

CHAPITRE 4

LES MODALITES DE VALIDATION DES HYPOTHESES

1	LE CHAMP DE L'ENQUETE.....	108
1.1	Les hôpitaux.....	108
1.1.1	Les typologies existantes.....	109
1.1.2	L'activité des établissements de santé.....	111
1.1.3	La taille des établissements.....	114
1.1.4	La localisation géographique.....	115
1.1.5	Les établissements à enquêter par taille, activité et localisation.....	115
1.1.6	Mode de financement et mission des établissements de santé.....	116
1.1.7	Les établissements à enquêter.....	118
1.2	Les personnels à enquêter.....	119
1.2.1	Les personnels non médicaux.....	121
1.2.2	Les personnels médicaux.....	133
1.3	Le champ de l'enquête : le choix métiers/structures.....	139
1.3.1	Les caractéristiques des métiers ou fonctions indéterminés.....	139
1.3.2	La prise en compte des fonctions : une logique d'enquête par métiers/professions « basculants ».....	140
1.3.3	Le croisement métiers/structures : le champ de la recherche empirique.....	144
2	MODALITES ET SUPPORT DE L'ETUDE EMPIRIQUE.....	145
2.1	L'objectif de la recherche empirique.....	145
2.2	Le contexte de l'enquête.....	146
2.3	Les modalités de la recherche.....	148
2.3.1	Entretiens et/ou questionnaires ?.....	148
2.3.2	Le mode d'interrogation.....	149
2.4	Le questionnaire.....	152
2.4.1	L'agent et la structure.....	152
2.4.2	La seconde partie du questionnaire : mises en situation et positionnement.....	152
2.4.3	Forme et présentation du questionnaire.....	154

Pour vérifier la pertinence des hypothèses que nous venons d'émettre, une étude empirique a été menée sur le terrain d'étude choisi, les hôpitaux. Une attention particulière a été accordée à la variété des lieux d'enquête : types d'établissements ; dispersion géographique de leur implantation ; diversité de leur taille et de leur dotation en moyens de production ; panachage suffisant des types de personnels rencontrés.

C'est la raison pour laquelle on développera d'abord les questions relatives au champ de l'enquête avant que de se pencher sur les modalités de recueil de l'information et le support utilisé pour ce faire.

1 LE CHAMP DE L'ENQUETE

La réflexion quant à la détermination du champ de la recherche empirique porte sur les hôpitaux et les personnels qui y travaillent, quel que soit le statut de ces établissements et de ces personnels.

1.1 LES HOPITAUX

Jusque là nous avons utilisé le terme « hôpital » pour qualifier indifféremment tout établissement de santé, quel que soit son statut, son mode de financement et ses objectifs. La première question qui se pose dans la définition du champ de l'étude est de savoir s'il faut la restreindre aux hôpitaux publics ou l'étendre aux hôpitaux privés, dénommés communément « cliniques » - qu'elles soient à but lucratif ou non lucratif¹. De façon à renforcer l'effet de la démonstration que nous souhaitons mener pour valider les hypothèses avancées, le choix est fait d'étendre l'étude aux établissements de santé privés : la différence de taille, d'objectifs, d'organisation interne ne peuvent être que des éléments supplémentaires à l'appui de la thèse de l'existence d'un ordre sociologique dépassant les cadres habituels de l'appartenance professionnelle.

¹ Quand bien même les qualificatifs « commerciaux » ou « non commerciaux » sont parfois préférés, les termes « lucratifs » et « non lucratifs » seront utilisés. Ils ne ressortissent pas à un jugement de valeur quant à la mission de ces établissements de santé mais renvoient aux définitions utilisées dans le Répertoire FINESS, répertoire national géré par le ministère de la Santé qui dresse de façon permanente l'inventaire des établissements du domaine sanitaire et social (voir explication détaillée en annexe 3).

La différenciation entre établissements de santé peut se faire à partir de plusieurs critères : nature, dispersion et orientation de l'activité ; mission ; mode de financement ; environnement ; taille ; lourdeur des soins ; présence et part de l'enseignement et de la recherche dans l'activité ; présence et part des urgences, des consultations externes, etc. On examinera d'abord les typologies existantes pour ensuite sérier le champ des critères distinctifs à retenir.

1.1.1 Les typologies existantes

La plupart des typologies se fondent sur le mode d'organisation et de financement des établissements de santé dans chaque pays concerné. Ainsi, l'Office fédéral suisse de la statistique (2001) distingue-t-il les hôpitaux de soins généraux des cliniques spécialisées : les premiers se subdivisent entre hôpitaux dits de « prise en charge centralisée » et hôpitaux de « soins de base » ; les cliniques spécialisées se répartissent, quant à elles, entre cliniques psychiatriques, cliniques de réadaptation et cliniques spécialisées.

Influencé par l'organisation du système américain de santé, Heydebrand (1973 c) identifie dix concepts principaux permettant de discriminer les établissements de santé : autonomie ; structure ; environnement ; taille ; technologie ; division du travail ; professionnalisation ; structure d'autorité ; direction ; efficacité. A partir de ces concepts, il propose différentes classifications d'établissements – hôpitaux fédéraux ; hôpitaux locaux et des Etats ; hôpitaux de bénévoles à but non lucratif non affiliés à des institutions religieuses ; hôpitaux universitaires, non universitaires, médicaux, chirurgicaux – ou bien introduit plusieurs critères permettant de les différencier : nombre d'intitulés de métiers dans l'établissement ; grands groupes de métiers ; accréditation ; rapport personnels/ patients, infirmières/patients ; proportion de personnels techniques qualifiés, de médecins salariés... Notons qu'Anderson et Warkov (1973) introduisent la taille de la structure administrative comme élément de différenciation, et que pour Blau (1974) la taille d'une organisation est un facteur d'inertie et d'accroissement de la centralisation de la prise de décision. Sur la base d'une classification par service, par statut universitaire et par type de contrôle, Heydebrand (1973 c) répartit les hôpitaux américains en douze groupes : les trois sortes d'hôpitaux (fédéraux ; locaux et des Etats ; de bénévoles à but non lucratif non

affilié des institutions religieuses) qui se subdivisent à leur tour suivant leur caractère universitaire ou non, leur spécialisation psychiatrique ou leur orientation générale.

L'objectif n'étant pas ici de proposer une nouvelle typologie d'établissement ou une méthode permettant d'y parvenir, on se limitera au choix d'éléments permettant d'influencer les réponses des personnels eu égard aux objectifs de notre recherche empirique. Pour ce faire, on se penchera plus attentivement sur les deux typologies que Balsan (2003) a établies pour les établissements publics de soins et les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH²) en France, ainsi que sur celle de Cueille (2005).

Dans sa première typologie (tableau 18), Balsan répartit les établissements analysés entre quatre groupes : le premier est principalement constitué de grands et de moyens centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU) ; le second, de moyens et de petits CHRU, d'hôpitaux spécialisés et d'établissements PSPH ; le troisième rassemble des entités de taille moyenne avec une activité orientée vers la maternité ; le quatrième groupe est principalement constitué de centres hospitaliers, souvent situés dans un département dépourvu de CHRU.

Tableau 18. Typologie en quatre groupes d'hôpitaux de Balsan (2003)

Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4
Grands établissements, techniques et diversifiés, disposant de nombreux internes et réalisant un plus grand nombre de coefficients de biologie. Forte part de marché sur une zone de chalandise très peuplée et urbaine	Entités de petite taille, dont l'activité est technique et spécialisée en chirurgie, réalisant un nombre relativement important de consultations externes, sur une zone de chalandise très peuplée située en ville	Taille moyenne. Part plus importante de leur activité orientée vers la maternité. Part de marché également moyenne sur une zone de chalandise peuplée, plutôt urbaine et économiquement favorisée	Etablissements de proximité, des centres hospitaliers pour l'essentiel, réalisant un nombre de séjours plus faible que la moyenne (avec une part de marché relativement faible), sur une zone de chalandise peu peuplée, relativement moins urbaine et économiquement moins favorisée. Ces établissements sont plus souvent situés dans un département dépourvu de CHRU

Source : d'après Balsan (2003), p. 25-26.

La seconde typologie de Balsan est formée de six groupes :

- grands établissements à l'activité technique et diversifiée ;
- établissements de pointe avec un effort élevé de recherche et d'enseignement ;
- établissements spécialisés réalisant beaucoup de consultations, sans effort élevé de recherche et d'enseignement ;

² On utilisera désormais l'abréviation PSPH pour qualifier les établissements de santé privés à but non lucratif participant au service public hospitalier.

- établissements réalisant une activité de maternité relativement importante ;
- établissements de plus petite taille fortement spécialisés en maternité ;
- hôpitaux de proximité.

Les typologies de Balsan sont à comparer à celle établie par Cueille (2005). Quand bien même elle se fonde sur des questionnaires adressés à des décideurs hospitaliers³, ses résultats ne sont pas éloignés de ceux de Balsan – seule la numérotation des classes semblant inversée. Cueille établit une typologie en cinq classes, que l'on a regroupées en quatre – la distinction entre les classes 3 et 5 se fondant sur l'état d'esprit des décideurs interrogés (tableau 19).

Tableau 19. Typologie en quatre classes d'hôpitaux de Cueille (2005)

Classe 1	Classe 2	Classe 3 et 5	Classe 4
Etablissements de petite taille, situés dans une zone géographique à faible densité démographique, soumis à une faible concurrence sur leur ville d'implantation	La taille de l'établissement et l'importance démographique de sa zone d'implantation sont plutôt élevées	Activité plutôt spécialisée reposant sur une technicité faible	Etablissements de taille importante implantés dans une zone à forte densité démographique

Source : d'après Cueille (2005).

Les éléments les plus pertinents qui semblent se dessiner dans les deux typologies relèvent de l'activité des établissements, de leur taille et de leur mode de financement. Ces trois éléments sont fortement liés : ce sont les établissements les plus importants en taille et ayant l'activité la plus lourde qui sont universitaires et, donc, relèvent du secteur public de la santé. Ces trois critères vont être maintenant explorés, ainsi que la question de leur localisation géographique.

1.1.2 L'activité des établissements de santé

Les différences s'établissent selon la part tenue par le soin dans l'activité, le type d'activité, et la lourdeur de cette dernière.

1.1.2.1 Les secteurs social, médico-social et sanitaire

Il existe, en France, une répartition entre établissements sociaux, médico-sociaux et établissements sanitaires – la césure entre ces trois catégories d'établissements

³ Directeurs et président de Commission médicale d'établissement d'établissements publics « ayant une activité significative en MCO » (médecine, chirurgie, obstétrique).

s'établissant sur le fait de proposer une activité de soin : totalement, partiellement ou pas du tout.

Les établissements sanitaires font exclusivement du soin ; s'ils accueillent d'autres activités dans leur enceinte, ces dernières sont suivies séparément, en particulier d'un point de vue budgétaire. Les établissements médico-sociaux sont d'abord des établissements sociaux qui assurent au surplus certains soins que peut réclamer l'état de leurs patients, les soins les plus lourds étant pris en charge dans le domaine sanitaire. Enfin, les établissements sociaux n'ont aucune activité de soins⁴.

Pour valider les hypothèses avancées *supra*, il est préférable de rassembler des établissements disposant du panel le plus large possible de métiers et de qualifications, ainsi que d'un type d'activité mettant en relation des groupes professionnels aux priorités les plus affirmées possibles. A la lumière de cette exigence, il paraît préférable de focaliser l'analyse sur le secteur sanitaire – l'activité de ce dernier se scindant elle-même en trois sous-secteurs.

1.1.2.2 Les trois composantes du secteur sanitaire : MCO, SS et SSR

L'activité des établissements sanitaires se répartit entre médecine, chirurgie, obstétrisque (MCO), soins de suite (SS) et soins de suite et de réadaptation (SSR). Pour les mêmes raisons qui ont présidé au choix du secteur sanitaire, le terrain privilégié pour la recherche empirique sera celui des établissements orientés vers l'activité MCO, où les différences entre ordres ont le plus de chance de s'observer clairement.

1.1.2.3 Lourdeur de l'activité

La lourdeur de l'activité des établissements s'évalue en comptabilisant le nombre de points ISA qu'ils ont « produit » annuellement. Ce chiffre résulte du produit du nombre d'actes réalisés par l'établissement et du nombre de point ISA que « rapporte » chacun de ces actes⁵.

⁴ Une définition plus précise du champ des établissements sociaux et médicaux sociaux est présentée en annexe 4.

⁵ Pour des précisions sur le point ISA et le PMSI, voir en annexe 5.

De façon à sérier le champ de l'enquête, on a cherché à répartir les établissements sanitaires MCO (quel que soit leur statut) suivant la lourdeur de leur activité : peu lourde, moyennement lourde, lourde – cette distinction se fondant sur le nombre de points ISA produits par chacun d'entre eux. Le choix s'est fait au vu de la répartition graphique des établissements de santé recensés dans le fichier FINESS suivant le nombre total annuel de points ISA correspondant⁶.

