



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Formation des infirmiers généraux**

Date du Jury : **25-26 octobre 2001.**

---

**LA RÉPARTITION DES EFFECTIFS DU SERVICE DE  
SOINS INFIRMIERS :**

**Reflexion autour d'un processus de légitimation**

**Françoise DOUNIAU FRANÇOIS**

# Sommaire

AVANT PROPOS	5
<b>NOS MOTIVATIONS POUR CE TRAVAIL</b>	<b>7</b>
<b>NOTRE PROBLEMATIQUE</b>	<b>11</b>
<b>NOTRE HYPOTHESE</b>	<b>11</b>
<b>I. CE QUI DÉTERMINE LA DOTATION.</b>	<b>13</b>
<b>I.1. Le budget</b>	<b>13</b>
I.1.1. Définition	13
I.1.2. Ses composantes	13
I.1.2.1. La dotation globale de financement	13
I.1.2.2. Les budgets annexes	14
I.1.2.3. Les tarifs de prestation	14
<b>I.2. Des essais de normes</b>	<b>15</b>
I.2.1. Celles qui reflètent l'existant	15
I.2.1.1. La statistique annuelle d'établissement (SAE)	15
I.2.1.2. Des ratios	17
<u>Le ratio agents/lits</u>	17
<u>Le ratio agents/100 lits</u>	17
<u>Le ratio agents/lits pondérés</u>	17
I.2.1.3. Un constat d'inégalité de répartition sur le plan national	18
I.2.2. Celles qui anticipent	19
I.2.2.1. Des recommandations pour les services d'accueil et urgences, de périnatalité et les alternatives à l'hospitalisation.	19
I.2.2.2. Des essais plus anciens	20
<b>II. Les facteurs qui objectivent leur repartition</b>	<b>20</b>
<b>II.1. Les missions du service public</b>	<b>21</b>
<b>II.2. La prise en compte des besoins des personnes reçues</b>	<b>21</b>
<b>II.3. La notion de nécessité de service.</b>	<b>22</b>
<b>II.4. Les spécificités professionnelles des acteurs du soins</b>	<b>23</b>
II.4.1. Le rôle des IDE	23
II.4.2. Les aides soignantes et aides puéricultrices	24
II.4.3. Les cadres	24
II.4.5. Les cadres supérieurs	24
<b>II.5. Les outils d'analyse de l'activité</b>	<b>25</b>
II.5.1. Le contexte	25
II.5.1.1. Le cadre réglementaire	25
II.5.1.2. Le contexte économique	26
II.5.2. L'analyse de la charge en soins infirmiers	26
II.5.2.1. Les principales méthodes.	26
II.5.1.2. D'autres modèles	28
II.5.3. Les outils d'analyse de l'activité médicale	31
II.5.3.1. le PMSI	31
II.5.3.2. Des outils avant gardistes	31
<b>III. L'INTERACTIVITÉ DES ACTEURS</b>	<b>33</b>
<b>III.1. LES ACTEURS</b>	<b>33</b>
III.1.1. Le directeur	33
III.1.2. Le directeur des ressources humaines	34
III.1.3. l'infirmière générale	34
III.1.4. Les médecins	35

III.1.5. Les instances	35
III.1.5.1. Le conseil d'administration	35
III.1.5.2. Le comité technique d'établissement	35
III.1.5.3. la commission médicale d'établissement	36
III.1.5.4 la commission du service de soins infirmiers	36
<b>III.2. LA RELATION ENTRE LES ACTEURS</b>	<b>37</b>
III.2.1. Définition	37
III.2.2. Les concepts	37
<b>III.3. Quand l'organisation induit les mentalités</b>	<b>39</b>
<b>III.4. La décision de répartition</b>	<b>40</b>
<b>I. LE CADRE DE L'ÉTUDE</b>	<b>41</b>
<b>I.1. La méthode</b>	<b>41</b>
<b>I.2. La préparation des entretiens</b>	<b>42</b>
I.2.1. La grille	42
I.2.2. L'organisation des entretiens	42
<b>I.3. Les limites</b>	<b>43</b>
I.3.1. En ce qui concerne la définition des acteurs.	43
I.3.2. l'exhaustivité des lieux d'enquête.	43
I.3.3. En ce qui concerne le déroulement des entretiens	43
<b>I.4. L'organisation de l'analyse.</b>	<b>43</b>
<b>II. ANALYSE DES ENTRETIENS PAR GROUPE PROFESSIONNEL</b>	<b>44</b>
<b>II.1 ce qui détermine les effectifs À savoir leur définition et leur répartition</b>	<b>44</b>
II.1.1. Le point de vue des directeurs	44
II.1.2. Le point de vue des DRH.	46
II.1.3. Le corps médical	47
II.1.4. Le point de vue des DSSI.	48
II.1.5. Première conclusion	49
<b>II.2.LES OUTILS</b>	<b>50</b>
II.2.1. Le point de vue des directeurs	50
II.2.2. Le point de vue des DRH	50
II.2.3. Le point de vue du corps médical	51
II.2.4. Le point de vue des DSSI	52
II.2.5. Conclusion de cette question	52
<b>II.3. LES ACTEURS</b>	<b>53</b>
II.3.1. Le point de vue des directeurs	53
II.3.2. Le point de vue des DRH	54
II.3.3. Le point de vue du corps médical	55
II.3.4. Le point de vue des DSSI.	55
II.3.5. Conclusion de cette question	55
<b>II.4. Les enjeux d'une politique de répartition</b>	<b>56</b>
<b>III ANALYSE PAR ÉTABLISSEMENT</b>	<b>57</b>
<b>III.1. Une gestion des effectifs empirique</b>	<b>57</b>
<b>III.2. Une gestion plus scientifique</b>	<b>58</b>
<b>III.3. Une gestion tournée résolument vers une analyse de l'activité</b>	<b>58</b>
<b>IV CONCLUSION DE L'ÉTUDE DE TERRAIN</b>	<b>59</b>
<b>IV.1. Sur notre questionnement concernant les modalités de répartition</b>	<b>59</b>
<b>IV.2. Sur la notion que la répartition cherche aujourd'hui à se formaliser</b>	<b>59</b>
<b>IV.3. la formalisation passe par la négociation des principaux acteurs</b>	<b>60</b>
<b>I. CLARIFIER LA LOGIQUE DE RÉPARTITION MISE EN PLACE</b>	<b>63</b>
<b>I.1. Recenser les critères utilisés</b>	<b>63</b>
I.1.1. Une connaissance de la situation exacte des services	63
I.1.2. Une recherche de validation officielle	63

I.1.3. Tenir compte des orientations du PSSI	63
I.1.4. Le projet d'établissement.	64
<b>I.2. Utiliser la synthèse de l'analyse de l'existant.</b>	<b>64</b>
<b>II DÉCLENCHER UN PROCESSUS DE RÉPARTITION</b>	<b>64</b>
<b>II.1. Ouvrir le débat et informer</b>	<b>64</b>
<b>II.2. Promouvoir l'utilisation d'outils</b>	<b>65</b>
<b>II.3. Impulser la mise en place d'une étude de charge de travail</b>	<b>65</b>
<b>III CONSOLIDER LA LOGIQUE DE RÉPARTITION</b>	<b>67</b>
<b>III.1. Une Politique de mobilité</b>	<b>67</b>
<b>III.2. LA gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences (GPEC)</b>	<b>68</b>
<b>III.3. Une capacité à composer avec les acteurs</b>	<b>68</b>
III.3.1 Une nécessaire collaboration avec les acteurs	68
III.3.2. créer des liens	69
III.3.3 Donner du sens	69
<b>III.4. Nous tenir informés et informer sur l'évolution des outils</b>	<b>69</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>71</b>
<b>OUVRAGES</b>	<b>73</b>
<b>ARTICLES, RAPPORTS.</b>	<b>73</b>
<b>MÉMOIRES</b>	<b>74</b>
<b>COURS</b>	<b>74</b>
<b>TEXTES LÉGISLATIF ET RÉGLEMENTAIRES</b>	<b>74</b>
<b>AUTRES</b>	<b>75</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>76</b>

## **AVANT PROPOS**

J.J Rousseau au début du discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes écrit « Je conçois dans l'espèce humaine deux sortes d'inégalités, l'inégalité que j'appelle naturelle ou physique, parce qu'elle est établie par la nature et qui consiste dans la différence des âges, de la santé, des forces du corps et des qualités de l'esprit ou de l'âme, l'autre qu'on peut appeler morale ou politique parce qu'elle dépend d'une sorte de convention et qui consiste dans les privilèges dont quelque uns jouissent au préjudice des autres...».

Cette réflexion touchant les fondements de l'inégalité nous fait évoquer l'organisation hospitalière. Ne peut-on la considérer comme une « sorte de convention » qui répartit des moyens, en particulier, les ressources humaines, entre les différentes unités ? Et si c'est le cas, quelle est la nature de cette convention ? Peut-elle entraîner « des privilèges dont quelques uns jouissent au préjudice des autres » ? Comment s'assurer que les ressources humaines sont distribuées là où est objectivé le besoin correspondant ?

Dans notre pratique professionnelle, nous avons vu des conflits entre les cadres, les équipes, provoqués par des disparités d'effectifs réelles ou ressenties. Les effectifs sont alors dénoncés comme étant insuffisants en regard d'une charge de travail estimée trop lourde. L'infirmière générale est interpellée pour justifier, argumenter la répartition.

Chacun met en avant sa spécificité qui le différencie des autres et justifie un effectif supérieur. Il est extrêmement rare pour ne pas dire impossible qu'un service se reconnaisse un effectif suffisant ou « normal » et que voudrait signifier ce dernier terme ?

L'activité, l'architecture, la population reçue, l'organisation du service ou le contenu de la prise en charge, plus relationnelle ou technique, sont autant d'arguments utilisés. Nous avons observé que ces arguments sont relayés aussi bien par les agents du service que par les cadres et les médecins. Il est donc difficile de s'y retrouver.

Croire à tort ou à raison qu'un service estimé équivalent en lits ou activité dispose de plus de personnels crée des tensions inutiles à l'hôpital.

Si un ressenti d'inégalité de répartition de moyens humains prévaut aux discussions entre professionnels, il parasite les relations.

Tous les hôpitaux ont mis en place une répartition des ressources humaines. Nous souhaitons rechercher la logique qui a prévalu à cette distribution et comprendre le rôle des acteurs dirigeants.

Nous savons déjà que les établissements ne disposent pas des mêmes moyens. Or, tous ont défini une répartition qui leur est propre et devient ainsi institutionnelle.

Nous ne cherchons pas à savoir s'il s'agit de « bonne » ou de « mauvaise » répartition, mais comment s'est construite cette répartition. Quelles sont les règles du jeu ?

*Les sociétés occidentales connaissent de considérables fractures où disparaissent les solidarités naturelles que doivent remplacer des systèmes administratifs de solidarité institutionnelle<sup>1</sup> »*

---

<sup>1</sup> Jean Yves PRAX. *Le guide de knowledge management*. Edition Dunod. Préface Hervé SERIEYX.

# **INTRODUCTION.**

## **NOS MOTIVATIONS POUR CE TRAVAIL**

L'infirmière générale, directeur du service de soins infirmiers, est chargée de son organisation, ce qui correspond à la part la plus importante des effectifs de l'hôpital. Elle propose aussi les affectations.

Outre sa connaissance des besoins des services lui permettant d'expliquer l'utilisation des moyens humains impartis au service de soins infirmiers, elle participe à ce qui détermine la dotation en personnel dans les services.

Le caractère sensible des discussions autour des effectifs demande à la DSSI d'être vigilante sur les critères de répartition. Sujet sensible parce qu'il fait appel aux conditions de travail, à l'évolution des services, à l'amélioration de la prise en charge et à la perception qu'ont les agents de leur charge de travail. Sensible parce qu'il se situe aussi au cœur des revendications syndicales ou du corps médical.

Sujet à la fois stratégique, organisationnel, toutefois chargé d'affectif, il est donc primordial pour la DSSI de savoir se situer dans cet arcane difficile.

Les cadres de santé, les médecins se mobilisent pour réclamer des effectifs supplémentaires. Ils avancent alors des arguments de charge de travail, d'activité, de sécurité et de qualité. Sur quels critères va se baser la réponse ?

Si l'infirmière générale doit arbitrer, argumenter la répartition des effectifs, quels arguments vont lui permettre de l'objectiver ? Comment va-t-elle s'inscrire dans la discussion ?

Nous ne cherchons pas à savoir si les répartitions mises en place sont légitimes mais comment s'est construite cette légitimation, quel rôle chaque acteur a assumé et sur quoi s'est basée la négociation.

## LE CONSTAT

Deux constats s'imposent.

### Le premier est que l'enveloppe Santé coûte cher à la société.

Elias Coca <sup>2</sup>nous rappelle qu'en 1980, les dépenses de santé représentaient 7,6 du produit intérieur brut (PIB), nous plaçant alors au 7<sup>ème</sup> rang mondial en matière de dépenses de santé. En 1997, nos dépenses de santé sont passées à 9,8 % d'un PIB qui s'est multiplié par 2,8. Nous sommes passés à la 3<sup>ème</sup> place mondiale. En 1999; le Parlement a retenu une enveloppe financière de 629,9 milliards de francs pour le budget de la santé pris en charge par l'assurance maladie<sup>3</sup>.

La croissance des dépenses de santé a conduit les pouvoirs publics à rechercher leur maîtrise par la mise en place de restriction budgétaire et d'outils de contrôle. Le budget global mis en place depuis 1984 est, dorénavant, limité par un taux directeur de plus en plus restreint. J.M BONNATI<sup>4</sup> nous précise que « Le taux directeur permettait de comprimer l'augmentation des dotations », pour cette raison, il l'appelle « l'étau directeur » Un effort de rationalisation entraîne une obligation croissante de justifier les moyens demandés par une analyse précise des besoins en personnel.

L'utilisation de ces moyens entraîne une préoccupation des responsables à tous les niveaux. Les directeurs d'agence de l'hospitalisation, les tutelles, les directeurs d'établissement, des ressources humaines et par conséquent les infirmiers généraux puis les cadres, tous sont chargés d'utiliser au mieux les moyens qui leur sont impartis.

### Le second constat met en doute l'équité de la répartition de ces moyens.

Parallèlement à l'augmentation des dépenses de santé, différents rapports dénoncent une inégalité de répartition des ressources et une disparité d'effectifs entre les régions et les établissements.

---

<sup>2</sup> Elias COCA. *Hôpital silence ! Les inégalités entre les hôpitaux* ; Berger- Lavrault, 1998, 459 p, p27.

<sup>3</sup> J.F NOURY. *La gestion médicalisée des établissements de santé. Le PMSI et l'information médicale*. Edition Masson, p2.

<sup>4</sup> J.M BONNATI, G VINCENT. *Les ressources humaines à l'hôpital un patrimoine à valoriser*. Edition Berger-Levrault, 325p, p239.



Elias Coca consacre un ouvrage à démontrer les inégalités entre les établissements.  
<sup>5</sup>Nous pouvons observé l'exemple de la valeur du point ISA entre les régions et entre les établissements d'une même région.(annexe1).et celui du financement des dépenses de santé entre les régions (annexe 2).

La statistique annuelle d'établissement (SAE) présente des chiffres significatifs sur tous les établissements publics et privés. Il suffit de regarder dans un même département des établissements comparables pour voir, en tenant compte de leur activité, combien leurs effectifs en personnels soignants sont différents.

Pour illustrer ce propos, nous prendrons l'exemple du département de l'Allier présenté dans la statistique annuelle d'établissement (SAE) faite par la Direction de la Recherche, des études de l'évaluation et des statistiques (DREES) et publiée par la DRASS Auvergne <sup>6</sup>.

Ce département comporte trois centres hospitaliers à la vocation et à l'activité comparables. Celui du chef lieu a un nombre d'entrées égal à celui de Vichy ou Montluçon. Or son personnel soignant est plus conséquent que les deux autres. Toutefois, nous avons effectué un stage dernièrement dans cet hôpital à un moment de revendication du personnel demandant à la tutelle des effectifs supplémentaires. La SAE montre une situation d'effectif plus favorable que dans les deux autres établissements du département, pour autant, les agents ne ressentent pas cette supériorité numérique.

S'il existe une certaine inégalité de répartition des ressources au niveau national ou régional, comment garantir l'équité au plan local ?

La question de la répartition des effectifs à l'intérieur de l'établissement est une préoccupation qui n'est pas récente. C'est pourquoi, des outils ont été créés pour tenter de définir cette répartition à partir d'éléments objectifs.

En 1963, un rapport de l'IGAS « essai de détermination des normes de personnel dans les établissements hospitaliers » ne verra pas ses conclusions exploitées. En 1965, l'Assistance Publique de Paris publie des normes minimales de fonctionnement pour les disciplines de MCO et pédiatrie. La Fédération Hospitalière de France a suscité plusieurs publications de normes minimum et souhaitables. En 1970, le Ministère crée une

---

<sup>5</sup> Elias COCA. Op cit 43, 45 et 172.

<sup>6</sup> La DREES ; *La statistique annuelle d'établissement. Région Auvergne. 1998 et 1999.*

commission des normes d'équipement et de fonctionnement des établissements d'hospitalisation publics.

En 1978, l'IGAS dans un rapport rappelait que l'article 20 de la Loi hospitalière de 1970 prévoyait la fixation par décret de « normes d'équipement et de fonctionnement ».<sup>7</sup>

Depuis, nous constatons qu'il n'y a pas eu de réelle évolution et nous ne trouvons pas la définition de normes officielles indiquant pour tous les services quel effectif pour quelle activité.

