HAL
open science

Les cliniques françaises à l'heure des changements organisationnels : à quoi sert la GRH ?

S. Mainhagu

To cite this version:

S. Mainhagu. Les cliniques françaises à l'heure des changements organisationnels : à quoi sert la GRH ?. 2009, 24 p. halshs-00516326

HAL Id: halshs-00516326

https://shs.hal.science/halshs-00516326v1

Submitted on 9 Sep 2010

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

CERAG
www.cerag.org
Centre d'Etudes et de Recherches Appliquées à la Gestion_ U.M.R. C.N.R.S. 5820

CAHIER DE RECHERCHE n°2009-02 E1

Les cliniques françaises à l'heure des changements organisationnels : à quoi sert la GRH ?

MAINHAGU Sébastien

Unité Mixte de Recherche CNRS / Université Pierre Mendès France Grenoble 2
150 rue de la Chimie – BP 47 – 38040 GRENOBLE cedex 9
Tél. : 04 76 63 53 81 Fax : 04 76 54 60 68

Les cliniques françaises à l'heure des changements organisationnels : à quoi sert la GRH ?

MAINHAGU Sébastien*

CERAG n°2009-02

* Doctorant, CERAG UMR CNRS 5820
sebastien.mainhagu@upmf-grenoble.fr

Janvier 2009

RESUME

Les cliniques françaises à l'heure des changements organisationnels : à quoi sert la GRH ?

Les cliniques de soins de court séjour, ensemble d'entreprises singulier, relativement homogène et significatif en terme d'activité, connaissent des changements dans leurs stratégies et leurs organisations rendues plus flexibles. Des pratiques de GRH nouvelles dans le secteur sont mobilisées. Quels sont ces pratiques et leurs liens avec les projets de changements ? Quelles sont les méthodes utilisées pour les introduire ? La présentation des expériences de deux cliniques collectées dans le cadre d'une enquête exploratoire alimentera la réflexion sur les conditions d'une bonne utilisation des pratiques de GRH dans le secteur de la santé dans un contexte de changements organisationnels.

Mots clés : clinique, pratiques de GRH, conduite des changements.

ABSTRACT

French health clinics during organizational changes: how can human resource management help?

Surgical clinics and private maternities as a relatively homogenous yet particular group of companies with significant place in the heath care sector are going through changes in strategies and are making their organization more flexible. New human resource activities in this sector have been put into place. What are these new practices and their links with the planned changes? What methods are used to introduce them? The experiences of two surgical clinics collected during an exploratory study will generate reflection on what conditions an effective use of human resource management will yield in the health care sector in the context of organizational changes.

Key words: clinic, human resource management techniques, road maps of change

Le système de santé français, comme dans tous les pays développés, est en pleine mutation. Les dépenses de santé se sont accrues depuis 50 ans avec le progrès de la médecine. La population était alors favorable à une couverture généreuse des risques sanitaires par l'Etat Providence. Mais le coût de cette politique est jugé aujourd'hui trop lourd pour notre économie. Depuis une vingtaine d'années, des réformes voulues par l'Etat pour maîtriser les dépenses de santé ont été lancées, modifiant notamment les modes de financement des établissements. L'Etat a également instauré des normes de qualité.

Dans ce contexte de contrainte externe forte, les cliniques de court séjour[1], groupe d'entreprises significatif en terme d'activité dans le secteur sanitaire semblent évoluer rapidement (DRESS, 2006). La stratégie souvent adoptée par les directions consiste à optimiser l'utilisation des lits en augmentant le nombre d'actes chirurgicaux dans les blocs opératoires, réduire la durée moyenne de séjour (DMS) et créer des services ambulatoires[2] (Piovesan, 2003).

Dans les cliniques comme dans les hôpitaux publics, ces choix ont entraîné des transformations des organisations (services de soins ouverts en journée et fermés le week-end, modifications de la répartition des tâches entre soignants et non soignants, organisation du service en fonction de l'activité des bocs opératoires, elle même planifiée selon une logique de flux tendus, etc) mais aussi l'introduction de modes de management (mode projet, groupe qualité, etc) et de gestion des ressources humaines importés d'autres secteurs. Une meilleure optimisation des ressources en fonction de l'activité est recherchée, notamment une plus grande flexibilité interne de la main d'œuvre.

Cependant l'adhésion des salariés à ces projets de changement n'est pas acquise au départ, la majorité d'entre eux sont des professionnels qui se référent à un groupe plus large au-delà de l'entreprise. La question se pose donc de la conduite de ces changements. Les directions mobilisent de nouvelles pratiques de GRH pour le secteur. Quelles sont ces pratiques, leurs évolutions et leurs liens avec les projets de changements ? Quelles sont les méthodes utilisées pour les introduire ?

---

[1] C'est-à-dire qui ont une activité essentiellement de médecine et/ou de chirurgie et/ou d'obstétrique (MCO).
[2] Hospitalisation de jour de moins de 24 heures, le plus souvent pour une durée de séjour de quelques heures.

A l'hôpital, des expériences de conduite du changement ont été observées (Franchisteguy, 2001) certaines mobilisant des pratiques de GRH (Roques, 2006). Nous apportons notre contribution en étudiant les pratiques de GRH et les méthodes de conduite des changements mises en œuvre dans les cliniques françaises de soins de court séjour.

Après avoir questionné les liens entre les pratiques de GRH et les changements organisationnels puis proposé un cadre conceptuel (1), les expériences de deux cliniques de soins de court séjour seront décrites (2) afin d'en tirer des enseignements sur les conditions d'une bonne utilisation des pratiques de GRH dans le secteur de la santé dans un contexte de changements organisationnels (3).

1. Changements organisationnels et pratiques de GRH: des liens à questionner

Si les membres des directions font des projets liant changements organisationnels et pratiques de GRH renouvelées (1.1.), leur mise en place est délicate au vue des réactions des soignants et pose la question de leur conduite (1.2). Pour comprendre les pratiques de GRH et leurs évolutions dans les cliniques, mais aussi les méthodes employées pour les introduire, nous utiliserons un cadre d'interprétation composé de trois typologies (1.3.).

1.1. Un lien déterminé entre pratiques de GRH et changements organisationnels…

Les cliniques sont des établissements d'hospitalisation privés qui représentent plus du quart des lits de court séjour, eux même correspondant à la moitié des lits d'hospitalisation français (DREES, 2006). C'est un ensemble d'entreprises homogène de par leurs activités, leur mode

c'est à dire acquérir « une capacité d'adaptation sous la double contrainte de l'incertitude et de l'urgence » (Everaere, 1997, p6).

