

CHAPITRE 3**LES HYPOTHESES**

1	L'EXISTENCE AU TRAVAIL D'UN NIVEAU DE REGROUPEMENT SUPRA-PROFESSIONNEL ET INFRA-ORGANISATIONNEL, L'ORDRE SOCIOLOGIQUE	
1.1	L'organisation, une catégorisation insuffisamment précise.....	74
1.1.1	L'organisation comme état et l'organisation comme processus.....	74
1.1.2	Les typologies d'organisations.....	75
1.1.3	Echelle et intentionnalité du regroupement.....	78
1.1.4	Profession et métier, un niveau de regroupement non pertinent	80
1.1.5	Appartenance définie et appartenance ressentie.....	82
1.2	L'ordre sociologique.....	84
1.2.1	Ce que l'ordre sociologique n'est pas	84
1.2.2	Une définition de l'ordre sociologique.....	85
2	LES PERSONNELS DE L'HOPITAL REPARTIS EN DEUX ORDRES.....	87
2.1	A l'origine, ordre soignant et organisation support	87
2.1.1	L'ordre soignant.....	87
2.1.2	L'organisation support	88
2.2	L'année 1983 : une « révolution » budgétaire pour les hôpitaux français	89
2.2.1	Les mœurs budgétaires jusqu'en 1983	89
2.2.2	L'introduction de la dotation globale en 1983	90
2.2.3	De l'organisation support à l'ordre dirigeant	94
3	ORDRE SOIGNANT ET ORDRE DIRIGEANT ADOSSES A DEUX LEGITIMITES	97
3.1	Connaissance et intérêt général.....	97
3.2	L'émergence d'un conflit de légitimité dans un environnement idéologique prégnant.....	98
4	DEUX ORDRES ENGAGES DANS UNE LUTTE DE POUVOIR.....	100
4.1	L'imperméabilité culturelle entre ceux qui soignent et ceux qui administrent.....	100
4.1.1	L'hôpital, une structure ancienne où s'opposent temporel et intemporel.....	100
4.1.2	Une imperméabilité culturelle.....	101
4.2	Une lutte de pouvoir entre ordre soignant et ordre dirigeant : incertitude quant au temps et au personnel	103
4.2.1	La réaction de l'ordre soignant à l'avènement de l'ordre dirigeant	103
4.2.2	La demande récurrente de moyens, symptôme de la lutte de pouvoir entre ordre soignant et ordre dirigeant	104
5	LA REMISE EN QUESTION DU CONCEPT DE BUREAUCRATIE PROFESSIONNELLE.....	105

Les concepts d'appartenance professionnelle définie et d'appartenance professionnelle ressentie ne sont pas totalement pertinents pour estimer la répartition des personnels au sein des organisations autrement que par l'appellation de métiers ou de profession. L'appartenance définie ressortit à la gestion des effectifs, l'appartenance ressentie est surdéterminée par l'identité de l'individu : dans un cas, c'est l'intitulé de la profession ou du métier qui est essentiel, dans l'autre, c'est la personnalité de la personne au travail. Pourtant, l'intitulé du métier ou de la profession ne correspond pas nécessairement à la fonction tenue, et l'individu ne peut s'affranchir des contraintes de la fonction qu'il exerce. Dans ces deux catégories de concepts de l'appartenance professionnelle, le rôle tenu par les contraintes de la fonction ne sont pas prises en compte, c'est également le cas du contexte dans lequel elle s'exerce. Or, et c'est l'hypothèse que nous formulons, la sujétion objectivement introduite par la fonction assumée et par son contexte sont pourtant des facteurs éminents de détermination de l'appartenance professionnelle.

Si, avec Friedberg (1988), on peut considérer que la définition formelle d'une organisation est incomplète en tant qu'elle ne se réduit pas à son organigramme, en revanche on s'interrogera sur le fait que l'organisation : « *C'est un corps vivant, habité par des individus libres qui jouent leur jeu en fonction de leurs objectifs propres* » (p. 25). Quand bien même le comportement des individus n'est pas totalement défini par l'organigramme, leurs actes au travail ne sont pour autant affranchis de toutes contraintes ; en d'autres termes, le comportement au travail ne ressortit pas à la personnalité de tel ou tel individu mais se forme suivant les contours dans lesquelles s'inscrit l'activité de cet individu. C'est ce qu'avançaient Lawrence et Lorsch (1967) en observant une relation entre la nature de l'environnement de l'organisation et l'orientation personnelle des agents.

S'il existe une autre dimension structurante de l'appartenance professionnelle, elle doit s'observer dans l'organisation de l'activité – à l'instar des théories de l'appartenance dont nous avons fait état dans le premier chapitre. C'est la raison pour laquelle, et c'est notre seconde hypothèse, nous allons tâcher de mettre en évidence une nouvelle forme de regroupement professionnel informel, que nous dénommons « *Ordre sociologique* ». L'ordre sociologique est une structuration transversale de l'activité qui dépasse métiers et professions tout en s'inscrivant dans

le cadre de l'organisation. Cette structuration est déterminée par les contraintes et le contexte de la fonction effectivement exercée qui empreint davantage les individus que leur formation ou leur appartenance définie. L'existence de l'ordre sociologique se manifeste par l'appropriation d'une légitimité, assignée par la fonction, et par la lutte de pouvoir qui le caractérise..

La validation du concept d'ordre sociologique conduira à questionner les théories de l'appartenance professionnelle et, partant, les notions de bureaucratie professionnelle et de professionnalisation. C'est, en effet, du décalage entre l'appartenance ressentie et l'appartenance définie que naît l'ordre. En d'autres termes, il n'y a pas un lien mécanique entre appartenance définie et appartenance ressentie. Hall (1973, p. 507) l'avait déjà constaté s'agissant des professions : *« Certaines professions " établies " ont un comportement professionnel plutôt faiblement développé, alors que d'autres, parmi les groupes les moins professionnalisés, ont une attitude très rigide à cet égard. »*

C'est la raison pour laquelle, les hypothèses que nous formulons sont les suivantes : les notions d'appartenance professionnelle sont insuffisamment précises pour décrire la structuration des relations au sein des organisations de travail ; nous allons nous appliquer à le démontrer par la mise en lumière d'un niveau de regroupement supra-professionnel et infra organisationnel – l'ordre sociologique – transversal aux autres formes de regroupement au travail ; l'existence de l'ordre se manifeste par le rattachement à une légitimité spécifique qui entraîne une lutte de pouvoir avec l'autre ordre (ou les autres ordres) présent dans l'organisation. Nous allons maintenant développer successivement ces hypothèses.

1 L'EXISTENCE AU TRAVAIL D'UN NIVEAU DE REGROUPEMENT SUPRA-PROFESSIONNEL ET INFRA-ORGANISATIONNEL, L'ORDRE SOCIOLOGIQUE

Précisons tout d'abord que la notion de regroupement que nous utilisons relève de l'« *Action de regrouper, de se regrouper ; son résultat¹* » : c'est donc une action volontariste ou le constat d'une telle situation. Nous n'utilisons pas ici le concept sociologique défini par Weber (1995, p. 88) : « *Nous dirons d'une relation sociale close ou limitée par réglementation vers l'extérieur qu'elle constitue un groupement lorsque le maintien de l'ordre est garanti par le comportement de personnes déterminées, instituées spécialement pour en assurer l'exécution, sous l'aspect d'un dirigeant ou éventuellement d'une direction administrative qui, le cas échéant, a normalement en même temps un pouvoir représentatif.* » Une fois cette précision établie, nous allons, en premier lieu, constater le caractère insuffisamment précis du concept d'organisation avant que d'avancer une définition de l'ordre sociologique.

1.1 L'ORGANISATION, UNE CATEGORISATION INSUFFISAMMENT PRECISE

Non seulement le terme d'organisation recouvre des réalités fortement différentes, mais son acception en termes de regroupement est elle-même sujette à de multiples interprétations qui, pourtant, laissent de côté la question de l'échelle du regroupement au travail.

1.1.1 L'organisation comme état et l'organisation comme processus

En français, le terme organisation décrit à la fois un état et un processus. En tant qu'état, le dictionnaire donne comme définition : « *État d'un corps organisé, manière dont ce corps est organisé* », ainsi que « *Mode selon lequel un ensemble est constitué en vue de sa fin, de son fonctionnement* », ou bien encore « *Association, régie ou non par des institutions, qui se propose des buts déterminés* ». Comme processus, l'organisation est considérée comme l'« *Action d'organiser quelque chose, son résultat.* »

¹ Rappelons que les définitions sans source sont extraites du Grand Robert de la langue française.