Sur la courbe ainsi obtenue, le nombre de points ISA des établissements MCO produit en 2004 s'étalonne de 13 755 à 288 030 440. Deux points d'inflexion apparaissent : à 10 millions et à 50 millions de points ISA. Sur les 1 548 établissements MCO recensés, 40 établissements produisent plus de 50 millions de points ISA par an (de 50 261 485 à 288 030 440), 494 produisent entre 10 millions et 50 millions de points ISA (10 041 155 à 49 321 560) et 1 014 établissements produisent annuellement moins de 10 millions de points ISA (13 755 à 9 960 190).

Dans la mesure où les établissements privés ont une taille nettement inférieure aux établissements publics, la répartition peu lourde/moyennement lourde/lourde, s'est faite pour ces derniers en prenant en compte cette différence d'échelle : les bornes du public ont été divisées par quatre pour obtenir celles applicables aux établissements du secteur privé. Les fourchettes de répartition des établissements de soins MCO publics et privés sont présentées dans le tableau 20.

Tableau 20. Définition de la lourdeur de l'activité par tranches de points ISA

(borne supérieure comprise ; borne inférieure non comprise)

Activité	Nombre de points ISA	
	Public	Privé
Peu lourde	< 10 millions	< 2,5 millions
Moyennement lourde	10 à 50 millions	2,5 à 12,5 millions
Lourde	> 50 millions	> 12,5 millions

Des établissements publics de santé produisant moins de 10 millions de points ISA par an, ou des établissements privés en produisant moins de 2,5 millions, ne constituent pas des terrains d'enquête satisfaisants : ils disposent d'un nombre de lits peu important, d'un faible panel d'activité et d'une différenciation moins marquée

⁶ Le graphique est en annexe 6.

entre métiers. L'enquête empirique portera donc sur des établissements de santé ayant une activité moyennement lourde ou lourde.

1.1.3 La taille des établissements

Il n'est pas question d'envisager la taille des établissements comme indicateur du degré de différenciation interne (Blau, 1974) ou du niveau de professionnalisation (Hall, 1972). La taille est envisagée ici comme un élément ayant une influence majeure sur l'activité, sur le nombre de professions ou de métiers différents composant le personnel, et sur le clivage entre soin et non-soin.

De même que pour la lourdeur de l'activité, on a défini trois groupes d'établissements – petit, moyen et grand – sur la base du nombre de lits autorisés pour chacun⁷. La césure entre groupes s'est faite de manière empirique au vu des écarts généralement constatés en termes de dotation en lits. Là encore, la différence de taille entre établissements publics et privés conduit à adopter une échelle différente pour chacune de ces catégories d'établissements de soins – les bornes du secteur privé sont de nouveau divisées par quatre par rapport au secteur public. La définition des établissements suivant leur taille est présentée dans le tableau 21.

Tableau 21. Taille des établissements par tranches de nombre de lits
(borne supérieure comprise ; borne inférieure non comprise)

Taille	Nombre de lits	
	Public	Privé
Petite	< 400	< 100
Moyenne	400-800	100-200
Grande	> 800	> 200

De même que pour la lourdeur de l'activité, l'insuffisante différenciation professionnelle et le faible panel d'activités des établissements de petite taille conduisent à les écarter du champ de la recherche, qui se concentrera sur les établissements de santé de moyenne et de grande taille.

⁷ Le nombre de lits autorisés n'équivaut pas au nombre de lits effectivement ouverts et utilisés par l'établissement : plusieurs raisons (travaux, manque de personnel, congés...) peuvent conduire à ne pas utiliser des lits autorisés par les autorités sanitaires.

1.1.4 La localisation géographique

De façon à éviter toute distorsion relevant d'une concentration géographique des établissements enquêtés, on a défini un critère de taille de villes. Comme pour la classification retenue quant à l'activité et à la taille des établissements, trois groupes de villes de localisation ont été retenus : petites, moyennes et grandes – le critère de classement étant le nombre d'habitants de la ville (tableau 22).

Tableau 22. Taille des villes par tranches de nombre d'habitants
(borne supérieure comprise ; borne inférieure non comprise)

Taille	Nombre d'habitants
Petite	< 50 000
Moyenne	50 000–200 000
Grande	> 200 000

Pour respecter la cohérence des options retenues s'agissant de la lourdeur de l'activité et de la taille des établissements, le choix se portera sur les établissements situés dans des villes moyennes ou grandes : il est rare, en effet, que des établissements situés dans de petites villes soient de taille moyenne ou grande, et aient une activité moyennement lourde ou lourde.

1.1.5 Les établissements à enquêter par taille, activité et localisation

Si l'on croise les trois critères de sélection que sont la taille de l'établissement, la lourdeur de son activité et sa localisation suivant la taille de la ville, on obtient huit combinaisons possibles de types d'établissements (figure 8).

Figure 8. Combinaisons de types d'établissements par taille, activité et localisation

Etablissement de grande taille avec une activité	moyennement lourde	dans une ville moyenne
		dans une grande ville
	lourde	dans une ville moyenne
Etablissement de taille moyenne avec une activité		dans une grande ville
	moyennement lourde	dans une ville moyenne
		dans une grande ville
	lourde	dans une ville moyenne
		dans une grande ville

Parmi ces huit combinaisons, nous en retiendrons deux combinaisons qui nous apparaissent cohérentes :

- établissement de grande taille avec une activité lourde dans une grande ville ;
- établissement de taille moyenne avec une activité moyennement lourde dans une ville moyenne

Les classes d'activité et de taille des établissements ayant été définies, reste maintenant à se pencher sur le troisième critère de différenciation retenu, le mode de financement des établissements.

1.1.6 Mode de financement et mission des établissements de santé

Les typologies utilisées jusque là ne prennent pas en compte le mode de financement et les missions des établissements. Nous allons successivement évoquer ces deux nouveaux éléments de différenciation.

1.1.6.1 Le mode de financement

Le mode de financement des structures publiques de soins se distingue de celui des établissements privés. Le financement de ces derniers est lui-même caractérisées par une grande hétérogénéité de situation entre les établissements, en raison notamment de leur caractère lucratif ou non. Quand la tarification à l'activité fonctionnera à plein régime⁸, tous les établissements de santé, publics comme privés, devraient être soumis au même mode de financement. Jusque là, le financement des établissements de santé continuera – au moins pour partie – à faire coexister deux régimes spécifiques : la dotation globale et l'objectif quantifié national (OQN)⁹.

La dotation globale est une somme forfaitaire allouée aux établissements publics et à la majeure partie des établissements privés non lucratifs – participant ou non au service public hospitalier. Quelques rares établissements à but non lucratif demeurent, toutefois, financés sous OQN. La dotation globale forme une part prépondérante des recettes des établissements qui y sont soumis.

⁸ Son entrée en vigueur est progressive : en 2004, elle représentait 10 % du budget des hôpitaux, 25 % en 2005.

⁹ Une description plus détaillée de la dotation globale et de l'objectif quantifié national figurent en annexe 7.

L'OQN est une modalité de financement au séjour combinant rémunérations au prix de journée et paiement à l'acte. Son objectif est de contrôler l'évolution des dépenses en fonction du volume d'activité réalisé l'année précédente. Les dépenses des établissements privés à but lucratif et celles, donc, d'une centaine d'établissements privés à but non lucratif sont encadrées par l'OQN.

1.1.6.2 La mission des établissements de santé

Il existe un autre critère qui discrimine les établissements de santé, leur participation ou non au service public hospitalier (PSPH). Les établissements publics de santé y contribuent bien évidemment ; il en est de même des établissements de santé privés à but non lucratif PSPH – sous Dotation globale pour la plupart d'entre eux, et sous OQN pour quelques uns. Les établissements de santé privés à but lucratif, quant à eux, ne participent pas au service public hospitalier. L'articulation entre ces différentes composantes du système français de soins est synthétisée dans le tableau 23.

Tableau 23. Mode de financement et mission des établissements publics et privés
(part dans l'offre de soins en %)

<u>PUBLIC</u> (65 %)	PRIVE (35 %)			
	LUCRATIF (20 %)	NON LUCRATIF (15 %)		
DG	<u>OQN</u>	<u>DG</u> (10 %)	OQN (5 %)	
PSPH	Non PSPH	PSPH	PSPH	non PSPH

Le secteur public est très largement majoritaire, il regroupe 65 % des établissements ; avec les 10 % d'établissements privés non lucratifs PSPH, les trois-quarts des établissements participent ainsi au secteur public hospitalier. Seuls 20 % des établissements sont privés et à but lucratif, 15 % sont privés à but non lucratif.

Compte tenu de la faible importance numérique et du caractère atypique des établissements privés non lucratif sous OQN, le choix qui a été fait est de cibler l'enquête empirique sur les établissements public, les établissements privés à but lucratif et les établissements privés à but non lucratif sous dotation globale.

1.1.7 Les établissements à enquêter

L'ensemble des critères de sélection ayant été définis, on peut désormais croiser les trois types d'établissements retenus avec les trois modalités de financement de façon à préciser les contours du champ de l'enquête empirique en termes d'établissements. On obtient de cette façon six combinaisons d'établissements, telles que présentées dans le tableau 24.

Tableau 24. Les types d'établissements à enquêter

Statut	Mode de financement	Type
Etablissement public	DG	de taille moyenne avec une activité moyennement lourde dans une ville moyenne
		de grande taille avec une activité lourde dans une grande ville
Etablissement privé à but non lucratif	DG	de taille moyenne avec une activité moyennement lourde dans une ville moyenne
		de grande taille avec une activité lourde dans une grande ville
Etablissement privé à but lucratif	OQN	de taille moyenne avec une activité moyennement lourde dans une ville moyenne
		de grande taille avec une activité lourde dans une grande ville

Si l'on compare les six combinaisons recensées dans le tableau 24 aux typologies d'établissements définies *supra*, on s'aperçoit qu'elles sont peu éloignées des douze groupes d'hôpitaux de Heydebrand, une fois éliminé le critère de spécialisation psychiatrique. La spécification principale qui, chez Heydebrand, relève du caractère universitaire ou non des établissements, dépend ici du mode de financement qui détermine la taille et de la nature de l'activité. Notre typologie est également cohérente avec celle de Balsan qui distingue « *Grands établissements, techniques et diversifiés* » ; « *Entités de petite taille, dont l'activité est technique et spécialisée en chirurgie* » ; « *Etablissements de taille moyenne orientés vers la maternité* » ; « *Centres hospitaliers de proximité* ».

Maintenant que les types d'établissements sont identifiés, il convient de définir les types de personnels à enquêter.

1.2 LES PERSONNELS A ENQUETER

La première difficulté qui se présente est de distinguer l'appellation d'un métier de son contenu ; c'est, en effet, sur la base du contenu que pourra être établie une appartenance à un ordre plutôt qu'à un autre, et pas sur sa dénomination – qu'elle relève du statut de la fonction publique pour les personnels des établissements publics de santé ou d'une convention collective pour les agents des établissements privés.

Cette difficulté est, en effet, commune aux secteurs public et privé, quand bien même elle s'exprime sous des appellations différentes. Dans le secteur public, ce décalage est statutairement codifié : un même terme peut désigner tout à la fois un corps administratif et plusieurs métiers – qui ne se recoupent pas nécessairement. Dans le secteur privé, le problème est identique même si la dénomination est fixée par la convention collective de branche.

L'une des caractéristiques fondatrices de la fonction publique française est la séparation du grade (dénomination du métier) et de l'emploi (fonction réellement exercée). A titre d'exemple, le terme « Infirmière » est à la fois un grade et plusieurs formes d'emploi (tableau 25) : une infirmière peut tout aussi bien travailler dans un service d'hospitalisation, faire fonction d'infirmière de bloc opératoire, assister un médecin dans une consultation, appartenir à la direction du service des soins infirmiers, s'occuper du codage PMSI¹⁰, etc. Ces différentes fonctions n'apparaissent pas dans la comptabilisation des personnels : pour reprendre l'exemple des infirmières, on ne recensera que leur nombre brut, pas la variété de leurs affectations.

Si l'on utilise le terme « fonction », on fait référence à la méthode de l'analyse des fonctions (Karnas, 2002) qui caractérise un poste par : le type d'informations à traiter ; les processus mentaux à mettre en œuvre ; le type d'activité accomplie ; les relations avec d'autres personnes ; le contexte de travail ; les exigences spécifiques du travail. C'est la même logique que l'ANPE (1999) a suivie dans l'élaboration de son Répertoire opérationnel des métiers et des emplois (ROME). Pour mettre au point le concept d'emploi/métier, elle s'est appliquée à identifier les compétences

¹⁰ Programme de médicalisation du système d'information (annexe 5).

cognitives, celles qui concernent les démarches mentales et les stratégies de résolution des problèmes – l'objectif étant d'analyser les compétences transversales qui permettent de dire que tel ou tel emploi/métier est proche de tel autre alors qu'ils ne se ressemblent pas et/ou qu'ils s'exercent dans des secteurs d'activité différents. Cette démarche a également été suivie par les concepteurs du Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004) qui ont mis en évidence les « savoir faire requis » définissant au mieux un métier.