Les pratiques de GRH serviraient alors ce choix stratégique, par exemple rendre acceptable une gestion du temps et des affectations plus souples dans les services grâce à des rémunérations et des évaluation individualisées. Le lien entre flexibilité de l'organisation et GRH serait alors établi (Jacob, 1993). Ce n'est pas sûr car la GRH n'est pas toujours prise en compte lors de l'élaboration du projet par les décideurs. Cette cohérence sera donc à vérifier (proposition 1).

1.2. ... pour des résultats incertains

Même si c'était le cas, la modification de règles et des pratiques de gestion que sont les pratiques de GRH ne se décrète pas. Les changements peuvent être mal perçus par les soignants, réactions parfois qualifiées de « résistance au changement » par les directions (Carlier, Denis, Lamothe, 2005). Or, ceux-ci ont peut être de « bonnes raisons de résister au changement », ils ont besoin d'être informés et obtenir des moyens dans un cadre perçu comme juste (de Coninck, 1998). Aux nouveaux contextes et contenus du travail ne doit-il pas s'appliquer des règles et des pratiques adaptées pour les rendre acceptables ? Les changements de pratiques de GRH seraient une des manifestations de l'évolution des règles de gestion à l'œuvre dans les cliniques (proposition 2).

De plus, le changement n'est pas un processus linéaire mais itératif (Pichault et al, 1997). La direction ne peut tout maîtriser : il y a des conflits de rationalité, des appropriations différentes du passé de la structure et des contraintes de l'environnement. Les interactions entre acteurs, avec leurs différences de perceptions, souvent liées à des identités professionnelles fortes, interfèrent forcement sur le projet de départ de la direction. (Bernoux, 2004). L'influence du contexte externe mais aussi des représentations sur le contenu du changement rend l'évaluation complexe donc le risque difficile à maîtriser (Pichault et al, 1997, p31). Les temporalités des acteurs sont en plus différentes (p118).

Enfin dans les cliniques, les experts sont les médecins libéraux, qui appartiennent à une profession organisée en corporation. Les autres intervenants, pour l'essentiel des infirmières et des aides soignants qu'on appellera par commodité les soignants, sont eux salariés. Ils ne sont pas autonomes du fait de leur dépendance aux praticiens (Friedson, 1984). Mais ils ont une expertise qui est indépendante de l'entreprise qui les emploie. Ils dépendent de la hiérarchie mais se référent à un système de représentations et d'intégration contrôler par une organisation externe à l'entreprise. Cette distanciation du professionnel vis- à vis des règles, principes et commandements de l'organisation fait des professionnels des « cosmopolitans » (Gouldner, 1957) ou des « déviants » (Thevenet, 2006, p17). Les changements ont des chances de provoquer leur hostilité s'ils ne sont pas partie prenante. Le choix de la méthode de conduite des changements est de ce fait aussi important que le contenu. C'est vrai aussi dans le cas où de nouvelles pratiques de GRH sont introduites.

Le cas d'une réorganisation dans le cadre d'une fusion d'établissements et de services de soins le montre (Valette et Karaki, 2005). Dans un premier temps, les professionnels de santé résistent à ces changements. Ce projet a finalement pu se faire après les départs de médecins et soignants- comportement de retrait, nouveau dans ce secteur- créant une situation de pénurie de compétences, rendant obligatoire le regroupement des ressources. La réorganisation voulue par la direction et les tutelles s'est réalisée mais au prix d'une perte de professionnels pour l'hôpital qui assuraient la qualité donc sa réputation. Mais lorsque ceux-ci sont associés au projet le risque est grand que celui-ci devienne irréaliste par rapport aux contraintes de l'environnement et que les ambitions du changement soient réduites. Le leadership ne peut facilement pallier ce déficit à cause de « la structure diffuse du pouvoir » au sein des groupes de professionnels (Carlier, Denis, Lamothe, 2005).

L'issue du processus est donc très incertaine et repose bien souvent sur l'action des cadres de proximité plus en phase avec la temporalité des professionnels. Or, leur positionnement n'est pas stable, entre soignants, médecins et direction, un entre deux classiques pour tout cadre de proximité, mais pour lequel les cadres de soins ne sont pas forcement préparés. D'une part, ils sont intégrés dans l'équipe, ils comprennent les sentiments des soignants, poste qu'ils ont occupé, regrettant parfois l'éloignement du lien légitime avec le soin (Feroni et Kober-Smith, 2005). D'autre part, ils sont partie prenante du projet de l'établissement, ils sont un relais des

de financement et leurs organisations centrées sur un plateau technique. Sa singularité tient au statut des experts, les médecins, qui y exercent majoritairement en libéral[3].

Nous définirons « les pratiques de GRH » comme l'ensemble des activités permettant aux dirigeants d'une organisation d'acquérir des ressources (définir le besoin, communiquer, sélectionner, intégrer), les stimuler (classer, évaluer, former, promouvoir et rétribuer) et les réguler (en les connaissant par exemple par un SIRH[4], en pratiquant la flexibilité, en gérant les emplois et les compétences) en lien ou non avec les représentants du personnel. Les « pratiques » désignent les activités observées et non les seuls discours des acteurs.

Dans le domaine sanitaire, les pratiques de GRH ont été étudiées à notre connaissance uniquement dans les hôpitaux publics (Abraham, 1995 Pontier, 1998, Montmorillon, 1999). Les enjeux de la GRH pour les directions des établissements publics sont clairement affichés. L'objectif est pour eux de rationaliser l'organisation du travail en introduisant d'autres modes de gestion des ressources humaines pour maîtriser les coûts. Leur mission est aussi d'identifier les dysfonctionnements dans l'organisation des équipes, « mettre en œuvre les conditions de réorganisation nécessaire à une meilleure optimisation des ressources telle que l'affectation des salariés, l'acquisition et l'entretien des compétences, la formation aux nouveaux métiers et aux nouvelles techniques. Cela ne peut se faire qu'à travers le relais de l'encadrement de proximité ». Une des missions de la fonction RH est justement de leur donner « la capacité de maîtriser ces différents outils qui permettent d'évaluer et de mesurer les objectifs atteints en accompagnant leurs collaborateurs » (extraits Revue Personnel n° 469, mai 2006).

