

Mots clés

Hôpital
Gouvernance
Pôle
Délégation
de gestion
Sociologie

Analyse systémique
Financement
Pouvoir
Hiérarchie
Historique
Réforme

Évolution
Théorie
Concept
Réflexion
Sociologie
des organisations

Robert HOLCMAN

Ancien élève de l'École nationale de la santé publique
Directeur adjoint d'hôpital à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris
Docteur en sciences de gestion, chargé de mission au Conservatoire national
des arts et métiers, chaire économie et gestion des services de santé

Si l'organisation de l'activité des hôpitaux par pôles constitue une avancée dans plusieurs aspects de la gestion hospitalière, elle n'est pas pour autant une panacée. L'organisation de l'activité par pôles plutôt que par services a pour objectif de rationaliser l'activité clinique et d'associer davantage les soignants à la gestion des établissements dans lesquels ils exercent. Cette réforme s'inscrit dans le cadre plus global de la nouvelle gouvernance hospitalière qui, outre la suppression des services et leur remplacement par les pôles d'activité, prévoit la modification des attributions du conseil d'administration, de celles de la commission médicale d'établissement (CME) et du rôle du chef d'établissement.

La rationalisation de l'activité consiste à regrouper les services de soins en fonction d'une communauté d'organes ou de pathologies : c'est ainsi que sont mis sur pied les pôles tête/cou, cœur/poumon, mère/enfant, etc. L'avantage pour le patient est d'éviter tout nomadisme dans le ou les établissements qui l'accueillent ; pour l'hôpital, l'intérêt passe par des économies d'échelle et le dépassement souhaité du « patrimonialisme » et de la territorialité qui caractérisent fréquemment l'état d'esprit dans les actuels services de soins.

Le patrimonialisme est un des handicaps importants des établissements de santé, quel que soit leur statut ou leur mode de financement. Dans un CHRU, une responsable de pôle nous a rapporté la remarque d'un cadre infirmier en réponse au souhait d'installer le patient d'un autre service dans un des lits du sien : « Vous vous rendez bien compte, j'espère, qu'il s'agit là d'une violation de domicile ! » Lits, matériels, personnels,

sont considérés comme appartenant au service alors que c'est le service qui en réalité appartient à l'hôpital. Les pôles sont censés contribuer au dépassement de cette « féodalité hospitalière »⁽²⁾ en instaurant une gestion partagée des moyens, elle-même adossée au parcours médical raisonné du patient.

Dans le cadre de la nouvelle gouvernance hospitalière, l'association plus

L'avènement de la gestion par pôle Dernier avatar de la lutte de pouvoir à l'hôpital ?⁽¹⁾

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 traverse depuis que leurs budgets sont encadrés : la lutte de pouvoir entre l'organisation soignante et l'organisation dirigeante. 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 ; peut-être faudrait-il enfin procéder à une dévolution croisée des pouvoirs et faire de la direction des établissements la structure d'arbitrage des conflits.

notes

(1) Cet article est tiré pour partie de la thèse de doctorat de l'auteur, R. Holcman, L'ordre sociologique, élément structurant de l'organisation du travail. L'exemple des bureaucraties professionnelles : ordre soignant contre ordre dirigeant à l'hôpital, Conservatoire national des arts et métiers, 2006.

(2) G. Mélinand, Sociologie de l'hôpital, Héral éditions, Paris, 1974.

étroite des soignants à la gestion des établissements doit se faire par le biais des conseils exécutifs. Alors que le conseil d'administration de l'hôpital a vocation à se recentrer sur les orientations stratégiques des hôpitaux, l'évaluation et le contrôle de leur mise en œuvre, le conseil exécutif doit contribuer à rapprocher le monde médical et le monde administratif. Cette nouvelle instance paritaire, présidée par le directeur, doit associer étroitement les médecins désignés par la commission médicale d'établissement (CME) et les membres de l'équipe de direction autour de la préparation des projets liés à la mise en œuvre du projet d'établissement et au contrat d'objectifs et de moyens. Pourtant, les pôles n'apportent pas de solutions au fondement de l'opposition entre soignants et gestionnaires, le rapport de pouvoir qui les oppose. Après s'être arrêté sur la notion de pouvoir, *via* l'analyse stratégique des organisations, on soulignera l'influence de la transformation du financement des hôpitaux sur les rapports de pouvoir en leur sein.

Analyse stratégique des organisations

L'analyse stratégique des organisations, développée par Crozier⁽³⁾, puis par Crozier et Friedberg⁽⁴⁾, remet en cause l'existence d'un modèle universel d'organisation. Elle

est fondée sur trois concepts clés: le système d'action concret, la zone d'incertitude et le pouvoir.

Système d'action concret et zones d'incertitude

L'organisation inscrit son existence et son activité dans un environnement en perpétuelle mutation. Face à cette évolution incessante, elle doit procéder à des ajustements selon un rythme que ne peut suivre son organisation formelle, caractérisée par la stabilité – ou l'inertie suivant les appréciations. L'adaptation aux évolutions de l'environnement de l'organisation se fait donc par le biais des relations entre les membres de l'organisation; ces ajustements ne sont pas naturels, ils sont construits. Un système d'action concret est donc à définir « [...] comme un ensemble humain structuré qui coordonne les actions de ses participants par des mécanismes de jeux relativement stables et qui maintient sa structure, c'est-à-dire la stabilité de ses jeux et les rapports entre ceux-ci, par des mécanismes de régulation qui constituent d'autres jeux⁽⁵⁾ ».

