

**SECONDE PARTIE**

**LES RECHERCHES  
PRÉCÉDEMMENT ENGAGÉES**



L'activité de recherche et de publication<sup>1</sup> que j'ai initialement conduite s'est adossée aux questions soulevées par mon parcours professionnel et s'est articulée autour de deux axes principaux : le travail – avec son corollaire les situations de non travail –, et l'hôpital.

## 1. TRAVAIL ET GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

### 1.1. Travail, non travail et situations intermédiaires

Mon intérêt académique pour le travail, on l'a vu, provient de la période passée à chercher vainement un emploi, et des questions suscitées par cet échec. Les premières recherches ont porté sur le lien entre emploi et chômage, sur la façon dont ce lien est exprimé par les indicateurs existants – avec, notamment, la plus ou moins grande prise en compte des situations de sous emploi – et, enfin, sur la question de la durée du travail.


La prémisse de ces premières recherches est que la définition du chômage ne limite pas une simple interruption du travail, mais qu'un lien puissant et multiforme unit le travail et le non travail. Les notions de plein emploi, de sous emploi et de non emploi sont liés, et s'expriment de manière privilégiée par le biais des modalités de comptabilisation du chômage et des indicateurs choisis pour ce faire.

#### 1.1.1. Emploi et chômage, les deux faces d'une même pièce


C'est la raison pour laquelle, dans les deux livres consacrés au chômage<sup>2</sup> et dans l'article publié en 1997 dans la revue *Les Cahiers français*<sup>3</sup>, le choix a été fait de donner une vision d'ensemble du phénomène : ses modèles théoriques explicatifs, ses conséquences, et les réponses qui y sont apportées. L'argument sous-jacent est que le chômage n'est pas la manifestation isolée et transitoire d'un dysfonctionnement du marché du travail, mais bien un phénomène global qui affecte la totalité du corps social. Ce n'est pas là une reprise à l'identique de la vision keynésienne privilégiant l'approche en termes de circuit plutôt que celle du travail organisé selon les règles classiques d'un marché, mais l'affirmation que le chômage est l'expression apparente d'un choix d'organisation sociale sous-jacent.

L'un des apports principaux de l'ouvrage édité à la Documentation française a ainsi été de mettre en exergue les conséquences personnelles du chômage sur le chômeur. Suscitée bien évidemment par le souvenir cuisant de ma période passée au chômage, cette partie – novatrice à cette époque –

---

<sup>1</sup> Une part importante de mes publications (articles, livres, rapports, mémoires et thèse) est intégralement accessible sur mon site personnel internet : [www.robertholcman.net](http://www.robertholcman.net). Dans les indications de références qui vont suivre l'accès aux références disponibles sur mon site est signalé par le pictogramme .

<sup>2</sup> *Le chômage. Mécanismes économiques, conséquences sociales et humaines*, Paris, La Documentation française, 1997 ; *Chômage et chômeurs*, Rennes, Editions de l'Ecole nationale de la Santé publique, 2003.

<sup>3</sup> « Le chômage », *Les Cahiers français*, n° 279, février 1997, p. 3-8 .

a anticipé de quelques mois le mouvement des chômeurs occupant les permanences ASSEDIC pour obtenir une prime de fin d'année. Cette préoccupation s'était déjà exprimée, en 1995, dans un numéro de la revue *Problèmes politiques et sociaux* intitulé : « Les chômeurs dans la société »<sup>4</sup>.

L'ouvrage édité aux Editions de l'Ecole nationale de la Santé publique en 2003<sup>5</sup> a, quant à lui, insisté sur la dimension européenne des politiques de l'emploi, en montrant à quel point les orientations données à la lutte contre le chômage en France ressortissent à la « Stratégie européenne pour l'emploi » exprimée dans les lignes directrices que reprennent désormais les plans nationaux d'action pour l'emploi, communiqués annuellement aux autorités européennes par les pays membres.

#### 1.1.2. Indicateurs de l'emploi, indicateurs du chômage, et indicateurs du marché du travail : la question de la comptabilisation du chômage

Déjà présente dans les deux ouvrages consacrés au chômage, la question de la comptabilisation a été plus particulièrement développée dans deux textes : un article publié en 1998 dans la revue *Les Cahiers français*<sup>6</sup>, et une contribution à l'ouvrage collectif intitulé *Protection sociale. Quelle refondation ?*<sup>7</sup>, édité en 2000.

Dans ces deux articles, il était avancé que les indicateurs utilisés sont insuffisants sur deux points : l'état du marché du travail et l'impact du chômage. Quand bien même sa fonction initiale est comptabiliser le nombre de personnes recherchant un emploi, l'indicateur du chômage avait longtemps permis de porter un jugement fiable sur l'état du marché du travail et des relations professionnelles. La multiplication des situations intermédiaires entre emploi et chômage a rendu cette déduction impossible. Les indicateurs du chômage (officiels ou alternatifs) laissent de côté un certain nombre d'informations relatives à l'influence de ce dernier sur l'état du marché du travail, qui ne se résume pas à la probabilité d'y entrer ou de s'y maintenir : l'état des relations professionnelles ; les détournements de statuts (en particulier le problème de la "fausse sous-traitance") ; l'utilisation (ou plutôt le détournement) des dispositifs d'emplois aidés – particulièrement leur effet d'éviction sur les emplois "normaux" ; le niveau des salaires...

Dans ces deux textes, il était proposé de cantonner les indicateurs du chômage à leur fonction propre et de mettre au point des indicateurs du marché du travail, à l'instar de la réflexion que le Bureau international du travail avait alors engagée.

L'autre remarque portait sur l'absence d'évaluation d'impact du chômage par les indicateurs officiels ou officieux. Il était avancé que le chômage n'avait pas de gravité en lui-même – le plein

---

<sup>4</sup> « Les chômeurs dans la société », *Problèmes politiques et sociaux*, n° 748, 5 mai 1995.

<sup>5</sup> *Chômage et chômeurs*, Rennes, Editions de l'école nationale de la santé publique, 2003.

<sup>6</sup> « L'indicateur du chômage », *Les Cahiers français*, n° 286, mai-juin 1998, p. 49-55 [📄](#).

<sup>7</sup> [ Indicateurs du chômage ou indicateurs du marché du travail ? ], in Charpentier F., *Encyclopédie Protection sociale. Quelle refondation ?*, Paris, Economica/Liaisons Editions, 2000, p. 195-201 [📄](#).

emploi n'étant d'ailleurs pas synonyme d'absence de chômage mais de niveau de chômage incompressible provoqué par les délais d'ajustement, tant dans les mouvements naturels de la main-d'oeuvre sur le marché du travail que dans l'assimilation du progrès technique – et que c'était l'existence d'un certain nombre de caractéristiques du chômage qui le rendait problématique.

### 1.1.3. La mise en évidence du sous-emploi dans la comptabilisation du chômage : une mission d'étude aux Pays-Bas

Afin de montrer le caractère aléatoire des indicateurs du chômage, tout particulièrement dans leur incapacité à décrire le fonctionnement du marché du travail, une étude a été conduite aux Pays-Bas pour estimer l'impact du dispositif d'invalidité au travail sur les performances de ce pays en termes de lutte contre le chômage. En 1996, en effet, les Pays-Bas faisaient office d'exemple à suivre en matière de fonctionnement optimal du marché du travail : le taux officiel de chômage était de 6,4 %, contre 12 % en France. Mais derrière les statistiques élogieuses, commençaient à poindre les questionnements quant au sous-emploi dans ce pays. En particulier, le dispositif original d'invalidité au travail pouvait être à l'origine des performances apparentes du marché néerlandais du travail.

Cette étude de terrain a permis de montrer que le dispositif en question, la WAO<sup>8</sup>, avait conduit à retirer du marché du travail une part très importante de personnes qui, autrement, auraient été comptabilisées comme des demandeurs d'emploi. L'une des spécificités de ce dispositif était (il a été depuis lors profondément réformé) de ne pas distinguer entre risque professionnel et risque social, en ne prenant pas en compte la cause de l'invalidité. Dans l'établissement du degré d'invalidité, pouvait être ainsi considéré le positionnement de la personne à l'égard du marché du travail.

La notion d'incapacité au travail est par là-même devenue aux Pays-Bas un concept lié au salaire plutôt qu'un concept médical. L'entrée dans ce régime d'incapacité au travail et le calcul du taux d'invalidité prenait en compte ce que quelqu'un était capable de gagner en travaillant, compte tenu de son niveau de qualification et du niveau de la fonction qu'il occupait précédemment. Dès lors qu'une personne ne pouvait espérer obtenir sur le marché du travail un travail correspondant à ces éléments, elle était fondée à réclamer son intégration dans la WAO.

