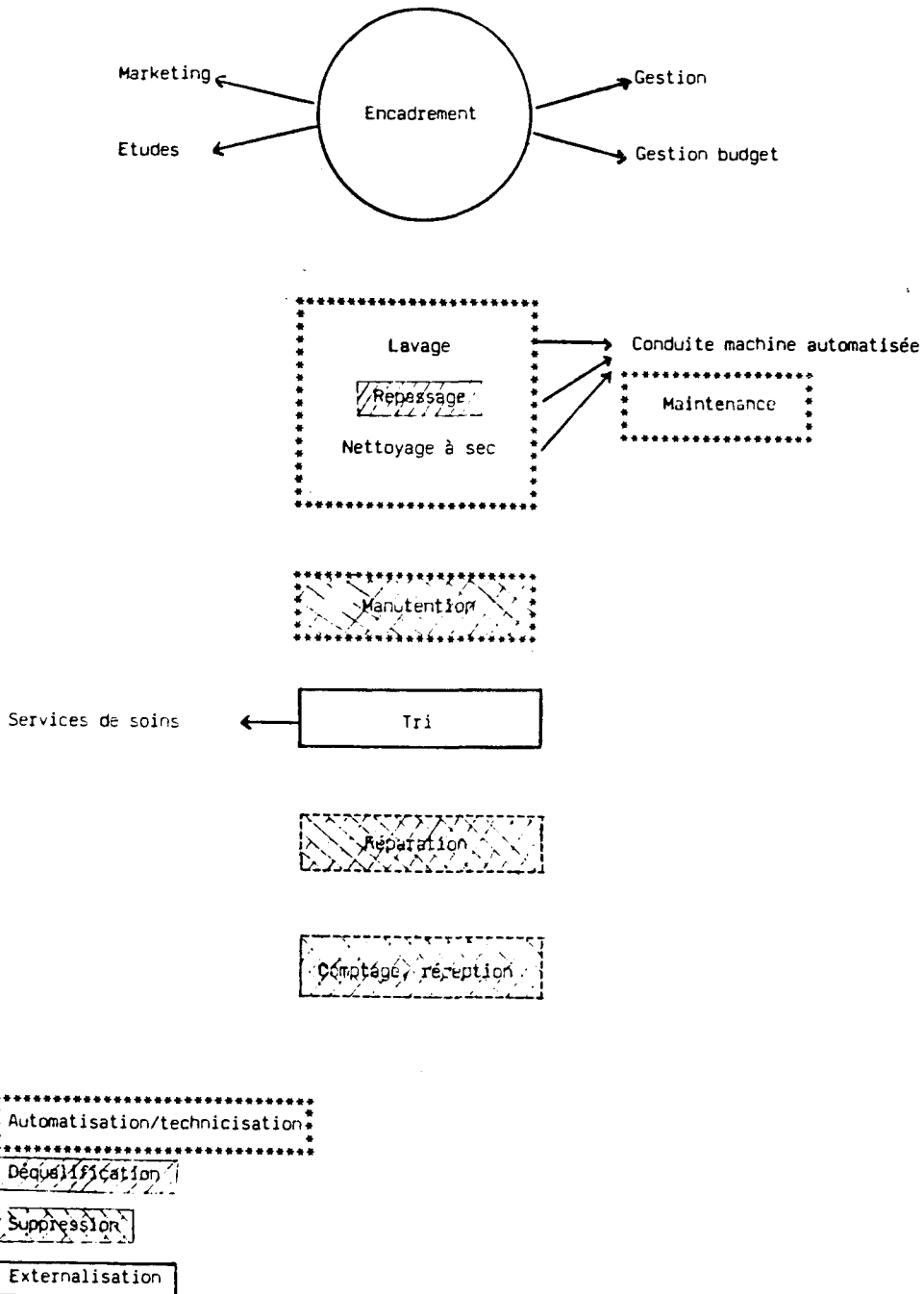
Les activités de lavage sont prises en charge par des ensembles automatisés de plus en plus performants. Les compétences à mettre en oeuvre changent. Il s'agit de traduire la connaissance des tissus, de la nature des tâches et de leur traitement, de la composition et de l'action des produits lessiviels en information, en paramètres, nécessaires pour programmer les machines, pour suivre les différents cycles et vérifier leur bon fonctionnement, ceci pour ne dégrader ni le linge, ni les équipements, et respecter ainsi les normes de production qui ont été définies. Il s'ensuit généralement une affectation de personnel qualifié (niveau CAP) aux postes de travail correspondant à ces activités.

L'importance du capital investi dans ces installations et la nécessité de ne pas interrompre un processus de production "continu" rendent nécessaires le développement d'une activité de maintenance. Lorsque cette activité n'est pas sous-traitée (aux services techniques de l'établissement ou à l'extérieur), elle conduit à créer une équipe de "spécialistes" relevant d'un autre domaine que celui de la blanchisserie, à savoir celui de la mécanique, de l'électronique. Ceci souligne le développement du "pôle technique" dans les blanchisseries.

