

LA RECONNAISSANCE DES COMPETENCES AU TRAVAIL A TRAVERS UN OUTIL DE GESTION – UNE ETUDE EN MILIEU HOSPITALIER

Christine NASCHBERGER

Enseignante-chercheur en Gestion des Ressources Humaines (GRH)

AUDENCIA Nantes. Ecole de management

8, route de la Jonelière - BP 31222

44312 NANTES Cedex 3

02.40.37.45.90

cnaschberger@audencia.com

Résumé :

La qualité des soins hospitaliers est une préoccupation majeure de tous les acteurs du système de santé en France. Plusieurs réformes, notamment la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ont affecté le travail du personnel soignant. Le corps soignant cherche depuis plusieurs années une certaine forme de reconnaissance au travail. Ce fait se traduit dans quelques hôpitaux par l'introduction des outils de pilotage, par exemple les Groupes homogènes de soins (GHS). Dans quelle mesure l'utilisation d'un outil de gestion peut-elle correspondre aux attentes de leurs utilisateurs ? Cet article permet de répondre à cette question de recherche en montrant une étude de cas en milieu hospitalier. Une étude explorative comprend une vingtaine d'entretiens réalisés auprès des professions soignantes, des cadres de santé et la direction des soins.

Mots-clés : reconnaissance au travail, compétence, activité infirmière, charge de travail, coordination, communication, pilotage de performance, outil Groupes Homogènes de Soins (GHS), personnel soignant, secteur hospitalier

L'auteur tient à remercier Nathalie Halgand de l'IAE de l'Université de Nantes qui était la responsable scientifique de la partie française de recherche européenne AREHCAS (Accounting in the Reform of European Health Care Systems) et la Communauté Européenne qui a financé ce programme de recherche dans le cadre du programme TMR (Training and Mobility of Researchers). L'auteur remercie également la Direction des soins du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) pour la mise à disposition du terrain de recherche ainsi que le personnel soignant et les cadres de santé pour leurs témoignages et l'accueil au sein des trois pôles d'activité.

1. Introduction

« Gérer la qualité, c'est mettre en place un processus de type managérial qui implique l'ensemble des acteurs de l'organisation afin d'assurer la qualité de la prestation et la satisfaction du consommateur de service » (Anhoury et Viens, 1994, p. 17). Cette citation permet de mieux comprendre ce que recherche un patient lorsqu'il s'adresse à une institution de soins : la qualité et plus particulièrement la qualité des soins. La qualité est au cœur de la relation d'échange entre le corps médical et soignant et le patient.

Depuis les trente dernières années, les hôpitaux français ont connu de nombreuses réformes qui ont affecté le personnel médical et soignant (Claveranne 2003, p. 125), notamment les processus d'amélioration de la qualité et d'accréditation. Dans un premier temps, la préoccupation du management de la qualité s'est traduit par des déclarations, des textes de loi, des manuels et des ouvrages. Dans un second temps, l'amélioration de la qualité des soins est devenue le « nouveau paradigme de l'action collective », considéré comme une réponse possible à certains problèmes publics (Setbon, 2000, p. 51). Depuis le début des années quatre-vingt l'objectif d'amélioration de la qualité des soins s'exprime à travers l'évaluation de cette qualité, ce qui se traduit par des référentiels de management de la qualité, des audits cliniques, des palmarès hospitaliers, des « labels » professionnels ou des procédures d'accréditation des établissements de santé (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES)). Un indicateur de la qualité des soins est par exemple la satisfaction du patient et sa mesure représente l'un des critères du référentiel d'auto-évaluation dans la démarche d'accréditation des établissements de santé (ANAES, 1999 ; Cleary et Mc Neil, 1988, p. 26 ; Bowers et Swan, 1994, p. 50 ; Gasquet, 1999, p. 1615). L'utilisation d'outils comme le questionnaire de sortie ou l'enquête de satisfaction témoigne de la préoccupation d'une évaluation de la satisfaction du patient. La prise en compte de la qualité des soins est affirmée explicitement dans les fondements et principes de l'accréditation (ordonnance du 24/04/1996 valant réforme du système hospitalier) et dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Cette évolution a contribué à l'élaboration des outils de pilotage de la performance¹ et des SISI (Systèmes d'informations en soins infirmiers) pour évaluer et améliorer les prestations des soins au sein des hôpitaux. Dans le secteur hospitalier, il existe aujourd'hui au moins une vingtaine d'outils pour évaluer la qualité et la charge de travail² du personnel soignant³ comme les GHS (Groupes homogènes de soins), MIF (Mesure de l'indépendance fonctionnelle), PMSI-SSR (Programme de médicalisation du système d'information – Soins de suite et de réadaptation), PRN (Projet de recherche en nursing), SIIPS (Soins infirmiers individualisés à la personne soignée), IPSI (Indice de pondération en soins infirmiers), AAS (Activités afférentes aux soins), IGEQSI (L'instrument global d'évaluation de la qualité des

¹ Plusieurs auteurs ont lancé un débat autour de la nature des nouveaux outils de gestion. Nous nous référons par ailleurs au texte fondateur de Berry et à Moisson.

² La charge de travail est la somme de l'ensemble des activités nécessaires au fonctionnement d'un service. Elle peut être subdivisée en deux grandes catégories: la production et les activités administratives, logistiques et d'entretien (Cattelin, 1998, p. 74).