Quelle que soit l'organisation de travail, aucun individu n'accepte d'être considéré comme un simple ustensile, transparent aux yeux de tous, exclusivement dédié au service des buts de l'organisation. Chacun poursuit des objectifs propres qui ne sont pas nécessairement conformes à ceux de l'organisation où il travaille. Dans toute situation – en l'occurrence de travail – subsiste une marge de liberté pour l'individu. L'objectif des individus engagés dans une lutte de pouvoir est d'accroître leur marge d'autonomie en restreignant celle des autres, c'est-à-dire de garder le contrôle le plus important sur leur propre comportement – en d'autres termes de le rendre le plus imprévisible possible – tout en rendant le comportement des autres aussi prévisible que possible. À ce titre, « le pouvoir d'un individu est ainsi fonction de l'importance de la zone d'incertitude qu'il sera capable de contrôler face à ses partenaires⁽⁶⁾ ».

Pour qu'une relation de pouvoir existe de A sur B, il faut que A puisse anticiper le

comportement de B, bien que B soit placé dans l'incertitude quant au comportement de A. Mais le contrôle d'une zone d'incertitude n'est pas suffisant en lui-même, son importance est liée à celle que revêt cette zone d'incertitude pour l'organisation: plus elle est cruciale, plus grand est le pouvoir de l'individu ou du groupe d'individus qui la détient. C'est donc l'organisation qui définit l'importance des zones d'incertitude et, par là, le pouvoir qui y est associé: le pouvoir est donc lié à l'organisation.

Le pouvoir

En dépit de la connotation négative qui affecte l'usage de ce terme dans le langage commun, le pouvoir est un élément neutre et consubstantiel des organisations. Friedberg⁽⁷⁾ rappelle que « parler de pouvoir dans les organisations a quelque chose d'indécrot. Autant l'autorité est valorisée, autant le pouvoir est caché et refoulé parce qu'il est identifié avec l'univers des magouilles, des compromissions et de l'exploitation sans limites des rapports de force ».

Selon la définition initiale de Dahl⁽⁸⁾, « le pouvoir de A sur B se résume en la capacité de A d'obtenir que B fasse quelque chose qu'il n'aurait pas fait sans l'initiative de A ». Pour Crozier et Friedberg⁽⁹⁾, le pouvoir est une relation déséquilibrée mais réciproque: pour que B accepte d'accomplir ce que A lui demande de faire, il faut qu'il y trouve son intérêt et que A suscite cet intérêt en accordant quelque chose à B en échange. Par conséquent, le pouvoir va du « demandeur » vers le « demandé » – que A obtienne de B ce qu'il lui demande – mais aussi du « demandé » vers le « demandeur »: la capacité qu'a B de se faire payer aussi chèrement que possible ce que A lui demande de faire. Il y a dès lors trois formes de relations de pouvoir:

- descendante (du supérieur vers le subordonné);
- ascendante (du subordonné vers son supérieur);
- parallèle (entre égaux hiérarchiques).

« Le pouvoir réside donc dans la marge de liberté dont dispose chacun des partenaires engagés dans une relation de pouvoir [...] ⁽¹⁰⁾. »

notes

(3) M. Crozier, *Le Phénomène bureaucratique*, Seuil, Paris, 1963.

(4) M. Crozier, E. Friedberg, *L'Acteur et le Système*, Seuil, Paris, 1977.

(5) Idem, p. 286.

(6) E. Friedberg, « L'analyse sociologique des organisations », *Pour*, n° 28, 1988, p. 36.

(7) Idem, p. 4.

(8) R.A. Dahl, « The Concept of Power », *Behavioral Sciences*, n° 2, juillet 1957, pp. 201-215, et plus particulièrement p. 202.

(9) M. Crozier, E. Friedberg, « Le pouvoir comme fondement de l'action organisée », in J.-F. Chanlat, F. Seguin (Ed.), *L'Analyse des organisations. Une anthologie sociologique, tome II, Les composantes de l'organisation*, Gaëtan Morin éditeur, Boucherville, 1987, pp. 377-396.

(10) Idem, pp. 379-380.

Un basculement des rapports de force à l'hôpital

L'organisation support, assujettie aux soignants – médicaux tout particulièrement –, s'est transformée en organisation dirigeante sous l'effet de l'introduction de la contrainte budgétaire à l'hôpital. Toren⁽¹¹⁾ rappelle que l'une des questions les plus souvent discutées en sociologie des professions est le rapport entre professionnels et structures bureaucratiques – la divergence d'objectifs, d'organisation et de contrôle interne entre ces deux entités rendant inévitable leur affrontement, même si leurs points de convergence sont souvent ignorés.

À l'origine, l'organisation support assujettie

L'hôpital, une bureaucratie professionnelle

Selon Mintzberg⁽¹²⁾, les cinq parties constitutives d'une organisation sont le centre opérationnel, le sommet stratégique, la ligne hiérarchique, la technostructure et les fonctionnels de support logistique. Dans les bureaucraties professionnelles, la partie clé est le centre opérationnel, dont les opérateurs disposent du pouvoir. Dans ce type d'organisation, où la spécialisation horizontale est importante et où le regroupement en unités se fait par fonction et par marché, la planification et le contrôle sont faibles et les seuls mécanismes de liaison observables se trouvent dans sa partie administrative. La ligne hiérarchique est contrôlée par les professionnels, et l'accent est davantage mis sur la formation et la socialisation que sur la formation des comportements. Le centre opérationnel se caractérise par un travail qualifié, standardisé, empreint d'une grande autonomie individuelle. Selon Mintzberg⁽¹³⁾, « l'organisation professionnelle, pour coordonner ses activités, s'appuie sur la standardisation des qualifications qui est elle-même réalisée principalement à travers la formation. Elle recrute des spécialistes dûment formés – des professionnels – et leur laisse une latitude considérable dans le contrôle de leur propre travail ». Comme exemples de bureaucratie professionnelle,

il cite les universités, les grands hôpitaux, les sociétés d'experts-comptables, les organismes d'action sociale, les sociétés d'engineering...

