

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

UN PARCOURS ATYPIQUE, ÂPRE ET ENRICHISSANT

1. UN PARCOURS ATYPIQUE	p. 3
1.1. UNE FORMATION INITIALE ARTISTIQUE	p. 3
1.1.1. Diplômé de l'Ecole Boule	p. 3
1.1.2. Professionnel en studios de création.....	p. 3
1.2. LE RETOUR GRADUEL VERS UNE FORMATION PLUS GÉNÉRALISTE.....	p. 4
1.2.1. L'examen spécial d'entrée à l'université	p. 4
1.2.2. Diplômé de Sciences po.....	p. 4
1.2.3. Chargé d'études à la Documentation française.....	p. 4
1.2.4. Directeur d'hôpital.....	p. 5
1.3. LE DOCTORAT DE SCIENCES DE GESTION, ABOUTISSEMENT D'ACTIVITÉS D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE.....	p. 5
1.3.1. Les premières publications	p. 5
1.3.2. Enseigner à Sciences po.....	p. 6
1.3.3. Le doctorat de sciences de gestion.....	p. 7
2. UN PARCOURS ÂPRE	p. 7
2.1. ADAPTATION ET CONFORMATION À DES MILIEUX PROFESSIONNELS DIFFÉRENTS..	p. 7
2.2. L'EXPÉRIENCE DU CHÔMAGE APRÈS SCIENCES PO	p. 8
2.3. UN PARCOURS DEVENU STIGMATISANT, MÊME À MES PROPRES YEUX : LE GRAND ORAL DE L'ENA	p. 9
3. UN PARCOURS ENRICHISSANT	p. 10
3.1. LA CONNAISSANCE INTIME DU MONDE DU TRAVAIL.....	p. 10
3.1.1. Grandes et petites structures	p. 10
3.1.2. Secteur public et secteur privé.....	p. 11
3.1.3. La variété des secteurs d'activité.....	p. 12
3.2. LES QUESTIONS QUE JE ME SUIS POSÉES.....	p. 13
3.2.1. Aux deux bouts de la hiérarchie, employé et cadre dirigeant	p. 13
3.2.2. Comment mobiliser et stimuler ? La conduite de projets	p. 14
3.2.3. Responsable et non responsable : le lien entre décision et application de la décision.....	p. 14
3.2.4. L'appropriation et l'appartenance professionnelles.....	p. 15

SECONDE PARTIE

LES RECHERCHES PRÉCÉDEMMENT ENGAGÉES

1. TRAVAIL ET GESTION DES RESSOURCES HUMAINES.....	p. 21
1.1. TRAVAIL, NON-TRAVAIL ET SITUATIONS INTERMÉDIAIRES.....	p. 21
1.1.1. Emploi et chômage, les deux faces d'une même pièce.....	p. 21
1.1.2. Indicateurs de l'emploi, indicateurs du chômage, et indicateurs du marché du travail : la question de la comptabilisation du chômage	p. 22
1.1.3. La mise en évidence du sous-emploi dans la comptabilisation du chômage : une mission d'étude aux Pays-Bas	p. 23
1.1.4. Durée du travail, lien emploi/retraite, et partage du temps de travail.....	p. 24
1.2. LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	p. 25
1.2.1. Quelle spécificité de la gestion des ressources humaines dans le secteur public ?	p. 25
1.2.2. Réflexions sur la relation hiérarchique	p. 26
2. L'HÔPITAL ET LES ENSEIGNEMENTS À TIRER DE SON OBSERVATION	p. 27
2.1. LA REMISE EN CAUSE DES EXPLICATIONS TRADITIONNELLES DE LA CRISE DE L'HÔPITAL PUBLIC	p. 27
2.1.1. L'organisation du travail dans les services de soins : des tâches programmables et standardisées mais peu programmées	p. 27
2.1.2. L'inadaptation et à l'inertie supposées de l'hôpital	p. 28
2.1.2.1. La couverture maladie universelle, indicateur des capacités d'adaptation de l'hôpital public	p. 29
2.1.2.2. Les exemples étrangers.....	p. 29
<i>Les hôpitaux turcs</i>	p. 29
<i>Les paradoxes du système hospitalier japonais</i>	p. 30
2.2. LA SUGGESTION D'ÉLÉMENTS D'EXPLICATION : L'APPORT DE LA THÈSE	p. 31
2.2.1. Une thèse de doctorat en sciences de gestion avec l'hôpital comme terrain d'étude	p. 31
2.2.2. La « dysorganisation » comme marqueur d'une lutte de pouvoir entre monde du soin et monde de la direction.....	p. 32
2.2.2.1. Une lutte de pouvoir	p. 32
2.2.2.2. La « dysorganisation » comme révélateur de cette lutte de pouvoir.....	p. 33
2.2.3. Appartenance professionnelle « nominale » et appartenance professionnelle réelle	p. 34
2.2.4. Une première analyse critique des réformes hospitalières.....	p. 34
2.2.4.1. Les réformes actuellement mises en œuvre à l'hôpital	p. 34
2.2.4.2. L'avènement de la gestion par pôle, dernier avatar de la lutte de pouvoir à l'hôpital.....	p. 36
2.2.4.3. Un régime budgétaire draconien, des dépenses inchangées	p. 37
2.2.4.4. La dispersion du contrôle des dépenses	p. 37
2.2.4.5. La T2A : une incitation stérile à la productivité.....	p. 38
2.2.4.6. Le « <i>Papy boom</i> » dans la fonction publique hospitalière	p. 39
2.2.4.7. La fin de l'hôpital public ?	p. 39

