

CHAPITRE 2

L'HÔPITAL COMME TERRAIN D'ÉTUDE, L'ANALYSE STRATÉGIQUE DES ORGANISATIONS COMME MODÈLE D'ANALYSE

1	BUREAUCRATIE ET BUREAUCRATIES PROFESSIONNELLES	41
1.1	La bureaucratie	41
1.1.1	Une confusion lexicale quant au terme	41
1.1.2	L'émergence de la notion sociologique	43
1.2	La bureaucratie professionnelle	46
1.2.1	Cinq éléments de base et cinq types d'organisation	46
1.2.2	Les bureaucraties professionnelles	48
2	L'HOPITAL COMME TERRAIN D'ETUDE	50
2.1	L'hôpital, une organisation particulière	51
2.1.1	Une distinction professionnel/non professionnel réputée prépondérante : un cas-type de bureaucratie professionnelle	51
2.1.2	Une organisation caractérisée par une « double dualité » et par la coexistence de deux lignes hiérarchiques	53
2.1.3	Une double légitimité : interne et externe	54
2.2	Les hôpitaux français atypiques ?	57
2.2.1	Des éléments originaux	57
2.2.2	Des hôpitaux globalement comparables aux autres	60
	Les résultats globaux de la France sont comparables à la moyenne des autres pays européens, même s'ils ne leur sont pas identiques (tableau 11) ; l'analyse pays par pays conduit au même constat.	62
3	L'ANALYSE STRATEGIQUE DES ORGANISATIONS COMME MODELE D'ANALYSE	64
3.1	Le système d'action concret	65
3.2	Le pouvoir	66
3.2.1	Une incertitude quant au terme	66
3.2.2	Le concept de pouvoir dans l'analyse stratégique des organisations	67
3.3	Les zones d'incertitude	69

De façon à évaluer l'écart existant entre appartenance professionnelle définie et appartenance professionnelle ressentie, l'hôpital a été choisi comme terrain d'étude, parce qu'il est considéré comme l'un des exemples-types d'une bureaucratie professionnelle, c'est-à-dire une structure de travail fondée sur une séparation hermétique entre professionnels et non professionnels. Evaluer ce degré de séparation revient à juger de la pertinence de la distinction entre appartenance définie et appartenance ressentie.

Pour estimer le degré de séparation entre ces deux concepts d'appartenance, des hypothèses seront émises, édifiées à partir de l'analyse stratégique des organisations, et ce parce que cette dernière place les notions de pouvoir et d'incertitude au cœur de son raisonnement.

Nous allons d'abord nous pencher sur la question de la bureaucratie et des bureaucraties professionnelles avant que de s'interroger sur la représentativité des hôpitaux français. Nous décrirons ensuite les mécanismes du modèle d'analyse stratégique des organisations.

1 BUREAUCRATIE ET BUREAUCRATIES PROFESSIONNELLES

Avant que de décrire la spécificité des organisations qualifiées de bureaucraties professionnelles, il faut tout d'abord préciser le sens donné au terme lui-même.

1.1 LA BUREAUCRATIE

L'utilisation du terme de « bureaucratie » est partagée entre l'acception commune, nettement péjorative, et son sens sociologique.

1.1.1 Une confusion lexicale quant au terme

Dans le langage commun le terme de bureaucratie prend le sens de : « *Pouvoir politique des bureaux, influence abusive de l'administration* » ; un bureaucrate est un : « *Fonctionnaire qui attribue une importance exagérée à sa fonction et en abuse vis-à-vis du public.* » Par voie de conséquence la bureaucratisation est un processus d'accroissement du pouvoir des services administratifs qui soumet l'ensemble d'une organisation et de ses activités au cloisonnement et à l'esprit tatillon des bureaux : « *Objet de stigmatisation, de dénigrement, mais aussi parfois d'inspiration littéraire,*

le terme de " bureaucratie " fait aujourd'hui partie d'un imaginaire collectif dont on se situe plus réellement, ni l'origine, ni le sens » (Francfort et al., 1995, p. 353).

Un système bureaucratise est décrit comme étant caractérisé par l'inertie, la dilution des responsabilités, qui engendrent l'irresponsabilité, la lenteur de la prise de décision : le pouvoir pris par les bureaux dissuade l'initiative et décourage les bonnes volontés. Pour John Stuart Mill, le développement de la société moderne engendre l'apparition de nouvelles fonctions pris en charge par une administration publique sans en cesse en accroissement. Il considère que la société doit gérer sa propre organisation sauf à endurer l'inefficacité et l'absence de dynamisme.

La critique de la bureaucratie ne se limite pas à l'organisationnel mais s'étend également au social ainsi qu'au politique. Pour Marx, elle est l'instrument de domination d'une classe, un élément essentiel au fonctionnement de l'Etat capitaliste ; c'est une caste parasitaire dont l'extinction accompagnera celle de la classe qu'elle sert, la bourgeoisie. Historiquement, Marx identifie trois types de bureaucratie : la bureaucratie de l'absolutisme, la bureaucratie bourgeoise et la bureaucratie bonapartiste. Au sein d'une société, la bureaucratie étatique est confortée par les bureaucraties militaire et ecclésiastique (Busino, 1993). Castoriadis (1990) avance le terme de « capitalisme bureaucratique » et voit la bureaucratie comme une nouvelle couche exploiteuse, une classe sociale à part entière : elle est le produit d'une activité politique.

Les grands totalitarismes ont développé des bureaucraties auxquelles ils ont été assimilés et avec lesquelles ils ont été confondus. Dans cette perspective, la bureaucratie est envisagée comme une forme de gouvernement, c'est à ce titre que le terme de « despotisme bureaucratique » a parfois été utilisé. Pour Lefort (1979), les sociétés bureaucratiques-totalitaires procèdent à une centralisation totale des activités économiques, sociales et politiques ; le totalitarisme bureaucratique s'applique à ressouder organiquement la société en la débarrassant des divisions et des conflits.

La vision politique de la bureaucratie fait de cette dernière un choix volontariste d'organisation sociale ; la notion sociologique, en revanche, privilégie la vision de la bureaucratie comme modalité de fonctionnement de l'organisation.

1.1.2 L'émergence de la notion sociologique

La notion sociologique de bureaucratie ressortit davantage à une modalité particulière d'administration. Pour Mosca (Albertoni, 1987), le développement des sociétés modernes rend leur gestion de plus en plus complexe : pour asseoir sa domination et établir un lien entre gouverneurs/dominants et gouvernés/dominés, la classe dirigeante a besoin de compter sur un corps de personnes compétentes pour la relayer, la bureaucratie. Selon Michels (1971), c'est l'organisation qui est à la source de la bureaucratie – cette dernière apportant son concours à l'oligarchie qu'engendre nécessairement l'organisation. Mais au bout d'un moment, la bureaucratie concentre davantage son énergie sur sa préservation que sur les missions qui lui sont confiées.

Weber répartit les actions humaines en quatre idéaux-types¹ : l'action traditionnelle (se rattache à la coutume) ; l'action affective (guidée par les passions) ; l'action rationnelle en valeur (valeurs d'ordre éthique, esthétique ou religieux) ; l'action rationnelle en finalité (action instrumentale tournée vers un but utilitaire et qui implique l'adéquation entre fins et moyens). A chaque type d'activité, il fait correspondre un mode de domination² : la domination traditionnelle (gérontocratie, patriarcat, féodalité) ; la domination charismatique (pouvoir du chef fondé sur sa force de conviction) ; la domination légale (appuyée sur le pouvoir d'un droit abstrait et impersonnel). A ces types d'actions et à ces modes de domination, Aron (1967) fait correspondre les types d'ordres légitimes identifiés par Weber : religieux, affectifs ou émotionnels, rationnels, déterminés par l'intérêt (tableau 9).

Tableau 9. Actions, dominations et ordres légitimes chez Weber

Types d'actions	Rapport action/ domination	Modes de domination	Types d'ordre légitime
Traditionnelles	Même appellation	Traditionnel	Religieux (renvoient à l'action appelée traditionnelle – affinité entre la religion et la tradition)
Affectives ou émotionnelles	Rapprochement	Charismatique	Affectifs ou émotionnels

¹ « Pour analyser les actions sociales, le sociologue peut créer des catégories, des tableaux de pensée qui ne sont pas des représentations exactes du monde mais qui, pour les besoins de la recherche, accentuent délibérément certains traits. L'idéal-type ne reflète pas le réel mais facilite l'analyse de ses composantes. » (Lallement, 2003 a, p. 193).