L'hôpital est, en effet, l'un des exemples types de bureaucratie professionnelle avec – en principe – des professionnels qui assurent son activité et participent éminemment à la conduite de sa stratégie. Si l'on répartit les personnels d'un hôpital suivant le schéma type tracé par Mintzberg, les fonctions de support logistique sont tenues par la filière technique et la filière administrative – y compris donc l'équipe de direction; le centre opérationnel est constitué des médecins, de

Plus la zone d'incertitude est cruciale pour l'organisation, plus grand est le pouvoir de l'individu ou du groupe d'individus qui la détient.

la filière médico-technique⁽¹⁴⁾ et de la filière soins/rééducation; au sommet stratégique se trouvent le conseil d'administration et la commission médicale d'établissement (CME); la technostructure rassemble le département d'information médicale, la cellule de contrôle de gestion et certains membres de la direction des finances de l'établissement.

Organisation soignante et organisation support

La structuration originelle des personnels dans les établissements de santé renvoie très directement à la description de la bureaucratie professionnelle: des professionnels (les médecins) omnipotents dans les établissements, assistés de semi-professionnels (les personnels paramédicaux), et dont l'activité est servie par une organisation support.

L'organisation soignante est principalement constituée de professions paramédicales et de médecins qui y sont omniprésents et décisionnaires. C'est ce que souligne Freidson⁽¹⁴⁾ en affirmant que « [...] l'autorité et l'autonomie que lui confère sa compétence permettaient au médecin d'exercer une influence extraordinaire sur la marche de l'hôpital, et que ce pouvoir ne tenait pas à sa

seule qualité d'expert ». Même si elle se caractérise par la proximité avec le soin, l'organisation soignante n'est pas constituée uniquement de médecins et de paramédicaux, on y trouve aussi des personnels médico-techniques qui travaillent dans les laboratoires des hôpitaux, dans les services d'imagerie médicale, de médecine nucléaire, etc. Ce sont, par exemple, les laborantins, les manipulateurs en électroradiologie, les préparateurs en pharmacie...

À l'hôpital, les non-soignants assument à l'origine des fonctions supports: approvisionnement, nettoyage, commandes de fournitures, etc. Présents dans les hôpi-

taux pour en assurer le fonctionnement matériel, on les trouve principalement dans les filières administrative, technique et hôtelière. Ils sont encadrés par des personnels qui, pour Freidson⁽¹⁵⁾, sont « les personnes chargées d'organiser, de surveiller et de coordonner le travail des employés en fonction des objectifs généraux de l'organisme – je veux parler des "administrateurs" ».

L'organisation support est dominée par l'organisation soignante. Vincent⁽¹⁶⁾ rappelle que « le secrétaire et l'éco-

notes

(11) N. Toren, "Semi-Professionalism and Social Work: a Theoretical Perspective", in A. Etzioni (Ed.), *The Semi-Professions and Their Organization: Teachers, Nurses, Social workers*, The Free Press, New York, 1969, pp. 141-195.

(12) H. Mintzberg, *Structure et dynamique des organisations*, Éditions d'Organisation, Paris, 1982.

(13) H. Mintzberg, *Le Management. Voyage au centre des organisations*, Éditions d'Organisation, Paris, 2004, p. 311.

(14) E. Freidson, *La Profession médicale*, Payot, Paris, 1984, p. 197.

(15) Idem, p. 125.

(16) G. Vincent, « La répartition des pouvoirs à l'hôpital. Synthèse de la législation hospitalière », *Journal d'économie médicale*, n° 3, 1988, pp. 169-176, et plus particulièrement p. 170.

nome, ancêtres des directeurs d'hôpitaux, ne disposent d'aucun pouvoir propre ». Ce n'est qu'en 1943 qu'est dénommé « directeur » l'agent rémunéré par l'établissement de santé pour en assurer la direction et exécuter les décisions de la commission administrative⁽¹⁷⁾. Jusqu'en 1941, le pouvoir de nomination était exclusivement exercé par le président de la commission

L'introduction de la dotation globale en 1983

Jusqu'en 1983, le financement des hôpitaux était à l'abri de la rationalité budgétaire, puisque calculé sur la base du système dit « au prix de journée ». Ce mécanisme de financement était fondé sur la fixation par le préfet du prix de chaque journée d'hospitalisation pour l'établissement considéré, en rapportant

sements concernés. Les dépenses sont encadrées par un taux directeur d'évolution d'une année sur l'autre. Les établissements de santé sont donc 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.

La réforme du mode de financement des hôpitaux a transformé l'organisation support en organisation dirigeante.

administrative ; à partir de cette date, le directeur obtient le pouvoir de nomination des personnels non médicaux dans les établissements publics de plus de 200 lits, et en 1958 pour les autres hôpitaux⁽¹⁸⁾.

Mais c'est en 1983 que va se produire un basculement dans les rapports de force, sous l'effet de la mise en œuvre d'une nouvelle modalité de financement des hôpitaux.

L'année 1983 : une « révolution » budgétaire pour les hôpitaux français

De Kervasdoué⁽¹⁹⁾ indique que « la santé et l'argent s'efforcent, en France, de s'ignorer ». Cette observation vaut particulièrement pour l'hôpital : seule l'introduction, en 1983, du financement par dotation globale a placé les établissements de santé dans l'obligation d'affronter les règles de l'économie.

les charges inscrites à son budget prévisionnel au nombre anticipé de journées d'hospitalisation.

Les charges des établissements étant en majeure partie constituées de frais fixes (le coût du personnel pèse pour près des trois quarts de leurs dépenses), l'intérêt des directions d'hôpital était de sous-estimer le nombre de journées d'hospitalisation de façon à faire augmenter le prix de journée. Par la suite, tout était mis en œuvre pour optimiser l'occupation des lits de l'établissement et, ainsi, accroître les recettes de l'établissement. Les budgets hospitaliers étaient dès lors inflationnistes parce que calculés, en réalité, sur la base d'une constatation *ex-post* des dépenses engagées.