³ Dans le cas particulier d'une unité de soins, la production appelée « soins directs », les activités liées « soins indirects » et les activités de gestion et d'entretien les « autres activités ».

soins infirmiers), RSI (Résumé des soins infirmiers), MEIM (Mémoire, écriture, infirmière, modélisée), AVQ (Activités de la vie quotidienne), DS (Diagramme de soins), GPS (Gestion prévisionnelle des Soins), RIM (Résumé infirmiers minimum) etc. (Burteaux et al 1990, p. 84 ; Cattelin, 1998, p. 74 ; Ministère des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville 1994 et 1995 ; Naiditsch et Pourvoirville, 2000, p. 59 ; Paul, 1997, p. XII et Paul, 2000 ; Petit, 1991, p. 9). La plupart de ces outils ont été développés par des praticiens-chercheurs au Canada et sont actuellement utilisés dans leurs hôpitaux ainsi qu' en France.

2. Le contexte

Il est reconnu que les conditions de travail, notamment les conditions physiques et mentales, pour les personnels hospitaliers sont assez difficiles. « *La charge de travail est difficile et dure (travail de nuit et de week-end) et l'épuisement professionnel est un vrai problème pour le secteur de la santé* »⁴. D'autres auteurs confirment une augmentation du stress et de la pression ainsi le syndrome du « burnout » dans le secteur hospitalier (Roques et Roger, 2004, p. 47 ; Rafnsdottir, et al. 2004, p. 49ff. ; Estryn-Behar, 1997). Malgré des conditions de travail difficiles, quelques professionnels de santé comme les infirmier/ères, les aides-soignants ou les agents hospitaliers souffrent d'un manque de reconnaissance dans leur travail ainsi que dans notre société. « *Nous avons tous besoin de construire une identité professionnelle et l'expérience au travail permet cette construction d'identité.* »⁵ La construction d'une identité professionnelle est un processus de socialisation qui se passe sur le lieu de travail et également en dehors (Hunt, 1994, p. 519). La reconnaissance au travail facilite et renforce la construction de cette identité professionnelle (Phillips 2001 et Ferroni 2000). L'identité est un concept lié à la notion de reconnaissance. L'objectif de cette recherche consiste à contribuer à une amélioration de la reconnaissance en renforçant l'identité professionnelle envers le personnel soignant en milieu hospitalier. Il est clair que initialement l'introduction d'un outil de gestion apparaît davantage comme un outil de coordination et de pilotage surtout du point de vue de la direction (dans ce contexte des décideurs de l'introduction de l'outil). Rien n'empêche que les utilisateurs s'approprient l'outil dans leur travail quotidien et que celui-ci devienne peu à peu une source de reconnaissance ou serve à légitimer leur charge de travail permettant de renforcer l'identité professionnelle (hypothèse de travail).

Le concept de reconnaissance tient une place importante dans le débat actuel dans notre société et nous constatons également que le management utilise la promesse de reconnaissance comme un nouvel outil de gestion des ressources humaines (Renault, 2006, p. 34 ; Payet et Battegay, 2006).⁶ Des travaux récents montrent l'intérêt d'un développement d'organisations égalitaristes et d'une politique des RH qui propose des actions pour la reconnaissance des femmes au travail (Poilpot-Rocaboy et Kergoat, 2005).

⁴ Ce témoignage d'un médecin est issu d'une table ronde qui a eu lieu lors d'un séminaire « spécial santé » du RECEMAP organisé par l'IAE de Nantes et le CRGNA les 12, 13 et 14 décembre 2002 à Nantes.

⁵ Ce témoignage d'une sociologue est issu d'une table ronde qui a eu lieu lors d'un séminaire « spécial santé » du RECEMAP organisé par l'IAE de Nantes et le CRGNA les 12, 13 et 14 décembre 2002 à Nantes.

⁶ Plusieurs études récentes montrent l'importance de l'augmentation de la souffrance psychologique au travail notamment en milieu hospitalier (Estryn-Behar, 2006, p. 26ff. ; Sainsaulieu, 2003). Les deux raisons principales qui sont à l'origine de cette évolution sont la surcharge de travail et le manque de reconnaissance (Brun et al, 2002). La reconnaissance au travail permet l'accomplissement de soi et constitue un élément clé dans la santé mentale des individus.

Nous nous intéressons dans le cadre de cette recherche à la reconnaissance interindividuelle dans l'activité professionnelle.⁷ Qu'entendons nous par la recherche de reconnaissance professionnelle ? Nous devons à Christophe Dejours d'avoir étudié le sujet de l'individu en quête de respect dans sa profondeur. L'école de la psychodynamique du travail s'intéresse au travail réel accompli et l'investissement subjectif inscrit dans le travail. En contrepartie de la contribution qu'apporte un salarié en entreprise, celui-ci attend une rétribution. L'individu au travail veut être reconnu pour le travail qu'il a accompli (Dejours, 2000, p. 40). « *Contrairement à ce que l'on croit, la rétribution principale est symbolique ou morale : la reconnaissance. ...* » (Dejours, 2002, p. 25). La reconnaissance au travail valorise l'expertise et l'expérience professionnelles des individus (Bourcier et Palobart, 1997). Elle tient également compte des comportements des individus, de ses qualités professionnelles et de ses compétences⁸. La lecture des travaux sociologiques permet de mieux comprendre les dynamiques sociales de reconnaissance au travail. D'après Sainsaulieu, il existe quatre modalités principales d'accès à la reconnaissance de soi et des autres au lieu de travail. Nous nous intéressons ici à la reconnaissance par la compétence et la valeur de la performance des professionnels (Sainsaulieu, 1998, p. 41 et Sainsaulieu, 1977). La construction d'une identité sociale par le travail nous conduit à une demande accrue de reconnaissance de ces compétences. Dans cette optique, l'introduction d'un outil de gestion peut être valorisant pour les utilisateurs car il permet de légitimer les compétences acquises.

Une étude a montré que les infirmières sont impliquées dans leur travail mais non dans leur organisation (Thévenet, 1993, p. 36). L'investissement personnel au travail relève de la psychologie individuelle et des traits de personnalité (Bellier-Michel, 1998, p. 45). Une autre étude montre que l'attachement à l'établissement où l'on travaille est souvent lié aux possibilités de promotion et à la reconnaissance des compétences acquises (Estryn-Behar, 2006, p. 32).