² « Au cœur des relations sociales, pétries par les luttes, le sociologue allemand [Weber] perçoit en fait la domination, domination assise sur une constellation d'intérêt (comme le monopole économique) ou domination fondée sur l'autorité (pouvoir de commander). » (Lallement, 2003 a, p. 195).

	moins justifiable		
Rationnelles par rapport à une valeur	Parallélisme parfait	Rationnel, légal	Rationnels par référence à des valeurs
Rationnelles par rapport à un but			Déterminés par l'intérêt (ils sont rationnels par rapport à un but)

Source : d'après Aron (1967).

Quand bien même il juge possible l'émergence d'une bureaucratie charismatique (le mode de domination traditionnel est incompatible avec son apparition), pour Weber (1995, p. 294) : « *Le type le plus pur de domination légale est la domination par le moyen de la direction administrative bureaucratique.* » La bureaucratie est la forme d'organisation qui répond le mieux à la nécessité d'appliquer impersonnellement des normes impersonnelles. L'important est que la légitimité de la domination soit explicite, de façon que celui qui obéit s'approprie cette légitimité sans s'interroger en permanence sur la valeur ou la non valeur des ordres qu'on lui transmet. La domination légale est une domination rationnelle : « *Le pouvoir dans les organisations modernes se justifie ainsi par la compétence, la rationalité des choix, et non par des vertus magiques ou un droit ancestral* » (Lallement, 2003 a, p. 196). La bureaucratie est, suivant Weber, le principe d'organisation qui fonde l'efficacité et la rationalité du monde moderne ; il n'en craint pas moins les excès de l'inévitable bureaucratisation – terme pris ici dans son sens commun.

L'analyse de Weber a connu affinements et remises en question. Merton (1961, p. 52) rappelle que : « *Toute action peut être considérée du point de vue de ce qu'elle atteint ou de ce qu'elle échoue à atteindre.* » Il considère que Weber a focalisé son analyse sur les objectifs que la bureaucratie a réussi à atteindre : précision, fiabilité, efficacité. Merton (1961) et Merton et al. (1960) mettent en évidence le poids et l'importance de l'irrationnel engendré par les processus bureaucratiques. Pour Blau (1961 et 1974), la bureaucratie est une étape incontournable dans le développement des administrations – publiques ou privées –, soit comme modalité d'organisation la plus efficace pour les administrations, soit comme stratégie institutionnalisée pour atteindre les objectifs de la puissance publique.

Mais le caractère rationnel de la bureaucratie butte inévitablement sur les limites de la rationalité humaine et sa propension à l'affect (March et Simon, 1999). Selznick (1961) a montré que la fragmentation des rôles, destinée à renforcer la neutralité et l'indépendance de l'expert, a fait naître un esprit de caste et des tentations d'alliance.

Gouldner (1954) établit une typologie entre trois modèles bureaucratiques : faussé (*mock*) ; représentatif ; avec sanctions centralisées. Par ailleurs, il avance que le cercle vicieux bureaucratique vient de la contradiction entre la réduction des tensions générées par la subordination, le contrôle permis par l'impersonnalité bureaucratique, d'une part, et la nécessité d'un recours minimal à la subordination et au contrôle en raison du maintien de tensions dues à l'application de règles impersonnelles, d'autre part.

Quand bien même Crozier (1963) considère que l'organisation est la seule formule permettant de faire tendre les comportements individuels vers un objectif commun, et qu'il décrit le phénomène bureaucratique comme étant également un phénomène culturel français, il dénonce les effets pervers de la bureaucratie : la limitation de l'initiative personnelle par le développement des règles impersonnelles ; la rigidité induite par la centralisation des décisions ; l'imperméabilité entre strates hiérarchiques isolées qui entrent en conflit ; la pression du groupe des pairs sur l'individu ; et, conséquence de ce qui précède, le développement de relations de pouvoirs parallèles. A l'analyse de la bureaucratie, Crozier préfère substituer le raisonnement en termes de relations de pouvoir et de situations d'incertitude – modèle d'analyse que nous avons retenu et que nous allons décrire plus bas.

La théorie de la bureaucratie est remise en cause de façon plus radicale par l'école des choix publics. Ses principaux représentants – Buchanan (Buchanan et Tollison, 1972), Tullock (1998) et Niskanen (1996) – avancent qu'à l'instar de tous les autres segments de la société, la bureaucratie agit prioritairement pour assurer la préservation de ses intérêts. Ce faisant, elle répond favorablement aux demandes des groupes sociaux les plus influents, exigées d'autant plus facilement que les dépenses ainsi engagées seront supportées par l'ensemble du corps social – attitude que Olson (1974) définit comme celle du « passager clandestin » qui profite de l'effort commun sans y contribuer. La bureaucratie elle-même est traversée de courants antagoniques qui luttent pour le pouvoir et recherchent l'hégémonie par un jeu d'alliances.

Par-delà, donc, le langage commun, la bureaucratie comme modalité impersonnelle et équitable d'organisation n'est pas à l'abri de la bureaucratisation. Maintenant que les concepts de bureaucratie et de profession ont été évoqués, il convient de se

pencher plus précisément sur leur combinaison au sein de la notion de bureaucratie professionnelle.

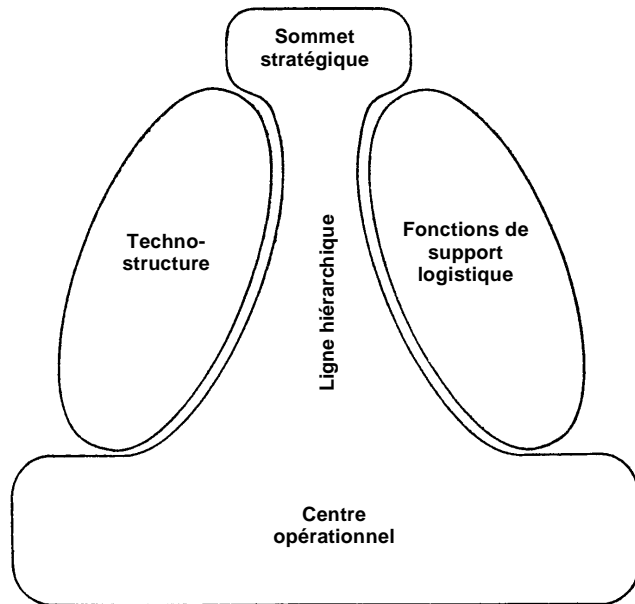
1.2 LA BUREAUCRATIE PROFESSIONNELLE

Mintzberg (1982) a intégré les organisations mettant aux prises éléments bureaucratiques et éléments professionnels au sein d'une typologie générale des organisations. Pour lui, les organisations sont toutes constituées de cinq parties, à partir de l'importance relative desquelles il identifie cinq types d'organisations. Nous allons balayer les différents éléments de cette typologie avant que de nous pencher plus attentivement sur la question de la bureaucratie professionnelle.

1.2.1 Cinq éléments de base et cinq types d'organisation

Les cinq parties constitutives de l'organisation sont : le centre opérationnel ; le sommet stratégique ; la ligne hiérarchique ; la technostructure ; les fonctionnels de support logistique. Sur le schéma type de l'organisation dessiné par Mintzberg (figure 3) le socle est formé par le centre opérationnel qui réunit les agents chargés de l'activité constitutive de l'organisation. Au-dessus du centre opérationnel se trouve la partie administrative de l'organisation : en haut, le sommet stratégique qui rassemble les managers (membres et président du conseil d'administration, comité directeur) et leurs assistants ; en dessous, la ligne hiérarchique opérationnelle (directeurs d'usines, responsables régionaux des ventes, chefs d'ateliers, responsables des ventes, etc.). A gauche, se situe la technostructure constituée des « *Analystes qui standardisent le travail des autres et qui, grâce à leurs techniques, aident l'organisation à s'adapter à son environnement* » (Mintzberg, 1982, p. 36). La technostructure regroupe différents services : planification stratégique, comptabilité, contrôle, formation, recherche opérationnelle, ordonnancement de la production, méthodes, etc.