La mise en œuvre du financement par dotation globale, en 1983, répond à un double objectif : contrôler l'accroissement des dépenses hospitalières et introduire dans les hôpitaux une réflexion quant à la meilleure utilisation des fonds attribués en une incitation à la productivité. Ce mode de financement concerne les établissements publics de santé, les établissements privés à but non lucratif – participant au service public hospitalier ou n'y participant pas, mais ayant néanmoins fait le choix de ce mode de financement⁽²⁰⁾.

La dotation globale est une enveloppe budgétaire fermée, attribuée mensuellement, qui représente environ les trois quarts des dépenses totales des établis-

De l'organisation support à l'organisation dirigeante

La réforme du mode de financement des hôpitaux a transformé l'organisation support en organisation dirigeante. La rarefaction des moyens budgétaires a contraint les établissements de santé à la performance et, par voie de conséquence, a considérablement accru le pouvoir des administrateurs par le double mouvement d'accroissement de leur zone d'incertitude vis-à-vis des personnels soignants – notamment médicaux – et par leur mise en situation de réducteurs de l'incertitude de l'organisation confrontée à son nouvel environnement.

Dès lors que le financement des hôpitaux s'est raréfié, les intercesseurs de ce financement se voient accorder une valeur nouvelle et accrue. La gestion de l'abondance n'exige pas un niveau de qualification élevé ; en revanche, affronter la rareté réclame une formation, une expérience et un réseau de relations. Ce qui a transformé l'organisation support en organisation dirigeante, c'est non seulement la position renforcée des administrateurs hospitaliers, formés à la gestion de la rareté, mais également l'importance prise par l'environnement de l'hôpital.

Le budget des hôpitaux sous dotation globale se négocie avec les autorités sanitaires déconcentrées – en l'occurrence l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) depuis 1996. Le budget se négocie, ce qui renforce la position des administrateurs formés à la comptabilité hospitalière ; il se négocie avec les autorités sanitaires, qui forment dès lors l'environnement présent et actif des éta-

notes

(17) G. Arbuz, D. Debrosse, Réussir le changement de l'hôpital, InterEditions, Paris, 1996.

(18) J.-M. Clément, « L'hôpital : exemple d'une polyarchie ou des pouvoirs sans arbitrage », Les Cahiers hospitaliers, n° 107, novembre 1995, pp. 4-6.

(19) J. de Kervasdoué, « La politique de santé et l'argent en France », Sociétal, n° 48, 2^e trimestre 2005, pp. 10-13.

(20) Les autres établissements de soins sont financés par un système de paiement mixte au séjour qui mêle rémunération par prix de journée et paiement à l'acte.

blissements de santé. L'introduction du financement par dotation globale a placé les directeurs dans la situation d'intercesseurs vis-à-vis d'une nouvelle incertitude qu'ils étaient bien plus capables de contrôler que les professionnels des hôpitaux : la rareté budgétaire en a fait des experts, les a professionnalisés aux yeux mêmes des professionnels.

L'analyse stratégique des organisations, on l'a vu, dispose que le pouvoir d'un individu est fonction non seulement de l'étendue de la zone d'incertitude qu'il est capable de contrôler mais aussi de l'importance et de la pertinence de cette dernière eu égard aux objectifs de l'organisation – dit autrement, que la zone d'incertitude affecte les partenaires engagés dans la relation de pouvoir dans leur capacité à poursuivre leurs objectifs propres. C'est ce que souligne Friedberg⁽²¹⁾ : « Ainsi, plus la zone d'incertitude contrôlée par un individu ou un groupe sera cruciale pour la permanence de l'organisation, plus celui-ci disposera de pouvoir. » Dans la mesure où l'environnement représente une source d'incertitude pour l'organisation, les individus ou les groupes d'individus capables de réduire cette incertitude se trouveront en situation d'exercer le pouvoir dit du « marginal-secant » ou du « portier »⁽²²⁾.

Heydebrand⁽²³⁾ avait prévu l'avènement des administrateurs à la tête des hôpitaux en dépit de la tentation toujours existante de l'autogestion chez les professionnels médicaux. C'est ce qui s'est passé dans les hôpitaux français où, avant la réforme de 1983, le pouvoir des administrateurs s'incarnait dans « l'économat » – ancêtre de la direction des services économiques, structure dédiée à l'approvisionnement – et dans les services techniques chargés du soutien logistique.

Cette situation de subordination vis-à-vis des professionnels renvoie à la description d'Etzioni⁽²⁴⁾, selon qui la relation entre *staff* et *line* est inversée dans les organisations professionnelles. Dans les entreprises, et les organisations non professionnelles en général, les dépositaires de l'autorité régissent les principales activités qui ressortissent aux buts de l'organi-

sation : la structure de pouvoir leur est favorable et les professionnels leur sont subordonnés. Dans les organisations professionnelles, au contraire, les administrateurs sont en charge d'activités secondaires : « Ils administrent les moyens au service de l'activité principale accomplie par les professionnels.⁽²⁵⁾ »

À partir de 1983, l'organisation support s'est transformée en organisation diri-

Le pouvoir réside dans la marge de liberté dont dispose chacun des partenaires engagés dans une relation de pouvoir.

geante parce que les administrateurs, devenus décisionnaires sous la contrainte de rareté, ont ainsi formé une direction. Pour Dubar⁽²⁶⁾, « là encore, les "pères supérieurs" des ordres réguliers ont cédé le pas devant des administrateurs de haut niveau doublés de politiques adroits et influents et de managers capables de mobiliser leurs troupes ». Après avoir rappelé que personne ne pouvait juger les décisions du médecin ou les remettre en question, sinon ses pairs, Freidson⁽²⁷⁾ précisait que « seules des décisions financières ou administratives prises ailleurs peuvent [en] limiter la portée ».