Nous pouvons supposer que le personnel soignant cherche à travers des SISI un nouveau concept de la reconnaissance en renforçant leurs compétences, leur responsabilité et leur activité. Ces outils formalisent l'activité infirmière (Acker, 1995, p. 69ff.). L'évaluation des activités hospitalières est une impérieuse nécessité

- afin d'améliorer la qualité des procédures diagnostiques et thérapeutiques,
- pour utiliser avec le maximum d'efficacité les moyens mis à la disposition du personnel hospitalier par la collectivité
- pour accroître le degré de satisfaction des malades (Beraud et Amouretti 1989, p. 147)
- pour pouvoir mieux coordonner le travail à l'hôpital qui est par nature un travail d'équipe(s) (Grosjean et Lacoste, 1999)
- et pour développer la communication en milieu hospitalier qui semble être un élément primordial de la coordination des collectifs (Theureau, 1993, p. 161; Grosjean et Lacoste, 1999).

⁷ Pour des définitions plus larges, nous citons les travaux du philosophe allemand Honneth. Celui-ci distingue trois principes de reconnaissance dans nos sociétés modernes : le principe de l'amour, de la solidarité et de l'égalité. Ces trois facteurs déterminent les attentes légitimes de chacun (Honneth, 2000).

⁸ Nous définissons la compétence comme l'ensemble des savoirs, du savoir-faire et du savoir-être.

L'un des objectifs que nous venons de citer consiste à rendre visible la dimension soignante de la représentation de la performance hospitalière. Cet objectif part du fait que les outils de pilotage de la performance n'intègrent pas d'une manière satisfaisante la dimension soignante, notamment la qualité des soins. La représentation de la performance s'appuie actuellement sur des critères économiques et financiers, le calcul des coûts et elle exclut la dimension qualitative. En dehors des raisons économiques et financières que nous venons de citer, nous pouvons constater que la dimension sociale n'est pas prise en compte, néanmoins faudrait-il rajouter cette finalité sociale, notamment la reconnaissance au travail. Avec l'aide des indicateurs de performance nous pouvons aider à créer du sens pour le personnel soignant. Ces outils sont créateurs de valeur parce qu'ils mettent en évidence les compétences des salariés et ils permettent de contribuer à la construction d'une identité professionnelle. Autrement dit, les outils d'amélioration de la qualité des soins sont des construits sociaux, reposant sur des perceptions et des représentations des acteurs. Ils combinent des critères différents de qualité et une transparence plus ou moins grande, en fonction de la représentation que leur promoteurs et utilisateurs se font de leur activité professionnelle et de leurs attentes vis-à-vis l'utilisation de l'outil. L'étude de la genèse des outils d'amélioration de la qualité nous permet ainsi de mieux comprendre le processus de rationalisation des activités du personnel soignant qui était le point de départ dans l'élaboration des outils. Les modes d'évaluation de la qualité touchent également les conditions de l'échange. Parmi les publications en sociologie qui portent sur cet engagement de l'échange nous pouvons citer, entre autres, les travaux de Karpik ou de Gomez qui ont étudié cette construction sociale de la qualité.

Un outil de pilotage de la performance utilisé dans quelques hôpitaux en France s'appelle comme précédemment évoqué, les Groupes homogènes de soins, les GHS. L'outil des Groupes homogènes de soins (GHS) peut être assimilé à un premier pas vers la prise en compte des dimensions qualitatives du soin. D'un point de vue organisationnel, institutionnel et individuel, les GHS constituent une première étape dans la reconnaissance de l'acteur infirmier, comme source de création de valeur à l'hôpital. En tant que tel, ils offrent un angle d'attaque privilégié de notre problématique.

A partir de ces analyses, nous pouvons former l'hypothèse de travail que le personnel soignant cherche une reconnaissance à travers l'outil GHS et que l'utilisation de cet outil (GHS) permet à ses utilisateurs d'être reconnus dans leur travail.

3. Etude de cas : L'expérimentation des GHS dans un Centre Hospitalier Universitaire (CHU)

3.1. Méthodologie retenue

Dans le cadre de cette recherche nous avons privilégié une démarche qualitative dans la mesure où elle permet d'observer une situation dans l'intégralité de sa complexité. La méthode de l'entretien semi-directif permet d'accéder aux représentations des acteurs. Ce choix méthodologique est accompagné par la technique d'observation des acteurs dans leur travail quotidien afin de mieux analyser l'activité infirmière et la charge de travail. La

méthodologie consiste à mener une vingtaine d'entretiens semi-directifs avec des acteurs concernés. Citons d'abord les professions soignantes (infirmier/ière (IDE), aide-soignant(e) (AS) et agent de service hospitalier (ASH)), le personnel d'encadrement (cadres de santé et surveillants) et la direction des soins au sein du CHU. Les entretiens avec les professions soignantes étaient d'un quart d'heure à une demie-heure et pour les cadres de proximité et la direction d'une heure.

Cette recherche qualitative permet d'analyser la perception des utilisateurs de l'outil et de recueillir des informations concernant l'introduction et l'utilisation de l'outil auprès des cadres de proximité et de la direction des soins. La recherche est centrée sur le vécu quotidien des acteurs concernés et sur leur expérience. Ces interviews sont complétées par la technique d'observation qui s'est traduite par une immersion complète du chercheur dans trois services d'un hôpital public durant trois semaines (une semaine par pôle). Il s'agit de recueillir les attentes, les commentaires et questions des soignants en relation avec les GHS, au plan du concept, de leur mise en œuvre, et de leur adéquation aux besoins des soignants au travers des usages possibles et/ou réels qu'ils en font. Le choix de la semaine s'explique par la durée de cotation d'un patient dans le système des GHS. Le troisième service a ensuite offert un terrain de validation des informations recueillies dans les deux premiers.