Le personnel étant la première des charges mais aussi des ressources, les directions cherchent à ajuster en permanence le nombre de soignants au niveau de l'activité, qui est variable et incertaine, même dans le secteur privé où l'essentielle des hospitalisations sont programmées (Piovesan, 2003). Le projet de la direction est donc de rendre l'organisation plus flexible,

[3] Ce n'est pas le cas d'une partie des établissements privés (154 sur les 807 établissements de soins de court séjour) qui ont fait le choix de participer au service public hospitalier (PSPH) et salarient la majorité de leurs médecins, ce qui les rapproche des hôpitaux : (DREES- SAE 2005, données administratives).
[4] Système informatique des ressources humaines

décisions prises par la direction dont ils peuvent difficilement se désolidariser, étant associés par le cadre supérieur de santé aux délibérations.

De plus leur management est mis à l'épreuve par la question des conditions de travail qui sont vécues par les soignants comme se dégradant (DRESS, Le lau, 2004). La charge de travail s'est alourdie du fait de la réduction de la DMS et d'une plus grande complexité de la prise en charge des patients (Moisdon et Tonneau, 1999). La contrainte de l'organisation du travail questionne le sens du métier créant un malaise (Dubet, 2002, Acker 2005).

Le choix de la méthode de conduite des changements a un impact sur la réussite du processus du changement. D'après la littérature (notamment Carlier, Denis, Lamothe, 2005), celle prenant en compte les réactions et associant les soignants semble plus appropriée dans ce secteur (proposition 3). Trois typologies de pratiques vont nous servir de cadre d'interprétation pour évaluer ces trois propositions.

1.3. ... à questionner à l'aide d'un cadre d'interprétation

Les deux premières sont des typologies de pratiques de GRH. Tout d'abord nous utiliserons celle de Loïc Cadin, Francis Guérin et Frédérique Pigeyre (2004, p11) opposant « administration du personnel » et « gestion des ressources humaines ». L'intérêt de cette typologie est qu'elle est simple d'utilisation et permet d'identifier les pratiques de GRH qui sont liées à la stratégie et donc aux projets de changements organisationnels. En effet, la perception du personnel (substituable ou spécifique) nous renseigne sur la place de la GRH dans la réflexion stratégique. Le modèle de « gestion des ressources humaines » se caractérise par le fait que la direction anticipe des problèmes de GRH qu'elle prend en compte en amont des projets les effets sur les ressources humaines. Le positionnement de cette fonction dans l'organigramme et les termes employés pour nommer les personnes chargées de la GRH est un bon indicateur. Par cette typologie, la cohérence entre changements organisationnels et GRH peut être évaluée mais grossièrement. Car cette typologie n'est pas précise sur le contenu des pratiques et ne permet pas de connaître comment les pratiques évoluent. De plus, cette cohérence peut être re-construite à posteriori dans les discours.

La seconde typologie que nous mobiliserons est celle de François Pichault et Jean Nizet (2000) qui appliquent aux pratiques de GRH la théorie contextualiste développée par Andrew Pettigrew, décrivant tout objet d'analyse par trois dimensions : le contenu, le contexte et le processus. Les deux sociologues belges ont choisi comme contenu les pratiques de GRH, comme contexte les évolutions économiques, sociales et institutionnelles, comme processus les relations de pouvoirs. Ils proposent alors cinq modèles de pratiques de GRH correspondant chacun à une des configurations organisationnelles développées par Henri Mintzberg.

Le modèle arbitraire qui se caractérise par une faible formalisation des pratiques et une influence du dirigeant sur les décisions est proche de la GRH des PME décrites par Henri Mahé de Boislandelle (1998). Le modèle objectivant se caractérise par une grande formalisation des pratiques, « une recherche constante d'équité visant à éviter les situations de discriminations individuelles », ce qui « condamne à un certain niveau de généralité » (Pichault, Nizet, 2000). Dans le modèle individualisant au contraire le lien salarial est personnalisé avec une multitude de statuts et d'itinéraires. Gestion des compétences, évaluation individuelle par objectif, politique de formation à la carte valorisant l'acquisition de savoirs être, aménagement du temps de travail en fonction des situations de travail sont les principales pratiques.

Le modèle conventionnaliste « se caractérise par le fait que les membres de l'organisation disposent individuellement d'une grande maîtrise informelle sur la plupart des dimensions de la GRH mais aussi s'accordent pour définir collectivement le cadre et les modalités de leur coexistence » (Pichault et Nizet, 2000, p136). Enfin le modèle valoriel se caractérise par l'importance du projet collectif et des valeurs dans le management sans pratique distinctive de rémunération ni de gestion du temps de travail. Dans la réalité, les pratiques ne sont pas conformes à une seule typologie mais ont des caractéristiques qui les rappellent.

Ces modèles permettent aussi d'expliquer les changements de pratiques de GRH. En effet, pour chaque type de GRH, les deux sociologues belges ont identifié « des tensions fondamentales » dans les jeux de pouvoirs entre acteurs. Ceux-ci mobilisent les éléments de contexte et font évoluer les caractéristiques des pratiques de GRH vers l'une des deux tendances ou « pôles » de chaque modèle.

Dans le cas du modèle conventionnaliste, la tension entre les acteurs porte sur le degré de décentralisation des décisions en matière de GRH, soit il penche vers une décentralisation au niveau de chaque individu, soit une concentration au niveau du collectif. Dans le modèle arbitraire, les jeux d'acteurs s'exercent pour obtenir la confiance du directeur et une délégation en matière de GRH, soit celui-ci garde toutes les prérogatives soit il les délègue. Dans le modèle individualisant la tension porte sur une recherche de plus d'autonomie du personnel tout en maintenant un niveau de contrôle suffisant. Une responsabilisation plus grande du personnel va de paire avec une demande de surinvestissement dans le travail et une prise en charge des résultats. Le modèle valoriel porte sur la prise en compte ou pas de logiques d'actions spécifiques des membres de l'entreprise dans le projet commun. Enfin, dans le modèle objectivant la tension porte sur le poids plus ou moins grand des analystes de la GRH. La proximité de pôles entre deux modèles peut faire évoluer les pratiques de GRH d'un modèle dominant vers un autre. Pour autant, l'incertitude de l'issue du processus demeure pour les auteurs puisque l'issue des jeux d'acteurs est indéterminée.