Comme l'explique Etzioni⁽²⁸⁾, « l'autorité professionnelle est fondée sur la connaissance, et la relation entre cette autorité professionnelle et l'autorité administrative est largement influencée par la somme et le type de connaissance que possède le professionnel ». L'autorité administrative est devenue une autorité de direction dès lors que les chefs d'établissement n'avaient plus charge d'administrer des hôpitaux affranchis de la contrainte de rareté, mais de veiller au bon emploi des fonds publics engagés.

Désormais, le chef d'établissement est l'égal des chefs de service. Pour de Kervasdoué⁽²⁹⁾, « aujourd'hui, le directeur est devenu l'alter ego des chefs de service. Le respect mutuel est la règle. Les responsabilités du directeur sont lourdes, son budget important, son pouvoir considérable. Il n'est plus ni l'intendant des années 50 – pour l'essentiel chargé du ménage,

du linge et de la cuisine –, ni le bâtisseur des années 60 et 70 s'intéressant surtout aux constructions nouvelles. Il est aujourd'hui gestionnaire à part entière ».

Chargée 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 qui ont réagi à cette nouvelle situation

en cherchant à accroître en retour l'incertitude de l'organisation dirigeante.

La réaction de l'organisation soignante à l'avènement de l'organisation dirigeante : une lutte de pouvoir

Par leur formation, les administrateurs d'hôpitaux sont les mieux à même de gérer l'incertitude budgétaire introduite par la réforme de 1983 ; à ce titre, ils se trouvent installés dans une position de pouvoir vis-à-vis de l'organisation soignante. En d'autres termes, pour paraphraser la définition du pouvoir avancée *supra*, jusqu'en 1983, l'organisation soignante était en mesure d'obtenir de l'or-

notes

(21) E. Friedberg, « L'analyse sociologique des organisations », op. cit., p. 37.

(22) E. Friedberg, « L'analyse sociologique des organisations », op. cit.

(23) W.V. Heydebrand, *Hospital Bureaucracy. A Comparative Study of Organizations*, Dunellen, New York, 1973.

(24) A. Etzioni, *Les Organisations modernes*, éditions J. Duculot, Gembloux, 1971.

(25) Idem, p. 148.

(26) C. Dubar, *La Socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*, Armand Colin, Paris, 2002.

(27) E. Freidson, *La Profession médicale*, op. cit., p. 143.

(28) A. Etzioni, *Les Organisations modernes*, op. cit., p. 158.

(29) J. de Kervasdoué, *La Santé intouchable : enquête sur une crise et ses remèdes*, éditions Jean-Claude Lattès, Paris, 1996.

organisation support qu'elle réponde à ses demandes alors qu'elle ne l'aurait pas fait spontanément ; à partir de 1983, l'organisation dirigeante se trouve désormais dans une situation identique vis-à-vis de l'organisation soignante.

La création ou l'accroissement d'une zone d'incertitude étant le moyen de renforcer sa position dans un rapport de pouvoir – que l'acteur y exerce un contrôle, même partiel, ou qu'il le

qui en est chargé désire se ménager une marge de libre arbitre dans son accomplissement, et ce en créant une zone d'incertitude à l'encontre des bénéficiaires de son travail. En d'autres termes, chaque membre de l'organisation a des actes à accomplir et des demandes à faire prioritairement réaliser par les autres acteurs de l'organisation ; les degrés de priorités étant différents d'un acteur à l'autre et, rappelons-

Les modalités d'accomplissement du travail des personnels de santé deviennent un facteur d'incertitude pour l'organisation dirigeante, et donc de pouvoir.

subisse –, c'est par le renforcement de sa zone d'incertitude à l'égard de l'organisation dirigeante que l'organisation soignante a répondu à l'incertitude budgétaire qui a remis en cause sa position dominante dans les hôpitaux.

L'organisation dirigeante a affronté le rejet de la légitimité bureaucratique devenue prépondérante à partir de 1983. Cette attitude ne relève pas d'une spécificité professionnelle particulière dans les hôpitaux mais est consubstantielle de la vie des organisations. Friedberg ⁽³⁰⁾ rappelle que « mettre le pouvoir au centre de l'analyse des organisations en le considérant comme une dimension irréductible et inévitable des relations de travail ne revient donc nullement à ériger une nouvelle théorie des motivations fondée sur la recherche du pouvoir ». Aucun acteur de l'organisation n'accepte d'être qu'un simple instrument au service de cette dernière : quel que soit le travail accompli, celui

le, le pouvoir étant la capacité d'obtenir de l'autre qu'il fasse quelque chose qu'il n'aurait pas fait de sa propre initiative, les rapports de pouvoir sont donc inévitables dans toute organisation.

L'organisation soignante refuse la domination de l'organisation dirigeante parce que les priorités de cette dernière ne sont pas les mêmes que les siennes, et l'accroissement de la zone d'incertitude autour des services de soins est l'instrument de ce rejet. Dans ce contexte, les modalités d'accomplissement du travail des personnels de soins deviennent un facteur d'incertitude pour l'organisation dirigeante : l'opacité de l'organisation du travail dans les services de soins est un facteur de pouvoir. L'originalité de la lutte de pouvoir dans les hôpitaux est que le refus de la domination bureaucratique de l'organisation dirigeante par l'organisation soignante s'adosse à une forte composante de légitimité externe. La tentation existe dans les services de soins de mettre en œuvre ce que de Coster ⁽³¹⁾ nomme « l'autogestion clandestine » ; c'est la raison pour laquelle toute rationalisation exogène de l'organisation du travail hospitalier est vouée à l'échec.