Figure 3. Les cinq parties de base de l'organisation selon Mintzberg



Source : Mintzberg (1982, p. 37).

A droite de la ligne hiérarchique, se trouve le groupe des fonctions de support logistique (conseil juridique, relations publiques, relations sociales, recherche et développement, tarification, paie, réception, vaguesmestre, restaurant d'entreprise), également dénommées fonctions support.

Le poids relatif et l'importance de ces cinq composantes varient suivant les organisations, dont Mintzberg a identifié cinq types : les organisations entrepreneuriale, mécaniste, divisionnalisée, professionnelle et innovatrice. Mintzberg leur donne également d'autres appellations, respectivement : structure simple, bureaucratie mécaniste, forme divisionnalisée, bureaucratie professionnelle et adhocratie. A chaque type d'organisation, correspond une partie clé prédominante : dans le cas de la bureaucratie professionnelle, par exemple, le centre opérationnel qui y tient un rôle prédominant (tableau 10).

Tableau 10. Les composantes de l'organisation selon Mintzberg

Type d'organisation	Autre appellation	Partie clé de l'organisation
Entrepreneuriale	Structure simple	Sommet stratégique
Mécaniste	Bureaucratie mécaniste	Technostructure
Divisionnalisée	Forme divisionnalisée	Ligne hiérarchique
Professionnelle	Bureaucratie professionnelle	Centre opérationnel
Innovatrice	Adhocratie	Fonctions de support logistique

Source : d'après Mintzberg (1982, p. 269).

1.2.2 Les bureaucraties professionnelles

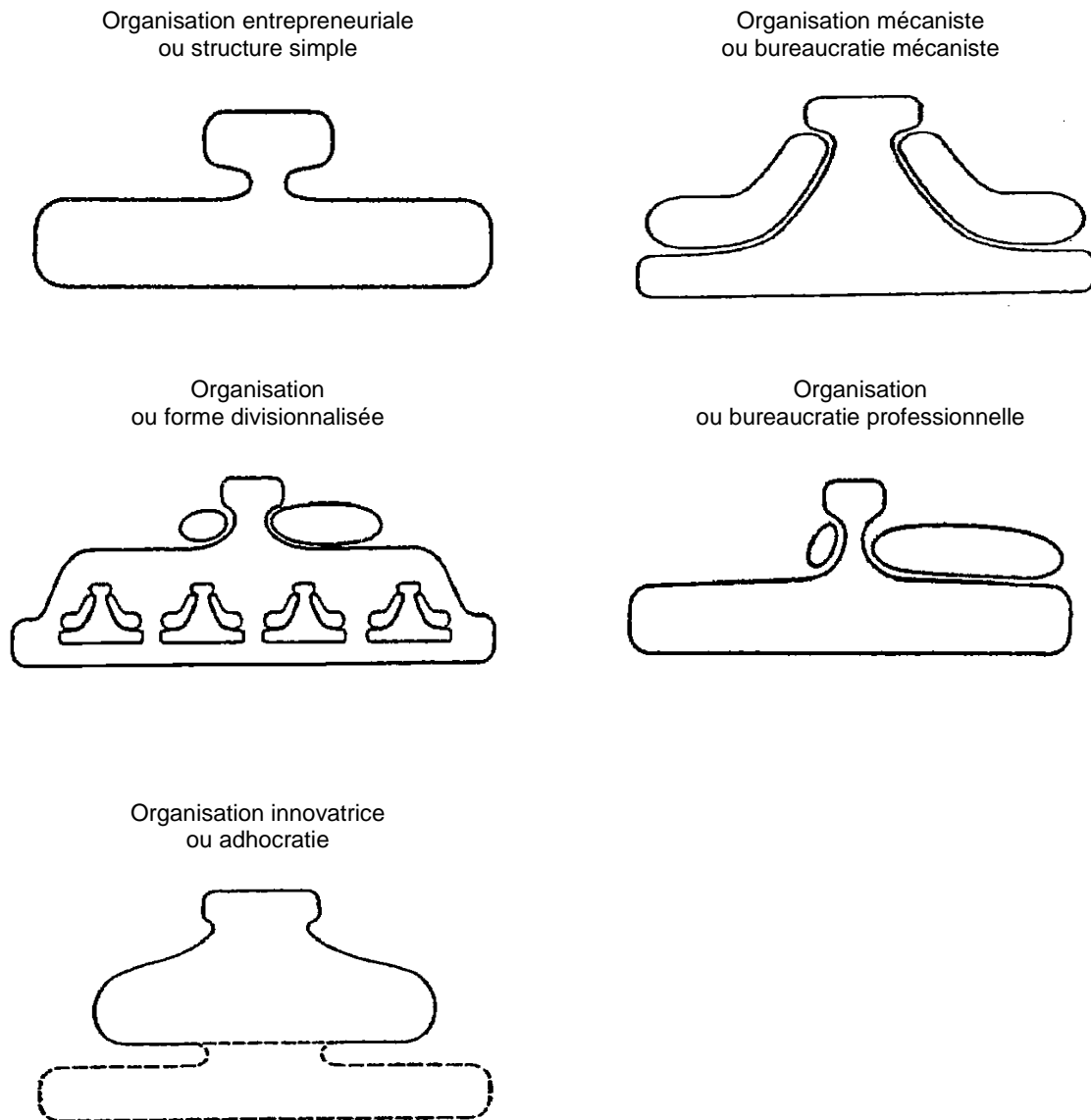
Toren (1969) rappelle que l'une des questions les plus souvent discutées en sociologie des professions est le rapport entre professionnels et structures bureaucratiques – la divergence d'objectifs, d'organisation et de contrôle interne entre ces deux entités rendant inévitable leur affrontement, même si leurs points de convergence sont souvent ignorés. Mintzberg décrit l'organisation professionnelle comme une bureaucratie, bien qu'elle soit décentralisée. 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.

Comme on peut le constater sur la figure 4, l'organisation professionnelle dispose – comme les autres formes d'organisation – d'un centre opérationnel prépondérant ; comme l'organisation entrepreneuriale et l'organisation divisionnalisée, elle se caractérise par une ligne hiérarchique très courte et peu étoffée. Outre l'existence d'une technostucture ténue (caractéristique qu'elle partage avec l'organisation divisionnalisée), sa particularité est d'être adossée à des fonctions de support logistique très développée – autant, sinon plus, que dans l'organisation mécaniste.

Dans les bureaucraties professionnelles, la partie clé de l'organisation est le centre opérationnel dont les opérateurs disposent du pouvoir (tableau 10). 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. Pour Mintzberg (2004, p. 311) : « *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 bureaucraties professionnelles, il cite : les universités ; les grands

hôpitaux ; les sociétés d'experts comptables ; les organismes d'action sociale ; les sociétés d'engineering ; etc.

Figure 4. Les cinq types d'organisation selon Mintzberg



Source : Mintzberg (2004, p. 214, 239, 278, 311 et 351).

Comme toute organisation, la bureaucratie professionnelle est le lieu de tensions entre ses composantes. La première d'entre elles vient du positionnement particulier des professionnels en son sein, rappelé par Mintzberg (1982, p. 315) : « *Le professionnel tend à s'identifier plus avec sa profession qu'avec l'organisation où il la pratique.* » On a ici l'un des clivages les plus importants à mettre en lumière dans ce

type d'organisation : l'opposition entre une identité professionnelle et une identité institutionnelle, cette dernière caractérisant les personnels qui se reconnaissent davantage dans l'organisation où ils travaillent que dans leur métier ou leur profession. L'autre source de tensions à mettre en évidence est la propension des professionnels à obtenir, en plus du contrôle sur leur propre travail, le contrôle collectif sur les questions administratives qui les concernent. C'est la raison pour laquelle Mintzberg considère que, dans les bureaucraties professionnelles, les administratifs ne conservent leur pouvoir qu'à condition que leur action serve efficacement les intérêts des professionnels, et que les questions stratégiques soient sous le contrôle de ces derniers.

Les bureaucraties professionnelles sont affectées de bien d'autres formes de dysfonctionnement (coordination des activités, classement entre les professionnels, contrôle de la qualité de la prestation professionnelle...) qui ne seront pas évoquées ici parce qu'elles ne sont pas en lien direct avec la question de l'appartenance professionnelle.

