

## L'hôpital public manque-t-il réellement de personnel ?

R. HOLCMAN

Directeur d'hôpital, Docteur en Sciences de gestion, 1, square Delambre, 75014 Paris, France  
Chargé de mission au Conservatoire national des Arts et Métiers, Chaire Economie et gestion des services de santé, 292, rue Saint-Martin, 75003 Paris, France

### RÉSUMÉ

L'hôpital public français est supposé manquer cruellement de personnel. Commentaires, témoignages, images télévisées, s'accordent à dénoncer une situation où l'insuffisance de la main-d'œuvre hospitalière non seulement dégrade les conditions de travail mais viendrait à compromettre la qualité des soins dispensés. Or l'analyse des dotations en personnel des hôpitaux français ne corrobore pas ce sentiment – en particulier comparativement à l'emploi dans les hôpitaux des principaux pays industrialisés. La question du personnel dans les hôpitaux ne doit pas se limiter à l'analyse partielle de quelques professions emblématiques, mais doit incorporer l'estimation du nombre d'établissements disséminés sur le territoire national, comme l'analyse du champ des compétences employées dans les établissements publics de santé – qui dépasse de très loin les métiers et les professions qui relèvent du soin. De même, le décalage sans cesse croissant entre l'appartenance professionnelle « nominale » et l'appartenance professionnelle réelle – qui met en lumière la prédominance de la fonction dans l'analyse des dotations en personnel – conduit à s'interroger sur ce qu'est réellement un métier ou une profession de soin. Quand on se penche sur la question des dotations en personnel des hôpitaux, c'est bien le nombre de personnels affectés réellement à la prise en charge des patients qui est déterminant.

**Mots-clés :** Hôpital, Personnel, Carence, Appartenance professionnelle, Soins, Non soins.

## SUMMARY

### **Do French Public Hospitals Really Lack Workforce?**

French public hospitals are supposedly bitterly lacking workforce. Commentaries, testimonies, television special reports... all sources converge to denounce the lack of employees that would deteriorate work conditions and would erode the quality of care. Still, the number of people employed by French public hospitals does not corroborate this feeling – particularly when compared with those employed in the hospitals in the leading developed countries. The question of employment in French public hospitals does not have to be limited to the partial analysis of a few emblematic professions, but must incorporate the number of hospitals dispersed throughout the country, and the scope of professions – that goes largely beyond actual healthcare professions. In the same way, the growing gap between “nominal” and real professional membership highlights the dominance of the function in the analysis of the level of employment in public hospitals: the question arises as to what really qualifies as a healthcare profession. Eventually, the most determinant factor is the number of people committed to the welfare of the patients.

**Key-words:** Hospital, Personnel, Lacking, Professional membership, Care, No care.

## INTRODUCTION

L'un des arguments principaux avancés comme explication de la crise de l'hôpital public serait un manque de personnel. Les patients allongés sur des brancards dans les services d'urgence, les délais d'attente pour un rendez-vous de consultation, la dégradation dénoncée des conditions de travail... autant de symptômes de cette carence d'agents dans les établissements publics de soins.

Cette dénonciation n'est non seulement pas corroborée par les chiffres disponibles sur le sujet, mais surtout elle focalise la question de l'emploi dans les hôpitaux sur les personnels de soins. Or, si les soignants – médecins et non médecins – sont majoritaires dans les hôpitaux, ils ne forment pas la seule catégorie d'emploi, loin de là : de nombreux autres métiers sont présents dans les établissements de santé [1]. A l'affirmation selon laquelle les hôpitaux publics manqueraient de personnel, on peut être tenté d'opposer une question : de quels personnels s'agit-il ?

La focalisation sur quelques professions emblématiques laisse de côté plusieurs éléments d'analyse pourtant pertinents compte tenu du problème. La question fondamentale n'est pas celle d'un nombre global d'agents mais bien celle d'une dotation réelle par établissement, par types de métier – notamment ceux relevant du soin.

C'est la raison pour laquelle, la question d'une éventuelle insuffisance de personnels dépasse très largement la simple comptabilisation du nombre de soignants et doit s'envisager à l'aune de plusieurs autres critères : le nombre d'établissements entre lesquels ces agents sont dispersés ; les différents types de personnels affectés dans les hôpitaux ; le décalage entre le métier « nominal » et la fonction effectivement exercée ; la frontière entre ce qui relève du soin et ce qui n'en relève pas.