On l'a vu, la rationalisation dans l'utilisation des moyens – induite par la contrainte de rareté – a entraîné l'instauration d'une domination bureaucratique. Il y a donc lutte de pouvoir entre l'organisation soignante et l'organisation

dirigeante. Cette lutte passe par le rejet de la légitimité et de la rationalité bureaucratique devenues prépondérantes dans les hôpitaux depuis l'introduction d'un contrôle budgétaire efficient. 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, et donc du temps de travail, des agents – en particulier ceux affectés dans les services de soins. Dans ce contexte, l'organisation du travail dans les services de soins devient l'enjeu éminent de la lutte de pouvoir entre organisation soignante et organisation dirigeante. La demande récurrente de personnels supplémentaires s'érige en moyen de rejeter la domination bureaucratique, et ce dans un domaine davantage médiatisable que celui des bâtiments ou des équipements biomédicaux – quand bien même ce dernier est largement aussi important que le personnel.

Les pôles, un impact limité

À la lumière de ces observations, les limites qu'on peut discerner dans l'impact des pôles d'activité sur l'organisation interne des hôpitaux relèvent des mécanismes d'appartenance des personnels administratifs des pôles et d'un éventuel changement de dimension dans les réflexes patrimoniaux.

Des établissements toujours coupés en deux

Une « double dualité » et deux lignes hiérarchiques

Pour Smith ⁽³²⁾, deux lignes d'autorité coexistent au sein de chaque établissement de santé : l'une profane, administrative et non professionnelle, l'autre charismatique, professionnelle et médicale. Ces lignes s'imbriquent là où des agents sont soumis aux deux. Heydebrand ⁽³³⁾ rappelle que la conception dominante concernant les hôpitaux est de les caractériser par l'existence de deux lignes d'autorité – la ligne clinique/thérapeutique/professionnelle, et la ligne d'auto-

notes

(30) E. Friedberg, « L'analyse sociologique des organisations », op. cit., p. 5.

(31) M. de Coster, *Sociologie du travail et gestion du personnel*, éditions Labor, Bruxelles, 1999, p. 147.

(32) H.L. Smith, « Un double système d'autorité, le dilemme de l'hôpital », in C. Herzlich (textes présentés et commentés par), *Médecine, maladie et société, École pratique des hautes études-Mouton, Paris*, pp. 259-262.

rité administrative – ainsi que par l'opposition entre leur organisation formelle et informelle (ou fonctionnelle). Il ajoute, toutefois, que ce n'est pas le cas dans les hôpitaux où les médecins assument la responsabilité de la production médicale et où l'autorité bureaucratique et l'autorité professionnelle coexistent – notamment dans les hôpitaux universitaires –, ainsi que dans les établissements qu'ils dirigent.

Cette double ligne hiérarchique place les personnels paramédicaux en porte-à-faux, particulièrement les cadres infirmiers qui assument plusieurs fonctions : ils représentent les administrateurs non médicaux 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 des infirmières. De même, Mintzberg⁽³⁴⁾ constate que « dans la bureaucratie professionnelle, on a fréquemment deux hiérarchies parallèles, l'une pour les professionnels, qui va du bas vers le haut et qui est démocratique, l'autre pour les fonctions de support logistique, qui va du haut vers le bas et qui a la nature d'une bureaucratie mécaniste ».

La division entre professionnels et non-professionnels n'est pourtant pas suffisamment détaillée pour décrire l'organisation interne des hôpitaux. Le groupe des professionnels se scinde en deux composantes qui regroupent les médecins, d'une part, et le personnel paramédical, d'autre part – cette césure renvoyant à la distinction entre professionnels et semi-professionnels. De son côté, le groupe des non-professionnels se subdivise lui-même entre personnel administratif et personnel technique. La conjugaison de cette « double dualité » et de la coexistence de deux lignes hiérarchiques rend particulièrement complexe l'observation de l'activité dans les hôpitaux et multiplie les sources d'appartenance – d'autant plus que ces dernières s'adossent à des légitimités différentes.

Une double légitimité

La légitimité bureaucratique à l'œuvre dans les établissements de soins est une

légitimité publique, de l'intérêt général. Quels que soient le pays et le mode de financement, les établissements de santé contribuent au premier chef à la politique sanitaire et à l'état de santé de la population. À ce titre, le fonctionne-

ment que partiellement, organisation soignante et organisation dirigeante sont elles-mêmes fractionnées en deux sous-organisations presque imperméables l'une à l'autre : l'organisation médicale et l'organisation non médicale, d'une part,

La demande récurrente de personnels supplémentaires s'érige en moyen de rejeter la domination bureaucratique, et ce dans un domaine davantage médiatisable que celui des bâtiments ou des équipements biomédicaux.

ment des hôpitaux, publics ou privés, relève de l'intérêt général – d'autant plus que le budget de nombreux hôpitaux est abondé par financement public.

La légitimité traditionnelle à l'œuvre dans les services de soins, elle, interagit avec la légitimité de la connaissance. La légitimité charismatique des médecins se compose à la fois du caractère légitime de l'acte de guérir et de la connaissance globale de la médecine sur laquelle s'appuie leur compétence. Cette légitimité s'exprime par le réseau de revues et d'articles scientifiques *via* lequel la connaissance médicale est évaluée, transmise, validée. De Kervasdoué⁽³⁵⁾ rappelle que les médecins disposent à la fois d'une autorité sociale et d'une autorité culturelle, et que « l'autorité sociale est tirée de leur appartenance à une profession détentrice d'un savoir, résultat de recherches mondiales ».

La légitimité du savoir, adossée à l'exigence de qualité des soins, de satisfaction du patient et de santé publique, s'oppose à la légitimité bureaucratique, garante de l'intérêt général et, par là, de l'utilité sociale des moyens engagés. Ces deux légitimités ont une forte composante externe : la légitimité du savoir est étayée par les progrès de la connaissance médicale – en particulier dans les centres hospitalo-universitaires ; la légitimité bureaucratique est l'expression déconcentrée d'une volonté politique quant aux objectifs nationaux de santé publique. L'opposition entre légitimités et la rivalité entre organisations ne se recou-

l'organisation support et la direction, d'autre part. Les infirmières incarnent l'exemple type d'une double allégeance : elles relèvent hiérarchiquement de la direction de l'hôpital et fonctionnellement de l'organisation soignante.