La prise en compte de l'état du marché du travail dans la détermination et le niveau de l'incapacité au travail a provoqué l'explosion du nombre de bénéficiaires. Initialement conçue pour concerner 150 000 personnes, la WAO en a financé, à son maximum d'intensité, plus de 900 000 – soit 15 % de la population active du pays.

---

<sup>8</sup> *Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering.*

Cette étude s'est incarnée dans un rapport<sup>9</sup>, dont a été tiré un article publié dans la *Revue française des Affaires sociales*<sup>10</sup>. Les principaux apports de ces publications étaient de montrer que les performances d'un marché du travail doivent impérativement s'analyser à l'aune des modalités locales de comptabilisation du chômage.

#### 1.1.4. Durée du travail, lien emploi/retraite, et partage du temps de travail

Les questionnements sur le travail, le non travail, les situations intermédiaires, et les indicateurs censés les refléter, ont été concomitants d'une interrogation quant à la durée du travail. Le fractionnement des carrières consécutif au chômage et à la remise en question du contrat à durée indéterminée comme norme de l'emploi, m'ont conduit à m'interroger sur la durée pertinente d'estimation du temps de travail et de non-travail – tout particulièrement dans le contexte de l'application des loi Aubry sur les 35 heures.

Dans un article publié en 1994 par la revue *Economie et Humanisme*<sup>11</sup>, j'avais mis en regard les questions de la réduction du temps de travail et celle du financement des régimes de retraite. Face au dilemme du financement d'une réduction volontariste de la durée légale du temps de travail – qui, des salariés, des entreprises ou des pouvoirs publics en supporterait la contrepartie financière ? – et à la perspective d'une réforme inéluctable des conditions de départ à la retraite, dont la période transitoire entre deux régimes pénaliserait les salariés qui la subiraient, la proposition était d'autoriser la réduction du temps de travail sans compensation financière mais avec une bonification des conditions de départ à la retraite.

Par delà la question de la faisabilité de la disposition décrite dans cet exercice théorique, c'est le lien établi entre les différents durée du travail qu'il faut retenir et la question posée en filigrane : à quelle aune la durée du travail doit-elle être envisagée ? La journée, la semaine, le mois, l'année ou bien la durée totale de la carrière professionnelle ? Cette question sous-tendait également l'ouvrage collectif que j'ai dirigé : dans *Les 35 heures en 35 questions*<sup>12</sup>, la diminution historique de la durée du temps de travail était mise en regard des enjeux économiques et sociaux des lois Aubry, en particulier s'agissant des théories en présence, ainsi que des orientations sociales révélées par les différents positionnements vis-à-vis de la réduction volontariste du temps de travail.

Les réflexions sur la réforme des régimes des retraites ont été poursuivies : dans un article publié en 1995 par la revue *Etudes*<sup>13</sup>, les avantages et les défauts inhérents aux régimes par répartition et par capitalisation étaient comparés, de même que le poids social du passage d'un système à un

---

<sup>9</sup> *Le régime d'incapacité au travail aux Pays-Bas (WAO). Quels enseignements en tirer ?*, Mission spéciale fonction publique, Paris, Fondation entreprise et performance, 1997 [📄](#).

<sup>10</sup> « Le régime d'incapacité au travail aux Pays-Bas », *Revue française des Affaires sociales*, n° 3, 07/09, 1998, p. 173-184 [📄](#).

<sup>11</sup> « Comment partager le travail ? », *Economie et Humanisme*, n° 328, juin 1994, p. 86-92 [📄](#).

<sup>12</sup> Avec Daniel Delalande et Frédéric Lelièvre, *Les 35 heures en 35 questions*, Paris, Editions Gammaprim, 1998 [📄](#).

<sup>13</sup> « La retraite par capitalisation : une panacée ? », *Etudes*, juin 1995, p. 767-776 [📄](#).

autre : la période de transition entre deux régimes de retraite conduisant en effet à ce qu'une génération de salariés acquitte les pensions des générations précédentes tout en devant épargner pour compenser la dégradation des conditions de son départ à la retraite. Dans un texte, publié en 1995 dans *Economie et Humanisme*<sup>14</sup>, le rôle des régimes de retraite dans l'établissement du lien social était décrit, et il était suggéré une extension d'un mécanisme de répartition au niveau européen de façon à assurer sa pérennité tout en promouvant l'idée européenne par une réalisation concrète et perceptible au quotidien.

## **1.2. La gestion des ressources humaines**

Mon parcours professionnel est également à l'origine d'une réflexion engagée sur les modalités de gestion des ressources humaines – tout particulièrement sur une spécificité supposée dans le secteur public, la comparaison entre les deux secteurs ayant suscité une interrogation quant à la relation hiérarchique. Ma thèse de doctorat a complété ce questionnement dans le domaine de l'appartenance professionnelle.

### 1.2.1. Quelle spécificité de la gestion des ressources humaines dans le secteur public ?

Les principes qui régissent l'organisation du personnel dans le secteur public, on l'a vue plus haut, ne sont pas à l'origine des contraintes souvent décrites comme inhibant la gestion des ressources humaines dans ce secteur. Les fondements de la gestion des ressources humaines dans les deux secteurs sont, certes, différents : statut, recrutement par concours et caractère mécanique des rémunérations d'un côté ; droit du travail, volontés des parties exprimées dans le contrat et liberté des rémunérations, de l'autre. Pourtant, une fois dépassées les questions de terminologie, les points communs et les nombreuses similarités entre les deux secteurs apparaissent – dès lors, évidemment, que les structures sont mises en regard à taille comparable.

Ainsi, le paritarisme n'est-il pas l'apanage du secteur public, de nombreux organes paritaires caractérisent aussi le secteur privé, en particulier le comité d'entreprise. Il en va de même des grades, des échelles et des indices, qui sont définis par les conventions collectives de branches. L'exercice du pouvoir disciplinaire et les modalités de fin de collaboration ne sont pas plus aisés à mettre en œuvre dans le secteur privé que dans le secteur public, c'est d'ailleurs l'une des plaintes récurrentes des employeurs.

La seule différence fondamentale avec le secteur privé ressortit à l'absence d'outils de modulation et de gratification en fonction des performances individuelles ou collectives. Pour le reste, les différences de fond ne sont pas aussi importantes qu'elles pourraient l'apparaître sur la forme. Ce sont moins des dispositions législatives et réglementaires qui particularisent la gestion des res-

---

<sup>14</sup> « La retraite par répartition ferment d'Europe », *Economie et Humanisme*, n° 333, juin-juillet 1995, p. 65-69.

sources humaines dans le secteur public que des spécificités culturelles : l'aspiration à l'impersonnalité des fonctionnaires ; leur rapport au temps ; leur aversion culturelle pour la confrontation directe.

Ces réflexions ont fait l'objet d'une communication au 16ème colloque international (mars 2006) organisé par la revue colloque *Politiques et management public* sur le thème : « Public : Nouvelles figures ? Nouvelles frontières ? ». Un article a été tiré de cette contribution, publié par la *Revue française d'Administration publique*<sup>15</sup> ».

### 1.2.2. Réflexions sur la relation hiérarchique

Un autre axe de réflexion quant à la gestion des ressources humaines porte sur la relation hiérarchique, envisagée à l'aune des rapports de pouvoir entre donneur et receveur d'un ordre, et du niveau respectif de responsabilité finale de ces derniers à l'égard de la réalisation de cet ordre. La relation hiérarchique étant la formalisation et la réglementation de l'obéissance réclamée dans les organisations, sa cartographie – qui s'incarne dans les organigrammes ou leur équivalent – n'épuise pourtant pas la question de la réalité des rapports hiérarchiques. L'analyse stratégique des organisations de Crozier et de Friedberg (1977), incite en effet à distinguer relation, pouvoir et capacité hiérarchiques, mais elle doit être complétée par l'évaluation du niveau de responsabilité des acteurs prenant part à la relation de pouvoir et de leur capacité à mettre en œuvre les moyens de rétorsion, corollaires de la non-obéissance.

La probabilité d'appliquer des sanctions dépend en effet du rapport existant entre le niveau de proximité hiérarchique qui lie émetteur et receveur de l'ordre, et la lourdeur de la sanction. C'est parce qu'il veut éviter d'éventuelles représailles qu'un acteur est enclin à donner satisfaction à un autre ; à défaut, rien ne l'y inclinerait, *a fortiori* pas la logique de la relation de pouvoir. Le pouvoir ne vaut donc que par la capacité qu'on a de mettre éventuellement en œuvre sa capacité de rétorsion ou, dit autrement, d'exercer sa capacité de nuisance : il est essentiel de différencier capacité d'action et possibilité d'agir.