C'est dans ce dernier sens que Crozier et Friedberg préfèrent substituer au terme « organisation » celui « d'action organisée ». Pour Friedberg (1999, p. 51) : « *La dynamique renvoie aux processus par lesquels les individus ajustent leurs comportements et coordonnent leurs conduites dans la poursuite d'une action collective.* » Pour eux, les organisations ne sont pas des réponses à des contraintes extérieures mais un phénomène autonome qui obéit à ses propres règles de fonctionnement : les acteurs disposent toujours d'une marge de manœuvre

Il est à noter que le terme « organisation » ne connaît d'inverse que s'agissant de sa signification en termes de processus : « *Anarchie, chaos, dérangement, dérèglement, désordre, désorganisation, gâchis* » ; il n'existe pas de contraire au mot « organisation » pris dans le sens d'état, et donc pas de caractérisation sémantique d'une modalité de structuration de l'activité qui ne réponde pas aux critères de l'organisation.

Livian (2004) évoque la notion de « structure organisationnelle » qui mêle les deux acceptions du terme organisation. Selon lui, la structure définit la configuration relationnelle stable de l'entité étudiée, qui est en interaction avec la réalité humaine et sociale (personnel, compétences, attitudes au travail), avec la composante physique (localisation, équipements, bâtiments...) et avec l'appareil gestionnaire.

Dans la réalité, il n'est pas aisé de distinguer l'organisation-état de l'organisation-processus tant elles interagissent : les processus de coordination à l'œuvre entre les acteurs modèlent la structure organisationnelle de l'activité ; dans le sens contraire, l'organisation comme état influence les rapports entre ses acteurs. La relation n'est pas univoque, elle est variable et sujette à évolutions. On va néanmoins s'appliquer à présenter les grandes typologies d'organisations.

1.1.2 Les typologies d'organisations

On l'a vu *supra*, dans le chapitre 2, Mintzberg (2004) identifie cinq types d'organisation suivant le poids relatif tenu par leurs différentes composantes (le centre opérationnel ; le sommet stratégique ; la ligne hiérarchique ; la technostructure ; les fonctionnels de support logistique) : ce sont les organisations entrepreneuriale, mécaniste, divisionnalisée, professionnelle (ou bureaucratie professionnelle) et innovatrice (ou adhocratie).

S'inspirant des quatre éléments de différenciation des organisations retenus par Lawrence et Lorsch (1989) – orientation des objectifs ; niveau de projection dans le temps des personnels d'encadrement ; style de relations et de coordination au sein des unités de travail ; différenciation de la structure formelle – Francfort et *al.* (1995) ont réparti les entreprises de leur panel entre cinq groupes suivant cinq variables : le degré de standardisation de l'organisation ; la division du travail ; la standardisation des produits ; l'interdépendance dans le travail ; la polarisation des compétences. Ils ont ainsi distingué cinq types d'organisation : rationnelle (industrielle, administrative) ; professionnelle de *process* (automatisée) ; personnalisée (relation personnels/usagers) ; flexible (petites séries, maintenance, service de haute technologie) ; artisanale.

En distinguant selon le type de fonctions ou d'objectifs poursuivis, Parsons (1960) distingue, quant à lui, quatre types d'organisations : les organisations de production ; les organisations à but politique ; les organisations intégratives (dont le rôle est de résoudre les conflits et de coordonner les motivations en direction de la satisfaction des attentes sociales) ; les organisations de soutènement du modèle social (leur objectif est de maintenir la continuité sociale par le biais de l'éducation, la culture, les activités d'expression). De même, Cyert et March (1963) voient dans les objectifs des organisations l'élément principal de leur structuration et de leur différenciation.

Katz et Kahn (1966) recensent également quatre types d'organisation : l'organisation de production ou l'organisation économique ; l'organisation de socialisation (églises, écoles, hôpitaux, protection sociale...) ; l'organisation adaptative (qui crée ou adapte le savoir – les universités par exemple) ; l'organisation politique ou de gestion.

Pour Etzioni (1961), la source principale de différenciation entre les organisations réside dans le consentement à l'autorité, qu'il classe en trois catégories : fondé sur la coercition, sur l'utilitarisme ou sur la persuasion. Le consentement fondé sur la coercition est aliénant, il caractérise les maisons de redressement, les hôpitaux publics, les prisons, les écoles... ; le consentement utilitariste est constitué par la rémunération, il est à l'œuvre dans des organisations telles que les banques, les aéroports, les restaurants, les usines, les bureaux de poste... ; le consentement adossé à la persuasion est normatif et moral, il concerne les églises, les hôpitaux privés, les universités, les fédérations d'agriculteurs...

Selon Blau et Scott (1962), le principal critère de distinction des organisations relève du bénéficiaire principal de leurs actions. A ce titre, ils identifient quatre formes d'organisations : les associations mutualistes, où les membres sont les principaux bénéficiaires (coopératives agricoles, associations commerciales, associations médicales locales...); les organisations commerciales (banques, hôtels, journaux...); les organisations de service (compagnies d'assurance, hôpitaux privés, éducation nationale, universités...); les organisations d'intérêt général (poste, hôpitaux d'Etat, prisons, chaînes publiques de télévision...). Ils n'excluent pas que des organisations puissent relever de plusieurs de ces catégories.

Hass et *al.* (1966) établissent une typologie en dix classes d'organisations davantage hétérogènes que les précédentes, dans la mesure où elles sont établies sur des critères plus abondants (tableau 14).

Tableau 14. Les dix classes d'organisations de Hass, Hall et Johnson

Classe 1 Restaurant, motels, banques, etc.	Classe 2 Ecoles publiques, poste, coopératives agricoles, etc.	Classe 3 Maisons de redressement, prisons d'Etat	Classe 4 Aéroports municipaux, chaînes de télévision éducative, agences gouvernementales de régulation	Classe 5 Hôpitaux privés, associations commerciales, églises, etc.
Classe 6 Hôpitaux d'Etat, Maisons de redressement	Classe 7 Agences privées de protection sociale, organisation de fraternité religieuse	Classe 8 Prisons d'Etat, organisations religieuses locales, Agences privées de protection sociale	Classe 9 Organisations religieuses d'Etat, sections locales de partis politiques	Classe 10 Associations médicales locales, chemins de fer

Source : Hass et *al.* (1966).

Hall (1972) précise que les organisations peuvent être également discriminées selon leur niveau technique, leur environnement technologique, les variations dans leur structure et leurs procédés, leur production et leur personnel – ce dernier élément est considéré comme un facteur externe qui n'influe pas sur la classification des organisations mais qui s'observe uniquement au niveau intra-organisationnel. Elles peuvent l'être aussi suivant leur degré de complexité qui s'évalue selon la nature de leur différenciation : horizontale, verticale ou hiérarchique, et spatiale.

Pugh et *al.* (1987) classent les organisations qu'ils ont analysées suivant trois dimensions : la structuration des activités, la concentration de l'autorité et le contrôle hiérarchique du cheminement du travail de production. Il est intéressant de noter que pour eux la structuration des activités signifie : « *Jusqu'à quel point le comportement des employés est défini de façon explicite ; cela inclut le degré de spécialisation des*

rôles dans l'attribution des tâches, le degré de standardisation des occupations organisationnelles et le degré de formalisation des procédures écrites » (p. 195). C'est là une définition explicite de l'appartenance définie. A partir de ces trois dimensions, Pugh et *al.* établissent la taxinomie suivante : bureaucratie pure ; début de bureaucratie pure ; bureaucratie axée sur la production ; début de bureaucratie axée sur la production ; prébureaucratie axée sur la production ; bureaucratie axée sur le personnel ; organisations implicitement structurées.

Heydebrand (1973 c), enfin, a analysé un panel de 7 000 hôpitaux à l'aide de plusieurs critères de différenciation : la taille ; la spécialisation fonctionnelle ; la spécialisation par unité ; le degré de professionnalisation ; le degré d'encadrement ; le poids du personnel administratif.

Au total, ce panorama permet de se rendre compte que les typologies d'organisations dépassent très largement le cadre de la structure de travail pour s'étendre au fonctionnement du corps social dans son ensemble. Les définitions de l'organisation laissent toutefois de coté plusieurs éléments pertinents, en particulier la question de l'échelle et de l'intentionnalité du regroupement.