On assiste à une disparition progressive des activités de réparation, raccommodage. Cette tendance, fondée sur une analyse des coûts (temps/personnel/coût renouvellement du produit) va s'accroître avec le recours au linge à usage unique, qui se développe en raison de sa commodité d'usage et de l'intérêt qu'il présente en matière d'hygiène. Les emplois de lingère, notamment, sont appelés à décroître en conséquence.

Le personnel d'encadrement était traditionnellement promu en raison de son savoir-faire et de son expérience professionnelle (blanchisserie). Son activité principale était d'assurer la gestion courante du service et la transmission d'un savoir et d'une expérience. L'évolution de la fonction ainsi que celle de l'hôpital vont modifier son rôle, sa place et élargir ses compétences. Ayant à gérer une activité de prestation de service, le personnel d'encadrement va devoir être capable, pour se maintenir face à la concurrence, de jouer la carte du service spécifique et "rentable", ce qui suppose de développer des compétences dans les domaines suivants : définition de la prestation, formalisation de l'activité, analyse des coûts, évaluation de la qualité, négociation avec les différents partenaires pour promouvoir et valoriser le service. Au-delà des compétences traditionnelles on demande au personnel d'encadrement des compétences en matière de gestion prévisionnelle, marketing, négociation, pour suivre l'évolution de l'hôpital et repenser la fonction linge de manière dynamique.

Schéma 21



Il convient de rappeler ici le rôle de l'aide-hôtelière lorsqu'elle existe. Elle assure un rôle d'interface entre la blanchisserie et les services de soins notamment, qui prennent en charge, en amont, la préparation du travail, le tri, et qui, en aval, sont à même d'apprécier la qualité du service rendu. En l'absence de ce correspondant, le responsable de la blanchisserie aura à s'assurer de cette fonction.

2.3. Modification de la structure de qualification

L'évolution de la fonction linge est marquée surtout par la technicisation ; les emplois traditionnels, nous l'avons vu, se transforment en emplois de conduite de machines automatisées, et de nouveaux emplois prennent leur place, ceux de la maintenance. Ainsi, à côté du domaine professionnel de la blanchisserie, apparaît un autre domaine professionnel (plus récent), celui de la maintenance. Le personnel d'encadrement aura donc à animer une équipe pluridisciplinaire dont le pôle de référence, d'identité, ne sera plus le seul domaine de la blanchisserie. L'apprentissage du métier, la progression ne seront plus communs ; cela peut aussi remettre en cause l'identité du personnel d'encadrement qui était jusqu'alors supposé représenter la somme des savoirs et savoir-faire de son domaine professionnel, et de son service. Mais ceci peut aussi le stimuler pour développer de nouvelles compétences propres à sa position de "gestionnaire" et à redéfinir par là la raison d'être, le rôle de l'encadrement.

En même temps on peut s'attendre à une élévation du niveau de formation de l'ensemble du personnel et à une répartition différente des qualifications ; les emplois non qualifiés vont avoir tendance à disparaître ; les emplois qualifiés vont se partager entre le rôle technique et un rôle moins facilement délimitable, celui de prestation de service, avec la recherche de qualité, de valorisation, le tout résitué dans une démarche économique. On peut donc s'attendre à ce que le personnel d'encadrement s'entoure de personnel de niveau adjoint-technique qui prendrait en charge l'un ou l'autre des aspects de cette fonction.

3. Le devenir des emplois, quel horizon ?

Les responsables du personnel des services économiques et des cuisines poursuivent un double objectif : réduire les effectifs des blanchisseries et augmenter la productivité. On demande à ces services d'être aussi performants que la concurrence. Il leur faut donc employer un personnel capable d'assurer ces mutations.

Les actions de restructuration et, dans certains cas, l'automatisation d'une partie du processus, ont permis de libérer des effectifs. Mais il manque des informations systématiques sur le devenir de ces personnes. Y a-t-il eu redéploiement et si oui vers quels services ? En tout état de cause, on peut faire les hypothèses suivantes :

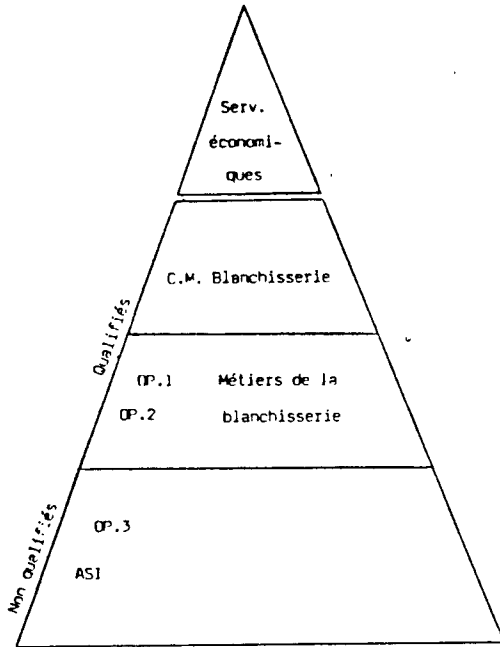
- le personnel non qualifié pourrait être redéployé vers les services de soins. Les ASI et les OP3 pourraient occuper des postes d'ASH. Mais les effectifs d'ASH sont eux-mêmes en baisse (6) ;