L'effet amoindri des pôles ?

Intégration à l'organisation soignante et changement d'échelle des réflexes patrimoniaux

Dans une thèse de doctorat soutenue récemment⁽³⁶⁾, il a été démontré que c'est la fonction et le contexte dans lequel elle s'exerce qui déterminent l'appropriation d'une légitimité – légitimité de la connaissance ou légitimité de l'intérêt général – et modèlent l'appropriation d'une logique : logique de l'institution ou logique du métier ou de la profession. Dans ces conditions, on peut craindre que les personnels administratifs qui vont être placés auprès des pôles finissent par s'imprégner à leur contact de la logique et de la légitimité de ces derniers.

notes

(33) W.V. Heydebrand, *Hospital Bureaucracy. A Comparative Study of Organizations*, op. cit.

(34) H. Mintzberg, *Structure et dynamique des organisations*, op. cit., p. 318.

(35) J. de Kervasdoué, « *Au nom de quoi soigner ?* », *Les Cahiers français*, n° 324, 2003, pp. 33-38.

(36) R. Holcman, *L'ordre sociologique, élément structurant de l'organisation du travail. L'exemple des bureaucraties professionnelles : ordre soignant contre ordre dirigeant à l'hôpital*, op. cit.

La direction des pôles va, en effet, être conjointement assurée par un coordinateur médical et un agent administratif – du niveau adjoint des cadres ou attaché d'administration hospitalière selon la taille du pôle. Les équipes de direction vont, de même, connaître de profondes transformations pour répondre à cette nouvelle organisation de l'activité dans les établissements de soins. Les directeurs adjoints vont devenir des référents pour un ou plusieurs pôles : soit en conservant par ailleurs leurs attributions fonctionnelles (finances, ressources humaines, etc.); soit dans le cadre d'une direction refondue fonctionnant par référents de pôles ; soit par le biais d'un système mixte.

Dès lors, les directeurs adjoints et/ou les personnels administratifs affectés aux pôles vont exercer leur fonction dans le contexte des services de soins. Par conséquent, à l'instar de ce que l'on a observé s'agissant des secrétaires médicales – personnels admi-

Une gestion institutionnelle découplée

La seconde question institutionnelle soulevée par la gestion par pôles porte sur la multiplication des instances décisionnelles à l'hôpital et sur le risque de découplage entre décision et application qui pourrait en découler. Avec la mise en œuvre des conseils exécutifs, quatre instances vont désormais être en charge de la direction et de l'orientation stratégique des hôpitaux : le conseil d'administration, la direction, la commission médicale d'établissement et le conseil exécutif. La création du conseil exécutif répond au constat de l'absence des médecins dans les équipes de direction des établissements publics, alors même que toutes les autres composantes des établissements y sont représentées : les personnels techniques par les ingénieurs ; les administratifs par les directeurs adjoints et le chef d'établissement ; les personnels paramédicaux par l'infirmière directrice des soins.

Plus préoccupant encore, ce ne sont pas les mêmes membres et les mêmes

On peut craindre que les personnels administratifs placés auprès des pôles finissent par s'imprégner de la logique et la légitimité de ces derniers.

nistratifs exerçant en service de soins –, l'imprégnation de ces agents par la légitimité de la connaissance et par la logique de la profession n'est pas à exclure.

Si les personnels administratifs s'approprient la légitimité de leur nouveau contexte de travail, l'impact organisationnel des pôles en sera d'autant affecté : loin que cette nouvelle structuration de l'activité fasse pénétrer la logique de l'institution au sein des services et/ou des pôles, ce serait la logique de la profession qui continuerait de prévaloir. Dans ce cas de figure, le patrimonialisme et la territorialité continueraient d'affecter le fonctionnement des établissements de santé, seule l'échelle d'application de ces travers aurait changé.

métiers ou professions qui figurent dans ces différentes instances. La direction de l'hôpital – avec à sa tête le chef d'établissement – figure fort logiquement dans chacune des quatre instances :

- le personnel médical est correctement représenté au conseil d'administration, dans la CME et au sein du conseil exécutif ; il est en revanche absent de l'équipe de direction ;
- le personnel paramédical ne dispose que d'une représentation honorifique au conseil d'administration et dans la CME ; il est représenté dans l'équipe de direction mais absent du conseil exécutif ;
- le personnel technique n'est présent que dans l'équipe de direction.

Cette dispersion des responsabilités et des représentations dans plusieurs instances décisionnelles ne peut qu'amoind-

rir la légitimité des décisions de chacune d'entre elles. À l'heure actuelle, l'absence des médecins des équipes de direction fait de la CME le lieu de validation des décisions stratégiques prises en comité de direction ; parfois même, suivant le rapport personnel établi entre le chef d'établissement et le président de la CME, c'est cette dernière qui tient lieu dans la réalité de comité de direction de l'établissement. Dans cette perspective, il est à craindre que le conseil exécutif souffre du même handicap : les décisions prises de concert entre direction et représentants du corps médical devront recueillir l'assentiment du personnel médical pour les décisions qui le concernent, sauf à les rendre inapplicables en pratique.

Conclusion : dévolution croisée des pouvoirs et structure d'arbitrage des conflits

Plutôt que de disperser pouvoir et responsabilités entre plusieurs instances, on pourrait au contraire suggérer de pousser à son terme la logique des pôles en instaurant une dévolution croisée des pouvoirs et en faisant de la direction la structure d'arbitrage des conflits.

Une dévolution croisée des pouvoirs

On l'a vu, les établissements de santé sont affligés d'une double filière hiérarchique : les médecins conduisent l'activité dans les services avec des personnels paramédicaux qu'ils n'ont pas recrutés ni souvent choisis, qu'ils ne notent ni ne rémunèrent ; à l'inverse, les équipes de direction assurent la gestion d'établissements dont l'activité de soins ressortit au travail de médecins qu'ils n'ont pas recrutés et dont ils ne gèrent pas la carrière.