Dans ce contexte, des hôpitaux ont mis en place des outils d'étude de charge en soins ou de travail. Il en existe plusieurs. La méthode des Soins Individualisés à la Personne Soignée (les SIIPS) associée ou non aux Activités Afférentes aux Soins (AAS), le Programme de Recherche en Nursing (PRN) sont plus particulièrement répartis sur le territoire Suffisent-ils pour déterminer l'effectif suffisant et appliquer une répartition équitable, optimale et dans tous les secteurs ?

La question de l'équité de la répartition entraîne une insatisfaction des acteurs accentuée par la difficulté des cadres ou des décideurs à expliquer comment fonctionne le système.

Le décret n° 89-758 du 18 octobre 1989 précise que, dans les missions qui lui sont imparties, l'infirmière générale organise et coordonne le service de soins infirmiers. L'organisation des soins passe par la répartition des moyens humains. Elle participe à la gestion des infirmiers, des aides soignants et des agents des services dont elle propose les affectations. Ces personnes et ces compétences sont réparties selon une logique que nous nous proposons d'étudier.

Le comité technique d'établissement, le conseil d'administration et la commission médicale d'établissement sont les lieux de négociation et de validation de l'organisation des établissements. Dans ces instances, siègent des représentants du personnel, du corps médical. Au conseil d'administration, outre cette même représentation, la moitié des voix est détenue par des élus. Cette particularité n'est pas anodine si nous évoquons l'éventuelle influence du pouvoir politique sur la dotation générale de l'établissement.

L'infirmière générale se situe au carrefour de ces logiques avec les impératifs suivants : elle participe à une rigueur de gestion pour réduire les coûts, elle cherche à optimiser

---

<sup>7</sup> Martine SERVAT. *La détermination des effectifs soignants dans les établissements hospitaliers, intérêt des études de charge de travail*. Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique. Médecin inspecteur. 1992, .p20.

l'utilisation des moyens humains et doit ainsi argumenter leur répartition ainsi que toute demande d'effectif supplémentaire. Parallèlement à cela, nous basant sur notre expérience, nous avons remarqué que d'autres acteurs interviennent auprès du directeur pour réclamer des effectifs. Ainsi, les médecins, les syndicats peuvent interférer une organisation définie préalablement et détourner une logique de répartition. Ils interviennent dans les instances ou directement en cherchant à exercer une certaine pression.

Nous sommes en présence d'un contexte composé de textes, d'acteurs dont les enjeux influencent l'utilisation des ressources sans qu'une norme clairement définie soit établie.

Dans ce contexte d'absence ou d'insuffisance de normes, l'infirmière générale doit chercher à mettre en place une organisation la plus rationnelle possible.

## **NOTRE PROBLEMATIQUE**

A partir de notre expérience, nous avançons l'idée que les principaux acteurs de la clé de répartition des effectifs sont, outre le directeur qui tient compte ou partiellement de l'avis des instances, le corps médical, le directeur des ressources humaines et l'infirmière générale. La répartition des effectifs est l'aboutissement des négociations entre ces différents acteurs.

Dans ce contexte d'insuffisance de normes, la légitimation de la répartition des effectifs est, en fait, un processus propre à chaque établissement. La répartition résulte d'une logique qui, une fois mise en application, devient institutionnelle, «légitime». Cette légitimité n'existe donc pas d'emblée. Elle se construit à partir des arguments utilisés.

Il nous paraît alors indispensable de comprendre comment les acteurs déterminants se positionnent dans ce processus de négociation pour faire aboutir leur logique de répartition et quels arguments ils utilisent.

## **NOTRE HYPOTHESE**

En l'absence de normes institutionnelles, nous nous trouvons dans un contexte flou, de négociation non formalisée. Dans cette situation informelle, naissent des formes de légitimation de la distribution des moyens humains.

Des outils existent, qui tentent d'expliquer les besoins exprimés à partir de l'activité comme le PMSI ou des études de charge de travail. Toutefois, nous émettons l'hypothèse que ces outils ne sont utilisés que s'il y a, au préalable, la préoccupation d'une bonne utilisation des moyens humains.

D'autre part, si ces outils sont mis en place, nous souhaitons comprendre dans quelle mesure ils entrent dans la négociation entre les principaux acteurs.

Dans ce contexte flou, nous avançons l'idée que la répartition des ressources humaines est le résultat de jeux informels, qui peuvent ou non tenter de se formaliser. Dès lors, elle s'impose comme étant institutionnelle et devient légitime dans le sens où elle n'est pas remise en question par les décideurs.

L'infirmière générale doit comprendre comment fonctionne ce processus pour s'y inscrire. Si elle veut impulser une répartition rationnelle, elle doit identifier le positionnement des principaux acteurs.

Nous souhaitons observer ce processus de légitimation de la manière suivante :

Notre première partie présentera ce qui permet de définir des effectifs, la dotation ou les moyens alloués, le cadre réglementaire. Ensuite, nous étudierons les facteurs qui peuvent expliquer leur répartition. Nous rechercherons ce qui relève des missions, des outils d'évaluation existants, du rôle des différents acteurs. Nous analyserons alors le processus de négociation entre les décideurs.

Notre deuxième partie portera sur une enquête faite sur le terrain. Nous analyserons les réponses apportées à ces questionnements à partir d'entretiens menés dans différents établissements, auprès du directeur, de la DSSI, du DRH et d'un représentant du corps médical.

La dernière partie nous permettra, à la lumière des informations recueillies, d'envisager un plan d'action dans lequel nous nous positionnerons comme infirmière générale. A partir de ce que nous aurons découvert, nous proposerons un plan d'actions nous permettant de nous inscrire et agir dans le processus de négociation.

# PREMIERE PARTIE : LES PROCEDURES EN AMONT OU LA DETERMINATION DES EFFECTIFS.

Pour aborder ce sujet, il nous semble nécessaire de recenser tous les facteurs qui permettent d'expliquer la définition des effectifs.

En premier lieu, nous aborderons ce qui détermine le fonctionnement de tout établissement, à savoir les moyens financiers dont il dispose.

## **I. CE QUI DETERMINE LA DOTATION.**

### **I.1. LE BUDGET**

#### **I.1.1. Définition**

Élément essentiel de la gestion d'un hôpital, le budget est l'acte par lequel sont prévues et autorisées ses dépenses et ses recettes pour une année. Il détermine les dotations nécessaires à l'établissement pour remplir les missions qui lui sont imparties dans le respect du projet d'établissement en fonction notamment des objectifs et des prévisions d'activité présentés par le directeur de l'établissement au vote du conseil d'administration.

Le budget et ses décisions modificatives sont préparés par le directeur et soumis pour avis aux instances. Il est entériné par le vote du conseil d'administration.

Il fixe le montant de la dotation globale et des tarifs de prestation. Les autorisations de dépense et les prévisions de recettes sont réparties par groupe fonctionnel.

#### **I.1.2. Ses composantes**

##### *I.1.2.1. La dotation globale de financement*

Mise en place par le Décret du 11 août 1983. Elle a remplacé la facturation sur la base du prix de journée jugée trop inflationniste.<sup>8</sup>

L'assurance maladie finance 85% du budget par le biais de cette dotation globale. (les 15 % restant étant fournis par les recettes diverses).

---

<sup>8</sup> J.M BONNATI, G VINCENT . Ibidim, p239.

Le budget général se présente en deux sections.

La section d'exploitation et la section d'investissement. Les deux doivent être votées en équilibre. Nous allons nous intéresser plus particulièrement à la section d'exploitation.

Celle-ci comprend 4 groupes de dépenses :

- ◆ Le groupe 1 les charges d'exploitation relatives au personnel ;
- ◆ Le groupe 2 regroupant les dépenses médicales et pharmaceutiques ;
- ◆ Le groupe 3 relatif aux dépenses hôtelières et générales ;
- ◆ Le groupe 4 concernant les amortissements, remboursements d'emprunts.

Celui qui intéresse notre sujet est le groupe 1 relatif aux dépenses de personnel. Celles-ci correspondent à 70 %, voire plus de 75 %, de toute la section d'exploitation. Les critères pris en compte sont les effectifs, l'évolution des salaires, le facteur de « glissement, vieillissement, technicité » (GVT) et les mesures statutaires.

La détermination de ses dépenses suppose des préalables tels que :

- ◆ un suivi rigoureux des effectifs: théorique et réel, des mensualités de remplacement;
- ◆ une gestion prévisionnelle des emplois, sur le plan quantitatif comme les départs à la retraite et qualitatif comme le reclassement professionnel.

#### *1.1.2.2. Les budgets annexes*

Pour les unités de soins de longue durée et chacune des activités relevant de la Loi n° 75-535 du 30 juin 1975, les dépenses ont une présentation identique à celle du budget général. Les structures pour toxicomanes ou de lutte contre l'alcoolisme regroupent également dans le groupe 1 les charges d'exploitation relatives au personnel. Toutefois, ces budgets sont présentés à part.

#### *1.1.2.3. Les tarifs de prestation*

A l'exception de ceux relatifs aux soins de longue durée, ils sont calculés pour chaque catégorie tarifaire, en divisant le prix de revient prévisionnel par le nombre de

journées d'hospitalisation prévues. Ils comprennent le forfait journalier pris en charge par l'utilisateur ou sa mutuelle.

D'une manière simplifiée, nous pouvons considérer que le budget se définit à partir des critères suivants :

- ◆ L'activité prévisionnelle, le nombre de journées réalisées et le taux d'occupation souhaité ;
- ◆ La charge de soins prévisible en fonction du type de malades reçus, de leur niveau de dépendance ;
- ◆ L'analyse des fonctions par niveau, IDE, AS et encadrement ;
- ◆ L'analyse des contraintes, par exemple la nécessité ou non d'assurer la continuité des soins sur 24 heures, 7 jours sur 7.

Il est donc intéressant de rechercher, maintenant, comment se précisent les moyens et recenser les outils qui peuvent aider à définir ces effectifs.

## **I.2. DES ESSAIS DE NORMES**

Nous avons rencontré deux logiques. D'une part, les outils qui décrivent l'existant. D'autre part, ceux qui anticipent et cherchent à instituer des normes que les établissements doivent appliquer.

### **I.2.1. Celles qui reflètent l'existant**

Ce sont des photographies de la situation des établissements. Leur intérêt majeur est de pouvoir établir des comparaisons.

#### *1.2.1.1. La statistique annuelle d'établissement (SAE)*

Cette enquête est commune à tous les établissements de santé, publics, et privés.

Son résultat est publié par la direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques (la DREES). Chaque établissement fait l'objet d'une fiche de synthèse. Il en est de même pour le département (annexe 4).

Différents tableaux présentent ce qui relève de l'activité, de l'équipement lourd et l'activité qui s'y rapporte et de la dotation en effectifs.

### En ce qui concerne l'activité

Sont précisés les lits installés d'activité, MCO, psychiatrie, toxicomanie, alcoologie, SSR, SLD, le mode d'hébergement, les modes d'hospitalisation et les consultations.

Un autre tableau précise le nombre d'accouchements, d'interruptions de grossesse et de passages aux urgences.

### En ce qui concerne les équipements lourds

Des tableaux recensent le nombre de malades et d'actes pratiqués, les activités de soins autorisées ainsi que les activités des plateaux médico-techniques, les activités de bloc et le nombre d'interventions .

### En ce qui concerne les effectifs

Tous les personnels sont répertoriés, soignants, administratifs, médicaux. Un total est fait pour les services de soins et un autre pour les autres personnels.

Parmi les personnels soignants sont distingués, les IDE et IDE spécialisés, les AS et les ASH. et le personnel d'encadrement.

Il est donc très facile de comparer entre les établissements similaires. Cela donne une indication sur le rapport entre effectifs et le nombre de lits ou le nombre d'entrées.

La SAE ne donne pas d'indication sur les critères de répartition des effectifs de l'établissement mais sur leurs moyens humains et leur activité Or, la répartition ne peut se faire qu'à partir des effectifs dont on dispose. D'autre part, avant de réclamer des effectifs supplémentaires avec des créations de poste, il peut être utile de vérifier ceux des autres établissements.

La SAE donne une photographie des établissements. Elle est un élément comparatif mais n'indique pas une norme.



### *1.2.1.2. Des ratios*

Différents ouvrages font apparaître des ratios publiés par le Ministère ou les DRASS. Nous utiliserons l'exemple paru dans un article de gestion hospitalière.<sup>9</sup>

#### *Le ratio agents/lits*

Son calcul est simple, il s'agit du rapport entre le nombre d'agents permanents inscrits au tableau des effectifs budgétaires et le nombre de lits occupés.

La limite de ce type de ratio est évidente, elle ne prend en considération ni le type de personnel, ni l'activité de l'établissement.

#### *Le ratio agents/100 lits*

Sans valeur normative formelle, il sert à comparer et situer l'établissement dans un éventail.

#### *Le ratio agents/lits pondérés*

Cette méthode a été élaborée par la Direction des Hôpitaux en 1979. Chaque type de lits est affecté d'un coefficient multiplicateur et part du principe qu'un lit nécessite d'autant plus de personnel qu'il est actif. Il a donc été considéré que :

- 1 lit de médecine, chirurgie ou obstétrique équivaut 1, 50 lit pondéré ;
- 1lit de psychiatrie à 1 lit pondéré ;
- 1 lit de moyen ou long séjour à 0,75 lit pondéré ;
- 1 lit d'hébergement à 0,50.

Le nombre de lits pondérés est obtenu en multipliant le nombre de lits dans chacun des services par le coefficient de pondération et en faisant la totalisation. Cet article de la revue de Gestion hospitalière<sup>10</sup> explique que ce nombre de lits pondérés constitue une « monnaie de compte » permettant de mesurer le taux d'encadrement en personnel des établissements. Toutefois ce calcul ne prend en compte ni la variabilité entre les services d'une même discipline, ni la rotation des malades, ni la lourdeur des cas reçus liée au vieillissement de la population.

---

<sup>9</sup> Dominique MATHIS ; *La réduction des disparités entre établissements dans une situation de stabilisation de moyens*. Les cahiers de gestion hospitalière n°51, p 656.

<sup>10</sup>MATHIS D. Ibidim , p 658.

Ces ratios permettent une comparaison entre les établissements. Ils devraient être uniformes si la dotation en personnel correspondait à l'activité. Ils mettent en évidence des inégalités de dotation.

### *1.2.1.3. Un constat d'inégalité de répartition sur le plan national*

Nous avons déjà cité le livre d'Elias Coca « les inégalités entre les hôpitaux »<sup>11</sup>. Nous avons ainsi présenté différents tableaux publiés par le ministère de la Santé. Ces tableaux mettent en évidence des niveaux d'inégalités.

Un article paru dans les cahiers de gestion hospitalière nous montre, pour une région donnée, un exemple d'inégalité entre établissements de ratio agents/lits réel et la comparaison avec le ratio pondéré (annexe 5).

Il nous paraît intéressant de nous pencher sur ce constat d'une certaine inégalité pour trois raisons.

La question de l'équité de la dotation est sous-jacente dans le ressenti des équipes sur ce fait que tous les établissements n'ont pas les mêmes moyens. Nous pouvons penser qu'un établissement avec un ratio agents/lits inférieur à d'autres, a le risque d'une réputation d'effectif insuffisant et de conditions de travail inconfortables. Cet établissement aura peut être plus de difficulté à recruter qu'un autre.

Tout établissement ne peut répartir que les moyens dont il dispose.

Enfin, puisqu'une inégalité de répartition est dénoncée au niveau national ou régional, comment l'éviter sur un plan local ?

Ce constat d'inégalité abondamment développé ces dernières années a conduit le Ministère à anticiper. Celui ci a publié des recommandations précisant le personnel nécessaire en regard du nombre de patients pour certaines activités.

---

<sup>11</sup> Elias COCA : Les inégalités entre hôpitaux.

## **I.2.2. Celles qui anticipent**

Elles correspondent à des efforts de normalisation et concernent certains secteurs d'activité.

*I.2.2.1. Des recommandations pour les services d'accueil et urgences, de périnatalité et les alternatives à l'hospitalisation.*

Il s'agit de :

La Circulaire n°DH.4B/D.G..S. 3 E/91.34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences.

Le Décret n° 98.899 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale.

Le Décret n° 92.1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation.

### L'intérêt de ces textes

Ils indiquent l'effectif souhaité en regard d'une certaine activité, par nombre de patients ou de passages. En définissant une même norme pour tous les établissements, ils œuvrent en faveur d'une recherche d'égalité. Ils renseignent sur ce vers quoi il faut tendre. Ils influent sur la dotation de ces services. Leur application se fait soit à moyen constant et entraîne alors une modification de la répartition ; soit avec moyen supplémentaire.

### Leurs limites

Ils ne concernent que certains services. Se pose alors la question des normes pour tous les autres secteurs d'activités et ils sont nombreux (chirurgie, médecine, SSR, soins intensifs, psychiatrie...). Si seuls certains services font l'objet de normes cela risque d'entraîner une déconsidération des autres secteurs.

Définir des normes pose aussi la question de leur application. Il peut paraître contradictoire d'indiquer des effectifs à respecter et ne pas donner le moyen de les appliquer, entraînant alors un redéploiement du personnel préjudiciable à d'autres secteurs.

### *1.2.2.2 Des essais plus anciens*

La CIRCULAIRE N° 1403 du 6 juin 1977 relative aux modalités d'organisation et de fonctionnement des établissements de moyen et de long séjour.