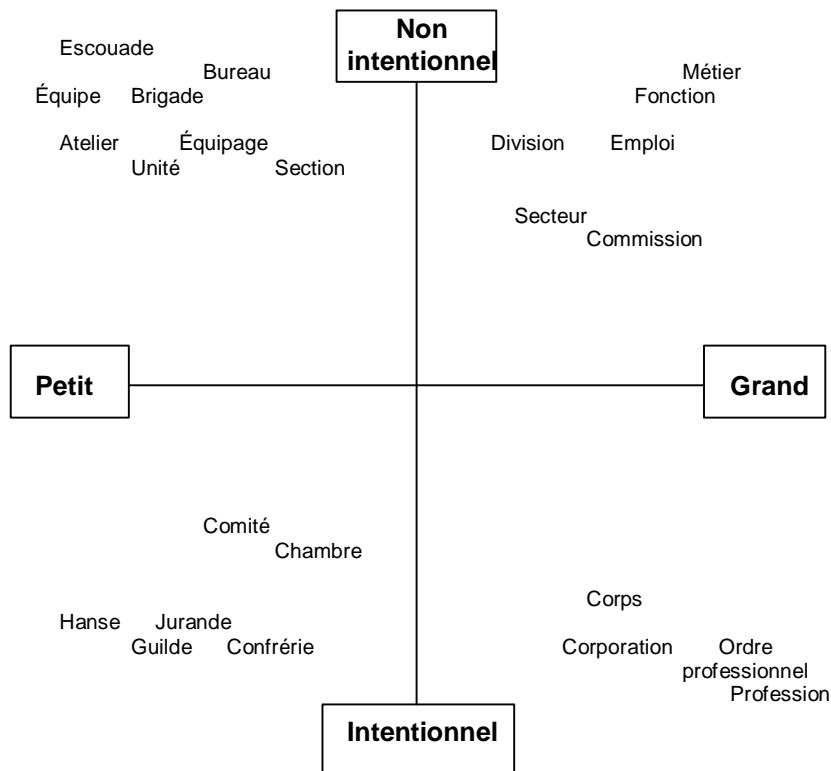
1.1.3 Echelle et intentionnalité du regroupement

Les organisations, dont le panorama des typologies vient d'être brossé, sont en réalité des structures – structures de travail, de production, ou bien structures sociales. C'est la raison pour laquelle il manque dans leur description et dans leur analyse l'articulation entre la question de l'échelle et le degré d'intentionnalité des membres du regroupement, notamment s'agissant des regroupements de travail.

Sur la figure 7, nous avons positionné les types de regroupements professionnels identifiés dans le tableau 1 (chapitre 1) selon deux axes : l'axe horizontal étalonnant la taille des regroupements et l'axe vertical marquant le degré d'intentionnalité qui a présidé à leur constitution. On peut s'apercevoir sur cette figure que parmi les regroupements non intentionnels on trouve la division, le secteur, la commission, ainsi que l'emploi, la fonction et le métier. Il convient ici de définir la notion d'intentionnalité : si l'acquisition d'une compétence professionnelle ne relève bien évidemment pas du hasard, ce n'est pas ce que nous entendons par intentionnalité, mais plutôt l'action coordonnée visant à établir une situation spécifique pour le

groupement professionnel. Ces groupements non intentionnels ont la particularité d'avoir une taille très importante, qui se compare à celle de la profession ou de l'ordre professionnel. Le métier et la fonction, en particulier, se distinguent de la profession par un niveau radicalement opposé d'intentionnalité : la profession se caractérise – en tant que forme de regroupement – par la volonté de ses membres de se distinguer collectivement, en particulier en interdisant l'accès de leur discipline aux non initiés. Métier et fonction, en revanche, ne sont pas organisés sur la base d'un volontarisme interne de leurs membres, ce sont des regroupements de constatation. Les semi-professions se trouvent à mi-chemin entre professions et métiers.

Figure 7. Croisement échelle/intentionnalité du regroupement



Nous ne prendrons pas en compte les regroupements de petite taille et très spécialisés, qu'ils soient intentionnels – hanse, guilde, confrérie... – ou pas : brigade, équipe, bureau, etc. Nous nous intéresserons à deux formes de macro-regroupement différenciés par leur niveau opposé d'intentionnalité : le métier et la profession.

Il est à noter que le degré d'intentionnalité ne recoupe pas la notion de coordination, abondamment traitée dans la littérature. Des regroupements professionnels de toutes tailles et de tous degrés d'intentionnalité font l'objet d'une coordination interne et/ou externe.

L'organisation est donc un concept insuffisamment précis pour caractériser les regroupements au sein des structures de travail ; il en est également ainsi des catégorisations professionnelles.

1.1.4 Profession et métier, un niveau de regroupement non pertinent

Profession et métier sont des intitulés d'activité professionnelle qui relèvent de l'appartenance définie. Il existe souvent un lien puissant entre l'appellation de l'activité et l'activité effectivement pratiquée : il en est ainsi pour une infirmière qui travaille dans un service de soins, un enseignant qui donne des cours, un avocat qui plaide, etc. Parfois, pourtant, le lien entre appellation de l'activité et activité effectivement pratiquée est relâché, voire rompu : c'est le cas d'une infirmière chargée des questions d'hygiène à la direction des ressources humaines d'un hôpital, d'un enseignant relisant des manuscrit pour le compte d'une maison d'édition, d'un avocat devenu attaché parlementaire... Ces dernières situations soulèvent deux questions fondamentales : comment recenser professionnellement ces personnes ? Quel sentiment d'appartenance professionnelle ressentent-elles ?

L'infirmière chargée des questions d'hygiène à la direction des ressources humaines doit-elle être recensée sur la base de l'appellation de son métier ou bien de la fonction qu'elle assure effectivement ? Dans le premier cas, on majorera fictivement le nombre d'infirmières (fonction) en activité dans l'établissement ; dans le second cas, c'est le poids relatif du personnel administratif qui en sera accru d'autant. L'autre difficulté du dilemme appellation/fonction est que l'infirmière, quelle que soit sa fonction, continue d'être rémunérée comme telle. Cette situation, caractéristique de la fonction publique, n'est pourtant pas propre à cette dernière : les modalités de rémunération dans le secteur privé ressortissent également à des grilles et à des échelles déterminées conventionnellement par le niveau de formation et l'ancienneté.

La complexité de la gestion des appellations de métiers et/ou de fonctions provient de la double utilisation qui en est faite : en termes de gestion des effectifs et de leur

rémunération, et en termes de gestion des compétences. Gérer les personnels à partir de l'appellation de leur métier ou de leur profession permet un suivi précis de la masse salariale et une anticipation des contraintes réglementaires liées aux ressources humaines ; cette modalité d'évaluation, en revanche, ne constitue qu'un instrument pauvre et imprécis de gestion des compétences. A l'inverse, gérer exclusivement les personnels à partir de la fonction qu'ils exercent autorise une gestion – notamment prévisionnelle – des compétences mais exclut tout suivi et toute anticipation des dépenses liées au personnel. En d'autres termes, l'appellation de métier ou de profession est actuellement un instrument unique censé répondre à deux objectifs très différents : le suivi réglementaire et budgétaire des effectifs, et la gestion des compétences.

L'autre question fondamentale soulevée par le *hiatus* existant parfois entre appellation et fonction tenue relève du sentiment d'appartenance ressenti par les personnels concernés. L'enseignant qui relit des manuscrits pour une maison d'édition se perçoit-il comme enseignant ou comme relecteur ? A t-il le sentiment d'appartenir à l'Education nationale ou au secteur privé de l'édition ? S'approprie-t-il la légitimité de la transmission socialisée du savoir ou bien celle de l'édition marchande des connaissances ?

Professions/métiers et groupes d'appartenance sont souvent identiques mais pas tout le temps, or la quasi-totalité des analyses recourant à l'appartenance professionnelle tiennent pour acquis une équivalence entre les deux. Les groupes professionnels sont fréquemment composés de membres d'une même profession ou d'un même métier, ou bien d'une même « filiation » professionnelle : une entreprise de plomberie est composée presque totalement de plombiers, le chef d'entreprise et les agents tenant d'autres fonctions viennent très souvent de cette filière professionnelle. A mesure que s'accroît la taille, et donc la complexité, des organisations de travail, le lien quasi mécanique entre appellation de profession/métier et fonction effectivement exercée se distend, de même que se développe l'imbrication des compétences et des filières professionnelles au sein des groupes de travail. Si l'on prend l'exemple d'une entreprise générale de bâtiment qui propose l'éventail des prestations de second œuvre, on constatera cette fois que les

plombiers côtoient des maçons, des menuisiers, des peintres, au sein des mêmes unités de travail.