Tableau 25. Quelques exemples de divergence entre dénomination et contenu réel d'un métier

Dénomination ⇒ Corps, grade (secteur public) ⇒ Catégorie professionnelle définie par la convention collective (secteur privé)	Exemples de fonctions effectivement tenues
Infirmière	Infirmière en service de soins Expert hygiéniste à la direction des ressources humaines Responsable du pool de remplacement Cadre à la direction du service de soins infirmiers
Aide soignant	Brancardier Aide soignant en service de soins Responsable du service de nettoyage Agent de sécurité Agent de cuisine
Psychologue	Psychologue en service de soins Psychologue du personnel Chargé de recrutement à la direction des ressources humaines

Fixer mécaniquement l'appartenance d'une profession ou d'un métier à un ordre plutôt qu'à un autre sur la base de l'appellation est tautologique et ne vaut pas validation : suivant cette manière de faire, la profession d'infirmière devrait systématiquement s'inscrire dans l'ordre soignant, puisque relevant nominativement du soin. Seule la mise en avant de la fonction effectivement tenue peut permettre de montrer – à titre d'exemple – qu'une infirmière de soins généraux, peut appartenir à l'un ou l'autre des deux ordres suivant le contexte dans lequel s'inscrit son activité.

Un nombre encore plus important d'activités s'attache à la profession de médecin : par-delà les éléments professionnels communs, il est difficile de rassembler au sein de la même catégorie un chirurgien et un médecin du département d'information médicale (DIM), un radiologue et un psychiatre, un généraliste et un spécialiste... Or, à l'instar de ce qui vient d'être vu pour les professions paramédicales, ce que l'on peut supposer du rattachement à un ordre de telle ou telle profession se fonde sur

son intitulé alors que l'une des hypothèses à valider est que ce rattachement se fait suivant la réalité de l'activité, de la fonction exercée.

Il existe, par ailleurs, un décalage entre la catégorisation objective du rattachement d'un métier ou d'une profession à un ordre et le sentiment que s'en font les intéressés : par exemple, il peut se produire que la dénomination d'un métier ou son contenu ne le prédisposent pas à appartenir à l'ordre soignant mais que les personnes qui l'assument soit persuadées du contraire. Il peut en être ainsi des brancardiers, des conducteurs d'ambulance, des assistants de recherche clinique, etc.

Il n'est donc pas possible de déduire le rattachement à un ordre plutôt qu'à un autre de la dénomination du métier ou de la profession – catégorisations trop imprécise, particulièrement s'agissant des établissements de santé. Dans la mesure où c'est la mise en évidence du rattachement à l'ordre qui fonde cette étude, la question se pose de savoir si les personnels à interroger devront être catégorisés suivant leur appartenance professionnelle définie ou bien selon la réalité de la fonction qu'ils exercent. Compte tenu de notre objectif, on s'appliquera à interroger au sein d'une même appartenance (métier ou profession) des agents tenant des fonctions différentes, pour démontrer c'est ce sont ces dernières qui déterminent le rattachement à un ordre et pas la profession ou le métier, et que c'est le rattachement à un ordre qui prime l'appartenance à un métier ou à une profession.

Le présupposé du choix à opérer est qu'il n'y a pas nécessairement une relation mécanique entre profession/métier et ordre. Certains métiers ou professions appartiennent systématiquement à un ordre quand d'autres voient leur rattachement déterminé par la fonction exercée. Ce critère va être successivement appliqué aux personnels non médicaux et aux personnels médicaux – catégorisation particulièrement marquée dans les établissements de santé.

1.2.1 Les personnels non médicaux

En ce qui concerne les personnels non médicaux, la publication du Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière (RMFPH), par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) du ministère de la Santé, met à disposition un instrument permettant de fonder l'analyse sur un descriptif de

fonctions et pas de métiers/professions. Le RMFPH ne recense que les personnels non médicaux – hors personnels de direction – et inscrit les sages-femmes au sein du personnel médical, alors qu’elles exigent – et obtiennent la plupart du temps – d’être recensées au sein des personnels médicaux. Dans un premier temps, l’analyse des personnels non médicaux portera sur le champ du RMFPH ; dans un second temps, la question des personnels de direction sera abordée.

Les métiers¹¹ recensés dans le RMFPH sont répartis en cinq domaines : soins ; social, éducatif, psychologie ; logistique ; infrastructure, maintenance, technique ; pilotage, gestion, aide à la décision. Ces cinq domaines rassemblent chacun plusieurs familles de métiers qui, elles-mêmes, se subdivisent en sous-familles. Au total, les 183 métiers du Répertoire se classent 64 sous-familles, réunies dans 22 familles de métiers. On trouvera en annexe 8, l’arborescence du Répertoire établie par nos soins.

Pour sélectionner les métiers non médicaux pertinents pour l’enquête empirique, il faut préalablement identifier ceux susceptibles de présenter une différence entre appellation et rattachement : en d’autres termes, les métiers dont l’appellation conduiraient mécaniquement à les rattacher à l’ordre soignant, alors que la réalité des fonctions – parfois – tenues devrait plutôt les voir dépendre de l’ordre dirigeant. L’inverse est également vrai : des métiers devant *a priori* être rattachés à l’ordre dirigeant et qui, pourtant, pourrait se rattacher à l’ordre soignant par nature ont vocation à être analysés. Pour ce faire, il a d’abord fallu définir ce qu’est le soin et les métiers qu’y s’y rattachent, cette première étape concernant les deux premiers domaines du Répertoire des métiers de la fonction publiques hospitalière – soins, ainsi que social, éducatif, psychologie. Ensuite, la méthode de travail utilisée a été appliquée aux trois autres domaines du Répertoire.

1.2.1.1 Qu’est ce qu’un métier du soin ?

Après avoir proposé une définition du métier du soin, on comparera le classement des métiers qui peut être fait sur la base de cette définition à celui opéré par les

¹¹ Le terme métier est utilisé ici à la fois dans le sens des auteurs du RMFPH et dans le sens sociologique défini dans le chapitre 1 : on considère, en effet, qu’il n’y a pas de professions dans les personnels non médicaux listés dans le Répertoire de la DHOS.

auteurs du RMFPH. On identifiera ainsi, les métiers dont le rattachement est acquis et ceux dont le rattachement pose question.

Plusieurs définitions peuvent contribuer définir le champ des métier du soin. Pour Le Grand Robert de la langue française, soigner c'est : « *S'occuper de rétablir la santé de quelqu'un* », « *S'occuper de guérir un mal* ». Dans la même source, pourtant, le soin est également défini comme étant le rassemblement des : « *Actes par lesquels on soigne quelqu'un ou quelque chose.* » Ces définitions couvrent des domaines de compétences et de métiers qui ne se recoupent pas totalement : « Rétablir la santé de quelqu'un » ne signifie pas la même chose que « Guérir un mal ». La prise en charge d'une parturiente, par exemple, consiste à rétablir sa santé à l'identique de ce qu'elle était avant l'épreuve physique de l'accouchement, ce n'est en aucun cas guérir un mal – la maternité n'étant pas une pathologie. De même, de nombreux professionnels de santé s'occupent de rétablir la santé des patients qu'ils ont à leur charge sans aucunement s'occuper de leur mal : c'est ce que font les psychologues hospitaliers rattachés à des services de soins.

« *S'occuper de guérir un mal* » est une définition ouverte du terme soigner. Ainsi, selon le RMFPH, un radiophysicien en radiothérapie a pour mission de : « *Concevoir, préparer et mettre en œuvre des études dosimétriques, des procédures de suivi technique des appareils utilisant les radiations ionisantes, en imagerie médicale, radiothérapie, curiethérapie, et des procédures de suivis qualitatifs des appareillages* » (Ministère de la Santé et de la Protection sociale, 2004, p. 64). Si ce type de personnel ne s'occupe pas directement de rétablir la santé de quelqu'un, il s'occupe incontestablement de guérir un mal ; à ce titre, et suivant une définition large de l'acte de soigner, il appartient au monde du soin. C'est d'ailleurs ainsi qu'il est classé dans le RMFPH, au sein de la sous-famille « Ingénierie technique et appareillage », appartenant elle-même à la famille « Soins et activités paramédicales » du domaine fonctionnel « Soin ».

On peut donc imaginer qu'un membre du personnel d'un établissement de santé appartienne au monde du soin sans jamais être au contact d'un patient : ce qui est vrai pour le radiophysicien en radiothérapie l'est également pour un assistant de recherche clinique, un ambulancier, un technicien d'études cliniques, un technicien d'installation et de maintenance des équipements biomédicaux, un préparateur en

pharmacie hospitalière, un technicien de laboratoire, etc. Sans aller jusqu'à considérer que l'ensemble des personnels d'un établissement de santé contribue à rétablir la santé des patients, il va toutefois falloir se demander dans quelle mesure un agent qui n'est jamais au contact du patient appartient au monde du soin.

Si, au contraire, on choisit le contact avec le patient comme critère d'appartenance au monde du soin, le risque est d'y inclure des personnels dont l'activité professionnelle a peu ou pas de rapport avec l'acte de soigner. Si un électricien des services techniques procédant à une intervention dans la chambre d'un patient est au contact de ce dernier, il n'en appartient pas pour autant au monde du soin ; il en va de même pour un agent du bio-nettoyage, un agent de lingerie, une secrétaire médicale ou hospitalière, etc. A l'inverse, certains représentants de métiers ayant, apparemment, peu ou pas de rapport avec le soin peuvent néanmoins contribuer à la restauration de la santé des patients. Dès lors qu'il est acquis que rétablir l'image qu'un patient se fait de lui-même est un facteur de guérison, pourquoi ne pas envisager, par exemple, qu'une esthéticienne ou un coiffeur d'hôpital appartiennent au monde du soin ? De même, le pouvoir libérateur de la parole s'exerçant en majeure partie avec les brancardiers qui convoient les patients au sein des établissements de santé, pourquoi ne pas considérer les membres de cette profession comme exerçant un métier du soin (ce qu'ils revendiquent, d'ailleurs) ?

Il faut donc trouver une définition d'un métier du soin qui, à la définition ouverte, ajoute une dimension psychologique qui fait défaut à cette dernière, tout en précisant ce qu'on entend par proximité avec le patient. Pour adjoindre la dimension psychologique et comportementale du soin à la notion de soigner il est nécessaire de considérer, d'une part, qu'un métier du soin dépasse la seule production d'actes (c'est le cas par exemple des psychologues hospitaliers, des psychiatres psychothérapeutes, et de la plupart des consultations externes) et, d'autre part, que la présence à côté du patient est nécessaire mais pas suffisante : il faut que l'agent soit auprès du patient avec comme objectif, ou comme résultat de sa présence, de le soigner ou de contribuer au soin.

On proposera donc une définition plus restreinte. Un métier de soin place celui qui l'exerce au contact du patient, avec comme objectif - ou comme effet - de sa

présence, de le soigner ou de contribuer à la restauration de sa santé¹². Cette définition renvoie directement à la racine étymologique du terme soin, *sonium* – souci en bas latin. Soigner, c'est dès lors se faire du souci pour quelqu'un. Il y a donc divergence entre deux définitions du métier du soin : l'une que l'on qualifiera de restreinte et l'autre d'ouverte (tableau 26).

Tableau 26. Proposition de définitions des métiers du soin

DEFINITION RESTREINTE	DEFINITION OUVERTE
Métier qui place celui qui l'exerce au contact du patient, avec comme objectif - ou comme effet - de sa présence, de le soigner ou de contribuer à la restauration de sa santé	Métier où l'on pratique des actes par lesquels on s'occupe de rétablir la santé du patient

Cette recherche empirique étant fondée pour une grande part sur le ressenti des agents quant à leur rattachement à tel ou tel ordre – transcendant leur appartenance professionnelle – il va donc falloir au préalable confronter la liste des métiers du RMFPH aux définitions restreintes et ouvertes que l'on vient d'établir, ainsi qu'à l'anticipation que l'on peut faire du sentiment partagé spontanément par les membres des métiers décrits quant à leur rattachement à un ordre plutôt qu'à un autre. A titre d'exemple, il est fort probable qu'un ambulancier considérera appartenir à l'ordre soignant – alors que le RMFPH le classe dans le domaine « Logistique » (famille « Transport de biens et de personnes », sous-famille « Transport de personnes/patients »), et qu'un coiffeur n'exprimera pas spontanément cette appartenance. Les deux métiers, pourtant, présentent le même profil : une activité éloignée du soin et un rapport privilégié avec le patient. Il est probable que le coiffeur se rapproche davantage du soin que l'ambulancier, en dépit des signes d'appartenance soignante que ce dernier peut arborer : tenue blanche, gyrophare, sirène deux tons...

1.2.1.2 Les métiers non médicaux du soin

Les métiers non médicaux du soin (domaines 1 et 2 du Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière) ont donc été analysés selon qu'ils répondent ou non aux quatre critères suivant d'appartenance au monde du soin :

¹² Dans cette perspective, les bénévoles hospitaliers contribuent sans aucun doute au soin sans nécessairement exercer un métier qui en relève. Leur situation ne sera donc pas prise en compte.

- inscription au RMFPH ;
- correspondance avec la définition restreinte d'un métier du soin ;
- correspondance avec la définition ouverte d'un métier du soin ;
- anticipation de la réponse que feraient les membres des métiers quant à leur rattachement.