Moins il y a de niveaux de sanctions plus le pouvoir hiérarchique est limité. La capacité d'émettre des ordres et des directives ne doit pas être mécaniquement assimilée à la probabilité de les voir exécutés, bien exécutés ou exécutés en temps et en heure. La mise en œuvre du pouvoir hiérarchique n'est pas indépendante des caractéristiques personnelles de celui qui émet l'ordre – autorité, charisme, leadership ; elle n'est pas non plus détachée de la propension à obéir de celui qui reçoit l'ordre. Il reste que la réalité de la relation hiérarchique ressortit au premier chef à un rapport de pouvoir entre le « demandeur » et le « demandé ».

---

<sup>15</sup> « Secteur public, secteur privé : similarités et différences dans la gestion des ressources humaines », *Revue française d'Administration publique*, n° 123, 2007, p. 409-422.



Cette analyse a pris forme dans un article intitulé : « Responsabilité, irresponsabilité, pouvoir. Réflexions sur la relation hiérarchique », à paraître prochainement dans la *Revue française de gestion*.

## **2. L'HOPITAL ET LES ENSEIGNEMENTS A TIRER DE SON OBSERVATION**

L'hôpital forme le second axe suivi par les recherches préalablement conduites. L'observation de cette structure de travail à l'activité si particulière a mené à la remise en cause des explications traditionnelles de la crise de l'hôpital public et à la suggestion de nouveaux éléments d'interprétation.

### **2.1. La remise en cause des explications traditionnelles de la crise de l'hôpital public**

La remise en cause des explications habituelles sur la crise hospitalière est née de l'immersion dans l'activité des services de soins menée durant ma scolarité à l'Ecole nationale de la Santé publique ; elle s'est alimentée de l'observation des hôpitaux français et étrangers.

#### 2.1.1. L'organisation du travail dans les services de soins : des tâches programmables et standardisées mais peu programmées

La découverte approfondie du fonctionnement des services de soins s'est faite durant les deux stages accomplis pendant ma scolarité à l'Ecole nationale de la Santé publique à l'hôpital Saint-Antoine (Assistance publique-Hôpitaux de Paris). Au fil des semaines passées dans les services, j'ai été surpris par la description que les agents font de leur travail – marqué par l'urgence, l'état des malades, la nécessité de la continuité des soins, le rythme élevé de l'activité, parfois le surmenage –, manifestement en contradiction avec ce que j'ai pu observer. Le travail dans les services de soins m'est apparu très programmé et peu intense, alors que les personnels insistaient sur son intensité et son caractère imprévisible. Pourtant, le sentiment de fatigue décrit m'apparaissait tout à fait crédible : les personnels de l'hôpital sont sans aucun doute les plus motivés et les plus engagés dans leur travail qui m'ait été donné de croiser durant mon parcours professionnel, pourtant accompli dans de nombreux secteurs d'activité. Si les personnels des services de soins étaient, sans aucun doute, épuisés par leur travail alors que leur travail n'était manifestement pas épuisant, où se trouvait l'explication de ce décalage ?

Le but de l'enquête de terrain menée à l'hôpital Saint-Antoine était d'évaluer le niveau de spécificité et de « programmabilité » des tâches accomplies dans un service de soins. Il fallait donc, pour chaque catégorie d'agent – du personnel de ménage jusqu'au chef de service – lister, au niveau le plus fin de détail, l'ensemble des tâches accomplies dans le cadre de son activité professionnelle,

puis de les regrouper par groupes homogènes. Une fois ce descriptif établi, mon intention était brosser un profil d'activité par catégorie d'agent et de le comparer aux fiches emplois/métiers de l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE), de façon à estimer très précisément le caractère spécifique ou non de l'activité décrite. Pour mettre au point son répertoire des métiers et des emplois (ROME), la méthodologie de l'ANPE consistait en effet à repérer – pour chaque métier – les compétences spécifiques à ce métier et les compétences communes avec d'autres métiers, de façon à faciliter les mobilités, sur la base d'une communauté de compétences cognitives mobilisables.

Cette enquête m'a tout d'abord permis de développer une connaissance approfondie du fonctionnement des services de soins, de tisser une proximité avec les différents agents qui concourent à son activité, de percevoir les composantes culturelles qui les structurent. Ce travail d'étude a ensuite permis de démontrer que les tâches non programmables accomplies par les agents d'un service hospitalier sont peu nombreuses : contrairement à ce qu'ils affirment, la plupart d'entre eux ont des activités sur lesquelles ils exercent un contrôle quant au moment de leur accomplissement. La situation des personnels varie, toutefois, suivant la proportion de tâches programmables au sein de leur travail : certains accomplissent presque exclusivement des tâches programmables, quand d'autres ont un volant important d'imprévu dans leur activité.


Les métiers hospitaliers fondent donc leur originalité non pas sur un mode de raisonnement, un niveau de compétence ou sur une technicité particulière, mais au-travers de la relation intime à la peur, à l'angoisse, à l'humanité. Cette enquête a également permis de montrer que c'est l'organisation archaïque et épuisante du travail dans les services de soins qui use les personnels qui y sont confrontés.

Ce travail d'étude s'est incarné dans un mémoire soutenu à la fin de ma scolarité à l'Ecole nationale de la Santé publique, dont a été tiré un article publié en 2002 dans la revue *Gestions hospitalières*<sup>16</sup>.

### 2.1.2. L'inadaptation et à l'inertie supposées de l'hôpital

L'inadaptation et l'inertie de l'hôpital, fréquemment avancées comme les déterminants majeurs de la crise hospitalière, ne sont pas corroborées par l'observation. L'entrée en vigueur de la Couverture maladie universelle (CMU) a été ainsi l'occasion d'évaluer la capacité d'évolution de l'hôpital public français. Les exemples étrangers incitent de même à relativiser la pertinence des solutions proposées pour réformer ce dernier.

---

<sup>16</sup> « Quelle spécificité de l'organisation du travail dans les services de soins ? Tâches standardisées et tâches spécifiques par type d'agent », *Gestions hospitalières*, n° 421, décembre 2002, p. 785-794 .

#### 2.1.2.1. La couverture maladie universelle, indicateur des capacités d'adaptation de l'hôpital public

Une enquête menée en 2000 auprès de 1 177 hôpitaux publics a démontré que – contrairement à ce qui aurait pu être supposé – les hôpitaux publics avaient anticipé sur la mise en œuvre de la CMU : confrontés à la précarité, à une demande de soins non solvable, ils avaient déjà mis en place des dispositifs spécifiques de prise en charge sanitaires des populations concernées et/ou des structures administratives d'ouverture de droits sociaux : les consultations dites « Baudelaire<sup>17</sup> » ; les cellules d'accueil spécialisées, remplacées par les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ; les conventions Etat-hôpitaux ; les cartes santé ; les cellules d'accueil étrangers ; les lits infirmiers. Localement, ou bien en partenariat avec les autorités municipales ou nationales, les hôpitaux avaient fait déjà face par eux-mêmes à un problème délicat et difficile à gérer, et ce de façon efficace et pertinente.

Cette étude de terrain – dont les résultats ont été publiés en 2001 dans la revue *Gestions hospitalières*<sup>18</sup> – a révélé la forte capacité d'adaptation des établissements publics de santé, à partir de solutions différentes, adaptées aux spécificités du bassin de vie de chaque hôpital. La CMU n'a pas conduit à l'hôpital des populations qui n'y avaient pas accès en raison de contraintes financières, mais elle a modifié les modalités de prise en charge des populations qui y venaient déjà. Dénoncés pour leur inertie, leur incapacité à évoluer, les hôpitaux ont bien au contraire démontré leur capacité à se mobiliser, à articuler une réponse administrative (ouverture de droits), organisationnelle (coordination entre services de soins, services sociaux et services de facturation) et soignante (adaptation aux spécificités pathologiques des populations prises en charge).

#### 2.1.2.2. Les exemples étrangers


Ce constat a été complété par l'étude de systèmes hospitaliers dans d'autres pays : une mission d'étude a ainsi été conduite en Turquie ; une autre est en préparation pour le Japon.

##### *Les hôpitaux turcs*

Une double question se posait au moment d'entreprendre cette mission d'étude en Turquie : comment atteindre les populations qui ne viennent pas spontanément se faire soigner dans les hôpitaux ? Comment les accueillir dans les services d'urgences quand elles parviennent au soin ? Le choix de la Turquie comme pays d'étude s'expliquait par plusieurs facteurs : c'est un pays laïc, de confession majoritairement musulmane, à faible niveau de vie relativement à la France, trois composantes qui caractérisent la situation d'une partie des populations d'origine étrangère qui vivent en France, notamment dans la banlieue des grandes villes – religion musulmane, s'exerçant dans un pays laïque, avec un grand décalage de niveau de vie.

L'offre hospitalière turque est de bonne qualité, ce qui ne veut pas dire que ce soit le cas de l'offre de soins dans son ensemble : les hôpitaux sont localisés dans les grandes agglomérations – parti-

<sup>17</sup> A l'instar du dispositif d'accueil médico-social mis en place à l'hôpital Saint-Antoine de Paris en 1992.