La bureaucratie professionnelle est donc une forme de structuration de l'activité caractérisée par une séparation tranchée entre professionnels et non professionnels, qui ont une vision radicalement différente de l'organisation où ils travaillent. C'est à ce titre que ce type de structure a été choisie pour évaluer le décalage existant entre appartenance professionnelle définie et appartenance professionnelle ressentie – l'hôpital apparaissant, à ce titre, comme un terrain d'étude privilégié.

2 L'HOPITAL COMME TERRAIN D'ETUDE

Pour vérifier l'existence d'un décalage entre les deux concepts d'appartenance professionnelle identifiés, l'hôpital a été choisi comme terrain d'étude, et ce pour plusieurs raisons : il est d'abord censé incarner l'exemple-type d'une bureaucratie professionnelle caractérisée par des filières hiérarchiques parallèles, c'est aussi une structure organisationnelle où cohabitent des légitimités concurrentes. Ainsi, pour de Kervasdoué (1996, p. 250) : « *L'hôpital est plus une rue commerçante, avec sa boucherie, sa boulangerie, sa mercerie, qui de temps en temps anime les boutiques du quartier en faisant une quinzaine commerciale, qu'une organisation moderne*

coordonnée, c'est-à-dire contraignante, orientée vers le service du malade et la recherche permanente de la bonne utilisation des ressources. »

On observera tout d'abord en quoi l'hôpital a vocation à être choisi comme terrain d'étude ; on se penchera ensuite plus particulièrement sur le cas des hôpitaux en France pour vérifier leur similitude avec ceux d'autres pays comparables, de sorte que les conclusions tirées d'une étude empirique qui y serait menée ne se limiteraient pas au cas français.

2.1 L'HOPITAL, UNE ORGANISATION PARTICULIERE

Non seulement l'hôpital est décrit comme une bureaucratie professionnelle, dont le personnel est scindé entre professionnels et non professionnels, mais au sein même de ces deux formes de regroupements existe une sous-division entre personnels médicaux et paramédicaux, d'une part, et entre personnels administratifs et personnels techniques, d'autre part. Dans un premier temps, toutefois, nous regrouperons les notions de professionnels et de semi-professionnels sous le même vocable de « professionnels » ; l'analyse des résultats de l'étude empirique conduira *in fine* à à établir de nouveau une séparation entre ces deux groupes professionnels – à partir d'autres critères cette fois.

2.1.1 Une distinction professionnel/non professionnel réputée prépondérante : un cas-type de bureaucratie professionnelle

En écho à la catégorisation de Mintzberg, on observe qu'un hôpital est divisé entre personnels qui relèvent d'une profession ou d'une semi-profession, et personnels non professionnels. C'est particulièrement évident dans les établissements publics de santé – en particulier en France (figure 5) – où les professionnels ne sont pas recrutés par le chef d'établissement, ni affectés ni évalués par lui, alors que les non professionnels sont directement sous son autorité ; le cas des semi-professionnels est plus particulier et va être évoqué ci-dessous. L'organigramme d'un établissement privé de santé (figure 6) est plus ramassé, avec des lignes hiérarchiques plus courtes et – apparemment – plus cohérentes puisque c'est le chef d'établissement qui recrute les médecins et les emploie.

Figure 5. Organigramme simplifié d'un établissement public de santé

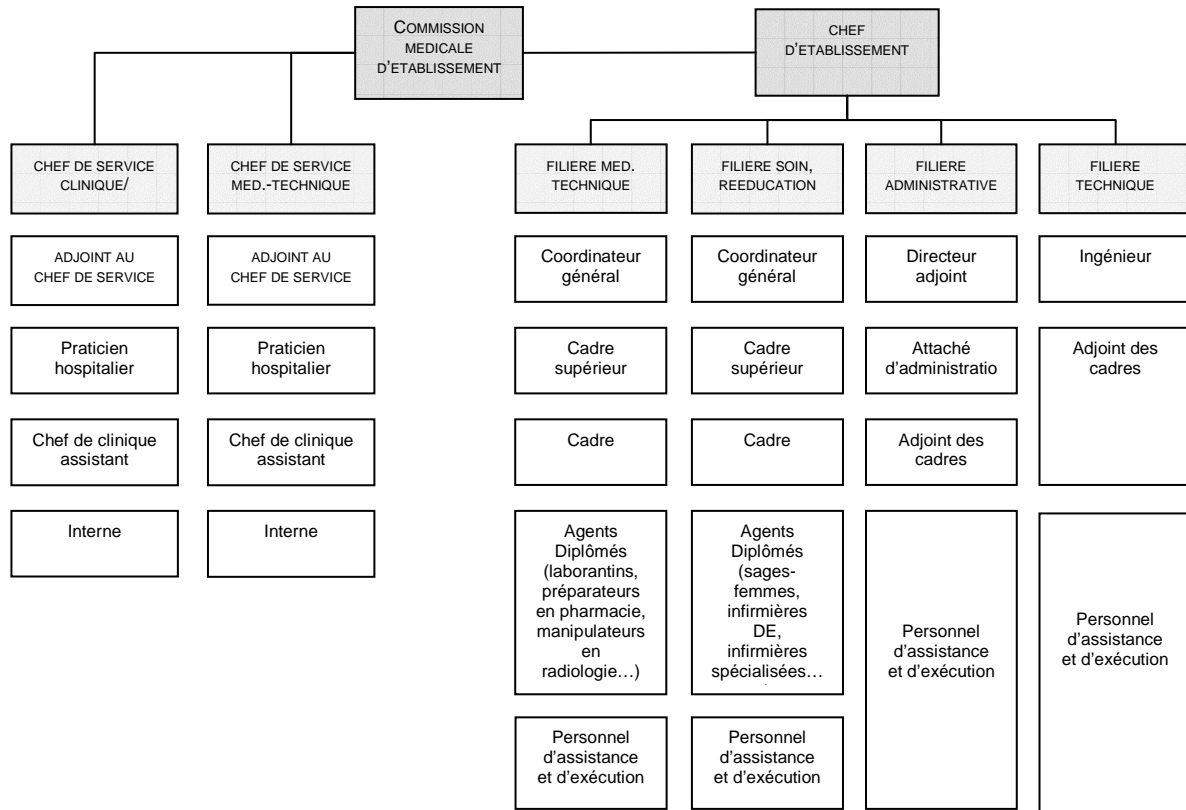
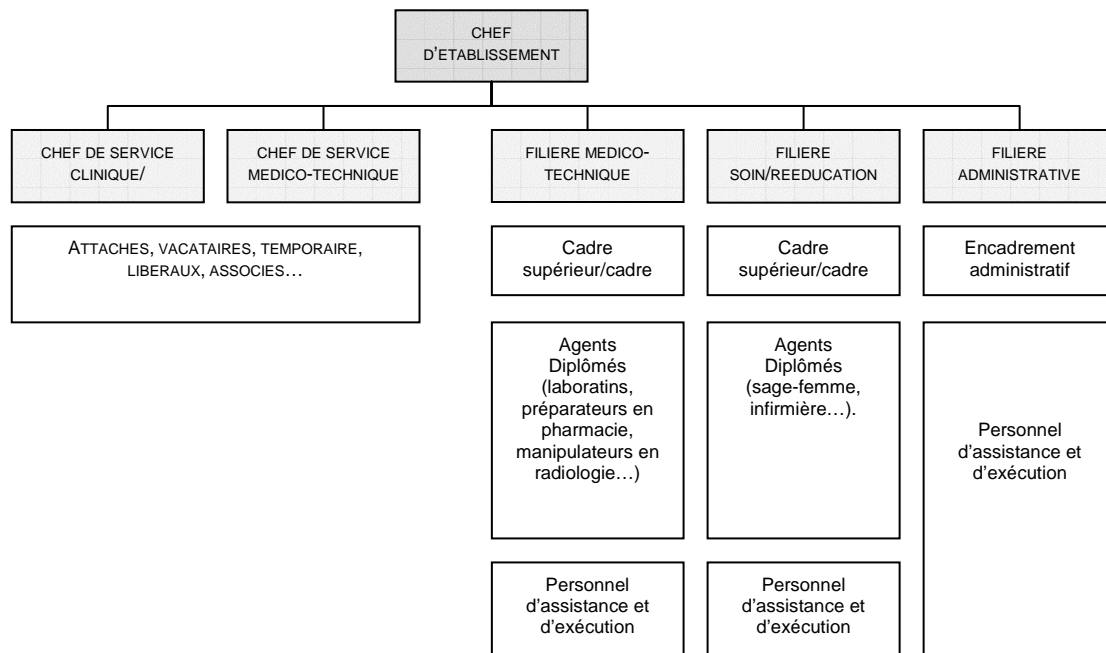


Figure 6. Organigramme simplifié d'un établissement privé de santé



L'hôpital est donc un exemple-type 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 d'une bureaucratie tracé par Mintzberg (figure 4), 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 la filière médico-technique et de la filière soins/rééducation ; au sommet stratégique se trouvent le Conseil d'administration et la commission médicale d'établissement (CME³) ; la techno-structure rassemble le département d'information médicale, la cellule de contrôle de gestion et certains membres de la direction des finances de l'établissement

L'hôpital est donc un terrain d'étude particulièrement intéressant s'agissant de l'appartenance professionnelle, d'autant plus que les deux groupes que nous venons d'identifier se subdivisent à leur tour en deux sous-groupes distincts.