## 1. NOMBRE D'AGENTS ET NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS

Tous secteurs confondus, public et privé, la France compte 1,2 million d'emplois dans ses hôpitaux, soit autant qu'en Allemagne, alors que ce dernier pays a 20 millions d'habitants et 250 000 lits hospitaliers de plus. En dépit de ce nombre important de salariés dans ses hôpitaux, la France apparaît paradoxalement comme un pays pauvrement doté en personnels de soins : l'effectif moyen par lit des personnels de soins aigus est de 1,64 personne par lit en France, contre 2,03 en Allemagne, 3,07 en Italie, 3,57 en Espagne et 6,5 au Royaume-Uni. La situation est tout aussi préoccupante s'agissant des personnels infirmiers : l'effectif moyen en France est de 0,56 personne par lit, contre : 0,75 en Allemagne ; 1,36 en Italie ; 1,68 en Espagne ; 1,8 au Royaume-Uni [2]. L'explication se trouve dans la dispersion excessive des personnels de soins entre un nombre particulièrement élevé de structures de santé.

La France compte, en effet, 450 000 lits d'hôpitaux – soit davantage que le Royaume-Uni et que l'Italie, avec 240 000 lits environ, mais nettement moins que l'Allemagne, dont les 700 000 lits s'expliquent pour partie par sa population de 80 millions d'habitants contre 60 millions pour la France [3]. Si l'on raisonne par rapport à la population, l'Allemagne dispose de 8,6 lits par millier d'habitants contre 7,5 pour la France et 4,1 au Royaume-Uni.

Tous secteurs (public, privé lucratif et privé non lucratif) et toutes activités confondus, la France compte 2 900 établissements de santé, alors qu'on en recense 3 500 en l'Allemagne, 1 400 au Royaume-Uni et 1 300 en Italie [4]. Rapportés à la population de chaque pays, ces chiffres sont encore plus saisissants : il y a 4,8 établissements pour 100 000 habitants en France, contre 4,2 en Allemagne, 2,3 au Royaume-Uni et 2,2 en Italie [5]. Si l'on circonscrit l'analyse aux hôpitaux, on constate que 54 % d'entre eux sont équipés de moins de 200 lits, 77 % ont

moins de 400 lits, 16 % disposent de 400 à 800 lits, et 7 % sont dotés de plus de 800 lits. L'offre hospitalière française est donc non seulement atomisée, mais aussi concentrée sur de petits et très petits hôpitaux.

La première conséquence de cette situation est que la France consacre davantage de moyens aux dépenses de soins en milieu hospitalier : 6 % de son produit intérieur brut, contre 3,8 % en Allemagne et 3,4 % en Italie [6]. Cela s'explique en grande partie par le nombre élevé des emplois hospitaliers, lui-même rendu nécessaire par la multiplication des structures de soins sur le territoire national [7, 8].

La dotation relative en personnel des établissements publics de santé ne doit donc pas s'évaluer exclusivement au niveau local, mais doit surtout être interprétée comme le symptôme de la dispersion préoccupante des moyens sanitaires hospitaliers entre un nombre trop élevé d'établissements, au demeurant d'une taille trop réduite. C'était d'ailleurs les conclusions du rapport Vallancien [9], qui recommandait la fermeture d'une centaine de blocs opératoires en France, au motif d'un manque d'activité et des risques induits en termes de déqualification des praticiens. La démographie des professions de santé devrait également être abordée en tenant compte de cette dimension. A ce constat, se surajoute celui d'un champ excessivement ouvert dans la répartition des compétences au sein du personnel des hôpitaux publics.

## 2. DÉCOMPOSITION PAR TYPES DE PERSONNELS

Les chiffres globaux les plus récents communiqués par la Cour des Comptes [10] permettent de constater que 21 % des effectifs des établissements publics de santé ne relèvent pas du soin. Le rapport entre personnels soignants et personnels non soignants (80 % - 20 %) n'est donc pas déraisonnable : les trois-quarts des dépenses des hôpitaux sont

absorbés par les frais de personnel, qui sont eux-mêmes constitués à 80 % de la rémunération de personnels soignants. Les hôpitaux pratiquent une activité de main-d'œuvre, il n'y a là rien de nouveau. Le problème vient davantage du volume global de personnes employées et de la répartition des catégories d'effectifs au sein des personnels non soignants.