<sup>18</sup> Avec Philippe Darnaudet, « La couverture maladie universelle à l'hôpital, un progrès pour les patients ? », *Gestions hospitalières*, n° 409, octobre 2001, p. 669-679 .

culièrement dans la métropole d'Istanbul ; dans les zones rurales, ce sont les dispensaires qui prennent en charge les populations, offrant un niveau de soin et d'équipement sans commune mesure avec celui des centres hospitaliers. Ce n'est donc pas tant la qualité de l'offre hospitalière qui fait question en Turquie, mais plutôt l'articulation entre les différents réseaux hospitaliers (ministère de la Santé ; ministères ; universitaires ; sécurité sociale ; cliniques privés) et les multiples mécanismes de couverture sociale (fonctionnaires actifs ; fonctionnaire retraités ; artisans, commerçants et membres des professions libérales ; assurances privées)<sup>19</sup>.

Cette étude s'est traduite par la rédaction d'un rapport<sup>20</sup> remis à la Fondation nationale Entreprise et Performance qui finançait la mission, dont a été tiré un article publié dans la *Revue internationale de Sécurité sociale*<sup>21</sup>.

*Les paradoxes du système hospitalier japonais*

La France et le Japon ont des niveaux de vie très proches, même si la population japonaise est deux fois plus nombreuse que la population française. L'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé sont, en revanche, bien plus élevées au Japon qu'en France. Pourtant, le volume des dépenses consacrées à la santé est inférieur au Japon par rapport à la France : 2,2 point de PIB en moins pour les dépenses totales ; 0,5 point de PIB en moins pour les dépenses hospitalières ; 1,2 point de PIB en moins pour les dépenses en hôpitaux de soins aigus.

Avec une dotation inférieure consacrée aux dépenses hospitalières, le Japon dispose pourtant de beaucoup plus d'hôpitaux par habitant que la France (7,25 pour 1 000 habitants contre 4,8 en France) ; le nombre total de lits est, quant à lui, deux fois plus élevé (14,2 pour 1 000 habitants au Japon contre 7,5 en France) – de même que le nombre de lits de soins aigus (8,4 pour 1 000 habitants au Japon contre 3,8 en France). Pour ce faire, le Japon n'a visiblement pas rogné sur ses dépenses d'investissement puisqu'il compte 13 fois plus de d'IRM et presque 10 fois plus de scanners par millions d'habitants que la France. Ce n'est pas l'efficacité de son organisation hospitalière qui pourrait expliquer ces résultats puisque la durée moyenne de séjour – l'indicateur le plus communément utilisé pour évaluer la performance hospitalière – est de 36 jours au Japon contre 13 jours en France, soit presque trois fois plus longue.

L'offre hospitalière du Japon est donc extrêmement surprenante, presque déroutante pour l'observateur – qu'il soit averti ou non. C'est la raison pour laquelle, il serait particulièrement utile de se rendre dans ce pays afin de recueillir les éléments d'information permettant sinon d'expliquer, tout au moins de comprendre la situation qui y prévaut, et d'en tirer éventuellement des enseignements pour l'hôpital français dans le contexte des mutations qu'il est en train d'accomplir. Le système hospitalier au Japon présente, en effet, un profil presque opposé à celui

<sup>19</sup> Le système hospitalier turc a été réformé depuis lors, dans le sens d'une unification du secteur public.

<sup>20</sup> *L'accueil des populations précaires dans les hôpitaux turcs. Atomisation de la protection sociale et fractionnement de l'offre hospitalière*, Mission spéciale fonction publique, Paris, Fondation entreprise et performance, 2003 [📄](#).

<sup>21</sup> « Social Protection in Turkey : Fragmented and Disconnected from the Supply of Hospital Care », *International Social Security Review*, vol. 57, n° 2, avril-juin 2004, p. 183-108 [📄](#).

que l'on cherche à atteindre en France. Un projet de mission d'étude a été bâti ; elle sera conduite une fois son financement assuré.

## **2.2. La suggestion d'éléments d'explication : l'apport de la thèse**

L'inadaptation et l'inertie ne sont donc pas les déterminants de la crise hospitalière. Cette dernière s'explique davantage par la lutte de pouvoir qui oppose l'organisation soignante et l'organisation dirigeante. Ce constat d'une lutte de pouvoir, révélée notamment par la situation de « dysorganisation » qui caractérise les services de soins, alimente une première analyse critique des réformes hospitalières en cours d'application. Ce sont-là les apports principaux de ma thèse, en ce qui concerne l'organisation hospitalière.

### 2.2.1. Une thèse de doctorat en sciences de gestion avec l'hôpital comme terrain d'étude

L'hypothèse centrale de cette thèse était que la fonction effectivement exercée prime sur l'appartenance professionnelle « nominale » dans le positionnement au sein des organisations de travail. Elle avait pour objectif de mettre en évidence une forme de regroupement professionnel non encore été identifiée, fondée sur la communauté de fonction et de contraintes dans lesquelles cette dernière s'inscrit.

Pour mettre en évidence cette forme de regroupement au travail, le terrain d'étude choisi a été celui des bureaucraties professionnelles (Mintzberg, 1982), caractérisées par un cloisonnement étanche entre les différents types de personnels qui la composent. Son fonctionnement, étroitement dépendant des standards de qualification de ses opérateurs professionnels, est stabilisé par des systèmes de classement à l'intérieur desquels les professionnels travaillent de façon autonome sous le contrôle de la profession. Il devait y être plus aisé, et plus convaincant, de démontrer que l'imperméabilité professée entre types de personnels ne correspondait pas à l'étude empirique sur le terrain et, par là, de mettre en évidence l'existence de l'ordre fonctionnel, dénomination choisie pour cette nouvelle forme de regroupement professionnel.

L'hôpital, unanimement considéré comme l'un des exemples types de bureaucraties professionnelles, est caractérisée par une césure nette entre non professionnels et professionnels, et par un mode de gestion où ces derniers tiennent une part éminente : la détermination de l'appartenance a vocation à y être clairement définie et clairement exprimée.

Utiliser l'hôpital comme terrain d'étude pour mettre en évidence un regroupement professionnel transversal aux métiers et aux professions, c'est vérifier quelle est l'appartenance professionnelle des personnels qui répercutent le discours antibureaucratique et celle des agents qui s'approprient, au contraire, la légitimité de l'intérêt général. Si, après traitement des données issues de l'étude empirique, on observait une correspondance entre discours antibureaucratique et métiers ou professions qualifiés de « professionnels » par la théorie de la bureaucratie professionnelle, le pou-

voir explicatif de cette dernière en serait confirmé ; si, à l'inverse, on mettait en évidence l'inadéquation entre intitulé de métier ou de profession et légitimité revendiquée, le concept de bureaucratie professionnelle serait questionné, et une autre forme de regroupement professionnel devrait être proposée.

Cette thèse a permis de mettre en évidence l'existence d'une forme d'organisation particulière – que j'ai qualifiée de « dysorganisation » – révélatrice de la lutte de pouvoir à l'œuvre dans les établissements de santé, ainsi qu'un écart entre appartenance professionnelle « nominale » et appartenance professionnelle réelle, particulièrement marqué à l'hôpital.

### 2.2.2. La « dysorganisation » comme marqueur d'une lutte de pouvoir entre monde du soin et monde de la direction

#### 2.2.2.1. Une lutte de pouvoir

En remettant en question la structuration professionnelle par l'intitulé de métier ou de profession au profit d'une structuration pas la fonction, ma thèse de doctorat a mis en évidence un niveau de regroupement supra-professionnel et infra-organisationnel, que j'ai initialement dénommé « ordre sociologique », et qu'il aurait sans doute mieux valu identifier comme « ordre fonctionnel », dans la mesure où il est déterminé par la fonction effectivement exercée par l'agent, et par l'appropriation de la légitimité afférente à cette fonction plutôt que celle liée à l'appartenance professionnelle « nominale ».

Les questions posées aux personnes interrogées portaient sur des sujets primordiaux dans les établissements de santé : recrutements et nominations ; primauté de la décision entre soignants et direction ; décision d'achats et d'investissements. Les réponses apportées ont démontré l'existence d'un fort clivage suivant que la personne interrogée se perçoit comme appartenant au monde du soin ou à celui de la direction, attestant l'existence d'une lutte de pouvoir entre ces deux organisations.

Au début des années 1980, les établissements de santé sont passés d'un budget ouvert *de facto* à un budget fermé, défini en début d'exercice budgétaire ; en d'autres termes, l'hôpital a été, pour la première fois, confronté aux règles de l'économie et, en premier lieu, à la rareté. Cette réforme du mode de financement des hôpitaux a transformé l'organisation support en organisation dirigeante. La raréfaction des moyens budgétaires a contraint les établissements de santé à la performance et, par voie de conséquence, a considérablement accru le pouvoir des administrateurs en les mettant en situation de réducteurs de l'incertitude de l'organisation confrontée à son nouvel environnement. Chargées de l'allocation optimale des ressources affectées au fonctionnement des hôpitaux, les directions sont devenues partenaires d'un rapport de pouvoir avec les professionnels des hôpitaux.