- les personnels qualifiés se trouvent menacés en cas de sous-traitance. Dans ce cas, à qualification égale, ils ne peuvent occuper un poste dans d'autres services qu'en se reconvertissant, c'est-à-dire en suivant une nouvelle formation professionnelle. On l'a vu, à côté des activités de blanchissage, se développent des activités de maintenance. Elles peuvent être prises en charge par des agents déjà en place et ayant reçu une formation complémentaire, ou représenter de nouveaux emplois pour des spécialistes de ce domaine ;

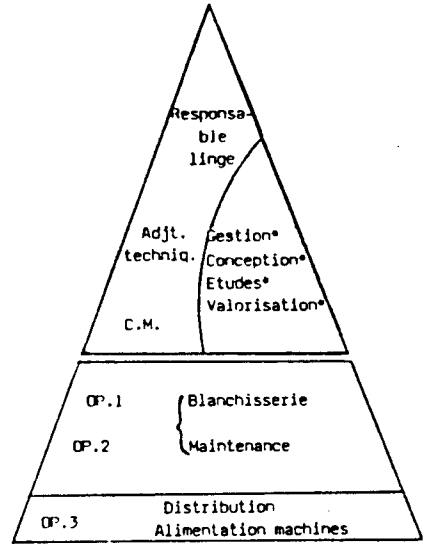
(6) Cf. chapitre II de la première partie - Evolution de l'emploi hospitalier.

Schéma 22
Répartition des qualifications

Activité traditionnelle : la blanchisserie



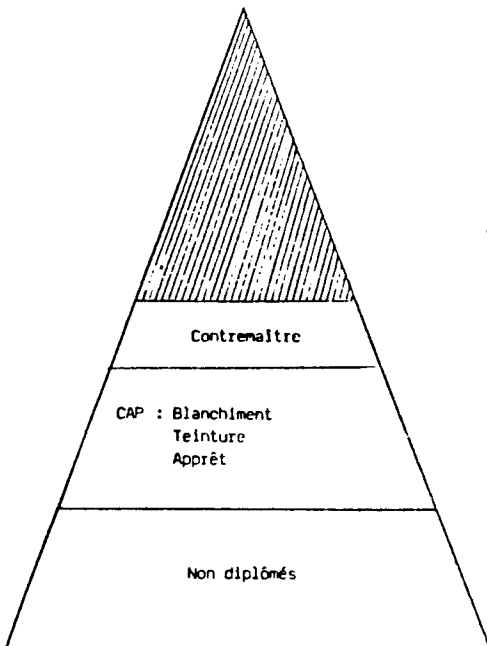
Fonction linge



* Domaines d'activités en progression

Schéma 23
Répartition des emplois par niveau de formation

Activité traditionnelle : la blanchisserie



 Absence

Fonction linge

Niveaux de formation

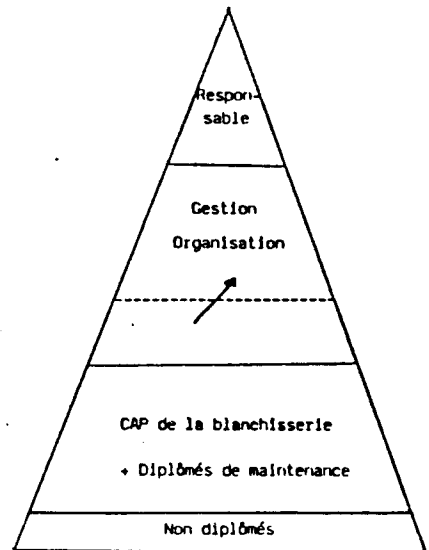
I - II

III

IV

V

VI



- le personnel d'encadrement se recrute traditionnellement par promotion, dans les rangs des ouvriers qualifiés. Il semble qu'on s'achemine vers la rupture de cette filière de progression, ou du moins vers la coexistence d'un personnel de ce type avec des personnels formés aux techniques de gestion.

La maîtrise du domaine de référence, la blanchisserie, ne suffit plus. On attend, désormais, des capacités à gérer la production et le personnel ainsi qu'à mener des études pour anticiper l'évolution de l'activité et négocier sa place dans l'établissement. Des formations de niveau III et IV sont donc appréciées, que ce soit par le biais de la formation continue ou par des recrutements directs à ces niveaux.

4. La formation

4.1. Bilan des actions

Dans la plupart des hôpitaux, les actions de formation ont eu d'abord pour objet de revaloriser la fonction des blanchisseries, de faire prendre conscience de la place qu'elles occupent dans la fonction linge et l'impact de la qualité de leur prestation sur la performance hôtelière de l'établissement. Il s'est donc agi, dans un premier temps, de redonner confiance en soi au personnel des blanchisseries individuellement ou collectivement, de dispenser ensuite des formations d'adaptation à l'emploi. Enfin, de sensibiliser les autres partenaires (service de soins notamment) aux modifications de la fonction linge, procédures et circuits de production.

- **La remise à niveau** : ces actions ont pour objet de redonner à un personnel qui a connu l'échec scolaire, les éléments de culture générale indispensables pour suivre des formations professionnelles et lui permettre de formaliser les acquis de l'expérience. Il s'agit de formations intra-muros, réalisées par l'équipe de formation de l'établissement ou confiées à des organismes extérieurs.