La caractérisation des organisations laisse donc de côté les fonctions effectivement tenues pour privilégier l'appartenance professionnelle définie, l'identification des tâches et des compétences est une dérivée de l'identification de la production et/ou de l'activité, ou n'est même pas évoquée. La question de l'échelle et du degré d'intentionnalité du regroupement n'est pas pris en compte, il en est également ainsi de la nature de l'appartenance professionnelle. Dans le même sens, l'appellation en termes de métiers et/ou de professions ne tranche pas le dilemme entre appartenance professionnelle définie et appartenance ressentie.

1.1.5 Appartenance définie et appartenance ressentie

On le voit, les catégorisations et les typologies d'organisation ne mettent pas en lumière le décalage qui peut exister entre appartenance définie et appartenance ressentie. Bernoux (1985) rappelle qu'une organisation se distingue par les éléments suivants : une division des tâches ; une distribution des rôles ; un système d'autorité ; un système de communication ; un système de contribution rétribution. S'agissant de la division des tâches, il précise que : « *Le travail à exécuter peut être formalisé par écrit ou non, il doit être réparti entre les individus d'une manière assez claire pour que l'un n'empiète pas sur l'autre. Il est donné pour une durée déterminée à ceux qui l'exécutent. Dans les entreprises modernes, il peut exister une liste des tâches à accomplir affectée à chaque responsable de cette tâche* » (p. 119). Il distingue la division des tâches de la distribution des rôles, dans la mesure où chaque individu accomplit de manière particulière les tâches dont l'exécution lui est confiée, et qu'il joue ainsi son rôle.

La catégorisation de l'activité, telle qu'elle est faite dans les typologies d'organisations, s'appuie sur une division des tâches ou, dit autrement, sur l'appartenance définie. C'est ce que fait Mintzberg pour répartir les agents entre les cinq groupes d'activités qu'il a identifiés. Pour Hall (1972, p. 143) : « *La différenciation horizontale est la façon dont les tâches exécutées par l'organisation sont réparties entre ses membres* », il met en lumière la répartition des tâches comme élément de différenciation entre les organisations, mais sans préciser si cette

répartition ressortit aux profils de recrutement ou aux tâches effectivement assumées. Comme indicateurs de la différenciation horizontale, Aiken et Hage (1970) utilisent le nombre de métiers (*occupational specialties*) et le degré de professionnalisation de la main d'œuvre.

Dans son analyse des critères de différenciation des organisations, Heydebrand (1973 a) se fonde, quand il s'agit de personnel, sur les appellations des métiers et pas sur les fonctions effectivement tenues : pour la spécialisation fonctionnelle, il précise que ce sont les intitulés de métiers (*job titles*) qui sont utilisés ; le degré de professionnalisation est estimé à partir du nombre d'infirmières diplômées, quelle que soit leur fonction. Pugh et *al.* (1987) définissent l'un des trois éléments d'analyse des organisations qu'ils utilisent – la structuration des activités : « *Jusqu'à quel point le comportement des employés est défini de façon explicite ; cela inclut le degré de spécialisation des rôles dans l'attribution des tâches, le degré de standardisation des occupations organisationnelles et le degré de formalisation des procédures écrites* » (p. 195) ; on est, là encore, dans le domaine de l'appartenance définie.

Or il y a un décalage entre l'appartenance définie et l'appartenance ressentie au sein des structures de travail, dans la mesure où l'appartenance définie sert davantage à la gestion des effectifs qu'à la gestion des compétences, et que les fonctions effectivement tenues correspondent peu, ou pas du tout, à la définition du métier ou de la profession. Les notions d'organisations, de profession et de métiers sont donc insuffisantes pour expliquer les sous-répartitions au sein des organisations de travail.

Nous avançons que ce sont les contraintes de la fonction qui déterminent le sentiment d'appartenance davantage que le rattachement professionnel – et ce, qu'il s'agisse de métiers ou de professions. C'est, donc, du *hiatus* entre appartenance définie et appartenance ressentie que naît, selon nous, l'ordre sociologique, niveau de regroupement supra-professionnel et infra-organisationnel.

1.2 L'ORDRE SOCIOLOGIQUE

Le terme « ordre » est abondamment utilisé dans de nombreux sens différents. Nous allons d'abord écarter les définitions qui ne correspondent pas à l'acception que nous voulons introduire, avant que de proposer une définition de l'ordre sociologique.

1.2.1 Ce que l'ordre sociologique n'est pas

Dans le langage courant, le terme ordre s'utilise : dans le cadre d'une relation hiérarchique et d'autorité (donner un ordre) ; pour caractériser un type de groupement (ordre des avocats, ordre des jésuites, ordre dorique...) ; pour indiquer les placements respectifs au sein d'une succession d'éléments (ordre du jour, ordre de bataille) ; pour faire valoir un état d'organisation accepté (ordre public, ordre moral, rappel à l'ordre) (tableau 15). Quatre tableaux (en annexe 2) donnent le détail de ces groupes, synthétisés dans le tableau 15.

Tableau 15. Les principaux sens du terme « ordre »

Commandement	Catégorisation	Ordonnement sans jugement de valeur	Ordonnement avec jugement de valeur
Expression d'une volonté hiérarchique	Architecturale	Succession d'éléments	Opposé du désordre
Support et transmission de cette volonté hiérarchique	Biologique	Degré de préparation militaire (ordre de bataille)	Stabilité sociale
	Sociale	Programme (ordre du jour)	Conformité à une règle
	Professionnelle		Concept scientifique (ordre légitime de Weber...)
	Religieuse		

Source : Le Grand Robert de la langue française ; Dictionnaire de l'Académie française.

L'ordre sociologique n'est pas une structure ni l'expression hiérarchique d'un commandement, d'un ordonnancement sans jugement de valeur, ou d'une succession d'éléments ou d'un programme. Ce n'est pas non plus un ordonnancement avec jugement de valeur dans le sens d'un état des rapports sociaux jugé satisfaisants. Il ne se confond pas avec la notion d'ordre telle que définie par Weber (1995, p. 396) : « *Nous appelons " ordre " une pluralité d'individus qui, au sein d'un groupement, revendique efficacement a) une considération particulière – éventuellement aussi b) un monopole particulier à leur condition.* » Pour lui, un ordre peut naître d'un mode de vie, d'une profession, d'un charisme héréditaire, de l'appropriation des pouvoirs politiques. Il ajoute qu'on peut accorder à

un ordre une validité légitime en vertu : de la tradition ; d'une croyance affective ou émotionnelle ; d'une croyance rationnelle en valeur ; d'une croyance d'une légalité.

C'est dans cette perspective que la notion d'ordre sociologique se différencie aussi de l'ordre social ou ordre négocié – que Strauss définit comme un état stationnaire des rapports entre les acteurs sociaux – et, surtout, du segment professionnel. Les segments professionnels sont : « (...) *des coalitions [qui] se développent et prospèrent – en s'opposant à d'autres* » (Strauss, 1992 c, p. 68). Le segment professionnel est un groupement qui émerge transitoirement à l'intérieur d'une profession alors que l'ordre sociologique est une modalité de regroupement au travail qui traverse professions et métiers.

L'ordre sociologique ne relève pas non plus d'une forme culturelle de regroupement au travail fondée sur des rituels (Cabin, 1999 a), sur une « culture organisationnelle » (Demailly, 1994 ; Delobbe et Vandenberghe, 2004) ou sur une « régulation culturelle des ensembles organisés » (Sainsaulieu, 1987 et 1994). Ce n'est pas plus un « sous-système » organisationnel (Katz et Kahn, 1966), au sens de la subdivision d'un type de regroupement existant.

1.2.2 Une définition de l'ordre sociologique

Si l'on reprend la typologie établie dans le tableau 15, on avancera que l'ordre sociologique ressortit à une catégorisation et à un ordonnancement avec jugement de valeur – ce dernier point ne relevant pas d'un état des rapports sociaux jugé satisfaisant, comme la stabilité sociale, mais d'une légitimité revendiquée. C'est une structuration informelle de regroupement au travail qui transcende les appartenances professionnelles définies en réunissant des agents à partir de contraintes ou de valeurs partagées, quel que soit leur métier ou leur profession. L'ordre sociologique est un regroupement de mission qui fait l'objet d'une structuration par la contrainte fonctionnelle liée à l'activité, et qui suscite l'appropriation d'une légitimité.