L'avènement d'une organisation dirigeante dans les hôpitaux a suscité, en retour, une réaction de l'organisation soignante, en particulier du corps médical. Les moyens d'un établissement de santé étant composés aux trois-quarts de personnel, le critère déterminant dans l'allocation des moyens est la gestion de l'activité des agents, et donc de leur temps de travail – en particulier s'agissant de ceux affectés dans les services de soins. C'est ainsi que l'organisation du travail dans ces services est devenue l'enjeu éminent de la lutte de pouvoir entre organisation soignante et organisation dirigeante, un moyen de rejeter la domination bureaucratique.

#### 2.2.2.2. La « dysorganisation » comme révélateur de cette lutte de pouvoir

Le terme « Organisation définit à la fois une structure et un processus. Dans les théories des organisations – organisation-structure ou organisation-processus – il est fait référence, implicitement ou non, à un état jugé optimal, celui qui satisfait l'ensemble des acteurs. L'état normal, équilibré, d'une organisation est considéré comme étant son fonctionnement optimal, c'est-à-dire répondant à ses objectifs, maximisant les moyens engagés à cette fin. Il y a interaction entre organisation-structure et organisation-processus quand l'organisation-processus agit suivant les règles définies par l'organisation structure : le fonctionnement est jugé optimal, satisfaisant, fonctionnel.

Tout autre état moins satisfaisant devrait s'expliquer par une déficience dans les relations entre acteurs de l'organisation (organisation-processus) ou dans l'architecture de l'organisation elle-même (organisation-structure). On parle alors de dysfonctionnement, de désorganisation – notions abondamment évoquées par la littérature sur le management –, et la structure de l'organisation doit alors être améliorée et/ou ses processus internes révisés.

Le présupposé des solutions avancées pour que l'organisation-processus soutienne et renforce l'organisation-structure, ou que l'organisation-structure s'adapte afin de fluidifier et renforcer l'organisation-processus, est que chacun dans l'organisation-structure a intérêt au fonctionnement optimal de l'organisation processus. Or tous les membres de l'organisation-structure ne tirent pas avantage de son fonctionnement optimal parce que les critères de jugement de ce dernier sont multiples, parfois divergents. En d'autres termes, il peut exister un état de l'organisation optimal aux yeux de certains de ses acteurs et non satisfaisant pour d'autres. L'organisation-processus est dès lors déficiente en raison des rapports de pouvoir qu'entretiennent certains de ses membres, et il faut alors parler de « dysorganisation ». La « dysorganisation » est une forme d'organisation dont le fonctionnement sous-optimal est recherché par ses acteurs et qui les satisfait.

La définition de ce concept de « dysorganisation » a donné lieu à la rédaction d'un article publié par la *Revue française de gestion*<sup>22</sup> s'appuyant sur les deux études empiriques que j'ai conduites à l'hôpital : la première à l'hôpital Saint-Antoine à Paris pour la rédaction du mémoire de fin de scolarité à l'École nationale de la Santé publique ; la seconde à l'appui de ma thèse de doctorat.

---

<sup>22</sup> « La dysorganisation, un fonctionnement sous-optimal recherché par ses acteurs », *Revue française de gestion*, n° 184, mai 2008, p. 35-50.

### 2.2.3. Appartenance professionnelle « nominale » et appartenance professionnelle réelle

Enfin, ma thèse de doctorat de sciences de gestion avait comme fondement une interrogation vis-à-vis des concepts de l'appartenance professionnelle : le constat était que cette dernière est fréquemment considérée comme un invariant dans l'analyse des groupes professionnels et dans la description de leurs différentes formes. Le lien entre intitulé de métier, de profession ou d'emploi, et les fonctions effectivement assumées, semble être mécaniquement établi, comme si l'acquisition d'une formation, la possession d'un diplôme ou d'un certificat de compétences emportait nécessairement l'exercice d'une pratique professionnelle standardisée, identique pour tous les titulaires d'un emploi.

Or, dans la pratique, il existe toujours un écart entre intitulé d'emploi et fonctions exercées, mais ce constat n'empreint pas l'analyse théorique des organisations, du travail, l'évaluation des liens entre professionnels ou titulaires d'un emploi, d'un métier. Les réflexions sont nombreuses quant au décalage entre l'intitulé des métiers, des professions, et la réalité de leur exercice. C'est ce constat qui fonde la mise en œuvre de répertoires dits opérationnels qui recensent les appellations de métiers ainsi que les compétences et les fonctions effectivement assumées pour chacun d'entre eux.

De ce décalage naissent de nombreux dysfonctionnements dans les organisations, parce que la relation entre les types d'appartenance professionnelle est fondamentale dans la gestion des effectifs et des équipes au travail. Organisation du travail et appartenance professionnelle sont liées : c'est la définition de l'appartenance professionnelle qui détermine le recrutement, l'affectation, la composition des unités de travail ; c'est le sentiment d'appartenance qui décide de la motivation et de l'implication au travail.

### 2.2.4. Une première analyse critique des réformes hospitalières

C'est dans cette perspective qu'il faut envisager les réformes hospitalières en cours d'application dans les hôpitaux. Décrivons d'abord le contenu de ces réformes avant que d'évoquer les premiers éléments de critiques à formuler à leur encontre.

#### 2.2.4.1. Les réformes actuellement mises en œuvre à l'hôpital

Ces réformes suivent trois axes : une nouvelle organisation interne ; un nouveau régime budgétaire ; de nouvelles modalités de financement.

Depuis le 1er janvier 2007, l'activité des hôpitaux publics est structurée en « pôles ». Jusque là, l'activité de soins s'organisait autour des services, eux-mêmes définis par un ou plusieurs organes – cardiologie (cœur), hépatologie (foie, pancréas), pneumologie (poumon), etc. – ou bien par une ou plusieurs fonctions : gastro-entérologie (système digestif), orthopédie (squelette), rhumatologie (articulations)... La « Nouvelle gouvernance » des établissements réunit les services par cohé-



rence de pathologies dont les patients peuvent souffrir. Le pôle « cœur/poumon » va ainsi rassembler les services de cardiologie et de pneumologie ; le pôle « tête/cou » regroupera les services d'ORL et de stomatologie, etc. L'objectif est à la fois de faciliter le séjour ou le parcours du patient dans l'hôpital, en lui évitant de passer de services en services, de mutualiser les moyens mis en œuvre, et d'associer les personnels soignants à la gestion des établissements publics de santé.

Parallèlement, un nouveau régime budgétaire a été imposé à l'hôpital public : l'Etat des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD). Sous le régime précédent, l'exécution du budget d'une année était évaluée l'année suivante, ce qui permettait aux hôpitaux de dépasser le budget qui leur avait été accordé. L'objectif de ce nouveau dispositif budgétaire est d'estimer et de sanctionner en amont tout risque de dépassement financier. A chaque moment de l'exercice budgétaire, les responsables hospitaliers doivent être en mesure d'évaluer les recettes et les dépenses à venir durant l'année d'exécution. En cas d'écart significatif et prolongé entre les objectifs et les résultats, le conseil d'administration de l'hôpital peut recourir à un audit externe et – si besoin est – adopter un plan de redressement à la demande de l'Agence régionale de l'hospitalisation dont relève l'établissement.

Antérieurement, un déficit d'exploitation n'obérait pas la capacité de l'hôpital à commander et à investir. Désormais, avec la logique financière de l'EPRD, tout déficit d'exploitation diminuera les fonds propres de l'hôpital et obligera à repenser les modes de financement des investissements prévus. Selon les termes même des concepteurs du projet : « *L'EPRD tend à privilégier les investissements financièrement équilibrés* » (DHOS, 2005). Avec le budget, l'équilibre demeurerait l'objectif ; avec l'EPRD, il doit devenir la réalité. L'EPRD introduit un pilotage par les recettes dont le niveau commande les dépenses : ce sont les recettes qui déterminent les dépenses, auxquelles s'ajustent les moyens et, donc, l'activité. Ce n'est plus l'activité qui détermine les moyens à mettre en regard, mais c'est à ces derniers que l'activité doit s'ajuster.