Cependant en choisissant comme processus les jeux de pouvoir, les deux sociologues négligent le rapport aux valeurs. En effet les acteurs n'interagissent pas seulement pour gagner ou maintenir des avantages en terme de pouvoir, mais également du fait de leur différence de perception de leur travail et de l'organisation (Dubet, 1994). Cette perception se forge dans le temps, sous l'effet de processus de socialisation c'est-à-dire de transmission de normes et de valeurs. De plus ces typologies sont marquées par les organisations qui ont servi à leur construction (université, association, etc). Il faut donc s'en servir en gardant les principes de leur élaboration sans prendre à la lettre la liste des pratiques proposées.

La troisième typologie concerne les méthodes de conduite des changements. François Pichault en propose quatre en fonction des modalités de partage des décisions et du degré d'anticipation des jeux d'acteurs : les logiques de perpétuation, d'adaptation, dissidente et d'innovation (Pichault, 1993). La première est celle de la planification, le processus de décision est maîtrisé par la direction sans anticipation des jeux d'acteurs. Dans la seconde, l'anticipation des réactions des salariés par la direction entraîne une réduction des ambitions des projets car celle-ci refuse de perdre la main. La troisième, le projet devient celui des acteurs, échappe au contrôle de la direction du fait d'un manque d'anticipation des réactions.

Dans la logique d'innovation « les règles du jeu ne sont pas fixées à priori mais collectivement, les acteurs créent une réussite relative même si les objectifs initiaux d'une des parties n'ont guère été véritablement atteints. (...) la réussite dépend de la façon dont les responsables managériaux auront réussi à négocier une interprétation collective du processus en cours » (Pichault, 1993, p106). Cette logique peut être rapprochée d'une logique de co-construction (Autissier et Moutet, 2003). Dans ce cas, le manager chargé de conduire les projets de changement doit savoir décoder les jeux d'acteurs. Ces différentes typologies doivent servir à interpréter les pratiques que nous avons étudiées dans deux cliniques de soins de court séjour.

2. Les expériences menées dans deux cliniques de court séjour

Une enquête exploratoire a été menée début 2007. 16 salariés (direction, cadres, soignants) des deux cliniques ont été interrogés dans le cadre d'entretiens semi directifs d'une durée d'une heure environ à partir d'un guide d'entretien unique. La méthode d'analyse a consisté à regrouper les verbatim retranscrits sous des rubriques thématiques, puis d'en faire une synthèse écrite qui a été restituée aux personnes interrogées. Nous présenterons dans ce chapitre les changements initiés par les directions, les caractéristiques des pratiques de GRH mobilisées et les réactions des soignants.

2.1. La clinique A

Cette clinique à but lucratif a été créée au début du 20ème siècle par un ophtalmologue. Elle possède 112 lits et places de médecine et chirurgie. 140 équivalent temps plein (ETP) y travaillent, les médecins exercent tous en « libéral ». Elle appartient à un groupe qui possède de nombreuses cliniques en France. Des réunions sont organisées régulièrement au siège pour des échanges de pratiques. La clinique est une entité juridique à part entière. C'est donc une

PME intégrée dans une grande entreprise[5]. La DRH du groupe laisse autonome les directeurs dans leur GRH. La clinique a été récemment déficitaire.

La stratégie de la direction a consisté à augmenter son activité sur des pathologies ciblées pour de très courts séjours. Un opéré sur deux est aujourd'hui dans un service ambulatoire. De nouveaux praticiens ont été recrutés et les blocs opératoires ouverts l'après midi. Comme la plupart des actes chirurgicaux sont programmés, des services ont été fermés le week-end. Les programmes d'opération sont allégés le jeudi et vendredi pour que l'activité du week-end ne soit pas trop forte, puisque le personnel est moins nombreux. L'organisation du travail a été modifiée puisque les malades opérés l'après midi arrivent dans les services de soin autour de 19h. Ces changements ont permis de retrouver un niveau de rentabilité acceptable, 2 à 3% de bénéfice rapporté au chiffre d'affaire. La clinique a par exemple récupéré des soignants de nuit pour les autres services ce qui a réduits les frais des agences intérimaires. Les primes de nuit et de week-end sont également moins importantes. Les charges fixes sont mieux amorties, « *on essaie de variabiliser les charges du personnel* ». Le directeur reconnaît que la baisse de la DMS à 4 jours a accru le rythme de travail.

L'organisation du travail a été revue dans un contexte de pénurie de soignants, de passage aux 35 heures et d'augmentation de l'activité. La méthode a consisté à faire participer les soignants, des groupes de travail ont été constitués dans chaque service car en fonction de l'activité l'organisation diffère. Au fur et à mesure des propositions faites par le groupe, la directrice des soins a introduit les changements pour que les salariés voient rapidement les effets de leur travail, car sinon « *la dynamique s'essouffle* ». D'après la directrice des soins, certains salariés ont résisté mais la majorité ont été favorable car se sont sentis associés.

Le directeur définit le projet social, partie GRH du projet d'établissement (conditions de travail, rémunérations, recrutement, formation, relations professionnelles) avec des objectifs et des indicateurs d'évaluation. Un chapitre porte sur la carence des infirmières et les actions pour les fidéliser. Le directeur délègue ensuite la mise en œuvre aux cadres de direction qui ont en charge le management. L'essentiellement du personnel étant soignants, c'est la

[5] Henri Mahé de Boislandelle (1998, p 25) donne la fourchette 50-200 salariés pour la première et plus de 500 pour la seconde. Entre les deux, il parle de Grande Moyenne Entreprise.

directrice des soins infirmiers qui a la responsabilité en matière de GRH la plus importante. Celle-ci réalise notamment tous les recrutements des soignants et porte une attention particulière à l'intégration des stagiaires et des nouveaux salariés. Chaque personnel bénéficie d'un accompagnement de quatre semaines pour les soignants et deux semaines pour les autres. La directrice des soins a écrit une procédure avec un listing des temps d'évaluation.