Les trois services retenus relèvent des pôles d'activité⁹ suivants :

- pôle NUT (Néphro-Uro-Transplantation)
- pôle MPR (Médecine Physique de Réadaptation)
- pôle Cancérologie

La diversité des situations cliniques rencontrées dans ces trois pôles devait contribuer à améliorer la validité externe des résultats du travail.

Le recueil d'informations a donné lieu à un traitement qui visait à synthétiser : 1- les apports du système, tels que perçus par les soignants des deux services, ainsi que les problèmes soulevés lors de sa mise en œuvre expérimentale ; 2- les usages réels et les attentes des acteurs face à un tel outil. Une attention particulière a été accordée aux processus d'appropriation de l'outil par les acteurs, tant par les degrés atteints que par les facteurs bloquants ou facilitants.

Pour chaque pôle, une synthèse a été élaborée puis soumise pour validation aux acteurs concernés, afin de s'assurer de l'absence de biais dans la retranscription des discours.

⁹ Le CHU a modifié en 2001 sa structure organisationnelle et il a adopté une structure par pôles d'activité médicale. Chaque pôle regroupant plusieurs services et unités de soins. Cette réorganisation avait pour objectif de favoriser la réactivité de l'organisation, d'instaurer une gestion de proximité et de responsabiliser davantage les acteurs du CHU. Cette réorganisation s'articule à une politique d'amélioration de la qualité des soins et de l'efficacité des procédures de gestion. Le CHU est désormais divisé en 19 pôles d'activité dont les contours reposent essentiellement sur des spécificités médicales.

Encadre : Description du Centre Hospitalier Universitaire (CHU)

Cette étude exploratoire, portait sur un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) implanté en région Ouest. La capacité d'accueil de cet établissement est de 3.077 lits et places par discipline médicale et en 2004, le CHU a réalisé 82.857 entrées. En 2004, l'effectif hospitalier totalisait 10 211 personnes, 1.826 personnes appartenant au corps médical et 8.385 personnes relevant du corps non-médical (dont 5.974 personnel soignant et éducatif). Le CHU est composé de trois grands ensembles hospitaliers : deux lieux d'accueil de court séjour et un ensemble dédié à la psychiatrie et au moyen séjour (prise en charge des personnes âgées). Le CHU est investi d'une mission de service public à travers son accueil aux services d'urgence.

3.2. Présentation de l'outil GHS

Les indicateurs de productions comme les GHM (Groupes homogènes de malades) n'intègrent pas de façon satisfaisante la dimension soignante. Les GHM représentent un outil de codage des activités médicales hospitalières qui associe à chaque prise en charge type un coût de référence. Le PMSI de deuxième génération (Programme de médicalisation du système d'information) qui comprend les SSR (Soins de suite et de réadaptation), constitue un premier pas vers l'intégration d'une partie des soins (Bougouin et al, 2000, p. 283). L'origine de l'apparition de ces outils nous renvoie vers une rationalisation de l'activité médicale dans ses dimensions multiples (Paradeise 2000, p. 3ff ; Claveranne et Lardy, 1999).

Dans ce contexte, les GHS, (Groupes homogènes de soins), sont présentés comme le complément des GHM, du côté soignant (Bougouin et al, 2000, p. 283). Comme ces derniers, les GHS ont pour objectif de dégager des profils de patients, par la constitution de groupes homogènes. L'homogénéité recherchée porte ici sur les besoins en soins de la population hospitalisée. En fournissant une meilleure évaluation de ces besoins, le système autorise une meilleure gestion prévisionnelle des ressources humaines. Ceci confère aux GHS le statut d'outil de pilotage destiné à la fois aux soignants et aux gestionnaires.

La méthodologie des GHS s'inspire de celle des SIIPS (Soins infirmiers individualisés à la personne soignée) (Bougouin et al, 2000, p. 284). Chaque patient est classé en soins de base¹⁰, soins techniques¹¹ et soins relationnels¹² et éducatifs¹³. A chaque coefficient est attribué un

¹⁰ Les soins de base ou soins d'entretien et de continuité de la vie sont toutes les interventions qui visent à compenser, partiellement ou totalement, un état de dépendance d'une personne, afin de maintenir ses fonctions vitales et de lui permettre de retrouver son autonomie sur le plan de l'alimentation, de la respiration, de la locomotion, de l'élimination, de l'hygiène et du sommeil. Ces soins prennent en compte les habitudes de vie, les coutumes, les croyances, les valeurs de la personne ou du groupe auquel ils s'adressent. Ils sont généralement désignés improprement par le terme anglais de nursing qui signifie soins infirmiers (Bernard, Bernard et al., 1996, p. IX).

¹¹ Les soins techniques sont donnés à l'aide de procédés techniques et de moyens essentiellement matériels. Ils nécessitent une compétence et une habileté spécifiques et sont liés à l'évolution technologique des domaines qui intéressent la santé (Bernard, Bernard et al., 1996, p. IX).

¹² Les soins relationnels sont des interventions verbales ou non-verbales visant à établir une communication en vue d'apporter une aide à une personne ou à un groupe (Bernard, Bernard et al., 1996, p. IX).

¹³ Les soins éducatifs sont des interventions qui consistent à offrir à une personne, ou à un groupe, des informations, conseils ou assistance pour lui permettre de comprendre ce qui peut « maintenir, restaurer, promouvoir » sa santé et de modifier ses comportements (Bernard, Bernard et al., 1996, p. IX).

terme particulier (Tableau). On identifie la prédominance de soins, puis on associe le séjour à un des 112 GHS. La liste des GHS est historiquement issue de la classification engendrée par les résultats de la méthode des SIIPS. Exemple : GHS numéro 0111 = 0 : pas de dominante en soins, 1 : autonomie du patient en soins de base, 1 = soins légers en soins techniques, 1 = autonomie du patient en soins relationnels et éducatifs.