Nous apprenons que « pour l'effectif en personne, le rapport agent/lit ne doit pas dépasser le chiffre de 0,6 à 0,7. Ce rapport pourra être diminué si l'établissement peut bénéficier des services d'un établissement hospitalier préexistant. Cet effectif doit comporter un encadrement suffisant d'infirmières et de kinésithérapeutes ».

Pour un service de moyen séjour, le ratio agent/lit ne doit pas être supérieur à 0,8<sup>12</sup>».

Nous remarquons que ce texte, contrairement à ses homologues contemporains, pose une limite à ne pas dépasser et ne tient pas compte du niveau de dépendance des cas reçus .

La Circulaire n° 280 du 7 février 1989 relative à la mise en œuvre de schémas régionaux de réanimation. L'objectif à atteindre est le suivant, qu'il y ait 24h/24 : 2,7 IDE pour 8 malades avec une formation adaptée et 1 aide soignante pour 4 malades.

Un nouveau texte est actuellement en cours d'élaboration pour définir des recommandations de fonctionnement pour les unités de réanimation.

Nous avons vu que différents éléments déterminent la dotation en effectifs des établissements et de certains services. Il s'agit maintenant de rechercher comment se fait la répartition.

## **II. LES FACTEURS QUI OBJECTIVENT LEUR REPARTITION**

Nous avons fait le constat que nous disposons de peu de normes pour établir une répartition institutionnelle.

Toutefois, les dirigeants des établissements en appliquent une. Nous étudierons si elle est liée à l'interaction du fonctionnement propre au service public hospitalier au professionnalisme des soignants, au rôle des acteurs « décideurs » et à une négociation qui se fait entre eux.

---

<sup>12</sup> Martine SERVAT. *La détermination des effectifs soignants dans les établissements hospitaliers*.p25.

## II.1. LES MISSIONS DU SERVICE PUBLIC

Les missions du service public hospitalier ont été définies et précisées par les différentes Lois hospitalières et sont contenues dans le code de la Santé Publique.

L'article L 6111-1 précise les missions des établissements de santé publics qui assurent « les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient. Ils participent à des actions de santé publique, à la mise en œuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire et organisent la lutte contre les infections nosocomiales ».

L'article L 6112-2<sup>13</sup> rappelle que les établissements de santé publics ont pour objet de dispenser avec ou sans hébergement , des soins de courte durée en MCO, odontologie ou psychiatrie, des soins de suite et réadaptation et des soins de longue durée pour des personnes dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

L'article L.6112-2 pose l'obligation aux établissements publics de santé de garantir l'égal accès de tous aux soins. Ils doivent être ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services. Ils doivent être en mesure de les accueillir de jour comme de nuit., éventuellement en urgence. Ils dispensent aux patients les soins préventifs, curatifs ou palliatifs. Ils veillent à la continuité de ces soins.

La définition de l'activité va ainsi déterminer la présence de personnel nécessaire et l'organisation à mettre en place. Le fait d'accueillir des personnes 24 heures sur 24 heures impose de prévoir l'effectif pour assurer ces missions. La nature des soins va déterminer la qualification des professionnels.

## II.2. LA PRISE EN COMPTE DES BESOINS DES PERSONNES REÇUES

Outres ces missions clairement définies, d'autres injonctions se sont ajoutées, influençant la conception et l'organisation des soins.

---

<sup>13</sup> Code de la Santé Publique. *Sixième partie, Livre I<sup>er</sup>, Titre 1<sup>er</sup>, chapitre 1<sup>er</sup>, les missions des établissements de santé.* Journal Officiel, p 37673-37674.

Nous évoquerons la charte du patient hospitalisé et la charte de la personne âgée dépendante en institution. En nous basant sur notre expérience, nous avançons l'idée que l'application de ces textes change la façon de travailler des soignants. La reconnaissance des droits du patient influence sa prise en charge et son organisation. Nous citerons l'exemple du droit à l'information. Informer le malade, l'associer aux décisions requiert du temps.

La coordination des soins va s'apprécier en fonction des objectifs à atteindre. Dans ce sens, nous partageons le point de vue des auteurs de l'enquête INSERM portant sur les inégalités sociales de la santé « la nature de cet objectif dépend du jugement porté par chaque professionnel sur les besoins d'une personne, en fonction de l'analyse qu'il fait de son état de santé, en référence à ses propres représentations de la santé et des soins et en associant de manière très variable la personne concernée ». <sup>14</sup>

Travailler auprès d'une personne dépendante physiquement et /ou psychiquement en respectant son rythme de vie nécessite une présence attentive et un temps agent que ne donne pas une organisation dite de soins de série, où le contenu du soin prévaut sur la personne soignée. Nous notons que le questionnaire d'auto évaluation de la qualité relatif à la réforme de la tarification des institutions recevant les personnes âgées dépendantes évalue la prise en compte de la personne dans sa prise en charge. L'élaboration d'un projet de vie en service de gériatrie pourrait permettre de définir les effectifs nécessaires pour appliquer ces objectifs.

### **II.3. LA NOTION DE NECESSITE DE SERVICE.**

Cette notion est importante dans notre contexte de service public puisqu'elle induit notre obligation d'y pourvoir. La nécessité de service prévaut comme la priorité de notre organisation Jean-Marie CLEMENT <sup>15</sup> rappelle « qu'elle donne aussi le droit au directeur d'assigner des agents ou de leur confier certaines tâches dans le respect de la réglementation ».

Pour répondre à ses missions, chaque établissement met en place un roulement et des horaires qui lui permettent d'avoir le personnel présent nécessaire.

---

<sup>14</sup> A. LECLERC, D. FASSIN, H. GRANDJEAN. *Les inégalités sociales de santé* . Enquête INSERM.

<sup>15</sup> Jean-Marie CLEMENT .*Les pouvoirs à l'hôpital* .Edition Berger- Levraut, 1995, 189p, p20.

Pour assurer la gestion quotidienne, l'infirmière générale met en place une organisation où est défini l'effectif prévu pour assurer les nécessités de service. Le plus souvent, les cadres des unités ont défini un effectif dit de semaine, celui qui est le plus souvent rencontré et un du dimanche. Il est distingué un effectifs dit minimum permettant à l'équipe d'effectuer les soins indispensables. Ceux-ci pouvant être définis comme étant ceux qui ne peuvent être reportés. Ce dernier est celui qui est retenu en cas de grève.

La nécessité de service détermine une norme qui fait qu'un agent peut ou non s'absenter du service, avec des autorisations pour des raisons spécifiques. Il ne peut le faire que si l'organisation mise en place et la charge de travail le permettent.

Quand un effectif minimum est défini, il est distingué d'un effectif plus conséquent, considéré comme normal. Il correspond alors à une situation exceptionnelle de grève ou d'absence. La définition des effectifs nécessaires dépend ainsi de l'évaluation des soins « courants » ou habituels, indispensables ou plus facultatifs. Nous ne pouvons ignorer que les équipes acceptent mal qu'un effectif minimum perdure.

## **II.4. LES SPECIFICITES PROFESSIONNELLES DES ACTEURS DU SOINS**

Les soins indiqués dans les missions du Service Public Hospitalier sont déclinés et répartis en fonction des rôles des différents acteurs. Se distinguent le corps des infirmières, celui des infirmières spécialisées, des cadres supérieurs et des aides soignantes. Chaque corps comprend des grades qui peuvent parfois correspondre à des métiers spécifiques. Par exemple, le corps des IDE comprend le grade de cadre, celui des aides soignants comprend les aides puéricultrices et des aides médico- psychologiques.

### **II.4.1. Le rôle des IDE**

Le décret n° 93-345 du 15 mars 1993, actuellement en vigueur, définit les actes infirmiers. Ils sont de nature technique, éducative et relationnelle et tiennent compte de la dimension psychologique de la personne. Le décret distingue ce qui relève du rôle propre infirmier de ce qui dépend de la prescription médicale.

Les infirmières peuvent devenir cadres ou se spécialiser dans trois domaines, la puériculture, l'anesthésie et la salle d'opération. La spécialisation, si elle apporte des connaissances supplémentaires au cursus initial délimite les lieux d'exercice aux secteurs où elle se situe.

Les infirmières sont présentes dans tous les secteurs d'activité. Elles sont secondées par les aides soignantes.

#### **II.4.2. Les aides soignantes et aides puéricultrices**

Leurs missions sont définies par la circulaire n° 96-31 du 19 janvier 1996 relative au rôle et aux missions des aides soignantes et des auxiliaires de puériculture dans les établissements hospitaliers.

Elles travaillent en collaboration avec les infirmières qui peuvent faire appel à elles dans le cadre de leur rôle propre défini à l'article 2 du décret du 15 mars 1993.

Cette possibilité induit comme conséquence organisationnelle qu'une partie des actes infirmiers sont effectués par les aides soignantes. Cela nous amène à considérer qu'il y a 2 niveaux de soins infirmiers. Ceux qui requièrent une présence de l'infirmière indispensable car ne pouvant être déléguée et ceux qui peuvent être pris en charge par l'aide soignante. Cette répartition du travail va influencer la définition des effectifs nécessaires selon le service considéré.

#### **II.4.3. Les cadres**

Nous les évoquerons pour deux raisons. Ils sont comptabilisés dans les effectifs du service de soins infirmiers et ils organisent les soins dans les unités fonctionnelles. Ils prévoient la présence des soignants en fonction des besoins de la population reçue. Ils vont donc définir le nombre et la qualification requise des agents qu'ils encadrent.

Ils sont aussi les intermédiaires qui mettent en œuvre la politique et le projet de soins infirmiers à partir des effectifs dont ils disposent ou réclameront des effectifs particuliers.

Ils interviennent donc directement dans la définition des effectifs. D'autre part, ils occupent une position très proche des médecins avec lesquels ils partagent l'organisation de l'activité. Les médecins par leurs prescriptions et leur spécialité influencent directement le contenu des actes infirmiers.

#### **II.4.5. Les cadres supérieurs**

Collaborateurs de l'infirmière générale, ils assurent l'organisation d'un secteur. Ils peuvent également assurer une mission transversale et conduire un projet.

Ils sont amenés à répartir les moyens humains entre les différents services. Ils doivent pouvoir argumenter cette répartition auprès des cadres et des médecins.



Nous avons vu que la définition et la répartition des effectifs sont suscitées par les missions du service public, la nature et la complexité des soins qui nécessitent des compétences particulières et influencent le nombre et la qualification des agents. Ces déterminants conduisent ainsi à la définition des effectifs et contribuent à une certaine répartition.

Toutefois, si nous avons trouvé des facteurs influençant, ils ne suffisent pas à établir une répartition nationale, clairement définie qui tienne compte aussi du facteur activité.

C'est pourquoi, un certain nombre d'hôpitaux utilise des outils qui mettent en valeur l'activité. Nous citerons les outils d'étude de charge de travail qui comptabilisent les soins infirmiers faits et les outils qui traduisent en valeur économique l'activité médicale.

## **II.5. LES OUTILS D'ANALYSE DE L'ACTIVITE**

Nous ne pouvons rechercher ce qui permet d'argumenter une répartition des ressources sans évoquer les outils qui objectivent la quantité de soins. Nous abordons maintenant l'aspect analyse des besoins.

Les établissements de santé concourent à l'évaluation des soins et, à cette fin, procèdent à l'analyse de leur activité.

### **II.5.1. Le contexte**

#### *II.5.1.1. Le cadre réglementaire*

Le code de la Santé Publique met en avant l'impératif d'évaluation. Le chapitre III s'intitule « Evaluation, accréditation et analyse de l'activité des établissements ». L'article L 6113-1 dispose<sup>16</sup> : « Afin de dispenser des soins de qualité, les établissements de santé sont tenus de disposer des moyens adéquats et de procéder à l'évaluation de leur activité » L'article L 6113-2 précise ». Les établissements de santé développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins ». L'article L6113-7 précise que, pour procéder à l'analyse de leur activité, les établissements de santé « mettent en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte des

---

<sup>16</sup> Code de la Santé Publique. Journal Officiel, p 37674-37675.

pathologies et des modes de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité, des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins ».

Le référentiel GRH 4 du manuel d'accréditation<sup>17</sup> stipule que « La gestion prévisionnelle des ressources humaines permet l'adaptation des ressources humaines aux évolutions de l'établissement ». Le référentiel GRH 4 b précise que cette gestion permet « d'assurer les prestations de soins selon les exigences des postes, l'évaluation de la charge de travail, les nécessités de remplacement et la compétence du personnel ».

### *II.5.1.2. Le contexte économique*

Utiliser un instrument qui permet de quantifier les soins infirmiers et ainsi le temps nécessaire participe à la rationalisation des coûts. De plus le service de soins infirmiers a besoin d'un outil d'observation et de mesure pour comprendre le processus de consommation et de distribution des soins.

L'évaluation des soins infirmiers vise ainsi l'efficacité c'est à dire, le meilleur rapport entre le résultats obtenus et les moyens utilisés. Elle contribue à la nécessité de maîtrise des dépenses de santé et aide à répartir les effectifs selon des critères quantitatifs.

L'activité infirmière est dépendante de l'activité médicale pour certains soins et indépendants pour les soins liés au rôle propre.

### **II.5.2. L'analyse de la charge en soins infirmiers**

C'est une opération mathématique, elle passe par une conception préalable de définition des différents soins infirmiers.

#### *II.5.2.1. Les principales méthodes.*

*LES SOINS INFIRMIERS INDIVIDUALISES A LA PERSONNE SOIGNEE (SIIPS).* Cette méthode créée par une infirmière générale, Marie Claude BEAUGHON. a été validée par la direction des Hôpitaux à la suite d'une expérimentation dans plusieurs sites pilotes. Préalablement éditée pour le court séjour, elle s'est ensuite étendue aux secteurs de gériatrie et psychiatrie.

---

<sup>17</sup> ANAES, manuel d'accréditation des établissements de santé. Référentiel GRH, p69.

### Ses objectifs

Les SIIPS prennent en compte les soins requis, ceux dispensés pour répondre aux besoins du malade.

Ils évaluent la charge en soins infirmiers directs pour un malade en tenant compte de la nature du soin. Ils distinguent :

- les soins de base regroupent les soins de nursing au sens large, hygiène corporelle, aide à la mobilisation, à l'alimentation, à l'élimination....
- les soins techniques concernent les injections, perfusions, les soins faits essentiellement sur prescription médicale
- Les soins relationnels et éducatifs correspondent à l'information, l'accompagnement psychologique, l'éducation du malade et de son entourage.

La cotation peut être quotidienne ou hebdomadaire, si la forme manuelle est possible l'informatisation est vivement souhaitable pour une facilité d'utilisation et d'exploitation.

### Son mode de calcul

La méthode consiste à mesurer l'intensité des soins directs en les répartissant en quatre coefficients correspondant à des temps moyens pondéré pour chaque catégorie des soins. Ces coefficients sont 1, 4, 10 et 20 ( Durant l'observation, les fourchettes de temps les plus fréquemment rencontrées ont été retenues et leur temps médian calculé. Ces temps sont 25, 100, 250, 500 minutes . Or,  $25 \text{ mn} \times 1 = 25$ ,  $25 \times 4 = 100$ ,  $25 \times 10 = 250$  )

Les SIIPS peuvent être complétés par le calcul des actes afférents aux soins (AAS) qui évalue les soins indirects.

### *La méthode PRN.*

Le programme de recherche en nursing est une méthode d'origine québécoise. Elle a été conçue avec un support informatique.

### Ses objectifs.

Organiser une gestion prévisionnelle des effectifs.

Quantifier les besoins en ressource humaine grâce à une étude de la charge de travail totale, par service, par équipe et par poste de travail.

#### Son mode de calcul

Le PRN évalue la charge de travail totale du personnel soignant à partir des soins requis par patient sur les 24 heures à venir.

Il procède à une mesure prévisionnelle qui concerne les soins directs et indirects.

Le niveau de soin requis par malade est constitué par une liste de 214 facteurs pour le PRN 80 et de 254 facteurs pour le PRN 87. Ces facteurs recensent les actes de soins et identifient la nature précise de l'activité. L'activité est traduite en point, un point valant 5 minutes. La valeur du point est égale au temps requis pour l'exécution de chaque soin avec prise en compte du nombre d'intervenants et de la fréquence de l'acte par 24 heures. L'addition des points équivaut aux soins nécessaires pour un patient.

La cotation se fait quotidiennement

#### *II.5.1.2. D'autres modèles*

##### *La méthode EXCHAQUET*

Méthode basée sur la répartition des malades en niveau de dépendance. L'instrument de mesure est établie à partir des besoins fondamentaux de la personne soignée. Chaque critère est pondéré par un indice de gravité de 1 à 4. Pour estimer le besoin en personnel d'une unité, il faut définir le nombre de patients par niveau de dépendance et la durée des soins directs par 24 heures correspondant à chaque catégorie de dépendance, la durée des soins indirects.

Pour estimer le besoin en personnel d'une unité il faut connaître :

Le nombre de patients dans chaque catégorie de dépendance. La durée des soins directs par 24 heures correspondant à chaque catégorie de dépendance. La durée des soins indirects.

Cette méthode est limitée car elle ne permet pas de distinguer la nature des soins ni leur durée respective.

### *LA méthode PENDISCAN*

C'est une échelle de dépendance basée sur une classification internationale des handicaps. Son objectif est de qualifier le niveau de dépendance des patients et les soins requis. Les soins relationnels et éducatifs ne sont pas évalués.

### *L'ECHELLE KARNOSKY*

C'est une échelle de qualité de vie dans les activités de la vie quotidienne. La définition de cette qualité de vie se situe à un niveau fonctionnel. Cet indicateur est lié à la personne et non à l'activité des acteurs. L'aide à apporter n'est pas définie.