Un dernier élément de catégorisation est ajouté : l'indétermination entre ordre. Il est en effet des métiers pour lesquels l'appartenance à tel ou tel ordre ne ressortit pas au métier lui-même mais au contexte dans lequel il s'exerce. Ainsi, peut-on considérer qu'une infirmière n'appartient pas nécessairement au monde du soin : travaillant, par exemple, à la direction du service des soins infirmiers, elle fera objectivement partie de l'ordre dirigeant, quand bien même le RMFPH la placerait dans le domaine du soin et qu'elle-même pourrait spontanément continuer de proclamer son appartenance à l'ordre soignant. Tout l'objet de la recherche empirique sera d'aller au-delà de ces éléments pour mettre en lumière la véritable appartenance à l'aide de questions appropriées.

Du résultat global, ont pu être tirés plusieurs combinaisons de catégorisation suivant que l'on y trouve des métiers :

- répondant à la définition restreinte et pas à la définition ouverte (combinaison 1) ;
- répondant à la définition ouverte et pas à la définition restreinte (combinaison 2) ;
- recensés dans les domaines 1 (soins) et 2 (social, éducatif, psychologie) du RMFPH, ainsi que répondant à la définition restreinte (combinaison 3) ;
- indéterminés (combinaison 4) ;
- répondant à l'ensemble des critères (combinaison 5) ;
- inscrits dans les domaines 1 et 2 du Répertoire et répondant aux définitions ouverte et restreinte (combinaison 6).

A ces combinaisons, retracées dans le tableau 27, correspondent les métiers recensés dans le tableau placé en annexe 9. Un métier peut figurer dans plusieurs combinaisons, le nombre de fois où un métier apparaît dans une combinaison est recensé dans le tableau 28. Plus ce nombre est élevé, plus grande est l'incertitude quant à son appartenance à un ordre plutôt qu'à un autre.

Les métiers non médicaux du soin les plus incertains quant à leur rattachement sont présents dans quatre combinaisons différentes de définition de métiers de soins, ce sont les métiers suivants : aide-soignant ; diététicien ; éducateur de jeunes enfants ; éducateur sportif ; infirmier en soins généraux ; manipulateur d'électroradiologie médicale ; psychologue hospitalier.

Tableau 27. Combinaisons pertinentes de définitions de métiers

Combinaison	Domaines n°1 et n°2	Auto-évaluation	Définition ouverte	Définition restreinte	Frontière soin/non soin indéterminée
1				●	
2			●		
3	●			●	
4					●
5	●	●	●	●	●
6	●		●	●	

Tableau 28. Nombre d'occurrences des métiers dans les combinaisons d'appartenance

Directeur des soins et des activités paramédicales	1	Masseur kinésithérapeute	2
Directeur d'institut de formation en soins et activités paramédicales	1	Ortho prothésiste	2
Directrice d'école de sages-femmes	1	Orthophoniste	2
Orthoptiste	1	Pédicure podologue	2
Préparateur en pharmacie hospitalière	1	Radio-physicien en radiothérapie	2
Psychomotricien	1	Responsable d'unité socio-éducative	2
Responsable d'études et de recherche en biologie médicale	1	Assistante sociale	3
Sage-femme	1	Brancardier	3
Technicien de laboratoire en biologie médicale	1	Cadre de santé de secteur de soins et d'activités paramédicales	3
Agent de service mortuaire	2	Cadre de santé d'unité de soins et d'activités paramédicales	3
Agent de stérilisation	2	Cadre de santé formateur en management et pédagogie des soins et activités paramédicales	3
Aide médico-psychologique	2	Cadre de santé formateur en soins et activités paramédicales	3
Animateur socioculturel	2	Cadre de secteur de gynécologie obstétrique	3
Assistant dentaire	2	Cadre d'unité de gynécologie obstétrique	3
Assistante maternelle	2	Cadre formateur en gynécologie obstétrique	3
Auxiliaire de puériculture	2	Moniteur éducateur	3
Conseiller en économie sociale et familiale	3	Aide-soignant	4
Éducateur spécialisé	2	Diététicien	4
Éducateur technique spécialisé	2	Éducateur de jeunes enfants	4
Ergothérapeute	2	Éducateur sportif	4
Infirmier de bloc opératoire	2	Infirmier en soins généraux	4
Infirmier en anesthésie réanimation	2	Manipulateur d'électroradiologie médicale	4
Infirmier en puériculture	2	Psychologue hospitalier	4

1.2.1.3 Les métiers choisis dans les deux premiers domaines du Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière

Sur la base de ces observations un choix va être fait quant aux métiers non médicaux du soin qui présentent les spécificités les plus marquées et qui devront faire l'objet d'une analyse plus approfondie lors de l'étude empirique ; ils vont être répartis en trois catégories différentes :

- appartenance permanente à l'ordre soignant ;
- appartenance permanente à l'ordre dirigeant ;
- appartenance à l'un ou l'autre ordre suivant le contexte.

L'objectif de la recherche empirique étant de mettre en lumière un niveau intermédiaire d'organisation supra-professionnelle et infra-organisationnel, et pas de juger de la pertinence des catégorisations soin/non-soin existantes, les métiers ci-dessous ont été écartés parce que ne convenant pas à l'objectif :

- | | |
|---|--|
| • agent de service mortuaire | • éducateur spécialisé |
| • AGENT DE STERILISATION | • éducateur sportif |
| • aide médico-psychologique | • éducateur technique spécialisé |
| • animateur socioculturel | • manipulateur d'électroradiologie médicale |
| • assistant dentaire | • moniteur éducateur |
| • assistante maternelle | • ortho prothésiste |
| • auxiliaire de puériculture | • préparateur en pharmacie hospitalière |
| • conseiller en économie sociale et familiale | • radio-physicien en radiothérapie |
| • brancardier | • responsable d'unité socio-éducative |
| • éducateur de jeunes enfants | • technicien de laboratoire en biologie médicale |

Les métiers retenus sont ceux pour lesquels on suppose l'existence d'une ambivalence quant à la légitimité externe reconnue : légitimité du savoir et de la connaissance ou bien légitimité bureaucratique et de l'intérêt général. A cette aune, ce sont les métiers recensés dans le tableau 29 qui devront faire l'objet d'une analyse approfondie – la sélection étant, à ce stade, plus large que le panel de métiers à enquêter, elle devra ensuite se croiser avec le type de structure. La répartition des métiers entre ordre soignant, ordre dirigeant et indéterminé relève encore de l'hypothèse, que la recherche empirique devra valider ou infirmer.

Cette méthode de travail va être maintenant appliquée aux trois autres domaines du Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière : Logistique ; Infrastructure, maintenance, technique ; Pilotage, gestion, aide à la décision.

Tableau 29. Les métiers non médicaux du soin éligibles à l'enquête empirique

Appartenance à l'ordre soignant	Appartenance à l'un ou l'autre des ordres
Ergothérapeute	Aide soignant
Infirmier en anesthésie réanimation	Assistante sociale
Infirmier en puériculture	Cadre de santé de secteur de soins et d'activités paramédicales
Infirmière de bloc opératoire	Cadre de santé d'unité de soins et d'activités paramédicales
Masseur kinésithérapeute	Cadre de santé formateur en management et pédagogie des soins et activités paramédicales
Orthophoniste	Cadre de santé formateur en soins et activités paramédicales
Orthoptiste	Cadre de secteur de gynécologie obstétrique
Pédicure podologue	Cadre d'unité de gynécologie obstétrique
Psychomotricien	Cadre formateur en gynécologie obstétrique
Sage-femme	Diététicien
	Directeur des soins et des activités paramédicales
	Directeur d'institut de formation en soins et activités paramédicales
	Directrice d'école de sages-femmes
	Infirmier en soins généraux
	Psychologue hospitalier
	Responsable d'études et de recherche en biologie médicale

Tableau 30. Les métiers indéterminés des trois derniers domaines par critères d'appartenance

Métiers	Auto-évaluation	Définition ouverte	Définition restreinte	Frontière soin/non soin indéterminée
Agent de bio nettoyage			●	●
Agent de restauration et d'hôtellerie			●	●
Ambulancier	●			
Assistant de recherche clinique	●	●		
Coiffeur			●	
Conducteur transport personnes	●			
Esthéticienne			●	
Permanencier auxiliaire de régulation médicale	●			
Secrétaire médicale	●			
Technicien d'études cliniques	●	●		
Technicien d'information médicale	●			

1.2.1.4 Les trois autres domaines du Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière

Ces métiers n'ont, *a priori*, pas vocation à relever du soin, le RPFPH ne les y classe pas. Deux questions peuvent néanmoins se poser pour certains d'entre eux : font-ils tout de même partie du monde du soin ? Le rattachement à l'ordre dirigeant est-il sûr et permanent ? Les critères d'appartenance utilisés vont être les définitions restreinte et ouverte du soin, ainsi que l'évaluation d'un sentiment d'appartenance au monde du soin – le critère d'indétermination demeurant présent.

L'analyse des métiers des trois derniers domaines (logistique ; infrastructure et maintenance technique ; pilotage, gestion et aide à la décision) montre que la grande majorité d'entre eux (124 sur 135) relèvent, de près ou de loin, d'aucun des critères d'appartenance au monde du soin, ni même ne sont indéterminés quant à la définition soin/non soin. Les onze derniers d'entre eux se distribuent comme exposé dans le tableau 30.

Quatre métiers ne sont pas recensés par le RPFPH dans les domaines 1 (soins) ou 2 (social, éducatif, psychologique), alors qu'ils peuvent tout à fait répondre à la définition restreinte d'un métier du soin : agent de bio-nettoyage, agent de restauration, coiffeur, esthéticienne. Encore une fois, le but de cette recherche empirique n'étant pas de déterminer la frontière séparant le soin du non-soin, ces métiers ne seront pas enquêtés.

En revanche, à l'aune d'une appartenance à un ordre ne correspondant pas nécessairement à l'intitulé de la profession, le choix des sept métiers ci-après apparaît pertinent dans la mesure où leurs titulaires peuvent sans aucun doute revendiquer une appartenance soignante alors que l'ensemble des définitions les placent hors de ce champ. Ces métiers sont : ambulancier ; assistant de recherche clinique ; conducteur transport personnes ; permanencier auxiliaire de régulation médicale ; secrétaire médicale ; technicien d'études cliniques ; technicien d'information médicale.

Les sept métiers des trois derniers domaines du Répertoire non affectés de façon permanente à l'ordre soignant sont, par nature, indéterminés quant à leur rattachement à un ordre plutôt qu'à un autre. Il est donc possible de continuer à alimenter le tableau de recensement des métiers à enquêter sur la base de ces nouvelles observations (tableau 31).

1.2.1.5 Les personnels non médicaux de direction

Si l'on reprend les métiers recensés dans le Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, on s'aperçoit que contrairement à ce qui est affirmé par ses auteurs plusieurs métiers de direction y sont recensés. Dans les domaines 2, 3 et 4 du Répertoire figurent les métiers recensés dans le tableau 32, qui relèvent d'une activité de direction et/ou d'encadrement supérieur. Ces métiers s'adressent à des

ingénieurs et/ou à des attachés d'administration hospitalière. Rappelons que, dans les hôpitaux publics, les ingénieurs chargés de l'informatique, des travaux ou des équipements bio-médicaux ne sont pas nécessairement placés sous la responsabilité hiérarchique d'un directeur d'hôpital mais sont fréquemment responsables des directions éponymes avec le titre de directeur.

Les métiers de l'encadrement du soin ayant déjà été pris en compte – y compris celui de directeur des soins et activités médicales, pourtant membre des équipes de direction des établissements publics de soins –, on s'intéressera ci-après aux métiers qui relèvent spécifiquement des personnels de direction non soignants. Les personnels de direction, tels que dénommés dans le RMFPH, sont donc les directeurs d'hôpital – chef d'établissement ou chargés de directions fonctionnelles, ou de pôles d'activités. On ne peut pas considérer que les chefs d'établissement publics, dépositaires de la légitimité bureaucratique, puissent ne pas être rattachés en permanence à l'ordre dirigeant ; en revanche, l'affectation dans tel ou tel ordre des directeurs adjoints d'hôpital¹³ exerçant dans les établissements publics de santé et celle des chefs d'établissement de santé privé est davantage sujette à interrogation.

Sur la base de ces dernières observations, la liste des personnels à enquêter peut de nouveau être complétée comme indiqué dans le tableau 33. La plupart des métiers qui y sont recensés appartiennent de façon certaine à l'ordre dirigeant, les quelques métiers indéterminés sont : chef d'établissement privé ; responsable bio médical ; directeur d'hôpital/directeur de pôle.

L'identification des métiers non médicaux – soignants et non soignants – éligibles à l'enquête empirique ayant été accomplie, il reste désormais à identifier les personnels médicaux à enquêter, de façon à achever la définition du champ de l'étude empirique en termes de personnels.

¹³ Chefs d'établissement et directeurs adjoints appartiennent au même corps administratif des directeurs d'hôpital, seule leur fonction change.