Tableau : Définition et calcul des GHS

Intensité, structure	1	4	10	20
Soins de base	Autonomie	Dépendance modérée	Dépendance moyenne	Dépendance totale
Soins techniques	Soins légers	Soins courts	Soins lourds ou courts	Soins très lourds
Soins relationnels et éducatifs	Autonomie, informations fonctionnels	Dépendance modérée	Relation d'aide	Dépendance totale

Source : Bougoin, 2000, p. 284

Chaque GHS engendre une intensité de soins constante. Les GHS utilisent actuellement une échelle de soins directifs, validée quantitativement sur la durée des soins. Il convient de les valoriser à terme dans la même unité de compte que les GRM, c'est-à-dire en point ISA (Indice synthétique d'activité) (Bougoin et al, 2000, p. 284)

3.3. L'introduction de l'outil au sein du CHU

L'outil des GHS est testé dans les pôles expérimentateurs depuis fin hiver 2000. L'enquête sur le terrain a été faite en été 2001, c'est-à-dire que le CHU disposait d'une expérience de moins d'un an. Avant cette période, aucun outil ne permettait de mesurer la charge de travail du personnel soignant dans les pôles expérimentateurs. On ne peut donc parler de changement d'outil, mais bien de l'introduction d'une démarche d'évaluation de la charge de travail des soignants. A noter toutefois l'utilisation de la MIF (Mesure d'indépendance fonctionnelle) au sein du pôle MPR, à des fins de pilotage.

4. Restitution et discussion des résultats: La perception de l'outil GHS par les utilisateurs

Les informations recueillies traduisant l'éventail des perceptions des soignants impliqués dans l'expérimentation des GHS peuvent être structurées autour des points suivants, qui correspondent aux items ayant guidé les entretiens menés auprès des acteurs utilisateurs :

- Contexte d'introduction et origines de l'expérimentation des GHS
- Avantages de l'outil GHS
- *Problèmes, difficultés rencontrés lors de l'utilisation des GHS (ces résultats ne sont pas discutés lors de cet article)*
- *Informations manquantes relatives aux GHS (ces résultats ne sont pas discutés lors de cet article)*
- Attentes des soignants par rapport à ce type d'outil
- *Suggestions visant à améliorer l'outil GHS (ces résultats ne sont pas discutés dans cet article)*

4.1. La perception du processus d'introduction de l'outil

Le processus d'introduction est différemment perçu par les acteurs, qui l'estiment parfois rapide et insuffisamment préparé (une réunion d'équipe avec simulations de cotation des GHS dans un cas) ou qui se déclarent satisfaits et bien informés. Ce processus a été relayé par l'encadrement.

Nous pouvons constater en analysant les interviews que l'introduction de l'outil diffère d'un pôle à l'autre. La satisfaction du personnel soignant est en étroite relation avec l'implication des cadres de proximité. Dans un des trois pôles d'activité, l'ensemble du personnel semblait très bien informé et même formé pour l'utilisation de cet outil. À travers des interviews menées avec les cadres de santé, le cadre de ce pôle semblait impliqué dans l'introduction de l'outil. Le cadre n'a pas manqué de nous témoigner son travail de préparation et d'élaboration des documents destinés au personnel soignant au moment de la session d'information. Sa proximité dans la gestion des ressources humaines fut confirmée par les membres de son pôle.

De manière générale, nous pouvons évoquer un manque de communication et d'information à l'introduction de l'outil. La direction pourra rédiger un cahier de charges qui permettra de définir des objectifs clairs ainsi qu'une présentation détaillée de l'outil. Une fois celui-ci introduit, il est important et nécessaire de veiller à l'accompagnement des utilisateurs (par exemple, organiser des réunions d'échange sur l'utilisation d'outil à l'intérieur d'un pôle mais aussi entre les pôles ; une politique « porte ouverte » de la part des surveillants pour répondre aux questions urgentes etc.)

Parmi les finalités affichées des GHS et citées par les soignants figurent les points suivants qui peuvent être regroupés autour de notre hypothèse précédemment identifiée comme vecteur de reconnaissance des activités soignantes, à des fins de légitimation et d'évaluation ainsi qu'en ce qui concerne une modélisation des dimensions qualitatives de la prestation rendue au patient, à des fins de pilotage :

- « Fournir une évaluation approximative de la charge en soins ; l'objectiver »
- « Démontrer la réalité, l'intensité et la lourdeur des soins »
- « Mieux connaître la population accueillie »
- « Fournir une aide à la gestion prévisionnelle et en temps réel (pilotage) des effectifs : rapprocher la production de soins des ressources humaines disponibles ; adapter les moyens aux besoins, évalués par la charge en soins »
- « Fournir une aide à la gestion de plusieurs unités »
- « Fournir un outil d'aide à la programmation des entrées »
- « Intégrer les GHS dans le PMSI »
- « Mettre en évidence l'activité infirmière »

Ces résultats nous montrent que les GHS sont perçus par les soignants dans un premier temps, comme vecteur de reconnaissance des activités soignantes. Ils remplissent une fonction de légitimation intervenant lors des phases d'évaluation des activités soignantes. En comparant, les résultats des interviews avec les objectifs affichés par la direction des soins, nous pouvons confirmer que l'outil aide premièrement, à identifier l'ensemble de l'activité infirmière, de tenir compte de la charge de travail dans l'organisation des soins et de faire reconnaître, de valoriser et de promouvoir les soins infirmiers. Toutefois, les dimensions qualitatives ne sont

pas intégrées de façon satisfaisante, donc le fait que l'outil devrait être un outil de pilotage pertinent est remis en question. Deuxièmement, l'outil permet de favoriser la réflexion collective sur la quantité, la qualité de travail et de développer la communication professionnelle par la mise en place d'un référentiel commun. Dans ce sens, cette recherche confirme les travaux de recherche de Theureau et Grosjean et Lacoste sur l'intelligence collective en milieu hospitalier.