### *LE SYSTEME OMEGA*

C'est une échelle thérapeutique proposée par les réanimateurs français. L'idée est de remplacer les lettres traditionnelles par des marqueurs d'activité spécifiques à chaque spécialités. 45 actes thérapeutiques ont été retenus répartis en 3 catégories. Selon leur catégories, les actes sont enregistrés une seule fois, quelque soit le nombre de fois où ils sont réalisés, une fois par jour ou à chaque réalisation.

### *LE DIAGNOSTIC INFIRMIER*

C'est l'énoncé d'un jugement sur les réactions aux problèmes de santé présents ou potentiels d'une personne. Les diagnostics servent de base pour choisir les interventions de soins visant l'atteinte de résultats dont l'infirmière est responsable.

Le résumé de soins infirmiers (RSI).

On y retrouve les diagnostics infirmiers ou l'intensité de soins infirmiers en partant d'indicateurs d'activité.

### *LE SYSTEME TISS*

Méthode venue des Etats Unis, elle repose sur l'utilisation de 78 items thérapeutiques. La valeur de chaque acte thérapeutique tient compte de sa complexité, du risque et du temps nécessaire pour le réaliser. Elle varie de 1 à 4 points. Les points TISS évaluent la gravité des malades du seul secteur de réanimation.

## *L'INDICE DE PONDERATION EN SOINS INFIRMIERS (IPSI)*

Indice déterminé par un groupe d'infirmiers français sur la base d'une méthode de pondération américaine. A chaque groupe homogène de malades (GHM), correspond un IPSI. Celui-ci varie de 1 à 8 . L'IPSI est indépendant de tout relevé infirmier et seule son appartenance à un GHM donné définit un niveau de charge en soins. L'IPSI ne tient pas compte de la variabilité des soins infirmiers à l'intérieur d'un même GHM .

Nous ne pouvons que souligner le nombre important de modes de calcul.

### Leurs avantages

ils offrent diverses possibilités d'évaluation et témoignent d'une volonté de connaître ce qui se fait dans les services.

ils objectivent les soins faits, et précisent la nature de ces soins.

Certains calculent le temps personnel nécessaire et dans ce sens, aident à définir le nombre d'agents.

Ils permettent de faire reconnaître le travail infirmier.

### Leurs limites.

La diversité des méthodes montre la difficulté à trouver un consensus qui satisfasse tout le monde et risque de créer des querelles de chapelles.

Ils ne permettent pas tous de définir le personnel nécessaire.

Ils représentent aussi un temps agent pour les saisir et les exploiter, accroissant aussi la charge de travail.

Tous les établissements ne les utilisent pas.

Ils ne représentent pas une norme officielle reconnue. Actuellement, l'analyse de l'activité dont se sert la tutelle est celle de l'activité médicale.

### **I.5.3. Les outils d'analyse de l'activité médicale**

#### *II.5.3.1. le PMSI*

Il permet l'identification de l'activité médicale en nature et en volume. Selon la définition de J.F NOURY<sup>18</sup> le PMSI est « un recueil standard d'informations, un classement des malades en groupes homogènes médico-économiques correspondant à l'éventail des prises en charge, un outil de classement qui cherche à mettre en rapport les caractéristiques médicales et la consommation des ressources ».

Les patients sont répertoriés et classés en groupes homogènes de malades, à partir des pathologies et actes réalisés. Il existe ainsi environ 500 GHM. Chacun se voit affecté un nombre de points proportionnel à coût moyen défini lors d'une étude nationale. Cela détermine le nombre de points d'indice synthétique d'activité (ISA) réalisés dans une année.

Pour connaître la valeur du point ISA d'un établissement, il suffit de diviser le montant du budget par le volume d'activité réalisée (nombre de points ISA).

Obligatoire pour les secteurs de MCO, SSR et en cours d'élaboration pour la psychiatrie et le long séjour, il traduit en valeur l'activité médicale.

#### *II.5.3.2. Des outils avant gardistes*

Des hôpitaux se sont prêtés volontairement à l'étude nationale des coûts.

Ils utilisent un modèle unique de comptabilité analytique pour le calcul des coûts par séjour en MCO ou par journée en SSR. Ils sont rémunérés à partir d'une échelle de coûts réévaluée chaque année. Le coût d'un séjour prend en compte :

- ◆ le coût dit de structure relatif au fonctionnement général ;
- ◆ le coût logistique relatif aux coûts des fonctionnements administratifs, d'intendance ;
- ◆ le coût du plateau technique, laboratoire, radiologie, bloc ;

---

<sup>18</sup> J.F NOURY : *Les utilisations du PMSI dans les établissements hospitaliers*. ENSP juin 2001.

- ◆ le coût des soins médicaux et non médicaux, salariaux.

L'établissement est ainsi capable de démontrer ce que coûte l'activité de soins.

### Le coût à la pathologie

C'est une évolution possible de la valorisation de l'activité médicale. Son objectif serait de réduire les inégalités de dotation en allouant la même ressource pour une pathologie donnée Il s'agit de « passer d'une logique de moyens à un financement à l'activité <sup>19</sup>».

Ce mode de calcul pourrait être appliqué en interne.

### Le data maining<sup>20</sup>

Outil utilisé par les grands groupes de distribution, il organise de façon cohérente des bases de données. Dans le monde hospitalier il pourrait, par exemple, rechercher tout ce qui explique la durée de séjour de tel GHM. Il recense toutes les données concernant les actes médicaux, l'âge, le sexe, les traitements... et peut ainsi déduire le cursus et le coût de la catégorie des patients concernés. A partir d'une banque de données, il permettrait de faire une évaluation prédictive des coûts.

Des établissements ont parfois mis en place des variantes des ces principaux outils. Ainsi, ils cherchent à quantifier et objectiver les soins faits.

Toutefois, la volonté de mettre en place un outil dépend de ce que l'on veut en faire.

L'infirmière générale dispose de toutes ces données, sur la nature des soins, la charge de travail, la qualification du personnel requise, Aussi, lorsqu'il s'agit d'argumenter pour demander des effectifs, elle s'adresse à d'autres acteurs Il s'agit du directeur et du directeur des ressources humaines.

---

<sup>19</sup> JF. NOURY. *La gestion médicalisée des établissements de santé, le PMSI et l'information médicale*. Edition Masson, p7

<sup>20</sup> P. LESTEVEN. *Le data maining*. Cour ENSP, juin 2001.



### III. L'INTERACTIVITE DES ACTEURS

Jusqu'à maintenant, nous avons présenté un aspect réglementaire et scientifique permettant d'argumenter l'utilisation des ressources. Nous avons évoqué les missions des établissements, les spécificités professionnelles des agents du service infirmiers et comment ils peuvent influencer la répartition. Nous avons étudié les outils d'évaluation quantitative de l'activité.

Nous allons maintenant présenter le rapport entre les pouvoirs dirigeants que sont, outre le directeur de l'établissement, le directeur des ressources humaines, le corps médical, la DSSI et celui des instances délibérantes.

#### III.1. LES ACTEURS

« L'hôpital public français est remarquable par sa polyarchie. Ce n'est pas un pouvoir qui prédomine mais plusieurs pouvoirs qui coexistent sans qu'il y en ait un qui puisse arbitrer les conflits entre plusieurs »<sup>21</sup>. En matière de répartition des ressources, il nous paraît donc intéressant de regarder comment collaborent les principaux acteurs.

##### III.1.1. Le directeur

« Le directeur possède le pouvoir d'organiser l'établissement »<sup>22</sup>

Le directeur relève du ministre en tant qu'autorité qui le nomme et le note. Il exécute les décisions du conseil d'administration et dispose de pouvoirs propres. Parmi ces pouvoirs, nous retenons celui de nomination du personnel non médical et de responsabilité hiérarchique sur ce personnel. Le directeur exerce un pouvoir hiérarchique contrasté sur le personnel médical. « pouvoir relativement important sur le personnel médical temporaire (internes, assistants, attachés), réduit au pouvoir d'organisation et de gestion matérielle sur les autres catégories de praticiens dont la carrière relève des autorités étatiques »<sup>23</sup>.

Jean-Marie CLÉMENT nous présente cette situation particulière des hiérarchies indépendantes. Nous souhaitons nous arrêter sur l'exemple suivant «le directeur dispose du pouvoir propre de nomination du personnel non médical. A ce titre, il peut imposer la venue d'une infirmière ou d'une surveillante ou de tout autre personnel contre l'avis du chef de

---

<sup>21</sup> Jean-Marie CLEMENT. *Les pouvoirs à l'hôpital*. Les cahiers hospitaliers. Edition Berger-Levrault, 189p, p25.

<sup>22</sup> Jean-Marie CLEMENT. Op cit. p26.

<sup>23</sup> Jean-Marie CLÉMENT. Op cit p36.

service » D'autre part, « Le chef de service dépend du directeur pour la nomination du personnel non médical de son service. En même temps, le directeur ne peut s'opposer aux ordres d'un chef de service donnés à du personnel soignant dont il (le directeur) a la responsabilité hiérarchique »<sup>24</sup> Cette double hiérarchie nous laisse supposer une complexité des rapports entre les acteurs et fait présager une difficulté d'organisation. Nous savons également que l'infirmière générale dispose du droit de proposer les affectation du personnel infirmier. Le directeur doit tenir compte de son avis.

Le directeur est le représentant légal de l'établissement. Son rôle est précisé à l'article L6143-7 du code de Santé Public. Il assure la gestion et la conduite générale de l'établissement. Il élabore le projet d'établissement à partir du projet médical Il prépare le rapport d'orientation budgétaire sur les prévisions d'activité et sur l'adaptation des moyens qui paraissent nécessaires pour remplir les missions imparties par le projet d'établissement conformément aux engagements pris au contrat pluriannuel (article L 6143-3).<sup>25</sup> La définition des effectifs et sa répartition qui dépend du directeur et de l'infirmière générale est liée à celle de l'activité médicale.

### **III.1.2. Le directeur des ressources humaines**

Il agit sur délégation du directeur. Il est chargé de la gestion des ressources humaines à savoir le tableau des effectifs théoriques, présents, le recrutement, le suivi des carrières des agents et le programme de formation. Il gère la plus grande partie du budget d'exploitation. Le budget du personnel se divise en différents sous groupes dont un concerne le budget de remplacement.

### **III.1.3. l'infirmière générale**

Nous notons que, mis à part le directeur, la DSSI est le seul membre de l'équipe de direction dont les missions sont clairement énoncées par des textes de Loi, à savoir le Décret n° 89 758 du 18 octobre 1989 et la Loi du 31 juillet 1991. Elle dépend exclusivement du directeur sur le plan hiérarchique mais travaille en liaison avec le corps médical et les autres corps d'encadrement concernés pour la conception et l'organisation des services médicaux. L'IG coordonne l'organisation et la mise en œuvre des soins infirmiers en cohérence avec l'activité médicale.

---

<sup>24</sup> Jean-Marie CLÉMENT. Op cit p 27.

<sup>25</sup> Code de la Santé Publique. Journal Officiel, p 37687-37688.

#### **III.1.4. Les médecins**

Ils assurent l'activité médicale de l'établissement. Par les prescriptions et les actes qu'ils font, ils impliquent une organisation de l'action autour du malade.

Ils participent également à la gestion de l'établissement par l'intermédiaire de la commission médicale d'établissement. Le projet d'établissement est basé sur le projet médical qui prévoit les grandes orientations des activités médicales dans les années à venir.

Les médecins ne gèrent pas le personnel affecté à leur service en terme d'affectation et de carrière. Toutefois dans la pratique, ils influencent l'organisation. D'autre part, nous avons souvent constaté leur intervention pour réclamer des effectifs. Enfin, lors de la création de service; ils interviennent pour définir l'activité future. Ils sont donc des partenaires qui influencent la définition et la répartition des effectifs par la conséquence même de leur activité.

#### **III.1.5. Les instances**

Leurs missions et leur composition sont définies par les textes.

Elle sont obligatoirement consultées.

##### *III.1.5.1. Le conseil d'administration*

Ses missions sont précisées dans l'article L 6143-1 : il définit la politique générale de l'établissement et délibère sur ses orientations, entre autres sur le tableau des emplois permanents. Nous retrouvons parmi ses membres, outre les représentants des caisses de Sécurité sociale et des élus, des représentants de la CME et du personnel.

##### *III.1.5.2. Le comité technique d'établissement*

Il est composé de représentants du personnel élus par collèges définis par voix réglementaire sur des listes présentées par les organisations syndicales représentatives au sein de l'établissement. Ses missions sont définies à l'article L 6144-3. Il est obligatoirement consulté notamment sur le budget et le tableau des emplois et sur les conditions et l'organisation du travail.

### *III.1.5.3. la commission médicale d'établissement*

Jean-Marie CLÉMENT<sup>26</sup> la définit comme une « assemblée autogérée par le corps médical », car elle est composée des personnels qu'elle représente.

Ses missions sont définies à l'article L 614-14 du code de la Santé Publique.<sup>27</sup> Elle prépare avec le directeur le projet médical ainsi que les mesures d'organisation des activités médicales. Elle émet un avis sur le fonctionnement des services autres que médicaux et sur le projet de soins infirmiers. Elle délibère sur les choix médicaux dans le respect de la dotation budgétaire.

Individuellement ou par l'intermédiaire de leur assemblée les médecins font partie des acteurs décideurs de l'hôpital.

### *III.1.5.4 la commission du service de soins infirmiers*

Présidée par l'infirmière générale, elle est composée par les différentes catégories des personnels du SSI. Ses missions sont également prévues par la Loi à l'article L 6414-20. et portent notamment sur l'organisation générale des soins infirmiers, l'évaluation des soins.

Grâce à la connaissance que ses membres ont du terrain, cette instance peut faire des propositions sur la répartition du personnel entre les unités.

Nous avons présenté le contexte réglementaire de ce qui permet de définir des effectifs et d'influencer leur répartition. Nous avons défini les rôles et les missions des principaux acteurs qui interfèrent dans la gestion et l'organisation de l'hôpital.

Toutefois, nous constatons ce paradoxe que tout ce contexte de textes, d'outils, d'acteurs et d'instances n'aboutit pas à une répartition officielle dans les différents secteurs d'activité. Aussi, il nous paraît nécessaire de nous pencher maintenant sur l'articulation entre ces différents déterminants. Ceci nous entraîne à étudier dans quelle mesure les décideurs se servent des outils existants pour faire valider par les instances leur répartition.

---

<sup>26</sup> Jean-Marie CLÉMENT. Op cit P64.

<sup>27</sup> Code de la Santé Publique. *Journal officiel*, p 37706.

Nous abordons le processus de négociation.

## **III.2. LA RELATION ENTRE LES ACTEURS**

Nous venons d'étudier un certain nombre de déterminants, textes, dotation, analyse d'activité... qui servent d'arguments ou d'outils à ceux qui vont décider. Nous avons constaté qu'il n'existe pas de norme faisant office de valeur absolue.

Cette absence de normes clairement définies, semble induire une répartition empirique faite à partir d'une certaine négociation. Celle-ci se construirait malgré ou grâce à ces déterminants vus précédemment. Aussi, il est intéressant de nous arrêter sur la teneur des échanges entre les acteurs. Nous cherchons à analyser le processus des rapports professionnels, ce que nous regroupons sous le terme de négociation.

### **III.2.1. Définition**

Le terme de négociation renvoie à plusieurs synonymes tels que « marchandage, combine, compromis, marché, accord, ententes, échange, collusion ».

En matière de répartition des effectifs, il nous semble que la négociation pourrait répondre à cette définition d'Anselm STRAUSS<sup>28</sup> « un processus de donnant-donnant, de diplomatie et de marchandage qui caractérise la vie d'une organisation ».

### **III.2.2. Les concepts**

Nous avons observé que la répartition des moyens humains, en dehors des textes réglementaires, est induite par le rôle exercé par les différents décideurs. Elle est le résultat de l'influence de chacun et des arguments utilisés.

A la lumière de notre recherche, nous partageons la conception d'Anselm STRAUSS précisant que ces termes d'accord et d'entente mettent en évidence « le fait que certaines négociations peuvent être conduites de manière explicite. d'autres peuvent se faire sous forme de contrat plus tacite, implicite ». L'hôpital nous apparaît comme un lieu « où les membres du personnel se trouvent engagés dans un processus de négociation complexe afin de mener à bien leurs projets personnels et de mettre en œuvre dans la division du

---

<sup>28</sup>Anselm STRAUSS : *la trame de la négociation sociologie qualitative et interactionisme*. Edition Paris l'Harmattan 1992. Collection logique sociale. 319 pages.

travail établie des objectifs institutionnels énoncés soit clairement soit vaguement »<sup>29</sup>. La négociation serait alors le résultat de l'interaction entre les professionnels.

Cependant, il nous semble intéressant d'aborder la question de la temporalité de la négociation. Ainsi, Anselm STRAUSS précise «qu'elle soit désignée sous les termes d'accord, d'entente, de contrat, de convention, de pacte, la négociation a un aspect temporel, que cet aspect soit ou non spécifié comme tel par les parties contractantes. Quiconque observe la manière dont des ententes sont établies se rend compte qu'une période précise ou une date d'expiration sont souvent incluses dans l'accord ». Précisément, en matière de répartition d'effectifs, cet aspect de la temporalité est-il spécifié ? Nous avons, jusqu'à maintenant, plutôt observé une recherche de norme ou une logique qui vise à fixer l'organisation. Une organisation validée et donc officielle semble être considérée comme immuable.