Les personnels administratifs représentent 38 % des effectifs non soignants. Cette catégorie comprend toutefois les membres du corps des secrétaires médicales qui réunit 22 099 personnes (37 % des personnels administratifs) sur un total de 59 910 agents composant cette catégorie. Les secrétaires médicales exercent en majeure partie leur activité dans les services de soins et, quand bien même elles ne sont pas soignantes, contribuent éminemment à leur fonctionnement.

Les personnels des services ouvriers et techniques constituent plus de la moitié des personnels non soignants ; ils sont plus d'une fois et demi plus nombreux que le personnel médical, et deux fois et demi plus nombreux que les personnels médico-techniques. Dit abrévement, il y a dans les hôpitaux publics français deux fois et demi plus de gens pour entretenir les bâtiments, les jardins et les automobiles, pour s'occuper de la blanchisserie et de l'alimentation, que pour faire fonctionner les services d'imagerie médicale, les laboratoires, la pharmacie. Ce constat est d'autant plus préoccupant que le recours des établissements de soins – en particulier publics – aux entreprises pour accomplir des travaux d'entretien ne se dément pas... loin de là.

Pour obtenir davantage de précision quant à la variété des métiers – notamment non soignants – il faut utiliser le Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière récemment édité [11]. Ce document, qui ne recense que les personnels non médicaux, répartit les 183 métiers de la fonction publique hospitalière entre en cinq catégories : Soin ; Social éducatif, psychologie ; Logistique ; Infrastructure, maintenance technique ; Pilotage, ges-

**Tableau 1 : Personnel soignant et personnel non soignant dans les établissements publics de santé (au 31 décembre 2002 – sauf personnel médical, 2003).**

Catégorie de personnel	Etp	% personnel soignant	% personnel non soignant	% total général
Personnel médical (2003)	53 340	9,1	–	7,2
Personnel des services de soins	498 770	84,9	–	67,1
Personnels médico-techniques	35 306	6,0	–	4,7
<b>Total personnel soignant</b>	<b>587 416</b>	–	–	<b>79,0</b>
Personnels administratifs	59 910	–	38,4	8,1
Personnels socio-éducatifs	8 795	–	5,6	1,2
Personnels des services ouvriers et techniques	87 350	–	56,0	11,7
<b>Total personnel non soignant</b>	<b>156 055</b>	–	–	<b>21,0</b>
<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>	<b>743 471</b>	–	–	<b>100,00</b>
Etp : équivalent temps plein. Source : Cour des Comptes (2006).				

tion et aide à la décision. Les deux premières catégories relèvent du soin et rassemblent 47 métiers sur 183. L'énoncé de certains des métiers constituant les trois dernières catégories permet d'identifier le souci de l'exhaustivité qui caractérise le recrutement de personnels titulaires de la fonction publique hospitalière : conseiller en économie sociale et familiale ; lingère-couturière ; coiffeur ; esthéticienne ; conducteur de travaux ; couvreur ; solier-moquetiste ; peintre-carrossier ; jardinier-paysagiste ; cinéaste-vidéaste ; développeur informatique ; etc. La permanence de l'activité ne suffit plus désormais à justifier l'internalisation de toutes ces professions, d'autant qu'une bonne part de ces corps ne sont pas en voie d'extinction mais sont toujours bien vivants et l'objet de recrutements constants.

L'estimation du niveau des dotations en personnel doit donc aussi se faire en fonction de l'éventail des métiers exercés à l'hôpital, et pas seulement sur la base de quelques métiers soignants emblématiques : les crédits affectés à des fonctions supports ne sont pas disponibles pour des recrutements dans les fonctions plus spécifiquement soignantes. A ce constat vient se superposer la question du décalage existant

entre les appellations de métiers ou de professions et la réalité des fonctions effectivement assumées par les personnels de l'hôpital.