4.2. Les avantages perçus par les utilisateurs

Cette rubrique se distingue de la précédente dans la mesure où il s'agit des avantages perçus par les utilisateurs de l'outil, non des finalités affichées, telles que perçues par ces derniers.

De manière synthétique, les avantages cités sont les suivants :

Qualités d'usage :

- « *Facilité, simplicité (forme et contenu) et rapidité : remplir les feuilles ne prend pas beaucoup de temps* »
- « *Fiabilité de l'outil (faible risque d'erreur)* »
- « *Capacité élevée d'adaptation de l'outil* »

Ces résultats soulignent les difficultés dans le travail d'aujourd'hui, dû au manque de temps. Depuis l'introduction des 35 heures en France, nous pouvons constater qu'en milieu hospitalier les conditions de travail se dégradent. Dans les hôpitaux, les temps de transmissions des informations sur les patients ont été largement réduits au début des années 2000, ce qui a dégagé du temps auprès des patients mais la qualité de l'information obtenue par les infirmières et aide-soignant(e)s reprenant le service a diminué (Harvard, Naschberger, Sobcak, 2006, p. 42).

Utilité de l'outil dans le cadre du pilotage :

- « *Photographie de la population accueillie, de l'activité du service* »
- « *Outil d'analyse a posteriori : utilisés par les cadres dans le rapport d'activité annuel : les GHS servent à mettre en évidence les patients et permettent une analyse rétrospective sur des périodes longues (minimum 1 trimestre) pour sortir des chiffres suffisamment significatifs* »
- « *Mesure de l'évolution de l'autonomie du patient : intéressante pour les seuls patients qui restent au moins une semaine, ou pour ceux qui reviennent (trace écrite)* »
- « *Une trace écrite facilitant la coordination : intéressant pour les collègues qui reviennent de vacances et qui peuvent avoir une idée de l'évolution de l'autonomie du patient ; la visualisation de la progression / régression du patient est intéressante pour les soignants qui travaillent à temps partiel* »
- « *Travail en équipe : travailler ensemble : les GHS sont faits par le binôme infirmier/ère et aide-soignant(e) (ceux qui soignent le malade) ; à l'inverse, un codage des GHS par une personne seule se révèle trop lourd, alors qu'il est tout à fait praticable en groupe* »
- « *Aide au pilotage : permet de mieux cibler les soins qui sont donné (car c'est écrit), on voit la prise en charge des patients* »

Rôle de légitimation des activités soignantes :

- « *Formalisation d'une production de soins ; mise en valeur de la charge de travail des soignants ; quantification des activités (sans les qualifier), puisqu'il n'y a pas de lien établi avec les effectifs) ; objectivation du profil de la population* »
- « *Contribution à la reconnaissance du travail soignant : les GHS incluent les soins de base, les soins techniques et les soins relationnels* »

4.3. Les attentes du personnel soignant par rapport à l'outil

Les attentes du personnel soignant qui se sont exprimés de façon explicite et claire, confirment notre hypothèse de travail la recherche d'une légitimité de leur travail. Nous pouvons constater que les personnes interviewées considèrent d'abord les GHS comme un outil de légitimation, de coordination, de pilotage et que les utilisateurs cherchent ensuite une capacité d'adaptation et une faisabilité de l'utilisation de l'outil.

Outil de légitimation : « *Représenter la charge en soins, afin de refléter le travail de l'équipe soignante du service, et d'obtenir une meilleure reconnaissance de leur charge de travail, dans le cadre du projet infirmier.* » « *Les GHS doivent contribuer à une meilleure reconnaissance de l'activité soignante.* »

D'autres études soulignent le rôle du travail d'équipe et la qualité d'un soutien psychologique qui sont considérés comme un facteur d'équilibre pour le personnel soignant. Le cadre de santé joue une part importante dans ce soutien psychologique face à la demande émotionnelle du travail (Estryn-Behar, 2006, p. 32).

Outil de coordination et de communication : « *Les GHS contribuent à transmettre des informations importantes entre équipes. Ils pourraient également être l'occasion d'améliorer la coordination entre soignants et médecins, sous la forme d'une réunion mensuelle durant laquelle les médecins informeraient les soignants sur les différents types de pathologies traitées. Même si le cadre infirmier a toujours sa porte ouverte, et que les internes sont très souvent disponibles, les réunions semblent nécessaires dans la mesure où elles constituent une occasion de rassembler les soignants au-delà de deux personnes, et de réduire d'inévitables tensions au sein de l'équipe.* »

Au-delà, de la fonction d'un outil de coordination, les GHS permettent d'améliorer la communication entre les divers acteurs (médecins, infirmiers(ères), aide-soignants(es), agents de service hospitalier, surveillants(es), kinésithérapeutes, diététiciens(nes) etc.) Plusieurs études dans le secteur hospitalier montrent que l'ambiance au travail se dégrade par manque de communication (Estryn-Behar, 2006, p. 38).