Tableau 31. Les métiers non médicaux non soignants éligibles à l'enquête empirique
(hors métiers de direction)

Appartenance à l'un ou l'autre des ordres	Appartenance à l'ordre dirigeant
Ambulancier	
Assistant de recherche clinique	
Conducteur transport personnes	
Permanencier auxiliaire de régulation médicale	
Secrétaire médicale	
Technicien d'études cliniques	
Technicien d'information médicale	

Tableau 32. Métiers de direction et/ou d'encadrement recensés dans le RMFPH

	Ingénieur	Attaché d'admi. hospitalière
Directeur des systèmes d'information/ Responsable de service informatique/ Responsable informatique	●	
Responsable achats/approvisionnements		●
Responsable bio médical	●	
Responsable budgétaire		●
Responsable comptabilité fournisseurs/clients		●
Responsable des admissions		●
Responsable des services administratifs		●
Responsable du développement des RH/Responsable du personnel/Chargé du recrutement/mobilité		●
Responsable paye		●
Responsable qualité	●	●
Chargé des conditions de travail	●	●

Tableau 33. Les métiers non médicaux de direction éligibles

Appartenance à l'un ou l'autre des ordres	Appartenance à l'ordre dirigeant
Chef d'établissement privé	Directeur d'hôpital, chef d'établissement
Responsable bio médical	Directeur d'hôpital, directeur fonctionnel
Directeur d'hôpital, directeur de pôle	Directeur des systèmes d'information/ Responsable de service informatique/ Responsable informatique
	Responsable achats/approvisionnements
	Responsable budgétaire
	Responsable comptabilité fournisseurs/clients
	Responsable des admissions
	Responsable des services administratifs
	Responsable du développement des RH/Responsable du personnel/Chargé du recrutement/mobilité
	Responsable paye
	Responsable qualité
	Chargé des conditions de travail

1.2.2 Les personnels médicaux

Observons tout d'abord que le champ des métiers médicaux comprend les médecins, les pharmaciens et les odontologistes. Les médecins, profession majoritaire au sein du personnel médical, étant au cœur de l'activité des établissements de soins, il a été choisi de limiter l'analyse à cette partie éminente du personnel médical – l'exception à ce parti pris ne pouvant provenir que des spécialités biologiques qui sont tenues soit tout à la fois par des médecins et par des pharmaciens. Par métiers médicaux, on entendra donc ci-après, les métiers exercés par des médecins – ou, éventuellement, par des pharmaciens s'agissant des disciplines biologiques.

Dans la mesure où il n'y a pas de répertoire des métiers pour les personnels médicaux, il convient d'identifier la variété des situations professionnelles des personnes qui y appartiennent, et de vérifier si cette variété doit transparaître ou non dans le profil des personnels médicaux à enquêter.

1.2.2.1 La variété des situations professionnelles des médecins

Pour sérier le champ des activités médicales, le répertoire ADELI¹⁴ a été utilisé comme base de travail. Ce répertoire hiérarchise leurs différentes qualifications : formation hospitalière et universitaire (concours de praticien hospitalier) ; qualifié spécialiste ; qualifié compétent ; qualifié généraliste ; compétence exclusive ; qualification ministérielle par équivalence ; DESC non qualifiant ; capacité.

Comme on peut le voir dans le tableau 34, le répertoire ADELI répartit les disciplines entre plusieurs grands blocs : omnipraticiens ; spécialités médicales ; spécialités chirurgicales ; biologie ; psychiatrie ; santé publique et médecine du travail. Il descend à un niveau de détail inférieur pour certaines disciplines : radiothérapie, gynécologie obstétrique et stomatologie (tableau 35).

¹⁴ Définition et utilisations de ce répertoire en annexe 10.

Tableau 34. Regroupements des disciplines de qualification utilisées par la DREES

Omnipraticiens	Médecine générale	
	<u>Modes d'exercice particulier proche de la médecine générale :</u> Aide médicale urgente Évaluation et traitement de la douleur Gérontologie gériatrie(couplé avec médecine polyvalente gériatrique dans certaines publications) Hydrologie et climatologie médicale Hygiène hospitalière médicale Médecine aérospatiale Médecine de catastrophe	Médecine du sport Médecine pénitentiaire Médecine polyvalente d'urgence Médecine polyvalente gériatrique Pathologie des infections tropicales Phoniatry Réanimation médicale Techniques transfusionnelles Toxicomanie et alcoolologie
	<u>Modes d'exercice particulier éloigné de la médecine générale :</u> Allergologie Angéiologie	Diabétologie nutrition Médecine légale
Spécialités médicales	Anatomie cyto-pathologie Anesthésie-réanimation Cardiologie Dermatologie Endocrinologie Gastro-entérologie Génétique médicale Gynécologie médicale Hématologie Médecine interne	Médecine nucléaire Médecine physique et de rééducation Néphrologie Neurologie Oncologie médicale Pédiatrie Pneumologie Radiodiagnostic Radiothérapie Rhumatologie
Spécialités chirurgicales	Chirurgie générale Chirurgie maxillo-faciale Chirurgie infantile Chirurgie plastique Chirurgie thoracique et cardiaque Gynécologie obstétrique Neurochirurgie	Ophthalmologie Oto-rhino-laryngologie Stomatologie Chirurgie urologique Chirurgie orthopédique et traumatologique Chirurgie vasculaire Chirurgie viscérale
Biologie	Biologie médicale Hémobiologie Génétique Immunologie Pharmacologie clinique et toxicologie Hygiène hospitalière biologique Biochimie Bactériologie virologique Hématologie biologique Immunologie biologique	Parasitologie Toxicologie et pharmacologie Biophysique Biologie cellulaire histologie Biologie des agents infectieux Pharmacie hospitalière Radiopharmacie radiobiologie Pharmacocinétique et métabolismes Explorations fonctionnelles Recherche médicale
Psychiatrie	Neuropsychiatrie Psychiatrie Psychiatrie enfant et adolescent	
Santé publique et médecine du travail	Médecine du travail Santé publique	

Source : Explications méthodologiques pour l'utilisation du répertoire ADELI, document interne, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, non consultable.

Tableau 35. Détail de trois disciplines de qualification utilisées par la DREES

Radiothérapie	Oncologie radiothérapique	Radiothérapie
Gynécologie obstétrique	Gynécologie obstétrique Obstétrique	Gynécologie médicale et obstétrique
Stomatologie	Chirurgie maxillo-faciale – stomatologie Orthopédie dento maxillo faciale Orthopédie dento faciale	Odontologie polyvalente Stomatologie

Source : Explications méthodologiques pour l'utilisation du répertoire ADELI, document interne, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, non consultable.

Si l'on recourt à la catégorisation des médecins suivant leur statut, il convient de distinguer entre les médecins qui travaillent pour tout ou partie à l'hôpital public, de ceux qui travaillent pour tout ou partie en établissements privés. Les médecins peuvent donc être : en formation ou pas ; sous contrat de travail ; en exercice libéral ; propriétaire/associé de l'établissement où ils exercent.

Les situations des médecins étrangers et des « faisant fonction¹⁵ » ne seront pas évoquées parce que jugées non pertinentes eu égard au sujet traité : leur situation à la marge des groupes de personnels et des structures qui les emploient ne permettrait pas d'arriver à distinguer précisément leur rattachement à un ordre sociologique plutôt qu'à un autre. De même, les étudiants externes en médecine ne seront pas non plus pris en compte : leur immersion partielle et temporaire dans les services de soins ne font pas d'eux de bons candidats pour l'enquête empirique.

En ce qui concerne la position administrative, le contrat de travail est la norme d'activité dans les établissements publics : pour les médecins hospitaliers (quelle que soit la nature du contrat, tableau 36) et les médecins hospitalo-universitaires.

Tableau 36. Catégorisation des médecins des établissements de santé suivant leur statut

Salariés			Non salariés	
Hospitaliers	Hospitalo-universitaires	Formation	Exercice libéral	Propriétaires
Assistant généraliste des hôpitaux	Assistant hospitalo-universitaire (AHU)	Internes	Praticiens hospitaliers et praticiens hospitalo-universitaires en établissement publics de santé	Médecins possédant des parts et/ou des actions de la clinique où ils travaillent
Assistant spécialiste des hôpitaux	Maître de conférences des universités – praticien hospitalier (MCU-PH)	Résidents en médecine	Médecins disposant d'un contrat individuel (écrit ou non écrit) avec un ou plusieurs établissements privés de santé	
Attaché des hôpitaux	Praticien hospitalier avec fonctions universitaires (PH-FU)		Médecin ayant conclu un ou plusieurs contrats collectifs : convention d'exercice en commun ; société civile de moyens ; société civile professionnelle ; société d'exercice libéral)	
Chef de clinique assistant des hôpitaux (CCA)	Praticien hospitalier universitaire (PHU)			
Praticien Adjoint Contractuel (hôpital)	Professeur des universités - praticien hospitalier (PU-PH)			
Praticien contractuel temps partiel (hôpital)				
Praticien contractuel temps plein (hôpital)				
Praticien hospitalier (PH) temps partiel				
Praticien hospitalier (PH) temps plein				

¹⁵ Médecins diplômés occupant une fonction inférieure à celle à laquelle ils pourraient prétendre en raison de la non reconnaissance partielle de leur diplôme. Ces médecins étrangers font très souvent fonction d'internes dans les services d'accueil des urgences.

L'exercice libéral est la norme en établissement privé de santé et l'exception dans les établissements publics où les médecins titulaires peuvent poursuivre parallèlement une activité libérale – ou bien reçoivent un dédommagement quand ils s'en abstiennent. Dans les établissements privés, les praticiens exerçant à titre libéral signent, le plus souvent, un contrat d'exercice (également appelé convention d'exercice libéral), parfois un contrat de carrière – le premier est à durée déterminée alors que le second est à durée indéterminée. Dans la pratique, toutefois, beaucoup de médecins exercent en établissements privés en l'absence de contrat écrit.

Les médecins libéraux exerçant en établissement privé de soins peuvent se regrouper sous différentes formes juridiques :

- la convention d'exercice en commun : ce type de convention exclut tout partage d'honoraires, les contrats dits d'association avec mise en commun d'honoraires sont jugés par la jurisprudence comme étant un élément constitutif d'une société créée de fait ;
- la société civile de moyens : elle a pour objectif la mise à disposition de moyens matériels et de prestations de services à ses membres ;
- la société civile professionnelle : elle se substitue à ses membres pour contracter avec la clinique où s'exerce leur activité ;
- la société d'exercice libéral : elle a pour objet l'exercice en commun de la profession (Danet, 2003).

Les médecins peuvent également avoir une participation financière dans le ou les établissements privés pour lesquels ils travaillent. Cet apport financier recouvre deux formes¹⁶ :

- l'achat de parts ou d'actions de la clinique (compatible avec un contrat d'exercice conclu avec la même clinique) ;
- le dépôt de garantie pour l'obtention d'un contrat d'exercice ou la mise à disposition des équipements.

Les médecins en formation, quant à eux, le sont majoritairement dans les établissements publics de santé, parfois aussi dans les établissements privés à but

¹⁶ Les autres formes de relations financières – honoraires ou redevance – ne sont pas évoquées ici, parce que sans rapport avec le sujet traité.

non lucratif PSPH. L'ensemble des relations entre médecins et établissements de santé (qui ne sont pas exclusives les unes des autres) est retracé dans le tableau 36.

On peut enfin ajouter un type de médecins, spécifiques aux établissements de soins : le médecin responsable du département d'information médicale (DIM), chargé du PMSI (Programme de médicalisation du système d'information¹⁷), mécanisme de valorisation de l'activité des établissements qui autorise une comparaison de l'activité et de son coût pour la totalité des établissements de santé en France.

1.2.2.2 Le niveau de précision quant aux situations professionnelles des médecins

La variété des situations professionnelles des médecins s'exprime à partir de plusieurs critères : leur discipline, la nature de leur(s) établissement(s) de rattachement (public ou privé) et leur statut administratif. Examinons l'opportunité de prendre en compte ces critères dans le champ des personnels médicaux à rencontrer.

Il n'est pas envisageable de considérer les quelques quatre-vingt dix disciplines médicales recensées par ADELI comme des variables pertinentes devant faire l'objet d'une prise en compte spécifique dans les entretiens à conduire avec des médecins. Il en est de même s'agissant des six grands blocs de disciplines : omnipraticiens ; spécialités médicales ; spécialités chirurgicales ; biologie ; psychiatrie ; santé publique et médecine du travail. Sans même évoquer la multiplication du nombre d'entretiens que provoquerait l'intégration de la discipline comme variable, il est peu probable, de surcroît, que la prise en compte de ce critère ajouterait une dimension pertinente à la démonstration.

En revanche, à l'instar des personnels non médicaux, l'influence éventuelle du statut de l'établissement – ou des établissements où les médecins exercent leur activité – doit être évalué. Il en est également ainsi du statut administratif des praticiens, de façon à vérifier que cet élément ne surdétermine pas leur réponse aux questions posées lors des entretiens. Au total, la liste des médecins éligibles à l'enquête empirique est donnée dans le tableau 37.

¹⁷ Annexe 5.