2.1.2 Une organisation caractérisée par une « double dualité » et par la coexistence de deux lignes hiérarchiques

Pour Smith (1970), 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 soumises aux deux. Heydebrand (1973 c) 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'autorité 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.

³ La CME représente le corps médical. Elle est composée des médecins-chefs de service, qui y siègent de droit, ainsi que les membres élus par leurs pairs. Outre son rôle consultatif dans les domaines de l'investissement, du budget, des réseaux de soins, du bilan social et des centres de responsabilité, la CME tient un rôle effectif dans la formation continue des praticiens hospitaliers, le projet médical, l'organisation des activités médicales et l'amélioration de la qualité des soins. Elle peut se subdiviser en commissions suivant les sujets qu'elle souhaite évoquer : effectifs, gardes et astreintes, finances, activité libérale...

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 œuvres des actes relevant du rôle propre⁴ des infirmières. De même, Mintzberg (1982, p. 318) 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.

2.1.3 Une double légitimité : interne et externe

Selon Weber (1995, p. 286) : « *L'expérience montre qu'aucune domination ne se contente de bon gré de fonder sa pérennité sur des motifs ou strictement matériels, ou strictement affectuels, ou strictement rationnels en valeur. Au contraire, toutes les dominations cherchent à éveiller et à entretenir la croyant en leur " légitimité ".* » Il rappelle qu'il y a trois types de domination légitime : légale-rationnelle, traditionnelle et charismatique. La légitimité légale-rationnelle repose sur la croyance en la légalité des règlements et le droit de les faire appliquer par ceux qui en sont chargés ; la légitimité traditionnelle est fondée sur la foi en des traditions valables de tous temps et en ceux qui les appliquent ; la légitimité charismatique est incarnée par la valeur exemplaire ou héroïque d'une personne ou des ordres qu'elle donne.

⁴ Voir annexe 1.

L'hôpital se prête particulièrement bien à une évaluation de la pertinence des concepts d'appartenance professionnelle dans la mesure où deux légitimités sont à l'œuvre – légitimité de la connaissance et légitimité de l'intérêt général – et ce, à deux niveaux d'application, interne et externe.

2.1.3.1 Les légitimités internes

Dans les hôpitaux, la légitimité institutionnelle, légale-rationnelle, s'oppose à la légitimité traditionnelle charismatique. La légitimité institutionnelle est celle de l'administration des hôpitaux et, plus récemment, de leur direction. Cette légitimité a une composante légitimiste, si l'on peut dire : les personnels respectent l'autorité hiérarchique parce qu'elle émane précisément de leurs supérieurs hiérarchiques. S'agissant de la direction, cette forme de légitimité n'est pas toujours dénuée d'une composante charismatique en fonction de la personnalité du chef d'établissement et de son mode de management. Mais, c'est le poids de l'institution qui prévaut, la fierté d'y appartenir, d'en être un servant ou un rouage essentiel. C'est une légitimité bureaucratique, rationnelle, impersonnelle.

L'autre légitimité à l'œuvre dans les établissements de santé est celle qui relève du charisme des médecins seniors – professeurs agrégés de médecine et/ou chefs de service – et celle suscitée par le pouvoir de guérir ou, pour ne pas utiliser improprement le concept de pouvoir, par la légitimité de la guérison. C'est une légitimité traditionnelle et charismatique.

Ces deux formes de légitimité s'appuient sur des légitimités externes aux établissements.

2.1.3.2 Les légitimités externes : intérêt général vs. connaissance

L'opposition de légitimités au sein des hôpitaux s'appuie également sur des éléments externes : l'intérêt général, d'une part, le savoir et la connaissance, de l'autre.

La légitimité bureaucratique à l'œuvre dans les établissements de soins est une légitimité publique, de l'intérêt général. Quel que soit 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. A ce titre, le fonctionnement 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. Citant Starr (1982), de Kervasdoué (2003 a, p. 34) 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 recoupe 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, 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'hôpital est, par conséquent, un terrain d'étude pertinent pour étalonner les différentes notions d'appartenance professionnelle. La question demeure de savoir si les hôpitaux français sont suffisamment comparables aux établissements de santé présents dans d'autres pays, de façon que les conclusions tirées de l'étude empirique n'aient pas une portée exclusivement nationale.

2.2 LES HOPITAUX FRANÇAIS ATYPIQUES ?

Si les hôpitaux français présentent des éléments certains d'originalité, ils n'en demeurent pas moins comparables aux structures de soins de pays à niveau de développement similaire.

2.2.1 Des éléments originaux

L'originalité des hôpitaux français provient principalement de la variété des fonctions tenues par les médecins, de l'organisation de leur profession, de la répartition des missions de service public et du mode de gestion des structures de soins.

2.2.1.1 La réforme de 1958

La réforme dite « Debré », intervenue en 1958, a profondément transformé le paysage hospitalier en France, en regroupant fonctions clinique, de recherche et d'enseignement dans les mêmes établissements, et en créant un corps de médecins hospitaliers à plein temps censé attirer les meilleurs praticiens dans les hôpitaux français et améliorer ainsi la formation des étudiants en médecine. La création des centres hospitalo-universitaires (CHU ou CHRU puisqu'il y en a un par région⁵) répond au premier objectif. Ces structures originales rassemblent sur un même site un établissement de soins de haut niveau, des centres de recherche et une faculté de médecine.

Dans les CHRU, travaillent des médecins hospitaliers, employés et rémunérés par l'établissement, ainsi que des médecins hospitalo-universitaires, employés et rémunérés à la fois par l'établissement et par le ministère de l'Education nationale. Ces derniers ont plusieurs fonctions : ils exercent une activité clinique comme praticien ; ils enseignent aux étudiants inscrits dans la faculté de médecine ; ils conduisent des programmes de recherche financés sur fonds privés ou publics, en y « incluant » les patients des services dont ils sont responsables. Les médecins non universitaires des CHRU, qui aspirent la plupart du temps à le devenir, exercent également une activité de recherche – sinon d'enseignement –, gage et condition de réussite aux concours universitaires fondés sur le nombre et la qualité des publications dans des revues médicales et/ou scientifiques.

⁵ A une exception près : le Centre hospitalier régional de Poitiers n'est pas universitaire.

L'autre originalité introduite par la réforme Debré est la constitution d'un corps de médecins hospitaliers travaillant à plein temps. Jusque là, les médecins exerçaient à temps partiel à l'hôpital en plus de leur activité libérale en cabinet. Le corps des praticiens hospitaliers (PH) est créé pour astreindre les médecins qui en font partie à une activité hospitalière à plein temps. Pour assurer l'objectif du maintien de l'excellence de la médecine hospitalière, la possibilité leur est même laissée d'exercer parallèlement une activité libérale privée au sein des établissements publics de santé, avec les moyens matériels et humains de ces derniers, contre versement d'une redevance au budget de leur établissement. Depuis peu, les praticiens hospitaliers qui renoncent à cette possibilité se voient verser une prime spécifique en contrepartie. Le corps des praticiens hospitaliers est un corps de la fonction publique quand bien même ses membres ne sont pas officiellement considérés comme des fonctionnaires.