### 3. APPARTENANCE PROFESSIONNELLE « NOMINALE » ET APPARTENANCE RÉELLE : LA PRÉDOMINANCE DE LA FONCTION

L'estimation du nombre de personnel accomplissant effectivement une tâche de soins se complique encore sous l'effet de l'écart existant entre appartenance professionnelle « nominale » et appartenance professionnelle réelle [12]. La notion d'appartenance professionnelle nominale ressortit à l'intitulé de grade ou d'emploi de l'agent, qui détermine le niveau de son salaire et – dans le cas des professions réglementées (médecins, infirmières, aides-soignantes, sages-femmes) – le champ d'exercice professionnel. C'est la dénomination officielle de la fonction de l'agent, telle qu'elle figure dans les corps de la fonction publique, ou dans les échelles et les grilles des conventions collectives de branches. L'appartenance profes-

sionnelle réelle, quant à elle, renvoie à la fonction effectivement tenue par l'agent.

Or il n'y a pas nécessairement adéquation entre appartenance professionnelle nominale et appartenance professionnelle réelle : des glissements de tâches plus ou moins marqués peuvent être constatés. Le fichier du personnel et la comptabilisation des fiches de paie ne rendent aucunement compte de ce phénomène : quelle que soit sa fonction réelle, un agent continue d'être rémunéré et recensé sur la base du corps auquel il appartient.

En premier lieu, la durée des carrières et la difficulté d'assumer sur le long terme les charges physique et psychologique de certaines professions de santé [13, 14] conduit à une impasse professionnelle qui se dénoue la plupart du temps dans un changement de fonction. Quand les personnels avancent en âge alors qu'ils assument des fonctions éprouvantes – tout particulièrement dans les services de soins – ils sont fréquemment enclins à passer les concours menant à des fonctions d'encadrement. La démarche est compréhensible, mais on ne peut plus esquiver aujourd'hui le fait que le taux d'encadrement paramédical très élevé dans les services de soins ressortit davantage à une carence dans la gestion des carrières qu'à l'effet naturel et légitime des ambitions personnelles. C'est autant de personnel soignant qui s'éloigne ainsi du soin proprement dit au bénéfice de fonction de management et de gestion [15]. Ces glissements de tâches concernent tout aussi bien des aides soignants affectés dans des fonctions supports de l'hôpital que d'autres paramédicaux travaillant dans les services administratifs et/ou du programme de médicalisation du système d'information (PMSI).

En second lieu, une part importante du temps soignant est affectée à des tâches qui ne relèvent pas de ce domaine. La prise en charge des fonctions administratives et l'organisation archaïque du travail dans les services de soins forment autant de déperdition [16]. Agrégées, ces heures passées à des tâches non soignantes

pèsent comme des postes manquants. Menée à son terme, la logique sous-tendue par cette observation conduirait à préconiser le recrutement de personnels administratifs dans les services de soins de façon à dégager du temps soignant. Il est peu probable toutefois que le recrutement de secrétaires médicales soit accepté en lieu et place de personnels paramédicaux. Et pourtant, il n'est pas excessif de dire que – pour prendre un exemple emblématique – les infirmières manquantes, expérimentées, familiarisées avec le fonctionnement des unités de soins, sont bien souvent présentes dans les services mais accaparées par des tâches qui ne relèvent pas de leur champ de compétences [17].

Enfin, les hôpitaux publics emploient en grande partie des fonctionnaires dont la durée de la carrière s'étale sur quarante ans. Dans la pratique, les motifs d'interruption sont très restrictifs : s'il est possible de mettre fin à l'emploi d'un fonctionnaire hospitalier – en particulier pour insuffisance professionnelle – c'est extrêmement rare dans les faits. C'est la raison pour laquelle, les glissements de tâches viennent pallier cette impossibilité en servant de variable d'ajustement dans les situations où le maintien d'un agent à son poste n'est plus envisageable.

Il est à noter que l'évaluation des fonctions effectivement tenue est un puissant indicateur du degré d'intégration et de différenciation dans une organisation. Lawrence et Lorsch [18] ont montré que le dilemme des organisations s'articulait, en effet, autour de ces deux tendances contradictoires : la différenciation et l'intégration. Pour en juger, pourtant, les instruments en termes de personnels ressortissent aux intitulés de métiers, quel que soit le nom qu'on leur donne. Dans la fonction publique, c'est le grade ; dans le secteur privé, c'est l'intitulé de métier défini conventionnellement. Dans les organisations de travail, la gestion de l'activité et la gestion du personnel ressortissent quasi exclusivement à l'appartenance professionnelle « nominale ».