Pour assurer un minimum de cohérence dans la gouvernance des hôpitaux, il conviendrait qu'une part du pouvoir de l'organisation soignante soit dévolue à l'organisation dirigeante, en particulier s'agissant de la nomination des producteurs de soins. En effet, l'activité d'un établissement de santé ressortit au premier chef au profil des

médecins: de ces nominations découlent l'activité de l'hôpital, le recrutement des personnels paramédicaux, l'investissement biomédical et les dépenses. Il est donc difficile d'exiger d'un directeur d'hôpital de respecter le budget alloué à son établissement alors qu'il ne dispose même pas d'un droit de regard sur les nominations des praticiens qui y exercent. Ce dysfonctionnement est souligné *a contrario* par l'attention mise, dans les établissements privés, au recrutement des collaborateurs et/ou des associés médicaux tant il influence leur activité.

La recommandation est donc qu'un droit de regard soit accordé au chef d'établissement quant au profil des médecins affectés dans son établissement; il ne s'agit pas ici de suggérer un droit discrétionnaire de veto offert au directeur d'hôpital selon son humeur, mais le droit qui lui serait donné de vérifier l'adéquation du recrutement de tel ou tel praticien avec le projet d'établissement et le contrat d'objectifs et de moyens de ce dernier.

Cette dévolution doit, évidemment, s'accompagner d'un transfert de pouvoir symétriquement équivalent de l'organisation dirigeante vers l'organisation soignante. Afin d'atteindre le même objectif que décrit précédemment, il faudrait qu'une partie du pouvoir bureaucratique soit rétrocédée à l'organisation soignante. Pour ce faire, il conviendrait en premier lieu que l'affectation des personnels paramédicaux dans les services de soins recueille un avis favorable des chefs de service; dans l'idéal, les profils de recrutement souhaités par ces derniers seraient préalablement transmis à la direction des ressources humaines.

Cet avis ne serait qu'une étape indispensable à une dévolution réelle du pouvoir bureaucratique, c'est-à-dire budgétairement rationnelle. Dans l'état actuel de l'organisation des hôpitaux, la déconcentration des budgets vers les pôles ne peut se faire que sur la base du dernier budget de l'établissement qui, dans la plupart des cas, est notablement déconnecté de la réalité de leurs dépenses et de celle de leurs services. Le préalable à toute déconcentration budgétaire efficiente est une opération vérité sur

la base des dépenses engagées lors de l'exercice budgétaire précédent, sauf à exporter les dépassements budgétaires des établissements vers leurs pôles.

Les dépenses des hôpitaux étant constituées aux trois quarts de frais de personnel, toute opération vérité concernant les budgets hospitaliers doit donc passer par la résolution des conflits de pouvoirs

« Qui est responsable décide. Qui décide est responsable. »

sous-tendant les demandes récurrentes de personnel, ce qui passe par la percolation de la légitimité bureaucratique au sein des services de soins.

Accorder aux chefs de service un droit de veto sur les nominations de personnels paramédicaux dans leurs équipes ainsi qu'un pouvoir d'arbitrage sur le budget sincère de leur service revient à leur accorder non seulement une part du pouvoir bureaucratique exercé par les administrateurs hospitaliers, mais aussi à les rendre ainsi dépositaires de la légitimité de l'intérêt général qui accompagne cette responsabilité. Une telle situation conduirait à la « percolation » et à l'appropriation par les personnels soignants de cette légitimité bureaucratique dans les services et les pôles parce que son dépositaire – le chef de service – est lui-même légitime aux yeux des membres de l'organisation soignante, ce que ne sont pas les membres de l'organisation dirigeante.

La question fondamentale qui reste pourtant posée est celle du couplage entre capacité de décision et responsabilité des décisions prises. Pour reprendre les termes d'un chef d'établissement, « qui est responsable décide; qui décide est responsable ». La structuration par pôles ne résout pas ce dilemme, le chef d'établissement demeure le seul responsable de ce qui se passe dans son hôpital.

La direction des établissements de santé, structure d'arbitrage des conflits ?

La solution au découplage institutionnel constaté *supra* passe par la mise sur pied d'une instance représentative de

toutes les composantes de personnels des établissements de santé. L'instance la plus proche de cet étage est le comité de direction, auquel ne manque plus qu'une représentation médicale. De même qu'il existe une direction des travaux, une direction des soins infirmiers ou une direction des affaires médicales, on pourrait suggérer que les comités de

direction des hôpitaux soient complétés par une direction médicale, la logique voulant que le médecin à sa tête soit le président de la CME en tant qu'il est élu par ses pairs pour les représenter. Dès lors, le comité de direction serait représentatif de l'ensemble de l'établissement, accroissant d'autant la légitimité de ses décisions et faisant de lui la structure d'arbitrage des conflits.

Dans les établissements de santé, de même que dans les autres types d'organisation, les conflits sont en effet inévitables. Suivant les préceptes de l'analyse stratégique des organisations, chaque groupe d'acteurs ayant des priorités différentes au sein de l'organisation, il est porté à vouloir les privilégier par rapport à celles des autres groupes d'acteurs. L'important n'est donc pas de tenter de faire prévaloir une hypothétique situation dénuée de conflits mais de mettre au point des modalités efficaces de résolution de ces derniers. Pour Lawrence et Lorsch⁽³⁷⁾, « la résolution des conflits ne doit pas être considérée comme une réponse à une fin utopique mais simplement comme une solution tangible à des problèmes du jour, en ayant conscience que les différences fondamentales et légitimes engendreront de nouveaux conflits qu'il faudra résoudre demain ».

note

(37) P. Lawrence, J. Lorsch, Organization and environment: managing differentiation and integration, Harvard Business School Press, Boston, 1988, p. 206.