Médecine hospitalo-universitaire et corps de praticiens hospitaliers concernent, par principe, exclusivement les établissements publics de soins. Il n'en reste pas moins qu'on trouve des internes de médecine et des chefs de cliniques assistants dans des établissements privés à but non lucratifs participant au service public hospitalier ; de même, le travail à temps partiel est désormais autorisé pour les praticiens hospitaliers qui peuvent par conséquent exercer parallèlement leur métier dans les structures et sous le statut de leur choix.

Pour Steudler (1973, p. 28), la réforme Debré a totalement bouleversé le rôle de l'hôpital : *« C'est donc une véritable redéfinition de l'hôpital : l'irruption des sciences fondamentales placées au même niveau que les sciences cliniques, le rassemblement au sein d'une même structure des activités de soins, de recherche, d'enseignement ; la fin d'une médecine rattachée au secteur libéral, avec l'astreinte au plein temps. »*

2.2.1.2 La gestion paritaire

La seconde grande originalité des établissements de santé français porte sur le caractère paritaire de leur gestion. Tant le code du travail, auxquels sont astreints les établissements privés, que le statut de la fonction publique hospitalière, qui régit le fonctionnement des hôpitaux publics, accordent à deux institutions paritaires un rôle

important dans la gestion des structures de santé : le comité technique et le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Le comité technique – ou son équivalent dans le secteur privé, le comité d'entreprise – est informé de l'orientation stratégique de l'activité de soins fondée sur le projet d'établissement. Il est constitué à parité par des représentants élus du personnel. Si, par ailleurs, l'existence d'un CHSCT est obligatoire dans toutes les structures de travail, son rôle est essentiel dans les établissements de santé en raison de l'exposition des personnels à des risques multiples : produits chimiques ; contact avec la maladie et la mort ; contagion ; dangerosité de certaines pathologies... Sa composition est également paritaire.

La gestion paritaire est davantage accentuée dans les établissements publics en raison du rôle déterminant d'une structure originale, la commission administrative paritaire (CAP). Cette dernière, composée également pour moitié d'élus du personnel, se prononce sur les évolutions de carrière des fonctionnaires hospitaliers ; ses décisions, officiellement consultatives, sont en pratique prépondérantes dans la gestion des ressources humaines au sein des établissements publics de santé.

2.2.1.3 Un service public assuré également par le secteur privé

Le système français hospitalier se distingue enfin par la prise en charge d'une partie du service public hospitalier par des établissements de droit privé. Des structures sanitaires privées, à but non lucratif, participent en effet à l'offre public de soins – y compris au service d'accueil des urgences ; à ce titre, ces établissements bénéficient d'un financement public.

Les hôpitaux français présentent donc certaines particularités qui les distinguent des établissements d'autres pays. Ces caractéristiques, toutefois, n'ont pas d'influence sur le sentiment d'appartenance professionnelle parce que les éléments communs avec les autres établissements sont plus nombreux.

2.2.2 Des hôpitaux globalement comparables aux autres

Les points communs avec les établissements de santé d'autres pays sont importants – notamment quant à leur fonctionnement : ils s'articulent autour d'une critique de l'emprise bureaucratique, d'une dénonciation des conditions de travail et de l'insuffisance des moyens en personnels.

2.2.2.1 Un fonctionnement comparable aux autres pays

Mousquès et *al.* (2002) ont étudié l'accès aux hôpitaux de soins aigus et l'organisation interne de ces derniers dans cinq pays – Allemagne, Espagne, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède – ainsi qu'au Québec. Ils ont observé une répartition entre établissements de soins tertiaires, secondaires, et hôpitaux ruraux ou communautaires, qui correspond à peu de choses près à la répartition qu'on trouve en France entre centres hospitalo-universitaires, centres hospitaliers et hôpitaux locaux.

S'agissant de la politique hospitalière, seuls les Pays-Bas ont une gestion centralisée à l'instar de la France. En Allemagne ou en Espagne, les Etats fédérés ou leur équivalent – le Québec par exemple – ont une organisation décentralisée à l'image de leur organisation politique. En Suède, c'est au niveau régional – le comté – que se situe la responsabilité de la fourniture de soins hospitaliers. Le Royaume-Uni a une organisation à mi-chemin entre les deux systèmes : la gestion des soins hospitaliers est déconcentrée au profit des autorités locales de santé.

Le financement des établissements ne distingue pas non plus la France de ces six pays : après une longue période de financement *a posteriori* sur la base des dépenses engagées, ces pays se sont également orientés vers un système de budget prévisionnel à respecter en fin d'exercice.

Dans ces six pays, on constate – comme en France – la coexistence d'un secteur public et d'un secteur privé, ce dernier se scindant entre établissements à but lucratif et à but non lucratif. L'articulation entre couverture sociale et lieu de soin varie suivant les pays : la césure se trouve entre secteur public et privé à but non lucratif, d'une part, et secteur privé à but lucratif, d'autre part – dans des proportions et selon des modalités propres à chaque nation.

Le statut des personnels est défini au niveau national. Comme en France, les personnels non médicaux sont salariés ; les médecins pratiquant à l'hôpital sont la plupart du temps salariés en Allemagne, en Espagne, au Royaume-Uni et en Suède, ils demeurent sous un régime libéral et sont rémunérés à l'acte aux Pays-Bas et au Québec.

La situation des établissements de santé en Suisse et aux Etats-Unis, telle qu'elle est décrite dans le rapport Couanau (2003), ne montre pas de différences significatives par rapport au panorama qui vient d'être brossé. Le système hospitalier français est donc comparable, même s'il ne leur est pas identique, à celui des autres pays développés ; évaluons maintenant s'il en est de même s'agissant de l'opinion des soignants vis-à-vis de leur travail.

2.2.2.2 Une critique partagée de l'emprise bureaucratique

De Kervasdoué rappelle la profusion de règles à respecter dans les hôpitaux français (2003 a, p. 36) : « *Cette incontinence bureaucratique a conduit à ce qu'au moins quarante-trois familles de règlements portant seulement sur la sécurité s'appliquent dans nos hôpitaux : sécurité, incendie, sécurité anesthésique, hémovigilance, pharmacovigilance...* » La dénonciation de la bureaucratisation comme source de dysfonctionnement n'est pas propre à la France. En Norvège, la réforme du financement des hôpitaux publics votée en 2001 avait pour mission, entre autres objectifs, de réduire la bureaucratie hospitalière ; en Suède, à la fin des années 1990, la dégradation de la qualité de la prise en charge des patients dans les hôpitaux était expliquée par des médecins comme le résultat de lenteurs bureaucratiques. En Grande-Bretagne, les prises de position d'associations de médecins contre les dérives bureaucratiques des établissements sont fréquentes.

Les critiques s'articulent la plupart du temps autour de l'accroissement irrépensible des effectifs administratifs que rien ne semble pouvoir expliquer quand, dans le même temps, le temps de réponse des bureaucraties hospitalières correspond de moins en moins à la réactivité exigée par le fonctionnement des hôpitaux modernes. Cette obésité administrative s'accompagnerait d'une méconnaissance des réalités du terrain et des particularismes du travail dans un établissement de santé : les

gestionnaires des hôpitaux seraient enclins, tout le temps et partout, à diriger les hôpitaux comme ils le feraient d'entreprises ordinaires.

2.2.2.3 Des conditions de travail dénoncées comme dégradées

Plusieurs facteurs seraient responsables des conditions de travail à l'hôpital fréquemment dénoncées comme dégradées. Le document de référence le plus récent est l'enquête Presst-Next⁶ conduite entre octobre 2002 et juin 2003 dans dix pays européens – Allemagne, Belgique, Finlande, France, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède, Norvège, Pologne, Slovaquie – auprès d'environ 70 000 personnels soignants non médicaux (Estry-Behar, 2004).

Les points les plus fréquemment décrits comme insatisfaisants ou très insatisfaisants par les personnes interrogées sont, par ordre d'importance : le salaire par rapport aux besoins financiers (53 %) ; le manque de soutien psychologique (50,3 %) ; les conditions physiques de travail (44,2 %) ; la possibilité de donner des soins adéquats (41,3 %) ; les perspectives professionnelles (40 %) ; le temps de chevauchement pour transmission entre équipes (37,1 %) ; l'utilisation des compétences (31,6 %).