La troisième réforme majeure que connaît l'hôpital public porte sur son mode de financement. Jusqu'en 2004, le budget des hôpitaux public était constitué pour les trois-quarts environ d'une dotation forfaitaire allouée par le ministère de la Santé, et ce quelque soit le volume, la nature et l'évolution de leur activité. La tarification à l'activité (ou T2A) consiste désormais à financer les hôpitaux sur la base de leur activité réelle. A chaque acte, chaque pratique, chaque type de soin, correspond un tarif : le financement public des hôpitaux dépend maintenant<sup>23</sup> du nombre d'actes pratiqués et du tarif de ces derniers. La tarification à l'activité (T2A) est une réforme prometteuse dont les objectifs sont de mettre fin au financement actuel des hôpitaux, aussi injuste qu'inefficace, et de les inciter à la productivité. Quelle soit leur activité, leur évolution, leur dynamisme ou leur inertie, la dotation globale des hôpitaux restait en effet inchangée ou presque. Ce

---

<sup>23</sup> Plus précisément une fois que la T2A sera entrée totalement en vigueur : le passage de la dotation globale à la tarification à l'activité se fait en effet par l'instillation progressive d'un pourcentage de T2A dans le financement des hôpitaux, pourcentage allant croissant chaque année. Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) 2008 prévoit que la T2A soit à 100 % cette année-là.

mécanisme de financement pénalisait les établissements les plus dynamiques, les plus innovants, les plus engagés dans la recherche de l'excellence ; pire encore, la dotation globale encourageait l'inertie et la perte de technicité des hôpitaux : à budget inchangé, il est plus facile de gérer un établissement de moins en moins technique, et donc de moins en moins dépensier.

Mais ces réformes, aussi pertinentes fussent-elles en elles-mêmes, ne sont pas adaptées à la situation de l'hôpital, l'un des leviers majeurs encore à disposition – la démographie des professions de santé – n'est pas utilisé. C'est la viabilité du service public hospitalier qui est en jeu.

#### 2.2.4.2. L'avènement de la gestion par pôle, dernier avatar de la lutte de pouvoir à l'hôpital

La structuration par pôles de l'activité des établissements de santé constitue un progrès incontestable dans leur gestion mais n'évacue pas la question centrale qui les traversent depuis que leurs budgets sont encadrés : la lutte de pouvoir entre l'organisation soignante et l'organisation dirigeante. Cette lutte de pouvoir associe trois groupes principaux – médicaux, paramédicaux, administratifs/dirigeants – dans des alliances composites qui évoluent et se renouvellent au gré des enjeux. Dans ma thèse, j'ai ainsi démontré que sur les questions de recrutement et de nominations, dirigeants et médicaux s'opposaient aux paramédicaux ; sur la question de la primauté de la décision finale, les dirigeants s'opposaient aux médicaux et aux paramédicaux cette fois réunis ; qu'en ce qui concerne les achats et les investissements, les médicaux étaient opposés aux dirigeants et aux paramédicaux.

En effet, en dépit de la structuration de l'activité en pôles, les établissements publics de santé continuent d'être caractérisés par une « double dualité » : deux filières hiérarchiques concurrentes – la ligne clinique/thérapeutique/professionnelle, et la ligne d'autorité administrative – sont elles-mêmes composées de deux groupes distincts. L'organisation soignante se scinde en deux composantes qui regroupent les médecins (les professionnels), d'une part, et le personnel paramédical (les semi-professionnels), d'autre part. De son côté, l'organisation administrative se subdivise elle-même entre personnels de direction et agents de l'organisation support. Cette double ligne hiérarchique place les personnels paramédicaux en porte-à-faux : ils dépendent organiquement de la direction de l'établissement, et fonctionnellement de l'équipe médicale du service auquel ils appartiennent. Les cadres infirmiers assument ainsi plusieurs fonctions : ils représentent la direction dans les services de soins ; ils sont responsables de l'application des directives médicales ; ils sont chargés de la mise en œuvre des actes relevant du rôle propre<sup>24</sup> des infirmières.

Deux légitimités, deux lignes hiérarchiques, deux organisations elles-mêmes scindées en deux composantes : le caractère bicéphale des hôpitaux demeure. Dans ces conditions, on peut craindre que la gestion par pôles n'aboutisse qu'à un changement d'échelle des problèmes existant, tant ils

---

<sup>24</sup> Telle que défini réglementairement par le décret dit de compétence infirmier : décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

tracent des frontières artificielles qui ne correspondent pas aux césures profondes structurant l'hôpital. Ces éléments ont été développés dans un article intitulé : « L'avènement de la gestion par pôle, dernier avatar de la lutte de pouvoir à l'hôpital ? », publié en mai 2006 dans la revue *Gestions hospitalières*<sup>25</sup>.

#### 2.2.4.3. Un régime budgétaire draconien, des dépenses inchangées

La logique qui sous-tend le nouveau régime budgétaire auquel sont astreints les hôpitaux – l'EPRD, état des prévisions de recettes et de dépenses – est que les moyens actuels de l'hôpital public sont suffisants pour répondre à ses missions et que les difficultés budgétaires et financières qu'il rencontre ressortissent à la mauvaise gestion de ses dirigeants, incapables de mettre un coup d'arrêt à des dépenses jugées inconsidérées et à un éventuel gâchis des fonds employés.

On peut avancer, malheureusement, qu'il n'a pas été porté remède aux difficultés structurelles qu'affronte l'hôpital public : les dépenses des hôpitaux sont toujours constituées à 75 % par la masse salariale, 10 à 15 % par les dépenses à caractère hôtelier et 10 à 15 % par les dépenses à caractère médical – le solde s'établissant par les charges financières. Or le personnel des hôpitaux est constitué en grande majorité de fonctionnaires dont le coût ressortit aux évolutions nationales de la valeur du point d'indice.

Par conséquent, les sources des dépassements budgétaires restent en place alors que s'est installé un système de contrôle financier draconien. Les déficits des années précédentes ont permis d'assurer le fonctionnement normal des hôpitaux ; le contrôle financier non assorti d'une modification structurelle des dépenses ne peut conduire qu'à un rationnement des soins – invisible mais bien réel. Cette argumentation est développée dans un article paru en 2006 dans le *Journal d'Economie médicale*<sup>26</sup>.

#### 2.2.4.4. La dispersion du contrôle des dépenses

Cette impuissance budgétaire est accentuée par la dispersion du contrôle des dépenses qui forme un facteur supplémentaire de coût. Dans les hôpitaux publics, les dépenses de personnel sont gérées par le directeur des ressources humaines en coordination étroite avec le chef d'établissement ; les dépenses hôtelières et générales relèvent du directeur des affaires économiques ; les dépenses d'équipement et de travaux sont attribuées à un directeur de l'investissement et des travaux, secondés par trois ingénieurs – biomédical, travaux, informatique – ou bien ressortissent directement à la responsabilité de ces derniers.

Cette dispersion des compétences est source d'inefficacité : les postes de dépenses placés sous la responsabilité de ses collègues constituent des champs de décision quasi-inaccessibles pour le directeur des finances d'un hôpital – sauf à entrer en confrontation avec eux. Or la sociologie des

<sup>25</sup> « L'avènement de la gestion par pôle, dernier avatar de la lutte de pouvoir à l'hôpital ? », *Gestions hospitalières*, n° 456, mai 2006, p. 329-337 [📄](#).

<sup>26</sup> « L'avenir de l'hôpital public français compromis ? », *Journal d'Economie médicale*, Vol. 24, n° 7-8, novembre-décembre 2006, p. 415-425.

organisations a abondamment démontré que le conflit n'est pas privilégié par les managers – tout particulièrement dans le monde administratif. Un directeur des finances qui veut agir n'a plus ou presque que les dépenses à caractère médical comme champ d'action.

Ainsi, à rebours de ce que l'on peut constater dans toute organisation de production ou de services, la contrainte budgétaire s'exerce prioritairement dans les hôpitaux sur les dépenses relatives à l'activité de soins – en d'autres termes sur l'activité fondatrice des établissements et santé – et laisse à l'abri les secteurs qui devraient pourtant faire l'objet d'une attention prioritaire, souvent à l'origine de dérives financières importantes. Le fort taux de syndicalisation des personnels de ces secteurs n'est pas étranger à la situation. Cet aspect de la question a été traité dans un article publié en mars 2007 dans *La Presse médicale*<sup>27</sup>.

#### 2.2.4.5. La T2A : une incitation stérile à la productivité

La tarification à l'activité (T2A) est un mécanisme de financement destiné à inciter puissamment les hôpitaux à la productivité. Dès lors que les recettes des hôpitaux sont assurées par les « gains » tirés de leur activité, ils sont incités à minorer les dépenses occasionnées par les actes producteurs de ces recettes.

Ce nouveau mécanisme de financement a vocation à s'appliquer uniformément à l'ensemble des établissements de santé, quel que soit leur statut, leur mode de financement, leur objectif : une fois entrée pleinement en vigueur, la T2A concernera aussi bien les hôpitaux publics que les établissements privés à but non lucratif ou bien les cliniques privées à but commercial. Dans ces conditions, tous les établissements pourront se comparer<sup>28</sup> : pour une activité donnée, ils pourront estimer s'ils sont plus ou moins productifs et/ou rentables que les autres structures de soins.