Il nous semble que, dans notre cas, la négociation serait, comme le propose MAURICE BLANC,<sup>30</sup> « une transaction sociale ». Il utilise le terme de transaction dès lors que des pratiques sociales prennent une valeur juridique mais échappent au domaine du droit. La répartition des effectifs entrerait dans ce cadre là Elle a une valeur juridique dans le sens où elle est officielle, validée par les instances mais échappe au domaine du droit puisque, nous l'avons vu, peu de textes la définissent clairement.

La négociation permettrait également de prévenir ou d'arrêter un conflit entre les parties. Elle serait dans cette logique, « un contrat où les contractants terminent ou préviennent une contestation en renonçant chacun à une partie de leurs prétentions ».

Il semblerait que nous nous trouvons devant ce que Jean-Daniel REYNAUD appelle une «régulation conjointe où une pluralité d'acteurs interfèrent »<sup>31</sup>. Dans ce cas la logique retenue dépendrait du niveau du rapport de force entre les parties et de leur niveau de coopération.

Nous devons distinguer de la négociation d'autres façons de faire comme l'appel à l'autorité ou encore l'usage ou la menace de la coercition. Ce sont toutefois des situations qui peuvent exister en fonction du contexte de l'établissement.

---

<sup>29</sup> Anselm STRAUSS : op cit p 8, 108.

<sup>30</sup> MAURICE BLANC. *Vie quotidienne et démocratie, pour une sociologie de la transaction sociale* ? Paris : l'Harmattan, 1999, 320 p , p 23.

<sup>31</sup> MAURICE BLANC. Op cit, p22.

Dans une négociation, chacun défend ses objectifs. Leur réalisation requiert la coopération et la discussion pour définir un dénominateur commun.

Nous aborderons un dernier point susceptible d'influencer la répartition des effectifs en tant que facteur freinant. Il s'agit de la notion d'appartenance à un service. Nous pensons que nous devons évoquer cet aspect dans le sens où il entraîne une absence de mobilité et favorise une difficulté d'évolution de la répartition.

### **III.3. QUAND L'ORGANISATION INDUIT LES MENTALITES**

Notre expérience et les stages récemment effectués nous ont montré que les personnels demandent rarement à changer de service. Cette affirmation mériterait d'être vérifiée, toutefois, si nous l'acceptons comme telle, nous pouvons penser que l'absence de mobilité entraîne un sentiment d'appartenance à un secteur donné. Ceci rend alors plus difficile le déploiement du personnel.

« Les pratiques professionnelles ne peuvent se comprendre indépendamment du cadre institutionnel et des logiques d'organisation dans lesquelles elles se développent »<sup>32</sup>.

Cette pensée résume l'idée que l'organisation mise en place induit les pratiques professionnelles et en l'occurrence favorise une absence de mobilité. Bien sûr, celle-ci peut être aggravée par une certaine crainte du changement.

Notre expérience nous a montré l'attachement des agents à un service et souvent une identification au chef de service. Dans les faits, peu d'établissements pratiquent une véritable politique de mobilité.

L'absence de mobilité accroît le sentiment d'appartenance à un service. Cela induit une vision restrictive centrée sur «son» service et favorise des attitudes protectionnistes incompatibles avec des idées de redéploiement en faveur d'un réajustement des effectifs.

---

<sup>32</sup> Pierre AÏ ACH, Didier FASSIN. *Les métiers de la santé, enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. L'Harmattan, p 5.

### III.4. LA DECISION DE REPARTITION

A la lumière de la recherche que nous avons effectuée, il nous semble nécessaire, pour compléter cette partie, de répondre à la question de comment se prend la décision de la répartition ?

«Le pouvoir de décision est celui qui est conféré par la Loi et le règlement<sup>33</sup>», dans notre sujet, nous ne remettons pas en cause le pouvoir de décision du chef de l'établissement. Toutefois, nous avons démontré deux sortes de difficultés rencontrées par celui-ci à savoir:

- ◆ Celle d'établir une norme « légale » pour mettre en place une répartition équitable.
- ◆ Celle liée à la cohabitation de pouvoirs et de missions qui peuvent devenir contradictoires.

Il nous semble, à ce stade de notre recherche, que la décision finale prise par le directeur serait le résultat d'une négociation qui elle même s'appuierait sur certains des arguments que nous avons développés.

La répartition mise en place serait considérée comme légitime parce qu'elle dépend en premier lieu, officiellement, du domaine de responsabilité du directeur. Elle a été bâtie au fil des années et validée par les instances dont font partie les médecins. Elle serait l'aboutissement de négociations étayées par des arguments soit empiriques soit officiels ou des outils plus scientifiques. Elle évoluerait en fonction des opportunités et des textes.

Cette première partie a défini le cadre conceptuel dans lequel évolue la notion de répartition des effectifs. Nous avons évoqué ce qui détermine la dotation puis l'utilisation des moyens humains.

A la lumière de cet éclairage théorique, nous allons nous intéresser à l'étude réalisée sur le terrain auprès des décideurs. Nous avons recherché leur point de vue sur ce processus de répartition des effectifs du service de soins infirmiers comme étant une volonté de légitimation.

---

<sup>33</sup> J.M CLEMENT. *Les pouvoirs à l'hôpital*, p8.



# DEUXIEME PARTIE, RECHERCHE SUR LE TERRAIN

## I. LE CADRE DE L'ETUDE

A partir des éléments conceptuels, nous avons établi le cadre d'une recherche sur le terrain.

L'objectif poursuivi était de répondre à notre questionnement sur le processus de répartition des effectifs et de comparer les résultats observés à notre hypothèse que si des outils sont exploités, ils le sont quand une légitimation est recherchée.

La préoccupation de la répartition des effectifs est commune à tous les établissements quelles que soient leur taille, leur définition, centre hospitalier universitaire ou non, hôpital local et quel que soit leur effectif.

Nous avons donc choisi de faire cette recherche dans trois établissements comparables d'un même département. A priori, la similitude de leur activité, leur proximité géographique pouvaient induire une similitude dans les fonctionnements. Si cela était le cas nous avons décidé d'aller dans des établissements différents et d'une autre région. Les différences de conception nous ont paru suffisamment flagrantes pour limiter notre enquête à ces structures.

### I.1. LA METHODE

Nous avons défini la population auprès de laquelle nous ferions la recherche. Nous avons ainsi retenu quatre acteurs principaux qui sont :

- ❑ le directeur, responsable de l'établissement, il décide des affectations ou les délègue à d'autres acteurs, soit l'infirmière générale seule soit conjointement avec le DRH.
- ❑ le DRH, responsable par délégation il gère le budget du personnel. le recrutement, et l'évolution des carrières.
- ❑ l'infirmière générale en tant que DSSI, elle propose les affectations et organise les services de soins.

- un représentant du corps médical.

En ce qui concerne ces derniers, il fallait faire un choix, pour la personne la plus représentative. Nous avons finalement défini deux types de fonctions significatives, à savoir le DIM et le président de la CME. Etant chargé de la mesure et de l'analyse de l'activité médicale, le premier peut être l'interlocuteur privilégié pour participer à l'explication technique d'une répartition des effectifs à partir de l'activité médicale. Le second représentant l'ensemble du corps médical dans les instances, élu par ses pairs, peut être celui qui demande officiellement des effectifs. De plus, la commission médicale d'établissement, présidée par celui-ci, est chargée de préparer le projet médical et les mesures d'organisation médicales. Elle émet un avis sur le fonctionnement des services et le projet de soins infirmiers.

## **I.2. LA PREPARATION DES ENTRETIENS**

### **I.2.1. La grille**

Elle cerne le sujet en délimitant quatre thèmes qui sont les effectifs, les acteurs, les outils et les enjeux.

Pour travailler ces thèmes, nous avons défini plusieurs questions concernant différents aspects du sujet. Au total, une douzaine de questions (annexe 6).

### **I.2.2. L'organisation des entretiens**

Nous avons choisi de faire des entretiens enregistrés afin de n'interpréter aucune des réponses par des notes synthétiques. L'enregistrement donne un confort pour l'enregistreur, il favorise l'échange en lui permettant de regarder la personne interrogée. Il lui permet de se centrer sur les différents aspects de la recherche.

Nous avons toujours pris notre rendez vous en précisant le contexte du travail, le thème traité et le fait que l'entretien serait enregistré. Nous n'avons rencontré aucune réticence. Durant l'entretien, le magnétophone semble avoir été immédiatement oublié. Si la personne émettait un jugement de valeur sur une personne précise nous avons arrêté l'appareil.

Les entretiens étaient semi directifs dans le sens où nous avons laissé le narrateur répondre selon sa logique. Il est arrivé que d'emblée, il aborde les outils d'étude charge en soins ou le rôle des partenaires sociaux. Nous avons utilisé les éléments ensuite dans l'ordre de l'analyse.

Ils ont tous eu une durée supérieure à une heure, variant de 1H30 à 2 heures 45.

### **I.3. LES LIMITES**

#### **I.3.1. En ce qui concerne la définition des acteurs.**

Nous avons écarté les représentants syndicaux puisque notre hypothèse ne les plaçait pas comme acteur en premier niveau. Toutefois, nous évoquerons leur rôle dans l'analyse.

#### **I.3.2. l'exhaustivité des lieux d'enquête.**

Si ces trois établissements sont représentatifs de différents fonctionnements possibles, ils sont semblables quant à leur taille et statut. Cependant, il nous semble que, dans notre sujet, la répartition des effectifs ne résulte pas de l'identité de l'établissement, CH ou CHU ou HL mais bien d'une logique et de déterminants liés aux acteurs de la structure elle-même.

#### **I.3.3. En ce qui concerne le déroulement des entretiens**

Nous avons rencontré deux niveaux de difficultés au cours de ces entretiens.

- ◆ L'utilisation des outils tels que le PMSI s'est avérée controversée lors des entretiens compte tenu des enjeux.
- ◆ Parfois, le narrateur a émis des opinions politiques que nous n'avons pas souhaité utiliser.

### **I.4. L'ORGANISATION DE L'ANALYSE.**

Nous avons cherché à extraire dans chaque entretien ce qui pouvait apporter des éléments de réponse à notre questionnement.

A travers les réponses obtenues, il nous est apparu que se dessinaient deux possibilités d'analyse.

Une première consiste à faire une grille de lecture par corps professionnel. Pour chaque thème traité déterminer les réponses convergentes et les points de divergence à l'intérieur de la même fonction puis entre les différents corps.

Dans un deuxième temps, faire une analyse des réponses par établissement. En effet, il est intéressant de vérifier si, sur ce sujet très important de la répartition des effectifs, le directeur, le DRH et la DSSI ont une vision identique de sa perception. Cette constatation

serait en faveur d'une politique commune, d'une cohérence de l'équipe de direction. Ensuite comparer comment ils collaborent avec le corps médical. Si les discours sont différents à l'intérieur d'un même établissement, quelles conséquences cela peut avoir.

## **II. ANALYSE DES ENTRETIENS PAR GROUPE PROFESSIONNEL**

### **II.1 CE QUI DETERMINE LES EFFECTIFS A SAVOIR LEUR DEFINITION ET LEUR REPARTITION**

#### **II.1.1. Le point de vue des directeurs**

Ils évoquent six niveaux de réponse

- En premier lieu, ils indiquent une méthodologie théorique.

Pour définir les effectifs théoriques par unité, il faut se baser sur l'activité prévisionnelle des services concernés, sur un taux d'occupation, une charge de soin prévisible liée au degré de dépendance attendu des personnes reçues et les besoins en soins.

Ensuite, il faut faire une estimation des fonctions par niveau, IDE, AS.... et des contraintes, comme la nécessité d'assurer la continuité des soins sur 24 heures ou non, le rythme de fonctionnement du service et réfléchir sur un fonctionnement annuel. Certains utilisent les expériences vues ailleurs, ce qui permet d'avoir des éléments de comparaison pour savoir si l'on est en sur ou en sous estimation.

Une seule fois, il est évoqué l'utilisation de la SAE pour rechercher le ratio moyen des établissements de la région et la recherche auprès de la DASS ou DRASS des indicateurs existants.

- Ensuite tous affirment que les effectifs dont ils disposent sont le fruit de l'histoire de leur établissement, des choix faits et des priorités du moment L'arrivée de médecins développant une nouvelle activité a influencé la répartition des moyens existants. A noter que leurs prédécesseurs, le plus souvent, n'ont pas demandé des moyens supplémentaires alors qu'il était possible d'en obtenir. Les exemples cités sont ceux du développement il y a 25 ans de la chirurgie. Les moyens donnés étaient ceux réclamés par le chirurgien au détriment d'autres secteurs comme la médecine et la gériatrie.

La répartition des effectifs dépend de la renommée de l'activité ou du médecin.

- En ce qui concerne la création de nouveaux services.

Aujourd'hui, il faut chercher à développer des activités faisant l'objet d'enveloppes correspondant à des priorités nationales, régionales comme la prise en charge de la douleur, les soins palliatifs et qui sont développées dans le projet d'établissement.

Il est toutefois, difficile maintenant d'obtenir des moyens supplémentaires.

- Nous apprenons qu'une partie des effectifs de gériatrie est payée par la dotation globale. En effet, les malades reçus sont très lourds, ils nécessitent des moyens humains importants dont des IDE. Celles-ci ne peuvent pas être totalement rémunérées par le forfait soins. Il y a ainsi transfert de charge. Officiellement, le tableau des emplois correspond à ce que permet le budget mais en pratique cela n'est pas respecté. Cette « cuisine interne » semble être une dérive très largement utilisée.

- En ce qui concerne les textes instituant des normes, les avis divergent. Nous voyons deux tendances se dessiner.

Une se montre très favorable à une application et une extension de ces normes à tous les services. Ceci permettant d'appliquer les mêmes effectifs par type de service, « les mêmes règles pour tous ».

L'autre tendance, au contraire, fustige l'existence de ces textes et reproche au ministère de ne pas donner les moyens de les appliquer. Ces textes semblent avoir la vocation d'obliger les établissements à se restructurer en fonction des priorités induites par le respect des normes. Les appliquer à moyen constant demande donc de prendre les effectifs dans d'autres services ce qui revient à définir ainsi des services nobles et d'autres moins.

Toutefois, et de manière contradictoire, ceux qui reprochent ces normes, dénoncent l'absence de normes pour tous les services. Un directeur rappelle qu'il y a eu des essais du Ministère pour définir des normes. Très rapidement, le ministère s'est rendu compte qu'en définissant des normes il définissait des contraintes. La plupart des établissements devaient créer des effectifs supplémentaires pour répondre aux normes requises pour des questions de sécurité, de responsabilité, ainsi ces normes n'ont jamais vu le jour.

- Les médecins ont eu pendant longtemps un poids important dans la répartition des effectifs.

Ensuite est évoquée la pression éventuelle des représentants syndicaux mais de manière beaucoup plus modérée.

Ainsi, en ce qui concerne cette question de la définition des effectifs, il semble qu'elle repose plus, à l'heure actuelle, sur une approche pragmatique ou des données comparatives que sur une approche scientifique.

Dans aucun des établissements il n'existe actuellement une procédure de répartition ou des critères clairement définis. Et s'il nous est expliqué que globalement pour un service de MCO de 25 lits or réanimation ou soins intensifs, on retrouve 6 IDE, 6 AS et 3 ASH. Il est intéressant de savoir que, vérification faite, cette estimation est bien celle d'un seul établissement, elle n'établit en aucun cas une norme pour les autres.

### **II.1.2. Le point de vue des DRH.**

#### En ce qui concerne la définition des effectifs.

Nous retrouvons comme facteur essentiel l'historique de l'établissement. Tous évoquent les priorités médicales développées au cours des années, le plus souvent sans demander des moyens supplémentaires.

Les modifications d'effectifs peuvent avoir pour origine une pression ponctuelle. Sont cités ces deux exemples « il y a eu un raz le bol, une charge de travail trop importante, alors à un moment donné on a affecté un moyen supplémentaire qui est devenu permanent ».. Autre modification possible « il y a eu à un moment donné un poste aménagé dans un service, il a été remplacé entraînant un surnombre, le jour où le poste aménagé part il est difficile de revenir en arrière ».

Des avis plus circonspects concernent le développement de nouvelles activités. Les pouvoirs publics peuvent avoir prévu une enveloppe toutefois insuffisante. Il nous est donné l'exemple suivant sur l'arrivée de PAC (praticien adjoint contractuel) « les établissements ont bénéficié de moyens nouveaux pour des postes de praticiens à titres étrangers assez facilement et dans un certain nombre de disciplines, l'objectif étant d'intégrer ces médecins. Un établissement a eu un poste de PAC en urologie. Or, l'arrivée d'un nouveau médecin en urologie, va augmenter les consultations et l'activité, mais, il n'y a eu ni IDE, ni secrétaire.. Cet établissement a ainsi accepté les postes de praticien mais doit maintenant faire des demandes pour du personnel supplémentaire. Si le personnel est adjoint, il est en surnombre ou pris sur d'autres secteurs comme les remplacements ».

Pour répondre à l'augmentation d'activité, il faut des créations de postes. Dans le contexte actuel, elles doivent entrer dans le cadre de priorités.

### En ce qui concerne les critères de répartition

Nous retrouvons une répartition empirique faite au fil des ans et figée, nous avons relevé ce propos « on a un effectif par service, si on prend quelqu'un c'est mal vécu, si on rajoute quelqu'un dans un service, c'est mal vécu par le service d'à côté ». La raison évoquée est l'absence de ratio officiel. Toutefois, il faut être prudent sur l'utilisation de ratio et différencier agents/lits et soignants/lits.

Des DRH espèrent que la mise en place d'outils d'étude de charge de travail aide à mieux répartir les effectifs en nombre et qualification. Les mêmes évoquent une utilisation du PMSI que nous développerons ultérieurement.