Les résultats globaux de la France sont comparables à la moyenne des autres pays européens, même s'ils ne leur sont pas identiques (tableau 11) ; l'analyse pays par pays conduit au même constat.

Tableau 11. Les principaux motifs d'insatisfaction au travail des personnels soignants
(personnes insatisfaites ou très insatisfaites, en %)

	Europe	France
Salaires par rapport aux besoins financiers	53,0	44,0
Manque de soutien psychologique	50,3	66,1
Conditions physiques de travail	44,2	52
Possibilité de donner des soins adéquats	41,3	49,5
Perspectives professionnelles	40,0	37,4
Temps de chevauchement pour transmission entre équipes	37,1	53,7
Utilisation des compétences	31,6	36,4

Source : Estry-Behar (2004, p. 10).

⁶ Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail (PRESST), *Nurses Early Exit Study* (NEXT).

2.2.2.4 L'insuffisance de moyens en personnel

Le manque de moyens en personnels est l'une des principales récriminations des personnels hospitaliers en France. A lire Sainsaulieu (1997), l'hôpital est une organisation structurellement en pénurie de moyens, où la contrainte budgétaire : « (...) incite les directeurs d'hôpitaux à optimiser leurs installations en atteignant un meilleur taux d'occupation des lits, ce qui conduit à une surcharge des dépenses de soins, de personnels, et d'équipement ou à un encombrement des services au détriment de l'attention portée à chaque malade (...). L'autre issue de la dysfonction est de revendiquer plus de personnel, de crédits et d'équipements. » Il y aurait une inadéquation permanente entre le nombre de lits autorisés par établissements et les moyens – notamment en personnels – dont ils sont dotés en regard. C'est là précisément le discours des soignants – médecins et non médecins. La « pénurie de personnels et de moyens » semble être une constante, abondamment dénoncée, médiatiquement relayée, sans jamais pourtant être interrogée.

Tableau 12. Les motifs principaux de départ effectif des établissements de santé
(Motifs ayant fortement contribué à la décision de départ, choisis parmi 63 possibilités de choix, en %)

Motif	%	Motif	%
Manque de soutien psychologique	41,9	Manque de possibilités de promotion	35,6
Nombre insuffisant de personnel	41,4	Difficultés à combiner vie professionnelle et vie privée	32,7
Attentes professionnelles non satisfaites	41,2	Prendre soin des enfants	32,6
Pression du temps	40,5	Qualité de travail insatisfaisante	32,2
Dégradation des conditions de travail	40,3	Organisation des horaires de travail insatisfaisante	31,0
Manque de temps pour les soins	37,9	Salaire bas comparé à des profils identiques de formation	30,2
Possibilités insuffisantes de développement professionnel	35,6	Trop à faire	30,2
Salaire bas pour le travail réalisé	35,6		

Source : Estry-Behar (2004, p. 25).

Ce discours ne se distingue pas de celui des personnels soignants dans d'autres pays. Parmi les motifs ayant conduit des soignants à quitter leur établissement, l'enquête Presst-Next rapporte que le nombre insuffisant de personnels est cité par 41,4 % des personnes dans cette situation – cette explication venant au second rang des déterminants d'abandon ; 40,5 % des personnes concernées disent que la pression du temps les a fortement influencées dans leur décision ; pour 30,2 %, le volume de travail était trop important (tableau 12).

L'insuffisance de moyens en personnel est fréquemment mise en regard de l'accroissement de la charge et de la pression du travail comme élément de contexte ou comme facteur explicatif des tensions au travail. En découlerait une augmentation

du stress, l'apparition de phénomènes d'usure psychologique, quel que soit le nom qu'on leur donne, épuisement, *burn-out*, *includence*⁷. Au sein du groupe d'infirmières qu'ils ont interrogées, Roques et Roger (2004) ont identifié plusieurs facteurs de stress. Par ordre d'importance ce sont : la gravité de la situation ; le manque de temps ; la pression du public ; les relations avec la hiérarchie ; l'entente avec les collègues ; les événements imprévisibles ; la personnalité du soigné ; les difficultés dans la vie privée.

Au total, on s'aperçoit que les établissements de santé français sont tout à fait comparables aux structures de soins présentes dans d'autres pays développés, et ce tant du point de vue de l'organisation interne et externe des soins, que du positionnement des personnels à l'égard de leur travail. Dès lors que le choix du terrain d'étude est validé, on peut se pencher sur le modèle d'analyse retenu.

3 L'ANALYSE STRATEGIQUE DES ORGANISATIONS COMME MODELE D'ANALYSE

L'analyse stratégique des organisations, développée par Crozier (1963) ainsi que par Crozier et Friedberg (1977), remet en cause l'existence d'un modèle universel d'organisation. Elle est fondée sur quatre principes : parce qu'il refuse de n'être qu'un instrument au service de l'organisation l'individu se comporte comme un stratège en se ménageant une zone d'autonomie autour de lui, la zone d'incertitude ; la rationalité de l'individu dans l'organisation est toujours contingente et limitée ; le pouvoir est une relation d'échange qui fait l'objet de négociations ; la somme des relations entre les acteurs constitue un système d'actions concret que l'analyse stratégique a pour vocation de révéler. De ces quatre principes, Crozier et Friedberg ont tiré trois concepts clés pour l'analyse stratégique des organisations – le système d'action concret, la zone d'incertitude et le pouvoir – sur lesquels nous allons nous pencher successivement.

⁷ Définie par le psychiatre phénoménologue Tellenbach (1979) comme le sentiment d'une personne débordée par son travail, à la fois dans le sens de la masse des tâches à accomplir et dans la perspective d'un temps insuffisant pour les réaliser.

3.1 LE SYSTEME D'ACTION CONCRET

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* » (Crozier et Friedberg, 1977, p. 286). C'est, pour reprendre les mots de Bernoux (1985), un construit en ajustement permanent au sein duquel les acteurs structurent leur relation.

Le système d'action concret est une modalité de fonctionnement par laquelle les acteurs organisent leurs relations pour résoudre les problèmes soulevés par l'ajustement de l'organisation à son environnement. Ce système n'est pas parfaitement rationnel et efficace parce que les individus qui le composent ont eux-mêmes une rationalité contingente et limitée, concept introduit initialement par March et Simon (1999). Aucun individu dans l'organisation n'a accès à l'ensemble des informations nécessaires à une prise de décision purement rationnelle. C'est le cas aussi bien en bas de l'échelle hiérarchique, où les informations stratégiques ne sont pas diffusées, qu'à son sommet, en direction duquel les informations pertinentes sont souvent filtrées et/ou déformées. Par conséquent, personne ne peut évaluer l'ensemble des solutions possibles à l'aune des critères de rationalité et de pertinence, chacun choisit la meilleure des solutions qui se révèle à l'analyse comparative des éléments d'information disponibles, et pas la meilleure des solutions théoriques : l'individu arrête son choix à la première solution satisfaisante qui se dégage, le comportement des individus est le reflet de leur rationalité limitée et contingente.

C'est la raison pour laquelle, les comportements observables ne doivent pas être analysés en regard d'une rationalité donnée *a priori* mais en fonction du contexte au

sein duquel ces comportements ont lieu. Le rôle de la personnalité et/ou du passé des individus doit être relativisé comme déterminant de leur comportement, qui relève davantage de l'analyse des contraintes et des possibilités offertes par le contexte des individus dans l'organisation.

3.2 LE POUVOIR

En dépit de la connotation négative de ce terme dans le langage commun, le pouvoir est un élément neutre et consubstantiel des organisations.

3.2.1 Une incertitude quant au terme

Par delà la faculté, la possibilité de faire, le pouvoir est un élément des relations psychologiques souvent révélateur d'un type de personnalité – d'où le caractère souvent négatif, voire péjoratif, du terme. Friedberg (1988, p. 4) rappelle que : « *Parler de pouvoir dans les organisations a quelque chose d'indécent. 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.* » Le pouvoir est aussi envisagé comme attribut personnel de l'individu (Petit, 1979 ; Aubert, 1994).