- **L'adaptation à l'emploi** : la mise en service d'une nouvelle blanchisserie (ou de nouveaux équipements, de nouveaux procédés de fabrication) est bien souvent l'occasion de mise en place d'actions de formation qui ont pour objet de donner au personnel les connaissances nécessaires pour s'adapter, mais aussi d'engager une réflexion sur la fonction linge, sur les circuits de production, et de redéfinir à cette occasion le rôle de chacun et sa place dans un circuit qui dépasse le service auquel il appartient. Il s'agit de faire percevoir les interdépendances entre les intervenants, à l'intérieur d'un service et entre les services, et d'obtenir une adhésion, sinon une responsabilisation plus grande. Ces types d'actions de formation, de loin les plus nombreux, qui intègrent la formation au travail (aller et retour entre pratique et formation), s'adressent aussi souvent à un public large, toutes qualifications confondues.

- **La promotion sociale** : ces actions ont pour objet de permettre à une partie du personnel de passer des examens ou concours lui donnant accès à une qualification supérieure. Les responsables des blanchisseries ont entrepris des actions destinées à promouvoir les ASI au grade d'OP3 et les OP3 au grade d'OP2. On peut considérer que l'objet est avant tout d'obtenir une élévation collective de la qualification du personnel ouvrier des blanchisseries.

- Le rôle de l'encadrement devient déterminant pour mener à bien les mutations nécessaires et se pose alors le problème de la qualification de cet encadrement. Traditionnellement issu de la promotion interne, l'encadrement agent-chef et contremaître ne dispose pas toujours d'une formation adaptée à l'évolution du poste. Il s'agit, avant tout, d'assurer la gestion d'une main-d'oeu-

vre qui, bien que globalement encore peu qualifiée, a tendance à voir son niveau de qualification s'élever. La recherche de productivité, d'amélioration de la qualité oblige à une gestion plus rigoureuse de la production. En même temps, il devient nécessaire de négocier avec les services concernés en amont et en aval par la fonction linge. Nous l'avons vu, les responsables de ces services ont un niveau de formation généralement supérieur à celui de l'encadrement des blanchisseries. Des actions de formation spécifiques sont donc mises en place pour ce personnel d'encadrement. Elles sont souvent organisées par des organismes extérieurs à l'hôpital et ont lieu extra-muros. Elles s'organisent essentiellement autour des thèmes suivants : achats et gestion des stocks, gestion du personnel maintenance, organisation du travail, et aussi, parce que c'est un problème important, la lutte contre l'absence de motivation et l'absentéisme.

Le déplacement des compétences du personnel d'encadrement vers la gestion prévisionnelle, la conception, les études, la formalisation, entraîne la mise en place d'actions de formation destinées à un personnel qui pourrait prétendre au niveau d'adjoint technique à l'issue de la formation et qui aurait pour fonction de seconder le personnel d'encadrement.

4.2. Les problèmes à résoudre

Un certain nombre de problèmes restent posés au-delà de ces actions entreprises. Les deux questions fondamentales auxquelles ont à répondre les responsables hospitaliers sont, en radicalisant la problématique : qui former et, question plus difficile, à quoi former ?

Or, les choix qui vont s'opérer dans ce domaine seront nécessairement le reflet des négociations locales concernant les orientations prises quant au maintien ou non de la fonction blanchisserie, de la place qu'on veut lui donner, ainsi que les choix de politiques sociales en matière de maintien de l'emploi. Les solutions envisagées reposeront sur une analyse de l'existant et ne pourront éviter de prendre en compte le facteur temps, c'est-à-dire d'envisager des solutions transitoires.

- Former le personnel en place

On peut prévoir la poursuite des actions décrites dans le paragraphe 4.1 et ayant pour objectif de diminuer le poids des emplois non qualifiés.

En ce qui concerne les ouvriers qualifiés, le problème de l'emploi, de la formation est, plus qu'ailleurs, dépendant des arbitrages locaux en matière de sous-traitance. Il ne faudrait pas écarter la possibilité d'actions de formation/reconversion en fonction des aspirations individuelles. Des mesures d'accompagnement, à savoir des actions d'information et d'orientation, seraient sans doute utiles.

Pour le personnel d'encadrement, les actions décrites au paragraphe 4.1. seront poursuivies.

- Recruter

Les responsables du personnel peuvent également choisir de s'adapter aux changements en jouant sur de nouveaux modes de recrutement plus sélectifs et correspondant à une politique déterminée :

- on peut recruter au niveau V des titulaires d'un ou deux CAP blanchisserie plus maintenance ;

- recruter aux niveaux IV et III des personnels formés à la gestion.

CONCLUSION

1. A la recherche d'un modèle de développement : industrialisation des pratiques soignantes et hospitalières et/ou diversification d'une offre de soin au "service" du public

L'examen des activités hospitalières, médicales, médico-techniques, soignantes, et des prestations offertes par les services administratifs et généraux, montre qu'elles sont, chacune à leur manière, touchées dans leur mode de production. Ce dernier est modifié par les technologies, mais il évolue également dans sa finalité, dans sa gestion et son organisation. Ceci se traduit par une nouvelle donne dans l'attribution des tâches et des responsabilités qui entraîne, à son tour, une remise en cause du positionnement des personnels et de leurs relations.