1.2.2.1 Une structuration par la contrainte fonctionnelle

Le décalage qui peut exister entre appartenance ressentie et appartenance définie provient de la contrainte introduite par l'exercice de la fonction tenue. Si l'on reprend les exemples utilisés plus haut, ce qui différencie une infirmière travaillant dans un service de soins d'une autre chargée des questions d'hygiène à la direction des ressources humaines n'est en aucune façon leur formation, leur rémunération ou la reconnaissance sociale accolée à leur métier, mais bien leur activité professionnelle au quotidien et le contexte professionnel dans lequel cette dernière s'inscrit. En d'autres termes, ce sont davantage les contraintes de la fonction qui modèlent le jugement des personnels, leur positionnement dans l'organisation et, éventuellement, leur prise de décision.

1.2.2.2 L'appropriation d'une légitimité

Le second déterminant de l'ordre sociologique est l'appropriation d'une légitimité par les agents de l'ordre, qui ne correspond pas nécessairement à la légitimité qui fonde leur profession ou leur métier. Là encore, c'est le contexte de l'activité et les contraintes qu'il entraîne qui déterminent le mécanisme d'appropriation de la légitimité. Par exemple, pour que la légitimité revendiquée par un enseignant soit celle de la profession enseignante, il faut que ce dernier exerce professionnellement dans un contexte et sous des contraintes propres au enseignants ; dans, ce cas, appartenance professionnelle définie et appartenance professionnelle ressentie sont convergentes. Si cet enseignant exerce un métier dans un autre contexte professionnel, il sera enclin à faire sien la légitimité de ce contexte-là, sous l'effet des contraintes de la fonction qu'il assume.

L'ordre sociologique est donc une structuration informelle, professionnellement transversale, qui se situe en deçà du niveau organisationnel ; à ce titre, il est supra-professionnel et infra-organisationnel. Pour en faire la démonstration, nous allons devoir montrer que cette structuration du travail est à l'œuvre sur le terrain d'étude que nous avons choisi – l'hôpital – dont les personnels se répartissent entre deux ordres.

2 LES PERSONNELS DE L'HOPITAL REPARTIS EN DEUX ORDRES

A l'origine, conformément à la description des bureaucraties professionnelles, l'ordre soignant était secondé par une organisation support. L'introduction de la rareté dans les hôpitaux français, par la modification des conditions de leur financement, a transformé l'organisation support en ordre dirigeant.

2.1 A L'ORIGINE, ORDRE SOIGNANT 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, et dont l'activité est servie par une organisation support.

2.1.1 L'ordre soignant

L'ordre soignant est principalement constitué de professions paramédicales et de médecins qui y sont omniprésents et décisionnaires. C'est ce que souligne Freidson (1984, p. 197) 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 s'il se caractérise par la proximité avec le soin, l'ordre soignant n'est pas constitué 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...

Mais ce qui en fait un ordre, c'est que des personnels ayant un profil professionnel éloigné du soin se considèrent pourtant comme faisant partie de l'ordre soignant, ou du monde du soin. C'est le cas, par exemple, des secrétaires médicales qui exercent en service de soins : ce sont hiérarchiquement des personnels administratifs qui, placés dans un contexte de soin, finissent par en revendiquer l'appartenance. Rappelons que pour Hughes (1958), les groupes professionnels qui ont le plus de chance d'accéder au statut de professions sont ceux dont l'activité revêt, pour tout ou

partie, un caractère sacré, en raison de la nature des savoirs manipulés par ses membres : crime, sexualité, malheur, ou bien naissance, maladie et mort.

L'ordre soignant a une forte composante religieuse – en particulier chez les personnels paramédicaux. Steudler (1973, p. 21) rappelle que : « *Lieu de misère, l'hôpital est une institution charitable, humanitaire, aux mains de l'Eglise* ». Cet hôpital-là assure la présence d'un personnel soignant et servant, religieux en grande partie. Si la Révolution française a remis cette présence en cause, les religieux ont réintégré les établissements à partir du Directoire et du Consulat. Les médecins, en revanche, ne font que des interventions ponctuelles à l'hôpital ; mis à part un corps réduit de médecins permanents laïcs, ils privilégient leur clientèle privée. Pour Dubar (2002), l'hôpital est caractérisé par la juxtaposition de deux « programmes institutionnels » : l'institution charitable incarnée par l'action des religieuses et l'institution médicale déterminée par l'univers scientifique.

L'usage des mots et des noms vient attester de cette emprise du charitable : les hôpitaux sont fréquemment qualifiés d'Hôtel-Dieu, comme celui de Lyon, fondée en 549, ou celui de Paris, bâti en 651. Bonnici (1998, p. 6) rappelle que : « *Encadré par les congrégations religieuses, l'hôpital, dans lequel " nul malade n'est reçu s'il ne s'est confessé à l'entrée ", voit son sort lié au rayonnement de l'Eglise.* »

2.1.2 L'organisation support

A l'hôpital, les non soignants assument à l'origine des fonctions support : approvisionnement, nettoyage, commandes de fournitures, etc. Présents dans les hôpitaux 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 (1984, p. 125), 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'ordre soignant. Vincent (1988, p. 170) rappelle que : « *Le secrétaire et l'économe, 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 (Arbuz et

Debrosse, 1996). Jusqu'en 1941, le pouvoir de nomination était exclusivement exercé par le président de la commission 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 (Clément, 1995).

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.

2.2 L'ANNEE 1983 : UNE « REVOLUTION » BUDGETAIRE POUR LES HOPITAUX FRANÇAIS

De Kervasdoué (2005, p. 10) 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.

2.2.1 Les mœurs budgétaires jusqu'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 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'hôpitaux 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, d'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.

2.2.2 L'introduction de la dotation globale en 1983

La mise en œuvre du financement par dotation globale 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 financement².

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

2.2.2.1 L'hôpital aux prises avec les règles de l'économie

La limitation des dépenses permises annuellement aux établissements de santé par les autorités sanitaires a conduit ces derniers à être confronté pour la première fois aux fondements de l'économie – en particulier à la rareté et à ses corollaires, le coût d'opportunité et le concept de performance.

2.2.2.1.1 *Rareté et coût d'opportunité*

La rareté est une caractéristique des biens économiques, c'est-à-dire de ceux qui n'existent pas à l'état naturel et en quantité illimitée pour satisfaire les besoins. La rareté, phénomène général et absolu, se différencie de la pénurie qui est transitoire et/ou limitée. Le prix d'un bien est, dès lors, la mesure de sa rareté et de son utilité au sens économique, c'est-à-dire son aptitude à satisfaire leur besoin économique

² 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. Les modalités de financement des établissements de santé sont détaillées dans l'annexe 7.

(Silem et Albertini, 2004). Plus un bien est rare, plus il a de valeur ; moins il y a de personnes à connaître une information, plus la valeur de cette dernière s'élève³.

L'encadrement des dépenses dans une enveloppe fermée a conféré une rareté aux crédits budgétaires des établissements et, partant, a accru leur valeur. Dès lors, l'affectation des ressources rares ainsi disponibles doit davantage faire l'objet d'une réflexion préalable, et d'une évaluation *a posteriori* en regard des besoins les plus importants des hôpitaux. Dans ces conditions, l'allocation des ressources doit devenir optimale, ou tout au moins s'approcher de l'optimum dit de Pareto, considéré comme le niveau atteint à partir duquel : « (...) *il n'est pas possible d'améliorer la situation d'un individu – quel qu'il soit – sans détériorer la situation d'au moins un autre individu* » (Guerrien, 2002, p. 393).

A défaut d'atteindre l'optimum, il convient – compte tenu de leur rareté nouvelle – que l'allocation des ressources budgétaires et financières réduise au maximum leur coût d'opportunité, c'est-à-dire le coût d'une utilisation non optimale d'un bien, la différence entre ce qu'on a obtenu par cette utilisation et ce qu'on aurait pu obtenir par une meilleure utilisation. Le coût d'opportunité ne peut s'établir qu'en regard des objectifs de l'organisation et des critères qui permettent de juger dans quelle mesure ces objectifs ont été atteints. C'est toute la difficulté dans un hôpital, où l'évaluation de la performance est considérablement plus complexe à établir que dans une entreprise.

2.2.2.1.2 *Efficacité, rentabilité, productivité : quel indicateur de performance pour l'hôpital ?*

La définition et l'évaluation de la performance d'un hôpital sont plus délicates à déterminer que celles d'une entreprise – eu égard à l'activité pratiquée, d'une part, et au décalage qui existe entre cette activité et l'acception courante des définitions de la performance, d'autre part (tableau 16).