Nous remarquons une tendance très favorable aux textes indiquant des effectifs. Malgré ceci, ils ne sont pas toujours appliqués pour 2 raisons. Soit par une volonté délibérée de ne pas les respecter s'ils ne s'accompagnent pas de moyens adéquats. Soit le tableau des emplois ne le permet pas mais l'établissement saisit l'opportunité des restructurations.

La dotation et la répartition sont basées sur l'expérience. Cependant, nous remarquons une tendance exprimant un souhait de répartition plus scientifique basée sur des outils d'étude de charge de travail et l'analyse de l'activité médicale.

### **II.1.3. Le corps médical**

Les présidents de CME ont une approche de la question beaucoup plus centrées sur la notion d'effectifs jugés insuffisants que sur la question de la répartition.

En effet ils évoquent le problème de l'absentéisme qui fait fonctionner les services à minima.

Lorsque nous évoquons les critères de répartition existants ou à développer, ils sont favorables à des outils qui définissent des règles et ils évoquent le PMSI et les outils d'étude de charge de travail. Mais les réponses mettent en avant la spécificité de leurs services, celui d'un chirurgien et d'un urgentiste qui « nécessitent plus de moyens que d'autres ».

Nous remarquons que le DIM a une approche différente.

S'il évoque en premier lieu une répartition historique, il dénonce l'attitude que nous venons de relater des chefs de service qui se contentent de réclamer plus d'effectifs sans objectiver leur activité. Il indique aussi que la répartition peut être modifiée ponctuellement,

en situation de crise due à l'absentéisme ou une charge de travail particulièrement lourde qui doit être objectivée.

Les critères alors pris en compte sont l'activité. et tous les renseignements que peut fournir le PMSI couplé à une analyse des coûts.

#### **II.1.4. Le point de vue des DSSI.**

Elles confirment que la répartition résulte de l'histoire de l'institution. Nous avons relevé ce propos « Il y a eu par exemple cette période où l'on a soutenu le secteur de chirurgie. parce que c'était une discipline croissante, prometteuse. Puis on a soutenu les services plus techniques comme la réanimation, les services de médecine ont été soutenus beaucoup plus modérément et cela semble vrai dans tous les établissements qu'elle a connus. Le SLD restait le parent pauvre. Tout cela entraîne des disparités. D'autre part quand un médecin voulait développer une activité, personne ne s'interrogeait sur les moyens, il suffisait de demander, cela a entraîné des inégalités. Celui qui demandait le plus fort obtenait ce qu'il voulait »

Elles ne s'intéressent pas systématiquement aux montages budgétaires même si elles connaissent les difficultés rencontrées par leur établissement sur le groupe 1.

Si toutes reconnaissent une répartition empirique, une tendance se dégage avec la mise en place d'outil d'étude de charge de travail dont nous reverrons l'utilisation.

Nous apprenons que les restructurations sont parties de grands services de 45 à 50 lits dans les services de médecine et de chirurgie pour aboutir à des unités de 25 lits. Or, le nombre d'agents n'a pas diminué et il y a eu transformation de poste d'AS en IDE. Ce qui induit un ratio soignants/lits plus important.

Les DSSI expriment la difficulté à obtenir des moyens supplémentaires. Toutefois, le fait de devoir se situer dans des orientations nationales n'est pas retenu par toutes. L'IG préconise alors la demande systématique de personnel supplémentaire sans chercher à objectiver cette demande, considérant « qu'il faut demander beaucoup pour obtenir peu ».



Il revient au rôle de la DSSI de faire définir dans les services des effectifs de semaine et de dimanche. Ceux ci correspondant à l'effectif minimum. Une seule a défini en plus, un effectif intermédiaire, appelé de semaine. Des fiches de poste correspondant sont faites dans deux établissements.

En ce qui concerne l'utilisation de normes, les réponses divergent. Une majorité est en faveur des normes. Ainsi, tous les services d'activité équivalente auraient les mêmes moyens. L'autre opinion se base uniquement sur l'expérience et le « vécu » des équipes. Cela consiste à dénoncer la charge de travail sans l'objectiver.

Il apparaît que les DSSI favorables au textes fixant des normes sont les mêmes qui souhaitent utiliser un outil d'étude de charge de travail pour l'aide à la décision.

### **II.1.5. Première conclusion**

Nous retrouvons des déficits budgétaires, récents ou non, sur le groupe 1 dans tous les établissements. Cette situation est vécue comme préoccupante pour toutes les fonctions interrogées. Elle entraîne l'obligation de justifier les moyens demandés.

Il semble que la dotation et la répartition soient toujours le fruit de l'histoire. Cette dernière s'est faite en fonction des priorités médicales du moment suscitée par l'arrivée de nouveaux médecins et non par des priorités nationales.

Il n'existe pas de procédure expliquant la répartition. Les DRH et les DSSI reconnaissent qu'elle pourrait être améliorée.

La répartition des effectifs correspond à une construction empirique. Si ce fonctionnement convient encore à une minorité d'acteurs, une forte tendance se distingue préconisant un autre mode de gestion avec le développement d'outils. Dans le premier cas, la légitimation de la répartition se contente de l'expérience et de l'habitude. L'autre tendance pose la question de la légitimation en cherchant à la formaliser à partir de l'activité.

Aujourd'hui, des établissements saisissent l'opportunité de restructuration pour appliquer les normes en vigueur et développer une analyse de l'activité.

## **II.2.LES OUTILS**

### **II.2.1. Le point de vue des directeurs**

Nous retrouvons des avis très divergeants avec des arguments contradictoires et intermédiaires se résumant ainsi :

◆ Une tendance se dit très favorable à l'utilisation du PMSI, de l'analyse des coûts par service et activité et de l'étude de la charge de travail. Cet établissement est site pilote. Le directeur penche pour une gestion scientifique, plus objective. Ces outils doivent permettre de réduire les inégalités et de doter les établissements en fonction de leur activité valorisée. Il est souhaitable de fonctionner de même en interne. Cela ne peut se faire qu'avec un outil d'étude de charge de travail. Celui ci doit être facile à utiliser. La démarche va même jusqu'à envisager la limite de tout outil à savoir les problèmes de saisie. « Quand un outil est bien maîtrisé, il y a toujours un risque de dérive. » C'est un point qui reste à travailler.

◆ Nous avons l'avis contradictoire.

Cette opposition se traduit par une grande réserve vis à vis des outils. Dans cet établissement, la gestion se base sur l'expérience et « le bon sens. » Le PMSI n'est pas utilisé. Les arguments n'évoquent que les limites de tout outil, l'effet pervers des textes et des normes qui favorisent certains secteurs d'activité. Nous remarquons que cet établissement a un ratio soignants lits supérieur aux deux autres. Les difficultés budgétaires sont très récentes.

◆ L'opinion intermédiaire.

Il faut utiliser des outils comme le PMSI pour obtenir des moyens supplémentaires mais utiliser en interne un outil de répartition risque de heurter les médecins ou les syndicats. Dans ce cas, l'utilisation d'outils ne doit servir que pour convaincre la tutelle.

### **II.2.2. Le point de vue des DRH**

Nous retrouvons la même disparité.

◆ Une opinion favorable à une utilisation d'outils permettant d'évaluer les moyens nécessaires pour répondre aux missions. Dans ce cas, les recommandations émises par le Ministère sont respectées ou cherchent à l'être.

Toutefois, nous remarquons une limite à ce discours. Si la répartition doit être la plus scientifique possible, il n'est pas question de remettre en cause trop brutalement celle qui est

en place même si des disparités sont reconnues. Les restructurations et l'organisation par pôle d'activité sont les moments privilégiés pour revoir la répartition.

L'utilisation systématique d'outil est un souhait et non une entière réalité.

- ◆ Nous retrouvons l'opinion inverse. La répartition est basée sur l'historique et les outils n'y changeront rien. Il ne paraît pas possible ni souhaitable de remplacer une gestion empirique par une approche plus scientifique. Il est intéressant de voir que, dans ce cas, la répartition se base uniquement sur la négociation entre les acteurs, qui, elle-même, faute de données chiffrées, se base sur ce qui est perçu des services, le ressenti d'une surcharge de travail.

- ◆ L'opinion intermédiaire est favorable à la mise en place d'outil d'étude de charge de travail pour objectiver les demandes de moyens en interne. Toutefois, nous retrouvons des réticences en ce qui concerne l'évolution vers une gestion basée sur l'analyse de l'activité et des normes étendues à tous les secteurs. Deux craintes sont exprimées. L'une fait apparaître une volonté politique d'utiliser les textes pour obliger les hôpitaux à se restructurer sans que cela soit clairement annoncé. L'autre doute de la capacité des outils tels que le PMSI à agir réellement sur les disparités de dotation.

### **II.2.3. Le point de vue du corps médical**

Nous retrouvons une différence d'opinion modérée entre le DIM et les présidents de CME.

- ◆ Le premier est évidemment très favorable à une analyse des coûts précise et objective. Seuls des arguments objectifs peuvent permettre de définir et répartir les moyens humains en fonction de l'activité. Il est donc nécessaire d'utiliser un outil d'étude de charge de travail en interne. Dans l'avenir, il serait souhaitable de pouvoir coupler le PMSI et les SIIPS.

- ◆ Les présidents de CME sont intéressés par tout ce qui peut permettre d'obtenir des moyens auprès des tutelles.

Toutefois l'utilisation d'outils en interne tel que le PMSI par service ou les outils d'étude de charge de travail ne doivent servir qu'à mettre en avant la spécificité de leur secteur d'activité... Nous notons que ces présidents de CME ne travaillent pas ou peu avec les DIM de leurs établissements.

#### **II.2.4. Le point de vue des DSSI**

Les SIIPS sont mis en place ou en cours dans les trois structures, toutefois, nous constatons une divergence dans les objectifs. d'utilisation.

◆ Nous retrouvons une utilisation dont l'objectif se limite à la connaissance de la nature des soins et de leur évolution. Dans ce cas, la DSSI ne souhaite pas utiliser l'étude de charge de travail pour participer à la répartition des effectifs. Elle considère que cet outil ne doit pas devenir diffamatoire pour les agents en servant à « prendre du personnel » Cette DSSI préfère travailler intuitivement, en se basant sur un vécu empirique. Ce fonctionnement lui paraît suffisant. Les outils n'ont pas servi jusqu'à maintenant à réduire les inégalités sur le plan national. Aussi, sur le plan local, l'expérience et la connaissance qu'elle a du travail des équipes lui suffisent pour demander des effectifs en plus. Il n'est pas pratiqué de redéploiement.

◆ Au contraire, l'autre tendance s'exprime pour utiliser les SIIPS comme un outil d'aide à la décision. Dans ce cas, il revêt plusieurs usages. Il informe effectivement sur la nature des soins. Ce point est intéressant car il aide à définir si les soins requièrent une IDE ou une aide soignante et il montre leur évolution. L'étude des activités afférentes pointe les dysfonctionnements, comme le temps passé au téléphone ou en déplacement ce qui permet de travailler sur l'organisation.

Les cadres supérieurs l'utilisent pour équilibrer le personnel au sein d'un secteur d'activité. Pour répartir les effectifs de manière équitable, il faut partir de l'analyse de l'activité. Il est difficile de comparer les services entre eux. Comment savoir si la traumatologie est plus « lourde » que la chirurgie digestive, la médecine que le moyen séjour ? Seule l'étude de la charge de travail permet d'objectiver ce qui se fait.

Nous retrouvons la même disparité en ce qui concerne les normes de fonctionnement. La majorité, se dit très favorable à l'extension des normes à tous les secteurs même si cela reste peu probable. Nous avons été surpris d'entendre une opinion défavorable aux textes argumentée par le fait que le Ministère ne donne pas les moyens de les appliquer.

#### **II.2.5. Conclusion de cette question**

Les opinions sont beaucoup plus divergentes. Nous rencontrons deux conceptions de gestion différentes.

L'une que nous qualifierons d'empirique, est basée sur l'expérience et le ressenti relayés par les acteurs. Nous pensons que cela correspond à un mode de management traditionnel, très répandu dans les hôpitaux jusqu'à ces dernières années.

La seconde tendance se tourne vers des outils qui ont deux objectifs. Le premier est de permettre à l'ARH de répartir les enveloppes en fonction de critères objectifs et vérifiables. Le second étant d'appliquer en interne la même logique. Dans ce cas, les outils sont perçus comme permettant une gestion plus équitable. Toutefois, l'utilisation de ces outils dans la gestion actuelle des effectifs reste sporadique et ponctuelle. Se distingue une volonté d'aller vers ce type de gestion.

Il revient à l'infirmière générale d'impulser la mise en place ou l'utilisation d'outil d'étude de charge de travail.

## **II.3. LES ACTEURS**

### **II.3.1. Le point de vue des directeurs**

La répartition des effectifs doit résulter d'une étroite collaboration entre la DSSI et la DRH. L'infirmière générale propose les affectations. Elle le fait avec l'aide des CIS ou des cadres. Toutefois, les directeurs souhaitent qu'en ce qui concerne les cadres, l'infirmière générale recherche l'assentiment du chef de service. Toute demande d'effectifs supplémentaires passe par un travail commun DRH et DSSI pour mettre en adéquation les possibilités du budget et les priorités de la DSSI.

En ce qui concerne leur perception du rôle du corps médical.

Les chefs de service interviennent directement pour les créations, restructurations de service en définissant leur activité. Ils n'interviennent pas pour obtenir des moyens concernant le service de soins infirmiers. Ce fonctionnement a existé mais est révolu depuis que les infirmiers généraux assurent une direction de ce service.

Nous notons deux niveaux de divergences en ce qui concerne leur perception du rôle du DIM et du président de CME.

Le DIM a un rôle important quand l'établissement cherche à faire une gestion à base d'outils tels que l'analyse des coûts. Dans ce cas, il collabore avec le président de CME, les deux participant aux réunions de l'équipe de direction. Ils collaborent avec la DRH et la DSSI dès qu'il s'agit de définir des effectifs. En ce qui concerne la répartition, un projet est en cours de mettre en place une mobilité par pôle d'activité. Ce projet passe par une

collaboration entre DIM, président de CME, DRH et DSSI. Chacun apporte des informations « techniques », il n'y a pas de conflit mais un échange constructif.

Dans les autres cas, le DIM n'est pas un acteur permettant d'influencer la répartition.

Dans les autres établissements, le président de CME sert plus d'intermédiaire ponctuellement comme pour la fermeture d'un service l'été. Il n'intervient pas dans la répartition.

Les dossiers doivent être préparés grâce à la collaboration DSSI et DRH. pour être présentés aux instances.

Nous n'avons pas rencontré de réelle divergence en ce qui concerne le rôle des syndicats.

Dans tous les établissements, nous retrouvons une faible participation des représentants syndicaux dans l'élaboration des dossiers. Ils sont décrits comme étant trop partisans pour participer à la phase de conception Ils ont beaucoup plus un rôle de force d'opposition que de proposition. Ils n'interviennent que dans les instances, « chacun son rôle » nous dit un directeur.

### **II.3.2. Le point de vue des DRH**

La DSSI est leur interlocutrice privilégiée pour deux raisons.

D'une part, si la répartition interne des agents du service de soins infirmiers, est gérée par la DSSI seule, toutes les demandes d'effectifs supplémentaires doivent être argumentées auprès de la DRH.

Nous retrouvons le même clivage sur les arguments attendus. Sont retenus, selon l'établissement, des arguments scientifiques d'activité et de charge de travail objectivée ou une simple affirmation non prouvée.

Les syndicats ne sont pas considérés comme des acteurs décideurs, ils sont à convaincre. Nous retrouvons une tendance qui commence à les associer en amont, dans des groupes de travail lors de la création de service ou pôle.

D'autre part l'utilisation d'outil d'étude de charge de travail nécessite des formations ce qui induit au préalable un consensus.

### **II.3.3. Le point de vue du corps médical**

Unanimité pour dire que DSSI et DRH doivent être complémentaires. L'infirmière générale dispose d'arguments techniques pour décider du nombre et des compétences des agents.

Les créations ou restructurations doivent se faire avec le travail commun autour du directeur des médecins, de la DRH, de la DSSI. Le DIM n'est pas cité systématiquement mais cela s'explique par le fonctionnement de l'établissement.

La gestion doit évoluer vers un mode rationnel.

Unanimité pour dire que les syndicats ne doivent pas travailler à la rédaction des projets. Il faut donc une cohérence au sein des acteurs avant de présenter ces dossiers aux instances.

### **II.3.4. Le point de vue des DSSI.**

Pas de divergence pour dire qu'elles travaillent nécessairement avec les DRH.

Si certaines considèrent que l'affectation relève de leur domaine propre, elles trouvent normal d'en discuter dès lors que cela entraîne une répercussion budgétaire. La répartition en place ne peut être changée facilement. La collaboration avec la DRH est indispensable car il s'agit le plus souvent de demander des moyens supplémentaires. Les dossiers doivent être préparés avant les instances.

Leur vision de la collaboration des médecins est variable. Si les présidents de CME sont systématiquement envisagée, celle du DIM, beaucoup moins.

### **II.3.5. Conclusion de cette question**

Les acteurs qui définissent et répartissent les effectifs du service de soins infirmiers sont la DSSI en collaboration avec la DRH.

Les nouveaux dossiers se font à partir de cette collaboration à laquelle s'ajoute celle des médecins. Chacun apporte ses connaissances. Nous ne notons pas de divergence profonde sur la nécessité de confronter les arguments de chacun pour arriver à un consensus qui sera ensuite présenté aux instances.

Nous n'avons trouvé aucun fonctionnement spécifique si ce n'est la place encore incertaine du DIM.