3. OUTILS THÉORIQUES ET MÉTHODOLOGIES UTILISÉS.....	p. 41
3.1. TRAVAIL ET GESTION DES RESSOURCES HUMAINES.....	p. 41
3.2. L'ORGANISATION DE L'HÔPITAL.....	p. 41
3.2.1. Mémoire de fin de scolarité : entretien semi-directifs et méthodologie de l'ANPE.....	p. 41
3.2.2. L'impact de la CMU : questionnaire et analyse de données.....	p. 43
3.2.3. La thèse de doctorat : questionnaire, analyse de données et sociologie des organisations	p. 43

TROISIEME PARTIE

POURQUOI UNE HDR ?

QUEL TYPE DE MANAGEMENT DANS LES HÔPITAUX ?

1. L'HÔPITAL DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS.....	p. 50
1.1. LES QUATRE BRANCHES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE FRANÇAISE.....	p. 50
1.2. LE POIDS DU SECTEUR PUBLIC DANS LE SYSTÈME HOSPITALIER.....	p. 50
1.3. LES CRITÈRES DE CLASSEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	p. 52
1.3.1. Social, médico-social et sanitaire.....	p. 52
1.3.2. Public, privé et financement	p. 52
1.3.3. Taille et spécialisation	p. 53
2. L'HÔPITAL CONSIDÉRÉ COMME MAL GÉRÉ.....	p. 54
2.1. UN DIAGNOSTIC ERRONÉ	p. 54
2.1.1. Le « laxisme » financier supposé des directions.....	p. 54
2.1.3. Tarification à l'activité, productivité et prime à l'innovation.....	p. 55
2.2. LES VÉRITABLES DÉTERMINANTS DES DIFFICULTÉS ACTUELLES DE GESTION DANS LES HÔPITAUX.....	p. 56
2.2.1. Les directions d'hôpital impuissantes.....	p. 56
2.2.1.1. Une absence de contrôle du recrutement médical.....	p. 56
2.2.1.2. La hantise du mouvement social	p. 57
2.2.1.3. Les exigences de la tutelle : réglementation et campagnes ciblées	p. 57
2.2.2. Des moyens importants mais mal employés.....	p. 58
2.2.2.2. Des moyens mal employés dans les établissements de santé.....	p. 58
2.2.2.3. Des moyens mal employés au niveau national : atomisation de l'offre et insuffisance d'hôpitaux de soins de suite et de soins de longue durée	p. 59
2.3. LES PISTES DE RECHERCHE EN GESTION.....	p. 61
2.3.1. Les déterminants relevant d'un effet-prix.....	p. 61
2.3.1.1. Des dépenses structurellement en hausse : le coût du soin en progression constante.....	p. 61
2.3.1.2. L'accroissement des files actives de patients.....	p. 62

2.3.1.3. Les missions non financées, ou trop peu.....	p. 62
<i>L'hôpital, soutien de la recherche, publique et privée</i>	p. 63
<i>Le rôle social de l'hôpital</i>	p. 64
<i>La formation des étudiants</i>	p. 65
2.3.1.4. Le privé dans le public.....	p. 65
2.3.2. Les déterminants relevant d'un effet-gestion.....	p. 65
2.3.2.1. Le dilemme des directeurs d'hôpital	p. 66
2.3.2.2. Des moyens mal employés dans les établissements de santé.....	p. 67
<i>Volume et composition de la main-d'œuvre</i>	p. 67
<i>Gérer les départs à la retraite</i>	p. 68
2.3.2.3. Des moyens mal employés au niveau national	p. 69
2.3.3. La nécessité d'identifier l'effet-prix :	
le déficit budgétaire, un ballon d'oxygène pour les établissements.....	p. 70
2.4. POSTURES THÉORIQUES ET OUTILS MÉTHODOLOGIQUES	p. 71
2.4.1. Les déterminants relevant d'un effet-prix.....	p. 71
2.4.2. Les déterminants relevant d'un effet-gestion.....	p. 71
2.4.2.1. L'impuissance des directions d'hôpital	p. 71
2.4.2.2. Des moyens mal employés dans les établissements de santé.....	p. 72
2.4.3. Des moyens mal employés au niveau national	p. 73