La description comparée de l'acception courante et de la définition économique de plusieurs concepts relatifs à la performance permet de juger de leur adéquation avec

³ La valeur économique n'est pas le seul critère pertinent de valeur : l'air, qui est un bien libre, ou bien l'eau sont en quantité illimitée, mais l'amointrissement de leur qualité a mis en lumière leur valeur irremplaçable. De même, la valeur d'un réseau est fondée sur l'abondance de ses membres. Cette question théorique n'a pas vocation à être développée ici.

la situation des hôpitaux. Les notions de rendement et de rentabilité s'appliquent à des domaines différents : la première ressortit à l'industrie, la seconde relève du calcul financier. L'efficacité, quant à elle, renvoie à une situation idéale d'optimum parétien. Le caractère marginaliste de la productivité la rend également inopérante, l'unité additionnelle de moyen de production, ou *input*, est peu aisée à identifier dans les activités de service – *a fortiori* dans une activité de services de soins.

Tableau 16. Définitions de la performance en langage courant et en langage économique

	Langage courant	Langage économique
Efficacité	Capacité de produire le maximum de résultats avec le minimum d'effort, de dépense	Notion qui s'évalue en regard d'un coût, d'un avantage, d'un investissement
Efficience	Efficacité, capacité de rendement.	Une situation d'efficience répond à l'optimum de Pareto
Performance	Rendement maximal d'une machine et, par extension, d'un être vivant, de l'homme	Degré d'accomplissement des objectifs, des buts, des plans ou programmes que s'est donnés une organisation
Productivité	Caractère productif d'une chose, d'une activité	La productivité marginale est l'augmentation de la quantité de produit qu'une entreprise peut obtenir à partir de l'utilisation d'une unité supplémentaire d'un de ses <i>input</i>
Rendement	Production évaluée par rapport à certaines données de base (matériel, hommes, capital, travail, etc.).	Rapport entre la quantité de produits obtenus et une quantité donnée de facteurs de production
Rentabilité	Caractère que présente le capital de procurer à son propriétaire le droit de prélever une part des richesses déjà créées	Capacité d'un capital placé ou investi à procurer des revenus exprimés en termes financiers

Source : à partir de Silem et Albertini (2004), Guerrien (2002), Le Grand Robert de la langue française.

Restent donc les notions de performance et d'efficacité. Cette dernière renvoie davantage au rapport entre un facteur de production identifié et le résultat de son utilisation, le rapport coût/efficacité de l'acquisition d'une machine nouvelle par exemple. Pour Katz et Kahn (1966, p. 170) : « *Le concept d'efficacité nous permet d'estimer la part de facteurs de production transformés en produit et la part qui est absorbée par le fonctionnement de l'organisation.* » C'est la raison pour laquelle on privilégiera la notion de performance, qui met en avant le degré d'accomplissement des objectifs de l'organisation.

La comparaison entre le langage courant et le langage économique permet également de comprendre les malentendus qui peuvent entourer l'utilisation de tel ou tel concept. S'agissant par exemple de la performance, s'il est difficilement acceptable d'appliquer à l'hôpital la notion courante de rendement maximal des facteurs de production, il n'y a en revanche rien de choquant à vérifier qu'un établissement de soins accomplisse les objectifs qui lui sont fixés : par ses

actionnaires pour un établissement privé commercial, par le corps social pour les établissements participant au service public hospitalier.

La performance d'un hôpital doit, par conséquent, s'évaluer à l'aune des objectifs qui lui sont assignés. Pour Phelps (1995, p. 139) : « *Les hôpitaux exercent leur activité sur toute une série de marchés. Il leur faut attirer des médecins dans leurs équipes, car ce sont eux qui admettent les patients à l'hôpital. Il leur faut aussi attirer des patients, car ce sont eux qui payent. (...) Les hôpitaux opèrent aussi sur les marchés comme acheteurs ; le cas le plus notable est celui du marché du travail.* » Cette citation démontre que la tentation existe de considérer les établissements de santé comme des structures soumises sans réserves aux lois du marché – en particulier celle de l'offre et de la demande ; elle montre surtout que les hôpitaux poursuivent plusieurs objectifs simultanément.

La multiplicité des buts appelle une multiplicité des indicateurs, ce qui fait dire à Gadrey (2003, p. 70) : « *Autant dire que la productivité du travail hospitalier n'a aucune chance de pouvoir être réduite à un indicateur synthétique unique et que la réflexion sur l'efficacité du travail à l'hôpital ne peut se fonder que sur des critères multiples, quantitatifs et qualitatifs, c'est-à-dire sur des procédures d'évaluation à la fois de l'efficacité opérationnelle des diverses fonctions et de l'efficacité dans l'obtention de résultats sanitaires.* » Cette vision renvoie à celle d'Etzioni (1971) qui différencie les organisations à buts simples de celles à buts multiples – un établissement de santé faisant sans conteste partie du second type d'organisations. Le but principal d'un hôpital est de soigner ses patients, l'une de ses responsabilités secondaires principales est d'employer des personnes, c'est d'ailleurs dans cette responsabilité qu'il est parfois le plus défaillant alors que les établissements de santé pratiquent une activité de main-d'œuvre. Il convient aussi de rappeler le rôle social de l'hôpital – l'accueil des plus nécessiteux, leur enfermement parfois, la prise en charge permanentes des détrences sociales – ainsi que sa place dans la recherche et dans l'enseignement.

Les rôles de l'hôpital sont donc multiples, de même – donc – que les notions de performance qui lui sont appliquées. Lombrail et al. (1999) répartissent les éléments de la performance hospitalière entre ceux qui relèvent du volume d'activité et ceux qui ressortissent à la qualité de la prestation hospitalière – encore plus difficile à

estimer. Champagne et *al.* (2005) ont établi une typologie des modèles de performance hospitalière – atteinte des buts, processus internes, acquisition des ressources ; relations humaines ; politique ; légitimité sociale ; zéro défaut ; comparatif de performance ; normatif du système d'action rationnelle ; intégrateur de la performance organisationnelle – ainsi que la description de cadres d'évaluation de la performance des systèmes de service de santé : OMS, OCDE, Royaume-Uni, Etats-Unis, Nouvelle-Zélande, Australie, Canada, Québec.

2.2.3 De l'organisation support à l'ordre dirigeant

La réforme du mode de financement des hôpitaux a transformé l'organisation support en ordre dirigeant. La raréfaction des moyens budgétaires a contraint les établissements de santé à la performance et, par voie de conséquence, a considérablement accru le pouvoir des administrateurs 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 ordre dirigeant, 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 établissements 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 zone d'incertitude 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 (1988, p. 37) : « *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 (Friedberg, 1988).

Heydebrand (1973 c) 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 (1971), 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'organisation : la structure de pouvoir leur est favorable et les professionnels leurs 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* » (p. 148).

A partir de 1983, l'organisation support s'est transformée en ordre dirigeant parce que les administrateurs, devenus décisionnaires sous la contrainte de rareté, ont ainsi formé une direction. Pour Dubar (2002, p. 64) : « *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 (1984, p. 143) rappelait que : « *Seules des décisions financières ou administratives prises ailleurs peuvent [en] limiter la portée.* »

Comme le rappelle Etzioni (1971, p. 158) : « *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 devenu 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.

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'ordre dirigeant. Désormais, le chef d'établissement est l'égal des chefs de services. Pour de Kervasdoué (1996, p. 244) : « *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.* »

Les rapports de force entre professionnels et non professionnels ont donc été bouleversés par l'introduction de la dotation globale. Cette dernière a fondé l'ordre dirigeant, et a transformé une opposition déséquilibrée entre ordre soignant et organisation support en un affrontement entre deux ordres, qui sont adossés à deux légitimités.

3 ORDRE SOIGNANT ET ORDRE DIRIGEANT ADOSSÉS A DEUX LEGITIMITÉS

Pour Weber (1995) toutes les formes de domination s'appliquent à faire naître et à entretenir la croyance en leur légitimité. Dans les hôpitaux, la légitimité du savoir et de la connaissance s'oppose à la légitimité de l'intérêt public et de l'intérêt général.

3.1 CONNAISSANCE ET INTERET GENERAL

Weber (1995) identifie quatre types d'actions – rationnelles par rapport à un but ; rationnelles par rapport à une valeur ; affectives ou émotionnelles ; traditionnelles – et quatre types d'ordres légitimes, qui rappellent les types d'actions sans leur être identiques : ordres affectifs ou émotionnels ; rationnels par référence à des valeurs ; religieux ; rationnels par rapport à un but.