Nous savons déjà que la répartition est le fruit de l'histoire. Aujourd'hui, les nouvelles affectations dépendent en premier lieu de la DSSI, en concertation avec le DRH, si elles ont une répercussion budgétaire. A sa charge d'informer le corps médical.

#### **II.4. LES ENJEUX D'UNE POLITIQUE DE REPARTITION**

Nous voyons deux tendances se dégager, toutes fonctions confondues.

- ◆ Il faut objectiver l'utilisation des ressources parce que cela devient le seul moyen d'obtenir des effectifs supplémentaires. les chiffres permettent des comparaisons.
- ◆ Il faut objectiver leur utilisation parce que nous avons le devoir de rendre des comptes. L'enveloppe allouée à la Santé coûte cher aux citoyens, il paraît donc normal, civique d'être en mesure d'expliquer son utilisation. Cela doit s'appliquer aussi bien en externe qu'en interne.

Dans le premier cas, l'utilisation d'outils permet de justifier la répartition en place par des arguments législatifs ou scientifiques. Ils servent plus pour demander que pour restructurer.

Cette tendance s'oppose à une gestion jusqu'à maintenant empirique.

Le seconde va plus loin dans le raisonnement. Les outils ne sont que des moyens de rendre compte. Il faut développer une vraie philosophie de service public en mettant en place une transparence de l'utilisation des moyens. Les hôpitaux et les services doivent être dotés en fonction de leur activité. Les critères de répartition doivent être les mêmes pour tous.

A ce niveau de recherche, nous percevons bien que différentes conceptions de gestion se distinguent en ce qui concerne l'utilisation des effectifs.

A ce stade, nous avons constaté que les outils sont utilisés pour mieux répartir les effectifs quand il y a la volonté des acteurs de rechercher une répartition justifiée.

Dans l'autre cas, la question des raisons de la répartition en place ne se pose pas vraiment.



Nous allons procéder à une dernière analyse pour comparer les réponses par établissement.

### **III ANALYSE PAR ETABLISSEMENT**

Les divergences des réponses ne se sont jamais trouvées entre les acteurs d'une même structure mais entre les établissements.

Aussi, nous pouvons distinguer trois tendances.

#### **III.1. UNE GESTION DES EFFECTIFS EMPIRIQUE**

C'est un établissement où DRH, DSSI, directeur et président de CME ne croient pas en une gestion avec des outils. Le PMSI n'est pas utilisé comme outil d'aide à la gestion. Les cotations se font mal parce que personne ne souhaite le voir utiliser. Les SIIPS ne sont pas utilisés pour participer à la répartition des agents.

Nous remarquons que cet établissement a un ratio soignants/nombre d'entrées supérieur aux deux autres. Nous demandons aux différentes personnes interrogées si c'est la raison pour laquelle des outils ne sont pas utilisés. Les réponses font apparaître, qu'effectivement, un certain confort à pu empêcher d'être vigilant sur les critères de répartition.

La répartition est stéréotypée dans le sens où il suffit pour la DSSI de dire au directeur et DRH «pour un service de tant de lits il nous faut tant d'agents». La justification se base sur l'existant qui doit s'améliorer. L'activité et la charge de travail ne sont pas utilisées pour arbitrer. Cela traduit un fonctionnement qui est reconnu par tous comme confortable et bénéficie d'une absence de pénurie.

La relation entre professionnels est basée sur la confiance et se fait avec une argumentation minimale. La répartition en place n'est pas vraiment remise en question. Il s'agit uniquement de l'améliorer avec des effectifs supplémentaires.

Il y a peu de négociation entre DRH et DSSI. Il s'agit plus d'un jeu verbal que d'une négociation. La décision n'est jamais « remportée » par une partie, les deux sont à chaque fois satisfaites.

Il n'est pas envisagé d'autre fonctionnement. Nous retrouvons une certaine identification du comportement des DRH et DSSI à celui du directeur.

### **III.2. UNE GESTION PLUS SCIENTIFIQUE**

Le directeur ainsi que les acteurs souhaitent que soit reconnue leur activité. Cet établissement a connu des difficultés entraînant la visite de l'IGAS. Il a obtenu 80 postes. Tout le monde a ainsi compris la nécessité de pouvoir justifier les moyens utilisés pour en demander auprès des tutelles.

En interne, les acteurs commencent à mettre en place un suivi de l'activité. La DSSI utilise les SIIPS pour répartir les effectifs par secteur d'activité.

Là encore, nous retrouvons une cohésion de conception de gestion. Seule nuance, la DSSI est plus à l'aise dans l'utilisation des outils, ce qu'elle pratique déjà. Les autres acteurs ne pratiquent pas une gestion interne à partir d'outils. Leur utilisation est envisagée uniquement en externe.

La négociation est plus difficile. Le contexte budgétaire déficitaire rend les rapports plus conflictuels. Se heurte encore une gestion empirique se basant sur le ressenti de l'activité, c'est le cas du président de CME qui a tendance à favoriser son secteur d'activité, avec une gestion plus scientifique.

La cohésion se fait pour les restructurations. Dans ce cas, chacun apporte ses connaissances. L'objectif commun étant d'argumenter pour obtenir des moyens supplémentaires.

### **III.3. UNE GESTION TOURNEE RESOLUMENT VERS UNE ANALYSE DE L'ACTIVITE**

Nous avons une participation unanime à la mise en place et l'utilisation d'outils. Le DIM a un rôle important. C'est le seul établissement où le DIM et le président de CME font partie de l'équipe de direction.

Le directeur insuffle une politique d'analyse des coûts. Nous ne sommes pas surpris que cet établissement soit site pilote.

Si la répartition des effectifs est aussi le fruit de l'histoire, elle devrait prochainement évoluer par la mise en place de centres de responsabilités et une gestion des effectifs par pôle d'activité.

Il n'y a pas de conflit. entre les acteurs. Il existe une équipe de direction déterminée à promouvoir l'utilisation des outils. La négociation s'appuie uniquement sur des arguments quantifiables pour toute demande d'effectif supplémentaire.

L'analyse de la charge de travail intervient de plus en plus pour redéployer du personnel dans les situations de crise.

#### **IV CONCLUSION DE L'ETUDE DE TERRAIN**

A ce stade pouvons-nous valider notre hypothèse ?

##### **IV.1. SUR NOTRE QUESTIONNEMENT CONCERNANT LES MODALITES DE REPARTITION**

Nous avons pu établir qu'il n'existe pas de procédure de répartition et ce malgré l'existence de certaines normes.

Nous validons que la répartition est bien le fruit de jeux informels. Nous notons l'importance primordiale de l'histoire de l'établissement. Elle s'est construite de manière empirique à partir des priorités médicales et de la persuasion développée par certains médecins. Elle est ainsi devenue institutionnelle. sans qu'il y ait de recherche de justification. La question de la légitimité ne se posait pas.

Il a fallu le contexte de rigueur budgétaire et la volonté des pouvoirs publics pour que certains hôpitaux remettent en question leur fonctionnement. Dès lors nous constatons un effort de formalisation.

##### **IV.2. SUR LA NOTION QUE LA REPARTITION CHERCHE AUJOURD'HUI A SE FORMALISER**

La formalisation passe par la rationalisation.

Nous pouvons valider cette hypothèse avec la nuance suivante.

La formalisation passe par la recherche de normes. Or, celle-ci est fluctuante d'un établissement à l'autre. Des outils se mettent progressivement en place, toutefois, cela n'induit pas leur utilisation. Cette dernière ne se fait que s'il y a, en préalable, une volonté de rationaliser les moyens utilisés. La légitimité de la répartition se construit en fonction de la

politique appliquée. Celle-ci dépend de la conception affichée par le directeur et son entourage. Cette volonté se module selon 2 logiques.

- Une volonté exprimée de s'appuyer sur des textes, sur une analyse de l'activité. L'établissement affiche une recherche de formalisation et la répartition évolue comme étant le moyen d'affecter des moyens pour répondre à des besoins évalués, quantifiés. Cette formalisation se fait d'emblée pour les créations de service. Elle est plus modérée vis à vis de la répartition mise en place.

Dans ce cas, les outils servent à régler des problèmes ponctuels mais ne sont pas encore utilisés comme norme institutionnelle.

- La légitimité de la répartition est celle du bon sens et de l'expérience. Elle repose sur l'historique. Elle n'est pas remise en question. Il peut y avoir formalisation pour les demandes de moyens supplémentaires dans le seul but d'influencer la réponse.

### **IV.3. LA FORMALISATION PASSE PAR LA NEGOCIATION DES PRINCIPAUX ACTEURS**

Nous validons partiellement notre hypothèse que la répartition est le fruit de réelle négociation entre les acteurs.

Dans notre enquête sur le terrain, nous avons trouvé deux situations.

Dans les établissements où les acteurs utilisent des outils de gestion, la négociation se limite le plus souvent à un échange d'informations techniques. Si une demande est justifiée par des arguments irréfutables, il n'y a pas d'autre négociation que sur l'aspect de la temporalité de l'action menée ou sur un grade plutôt qu'un autre.

Dans un établissement où la répartition n'est pas objectivée, nous pensons qu'il s'agit plutôt de transaction sociale telle qu'elle est définie par M. BLANC.

Dès lors qu'il y a des choix à faire, malgré les outils, nous pouvons avoir une négociation telle qu'elle est définie par A. STRAUSS. Il y a un rapport de « donnant donnant, de marchandage et de diplomatie » particulièrement entre la DSSI et la DRH. Toutefois, cette situation nous est apparue comme étant exceptionnelle.

Cela nous amène à penser que l'utilisation d'outils permet d'inhiber les rapports de force entre DSSI et DRH ou « administratifs » et médecins.

Nous avons validé notre hypothèse. Les résultats de l'enquête nous ont permis de vérifier que la répartition des effectifs correspond bien à un processus propre à chaque établissement et qu'une recherche de légitimité commence à se rencontrer dans une situation de contrainte. Cette légitimation se construit quand les acteurs en ont la volonté, dans le sens où l'entend P. AÏ ACH de « donner du sens par rapport aux autres ».

A l'issue de notre recherche, nous pensons que la légitimation de la répartition des effectifs soignants se construit à la fois sur :

« Des fondements rationnels reposant sur la reconnaissance de la légalité des règles écrites et du bon droit de ceux qui sont élevés à l'autorité selon les termes de ces règles »

« Des fondements traditionnels reposant sur les croyances dans le caractère sacré des traditions et dans la légitimité de ceux dont le pouvoir y trouve sa source »

« Des fondements charismatiques reposant sur la dévotion à l'héroïsme »<sup>34</sup>

La répartition des effectifs est bien le résultat de ces trois situations que nous avons rencontrées et qui relèvent :

Soit de l'application des normes officielles et d'une analyse de l'activité, ce qui correspond à ce que nous avons appelé une gestion scientifique promue par l'ensemble des directions de l'hôpital.

Soit de l'histoire, des croyances et des habitudes, situation fréquente induite par une gestion empirique qui est respectée car relayée par le discours des différentes directions.

Soit de l'influence de personnalités, de notoriétés médicales sur l'affectation des effectifs dans leurs secteurs d'activité.

Ces deux dernières situations correspondent à l'héritage historique qui nous a été souvent présenté lors de nos entretiens.

---

<sup>34</sup> Pierre AÏ ACH, Didier FASSIN. *Les métiers de la santé, enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. L'Harmattan,, p 346.

## TROISIEME PARTIE : PLAN D'ACTION POUR UN PROCESSUS DE REPARTITION.

La construction de notre plan d'action tiendra compte de plusieurs considérations.

- ◆ Des deux axes développés dans notre problématique, à savoir la connaissance des critères de répartition mis en place et ce qui relève du rôle et de l'inter activité des différents acteurs ainsi que la mise en œuvre d'une politique de répartition.
- ◆ De la taille et la situation de l'établissement dans lequel nous projetons notre plan d'action. Il s'agit d'un syndicat inter hospitalier regroupant un centre médical de 190 lits de moyen séjour et 18 de SLD avec un hôpital local de 280 lits comportant 15 lits de médecine, 65 de SLD, 130 de cure médicale, 30 de maisons de retraite et un foyer de 40 lits pour adultes handicapés moteurs. Ces établissements sont distants de 20 kms. Ce SIH regroupe les services administratifs et logistiques. Toutefois, les agents restent affectés sur leur établissement d'origine. Les services de soins ne font pas partie du SIH. Seuls les CIS et l'infirmière générale sont inscrites sur le tableau des emplois du SIH et interviennent ainsi sur les deux établissements. Nous notons que ces structures ont une identité administrative et une culture différentes. Ils sont situés sur trois communes.
- ◆ De notre volonté de mettre en place un management qui mette en valeur le rôle primordial des cadres dans la définition des effectifs nécessaires pour répondre à nos missions de service public à partir des moyens qui nous sont impartis.
- ◆ De notre souci constant de positionner l'utilisateur comme prioritaire sur toute autre considération prévalant à la mise en place d'une organisation.
- ◆ De participer à la maîtrise des dépenses de santé en mettant en place une politique de répartition qui permette d'objectiver l'utilisation des ressources humaines et toute demande de moyens nouveaux.

## **I. CLARIFIER LA LOGIQUE DE REPARTITION MISE EN PLACE**

### **I.1. RECENSER LES CRITERES UTILISES**

L'infirmière générale ne peut impulser une véritable politique de répartition sans faire un bilan de l'existant.

#### **I.1.1. Une connaissance de la situation exacte des services**

Cela implique l'étude du tableau des emplois des établissements, du tableau des effectifs de chaque service, le décompte de l'absentéisme et la prise en compte de la durée de l'absence. Une première évaluation peut se faire en calculant le ratio de chaque service agents/lits. Il peut être intéressant de faire également un ratio agents/lits pondérés tels que nous l'avons présenté dans notre cadre conceptuel.

Il nous paraît nécessaire de rechercher également tous les indicateurs d'activité, à savoir le nombre d'entrées, la DMS. Le PMSI et le rapport d'activité sont des outils qui contiennent des informations utiles. Dans les services accueillant des personnes âgées, nous pouvons utiliser la grille AGGIR. L'utilisation d'un logiciel permet de recenser le nombre de personnes dans chaque groupe iso ressources et de calculer le GIR moyen pondéré. Nous pouvons dès lors calculer le ratio agents/ GIR moyen pondéré.

Cette étude nous permet de vérifier la pertinence de la répartition en vigueur.

#### **I.1.2. Une recherche de validation officielle**

A ce stade, il nous paraît intéressant de rechercher si la répartition des effectifs actuels a fait l'objet de validation par les instances. Interroger la DRH, rechercher dans l'ordre du jour des CTE permet de le vérifier.

Il nous paraît indispensable de rencontrer les cadres pour faire un état des lieux de ce qu'ils connaissent de la répartition des effectifs, Il peut être utile de recueillir également l'avis des chefs de service Des effectifs ont pu être accordés à un service lors du développement de certaines activités.

#### **I.1.3. Tenir compte des orientations du PSSI**

Prendre connaissance du projet de soins infirmiers dans notre cas peut nous permettre de vérifier si une politique particulière a été définie en ce qui concerne l'emploi des ressources humaines du SI.

Le rapport d'activité peut nous informer sur la nature des soins, les projets et formations diplômantes en cours et sur les mouvements du personnel.

#### **I.1.4. Le projet d'établissement.**

Nous vérifierons dans le projet social si une politique de répartition ou de mobilité a été déjà envisagée.

### **I.2. UTILISER LA SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DE L'EXISTANT.**

Les informations que nous aurons recueillies nous permettront d'avoir une vision assez précise de la logique de répartition en place.

Nous aurons ainsi pu vérifier s'il existe ou non une politique de répartition, sur quels critères elle s'appuie, qui y participe.

## **II DECLANCHER UN PROCESSUS DE REPARTITION**

Nous l'avons compris, si l'affectation des agents est proposée par l'infirmière générale, la répartition déjà existante est le fruit de l'histoire de l'établissement.

Si aucune politique de répartition n'a été clairement définie, notre objectif est d'en promouvoir une. Toutefois, cela ne peut s'envisager que dans un contexte plus général de gestion des ressources humaines déterminée par la politique générale de l'établissement.

### **II.1. OUVRIR LE DEBAT ET INFORMER**

De notre point de vue, l'infirmière générale a un rôle principal dans la mise en place d'une logique de répartition des effectifs du service de soins infirmiers. Toutefois, mettre en place des critères de répartition nécessite l'adhésion des acteurs.

En premier lieu, l'adhésion du directeur à la mise en place de critères de répartition est indispensable. Les étapes auront été préalablement envisagées et présentées.

La DRH est d'emblée associée à la réflexion. Les différents plans d'action sont présentés et nécessitent l'acceptation de la DRH puisqu'ils touchent au domaine plus général de gestion des ressources humaines.

Le président de la CME et les chefs de service sont informés également des résultats de l'analyse de l'existant faite précédemment, de notre objectif, de la politique et des outils envisagés.



Simultanément, la mise en place d'une politique de répartition passe par l'adhésion des cadres. Ils sont les premiers concernés par la question des effectifs. Ils apportent l'éclairage du terrain, leur connaissance des besoins. Ils sont donc associés pour définir et argumenter l'effectif nécessaire, le minimum, les marges à utiliser, les moments dans la journée où les besoins sont les plus importants et pour quelles compétences

L'infirmière générale organise les services de soins infirmiers. Pour mettre en œuvre un processus nous devons annoncer nos objectifs aux cadres. Ensuite, travailler les étapes.