Outil de pilotage : « *Les GHS doivent également déboucher sur des actions concrètes susceptibles de réduire les dysfonctionnements mis en lumière par la phase d'évaluation du travail soignant. Ceci peut se traduire par le renouvellement de petit matériel. Par exemple, ainsi, dans le service, on relève des pertes de temps importantes liées à l'utilisation de vieux thermomètres nécessitant une à trois minutes pour prendre la température, alors que le recours à un thermomètre neuf réduirait ce temps à dix secondes.*

« Une meilleure connaissance de l'activité du service est également requise, appelant un outil permettant d'objectiver la charge de travail en temps réel, pour un pilotage au quotidien. »

« Souhait plusieurs fois réaffirmé des soignants de connaître les résultats de l'expérimentation à laquelle ils ont participé ainsi que les conséquences concrètes qui en découleront, telles que le choix de l'outil qui sera retenu au niveau de l'hôpital pour évaluer la production en soins. »

« Ce type d'outil doit s'inscrire dans une politique globale de management, qui passe par l'apprentissage d'un langage commun aux administratifs, aux soignants et aux médecins. »

Capacité d'adaptation : *« Capacité à s'adapter aux spécificités du service utilisateur. »*

Faisabilité : *« Toutes les transmissions doivent être courtes. Le codage doit être simple et rapide. » « Les GHS doivent être informatisés et le logiciel doit offrir des outils d'analyse et de synthèse des données saisies. Il doit déboucher sur une aide en matière de gestion du personnel, par une adéquation des moyens humains disponibles à la charge en soins. »*

Les résultats confirment partiellement notre hypothèse de travail que l'outil des GHS contribue à la reconnaissance des professions soignantes, c'est-à-dire que l'outil contribue à une amélioration de la reconnaissance individuelle et collective mais comme nous avons vu dans la partie théorique, le concept de la reconnaissance est vaste et nécessite une recherche approfondie. Les limites de cette recherche par rapport au concept de la reconnaissance sont les suivantes : le faible nombre des interviews menées ainsi que la durée des interviews auprès du personnel soignant. Toutefois, les résultats montrent le besoin ainsi que l'attente des utilisateurs d'un outil de mesure de la charge de travail. À ce stade de la recherche, nous ne pouvons pas répondre à la question si l'outil GHS est l'outil le plus pertinent pour mesurer l'activité infirmière. Les résultats empiriques qui se dégagent de ce travail mettent en évidence la nécessité d'élargir le champ d'investigation à d'autres outils.

5. Conclusion

L'évaluation de la qualité des soins par l'outil de mesure GHS utilisé en milieu hospitalier peut être considérée comme un vecteur important dans la gestion des ressources humaines. Au cœur de cette analyse qualitative se retrouvent les utilisateurs et leurs perceptions de cet outil de pilotage de performance. En effet, les GHS ont été largement perçus par les acteurs comme contribuant à la légitimation des activités soignantes, dans la mesure de leur capacité à représenter celles-ci. De plus, l'analyse des attentes des soignants met en évidence la nécessité d'un outil remplissant cette fonction de reconnaissance qui est vecteur de l'identité professionnelle, porteur de sens, source de motivation et de satisfaction, du renfort du sentiment de compétence, de l'estime de soi, et garant du bien-être et de la santé mentale au travail.

Bibliographie

- Acker, F. (1995), « Informatisation des unités de soins et travail de formalisation de l'activité infirmière », *Sciences sociales et santé*, N°3, septembre 1995, p. 69-90.
- ANAES (1999), *Manuel d'accréditation des établissements de santé*, (Février).
- Anhoury, P., Viens, G. (1994), *Gérer la qualité et les risques à l'hôpital*. Paris : ESF.
- Bellier-Michel, S., « L'individu et le système », *Sciences Humaines*. Hors-Série N°20. Mars-Avril 1998, p. 44-47.
- Beraud, C., Amouretti, M., (1989), « Evaluer les activités hospitalières : une impérieuse nécessité », *Journal d'Economie Médicale*, T.7, N°3, p. 147-160.
- Bernard, N., Bernard, J.-L., Maddalen, L., Nardin, R., Salésiani, J.-C., Thiébaud, D. (1996). Evaluation de la charge en soins : guide d'utilisation à l'usage des infirmiers, *Objectif Soins* ; Numéro 48, Décembre, p. VII-XIV.
- Berry, M. (1983), *Une technologie invisible ? L'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains*, Paris : Centre de Recherche en Gestion.
- Bert, C., « La guerre économique vue par un psychanalyste », *Sciences Humaines*. N°104. Avril 2000, p. 10.
- Bougouin, J.-M., Chevillard, C., Jouanaud, M., Lullien, C., Saint-Aubert, C. (2000), GHM et GHS : Vers un PMSI de troisième génération, *Gestion hospitalières*. N°395, p. 283-286.
- Boulanger, Y., Minaire, P., Chantraine, A. (1987), « *Mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF)*, Manuel d'instruction accompagnant le film d'initiation », Research Foundation-State University of New York.
- Bourcier, C., Palobart, Y. (1997). *La reconnaissance : Un outil de motivation pour vos salariés*. Paris : Editions d'Organisation.
- Bowers, M.R., Swan, J.E. (1994), « What Attributes Determine Quality and Satisfaction With Health Care Delivery », *Health Care Management Review*, Vol. 19 (4), p. 49-55.
- Brun, J.-P., Dugas, N., (2002). *La reconnaissance : Une pratique riche de sens*. Québec, Canada. Centre d'expertise en gestion des ressources humaines. Gouvernement du Québec.
- Burteaux, V., Dooze, E., Duffroy, M., Gaillard, P., Titeca, A. (1990), « La charge en soins infirmiers en Réanimation : comment la mesurer et quelle est-elle ? » *Recherche en Soins Infirmiers*, N° 23, Décembre, Publication ARSI, p. 84-89.
- Cattelin, P. (1998), « Mesure de la charge de travail du personnel soignant : Quelle démarche, quels outils à choisir », *Technologie Santé*, Numéro spécial : Manager les Ressources Humaines, N° 33, Septembre, p. 74-75.
- Claveranne, J.-P., Lardy, C. (1999), « *La santé demain. Vers un système de soins sans murs* ». Paris : Economica.
- Claveranne, J.-P. (2003), « L'hôpital en chantier : du ménagement au management ». *Revue Française de Gestion*, Vol. 29, n°146, p. 125-130.
- Cleary, P. D., Mc Neil, B. J. (1988), « Patient Satisfaction as an Indicator of Quality Care », *Inquiry*, Vol. 25 (Spring), p. 25-36.
- Dejours, C. (2000), *Travail et usure mentale*, Bayard éditions.