On a pu constater que ces déterminants étaient à l'oeuvre et remodelaient déjà certains services. Ils sont toutefois mus par des logiques différentes, possèdent des impacts qui créent des ondes de chocs, se développent à des rythmes inégaux, selon des processus plus ou moins complexes. En un mot, et à titre d'exemple, l'apport positif des technologies, soit dans le domaine des examens de laboratoire (automatismes), soit dans celui des tâches de bureau (informatique) ou dans celui de la restauration (liaison froide, procédé vapeur...), commande que parallèlement soient résolus les problèmes qui ne manquent pas d'apparaître. S'il n'en était pas ainsi, les résultats escomptés deviendraient aléatoires.

Il est sans doute inutile d'insister davantage sur les aspects techniques des innovations bien qu'ils posent des problèmes non négligeables, tels le choix et le financement des investissements, leur introduction et leur diffusion dans un système de travail, la continuité ou la rupture qui s'ensuit... Ceci est un sujet en soi.

En revanche, et bien que cela soit plus difficile à appréhender et à mesurer, il paraît nécessaire de souligner la complexité qui caractérise, pour le moment, le mode nouveau de production hospitalière et l'incertitude quant à son orientation, le tout probablement lié au fait que l'on se trouve dans une période transitoire et de création comme plusieurs interlocuteurs se sont plu à le rappeler.

Dès lors, penser cette complexité devient une tâche majeure. En font partie les éléments suivants, indiqués ici à titre d'exemple :

- Selon des habitudes bien ancrées, chaque service entend être le maître chez lui, et chaque profession, par méconnaissance plus que par réel antagonisme, est prompte à la défensive vis-à-vis des autres groupes professionnels. Or ces comportements, qui sont fondés, deviennent de moins en moins fonctionnels. La logique technique, la logique économique, et peut-être plus encore la logique de développement de l'organisation hospitalière qui intègre les deux précédentes, mais qui s'en distingue par une stratégie qui lui est propre, font que les unités de travail sont plus interdépendantes que dans le passé et que chacune doit subordonner son activité à celle de l'hôpital considéré comme

un tout, comme une entité dotée d'une identité spécifique, même s'il s'agit pour l'établissement d'orchestrer une pluralité de projets.

Les modifications étant opérées par le truchement des personnels, il faut donc compter avec un nécessaire changement des mentalités et des comportements. Si, de fait, ces personnels appliquent déjà dans leurs pratiques un certain nombre de procédures entrant dans une recherche de productivité-planification des consultations, des transports... -, un décalage persiste souvent entre les pratiques, la représentation qu'on s'en fait, et une idéologie propre, d'une part, à chaque groupe professionnel mais de façon plus large, spécifique de la "fonction publique".

- Les différents courants transformateurs de la production hospitalière présentent des aspects qui peuvent entrer en conflit. D'une certaine manière on assiste à l'expansion de ce qui pourrait être interprété comme une industrialisation des prestations et de l'activité : examens de série, normalisation et standardisation des protocoles, ouverture 24 heures sur 24 de certains services pour rentabiliser les équipements, utilisation des produits de l'industrie agro-alimentaire, recours aux pratiques utilisées par les entreprises (centres de responsabilité, cercles de qualité..). Dans le même temps, on met en place des actions, dans le prolongement des efforts déjà consentis pour améliorer l'accueil, le séjour des patients, pour être plus attentif à leur demande et adapter les réponses thérapeutiques, voire sociales de l'hôpital. La préoccupation de productivité - et ses effets dépersonnalisants - est-elle, sera-t-elle toujours conciliable avec le souci de motiver les agents pour un meilleur service ?

Sur un autre plan, la "rationalisation" a pour raison d'être d'économiser des emplois, de banaliser les opérations, d'extérioriser un certain type de travaux, et longtemps on a pensé qu'elle était synonyme de déqualification. Sans entrer ici, dans un débat ouvert, on se bornera à souligner les deux tendances constatées : la diminution des emplois les moins qualifiés et l'appréhension du travail, en termes de tâches, qui s'enrichit de notions complémentaires obligeant à avoir une vision plus large des compétences. Parmi celles-ci on citera celles qui sont plutôt en relation avec le domaine de la communication - l'expression - l'usage de l'information - les relations et celles qui sont propres à la dimension personnelle : la capacité à apprendre, la mobilité, la motivation. Tout ceci se situant à mi-chemin de la "culture d'entreprise", de la culture de la fonction publique et d'une sensibilité contemporaine qui, au-delà du technique et de l'organisation, renouvelle le rapport au travail.

2. Réglementation stable des emplois et gestion du changement

"S'il fallait proposer une définition transculturelle de l'excellence, je dirais que c'est le fait de savoir jouer avec la règle du jeu jusqu'aux limites, voire jusqu'à la transgression, tout en restant en règle..."