## **II.2. PROMOUVOIR L'UTILISATION D'OUTILS**

Nous avons envisagé en premier lieu le suivi des ratios. Si ceux-ci font apparaître des disparités, nous essaierons de rétablir une certaine équité. Ceci peut se faire en rééquilibrant la répartition actuelle et en incitant les cadres à pratiquer un redéploiement ponctuel pour aider un service en difficulté. Cette solidarité sera ensuite formalisée selon une procédure écrite avec les cadres.

Le suivi des GIR permet de présumer la lourdeur du service. En effet, un nombre important de GIR 1 et 2 montre une population très dépendante ce qui induit une charge de travail conséquente. Les cadres peuvent chercher à équilibrer entre les services les entrées en fonction de la lourdeur annoncée.

Les indicateurs d'activité sont des arguments à utiliser ponctuellement pour répondre à une situation de crise. Le nombre d'entrées et de sorties, la rotation des patients restent des indicateurs intéressants car ils apportent un éclairage sur l'activité du service et permettent une comparaison.

## **II.3. IMPULSER LA MISE EN PLACE D'UNE ETUDE DE CHARGE DE TRAVAIL**

Pour impulser une politique de répartition des effectifs du SSI, l'infirmière générale doit mettre en place des outils intangibles reconnus par l'ensemble des acteurs. Les indicateurs précédemment envisagés ne permettent pas une connaissance fine de la charge de travail. Pour répondre aux besoins en personnel, il faut donc recenser les soins faits.

Nous ne préconisons pas un outil plus qu'un autre. Toutefois, dans cette région les SIIPS sont utilisés. Il nous paraît opportun de bénéficier de l'expérience des autres établissements.

La mise en place de cet outil nécessite une préparation minutieuse. Il faut montrer l'intérêt de son utilisation. Il en existe plusieurs qui dépassent le cadre de la gestion des ressources humaines. Nous en citerons certains comme connaître l'activité infirmière des services, mettre en évidence les pics d'activité, disposer de données objectives pour négocier des moyens supplémentaires ou comparer entre les services. Dans notre cas, nous baserons également sur les critères du manuel de l'ANAES (GRH 4 et GRH 4B) que nous avons déjà évoqués.

La mise en place d'un outil permet au service de visualiser et d'analyser son activité. Distinguer la nature des soins permet de définir le niveau de qualification des agents, plus d'infirmières pour les actes techniques, d'aides soignantes pour les soins de base.

Les résultats traités sous forme de tableau favorise l'analyse des tendances, des fluctuations saisonnières et aide à prévoir les effectifs.

Nous sommes conscients qu'un outil d'étude de charge de travail ne constitue pas une vérité absolue pour répartir les effectifs mais peut devenir une aide à la décision en définissant des critères objectifs.

Les étapes préalables sont, outre l'information sur l'intérêt et les enjeux, la formation des acteurs. Nous avons défini, en collaboration avec la DRH et l'organisme de formation, le rythme de la mise en place. Tous les agents ne pouvant être formés en même temps, nous avons établi un calendrier de mise en œuvre.

Nous préconisons que les cadres soient formés en priorité. Outre qu'ils sont les principaux utilisateurs de l'outil, ils sont également relais des informations auprès des équipes.

L'écoute et le suivi de la mise en place font partie du management de base.

A ce stade, malgré l'intérêt de la mise en place d'un outil, nous ne pouvons oublier le propos d'un directeur lors de notre enquête sur le terrain concernant les dérives possibles de tout outil.

Aussi, il nous paraît important de prévenir cette éventualité de deux manières.

En insistant sur la nécessité d'une cotation objective. Ceci est le rôle de l'infirmière générale relayé par le CIS.

En mettant en place une évaluation conjointe des saisies par le cadre et un collègue du même secteur, à différents moments de l'année. Cette évaluation est retranscrite sur un tableau préalablement diffusé auprès de tous les cadres.

Cependant, si nous ne voulons pas voir des cadres raisonner en « pré carré » et exercer un certain protectionnisme, il nous semble que le moyen le plus efficace est de promouvoir une politique de mobilité..

### **III CONSOLIDER LA LOGIQUE DE REPARTITION**

Nous allons évoquer des pistes de travail qui nous paraissent favoriser une logique de répartition des effectifs et qui se situent sur un plan plus général de politique d'organisation des soins. Nous avons privilégié deux axes.

#### **III.1. UNE POLITIQUE DE MOBILITE**

Nous y voyons plusieurs avantages.

- ◆ Indéniablement la mobilité favorise la polyvalence.
- ◆ Elle nous semble être un moyen de lutter contre les phénomènes d'habitude. En premier lieu, nous préconisons une mobilité des cadres. Celle ci favorise leur connaissance de l'institution, de la charge de travail et des organisations dans les autres services. Elle évite un fonctionnement protectionniste ou affectif favorisé par une trop longue habitude de travailler au même endroit. La mobilité des cadres peut aider à mieux comprendre les problèmes d'effectifs des autres services.
- ◆ Commencer par les cadres sert de modèle pour les autres agents. Connaissant le fonctionnement des autres services favorise l'ouverture. Pratiquant la mobilité, les cadres auront des facilités pour la mettre en œuvre en incitant les agents à aller dans d'autres services. Cette mobilité se fait grâce au travail d'accompagnement des agents par les cadres.
- ◆ La mobilité donne plus de recul sur les situations vécues dans leur service.

Nous envisageons deux types de mobilité.

- ◆ Une mobilité par le remplacement des cadres entre eux pendant les congés et absences. Ce fonctionnement fera l'objet d'une procédure recensant l'ordre des remplacements et le contenu du travail effectué par le cadre remplaçant.

◆ Une mobilité par mutation inter service. Nous utiliserons l'opportunité des nouveaux recrutés avec un contrat de durée défini avec eux. Pour les autres, l'évaluation annuelle est un moment privilégié pour fixer des objectifs. Ainsi, tous les cadres devront faire part de leur souhait de mutation en établissant un classement par secteur ou service sur un délai maximum défini de l'ordre de 5 ans par exemple.

Les cadres pourront développer la même logique avec les autres agents en commençant par les derniers recrutés. Notre objectif étant de favoriser le changement en douceur.

### **III.2. LA GESTION PREVISIONNELLE DES EFFECTIFS ET DES COMPETENCES (GPEC)**

La GPEC est une méthode anticipative de gestion du personnel. Elle est un outil précis qui ne peut se mettre en place que sur plusieurs années et correspond d'abord à un choix institutionnel.

Sans chercher à l'appliquer dans sa totalité, certaines données peuvent être utilisées conjointement par la DRH et la DSSI.

Etudier la pyramide des âges nous permet d'anticiper sur les départs et de prévoir les embauches nécessaires. Le maintien des effectifs évalués comme étant indispensables passe par un remplacement immédiat des départs.

Il est également nécessaire de définir dans chaque service les compétences nécessaires afin de prévoir les transformations de poste correspondantes. Ces besoins sont mis en évidence par l'étude de la nature des soins.

### **III.3. UNE CAPACITE A COMPOSER AVEC LES ACTEURS**

#### **III.3.1 Une nécessaire collaboration avec les acteurs**

La mise en place d'outils et la volonté affichée de les utiliser n'exclut pas des phases de négociation.

Les demandes d'effectifs supplémentaires doivent être argumentées à partir de données quantifiables et objectives. Il est souhaitable que les cadres présentent une évaluation de leur organisations avant de réclamer des moyens.

Même argumentées, toutes les demandes ne peuvent pas toujours aboutir. Une hiérarchisation des priorités est alors nécessaire pour des impératifs de limite budgétaire.

Dans ce cas, l'infirmière générale doit faire des choix. Ceux-ci se travaillent avec les cadres concernés pour les associer au choix. Ensuite l'infirmière générale va négocier avec la DRH en utilisant le « donnant donnant » des efforts fournis de part et d'autre. Les cadres et les chefs de service seront tenus informés des choix faits et des raisons pour lesquelles ils l'ont été.

Nous souhaitons provoquer des rencontres avec les médecins dans le cadre du service. Une fois une organisation mise en place, nous devons la faire valider par les instances afin de la faire reconnaître et l'institutionnaliser.

L'infirmière générale remplit donc un rôle fédérateur autour de l'organisation du service de soins infirmiers.

### **III.3.2. créer des liens**

Créer des liens c'est favoriser les rencontres entre les acteurs. En premier lieu, nous devons faire travailler les cadres ensemble. Les clivages entre les services liées à l'histoire ou aux conflits entre les médecins ne doivent en aucun cas être relayés par les cadres. Les rencontres hebdomadaires, les visites régulières dans les services, la mobilité sont des modes de travail à promouvoir. L'écoute, la valorisation du travail effectué en particulier pour une répartition équitable des effectifs sont à favoriser.

### **III.3.3 Donner du sens**

Nous ne devons pas oublier qu'une organisation n'est pas une fin en soi mais un outil de travail. Notre objectif doit rester centré sur la satisfaction de l'utilisateur. Les horaires, les organisations sont avant tout là pour répondre aux besoins de l'utilisateur en remplissant nos missions de service public. Une logique de répartition cherche à satisfaire les agents en leur montrant la transparence des critères utilisés mais elle évoluera en fonction des besoins des usagers. Nous tenons à informer les acteurs sur la temporalité des choix faits.

## **III.4. NOUS TENIR INFORMES ET INFORMER SUR L'EVOLUTION DES OUTILS**

Au cours de notre recherche, nous avons vu que les modes de gestion de l'hôpital sont en train d'évoluer. La dotation globale sera peut-être remplacée par le coût à la pathologie.

De nouveaux outils commencent à être envisagés pour anticiper sur les besoins. Jusqu'à maintenant, les outils mis en place sont évaluatifs de ce qui se fait comme le PMSI ou les études de charge de travail. Un outil tel que le data mining devrait permettre de définir avant l'hospitalisation les besoins et le cursus de tel GHM. Ce sont les prémices d'une autre

façon de gérer l'hôpital. Il nous incombe de nous informer sur l'évolution des modes de gestion pour y associer rapidement les services de soins.

## CONCLUSION

L'hôpital est un univers qui se caractérise par la complexité des jeux de pouvoirs.

La répartition des ressources humaines peut être un enjeu de pouvoir entre le directeur et les médecins, la DRH et la DSSI, entre les cadres. L'infirmière générale doit se situer en dehors de cette possibilité. Elle ne peut le faire que si elle impulse une politique de répartition cohérente basée sur des critères objectifs et reconnus.

Nous sommes bien conscients que, quelques soient les outils existants ou qu'elle souhaite mettre en place, l'infirmière générale doit composer aussi avec l'histoire de l'établissement et le jeu des acteurs. Il est donc d'autant plus nécessaire de suivre un plan d'action selon les grandes lignes que nous avons définies.

L'infirmière générale ne peut pas travailler seule. Elle ne peut mettre en application une politique que par l'adhésion des différents acteurs aux outils mis en place.

Si nous voulons impulser un processus de légitimation nous devons proposer des outils qui répondent aux attentes de transparence des acteurs.

---

## Liste des sigles utilisés

---

**ANAES** : Agence Nationale de l'accréditation et de l'évaluation des soins

**AGGIR** : Autonomie gérontologique groupes iso- ressources

**AS** : Aides soignants

**ARH** : Agence régionale de l'hospitalisation

**CI** : Cadre infirmiers

**CIS** : cadre infirmier supérieur

**CME** : Commission médicale d'établissement

**DIM** : Direction de l'information médicale

**DRH** : Direction des ressources humaines

**DSSI** : Direction du service de soins infirmiers

**DRASS** : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

**GIR** : Groupe iso ressource

**GHM** : Groupe homogène de malades

**IDE** : Infirmier(e) diplômé(e) d'Etat.

**IG** : Infirmier(e) général(e)

**IGAS** : Inspection générale des affaires sociales

**MCO** : Médecine- chirurgie- obstétrique

**PMSI** : Programme de médicalisation du système d'information

**PSSI** : Projet de soins infirmiers

**SAE** : Statistique annuelle d'établissement

**SIH** : Syndicat inter hospitalier

**SLD** : Soins de longue durée

**SSI** : Service de soins infirmiers

**SSR** : Soins de suite et réadaptation

**SI** : Soins infirmiers



---

# Bibliographie

---

## OUVRAGES

AÏ ACH P, FASSIN D : *Les métiers de la santé, enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris Anthropos, 1994, 364p.

BLANC. M *Vie quotidienne et démocratie, pour une sociologie de la transaction sociale* Paris : l'Harmattan, 1999, 320 p ,

BONNATI J.M, VINCENT G. *Les ressources humaines à l'hôpital un patrimoine à valoriser*. Édition Berger Levraut, 1998, 325 p.

CLÉMENT J.M. *Les pouvoirs à l'hôpital*. Les cahiers hospitaliers. Édition Berger- Levraut, 1995, 191 p.

CHATY L. *L'administration face au management : projets de service et centres de responsabilité dans l'administration française*. Edition Paris L'Harmattan 1997. 287 pages .

COCA.E. *Les inégalités entre les hôpitaux*. Berger- Levraut 1998, 459p.

GROSJEAN M, LACOSTE M. *Communication et intelligence collective : le travail à l'hôpital*. Paris, presses universitaires de France, 1990/02, 225p.

NOURY JF : *La gestion médicalisée des établissements de santé. Le PMSI et l'information médicale*. Édition Masson.

PRAX J.Y. *Le guide de knowledge management*. Édition Dunod.

ROUSSEAU JJ. *Discours sur l'origine de l'inégalité*. Livre de poche

STRAUSS. A. *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris l'Harmattan, 1992, 319p.

TRÉPOS J .Y. *La sociologie des expertises*. Collection encyclopédique « que sais-je » PUF.1996, 127p.

## ARTICLES, RAPPORTS.

DREES. *Statistique annuelle d'établissement*. Publication par la DRASS Auvergne 1998 et 1999.

FOURNI R. *Rapport fait au nom de la commission des Lois constitutionnelles de la législation et de l'administration générales de la république sur la proposition de résolution tendant à une commission d'enquête parlementaire sur la gestion des effectifs*.

Périodique n° 2128 00/02

MATHIS D. *La réduction des disparités entre établissements dans une situation de stabilisation des moyens*. Les cahiers de gestions hospitalières n° 51, octobre 1985.

GUIDE DU SERVICE DE SOINS INFIRMIERS : *Organisation et gestion du service de soins infirmiers*. N° 3.

SCHXEYER F.X. La régulation régionale du système hospitalier : pilotage par l'État ou territorialisation ? Politique et management public, volume 16, n°3, p 43-68.

TAVERNIER N, MATHÉ MC, BARATAY P, GUÉRIN T. *la gestion des ressources humaines dans les hôpitaux publics*. Rapport d'étude janvier 1994.

#### **MEMOIRES**

AUBERT G, ANCEAU J *Evaluation des méthodes d'adaptation des effectifs aux besoins des unités dans les établissements sanitaires et sociaux*. ENSP Octobre 1991

BENANTEUR Y. *Mise en place d'un outil de mesure de l'intensité et gestion prévisionnelle des effectifs*. Mémoire ENSP.1991, 82p

SERVAT Martine. *La détermination des effectifs soignants dans les établissements hospitaliers, intérêt des études de charge en soins*. ENSP mémoire médecin inspecteur,1992.

#### **COURS**

LESTEVEN P. La statistique annuelle d'établissement et le data mining. ENSP, Juin 2001

NOURY JF. Les utilisations du PMSI dans les établissements d'hospitalisation. ENSP, juin 2001.

#### **TEXTES LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRES**

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière.

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Décret n° 89758 du 18 octobre 1989, portant statut particulier des infirmiers généraux de la FPH

Circulaire n° 401 du 2 octobre 1990, relative à l'application du décret du 18 octobre 1989.

Circulaire n° 1403, relative au fonctionnement des établissements de MS et LS .

Circulaire n° 280, relative à la mise en œuvre des SR de réanimation

Décret n° 92-1102 du 2 octobre 1992, relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L .712-2 du code de la Santé Publique.

Décret N° 98-900 du 9 octobre 1998, relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de Santé pour être autorisés à pratiquer les

activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la Santé Publique.

Circulaire n° DH. 4 B/ DGS 3 E / 91-34 du 14 mai 1991, relative à l'amélioration des services d'accueil, des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale : guide d'organisation.

Décret n° 93-345 du 15 mars 1993, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

Circulaire n° 96-31 du 19 janvier 1996, relative au rôle et aux missions des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture dans les établissements hospitaliers.

#### **AUTRES**

ANAES, manuel d'accréditation des établissements de santé.

JOURNAL OFFICIEL, code de la Santé Publique, jeudi 22 juin 2000,

---

## ANNEXES

---

**ANNEXE 1** : Les inégalités inter régionales. Elias COCA, *les inégalités entre les hôpitaux*, édition Berger- Levrault, pp 54-72, 73.

Les inégalités de production hospitalières par région (tableau1)

Exemple du coût de la production de l'Auvergne (tableau 2) et de l'Ile de France (deuxième tableau 3)

**ANNEXE 2** : Elias COCA, p 43. Tableau présentant les inégalités de financement tous CHR, CH, PSPH et CLCC confondus.

**ANNEXE 3** : La SAE Auvergne. Présentation de la synthèse des 3 principaux établissements hospitaliers.

**ANNEXE 4** SAE Allier . Tableau récapitulatif de l'hospitalisation publique.

**ANNEXE 5**: Les cahiers de gestion hospitalière n° 51. *La réduction des disparités entre établissements dans une situation de stabilisation des moyens*, p 658.

Tableaux montrant les ratios agents/lits réels et agents/lits pondérés.

**ANNEXE 6** : Grille d'entretien

**Annexes non fournies par l'auteur**