Pourtant, l'évaluation du degré de différenciation professionnelle dans une organisation est essentielle, et ce d'autant plus que la taille de l'organisation augmente. Blau [19] a montré le lien existant entre taille de l'entreprise et degré de différenciation : plus la taille de l'organisation s'accroît, plus l'éventail de ses responsabilités s'ouvre et plus la différenciation se marque. Plus la différenciation professionnelle est marquée dans l'organisation, plus son niveau d'intégration faiblit et, partant, sa capacité à mener à bien son ou ses objectifs constitutifs. Dit autrement, il importe peu d'un point de vue opérationnel de savoir quel est le nombre d'intitulés ou de grades figurant sur les fiches de paie du personnel, c'est le nombre de fonctions effectivement tenues dans l'organisation qui est déterminant, parce que c'est lui qui donne le point de vue le plus approchant de la réalité quant au niveau de différenciation professionnelle de l'organisation.

#### 4. SOIN ET NON SOIN

Enfin, il convient de rappeler qu'un hôpital est avant toutes choses une structure de soins, quel que soit son mode de financement et/ou ses objectifs : c'est donc à l'aune de cette mission que le nombre d'agents qui en relèvent doit être évalué [20]. On a vu que de nombreuses activités dites « support » concourent à son fonctionnement – des activités administratives et techniques pour l'essentiel, mais pas seulement. La question de la frontière entre soin et non soin dépasse cette typologie : un certain nombre de métiers ou de professions considérés comme soignants ne relèvent pas du soin, quand d'autres – moins nombreux – appartenant à la sphère administrative, en relèvent pourtant.

La séparation entre soin et non-soin, en effet, n'est pas aussi tranchée que l'on pourrait le supposer. Un technicien de laboratoire ou un

technicien en biologie médicale pratiquent-ils un métier relevant du soin parce qu'ils concourent par leur activité au traitement des patients alors qu'ils ne côtoient jamais ces derniers ? Une sage-femme, un médecin du sport ou de médecine légale, sont-ils des soignants alors que les personnes qui viennent à eux ne sont pas malades, ou bien décédées ? Un médecin responsable du département d'information médicale ou une infirmière affectée à la direction du service de soins infirmiers continuent-ils d'appartenir au monde du monde du soin alors que leurs fonctions sont essentiellement administratives ? A l'inverse, une secrétaire exerçant en service de soins demeure-t-elle un personnel administratif ? Un brancardier qui libère la parole d'un patient angoissé par un examen ne fait-il pas partie du monde soignant, *a fortiori* quand son grade est celui d'aide-soignant ? Comment doit être recensé l'infirmier qui dirige le service de nettoyage d'un hôpital ? Comme soignant parce qu'il est infirmier ? Comme administratif-support parce que son activité relève de ce domaine ?

Plusieurs définitions contribuent à définir le champ des métiers du soin. Soigner, ce peut être « *S'occuper de rétablir la santé de quelqu'un* », « *S'occuper de guérir un mal* », ou bien le rassemblement des : « *Actes par lesquels on soigne quelqu'un ou quelque chose*<sup>1</sup> ». Ces définitions couvrent des domaines de compétences et des métiers qui ne se recoupent pas totalement : « Rétablir la santé de quelqu'un » ne signifie pas la même chose que « Guérir un mal ». La prise en charge d'une parturiente, par exemple, consiste à rétablir sa santé à l'identique de ce qu'elle était avant l'épreuve physique de l'accouchement, ce n'est en aucun cas guérir un mal – la maternité n'étant pas une pathologie. De même, de nombreux professionnels de santé s'occupent de rétablir la santé des patients qu'ils ont à leur charge sans aucunement s'occuper de leur mal : c'est ce

1. Les définitions sont tirées du *Grand Robert de la langue française*, édition 2005.

que font notamment les psychologues hospitaliers rattachés à des services de soins.