Renvoyant à la description des types de domination chez Weber (1995), Aron (1967) propose une mise en relation des types d'action, de domination et des ordres légitimes (tableau 17). A la lumière de cette mise en relation, on peut s'apercevoir que l'ordre soignant (terme ici utilisé dans l'acception que nous avons définie *supra* et pas dans le sens conféré par Weber) relève de l'ordre légitime traditionnel/religieux et de l'ordre affectif/émotionnel ; l'ordre dirigeant, quant à lui, ressortit à l'ordre légitime rationnel par rapport à un but.

Tableau 17. Types d'actions, de domination et ordres légitimes chez Weber

Types d'actions	Types de domination	Rapport action/domination	Types d'ordre légitime
Rationnelles par rapport à un but (idem action logique de Pareto)	Rationnel, légal	Parallélisme parfait	Rationnels par rapport à un but, déterminés par l'intérêt
Rationnelles par rapport à une valeur (duel...)	-	-	Rationnels par référence à des valeurs
Affectives ou émotionnelles	Charismatique	Rapprochement moins justifiable	Affectifs ou émotionnels
Traditionnelles	Traditionnel	Même appellation	Religieux (renvoient à l'action appelée traditionnelle – affinité entre la religion et la tradition)

Source : d'après Aron (1967, p. 556-560).

Dit autrement, l'ordre soignant a comme légitimité externe la légitimité de la connaissance, empreinte au niveau local par une dimension religieuse et charismatique ; l'ordre dirigeant conduit son action en référence à la légitimité de l'intérêt général – localement, cette dimension peut être également affectée d'une dimension charismatique, suivant la personnalité du chef d'établissement.

L'émergence de ce conflit de légitimité a ceci de particulier qu'il a pris corps dans un environnement idéologique prégnant.

3.2 L'EMERGENCE D'UN CONFLIT DE LEGITIMITE DANS UN ENVIRONNEMENT IDEOLOGIQUE PREGNANT

Ce qui a été qualifié de « Tournant néo-libéral » à la fin des années 1980, c'est-à-dire : « *Le processus de délégitimation du compromis keynésien social démocrate d'après guerre et le succès des idées néo-libérales inspirées des thèses du choix rationnel* » (Le Galès, 2001, p. 147), a conduit parallèlement à une remise en cause structurelle de l'action publique et à une réflexion quant à l'amélioration de sa performance.

Dès les années 1960, la lenteur et la lourdeur bureaucratiques ont été dénoncées. La critique de l'inertie de l'action publique s'est doublée, quelques décennies plus tard d'une remise en question plus radicale fondée sur une comparaison avec la souplesse des mécanismes de marché ou sur l'impossibilité théorique d'une action publique efficace. La critique de la bureaucratie est, selon Dubar (2002), l'un des deux éléments de remise en question et de déclin de ce qu'il appelle le « programme institutionnel », l'autre étant son inadaptation à répondre à des demandes sociales de plus en plus diverses et fragmentées : « *Le programme institutionnel classique fonctionne comme une bureaucratie dans laquelle des règles générales et rationnelles venues d'en haut sont mises en œuvre par des acteurs supposés identiques et conformes ; il suffit donc de s'assurer de cette conformité* » (p. 62).

La critique de la lourdeur bureaucratique s'est doublée d'une remise en question radicale des possibilités d'action publique initié par l'école dite des « anticipations

rationnelles⁴ » qui voue à l'échec toute démarche volontariste de la puissance publique en raison du comportement parfaitement rationnel de *l'homo oeconomicus* et, plus généralement, du citoyen. Dans le même sens, les structures de grandes tailles ont été condamnées au profit d'une organisation sociale fondée sur des micro-regroupements d'acteurs indépendants, perspective tracée par Handy (1995), Dent (1995) et Bridges (1995). Alors que la montée en puissance des théories anti-bureaucratiques dans le corpus idéologique du monde occidental a coïncidé avec la chute des grandes bureaucraties politiques des pays de l'Est, la critique et/ou la prise de conscience endogène de la nécessité de réforme a conduit à une réflexion quant à l'amélioration de la performance publique.

Cette modification de l'environnement ne peut pas ne pas être sans influence sur les hôpitaux, en particulier sur leurs objectifs. Thompson et McEwen (1961, p. 177) rappellent que : « *Dans la mesure où la fixation des objectifs est essentiellement une question de définition des relations désirées entre l'organisation et son environnement, les changements affectant l'un ou l'autre réclament une relecture et peut-être une modification des buts de l'organisation.* » L'avènement de l'ordre dirigeant et la lutte de pouvoir qui en a résulté avec l'ordre soignant se sont donc inscrites dans un environnement idéologique marqué par la contestation du poids pris par la bureaucratie et, plus encore, par l'affirmation de l'inanité même de la gestion publique. En d'autres termes, quand bien même ce n'était pas là leur credo théorique, les membres de l'ordre soignant ont vu leur rejet de la domination bureaucratique hospitalière – au sens de Weber – être étayée par le mouvement puissant de remise en cause de la légitimité de l'intérêt général, ce qui n'a pu qu'attiser la lutte de pouvoir entre les deux ordres.

⁴ Ecole dont les chefs de file sont Thomas Sargent, Robert Barro et Robert Lucas (1972) – ce dernier étant l'auteur du texte fondateur.

4 DEUX ORDRES ENGAGÉS DANS UNE LUTTE DE POUVOIR

Le conflit entre ceux qui soignent et ceux qui administrent, largement déterminé par une imperméabilité à leur culture réciproque, est devenu un conflit de pouvoir dès lors que l'organisation support s'est transformée en un ordre dirigeant.

4.1 L'IMPERMEABILITE CULTURELLE ENTRE CEUX QUI SOIGNENT ET CEUX QUI ADMINISTRENT

4.1.1 L'hôpital, une structure ancienne où s'opposent temporel et intemporel

L'hôpital est une structure de travail très ancienne, peut-être la plus ancienne : il fonctionnait en routine à une époque où l'entreprise et la fabrique n'avaient pas encore remplacé les corporations d'artisans ou de commerçants, et où le travail agricole se faisait sous le régime de la tenure. Son origine religieuse continue d'empreindre son rythme d'activité et de non activité, et s'oppose aux contraintes du temporel.

Les fondations confessionnelles de l'hôpital ont marqué durablement l'organisation interne de son activité : travailler à l'hôpital c'est faire don de soi, avoir une vocation, exercer un sacerdoce, un apostolat. Tout récemment encore, cette interprétation était réaffirmée. Petitat (1994, p. 232) cite les recommandations de Pie XII aux infirmières : « *Vous devez cultiver en vous l'esprit d'abnégation, la pureté du cœur, la délicatesse de la conscience, afin que votre service soit vraiment l'acte de charité surnaturelle que demande la foi chrétienne.* » Par conséquent, le travail à l'hôpital ne peut être qu'empreint par la dimension prépondérante du religieux, un rapport distancié au temps. Le domaine du religieux n'est-il pas opposé au monde profane par son intemporalité ? L'intemporel se distingue ainsi du temporel, du monde d'ici bas : le temps culturel à l'hôpital est un temps originellement religieux. Les personnels faisant don d'eux-mêmes n'ont *in fine* de comptes à rendre qu'à Dieu, dans ces conditions, interroger le rythme de leur travail ne peut relever que du blasphème : l'échéance du religieux, c'est l'éternité.

Ce rapport particulier au temps s'observe encore dans les établissements de santé, les soignants – au premier desquels les médecins – sont les maîtres de la

chronologie hospitalière. Les médecins exercent une profession qui les met au contact de la vie et de la mort des patients. Ce « pouvoir » de vie et de mort (même s'il n'en est pas sociologiquement un) ressortit à moindre échelle à celui du Créateur : mourir, c'est entrer dans l'éternité, c'est toucher à l'intemporel aussi. Selon Pouchelle (2003, p. 126) : « *Faire attendre et donc s'approprier le temps d'autrui vient alors signaler comme tels les détenteurs du pouvoir ultime sur la vie.* »

Aujourd'hui encore, cette dimension particulière au temps peut s'observer dans les établissements de santé. Consulter à l'hôpital, c'est faire vœu d'endurance, comme si l'attente était rédemptrice de quelques pêchés explicatifs de la maladie : les salles d'attente ont vocation à accueillir la totalité des patients d'une consultation ; on attend des heures dans les services d'accueil des urgences ; patienter sans explications ni justifications, sans même parler d'excuses, est la norme. Il en est de même s'agissant des modalités de travail dans les services de soins caractérisés par une organisation séquentielle, une tâche venant en chasser une autre.