Pierre BOURDIEU - Choses dites

Ainsi, les responsables hospitaliers ont à intervenir dans une situation particulièrement contradictoire. De fait, l'activité hospitalière est en redéfinition avec la transformation de son mode de production, la diversification de ses prestations. Ceci donne une nouvelle finalité aux interventions des uns et des autres. En revanche, les personnels en place sont gérés par un statut qui règle leur place et leur progression dans l'organisation hospitalière. Ceci laisse suppo-

ser par là que la finalité de l'hôpital, les pratiques et la structure du personnel sont maîtrisées pour longtemps. Ces choses ayant été statuées, il en découle la stabilité.

N'y a-t-il pas antagonisme entre une gestion statutaire, collective, impersonnelle des compétences et une individualisation de la gestion des ressources humaines en période d'expérimentation, de transition, de recherche d'un nouveau modèle qui va à l'encontre du modèle bureaucratique ?

2.1. Les activités et les emplois qui changent

Nous présentons ici un inventaire des activités et emplois "sensibles", témoins de l'évolution de l'ensemble, tels qu'ils ont pu être repérés au cours de l'étude particulière de chaque fonction (1).

Cependant, nous voudrions aborder auparavant le problème de la sous-traitance. Il s'agit d'un phénomène dont l'évolution et l'ampleur sont difficiles à maîtriser mais qui, lorsqu'il existe, donne une toute autre dimension aux mouvements d'emplois.

Sous-traiter une fonction dans son ensemble équivaut à la disparition de l'ensemble des emplois correspondant à cette fonction, qualifiés et non qualifiés ; encore faut-il émettre quelques réserves. En fait, on maintient quelques emplois, pour assurer le suivi des contrats de sous-traitance, contrôler la qualité de la prestation effectuée, préparer les interventions, jouer le rôle d'interface entre les services demandeurs et les prestataires extérieurs. De plus, le fait de sous-traiter peut correspondre à une décision ponctuelle et la fonction peut être réintégrée plus tard dans l'établissement.

- Les emplois non qualifiés

Ils sont appelés à disparaître, et ce, dans l'ensemble des fonctions. Le recours aux nouveaux outils de production supprime les tâches répétitives et modifie la distribution du travail.

Dans l'administration, la diffusion de l'outil informatique entraîne la suppression des tâches de transcription, et on constate déjà (2) la diminution des emplois d'agent de bureau, dactylos et sténodactylos. De fait, la saisie et la transcription des données sont partagées par l'ensemble des intervenants en fonction des dossiers traités.

Dans la restauration, la mise à disposition par le secteur agro-alimentaire de produits prêts à l'emploi permet d'éviter lavage et épluchage. La diffusion de la vaisselle jetable réduit les activités de vaisselle et de manutention. Ce sont ici les emplois d'OP3 et d'ASI qui sont touchés.

Enfin, pour la fonction linge, la disparition des activités de tri et comptage du linge, d'une part, abandonnées ou relayées par les services consommateurs et d'autre part, la diminution des activités de manutention assurées par des installations automatisées, vont également conduire à la baisse des OP3 et ASI.

(1) Cf. L'administration hospitalière. Cf. La restauration. Cf. La fonction linge.

(2) Chapitre II de la première partie : "L'évolution de l'emploi hospitalier".

- Les emplois d'exécution qualifiés

Ces emplois sont touchés de façon différente, qualitativement et quantitativement, par les changements en cours.

Un certain nombre sont menacés par le développement des prestations du secteur industriel ou par la diffusion de nouveaux procédés de production dans l'hôpital. Ainsi, dans la restauration, les bouchers (viandes livrées pré-pièces), les boulangers (pain industriel) vont diminuer en fonction des choix d'approvisionnement. Mais les mêmes changements conduisent à développer certaines activités. Ainsi, le conditionnement et l'assemblage, la remise en température en restauration, la maintenance en blanchisserie. Ceci se traduit par des emplois spécialisés sur ces activités, ou, au contraire, par un élargissement des compétences, une polyvalence des attributions, voire des lieux d'affectation des personnels en place. Il s'agit ici d'emplois OP1, OP2.

Dans l'administration, la suppression des activités répétitives, avec l'usage de l'outil informatique, a permis aux commis, agents principaux et secrétaires médicales, d'acquérir de nouvelles connaissances concernant l'outil, mais, au-delà, sur l'organisation de l'ensemble de l'hôpital et les activités des différents services. De plus, l'exercice de l'activité s'effectue de façon plus autonome et plus responsable.

- L'encadrement intermédiaire

Les emplois de ce niveau sont des emplois particulièrement "sensibles". De par leur position dans la structure hiérarchico-fonctionnelle, ils jouent un rôle déterminant en période de mutation et sont en même temps un lieu de confrontation entre l'expérience de la production/exécution et l'adoption/diffusion de nouvelles pratiques de gestion.

Ainsi, dans l'administration, les adjoints des cadres et les chefs de bureau assurent la diffusion des réformes, forment le personnel aux nouvelles procédures, jouent un rôle d'interface entre la direction, le personnel administratif et le personnel des services médicaux, participent aux études, recherches de nouvelles solutions. La dimension relationnelle de ces emplois se développe en même temps qu'ils ont à se former dans des domaines spécialisés.

Dans les services de production, blanchisseries et cuisines, les contre-maîtres et les adjoints techniques ont intégré les contraintes économiques et développent des activités de conception, études, recherche de productivité et expérimentent de nouveaux modes de gestion de la production et des ressources humaines.