« S'occuper de guérir un mal » est une définition du terme soigner qui renvoie à l'acte. Par exemple, dans le Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière [11], il est dit qu'un radiophysicien en radiothérapie (p. 64) a pour mission de : « *Concevoir, préparer et mettre en œuvre des études dosimétriques, des procédures de suivi technique des appareils utilisant les radiations ionisantes, en imagerie médicale, radiothérapie, curiethérapie, et des procédures de suivis qualitatifs des appareillages* ». Si ce type de personnel ne s'occupe pas directement de rétablir la santé de quelqu'un, il s'occupe incontestablement de guérir un mal ; à ce titre, et suivant une définition par l'acte de soigner, il appartient au monde du soin. C'est d'ailleurs ainsi qu'il est classé dans le Répertoire au sein de la sous-famille « Ingénierie technique et appareillage », appartenant elle-même à la famille « Soins et activités paramédicales » du domaine fonctionnel « Soin ».

On peut donc imaginer qu'un membre du personnel d'un établissement de santé appartient au monde du soin sans jamais être au contact d'un patient : ce qui est vrai pour le radiophysicien en radiothérapie l'est également pour un assistant de recherche clinique, un ambulancier, un technicien d'études cliniques, un technicien d'installation et de maintenance des équipements biomédicaux, un préparateur en pharmacie hospitalière, un technicien de laboratoire, etc. Sans aller jusqu'à considérer que l'ensemble des personnels d'un établissement de santé contribue à rétablir la santé des patients, il faut bien se demander dans quelle mesure un agent qui n'est jamais au contact du patient appartient au monde du soin.

Si, au contraire, on choisit le contact avec le patient comme critère d'appartenance à l'organisation soignante, le risque est d'y inclure des personnels dont l'activité professionnelle a peu ou pas de rapport avec l'acte de soigner.

Un électricien des services techniques procédant à une intervention dans la chambre d'un patient est au contact de ce dernier, il n'en appartient pas pour autant au monde du soin ; il en va de même pour un agent du bio-nettoyage, un agent de lingerie, une secrétaire médicale ou hospitalière, etc. A l'inverse, certains représentants de métiers ayant, apparemment, peu ou pas de rapport avec le soin peuvent néanmoins contribuer à la restauration de la santé des patients. Dès lors qu'il est acquis que rétablir l'image qu'un patient se fait de lui-même est un facteur de guérison, pourquoi ne pas envisager, par exemple, qu'une esthéticienne ou un coiffeur d'hôpital appartiennent au monde du soin même sans être soignants ? De même, le pouvoir libérateur de la parole s'exerçant en majeure partie avec les brancardiers qui convoient les patients au sein des établissements de santé, pourquoi ne pas considérer les membres de cette profession comme pratiquant un métier du soin (ce qu'ils revendiquent d'ailleurs) ?

Il faut donc trouver une définition qui ajoute à la définition par l'acte la dimension psychologique qui fait défaut à cette dernière, tout en précisant ce qu'on entend par proximité avec le patient. Pour adjoindre une dimension psychologique et comportementale à la notion de soin, il est nécessaire de considérer, d'une part, qu'un métier soignant dépasse la seule production d'actes et, d'autre part, que la présence aux côtés du patient est nécessaire mais pas suffisante : il faut que l'agent soit auprès du patient avec comme objectif, ou comme résultat de sa présence, de le soigner ou de contribuer à la restauration de sa santé.

En contrepoint de la définition par l'acte, qui fait référence, on proposera donc une définition davantage centrée sur la rencontre avec le patient et sur la communication qui s'exerce avec lui. Un métier de soin place celui qui l'exerce au contact du patient, avec comme objectif – ou comme effet – de sa présence, de le soigner ou de contribuer à la restauration de sa santé. Cette définition renvoie directement

à la racine étymologique du terme soin, *sonium*, qui signifie souci en bas latin. Soigner, c'est dès lors se faire du souci pour quelqu'un. Il y a donc divergence entre deux définitions du soin : l'une qui le définit par l'acte et l'autre par la rencontre (tableau 2).