La « médicalisation » du financement des hôpitaux ainsi introduite était une nécessité. Le problème est que les dépenses des hôpitaux, on l'a vu, sont constituées à hauteur des trois quarts par leur masse salariale et que leur personnel est majoritairement composé de fonctionnaires hospitaliers, dont il n'est pas possible de se séparer – ni même déontologique (on leur doit la carrière qu'on s'est engagé à leur assurer à leur entrée dans les cadres). Quelle que soit la vigueur des efforts de productivité engagés, les hôpitaux se trouveront toujours avec des dépenses équivalentes ou presque. De plus, tous les hôpitaux se trouvant dans la même situation, les possibilités de mutations entre établissements sont quasiment nulles.

Dans ces conditions, il y a une certaine hypocrisie à exiger des établissements publics de santé qu'ils s'engagent dans une rationalisation de leur activité, et qu'ils se comparent aux établissements de soins privés, dès lors qu'ils ne sont pas en mesure de faire varier leur principal poste de

---

<sup>27</sup> « La dispersion du contrôle des dépenses comme facteur de coût dans les hôpitaux », *La Presse médicale*, tome 36, n° 3, mars 2007, p. 381-382.

<sup>28</sup> A quelques nuances près : les activités d'intérêt général, d'enseignement, par exemple, sont valorisées – même imparfaitement – sous forme de dotations forfaitaires.

dépenses. Cette question du rapport de l'hôpital avec ses personnels a été traitée dans un article publié par le *Journal d'Economie médicale*<sup>29</sup>.

#### 2.2.4.6. Le « Papy boom » dans la fonction publique hospitalière

L'un des leviers majeurs d'action à disposition des hôpitaux pour faire varier le volume de leur personnel est la perspective des départs massifs à la retraite consécutifs à la fin de carrière des générations dites du « *Baby boom* ». L'évolution démographique des personnels de la fonction publique hospitalière connaît en effet un bouleversement majeur, qui va aller croissant durant la prochaine décennie.

En 2003, le ministère de la Santé a fait connaître les projections démographiques auxquelles il était parvenu à l'échéance 2015<sup>30</sup>. De 1999 à 2015, la fonction publique hospitalière aura perdu dans son ensemble 55 % de ses effectifs. Sur la période, la filière administrative se sera séparée de 47 % de ses agents, la filière médico-technique 50 %, les services de soins 56 % et la filière technique et ouvrière perdra 58 % de ses personnels actuellement en activité. Le pic des départs se situera en 2012 pour l'ensemble de l'effectif avec 30 000 départs à la retraite prévus cette année là, dont 20 000 pour la seule filière des services de soins. Le maximum de départs se déroulera en 2013 pour la filière technique et ouvrière, et en 2014 pour la filière administrative.

En d'autres termes, il reste une décennie pour agir sur ce levier majeur des dépenses hospitalières, décennie durant laquelle les autres grandes réformes hospitalières seront intégralement entrées en vigueur : tarification à l'activité, et structuration des établissements en pôles d'activité et non plus en services de soins. Cette question a été traitée dans un article publié en 2008 par la *Revue internationale de Sécurité sociale*<sup>31</sup>.

#### 2.2.4.7. La fin de l'hôpital public ?

Les principales menaces qui guettent l'hôpital public ne sont pas sa situation budgétaire, les difficultés temporaires de recrutement qu'il connaît ou la nécessité de pallier la faiblesse de son investissement, ce sont les réformes majeures de son financement et de son organisation qui viennent d'être mises en œuvre. Ces réformes ne sont pas déraisonnables en elles-mêmes, c'est le rôle qu'on leur assigne qui fait figure d'erreur historique pour l'hôpital public. Elles sont fondées sur le présupposé d'une médiocre gestion des établissements publics de santé comme source de leurs maux.

Ce qui peut arriver de pire à l'hôpital aujourd'hui, c'est paradoxalement un succès apparent des récentes réformes hospitalières. Leur application réussie dans un contexte hospitalier inchangé signifierait que des sacrifices auraient été consentis par ailleurs et qu'un changement profond au-

---

<sup>29</sup> « L'hôpital manque-t-il réellement de personnel ? », Vol. 25, n° 5-6, septembre-octobre 2007, p. 307-317.

<sup>30</sup> *Fonction publique hospitalière. Données démographiques horizon 2015*, Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées,

<sup>31</sup> « The "Papy-boom" : A historical opportunity for French public hospitals », *International Social Security Review*, Vol. 61, 3/2008, p. 103-125.

rait eu lieu : en d'autres termes qu'un rationnement des soins serait en cours. Puisque les dépenses sont constituées aux trois-quarts de frais de personnels et que les autres postes principaux sont structurellement à la hausse, un EPRD contenu signifierait que ces coupes claires auraient été faites sur d'autres postes de dépenses.

Bien sûr, rien en apparence ne serait changé, les hôpitaux continueraient de fonctionner, d'accueillir des malades, de les soigner. Dans la réalité, pourtant, des arbitrages seraient faits sans que les patients n'en aient même conscience. Les médecins le répètent à l'envi, la médecine n'est pas une science, c'est un art. Leur travail ne relève pas de l'application mécanique de réponses-types à des situations données, ils conservent et exercent leur libre arbitre au sein du « colloque singulier » qui les unit à leur patient. Un rationnement des moyens dans les hôpitaux serait donc tout sauf tonitruant mais, à terme, il conduirait à une dégradation globale de la qualité de la prise en charge et, sans aucun doute, à un transfert de certaines activités au bénéfice du secteur privé.

Le service public hospitalier est submergé par le nombre trop important de structures qui le prennent en charge, de personnels dont il assure l'emploi, de missions qu'on ne lui finance pas. Mettre l'accent sur des problèmes de gestion liés à son organisation interne revient à personnaliser les difficultés qu'il rencontre, à laisser imaginer qu'il suffirait de modifier les équilibres internes du management pour résoudre ces dernières.

La qualité des dirigeants actuels des hôpitaux n'est pas seule en cause, tout autre management serait confronté aux mêmes difficultés. C'est un réflexe bien identifié que d'imaginer que le remplacement des hommes peut pallier les défauts des organisations. Il n'en est rien : placé face aux mêmes contraintes structurelles, les hommes réagissent peu ou prou de la même façon. Quelles que soient les équipes à la tête des hôpitaux, les profils de formation de leurs membres, elles seraient confrontées aux mêmes problèmes et rencontreraient les mêmes difficultés pour les résoudre. L'hôpital se heurte à des problèmes structurels, que des mesures conjoncturelles ne peuvent aucunement résoudre.

Cette première analyse critique des explications habituelles de la crise hospitalière et des réformes en cours d'application doit se compléter utilement par l'identification et le décryptage des éléments de diagnostic sur lesquels sont fondées ces réformes hospitalières, et par la suggestion de pistes de réflexions quant aux réformes à initier à l'hôpital public. C'est l'objet de l'ouvrage intitulé « *La fin de l'hôpital public ?* », paru en 2007 aux Editions Lamarre, qui structure les pistes de recherches proposées comme fondement à l'habilitation à diriger des recherches, même si ces dernières ne se limitent pas aux thèmes de ce livre.

### **3. OUTILS THEORIQUES ET METHODOLOGIES UTILISES**

Les éléments théoriques utilisés comme la méthodologie de recherche mise en œuvre à l'occasion de ces premiers travaux de recherche sont différents suivant les thèmes abordés : travail, gestion des ressources humaines, ou bien observation et analyse de l'organisation de l'hôpital.

#### **3.1. Travail et gestion des ressources humaines**

Le travail sur le chômage et sur la gestion des ressources humaines a été quasi exclusivement adossé à une revue de la littérature existante, et sur le décryptage des mécanismes institutionnels – en France et à l'étranger. S'agissant des indicateurs du chômage et du marché du travail, la compilation de la littérature s'est doublée d'une enquête comparative par voie de courrier sur les dispositifs existants à l'étranger.

L'évaluation de l'impact du sous-emploi dans les différentiels de taux de chômage entre pays comparable s'est faite par le biais d'une mission consacrée aux particularités du système néerlandais d'invalidité au travail. Cette mission s'est fondée sur des entretiens non directifs, dont le décryptage et la synthèse se sont incarnés dans un rapport.

#### **3.2. L'organisation de l'hôpital**

L'analyse de l'organisation de l'hôpital s'est progressivement étoffée, relativement aux recherches précédentes : mon mémoire de fin de scolarité à l'École nationale de la Santé publique s'est adossé à une série d'entretiens en reprenant la méthodologie de l'ANPE ; l'enquête menée sur l'impact de la Couverture maladie universelle à l'hôpital a été fondée sur l'analyse des données issues des réponses apportées à un questionnaire adressé par courrier ; ma thèse a utilisé un modèle fondée sur la sociologie des organisations, et son étude empirique s'est bâtie autour du traitement des données issues de questionnaires remplis au cours d'entretiens. Reprenons ces différentes démarches de recherche.