Le pouvoir est différent de l'influence. Katz et Kahn (1966) rappellent la définition de l'influence avancée par Cartwright (1965) et communément utilisée : « *Une transaction interpersonnelle dans laquelle une personne, par son action, modifie le comportement d'une autre personne dans un sens prémédité.* » French et Raven (1959) ont distingué six sources de pouvoir (envisagé ici comme le niveau d'influence d'un individu sur un autre) : la légitimité conférée par l'organisation en tant qu'élément hiérarchique ; la coercition (l'autorité d'imposer des sanctions également conférée par l'organisation) ; la récompense ; l'expertise ; le pouvoir de référence (la possession de traits distinctifs qui inspirent l'admiration et suscitent l'émulation) ; le pouvoir d'information, de communication. Mulder (1977) a repris et enrichi cette typologie en y ajoutant le pouvoir formel (respect de la position hiérarchique) et la capacité de persuasion.

Le pouvoir ne se confond pas avec l'autorité. Pour Weber (1995), contrairement au pouvoir – qui est la capacité d'un individu à faire valoir sa volonté dans le cadre

d'une relation sociale – l'autorité (la domination) n'est pas attachée à la personne mais au statut ou à la fonction ; la reconnaissance officielle du pouvoir dans une organisation le transforme en autorité. Pour Barnard (1987, p. 360), l'autorité est : « (...) *le caractère d'une communication (ordre) formelle en vertu de laquelle un collaborateur ou un membre de l'organisation accepte qu'elle dirige son action, c'est-à-dire qu'elle dirige ou détermine ce qu'il fait ou ce qu'il ne doit pas faire, pour autant que l'organisation soit concernée.* »

Le pouvoir ne s'identifie pas non plus à l'influence que peut exercer ou chercher à exercer tel ou tel groupe comme, à l'hôpital : le pouvoir médical, le pouvoir administratif, le pouvoir infirmier... (Bonnici, 2003). Hall (1972) distingue l'autorité – qui implique l'acceptation du système de pouvoir en place dans l'organisation – de la persuasion et de l'influence qui renvoient à des situations de pouvoir.

3.2.2 Le concept de pouvoir dans l'analyse stratégique des organisations

Selon la définition initiale de Dahl (1957, p. 202) : « *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 (1987, p. 377) : « (...) *quel que soit en effet son " type ", c'est-à-dire ses sources, sa légitimation, ses objectifs ou ses méthodes d'exercice, le pouvoir – au niveau le plus général – implique toujours la possibilité pour certains individus ou groupes d'agir sur d'autres individus ou groupes.* » Le pouvoir est dès lors une relation et pas un attribut des acteurs de la relation. C'est la raison pour laquelle ils en donnent la définition suivante (p. 379) : « *Le pouvoir peut ainsi se repréciser comme une relation d'échange, donc réciproque, mais où les termes de l'échange sont plus favorables à l'une des parties en présence. C'est un rapport de force, dont l'un peut retirer davantage que l'autre, mais où, également, l'un n'est jamais totalement démuné face à l'autre.* »

Le pouvoir, selon Crozier et Friedberg, est donc 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 qui 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) ; et parallèle (entre égaux hiérarchiques). « *Le pouvoir réside donc dans la marge de liberté dont dispose chacun des partenaires engagés dans une relation de pouvoir (...)* » (Crozier et Friedberg, 1987, p. 379-380).

Il convient d'ajouter que la relation de pouvoir est adossée à une dissuasion tacite : 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 donc essentiel de différencier capacité d'action et possibilité d'agir. Dans un hôpital, par exemple, le directeur adjoint chargé des services économiques peut aisément bloquer les approvisionnements de l'établissement (capacité d'action) mais sa position ne serait pas tenable longtemps ou provoquerait des conséquences désastreuses pour sa carrière (impossibilité d'agir). La capacité de nuisance d'un individu est donc fonction du produit de sa capacité d'action et de sa possibilité d'agir. La capacité de mise en œuvre envisageable de la nuisance renvoie dès lors au degré de responsabilité qu'assume l'individu. Si l'on croise ce degré de responsabilité avec la capacité de nuisance, on obtient un panorama varié des relations de pouvoir (tableau 13).

Tableau 13. Responsabilité, irresponsabilité, pouvoir

	Responsabilité finale	Irresponsabilité finale
Capacité de nuisance	Pouvoir limité sur autrui	Pouvoir maximal sur autrui
Incapacité de nuisance	Sous le pouvoir d'autrui	Hors d'une relation de pouvoir

Le pouvoir maximal sur autrui provient d'une association entre capacité de nuisance et irresponsabilité finale ; à l'inverse, l'association d'une responsabilité finale et d'une incapacité de nuisance conduit à être sous le pouvoir d'autrui. Entre les deux, le produit d'une capacité de nuisance et d'une responsabilité finale conduit à la possession d'un pouvoir limité sur autrui. Selon De Coster (1999, p. 144) : « *Si l'atout est pertinent, encore faut-il que son possesseur veuille l'utiliser et qu'il puisse le mobiliser.* »

Si l'on reprend ici les trois formes de pouvoir énoncées par Friedberg, on se rend compte que le pouvoir limité sur autrui ressortit à une relation de pouvoir descendante ou parallèle, et le pouvoir maximal sur autrui à une relation de pouvoir ascendante : dans cette dernière configuration, donc, c'est le subordonné qui a davantage de pouvoir que le supérieur. C'est dans cette perspective que doit être envisagée la capacité d'édicter des règles, privilège de la hiérarchie. La règle restreint partiellement la liberté d'agir des subordonnés mais, plus encore, elle limite la marge de manœuvre – d'arbitraire dans certains cas – du supérieur : instrument supposé d'exercice du pouvoir hiérarchique, la règle devient un moyen de protection pour les subordonnés.

Crozier et Friedberg (1987) identifient quatre sources de pouvoir correspondant aux différents types de sources d'incertitudes particulièrement pertinentes pour une organisation : le pouvoir issu de la compétence ; celui issu des relations organisation/environnement ; le pouvoir lié à la transmission des informations pertinentes ; le pouvoir lié à l'utilisation et à la transformation des règles organisationnelles. Etzioni (1961) distingue trois moyens d'exercice du pouvoir : la coercition ; la rémunération ; l'allocation et la manipulation de rétributions symboliques. De Coster (1999) propose une typologie en sept sources principales de pouvoir : le charisme ; la tradition ; la compétence ; l'information ; le capital de relation ; les lois ou les règlements ; l'argent.

Le pouvoir réside donc dans la marge de liberté de l'individu face à ses partenaires de la relation de pouvoir ; cette marge de liberté dépend de la zone d'incertitude que peut créer cet individu, et de la pertinence de cette dernière.

3.3 LES ZONES D'INCERTITUDE

Quelle que soit l'organisation de travail, aucun individu 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. Pour Friedberg (1988, p. 26) : *« Si l'on admet l'idée que l'homme n'est pas seulement une " main " (OST), un " cœur " (relations humaines) mais également une*

" tête ", c'est-à-dire une liberté, un projet, alors il faut accepter l'idée que la conduite humaine est stratégique, c'est à dire qu'elle est orientée en vue d'atteindre un objectif personnel, compte tenu des contraintes de la situation. »

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. A 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.* » (Friedberg, 1988, p. 36). Pour qu'une relation de pouvoir existe de A sur B, il faut que A puisse anticiper le comportement de B cependant 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. Quelle que soit la tâche à accomplir, aussi modeste et simple fut-elle, l'existence d'une incertitude quant à son accomplissement donnera une part de pouvoir à la personne qui en est chargée. Dans cette perspective, le pouvoir hiérarchique relève non seulement du pouvoir formel de prendre des décisions mais aussi, en raison des zones d'incertitude que chaque subordonné cherche à se ménager, du pouvoir informel de négocier l'acceptation de ces décisions.

Selon Bernoux (1985), l'analyse stratégique a pour objectif de mettre en lumière les situations où les acteurs ne sont plus en interaction alors même qu'ils demeurent interdépendants. C'est sur la base de ce constat que nous allons maintenant émettre nos hypothèses qui vont conduire à mettre en évidence le hiatus entre appartenance professionnelle définie et appartenance professionnelle ressentie – ainsi que ses conséquences – en mettant en lumière les rapports de pouvoir au sein des groupes qui composent l'hôpital, et le rôle qu'y tient la gestion de l'incertitude.