**Tableau 2 : Deux définitions du soin.**

Définition par l'acte (contact)	Définition par la rencontre (communication)
Métier où l'on pratique des actes par lesquels on s'occupe de rétablir la santé du patient	Métier qui place celui qui l'exerce au contact du patient, avec comme objectif – ou comme effet – de sa présence, de le soigner ou de contribuer à la restauration de sa santé

La différence entre ces définitions porte en grande partie sur le caractère manuel ou pas du soin. La définition par l'acte induit presque forcément un contact physique entre le patient et le soignant ; la définition par la rencontre ne l'exclut pas mais ne rend pas le contact nécessaire. La définition par l'acte est caractérisée par le contact alors que la définition par la rencontre est marquée par la communication. L'exemple type du soin par la rencontre est celui des soins dispensés par un psychiatre : l'illustration la plus éclairante du soin par l'acte est le travail accompli par le masseur-kinésithérapeute.

A la lumière de cette définition, il est fort probable qu'un ambulancier considérera appartenir à l'organisation soignante, alors que le Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière le classe dans le domaine « Logistique », et qu'un coiffeur n'exprimera pas spontanément cette appartenance. Les deux métiers, pourtant, présentent le même profil : une activité éloignée du soin et un rapport privilégié avec le patient. Il est probable que le

coiffeur exerçant à l'hôpital se rapproche davantage du soin que l'ambulancier, en dépit des signes d'appartenance soignante que ce dernier peut arborer : tenue blanche, gyrophare, sirène deux tons... Le contact dépasse la simple présence puisqu'il implique un volontarisme dans l'interaction avec le patient : un agent des services techniques est en présence du patient lors d'une intervention dans sa chambre sans être à son contact.

Dès lors que ces définitions du soin ont été posés, on peut maintenant parcourir les différents métiers rencontrés dans les hôpitaux, en les différenciant suivant qu'ils relèvent du personnel médical et du personnel non médical – césure jugée pertinente dans les établissements sanitaires – et en leur appliquant les définitions du soin qui viennent d'être avancées.

S'agissant du personnel médical<sup>2</sup>, l'activité de l'ensemble des omnipraticiens relève des deux définitions du soin proposées plus haut, à l'exception de la médecine aérospatiale, de la médecine du sport et de la médecine légale, qui ne concernent pas des malades. Il en va de même de la totalité des spécialités médicales, des spécialités chirurgicales et de la psychiatrie, qui relèvent des deux définitions du soin. En revanche, médecine du travail et santé publique, sont des disciplines à mi-chemin entre le soin et le non-soin. Les disciplines biologiques relèvent davantage de la définition par l'acte que de la définition par la rencontre avec le patient.

En ce qui concerne le personnel non médical<sup>3</sup> non soignant, la totalité des métiers de direction et des métiers de la logistique ne relèvent pas du soin. Il en est également ainsi de la quasi-totalité des métiers appartenant aux domaines « Infrastructure, maintenance, technique » et « Pilotage, gestion, aide à la décision », à l'exception des agents dont le métier relève de la définition du soin par l'acte : tech-

2. La catégorisation des disciplines employée ici est celle que la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) utilise dans son exploitation des données du répertoire ADELI.

3. La catégorisation des personnels non médicaux reprend celle du Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière publié par le ministère de la Santé [11].

niciens d'installation et de maintenance des équipements biomédicaux ; assistants de recherche clinique ; permanenciers auxiliaires de régulation médicale (SAMU) ; responsables de l'hygiène ; techniciens d'études cliniques.

La majorité du personnel non médical soignant a une activité qui relève de l'une ou de l'autre des définitions du soin. Les exceptions viennent des cadres de santé formateurs et des agents dont l'activité ne les place pas au contact de malades – soit que les patients ne le sont pas (sages-femmes, auxiliaires de puériculture), soit qu'ils ne le sont plus (agents des services mortuaires).

## CONCLUSION

Au total, on se rend compte à l'issue de ce panorama que la question de la dotation en personnel des établissements publics de soins est complexe et multiforme. Elle ne peut exclusivement s'observer sur la base de quelques métiers soignants – médicaux ou paramédicaux – mais doit aussi prendre en compte d'autres caractéristiques du système hospitalier français : la carte sanitaire atomisée entre une multitude d'établissements à la taille souvent insuffisante ; le nombre trop élevé de métiers employés ; le décalage entre l'appellation du métier et les fonctions effectivement tenues ; une frontière mouvante entre ce qui relève du soin et ce qui n'en relève pas.