* *
*

L'ensemble de ces modifications d'emplois se traduit par un resserrement de la structure de qualification. Avec la disparition des emplois non qualifiés, l'essentiel des emplois se situe au niveau V avec une aspiration vers le haut de ces emplois et un développement des niveaux IV et III. Ceci reflète le changement de la nature du travail qui devient, partout, plus abstrait, plus médiatisé, qui se déplace de la production vers le service et implique, dès lors, la prise en compte de l'activité des autres services et de celle de l'ensemble de l'établisse-

ment. De plus, les activités d'études et de recherches se diffusent et entrent dans les pratiques d'un plus grand nombre d'agents.

Ces changements interviennent aussi à un moment où le personnel hospitalier est jeune. En 1985, selon ADERSA, 72 % de la population avait moins de 40 ans. Ces agents, dont le niveau de formation initiale a tendance à s'élever, sont entrés à l'hôpital avec des projets, des aspirations à s'élever, à développer des compétences au sein de l'établissement. On peut se demander si ces comportements ne prennent pas une dimension nouvelle. L'importance du turn-over, notamment pour les emplois d'exécution, permettait, jusqu'à une période récente, le renouvellement de la main-d'oeuvre et une régulation entre l'offre et les aspirations des individus. Actuellement, les agents entendent rester et progresser, après une période d'apprentissage ; c'est un aspect à prendre en compte dans la gestion du personnel.

2.2. Problèmes et perspectives

L'activité de l'hôpital est en transformation, tant sa finalité que son mode de production, la structure de qualification se modifie, les moyens en personnel et de fonctionnement sont contingentés. La gestion du personnel devient donc une fonction stratégique. Au-delà du "redéploiement", de la formation, les responsables hospitaliers expérimentent de nouveaux modes de gestion.

- Le redéploiement

Ce mouvement, quantitatif surtout, a pour objet de libérer du personnel essentiellement des services logistiques pour les affecter au personnel soignant. Si, avec une réorganisation, une rationalisation du travail et une augmentation de la productivité, à la suite de l'introduction de nouvelles technologies, une certaine "remise en ordre" a eu lieu et s'est traduite par des mouvements d'emplois, l'ajustement a été limité. La tendance à la disparition des emplois non qualifiés dans tous les secteurs rend la mobilité des agents difficile sans reconversion et/ou formation.

Aussi, si la politique de redéploiement doit être poursuivie, convient-il d'envisager d'autres modalités. Le redéploiement, loin d'être une simple redistribution des effectifs, implique toute une stratégie complexe, une réorganisation de l'espace de travail, et le réaménagement dans ce nouvel espace des postes de travail, de leur contenu, des équipes et des individus, sachant que dans un hôpital en redéfinition, le "flou" qui entoure le partage du travail, représente aussi un espace à investir par tous. Tout laisse à penser que le redéploiement se fera sur la durée, dans le sillage de la mise en oeuvre de nouvelles pratiques de partage du travail, de l'intégration par les services logistiques et soignants de l'ordre économique, relationnel, informationnel, et que des relais, institutionnels ou non, seront nécessaires. Par le jeu des groupes de réflexion ou d'études, des démarches expérimentales, vont s'ouvrir des brèches dans le cloisonnement traditionnel, vont se créer des plages communes de connaissances, de savoir-faire, qui peuvent être propices à la mobilité.

- La formation

La conception de la place et du rôle de la formation continue évolue. A côté d'un "plan" de formation qui serait plutôt un catalogue d'actions spécifiques répondant aux demandes des services ou des individus, se développe un plan(3)

(3) "Plan : ensemble de dispositions adaptées en vue de l'exécution d'un projet". Petit Larousse illustré, 1985.

qui propose des actions de formation s'ordonnant autour de grands axes dans la continuité de la politique de développement de l'établissement.

En même temps, la formation, au lieu d'être sous-traitée, tend à réintégrer l'hôpital ; l'accès en est plus facile, mais cela permet aussi de faire appel aux compétences du personnel de l'établissement. Le bénéfice est alors double : formation du public visé en même temps que de la personne mise en position de formateur.

La formation devient de plus en plus intégrée à l'activité et on peut imaginer une alternance plus ou moins épisodique entre formation et exercice de l'activité. **Donner aux personnels le temps de prendre du recul par rapport à l'activité exercée, d'échanger avec d'autres, leur permet de mieux appréhender leur activité, leur rôle au sein de l'hôpital et constitue un facteur de cohésion en même temps qu'une démarche de formation.**

- Le recrutement

Un bon nombre d'actions de formation ont eu d'abord pour objet une remise à niveau des connaissances avant de proposer au personnel des différentes fonctions logistiques des formations plus spécifiques. La nécessité, et la difficulté, d'élever - si on veut la maintenir dans l'emploi - une masse encore importante d'agents peu ou pas qualifiés, souligne l'intérêt de développer une **politique de recrutement** ; l'ère des recrutements massifs, "sociaux", est terminée. L'hôpital ne peut plus recruter de personnel non qualifié.

Pour les emplois d'exécution, sont recherchés, selon les services, des titulaires de diplômes de niveau V, spécialisés (avec deux CAP par exemple) ou, au contraire, à "vocation large" comme par exemple le CAP employé technique de collectivité, dont on attend alors qu'ils aident à la mobilité, l'hôpital se chargeant d'assurer le complément de formation nécessaire.