Tableau 37. Les métiers médicaux éligibles à l'enquête empirique

Appartenance à l'ordre soignant	Appartenance à l'un ou l'autre des ordres
Assistant hospitalo-universitaire (AHU)	Chef d'établissement privé
Chef de clinique assistant des hôpitaux (CCA)	Assistant généraliste des hôpitaux
Maître de conférences des universités – praticien hospitalier (MCU-PH)	Assistant spécialiste des hôpitaux
Médecin libéral en clinique avec convention individuelle d'exercice	Attaché des hôpitaux
Médecins disposant d'un contrat individuel (écrit ou non écrit) avec un ou plusieurs établissements privés de santé	Médecin ayant conclu un ou plusieurs contrats collectifs : convention d'exercice en commun ; société civile de moyens ; société civile professionnelle ; société d'exercice
Praticien adjoint contractuel (hôpital)	Médecin DIM
Praticien contractuel temps partiel (hôpital)	Médecins possédant des parts et/ou des actions de la clinique où ils travaillent
Praticien contractuel temps plein (hôpital)	
Praticien hospitalier	
Praticien hospitalier (PH) temps partiel	
Praticien hospitalier (PH) temps plein	
Praticien hospitalier avec fonctions universitaires (PH-FU)	
Praticien hospitalier universitaire (PHU)	
Professeur des universités - praticien hospitalier (PU-PH)	

Tableau 38. Répartition des métiers hospitaliers par types et appartenance

	Appartenance à l'ordre soignant	Appartenance à l'un ou l'autre des ordres	Appartenance à l'ordre dirigeant	Total
Personnels non médicaux du soin	10	16	-	26
Personnels non médicaux non soignants	-	11	124	135
Personnels non médicaux de direction	-	2	12	14
Personnels médicaux	14	7		21
Total	24	36	136	196

Tableau 39. Les 36 métiers ou fonctions indéterminés

Agent de bio nettoyage	Directeur d'hôpital/directeur de pôle
Agent de restauration et d'hôtellerie	Directeur des soins et des activités paramédicales
Aide soignant	Directeur d'institut de formation en soins et activités paramédicales
Ambulancier	Directrice d'école de sages-femmes
Assistant de recherche clinique	Esthéticienne
Assistant généraliste des hôpitaux	Infirmier en soins généraux
Assistant spécialiste des hôpitaux	Médecin ayant conclu un ou plusieurs contrats collectifs : convention d'exercice en commun ; société civile de moyens ; société civile professionnelle ; société d'exercice
Assistante sociale	Médecin DIM
Attaché des hôpitaux	Médecins possédant des parts et/ou des actions de la clinique où ils travaillent
Cadre de santé de secteur de soins et d'activités paramédicales	Permanencier auxiliaire de régulation médicale
Cadre de santé d'unité de soins et d'activités paramédicales	Personnels médicaux
Cadre de santé formateur en management et pédagogie des soins et activités paramédicales	Personnels non médicaux de direction
Cadre de santé formateur en soins et activités paramédicales	Personnels non médicaux non soignant
Cadre de secteur de gynécologie obstétrique	Psychologue hospitalier
Cadre d'unité de gynécologie obstétrique	Responsable bio médical
Cadre formateur en gynécologie obstétrique	Responsable d'études et de recherche en biologie médicale
Chef d'établissement privé	Secrétaire médicale
Coiffeur	Technicien d'études cliniques
Conducteur transport personnes	Technicien d'information médicale
Diététicien	

La liste des personnels à enquêter peut désormais être finalisée¹⁸. La majorité des métiers hospitaliers qui y sont recensés (136 sur un total de 196) sont supposés appartenir de façon permanente à l'ordre dirigeant, 24 appartiennent de façon permanente à l'ordre soignant et 36 ont une appartenance indéterminée – c'est sur ces derniers métiers, listés dans le tableau 39, que l'analyse va porter plus précisément.

1.3 LE CHAMP DE L'ENQUETE : LE CHOIX METIERS/STRUCTURES

1.3.1 Les caractéristiques des métiers ou fonctions indéterminés

La première observation qui peut être faite est que la liste de personnels indéterminés du tableau 39 ne comporte pas que des métiers mais également des fonctions : par exemple, « Médecin du département d'information médicale » ou « Directeur adjoint de pôle ». Dans ces deux exemples, les métiers sont respectivement « Médecin » et « Directeur d'hôpital », et les fonctions sont « Responsable du département d'information médicale » et « Responsable administratif de pôle ». En d'autres termes, un médecin peut exercer une fonction non médicale – au département d'information médicale ou comme président de la commission médicale d'établissement ; un directeur d'hôpital peut exercer une fonction délocalisée, voire détachée du monde administratif. Cette caractéristique peut s'étendre à d'autres fonctions, en particulier – pour les médecins – celle de chef de service ou de chef d'établissement.

L'autre élément discriminant est le fait de travailler ou non en service de soins, quel que soit le métier d'appartenance : c'est le cas des secrétaires médicales, mais aussi des médecins. Cette situation peut également concerner les aides soignants mais aussi les infirmières. Plus récemment, avec la perspective ouverte par le plan « Hôpital 2007¹⁹ », le passage des établissements publics de santé à une structuration de leur activité en pôles a été puissamment encouragé.

¹⁸ Le tableau global se trouve en annexe 11.

¹⁹ Le plan Hôpital 2007 est une réforme hospitalière qui, selon le ministère de la Santé : « *Visé à donner plus de facilités aux professionnels pour la réalisation de leurs projets, à réformer les modes de financement des établissements publics et privés et à leur offrir de nouvelles possibilités de développement.* » Trois missions accompagnent sa mise en œuvre : la mission tarification à l'activité (TAA ou T2A), la mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) et mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH).

Dans les pôles faisant l'objet d'un pilotage dit « médico-administratif », les coordonnateurs médicaux de pôles sont secondés par, ou ont comme référents, des directeurs adjoints d'hôpital. Cette nouvelle configuration ajoute une nouvelle dimension au découplage entre métier et lieu d'exercice, puisque les membres du personnel administratif peuvent y être soumis à leur tour.

S'agissant du nombre de métiers indéterminés, il est ni envisageable ni pertinent d'enquêter trente-six métiers au sein de plusieurs structures différentes. C'est la raison pour laquelle plusieurs sont écartés en raison d'une « transversalité » inter-structures insuffisante : attaché des hôpitaux, PU-PH, permanencier auxiliaire de régulation médicale... sont des métiers qui ne s'exercent que dans les hôpitaux publics ; à l'inverse, les médecins libéraux exerçant en clinique sous contrat collectif d'activité se retrouvent peu ou pas à l'hôpital public ; de même, on ne trouve que marginalement des chefs de clinique dans les cliniques PSPH. Les métiers hospitalo-universitaires (PU-PH, MCU-PH, AHU, PH-FU, PHU) ne seront pas retenus parce qu'ils sont exclusivement exercés dans les hôpitaux universitaires, ce qui exclut toute comparaison avec le secteur privé.

1.3.2 La prise en compte des fonctions : une logique d'enquête par métiers/professions « basculants »

Fonction ou métier, travail ou non dans un service de soins, activité professionnelle non cohérente avec le métier d'origine... ces trois éléments permettent de cerner les métiers à retenir, sur la base du concept de métier ou de profession « basculant » dont l'appartenance à un ordre est déterminée par les contraintes de la fonction et le contexte d'activité, et pas par la qualification « nominale ». L'impératif est aussi que ces professions, métiers ou fonctions soient exercés dans toutes les structures de santé sélectionnées ci-dessus.

C'est la raison pour laquelle le choix s'est porté sur les professions, métiers ou fonctions suivantes – chef d'établissement ; chef de service de soins ; médecin ; infirmière ; secrétaire ; directeur d'hôpital – qui ont vocation à se croiser avec des situations d'activité, notamment l'exercice ou non dans un service de soins pour les personnels de soins, et l'appartenance à une équipe de direction ou le rattachement à un pôle d'activité pour les directeurs d'hôpital. Au total, le croisement des six

métiers/professions retenus avec la situation d'exercice ou non en service de soins en définit neuf types à observer dans les établissements sélectionnés (tableau 40) :

- chef d'établissement ;
- chef de service de soins ;
- médecins exerçant en service de soins ;
- médecin DIM (n'exerçant pas en service de soins) ;
- infirmier diplômé d'Etat exerçant en service de soins ;
- infirmier diplômé d'Etat n'exerçant pas en service de soins ;
- secrétaire/secrétaire médicale exerçant en service de soins
- secrétaire/secrétaire n'exerçant pas en service de soins
- directeur d'hôpital exerçant dans une équipe de direction ;
- directeur d'hôpital référent de pôle(s).

Tableau 40. Répartition des métiers/fonctions à enquêter par critères discriminants

	Service de soin		Appartenance	
	Oui	Non	Equipe de direction	Pôle d'activité
Chef d'établissement	-	-		
Chef de service de soins	●	-	-	-
Médecin	●	●	-	-
Infirmière	●	●	-	-
Secrétaire médicale	●	●	-	-
Directeur d'hôpital	-	-	●	●

Il est à noter qu'une fonction peut également échoir à certains médecins à la tête d'un service de soins, celle de président de la Commission médicale d'établissement (CME). Cette dernière a été créée par la loi dite « hospitalière » de 1991, afin d'assurer la représentation des praticiens dans les établissements de santé. La CME exerce une mission consultative à l'égard des questions d'ordre général ayant trait à l'organisation et fonctionnement de l'établissement, et dispose d'une autorité décisionnelle sur les questions à caractère individuel qui concernent les catégories de personnel qu'elle représente²⁰.

La fonction de président de CME place son titulaire dans une situation particulière : élu par ses pairs, il se trouve destinataire de l'ensemble des informations à partir desquels les directions d'hôpitaux prennent leur décision ; doté d'une vision générale de l'établissement, il est très fréquent qu'il délaisse progressivement son rôle de

²⁰ Pour plus de détails sur les attributions des CME, voir Cabon (2001), p. 38-84.

représentant professionnel pour celui d'intercesseur entre direction et corps médical – ce qui lui est souvent reproché par ses pairs. La fonction de président de CME est donc idéale eu égard à l'objet de la recherche empirique : c'est le plus souvent un chef de service, exerçant donc en service de soins à ce titre, et dans le même temps assumant des responsabilités administratives à l'intersection de l'ordre dirigeant et de l'ordre soignant.

La fonction à privilégier pour les médecins ne travaillant pas en service de soins est celle de responsable du département d'information médicale, communément appelé « Médecin DIM ». Il dispose de la totalité des informations relatives à l'activité de l'établissement puisqu'il est en charge du PMSI, Programme de médicalisation du système d'information, destiné à mesurer la production de soins *via* le nombre de points ISA produit par établissement de soins²¹. A ce titre, il est parfaitement conscient de l'évolution de l'activité de chaque service, qu'il peut confronter aux informations échangées avec la direction des finances relatives aux dépenses comptabilisées en regard. Cette vision globale le place également dans une position particulière vis-à-vis de ses collègues médecins, à mi-chemin entre corps médical et direction.

S'agissant des directeurs d'hôpital, l'objet de l'enquête empirique est de mettre, éventuellement, en lumière l'influence du fonctionnement en pôles sur leur sentiment d'appartenance. Les établissements fonctionnant en pôles d'activité disposent encore de structures de direction différentes : avec uniquement des directeurs référents de pôles ; avec une équipe de direction traditionnelle ; avec un panachage des deux modalités – directeurs fonctionnels et référents de pôles, les deux fonctions étant parfois tenues par la même personne. C'est la raison pour laquelle, les directeurs d'hôpital doivent être rencontrés dans trois sortes d'établissement : des hôpitaux structurés en services de soins et des hôpitaux fonctionnant en pôles d'activité – avec des directeurs référents de pôle, d'une part, et avec des directeurs fonctionnels, d'autre part. La structuration de l'activité et la gestion par pôles forment encore l'exception mais sont expérimentés dans de nombreux établissements de santé conformément aux perspectives du plan « Hôpital 2007 ». L'opinion des directeurs/référents de pôles sur leur positionnement ne peut donc être qu'instructif.

²¹ Annexe 5.

Tableau 41. Croisement personnels/structures de la recherche empirique

	Etablissement public de soin de grande taille avec une activité lourde dans une grande ville	Etablissement public de soin de taille moyenne avec une activité moyennement lourde dans une ville moyenne	Clinique privée à but lucratif sous OQN de taille moyenne avec une activité moyennement lourde dans une ville moyenne	Clinique privée à but lucratif sous OQN de grande taille avec une activité lourde dans une grande ville	Clinique privée à but non lucratif sous DG de taille moyenne avec une activité moyennement lourde dans une ville moyenne	Clinique privée à but non lucratif sous DG de grande taille avec une activité lourde dans une grande ville
Chef d'établissement	Hôpital Européen Georges Pompidou	CH de Roubaix	Clinique Tivoli	-	Clinique mutualiste des Eaux claires	Centre chirurgical Marie Lannelongue
Chef de service						
Médecins exerçant en service de soins						
Médecin DIM						
Infirmier diplômé d'Etat exerçant en service de soins						
Infirmier diplômé d'Etat n'exerçant pas en service de soins						
Secrétaire médicale en service de soins						
Secrétaire n'exerçant pas en service de soins						

HOPITAL EUROPEEN GEORGES POMPIDOU (AP-HP) (75), N° FINESS : 750803447, 827 LITS, 54730485 POINTS ISA.