L'estimation du nombre de personnels nécessaires au fonctionnement adéquat des hôpitaux publics engage des décisions à la fois au plan national et au plan local. L'évolution statutaire et la démographie des professions de santé et/ou des corps de fonctionnaires hospitaliers pèsent sans aucun doute sur le nombre d'agents en poste dans les établissements, mais cette question ne peut pas être évoquée de façon pertinente sans que le nombre et la répartition de ces derniers ne soit pris en compte.

De même, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) doit deve-

nir un impératif de management dans les hôpitaux publics : l'estimation du nombre d'agents dédiés à l'activité de soins – mission fondatrice des hôpitaux – ne doit pas relever de l'empirisme mais d'une démarche volontariste et adaptée à l'activité propre de chaque établissement.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Acker F, Denis G. *Santé. Description et évolution des métiers*, Paris : Agence nationale pour l'emploi/La Documentation française. 1995:134 p.
- [2] OCDE. *Eco-Santé*. Paris. 2006.
- [3] Vasselle A. *La réforme du financement des établissements de santé*. Rapport n° 298. Paris : Sénat. 2006:55 p.
- [4] Molinié É. *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*. Rapport. Paris : Conseil économique et social. 2005:263 p.
- [5] McKee M, Healy J (Ed.). *Hospitals in a Changing Europe*. Buckingham : Open University Press. 2002:295 p.
- [6] Mercereau F, Guillaume H, Boutereau-Tichet S, Bérard M, Maigne G, Clavreul G, Sarlat G. *Le pilotage des dépenses hospitalières*. Rapport conjoint d'enquête. Inspection générale des Affaires sociales (2005-137)/Inspection générale des Finances (2005-M-021-02) Paris. 2005:54 p.
- [7] Kervasdoué de J, Picheral H (dir.). *Santé et territoire*. Paris : Mutualité française/Dunod. 2004: 211 p.
- [8] Balsan D. Une typologie des établissements de soins publics et PSPH de court séjour selon leur activité et leur environnement. *Etudes et Résultats* 2004;325:1-8.
- [9] Vallancien G. *L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France*. Paris : La Documentation française. 2006:77 p.
- [10] Cour des Comptes. *Les personnels des établissements publics de santé*. Paris : Rapport public thématique. 2006:165 p.
- [11] Ministère de la santé et de la protection sociale. *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*. Rennes : Editions de l'École nationale de la santé publique. 2004:435 p.

- [12] Holcman R. *L'ordre sociologique, élément structurant de l'organisation du travail. L'exemple des bureaucraties professionnelles : ordre soignant contre ordre dirigeant à l'hôpital*. Th. Doct. Sciences de gestion. Paris : Conservatoire national des Arts et Métiers. 2006:306 p.
- [13] Drulhe M. Le travail émotionnel dans la relation soignante professionnelle. Dans Cresson G, Schweyer F X (dir.). *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*. Rennes : Editions de l'Ecole nationale de la Santé publique. 2000:15-29.
- [14] Lépinard E. Un travail à-côté : le rôle des soignants dans la division du travail sentimental. Dans Cresson G, Schweyer F X (dir.). *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*. Rennes : Editions de l'Ecole nationale de la Santé publique. 2000:37-45.
- [15] Petitat A. La profession infirmière : un siècle de mutations. Dans Aïch P, Fassin D (dir.). *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris : Anthropos/Economica. 1994: 227-259.
- [16] Holcman R. Quelle spécificité de l'organisation du travail dans les services de soins ? Tâches standardisées et tâches spécifiques par type d'agent. *Gestions hospitalières* 2002;421:785-794.
- [17] Kervasdoué de J (dir.). *La crise des professions de santé*. Paris : Mutualité française/Dunod. 2003: 329 p.
- [18] Lawrence P, Lorsch J. *Organization and environment : managing differentiation and integration*. Boston : Harvard Business School Press. 1967:279 p.
- [19] Blau P.M. *On the Nature of Organizations*. New York: John Wiley & Sons. 1974:358 p.
- [20] Kervasdoué de J. *L'hôpital*. Paris : Presses universitaires de France. 2005:127 p.