Or la maîtrise du temps est un des éléments centraux dans la constitution des organisations complexes. Landes (1987) a démontré le rôle de la mesure du temps, le rapport que les hommes ont entretenu avec son contrôle, sa nécessité et/ou son opportunité, dans la formation du monde moderne. Pour qualifier le caractère central de l'utilisation du temps par l'Etat moderne, Delmas (1991) qualifie ce dernier de « *Maître des horloges* », en le situant comme « *Garant des lenteurs nécessaires* » (p. 83).

A l'opposé, tant l'organisation support que l'ordre dirigeant, qui lui a succédé, se sont constitués dans leur rapport maîtrisé au temps. L'activité de l'ordre dirigeant est toute dirigée vers le temps borné : contrats de recrutement, marchés de fourniture, délais de réponse aux exigences administratives... C'est dans leur capacité à gérer le temps – le leur et celui de leurs collaborateurs – que les administrateurs hospitaliers font la démonstration de leur compétence.

4.1.2 Une imperméabilité culturelle

Cette divergence dans les rapports au temps ne peut que conduire à une opposition tranchée entre monde du soin et monde du non soin. Durkheim (1994, p. 50) rappelle que : « *La division du monde en deux domaines comprenant, l'un tout ce qui*

est sacré, l'autre tout ce qui est profane, tel est le trait distinctif de la pensée religieuse. » Il ajoute (p. 54) : « *Les deux mondes ne sont pas seulement conçus comme séparés, mais comme hostiles et jalousement rivaux l'un de l'autre. Puisqu'on ne peut appartenir pleinement à l'un qu'à condition d'être entièrement sorti de l'autre, l'homme est exhorté à se retirer totalement du profane, pour mener une vie exclusivement religieuse.* » De même, chez Hughes (1958), la première des quatre étapes du parcours initiatique d'un professionnel est la rupture d'avec le monde « profane » ; pour séparer les deux composantes de l'activité d'un professionnel, il distingue le caractère sacré du modèle théorique de travail d'un professionnel (*Saintly models*) des travaux de bas étage (*Dirty works*) que ce dernier doit pourtant accomplir au quotidien.

Katz (1964) identifie trois sources organisationnelles de conflits : le conflit fonctionnel induit par l'existence de sous-systèmes variés au sein de l'organisation ; l'attribution de fonctions similaires à des unités de travail différentes ; des oppositions hiérarchiques fondées sur la lutte entre groupes d'intérêts à propos des modalités de répartition des récompenses – statutaires, de prestige ou monétaires. Pour Lawrence et Lorsch (1967), il existe deux classes de conflits : l'une, caractérisée par un jeu à somme nulle, où chaque partie accorde un intérêt au résultat ; l'autre pour laquelle plusieurs solutions sont possibles. Ils considèrent que la confrontation est le mode le plus efficace de résolution des conflits mais qu'elle n'est pas utilisée autant qu'elle le devrait en raison de l'aversion qu'elle suscite chez les acteurs du conflit.

L'opposition entre temporel et intemporel ressortit à un conflit de sous-systèmes où plusieurs solutions sont possibles, cela ne suffit pas à en faire un conflit de pouvoir : c'est l'accession de l'organisation support au statut d'ordre qui a marqué le début d'une lutte de pouvoir avec l'ordre soignant – le rapport différencié au temps n'en étant qu'une des composantes.

4.2 UNE LUTTE DE POUVOIR ENTRE ORDRE SOIGNANT ET ORDRE DIRIGEANT : INCERTITUDE QUANT AU TEMPS ET AU PERSONNEL

4.2.1 La réaction de l'ordre soignant à l'avènement de l'ordre dirigeant

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'ordre soignant. En d'autres termes, pour paraphraser la définition du pouvoir avancée *supra*, jusqu'en 1983, l'ordre soignant était en mesure d'obtenir de l'organisation support qu'elle réponde à ses demandes alors qu'elle ne l'aurait pas fait spontanément ; à partir de 1983, l'ordre dirigeant se trouve désormais dans une situation identique vis-à-vis de l'ordre soignant.

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 subisse –, c'est par le renforcement de sa zone d'incertitude à l'égard de l'ordre dirigeant que l'ordre soignant a répondu à l'incertitude budgétaire qui a remis en cause sa position dominante dans les hôpitaux. Ce rapport de pouvoir apparaît notamment dans la gestion contrastée du temps.

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. Les moyens d'un établissements de santé étant composés au 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. De Coster (1999, p. 143) rappelle que : « (...) *la manipulation du temps devient ainsi un des moyens de l'action sociale dont on se sert pour affirmer son statut et, par conséquent, son pouvoir ou son autorité.* » Le temps du soin se plie dès lors au temps de l'organisation, c'est le temps de l'institution qui prime : les services de soins risquent de subir la domination d'une organisation bureaucratique des horloges.

Dans ce contexte, l'organisation du travail dans les services de soins devient l'enjeu éminent de la lutte de pouvoir entre ordre soignant et ordre dirigeant, et la demande récurrente de moyens en personnel s'érige en moyen de rejeter la domination bureaucratique, et ce dans un domaine médiatisable.

4.2.2 La demande récurrente de moyens, symptôme de la lutte de pouvoir entre ordre soignant et ordre dirigeant

L'ordre dirigeant est affronté au 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 (1988, p. 5) 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 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-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'ordre soignant refuse la domination de l'ordre dirigeant parce que les priorités de ce dernier 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'ordre dirigeant : 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'ordre dirigeant par l'ordre soignant 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 (1999, p. 147) nomme : « *L'autogestion clandestine* », c'est la raison pour laquelle toute rationalisation exogène l'organisation du travail hospitalier est vouée à l'échec.

Il y a donc lutte de pouvoir entre l'ordre soignant et l'ordre dirigeant. 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. Cette lutte de pouvoir s'observe principalement dans le domaine du personnel : parce le domaine du soin est une activité de main d'œuvre, et parce que la question du recrutement de personnels est un enjeu bien plus médiatisable que celui des équipements bio-médicaux ou celui des bâtiments.

Enfin, la mise en évidence d'un regroupement au travail qui transcende les formes communes d'appartenance professionnelle – en particulier le métier et la profession – ne peut pas ne pas avoir d'impact sur les théories assises sur l'appartenance professionnelle, au premier rang desquelles la bureaucratie professionnelle.

5 LA REMISE EN QUESTION DU CONCEPT DE BUREAUCRATIE PROFESSIONNELLE

La validation du concept d'ordre sociologique emporterait une remise en cause partielle du concept de bureaucratie professionnelle émis par Mintzberg (1982). L'ordre sociologique, en effet, est une structuration informelle déterminée par la contrainte fonctionnelle et le contexte d'exercice de l'activité, et pas par l'appartenance professionnelle définie. En d'autres termes, l'ordre sociologique est un regroupement professionnel composite formée d'agents appartenant à plusieurs types de métiers – professionnels, semi-professionnels ou non professionnels. Or le concept de bureaucratie professionnel ressortit, au contraire, à une répartition fondée sur l'appartenance professionnelle définie et pas sur la fonction réellement exercée.

A l'hôpital, on tentera de démontrer : que les mécanismes d'appropriation d'une légitimité au travail sous contrainte fonctionnelle expliquent l'adhésion à l'ordre, quelle que soit l'appartenance professionnelle ; que le rattachement à l'ordre prime le rattachement à la profession dans la lutte de pouvoir entre ordres. Il conviendra donc de valider l'argument déjà avancé par Perrow (1965, p. 966) : « *La nature des tâches accomplies plus que les relations entre les gens ou les structures formelles de l'organisation fournit la meilleure explication de la convergence croissante entre les*

aspects bureaucratiques et professionnels des rôles au travail, à la fois dans les hôpitaux et dans d'autres organisations. »

Les hypothèses que nous formulons sont donc les suivantes : il existe une forme de regroupement supra-professionnel et infra-organisationnel – l'ordre sociologique – rassemblant transversalement des membres de professions et de métiers différents, réunis par l'appropriation d'une légitimité ; dans les hôpitaux, les personnels sont répartis entre l'ordre soignant et l'ordre dirigeant ; ces deux ordres sont adossés à deux légitimités à forte composante externe ; ils sont engagés dans une lutte de pouvoir qui s'exprime particulièrement dans les demandes récurrentes de personnels supplémentaires. Pour valider ces hypothèses, l'analyse stratégique des organisations a été retenue comme modèle d'analyse et l'hôpital a été choisi comme terrain d'étude – nous allons voir maintenant selon quelle modalités.