CH DE ROUBAIX (59), N ° FINESS : 590801106, 766 LIT S, 45796925 POINTS ISA.

Clinique Tivoli (33), N ° FINESS : 330780115, 132 l its, 11 079 860 points ISA.

Clinique mutualiste des Eaux claires Grenoble (38), N° FINESS : 380780130, 189 lits, 13 281 640 points ISA.

CENTRE CHIRURGICAL MARIE LANNELONGUE, LE PLESSIS-ROBINSON (92), N ° FINESS : 920150091, 204 LITS, 20 582 945 POINTS ISA.

Tableau 42. Croisement personnels/structures dans les CHRU

CHRU fonctionnant en pôles		CHRU fonctionnant en services
Avec directeurs de pôles	Avec directeurs fonctionnels	
Toulouse (N° FINESS 310781406, 174 851 645 points ISA)	HEGP	Orléans (CHR) (N° FINESS 450000088, 67001770 points ISA)
Nantes (N° FINESS 440000289, 125484375 points ISA)	Poitiers (N° FINESS 860780980, 85450665 points ISA)	Grenoble (N° FINESS 380780080, 100552325)
	Dijon (N° FINESS 210780581, 83394610 points ISA)	Rouen (N° FINESS 760780239, 112933730 points ISA)

6

3

3

1.3.3 Le croisement métiers/structures : le champ de la recherche empirique

On peut désormais définir le champ de la recherche empirique en croisant les métiers et fonctions sélectionnés avec les structures retenues (tableau 41). Sur les neuf métiers, professions et fonctions enquêtés, huit se trouveront dans les cinq types d'établissements définis *supra* : il n'a, en effet, pas été possible d'obtenir l'autorisation de se rendre dans un établissement privé à but lucratif sous OQN de grande taille avec une activité lourde dans une grande ville. Aucun des directeurs de cliniques contactés en ce sens n'a pas accepté notre présence dans les locaux de leur établissement.

En ce qui concerne les directeurs d'hôpital, six directeurs référents de pôles ont été interrogés dans des CHRU fonctionnant en pôles avec des directeurs de pôles ; trois ont été rencontrés dans des CHRU fonctionnant en pôles tout en conservant une équipe de direction traditionnelle ; et trois, enfin, ont été questionnés dans des CHRU fonctionnant encore en service (tableau 42). L'hôpital européen Georges Pompidou est à la fois considéré comme un CHRU fonctionnant en pôle avec directeurs fonctionnels et comme un établissement où les huit autres types de métiers et professions ont été enquêtés.

La distribution territoriale des établissements visités correspond aux critères de sélection qui ont été définis, ils sont répartis dans onze départements du territoire métropolitain et localisés dans douze villes différentes : Bordeaux ; Dijon ; Grenoble ; Le Plessis-Robinson ; Nantes ; Orléans ; Paris ; Poitiers ; Roubaix ; Rouen ; Toulouse²².

Le profil des établissements et des métiers ou fonctions ayant été brossé, on peut maintenant aborder la question des modalités d'entretiens ainsi que celle de la mise au point du questionnaire ayant servi de support à ces derniers.

²² Le descriptif des établissements visités est communiqué en annexe 12.

2 MODALITES ET SUPPORT DE L'ETUDE EMPIRIQUE

Ce sont les objectifs de la recherche empirique ainsi que le contexte spécifique au sein duquel elle prend place qui vont déterminer le mode d'interrogation et, par là, le support qui sera utilisé.

2.1 L'OBJECTIF DE LA RECHERCHE EMPIRIQUE

L'objectif de la recherche empirique est, rappelons-le, de démontrer l'existence d'un niveau infra-organisationnel et supra-professionnel de regroupement au travail qui outrepassse les limites des notions de métiers ou de profession. C'est ce regroupement informel qui détermine l'appropriation par les personnels d'une des deux légitimités à l'œuvre dans les établissements de santé – la légitimité du savoir, de la connaissance, ou la légitimité bureaucratique, de l'intérêt général. L'appartenance à ce type de regroupement – que nous avons dénommé « Ordre sociologique » ne relève pas des catégorisations professionnelles généralement utilisées à l'hôpital – notamment soignants et non soignants – mais du contexte et des contraintes dans lesquels le travail s'insère.

A l'hôpital, pris comme terrain d'étude, c'est la lutte de pouvoir entre l'ordre soignant et l'ordre dirigeant qui explique la revendication récurrente d'un accroissement des moyens, en particulier en personnels, alors que l'observation ne corrobore pas les éléments justificatifs de cette demande. C'est plutôt l'organisation inadéquate de l'activité des services de soins qui explique la médiocre utilisation des dotations en personnel. Cette organisation défailante n'est pas inintentionnelle, c'est un moyen de rejeter la légitimité bureaucratique dont les modalités d'organisation réclament, à l'inverse, un environnement programmable.

La validation de ces affirmations va donc nécessiter le recueil de plusieurs types d'informations : sur la personne interrogée elle-même, sur son sentiment quant à son appartenance à un ordre plutôt qu'à un autre – la validation ou l'infirmité de ce positionnement par la réponse à des questions concernant les décisions fondamentales prises dans un établissement de santé. Ces informations devront être complétées par des renseignements concernant le statut de l'établissement où la

personne travaille, et sur celui des autres établissements où elle aurait éventuellement travaillé.

2.2 LE CONTEXTE DE L'ENQUETE

L'enquête empirique prend comme terrain d'étude les établissements de santé où les personnels sont avertis des contraintes, des difficultés rencontrées par les structures qui les emploient, des enjeux auxquelles elles sont confrontées. Dans ces conditions, la question de l'imposition d'une problématique ne s'est pas posée, comme elle aurait pu l'être avec une population enquêtée non avertie : les personnes interrogées durant les entretiens sont invitées à prendre parti sur des sujets qui forment le bruit de fond de leur travail et à propos desquels elles se prononcent spontanément – et ce, dans leur contexte professionnel ou extra-professionnel.

C'est la raison pour laquelle, le problème lié à l'induction des réponses ne s'est pas non plus posé : quels que soient les mots clé ou les formules choisies dans l'énoncé des questions, les personnes interrogées ont déjà leur opinion formée quant au sujet traité – toute la difficulté consistant à la leur faire exprimer sans ambages. C'est davantage le positionnement professionnel de l'enquêteur qui peut modifier le profil global des réponses aux questions que la formulation de ces dernières. Directeur d'hôpital public, introduit dans les établissements par la direction des établissements, il ne fait pas de doute que les réponses ne peuvent être qu'empreintes du profil de celui qui les pose. Pour Bourdieu et *al.* (1983, p. 62) de façon générale : « *Pas plus qu'il n'est d'enregistrement parfaitement neutre, il n'est de question neutre* » ; rechercher la formulation la moins orientée des questions semble donc être une quête illusoire, encore plus sur le terrain d'étude que nous avons choisi, l'hôpital.

Mieux vaut, dès lors, prendre le parti contraire et inciter les personnes enquêtées à exprimer leur opinion en réduisant au minimum les possibilités de réponses ambiguës ou d'expression d'arguments neutres, et – reprenant l'argument de Friedberg (1988, p. 120) pour qui : « *L'esprit dans lequel les questions sont posées est au moins aussi important que les questions elles-mêmes* » – ne pas masquer cet objectif aux yeux des personnes interrogées.

Deux légitimités sont à l'œuvre dans les établissements de santé, mais il est rarement valorisant d'ignorer ouvertement celle de l'ordre opposé : les personnels administratifs s'enorgueillissent d'être conscient du caractère atypique du soin ; les personnels de soins expriment leur compréhension quant aux contraintes budgétaires et de gestion. Dans le cadre d'un entretien non directif, la tentative d'échappement consisterait à renvoyer les difficultés rencontrées par les établissements de santé à des problèmes plus généraux s'exerçant à d'autres niveaux que celui de l'établissement : non prise en compte du caractère incomparable du soin ; impéritie des autorités sanitaires ; manque de moyens au niveau national... Dans ce contexte, des modalités ouvertes de questionnement risqueraient soit de conduire la personne interrogée à présenter à l'enquêteur une image de juste milieu entre particularité du soin et contraintes de gestion, soit de l'inciter à exposer ses revendications catégorielles ou locales. C'est le constat qui avait été fait lors d'une enquête menée au sein du service de cardiologie de l'hôpital Saint-Antoine à Paris (Holcman, 2002 b) : sollicités pour décrire librement les tâches qui composent leur activité professionnelle, les personnels interrogés étaient souvent tentés d'exprimer des récriminations quant au fonctionnement de leur service, persuadé que le statut administratif de l'enquêteur faisait de lui l'interlocuteur privilégié pour faire passer un message auprès du chef de service, de son adjoint et/ou de la direction de l'établissement.

C'est également la raison pour laquelle, la solution de l'envoi de questionnaires remplis individuellement a été écartée : les inconvénients en termes de dilution du contenu des réponses ont semblé bien supérieurs à la distorsion éventuellement introduite par la présence de l'enquêteur lors du remplissage sur place et en sa présence. La réponse différée et réfléchie aux questions aurait laissé le loisir aux personnes interrogées de mobiliser les éléments de leurs réponses et de les filtrer à l'aune du discours qu'elles entendent faire passer. Or l'objectif de l'étude empirique est d'obtenir les réponses les plus spontanées possible, de mettre à jour l'appartenance à un ordre plutôt qu'à un autre *via* l'expression presque instinctive de l'opinion à vis-à-vis d'enjeux majeurs pour les établissements de santé, présentés de la façon la plus binaire qui soit.

2.3 LES MODALITES DE LA RECHERCHE

Pour répondre aux objectifs de la recherche empirique et prendre en compte le contexte particulier dans lequel elle s'inscrit, il faut faire un choix entre les différentes modalités de recueil de l'information – ce qui revient à trancher dans le débat entre entretien ou questionnaire – et à adapter les modalités d'interrogation à ce choix.

2.3.1 Entretiens et/ou questionnaires ?

L'enquête sociologique utilise deux types d'instruments : les enquêtes dites qualitatives et celles dites quantitatives. Les premières sont adossées à l'analyse d'entretiens, les secondes se fondent sur l'exploitation statistique des réponses à des questionnaires. Les caractéristiques de ces instruments s'étalonnent entre l'entretien non directif et le questionnaire à questions fermées. La plupart du temps les enquêtes sont mixtes, empruntant à plusieurs techniques d'interrogation. Pour de Singly (2001, p. 23) : « *L'entretien est un instrument privilégié pour la compréhension des comportements, le questionnaire est une excellente méthode pour l'explication de la conduite* ». Le choix de la méthode d'enquête utilisée ici a été dicté par son contexte de réalisation.

L'entretien est le fondement des enquêtes qualitatives, il se différencie suivant son degré de directivité : on distingue les entretiens non directifs, semi directifs et directifs. Les techniques non directives sont censées faire émerger une parole libre dans lequel le non-dit parviendrait à s'exprimer (Fenneteau, 2002). Mais, l'expérience de l'enquête menée à l'hôpital Saint-Antoine nous a montré que, à l'hôpital en tout cas, l'entretien non directif suscitait la production d'un bruit important que seul l'introduction d'une certaine directivité de l'enquêteur parvenait à couvrir : il convenait régulièrement de ramener les personnes interrogées au sujet de l'entretien.

« *N'est- ce pas, par exemple, parce qu'il se présente comme la réalisation paradigmatique de la neutralité dans l'observation que, entre toutes les techniques de collecte des données, l'entretien non-directif est si fréquemment exalté (...) ?* » se demandent Bourdieu et al. (1983, p. 61). En établissement de santé, dès lors que l'enquêteur est directeur d'hôpital, issu du monde de la direction et introduit comme tel dans l'établissement, aucune technique de recueil de données ne peut prétendre

à la neutralité, sauf à masquer son appartenance professionnelle. Nous n'avons pas fait ce choix pour des raisons à la fois déontologiques et d'efficacité : l'expérience de l'enquête à l'hôpital montre que le respect exprimé aux personnels interrogés, par la présentation de la démarche d'enquête et de son auteur, forme le meilleur atout pour recueillir les réponses les plus proches de ce qu'ils ressentent véritablement.

La solution de l'entretien de groupe a également été écartée. Les contraintes spécifiques du travail en établissement de santé ne permettraient tout d'abord pas de réunir huit à dix personnes en même temps. Quand bien même elle aurait été possible d'un point de vue pratique, cette technique n'aurait pas été utilisée en raison de la variété des métiers des personnes à interroger et des rapports hiérarchiques – formels ou informels – régnant entre elles. Il n'est pas envisageable d'espérer obtenir des réponses spontanées et franches en réunissant un chef de service, une secrétaire médicale, un médecin, le chef d'établissement, une infirmière, un directeur adjoint...