##### 3.2.1. Mémoire de fin de scolarité : entretien semi-directifs et méthodologie de l'ANPE

Pour comparer les tâches des personnels du service de soins observé à celles les plus comparables des agents d'autres secteurs d'activité, il fallait trouver une source existante d'analyse et de décomposition des tâches. Le choix s'est porté sur le Répertoire opérationnel des métiers et des emplois (ROME) de l'ANPE (1999) qui recense, classe et compare la plupart des métiers et des activités pratiqués.

Les présupposés méthodologiques du mémoire se conformaient à cette source, à savoir que la plupart des tâches des soignants et des médecins ne relèvent pas du soin et, qu'à ce titre, elles ont vocation à se comparer à des tâches équivalentes accomplies dans d'autres secteurs d'activité.

Cette fongibilité d'action entre métiers sous-tend la méthodologie du ROME, outil destiné à faciliter la mobilité et la transférabilité des acquis professionnels. Le concept « d'emploi/métier » du ROME privilégie en effet : la similitude des contenus d'activité de plusieurs emplois ou métiers ; la présence de compétences techniques de base communes à ces différents emplois/métiers ; la proximité des profils requis pour les exercer.

A l'origine de la démarche de l'ANPE figure une interrogation : comment dire qu'un emploi/métier est proche d'un autre alors qu'ils ne se ressemblent pas ? L'ANPE s'est donc appliquée à trouver des « critères compétences » qui décrivent à la fois ce qui est mobilisé pour exercer une action, c'est-à-dire des critères transversaux attachés à l'exercice d'une activité. Cette démarche l'a conduite à travailler sur des compétences « cognitives », celles qui concernent les démarches mentales, les stratégies de résolution des problèmes, qui guident de manière consciente ou non consciente l'action dans « la tête des personnes » au moment où elles accomplissent une tâche. L'idée est de dépasser le geste opératoire, la notion de savoir-faire.

L'ANPE a ensuite construit des « aires de mobilité » qui, pour chaque emploi-métier, déterminent les autres emplois/métiers dont les compétences cognitives dominantes sont les plus comparables. La comparaison par le biais des compétences permet d'instaurer une distance entre deux emplois/métiers. Ces derniers sont ensuite positionnés les uns par rapport aux autres en fonction de la plus ou moins grande similitude qu'ils possèdent du point de vue de leurs compétences cognitives. C'est la position relative de ces emplois par rapport aux autres qui permet de construire une aire de mobilité pour chacun d'entre eux – chaque aire correspondant à un ensemble d'emplois/métiers « cibles ».

Pour mon mémoire de fin de scolarité, cinquante et un agents – médecins et non médecins – ont été interviewés sur la base d'un entretien non directif, les personnes enquêtées représentant l'ensemble des fonctions communément rencontrées dans un service hospitalier. Le parti a été pris d'orienter les entretiens dans le sens d'une description ouverte des tâches effectuées, sans hiérarchisation entre elles – que cela soit en termes d'importance relative des tâches les unes par rapport aux autres, ou bien de durée. Durant les entretiens, il était demandé aux agents interviewés de brosse le panorama le plus large et le plus complet de leurs différentes activités et non de mettre en avant celles qui leur semblaient les plus importantes ou qui leur réclamaient le plus de temps dans leur accomplissement. L'objectif de l'étude, telle qu'il était présenté en exergue de chaque entretien, était d'établir le panel le plus large possible des tâches effectuées par les agents interrogés. L'idée sous-jacente, dans chaque entretien, était de faire apparaître le type de métier – appartenant ou non au secteur de la santé – auquel chaque tâche pouvait se rapporter ; c'est dans ce sens que les questions étaient formulées, ou réitérées.



Ensuite, pour chaque type d'agents, les tâches décrites ont été regroupées ; chaque groupe de tâche a contribué à établir un profil à comparer avec les fiches emplois/métiers du Répertoire opérationnel des métiers et des emplois de l'ANPE.

### 3.2.2. L'impact de la CMU : questionnaire et analyse de données

Pour l'analyse de l'impact de la Couverture maladie universelle sur l'hôpital, 1 177 questionnaires ont été adressés à des établissements publics de santé – centres hospitaliers, hôpitaux locaux, et centres hospitaliers régionaux universitaires –, quelle que soit leur activité : médecine/chirurgie/obstétrique, soins de suite et de réadaptation, et soins de longue durée (SLD). 697 établissements ont répondu ; 533 questionnaires ont pu être exploités.

Les réponses obtenues ont été traitées avec le logiciel d'analyse de données épidémiologiques Epi-Info. Afin de valider les résultats obtenus, les enseignements de l'analyse de données ont été complétés par une série d'entretiens menés avec un échantillon de directeurs d'hôpital – directeur général ou directeurs adjoints – dont l'établissement avait retourné le questionnaire.

### 3.2.3. La thèse de doctorat : questionnaire, analyse de données et sociologie des organisations

A l'appui de ma thèse, une étude empirique a été menée auprès de cinquante et une personnes tenant des fonctions pouvant à la fois s'exercer dans l'organisation administrative ou dans l'organisation soignante des établissements de santé<sup>32</sup>. Ces personnes ont été rencontrées dans douze établissements différents : neuf établissements publics (dont sept centres hospitalo-universitaires ; un centre hospitalier régional et un centre hospitalier) et trois établissements privés – deux à but non lucratif et participant au service hospitalier, et un à but commercial.

Le questionnaire auquel était adossée la recherche empirique était fondé principalement sur des mises en situation fictives qui laissait à la personne enquêtée deux options de choix. Les réponses aux quinze questions pertinentes sur ces sujets ont formé les variables dites « actives » de l'analyse de données. Elles permettaient de déterminer la légitimité revendiquée – légitimité de la connaissance et légitimité de l'intérêt général –, ainsi que le positionnement professionnel tel qu'il se dégagait des questions, à comparer ensuite au positionnement professionnel tel qu'il était révélé par l'intitulé de métier ou de profession de la personne enquêtée. Les autres items de la table de données (âge, sexe, nombre de lits, points ISA de l'établissement...) constituaient les variables dites « illustratives », destinées à caractériser les classes d'effectifs ainsi obtenues.

---

<sup>32</sup> Chef d'établissement ; chef de service de soins ; médecin exerçant en service de soins ; médecin responsable du département d'information médicale ; infirmier diplômé d'Etat exerçant ou n'exerçant pas en service de soins ; secrétaire médicale exerçant ou n'exerçant pas en service de soins ; directeur adjoint d'hôpital en charge d'une direction fonctionnelle et/ou référent d'un ou de plusieurs pôles d'activité.

Sur la base d'une analyse des correspondances multiples et d'une classification ascendante hiérarchique, les réponses des cinquante et une personnes interrogées ont permis de répartir ces dernières en trois classes d'effectifs suivant l'orientation définies par leurs réponses : l'une administrative ; une autre soignante paramédicale ; la troisième soignante médicale. La composition professionnelle de ces trois classes ne résulte pas mécaniquement de leur orientation : la classe administrative est composée pour partie de médecins et d'infirmières ; on trouve aussi des médecins et des secrétaires dans la classe soignante paramédicale ; il y a des infirmières et des secrétaires dans la classe soignante médicale.

Cette thèse de doctorat a pris comme modèle d'analyse la sociologie des professions pour établir les fondements de l'appartenance professionnelle : concepts de profession et de semi-profession ; écoles fonctionnaliste et interactionniste ; développements récents de cette branche de la sociologie. La sociologie du travail a également été mise à contribution s'agissant de l'identité professionnelle – en particulier l'approche culturelle de Sainsaulieu (1988) et l'approche interactionniste de Dubar (2002) *via* sa double transaction ; il en est également ainsi des théories de la motivation, de la satisfaction et de l'implication au travail. A cette dernière branche de la sociologie s'est ajouté le débat entre Durkheim (1930) et Tarde (1993) sur le rôle de l'imitation dans la structuration des groupes sociaux, qui a été mis en regard de la théorie de la percolation (*Trickle Down Theory*) utilisée dans d'autres champs des sciences sociales.

Ce modèle d'analyse de l'hôpital fondé sur l'action sociale de ses membres a été complétée par une analyse adossée aux contraintes d'efficacité et de légitimité. C'est à ce titre que l'analyse stratégique – et tout particulièrement ses concepts de pouvoir et de zone d'incertitude – ont été mis à profit pour mettre en évidence la lutte de pouvoir à l'œuvre dans les hôpitaux (en raison notamment de l'évolution de leur environnement) et l'opposition entre deux légitimités concurrentes. La description de l'environnement de l'hôpital a emprunté au droit hospitalier et à l'évolution des mécanismes de financement des établissements publics de santé.