Le directeur a élaboré un système de primes pour faire accepter la flexibilité, « *il y a eu un accompagnement des changements en terme de rémunération. On est obligé de demander à notre personnel d'avoir une certaine flexibilité* » : la prime de mobilité inter-service qui peut se transformer en congés, la prime d'assiduité, la prime de rappel pour récompenser ceux qui interrompent leur congé pour faire un remplacement non prévu, la prime conventionnelle pour le service de surveillance continue et le bloc opératoire à cause du niveau de technicité, la prime exceptionnelle lorsque la clinique a été certifiée et la prime annuelle négociée dans le cadre de l'accord d'entreprise. Un 13ème mois est en projet « *en fonction des résultats de la clinique* ». Cette mesure reviendrait sur le gel des rémunérations décidé quand la clinique était en difficulté. Les salaires des soignants ont été également réévalués pour être attractifs par rapport au secteur public.

La GRH, est importante selon la directrice des soins infirmiers « *pour créer une dynamique et fidéliser le personnel, (...) qui soit fier et compétent* ». Elle se réfère à un guide méthodologique qui sert à la préparation de la certification qualité. Les entretiens annuels étaient déjà en place avant la certification mais c'était un temps d'échanges informels. Une version plus conforme aux normes de qualité a été mise en place pour la version 1. Cette pratique a été arrêtée puis remise en place pour la version 2. Ces entretiens sont formalisés avec des questions sur la formation et la promotion, même si les perspectives d'évolution sont faibles selon le directeur dans une entreprise de cette taille. Une grille a été faite sur la base de la fiche de fonction. Il n'y a pas de liens avec la rémunération. Ce sont les cadres qui font les évaluations pour les salariés et les stagiaires. Ils ont été formés aux techniques de l'entretien.

Les conditions de travail sont soigneusement évaluées car leur dégradation aurait un impact sur l'ambiance et limiterait l'effort de la direction pour fidéliser le personnel. Les cadres évaluent régulièrement la charge de travail. Des ratios par service ont été choisis par des

groupes de travail. L'évaluation de la charge de soin pourrait s'appuyer sur l'outil SIPS mais il faudrait du temps, donc c'est fait de manière intuitive. La clinique propose un système de planification du travail simple, avec des rotations toutes les 6 semaines, le personnel peut ainsi se projeter dans le temps. Des ajustements sont réalisés en fonction de l'évaluation de la charge de travail car l'activité n'est pas toujours prévisible. Quand l'activité est basse les cadres proposent des récupérations. La planification est un travail lourd mais qui permet de fidéliser le personnel. Les soignants changent de service lorsqu'il y a une sous activité dans un service et une surcharge de travail ailleurs. « *On revoit nos organisations en permanence. Aucun personnel n'a un service d'affectation sur son contrat* ». Ce système mis en place depuis 2 ans a provoqué des réticences au départ car, selon la directrice des soins, les soignants sont habitués à leur service, ils connaissent les pathologies. Changer de service demande un effort pour apprendre de nouveaux protocoles.

2.2 La clinique B

Cette clinique à but non lucratif a été créée au début du 20ème siècle par une congrégation religieuse. Elle appartient à une association régionale regroupant dix établissements dont trois dans le secteur sanitaire. Elle n'a pas de conseil d'administration propre, c'est celui du groupe qui est décideur. Les religieuses y siègent mais pas les médecins ni les représentants du personnel. La direction générale est décentralisée. Il n'y a pas de DRH au niveau du siège mais un cadre RH dans la clinique qui participe au comité de direction. La clinique possède 197 lits et places de médecine et chirurgie, également 35 lits de soins de suite. 300 ETP y travaillent, les médecins exercent tous en libéral. Les sœurs de la congrégation habitent dans la clinique mais ne soignent plus. La sœur supérieure de la communauté est membre du conseil d'administratif du groupe et participe au comité de direction. Les religieuses sont des témoins des valeurs de la clinique, le respect de la personne accueillie. Elles sont garantes de ces valeurs lors des comités de direction pour éviter des dérives, lorsqu'un salarié est dans la difficulté par exemple. Elles sont présentes dans les services pour recueillir des informations lorsqu'un patient s'est plaint. Elles sont aussi disponibles pour accompagner un malade en difficulté même la nuit. Ces fondamentaux sont présentés oralement aux nouveaux recrutés. Ils figurent aussi dans le livret d'accueil. Ils sont rappelés lors des entretiens annuels ou de « recadrage » ou dans le cadre du tutorat. Le directeur dit chercher à maintenir cette culture à

travers un management de proximité, en maintenant des moments de convivialité car avec le départ des sœurs ces valeurs risquent de se perdre.

La clinique a connu une restructuration suite au choix du conseil d'administration de ne pas participer au service public. Le choix stratégique a été fait d'augmenter l'activité notamment en créant un service d'urgence, un service ambulatoire et intégrer un service de soin de suite, mais surtout de réduire les durées de séjour et d'augmenter le nombre d'interventions chirurgicales en ouvrant le bloc opératoire les après-midi. La clinique est passée de 200 à 300 ETP en peu de temps et n'a pas encore stabilisé son organisation.

Le directeur élabore le projet social puis délègue aux cadres de direction sa mise en œuvre. *« Chaque cadre de direction a en charge la gestion RH de son secteur d'activité du recrutement à l'évaluation et l'élaboration du plan de formation »*. Le directeur attribue ensuite des dotations en poste respectant l'équilibre financier. Il indique cependant se charger du recrutement des cadres de direction avec validation du Conseil d'Administration.

Le directeur nous confirme qu'il n'y a pas eu de politique GRH spécifique pour accompagner les choix stratégiques. *« Il y a eu un plan d'embauche mais rien d'autre car par exemple il n'y avait pas besoin de faire un plan de formation spécifique »*. Ce n'est qu'un fois l'augmentation de l'activité acquise que des réflexions ont été menées en matière de GRH et sur l'organisation des services. *« Il y a une réflexion sur l'organisation du brancardage, l'organisation des départs des hospitalisés, les activités de décontamination du mobilier pouvant être confiées aux ASH, (...) la possibilité d'introduire du personnel administratif dans les services pour dégager les soignants des tâches administratives. (...) Cette réflexion s'organise au sein du comité de direction, (...) C'est des fois des retour d'observations d'autres structures »*. Le pari de l'augmentation de l'activité devait être d'abord gagné avant selon le directeur. *« C'était difficile de le faire avant car c'était un pari un peu osé. (...) Il fallait voir comment ça se passe et ensuite accompagner le changement »*. Certaines mesures sont faciles à mettre en place comme le brancardage, d'autres demandent des études. *« Souvent à un problème RH s'ajoute une dimension technique ou logistique »*. Ces réflexions, le directeur les mène en concertation avec les cadres de santé et les médecins *« par exemple il a fallu mettre en place de nouveaux effectifs au bloc opératoire, cela a été négocié*

avec les médecins et les cadres de santé pour définir les profils ». Le directeur n'évoque pas de système de primes. Les entretiens annuels ont été mis en place pour l'accréditation 1ère version, puis remis au goût du jour pour la seconde. Le directeur précise qu'il n'y a pas de lien avec la rémunération. Le directeur a voulu qu'il n' y ait ni de période imposée ni d'obligation de les faire tous les ans.