Les emplois de l'encadrement intermédiaire : à côté d'un accès à ces emplois par la promotion interne (filière ouvrière), les responsables du personnel souhaitent recruter des titulaires de diplômes de niveaux IV et III, à dominante gestion, commerce, économie, qui auraient, notamment, pour fonction, de seconder le personnel d'encadrement en développant des activités de conception, études, valorisation et en aidant à la diffusion des nouvelles pratiques de gestion de la production et du personnel.

* *
*

La gestion du personnel devient l'une des conditions essentielles de la mutation de l'hôpital. On passe d'une gestion courante, administrative, statutaire, à une gestion dynamique et prévisionnelle. Il s'agit d'anticiper sur l'évolution de l'activité et sur les compétences qui seront nécessaires pour l'accompagner. Ceci suppose une connaissance approfondie des contenus d'activité d'une part, de l'expérience, des compétences, des motivations des individus de l'autre.

L'espace d'intervention des responsables hospitaliers se définit dès lors dans un jeu entre une application des statuts - gestion réglementée des agents- et une gestion de la réalité - ajustement entre une activité toujours renouvelée et les compétences individuelles.

3. Recommandations

L'enjeu que représente la gestion du personnel pour accompagner les mutations de l'hôpital et lui donner sa place dans le système de santé, et les constats effectués tout au long de l'étude, nous conduisent à proposer les objectifs suivants :

- Evaluation du potentiel humain

Les indicateurs actuellement disponibles rendent compte des grades et des statuts. Il serait utile de disposer d'information quantitative et qualitative sur le niveau de formation initiale et sur les itinéraires professionnels.

- Associer le personnel d'encadrement aux choix

En position d'interface entre les agents de production et l'équipe de direction, l'encadrement intermédiaire, pour être partie prenante des changements, souhaite être associé aux choix d'orientation. Ces nouvelles fonctions ne relèvent plus seulement de l'expérience dans un domaine professionnel donné. Le développement d'actions de formation spécifiques, mais éventuellement communes aux responsables des différents secteurs, permettrait aux personnels d'encadrement, avec l'élargissement des connaissances et des compétences, d'exercer leurs fonctions de façon plus responsable et plus autonome en devenant de réels partenaires de l'équipe de direction.

- Dresser un bilan des actions de formation

Les actions de formation engagées sont nombreuses. Si une nouvelle politique de formation se met en place, il est difficile de l'apprécier. La lecture des plans de formation, lorsqu'ils existent, ne renseigne que sur le cadre réglementaire de ces formations et non sur l'objectif, le contenu, le personnel formé. Il serait intéressant, aussi, de disposer d'une évaluation de ces actions à la fin de la session et après retour dans le lieu de travail.

- Création d'une fonction études-développement

En préalable aux décisions de redéploiement et d'affectation du personnel, il convient d'envisager une nouvelle façon de concevoir l'organisation, le partage du travail ainsi qu'une nouvelle approche de la qualification et des besoins de formation. Les critères habituels correspondant à une décomposition du travail en tâches ne permettent plus à eux seuls de rendre compte de la modification de la qualification. Appuyer, valoriser ce qui existe en matière d'études et, éventuellement, en promouvoir de nouvelles - qu'il s'agisse d'études ponctuelles, sur un secteur d'activité, ou un type d'outil, ou d'études d'ensemble - permettrait en même temps au personnel d'être partie prenante de l'innovation.

Il semblerait utile d'initier une étude plus systématique sur la sous-traitance : quelle est l'ampleur du phénomène dans les hôpitaux publics, quelles sont les fonctions sous-traitées, quelles sont les solutions adoptées pour le personnel ?

- Favoriser l'expérimentation

Cette période de redéfinition devrait être propice à la mise en place d'expérimentations qui ne sauraient se dérouler sans la participation active des

personnels concernés. Il serait sans doute bénéfique de dépasser les filières traditionnelles d'emploi et de promotion et d'en imaginer de nouvelles en prise avec la transformation du mode de production, le développement d'une activité de service (et les activités associées d'information, communication), voire les orientations plus générales de la politique de santé.

- Développer une fonction information-communication

Si la diffusion de l'outil informatique constitue une amorce de changement dans les pratiques, par une certaine mise à disposition de l'information, l'accès à l'information utile semble rester difficile. Mettre en place, ne serait-ce qu'à titre transitoire, une cellule "information-documentation", véritable plaque tournante, qui assurerait la diffusion et l'échange d'information - de façon transversale et à tous les niveaux - permettrait, en outre, de décroiser l'hôpital.

* * *

La mise en application de ces différents points pourrait améliorer la connaissance de l'activité et des caractéristiques du personnel en place. Mais lever le "flou" qui entoure jusqu'ici ces aspects comporte sans doute un risque qui reste à peser.

Reproduction autorisée à la condition expresse
de mentionner la source



**Centre d'Etudes
et de Recherches
sur les Qualifications**

9, RUE SEXTIUS MICHEL, 75015 PARIS - Tél. : (1) 45.75.62.63 PRIX : 150 F