C'est donc une modalité d'enquête par questionnaire qui a été retenue. La technique que nous avons employée se situe à mi-chemin entre l'analyse qualitative et le support de l'analyse quantitative. Elle va au-delà d'un entretien directif puisque le but de la rencontre est de faire remplir un questionnaire par la personne enquêtée, mais ce n'est pas pour autant une enquête par questionnaire dans la mesure où : « ... *les interactions entre l'interviewer et l'interviewé jouent un rôle important.* » (Fenneteau, 2002, p. 15). Dans la recherche empirique que nous avons conduite, cette interaction s'est incarnée dans l'intervention de l'enquêteur pour expliciter le sens de telle ou telle question.

2.3.2 Le mode d'interrogation

Le questionnaire sur lequel est adossé la recherche empirique est fondé principalement sur des mises en situation fictives – l'objectif étant de recueillir le positionnement le plus spontané possible des enquêtés face aux situations types qui leur sont proposées. Il a été rempli directement par les personnes interrogées lors d'un entretien d'une demi-heure environ. Elles pouvaient nous interroger comme elles le voulaient à l'égard du sens de telle ou telle question – la seule contrainte étant de formuler un choix entre les deux options de réponse. L'objet de la recherche

empirique était clairement exposé en préalable au remplissage du questionnaire, il permettait de justifier la formulation des questions.

Le nombre de choix par type de situation décrit est volontairement restreint à deux pour contraindre l'enquêté à se situer plutôt qu'à développer une réponse circonstanciée et balancée ; le choix a été fait de demander une réponse rapide, quasi instantanée pour faire ressortir un sentiment instinctif d'appartenance plutôt qu'une réponse filtrée, contrôlée en fonction de ce qu'on croit devoir dire à un enquêteur.

Pour ne pas produire un effet intimidant ou contraignant, les questions appelant une réponse tranchée sont assorties d'une formule – « *Expliquez pourquoi si vous le souhaitez* » - qui permet à la personne enquêtée d'atténuer à ses propres yeux le caractère réducteur des réponses-types qui lui sont proposées. Les développements éventuellement rédigés s'affichent comme des éléments de souplesse pour les personnes enquêtées, ils n'ont pas été pris en compte dans l'analyse des données issues de l'enquête de terrain.

La question de la personnalisation des réponses s'est également posée. Il est ordinairement recommandé dans les enquêtes d'éviter des formulations « impliquantes » telles que : « *Pensez-vous que...* », « *Jugez vous que...* », qui risquent de limiter la spontanéité des réponses. Dans le questionnaire mis au point, les mises en situation proposées aux personnes enquêtées ont été pourtant été personnalisées (« *Vous êtes en situation de prendre une décision, vous auriez plutôt tendance à...* »), et ce en raison du contexte particulier des établissements de santé et du but poursuivi par la recherche empirique.

Le contexte des établissements de santé, on l'a vu *supra*, n'est pas caractérisé par l'incertitude quant aux solutions à adopter mais plutôt celui d'une conviction, profondément ancrée chez les personnels, que les solutions existent et qu'elles sont applicables à condition que soit établie une analyse pertinente de la situation. Les personnels de soins sont persuadés de l'ignorance des personnels administratifs ou des autorités sanitaires quant à la réalité et aux contraintes de leur activité ; les personnels de gestion se plaignent de l'indifférence des personnels de soins à l'égard des contraintes économiques dans lesquelles s'inscrit désormais l'activité des

établissements de santé. Il n'est pas excessif, dans ces conditions, de demander aux personnels enquêtés de réitérer les jugements qu'ils expriment la plupart temps entre eux.

De même, les buts poursuivis par la recherche empirique nécessitent de personnaliser les réponses. L'objectif poursuivi étant de révéler l'appartenance des personnes interrogées à un ordre plutôt qu'à un autre, une généralisation de certaines questions aurait brouillé le message délivré par les réponses. Si, par exemple, on demande à une personne de se prononcer sur les modalités de prise de décision concernant un investissement bio-médical, la formulation de la question influence fortement la réponse. A la description de situation suivante : « *La communauté médicale de l'établissement de soins où vous travaillez réclame l'achat d'une IRM* », deux types de formulations peuvent être adjointes :

- « *Vous êtes en situation de prendre une décision, vous auriez tendance à ...* »
- « *Les personnes qui doivent prendre une décision devrait avoir tendance à...* »

La seconde formulation est moins impliquante mais introduit une ambiguïté dans la réponse en raison même de la moindre implication qu'elle entraîne. L'implication a ici un double sens : vis-à-vis de l'enquêteur et à l'égard de la situation décrite. S'agissant de cette dernière, il est tout à fait plausible qu'une personne ne donne pas la même réponse suivant qu'elle se trouve en situation de prendre une décision – et donc de la justifier – ou de porter un jugement sur ceux qui doivent la prendre. En d'autres termes, et pour reprendre l'une des composantes de l'alternative donnée comme réponse à la question ci-dessous, une personne pourrait considérer que les gens qui doivent prendre une décision devrait : « *Explorer les possibilités d'utilisation d'une IRM installée dans un autre établissement* », mais pourrait ne pas vouloir prendre elle-même cette décision, notamment compte tenu des réactions que cette dernière ne manquerait pas de susciter. Ou bien le terme pourrait être pris comme la formulation d'une probabilité plutôt que d'une obligation.

C'est à la lumière de ces observations et de ces contraintes que le questionnaire, support de la recherche empirique, a été conçu.

2.4 LE QUESTIONNAIRE

Le questionnaire²³ soumis aux personnes rencontrées comporte vingt-huit questions. Il se compose de deux parties, graphiquement non distinguées, respectivement constituée de treize et de quinze questions. L'une concerne l'agent, la structure où il travaille, celles où il aurait, éventuellement, travaillé, et les personnes avec qui il est en contact ; la seconde est constituée de questions de mises en situation et de questions de positionnement.

2.4.1 L'agent et la structure

Les treize questions de cette première partie concernent l'agent interrogé (âge, sexe, métier médical ou non médical, statut, grade, fonction, ancienneté, travail dans une autre structure de soin que l'actuelle), l'établissement où il travaille (mission, mode de financement, nombre de lits, effectifs médicaux et non médicaux) et les personnes avec qui il est en professionnellement en contact.

L'ordre dans lequel les questions sont posées étant particulièrement important (Ghiglione et Matalon, 2004), cette première partie est composée d'interrogations ne soulevant pas de difficultés pour la personne qui remplit le questionnaire, de façon à la mettre en confiance et à la faire entrer dans le rythme questions/réponses – préalable encore plus nécessaire pour les personnels des établissements de santé. Ces derniers sont, en effet, professionnellement davantage habitués à poser des questions et faire remplir des formulaires que d'être dans la situation de devoir le faire. Ces questions de routine conduisent à la seconde partie du questionnaire, la plus déterminante, constituée de questions plaçant la personne dans des situations où une décision est attendue.

2.4.2 La seconde partie du questionnaire : mises en situation et positionnement

La seconde partie du questionnaire est composée de huit questions de mise en situation et de sept questions de positionnement intercalées²⁴. L'une des questions les plus importantes (numéro 12) est située au bas de la première page du questionnaire, immédiatement après les onze premières questions de routine. Il est

²³ Il figure en annexe 13.

²⁴ Leur répartition est fournie en annexe 14.

demandé à la personne enquêtée de se prononcer quant à son positionnement dans l'établissement de santé : appartient-elle au « Monde du soin » ou au « Monde de l'administration, de la direction, de la gestion » ? L'autre question de positionnement (numéro 15) vient après deux autres questions de routine consacrées aux collègues de travail. Elle demande à l'enquêté s'il a le sentiment de contribuer « Au service public de la santé » ou bien « A l'amélioration de la santé des patients de [son] établissement ».

Tableau 43. Réponses mettant en lumière l'appartenance à un ordre

Question	Positionnement	
	Soignant	Dirigeant
12	Monde du soin	Monde de l'administration, de la direction, de la gestion
20	Décision des soignants	Décision de la direction
23	Décision des personnels qui soignent	Décision des personnels qui dirigent

Tableau 44. Réponses mettant en lumière la légitimité revendiquée

Question	Légitimité	
	Savoir, connaissance	Bureaucratique, intérêt général
15	Amélioration de la santé des patients de votre établissement	Service public de la santé
25	Prendre en charge du mieux possible les patients de cet établissement	Contribuer à l'offre nationale de soins
26	Nécessité médicale jugée sur place	Orientations des autorités sanitaires
28	Evolution des connaissances scientifiques	Intérêt général, intérêt du public

Ces demandes, volontairement placées en début de questionnaire parmi des questions très descriptives, doivent permettre de corroborer le profil d'appartenance tel qu'il va se dégager des questions de mise en situation. C'est une interrogation de contrôle qui se cumule avec les autres questions de positionnement (numéros 20, 23, 25, 26 et 28) mettant également en exergue le type de légitimité revendiquée.

Les questions de positionnement se répartissent entre les questions qui mettent en lumière l'appartenance (numéros 12, 20 et 23) et celle qui définissent la légitimité revendiquée (numéros 15, 25, 26 et 28). S'agissant de l'appartenance, la question 12 – on l'a vu – demande clairement aux personnes enquêtées de se positionner entre monde du soin et monde de l'administration ; les questions 20 et 23 doivent confirmer cette assertion en interrogeant la personne sur la primauté de la décision finale dans les établissements de santé (tableau 43).

En ce qui concerne la légitimité revendiquée (tableau 44), elle est clairement énoncée dans les options de réponses – « Evolution des connaissances scientifiques » ou « Intérêt général, intérêt du public » – de la question 28, la dernière du questionnaire, interrogeant sur les déterminants de la prise de décision dans les établissements de santé. Auparavant, les questions 15, 25 et 26, ont permis aux personnes interrogées de formuler une des deux alternatives définies à la question 28 : soit en privilégiant l'amélioration de la santé du patient, la nécessité médicale jugée sur place, soit en en donnant la primauté au service public de la santé défini par les autorités sanitaires, et à l'offre nationale de soins.

Ces questions de mises en situation prennent comme contexte des décisions majeures dans les établissements de santé : recrutement et nominations (questions 16, 18 et 24) ; dépenses, recettes et investissement (question 17, 19 et 27) ; organisation de l'activité et du travail (question 21 et 22).

2.4.3 Forme et présentation du questionnaire

De façon à éviter l'identification des questions ressortissant à un ordre plutôt qu'à un autre, la position des réponses « soignantes » ou « dirigeantes » a été alternée de façon aléatoire dans la présentation du choix binaire de réponse.

Pour les quinze questions pertinentes (huit de mise en situation et sept de positionnement), il a été spécifié qu'une seule réponse était requise, de façon à marquer l'obligation pour les personnes interrogées de calquer leur réponse sur le choix binaire des options offertes. Une grande partie des discussions tenues lors des entretiens de remplissage concernait le souhait exprimé de pouvoir sélectionner les deux réponses possibles – ce qui contrevenait à l'objectif de la recherche empirique. Le rôle de l'enquêteur était donc de compléter la formulation des questions à la lumière de l'objectif de la recherche empirique tel qu'il avait été présenté en exergue de l'entretien.

De même, pour dix des quinze questions, la possibilité était offerte d'ajouter un commentaire expliquant le choix de l'option de réponse, de façon à assouplir aux yeux des enquêtés le caractère peut-être trop tranché de l'alternative. Les questions pour lesquelles cette possibilité n'était pas ouverte sont les numéros 12, 15, 25, 26, et 28 – c'est-à-dire celles destinées à mettre en lumière la légitimité revendiquée

ainsi que celles où l'enquêté exprime clairement son sentiment de rattachement à un ordre plutôt qu'à un autre.

Au sein du monde du soin, une différenciation a été établie entre médecins et non médecins. Cette disposition procède d'une précaution sémantique : dans les établissements de santé, les « soignants » sont les personnels paramédicaux ; les médecins sont dénommés par le nom de leur profession ou par les termes génériques de « personnel médical » ou « communauté médicale »²⁵. C'est la raison pour laquelle, chaque fois que le terme « soignant » a été utilisé, il a été précisé – en tant que de besoin – qu'il concernait les médecins et les non-médecins.

Cette façon de procéder répond également à la nécessité de prendre en compte le contexte particulier des services de soins : les supérieurs hiérarchiques des paramédicaux sont formellement leurs cadres, et fonctionnellement les médecins. C'est la raison pour laquelle, la perspective du recrutement d'un ingénieur en organisation pour améliorer l'organisation du travail dans les services de soins (question 22) peut être envisagée de façon contrastée suivant la qualité du soignant : les paramédicaux sont tentés de privilégier le cadre de soins dont ils estiment que c'est le rôle, alors que les médecins peuvent voir là la possibilité d'externaliser la réponse à une question qui leur est fréquemment renvoyée – et, par là, de s'en décharger.

Enfin, il a été rappelé aux personnes enquêtées que les entretiens auraient pour unique objectif d'alimenter le travail de recherche, qu'ils seraient anonymes et placés sous le sceau de la plus stricte confidentialité. Il a également été précisé que les résultats de l'enquête seraient communiqués à chacun d'entre eux.

Les modalités de l'étude empirique ayant été définies, nous allons maintenant observer les résultats qu'elle a produits, et dans quelle mesure ces derniers valident les hypothèses avancées.

²⁵ Rappelons que les pharmaciens et les odontologistes sont également concernés par cette précision mais qu'il a été décidé de ne pas les inclure dans l'étude empirique.