Des gains de productivité sont à attendre de l'informatisation du dossier des patients permettant de réduire le temps de transmission et la double saisie. Le directeur a décidé de remettre en question des avantages sociaux, notamment le fait que les personnels de nuit travaillent 32 heures et sont payés 35 heures et le temps d'habillage est d'une demi heure, ce qui lui permettrait de gagner des postes de soignants. Pour lui, un effort d'explication est nécessaire, c'est pourquoi il a rencontré les équipe lors de réunions dans chaque service, « *il faut expliquer aux gens les changements mais à un moment il faut arrêter, le management participatif a ses limites* ».

La cadre RH quant à elle observe aujourd'hui que les cadres n'ont pas compris les contraintes économiques de la clinique, l'une d'entre elle lui aurait dit « *on ne peut pas continuer comme ça il va falloir sortir des primes* ». Elle pense qu'il n'y a pas de marge de manœuvre pour proposer des primes mais elle étudie la possibilité d'offrir des chèques emploi services universels. L'intéressement est une solution mais pas applicable dans leur cas. De plus, elle se plaint que les protocoles de recrutement et d'élaboration du plan de formation ne sont pas appliqués.

Les soignants eux ont le sentiment qu'il manque du personnel depuis l'augmentation de l'activité et que le climat se dégrade car ils sont stressés. Le médecin du travail l'a constaté. « *Les conditions de travail se dégradent, on a augmenté la capacité en lit mais on n'a pas augmenté le personnel (...) cela dégrade le climat de travail, il y a du stress au sein de l'équipe, il y a plus un sentiment de râle bol* ». Le personnel est sous pression, l'intensité du travail est plus grande car les patients sont dans leur chambre quelques jours avec un besoin de soins important. Les pathologies nouvelles sont aussi plus lourdes. Les soignants n'ont pas le temps de passer voir les patients, ce qui est en contradiction avec leurs valeurs. Elles disent passer trop de temps à désinfecter les lits et à remplir des papiers. En plus, dans certains

services, le turn-over a été très important, les anciennes passaient leur temps à former les nouveaux. Les jeunes soignantes considèrent qu'il n'y a pas de GRH : pas de carrière possible, elles sont remplaçables. Certains souhaitent une reconnaissance financière sous la forme de prime ou de bons d'achat.

Les cadres reconnaissent cette situation et se sentent démunis. L'évaluation de la charge de travail se fait de manière intuitive. L'organisation est perçue comme manquer de souplesse, il manque une réflexion sur l'affectation du personnel. La clinique vient d'acheter un logiciel de gestion des plannings pour faire face à cette situation. Des expériences de changement de l'organisation d'un service de soin ont été menées par un cadre qui a divisé son service en deux secteurs. Elle a également testé une organisation avec trois infirmières et une aide soignante. Elle a obtenu qu'un chirurgien change de jour pour ses opérations pour que le week-end ne soit pas trop chargé et qu'elle puisse alléger l'équipe. Elle a mené une réflexion sur le passage à un service de semaine qui n'a pas abouti.

3. Les conditions pour une bonne utilisation des pratiques de GRH ?

Alors que leurs contextes sont proches, les deux cliniques se trouvent à des étapes différentes dans le processus de changement (1). Des pratiques de GRH « individualisantes » (2), associées à une conduite des changements de co-construction légitimée par un professionnel de santé leader (3) sont les pratiques choisies pour réussir les transformations en cours dans le secteur de la santé.

3.1. Des contextes proches pour des étapes dans le changement différents

Les deux cliniques sont toutes les deux dans le même « contexte externe » de contrainte économique voulue par l'Etat avec l'instauration d'un financement par la T2A depuis 2005. Elles sont dans la même région donc elles ont la même Agence Régionale d'Hospitalisation comme interlocuteur et elles sont encadrées par le même Schéma Régional d'Organisation

Sanitaire (SROS). Elles ont connu au début des années 2000 des déficits sur plusieurs années consécutives. Enfin, leurs activités et leurs stratégies sont proches.

Pour autant, elles sont à des étapes de changement différentes. Autant la clinique A semble avoir stabilisé son organisation et ses pratiques de GRH, autant la clinique B se trouve encore dans une phase de réflexion. Les liens entre changements organisationnels et pratiques de GRH sont clairs dans le cas de la clinique A, moins dans la clinique B. Ceci ne veut pas dire qu'au moment des choix les choses étaient évidentes pour la direction de la clinique A, les acteurs re-construisent dans leurs discours a posteriori les liens qui n'étaient pas évidents au départ.

De plus, si dans les deux cas, les changements menés, ou envisagés, vont dans le sens d'une flexibilité plus grande de l'organisation, cette évolution est plus marquée dans la clinique A. Cette dernière a opté clairement pour des pratiques de gestion du temps et des emplois qui donnent de la souplesse à l'organisation, la pratique de GRH comme le système de prime valorise les efforts consentis par les salariés, individuellement et collectivement.

La clinique B hésite encore à réformer dans ce sens, les choix sont en discussion. Le paramètre économique est très prégnant dans le discours du directeur, il est donc prudent sur le choix d'un système de rémunérations variable. Pour autant, les soignants semblent être demandeurs, leur niveau de motivation pourrait être amélioré par cette mesure perçue comme juste. Cette situation peut s'expliquer par des « contextes internes » différents qui influencent les pratiques. La clinique A semble avoir une aide des services communs du groupe pour la réflexion sur ces sujets que n'a pas la clinique B. Leur différence de taille peut aussi être explicatif. Le passage d'une organisation employant 200 ETP à 300 semble être une donnée importante pour la clinique B.