- Dejours, C. (2002), « La reconnaissance au travail », *Sciences Humaines*, N° 131, Octobre, p. 25.
- Estryn-Behar, M. (1997), *Stress et souffrance des soignants à l'Hôpital ESTEM*, Paris.
- Estryn-Behar, M. (2006), « Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe », *Résultats de l'enquête PRESST/NEXT*. Caillard, J.-F.(responsable scientifique).
- Ferroni, I. (2000), « L'identité infirmière vue par ses élites. Pièges et limites d'une rhétorique professionnelle, dans *Profession et institution de santé face à l'organisation du travail* », Editions de l'ENSP.
- Gasquet, I. (1999), « Satisfaction des patients et performance hospitalière », *La Presse Médicale*. Vol. 28 (29), p. 1610-1615.
- Gomez, P.Y. (1994), *Qualité et convention*, Paris : Economica.
- Gomez, P.Y. (1996), « Normalisation et gestion de la firme : une approche conventionnaliste », *Revue d'économie industrielle*, N° 75, p. 113-131.
- Grosjean, M., Lacoste, M. (1999). « *Communication et intelligence collective dans le travail. Etude comparée de trois services Hospitaliers* ». Coll. Travail Humain. Paris. Presses Universitaires de France.
- Harvard, C, Naschberger, C., Sobczak, A. (2006), « *Les relations de travail en Europe : d'une conception bi-polaire à une conception triangulaire voire multipolaire. Diversité et conséquences de l'orientation client sur l'entreprise et ses acteurs* ». Rapport Français. 130 pages.
- Honneth, A. (2000), *Les luttes pour la reconnaissance*. Cerf.
- Karpik, L. (1996), « Dispositifs de confiance et engagements crédibles », *Sociologie du travail*, N°4, p. 527-550.
- Ministère des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville (1994), « Système d'information en soins infirmiers, Indicateurs, analyse, perspectives », *Guide du service infirmiers*, N° 16 Série Soins Infirmiers.
- Ministère des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville (1995), « Méthode pour mesures les autres activités afférentes aux soins ». Direction des hôpitaux. s.p.
- Moison, J.-C. (1997), *Du mode d'existence des outils de gestion*, Paris : Seli Arslan.
- Naiditsch, M., Pourvoirville, G. D. (2000), « Le Programme de médicalisation du système d'information (hospitalier) : une expérimentation social limitée pour une innovation majeure du management hospitalier », *Revue Française des Affaires Sociales*, N°1 Janvier-Mars, p. 59-95.
- Paradeise, C., (2000), « Introduction » *Sociologie du travail*, Numéro spécial « Les acteurs de la santé publique et les réformes » N°1, p. 3-12.
- Paul, J.P. (1997), « Evaluer la qualité des soins en secteur de gériatrie avec l'IGECSI », *Objectif Soins*, Le Cahier du Management, N°53, p. XII-XVI.
- Paul, J.P. (2000), « *Management. Qualité des Soins. Communication. La qualité des soins infirmiers au cœur de la prestation de soins au service du bénéficiaire* », Documents pédagogiques, Société Médi Conseil et Formation, Paris.
- Payet, J. P., Battegay, A. (à paraître à l'automne 2006), *La reconnaissance dans les sociétés contemporaines. Un concept de philosophie politique à l'épreuve des sciences sociales*.

- Petit, M. (1991), « Les outils de mesure de charge en soins », *L'infirmière Enseignante. Information hospitalière, indicateurs d'activité* (1), N°4, p. 9-22.
- Phillips, D. A. (2001), « Methodology for Social Accountability : Multiple Methods and Feminist, Postructural, Psychoanalytic discourse ananalysis », *Advances in Nuring Science*, June, Vol. 23, n°4, p. 46-66.
- Poilpot-Rocaboy, G., Kergoat, M. (2005), « Reconnaissance des femmes dans le travail », *Tous reconnus*. HAL-SHS. Editions d'organisation. p. 399-410.
- Rafnsdottir, G. L., Gunnarsdottir, H. K., Tomasson, K. (2004), « Work Organization, Well-Being and Health in Geriatric Care » , *Work*, N° 22, p. 49-55.
- Renault, E., « La reconnaissance au cœur du social », *Sciences Humaines*. n°172. Juin 2006. p. 34-39.
- Roques, O., Roger, A. (2004), « Pression au travail et sentiment de compétence dans l'hôpital public ». *Politiques et Management Public*, Vol. 22, n°4, décembre, pp. 47-63.
- Setbon, M. (2000), « La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective ? », *Sociologie du travail*, Vol. 42, N° 1, p. 51-68.
- Sainsaulieu, R., (1977). *L'identité au travail*, FNSP.
- Sainsaulieu, R., « La construction des identités au travail », *Sciences Humaines*. Hors-Série n°20. Comprendre les organisations. Mars-Avril 1998. p. 40-43.
- Sainsaulieu, R., (2003). *Le malaise des soignants. Le travail sous pression à l'hôpital*, L'Harmattan.
- Theureau, J. (1993). « Evénements et coopération dans le travail infirmier : L'infirmière d'une unité de soins d'obstétrique » in Cosnier, J., Grosjean, M., Lacoste, M. (eds). *Soins et communications. Approches interactionnistes des relations de soins*. Collection Ethologie et Psychologie des Communications. Presses Universitaires de Lyon, p. 161-178.
- Thévenet, M. « L'implication au travail », *Sciences Humaines. Les Cahiers de l'Anvie*. 28 mai 1993. p. 35-38.