3. UNE CENTRALISATION DU POUVOIR DE DÉCISION DANS LES HÔPITAUX JUGÉE EXCESSIVE

3.1. UN DIAGNOSTIC ERRONÉ	p. 74
3.1.1. La structuration par pôles, une réforme insuffisante	p. 74
3.1.2. L'absence des médecins des équipes de direction	p. 76
3.2. LES VÉRITABLES DÉTERMINANTS DES DIFFICULTÉS ACTUELLES DE GESTION DANS LES HÔPITAUX.....	p. 77
3.2.1. Une organisation institutionnelle insuffisamment autonome, fragmentée, et donc inefficace	p. 77
3.2.1.1. Autonomie de principe et tutelle au quotidien	p. 77
3.2.1.2. Une surabondance d'instances de décision.....	p. 79
3.2.2. Une lutte de pouvoir entre monde du soin et direction.....	p. 81
3.2.2.1. La métamorphose de l'organisation support en organisation dirigeante.....	p. 81
3.2.2.2. La réaction de l'organisation soignante.....	p. 82
3.2.3. L'organisation hospitalière, une réponse aux contraintes et au contexte.....	p. 83
3.2.4. L'absence de <i>leadership</i> dans les hôpitaux.....	p. 83
3.3. LES PISTES DE RECHERCHE EN GESTION	p. 84
3.3.1. Quelle nouvelle architecture institutionnelle pour l'hôpital ?	p. 84
3.3.2. Les moyens institutionnels de réguler la lutte de pouvoir entre monde du soin et direction.....	p. 85
3.3.2.1. L'hôpital, toujours une bureaucratie professionnelle ?	p. 85
3.3.2.2. Un foisonnement institutionnel à l'origine d'une absence de <i>leadership</i> dans les hôpitaux	p. 87
3.3.2.3. Une dévolution croisée des pouvoirs.....	p. 88
3.3.3. La « percolation » de la légitimité bureaucratique.....	p. 89
3.3.3.1. Deux légitimités concurrentes à l'hôpital.....	p. 89
3.3.3.2. Faire « percoler » la légitimité bureaucratique	p. 89

3.4. OUTILS THÉORIQUES ET MÉTHODOLOGIES UTILISÉS.....	p. 90
3.4.1. Outils théoriques à utiliser	p. 90
3.4.1.1. Une organisation institutionnelle fragmentée, donc inefficace.....	p. 90
3.4.1.2. Les moyens institutionnels de réguler la lutte de pouvoir entre monde du soin et direction	p. 91
3.4.1.3. La « percolation » de la légitimité bureaucratique	p. 92
3.4.2. Méthodologies à mettre en œuvre.....	p. 93

4. UNE ORGANISATION DU TRAVAIL DÉFICIENTE

DANS LES SERVICES DE SOINS.....	p. 94
--	--------------

4.1. UN DIAGNOSTIC ERRONÉ	p. 94
4.1.1. Un manque de personnel non corroboré par l'observation chiffrée.....	p. 94
4.1.2. L'exemple des urgences	p. 95
4.1.3. Des « cadences infernales »	p. 96

4.2. LES VÉRITABLES DÉTERMINANTS DES DIFFICULTÉS ACTUELLES DE GESTION DANS LES HÔPITAUX.....	p. 97
---	-------

4.2.1. L'organisation du travail dans les services de soins, reflet de la lutte de pouvoir dans les hôpitaux	p. 97
4.2.2. Double filière hiérarchique et « double dualité »	p. 97
4.2.2.1. Une division professionnels/non professionnels insuffisamment précise	p. 97
4.2.2.2. Des modes différents de valorisation au travail	p. 98
4.2.3. Une organisation archaïque du travail	p. 99
4.2.3.1. Parcellisation, redondance et chevauchement des tâches.....	p. 99
4.2.3.2. Prépondérance de l'oral : une quête épuisante de l'information.....	p. 100
4.2.3.3. Des activités essentiellement programmables mais insuffisamment programmées	p. 101