3.2. Une GRH évoluant vers des pratiques « individualisantes »

Les caractéristiques des pratiques de GRH des deux cliniques peuvent être schématisée sur un tableau :

Tableau 1 : Les caractéristiques des pratiques de GRH des cliniques A et B

Points communs	Multiplicité des intervenants en GRH et délégation du directeur	Organisation des plannings différenciée selon les services	Affectation des soignants en fonction de l'activité	Entretiens d'évaluation individuelle sans lien avec la rémunération	Rôle des normes de qualité sur les pratiques de GRH
Spécificité clinique A	GRH sollicitée dans les réflexions stratégiques	Principe de planification permettant une anticipation des roulements	Système de primes individuelles et collectives	Processus de recrutement et d'intégration formalisé avec évaluations régulières	Procédures de GRH nombreuses et appliqués
Spécificité clinique B	Personnel ayant le sentiment d'être substituable	Logiciel de planification en cours de mise en place	Modes de reconnaissance essentiellement symboliques	Faible formalisation du recrutement et de l'intégration	Procédures GRH peu nombreuses et peu utilisés

Les points communs rappellent certains traits du modèle arbitraire. Le directeur se charge seul de la définition de la politique dans le cadre du projet social et délègue sa mise en oeuvre aux cadres de direction. C'est la spécificité de la GRH des PME, ce que sont les deux cliniques malgré leur appartenance à un ensemble plus grand (Mahé de Boislandelle, 1998).

On s'aperçoit que certaines caractéristiques des pratiques de GRH des deux cliniques sont à rapprocher du modèle individualisant notamment l'affectation des soignants dans les services en fonction de l'activité. Cependant c'est dans la clinique A que cette évolution est la plus marquée avec la mise en place d'un système de prime et des évaluations individuelles formalisées régulières. Au final, les pratiques de la clinique A semblent plus proches du modèle de « Gestion des ressources humaines » où la GRH est stratégique, le personnel est valorisé individuellement et ne se sent pas considéré comme interchangeable. Ces

caractéristiques semblent cohérentes avec une organisation plus flexible. C'est moins visible dans le cas de la clinique B, où un décalage semble exister entre des pratiques de GRH, encore proches du modèle « administration du personnel » et une organisation plus flexible.

Pour autant la situation de la clinique B est susceptible d'évoluer sous l'effet des jeux d'acteurs. Plusieurs tensions sont en effet perceptibles :

- entre le cadre RH et le cadre supérieur de santé sur leurs prérogatives en matière de GRH. La première n'a pas la légitimité car elle n'est pas une soignante, la seconde n'a pas les compétences d'un DRH. Le départ à la retraite de cette dernière sera l'occasion pour la direction de recruter un cadre maîtrisant cette dimension[6] ;
- entre les représentants du personnel et la direction sur la renégociation des avantages sociaux et des conditions de travail ;
- entre le directeur, les soignants et les médecins sur les valeurs et les conditions de travail.

Ces différents points vont peut être faire évoluer la GRH de la clinique B vers plus de pratiques « individualisantes ». Cette évolution constitue peut être une tendance générale dans le secteur. Finalement, le changement est peut être moins bien perçu par les soignants dans la clinique B à cause d'une mauvaise cohérence entre organisation et GRH, ce qui rend peu lisible l'action de la direction pour les salariés et provoque un sentiment d'injustice.

Cependant les soignants et les membres de la direction dans leurs récits font souvent référence aux valeurs qui donnent sens à leur action. Pour les premiers, les références à la communauté du service de soin donc au collectif sont nombreuses dans les discours, ce qui est en contradiction avec la logique des pratiques de GRH individualisantes. Pour les seconds, la culture de l'entreprise congressiste ou les valeurs prônées par le groupe de santé valorisent l'altruiste et l'esprit d'équipe. De plus, cette évolution vers un modèle de GRH individualisant est limitée par le fait que les compétences des soignants sont formalisées par décret et le recrutement se base sur le critère du diplôme. Ces différents traits relèvent plus du modèle objectivant. Cette situation hybride ne doit pas nous étonner. D'une part, les modèles purs

[6] Nous avons appris depuis la suppression du poste de cadre RH dans la clinique et la création du poste de DRH au sein de la direction générale.

expliquent rarement la réalité. D'autre part, le processus de changement n'est pas déterminé et peu évoluer vers des caractéristiques d'un modèle ou d'un autre. Les pratiques de GRH ne font cependant pas tout, la manière dont ces changements sont conduits explique aussi les différences de situation des deux cliniques dans le processus de changement.

3.3. Des logiques de conduite des changements plus ou moins participatives :

Les méthodes de conduite des changements diffèrent également. La direction de la clinique A est dans une « logique de co-construction », prenant le risque de faire participer les soignants à travers des groupes de travail. La directivité du cadre supérieure des soins semble canaliser les groupes et faire aboutir le travail collectif. La taille de la clinique A fait que les actions de changement organisationnel et de conception puis de mise en œuvre des pratiques de GRH sont menées par une seule personne, le cadre supérieur de santé, ce qui est une force mais aussi une fragilité. Celui-ci semble avoir les compétences du leader et une bonne connaissance de la GRH. Le directeur est intervenu en émettant des principes et dans la validation des choix mais il délègue la conduite du changement.

Ce n'est pas le cas de la clinique B où finalement trois acteurs interviennent dans ce processus. Le directeur est dans une « logique de perpétuation ». Il contrôle le processus de décision en s'appuyant sur le comité de direction. Il est venu lui-même communiquer auprès des soignants, laissant le sentiment à ceux-ci que les jeux étaient faits. Son action porte sur la dimension économique comme le montre sa volonté de renégocier avec les représentants du personnel l'accord des 35h afin d'obtenir des moyens pour financer des postes de soignants supplémentaires. Ce type d'action a été également mené par clinique A qui a gelé la progression des salaires mais le choix de revenir sur cette décision dés que la rentabilité a été acquise montre qu'un équilibre suffisamment stable a été trouvé pour s'engager dans cette voie. C'est aussi une manière de reconnaître que la politique de rémunération, donc les pratiques de GRH, joue un rôle régulateur de premier ordre.

Deux autres personnes interviennent sur la GRH de la clinique B. Le cadre RH apporte des idées par son expertise reconnue et ses réseaux avec des responsables de ressources humaines

d'autres cliniques, mais elle n'a pas la légitimité auprès des cadres de proximité et des soignants. La directrice des soins participe aussi à la GRH, elle est légitime mais pas experte. Ces jeux d'acteurs à trois peuvent rendre plus complexe le processus de décision. Il faudra faire cependant une étude longitudinale pour conclure.

Cependant la question de la légitimité des acteurs du changement auprès des cadres de proximité et des soignants est importante. La singularité des pratiques de GRH des établissements d'hospitalisation viendrait du rôle premier des cadres supérieurs de santé dans la conduite des changements organisationnels et des pratiques de GRH. Ceux-ci sont pourtant peu experts en matière de GRH et de management. Ces compétences, ils peuvent ou pas les avoir acquises. En fonction, c'est tout le processus de changement qui est en cause.

Conclusion

Les cliniques étudiées partaient toute les deux d'une situation, à une époque pas si lointaine, où les rôles de chacun étaient clairs, portés par une organisation, reconnue comme une « institution », dans un environnement stable. La GRH n'avait donc pas besoin d'assumer ce rôle, et donc avait une configuration simplifiée de type « administration du personnel » avec des caractéristiques hybrides entre le modèle arbitraire et objectivant. Finalement les pratiques de GRH des cliniques étudiées sont celles de PME qui modifient leurs pratiques de GRH pour rendre plus flexibles leurs organisations. Les caractéristiques des pratiques de GRH seraient moins proches du modèle arbitraire et objectivant et se rapprocherait du modèle individualisant.

De plus, les liens entre changements organisationnels et pratiques de GRH sont plus ou moins faits consciemment par la direction. Dans le cas de la clinique A, cette dernière semble avoir mobilisée les pratiques de GRH pour opérer ces changements. Ceux-ci seraient alors mieux acceptés par les soignants à la condition que soient mises en place une gestion des emplois et du temps précise qui va dans le sens d'une amélioration des conditions du travail et une

politique de rémunération qui récompense la souplesse demandée au personnel et les efforts consentis dans une activité plus intense en terme de stress notamment. Ceci reste cependant à vérifier en interrogeant les soignants.

Car, de part leur identité professionnelle qui valorise le collectif, les professionnels de santé sont méfiants vis à vis des règles de gestion qui valorise l'individu. Dans ce contexte, la méthode d'accompagnement du changement de co-construction est un moyen de rendre ces changements légitimes. C'est parce qu'ils ont été décidés par les professionnels, accompagné par un des leurs que l'issue du processus serait favorable. Pour valider ces hypothèses, l'évaluation des intentions des directions et des réactions des soignants est nécessaire, mais aussi connaître l'avis des soignants et des cadres, l'effet de ces pratiques sur le climat social de l'entreprise, son taux de turn-over, etc. Une recherche est en cours dans le but d'évaluer l'impact des pratiques de GRH sur l'acceptation des changements organisationnels par les soignants.

Bibliographie

Abraham J. (1995), « Les obstacles à la modernisation de la GRH hospitalière » *Actes du congrès de l'AGRH, p.291-299*

Acker F. (2003), « Les infirmières : une profession en crise ? », *De Kervasdoué J. (dir), La crise des professions de santé, p281-306,* Paris, Dunod,

Autissier D. et Moutet J-M. (2003), *Pratiques de la conduite du changement*, Dunod

Bernoux P. (2004), *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Paris, Ed du Seuil.

Cadin L., Guérin F., Pigeyre F. (2004), *Gestion des ressources humaines. Pratiques et éléments de théorie*, Dunod, 2ème édition

Carlier P., Denis J-L., Lamothe L (2005), « Le rôle de dirigeant dans le pilotage de restructuration hospitalière », *Contandiopoulos D., Contandiopoulos A-P., Denis J-L., Valette A. (dir), L'hôpital en restructuration, regards croisés sur la France et le Québec, p 107-117,* Les Presses de l'Université de Montréal

De Coninck F. (1998), « Les bonnes raisons de résister au changement », *Revue Française de Gestion, septembre-octobre, p.162-168*

DREES (2006), *Les établissements de santé, un panorama pour l'année 2004*, La documentation française

DRESS, Le Lau (2004), « Conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé » in *Eudes et Résultats, n°335,* www.sante.gouv.fr/drees

Dubet F. (2002), *Le déclin des institutions*, Le Seuil.

Dubet F. (1994), *Sociologie de l'expérience*, Ed du Seuil.

Everaere C. (1997), *Management de la flexibilité*, Economica.

Feroni I. et Kober-Smith A. (2005), « La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande Bretagne », *Revue Française de Sociologie, n° 46-3, p.469-494*

Franchisteguy I. (2001), *Gérer le changement organisationnel à l'hôpital. Des diagnostics vers un modèle intégrateur*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université Jean Moulin, Lyon 3

Friedson E. (1984), *La profession médicale*, Payot

Gouldner A.W. (1957), « Cosmopolitans and locals : towards an analysis of latent social roles », *Administrative Science Quarterly, 2, p.281-306.*

Jacob R. (1993), « Flexibilité organisationnelle et gestion des ressources humaines », *Gestion, vol 18, p30-38*

Mahé de Boislandelle H. (1998), *La gestion des ressources humaines dans les PME*, Economica

Moisdon J-C. et Tonneau D. (1999), *La démarche gestionnaire à l'hôpital, tome 1, Recherche sur la gestion interne*, Arslan S

Montmorillon B. (1999), *La GRH à l'hôpital*, Rapport à la Fédération Hospitalière de France.

Pichault F. (1993*), Ressources humaines et changement stratégique. Vers un management politique*, De Boeck Université

Pichault F. et Nizet J. (2000*), Les pratiques de GRH : approche contingente et politique*, Ed Le seuil

Pichault F, Brouwers I., Cornet A., Gutierrez C., Rousseau, Warnotte G. (1997), *Management humain et contexte de changement. Pour une approche constructiviste*, De Boeck Université.

Piovesan D. (2003), *Les restructurations des cliniques privées, adaptations, évolution ou métamorphose*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université Jean Moulin, Lyon 3

Pontier M. (1998), « Les démarches d'appréciation du personnel dans le secteur hospitalier » *Actes du congrès de l'AGRH, p. 975-985*

Roque O. (2006), « L'accompagnement des évolutions des organisations grâce à la GRH », in Montel-Dumont O. (dir), *La gestion des ressources humaines, Cahier n°333, La documentation française*

Thévenet M. (2006), « Tous professionnels ! », *Revue Française de Gestion, vol 32, 168/169, p.15-34*

Valette A. et Karaki H. (2005) « Dynamique professionnelle et projets économiques de changement : questionnements autour d'un cas de restructuration hospitalière française », in *Actes du congré de l'AGRH*