4.3. LES PISTES DE RECHERCHE EN GESTION.....	p. 102
--	--------

4.3.1. L'organisation du travail dans les services de soins, reflet de la lutte de pouvoir dans les hôpitaux	p. 102
4.3.1.1. La « dysorganisation » dans les services de soins	p. 102
4.3.1.2. Des tâches spécifiques ou éminemment standardisées ?	p. 103
4.3.1.3. La relation avec le patient, fondement de la spécificité des métiers du soin	p. 104
4.3.2. Contours et frontières des groupes professionnels à l'hôpital	p. 105
4.3.2.1. Une frontière incertaine entre soin et non soin : quelle définition ?	p. 105
4.3.2.2. Rattachement hiérarchique, rattachement fonctionnel, prescripteurs de tâches et tâches prescrites	p. 107
4.3.2.3. L'existence de niveaux transversaux de regroupement entre la profession et l'organisation	p. 108
4.3.2.4. Gérer par « l'opinion publique professionnelle »	p. 109
4.3.3. Les fondements culturels de l'organisation du travail	p. 109
4.3.3.1. L'empreinte religieuse de l'hôpital : l'opposition entre temporel et intemporel	p. 109
4.3.3.3. Le temps comme outil de pouvoir	p. 110
4.3.4. Appartenance et identité au travail	p. 111
4.3.4.1. La prédominance de la fonction dans le sentiment d'appartenance professionnelle des personnels.....	p. 111
4.3.4.2. « Effet caméléon », « Métier miroir » et narcissisme professionnel.....	p. 112

4.3.5. Une organisation archaïque du travail	p. 113
4.3.5.1. Redondance, chevauchement et parcellisation des tâches	p. 113
4.3.5.2. Les modalités de transmission de l'information	p. 114
4.4. OUTILS THÉORIQUES ET MÉTHODOLOGIES UTILISÉS	p. 114
4.4.1. Outils théoriques à utiliser	p. 114
4.4.1.1. L'organisation du travail dans les services de soins, reflet de la lutte de pouvoir dans les hôpitaux	p. 114
<i>La « dysorganisation » dans les services de soins</i>	p. 114
<i>Métiers du soin et relations avec le patient</i>	p. 115
4.4.1.2. Contours et frontières des groupes professionnels à l'hôpital	p. 116
4.4.1.3. Gérer par « l'opinion publique professionnelle »	p. 116
4.4.1.4. Appartenance et identité au travail	p. 117
4.4.2. Méthodologies à mettre en œuvre.....	p. 118
5. LA PLACE DE DOCTORANTS DANS CES PROJETS DE RECHERCHE	p. 119
5.1. CE QUE JE PROPOSERAI À DES DOCTORANTS	p. 119
5.1.1. Acquérir un comportement de chercheur.....	p. 119
5.1.2. Contribuer à l'évolution de la connaissance	p. 120
5.1.3. Un « contrat » entre le directeur de thèse et le doctorant.....	p. 120
5.2. COMMENT JE CONÇOIS L'ENCADREMENT DE DOCTORANTS.....	p. 121
5.2.1. Définir une démarche de recherche	p. 121
5.2.1.1. Thématique, autonomie et choix du sujet	p. 121
5.2.1.2. Définition d'un modèle d'analyse.....	p. 121
5.2.1.3. Articulation du théorique et de la confrontation aux faits	p. 121
5.2.2. Autonomie et transmission	p. 122
5.2.2.1. Encourager l'autonomie du doctorant	p. 122
5.2.2.2. Transmission de connaissances, de compétences, de savoir-faire et d'exigence	p.122
5.3. L'INTÉRÊT POUR DES DOCTORANTS DE M'AVOIR COMME DIRECTEUR DE THÈSE	p. 123
5.3.1. Variété de la formation, du profil académique et de l'expérience professionnelle.....	p. 123
5.3.3. Connaissance du champ d'étude et maîtrise des contraintes de la recherche sur le terrain	p. 124
5.4. L'INTÉRÊT QUE JE TROUVERAIS À L'ENCADREMENT DE DOCTORANTS.....	p. 125
5.4.1. Partage, restitution, pédagogie.....	p. 125
5.4.2. La démultiplication des efforts de recherche dans un champ d'étude en plein développement	p. 125
5.4.3. Contribuer à rationaliser les débats sur un sujet affligé de clichés et de poncifs	p. 126
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	p. 129
ANNEXE 1. L'ÉCOLE BOULLE	p. 137
ANNEXE 2. CURRICULUM VITAE	p. 139
ANNEXE 3. PUBLICATIONS	p. 143