

CHAPITRE 5

RESULTATS DE L'ETUDE EMPIRIQUE ET VALIDATION DES HYPOTHESES

1	LES PREMIERES OBSERVATIONS	157
1.1	Le profil des personnes enquêtées	157
1.2	Le profil des établissements enquêtés	159
2	TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES	160
2.1	Le profil général des réponses	160
2.2	L'analyse par scores.....	165
2.2.1	Les scores par questionnaires	166
2.2.2	Les scores par métiers/professions et par fonctions	167
2.2.3	Les scores par établissement	171
2.3	L'étude des corrélations.....	172
2.4	L'analyse de données.....	176
2.4.1	Une répartition en trois classes.....	176
2.4.2	La classe « Ordre dirigeant ».....	178
2.4.3	La classe « Ordre soignant » paramédicale.....	179
2.4.4	La classe « Ordre soignant » médicale.....	180
2.4.5	L'ordre soignant divisé en deux classes	181
3	LA VALIDATION DES HYPOTHESES.....	182
3.1	L'ordre sociologique : une structuration par la contrainte fonctionnelle plutôt que par l'appartenance professionnelle.....	182
3.1.1	Rattachement à l'ordre et appartenance à une profession	183
3.1.2	Une structuration par la contrainte fonctionnelle	184
3.1.3	La zone de contact entre ordres.....	189
3.2	Une lutte de pouvoir entre ordres.....	193
3.3	Une lutte de pouvoir adossée à un conflit de légitimités	200
3.4	Appartenance à un ordre et légitimité	203
3.5	Le rejet de la légitimité bureaucratique dans un domaine médiatisable	204
3.5.1	La « dysorganisation » dans les services de soins.....	204
3.5.2	Niveau de programmabilité des tâches et manque de personnel.....	208

Cinquante et un questionnaires ont été recueillis durant l'étude empirique, auxquels s'ajoutent deux questionnaires remplis lors d'entrevues menées ultérieurement avec deux chefs d'établissements. Compte tenu du nombre d'entretiens conduits, les données qui en sont issues ne seront pas exprimées en pourcentage – convention de présentation qui ramène fictivement à 100 la base de comparaison, et modifie à due concurrence les résultats obtenus. L'expression en pourcentage sera utilisée quand les données seront supérieures à 100, notamment s'agissant des nombres totaux de réponses.

La plupart des observations portent sur les cinquante et un premiers questionnaires, les deux derniers servent à compléter les analyses spécifiques portant sur les chefs d'établissements.

Dans un premier temps on exposera les premiers constats auxquels l'observation des questionnaires peut conduire ; dans un second temps, on analysera les données pour vérifier si l'étude empirique valide ou non les hypothèses avancées.

1 LES PREMIERES OBSERVATIONS

Les premières observations portent sur les personnes qui ont rempli les questionnaires, sur les établissements où elles travaillent et sur le premier regard qu'on peut porter sur les réponses aux questions. Les graphiques tirés des données globales concernant les personnes et les établissements sont consultables en annexe 15.

1.1 LE PROFIL DES PERSONNES ENQUETEES

Les 51 personnes qui ont rempli un questionnaire se composent de 24 hommes et de 27 femmes. Professionnellement, on compte 5 chefs d'établissement, 12 directeurs d'hôpital, 10 infirmières, 15 médecins et 9 secrétaires – soit 25 soignants et 26 non-soignants (tableau 45).

La personne la plus jeune est âgée de 29 ans, la plus ancienne de 62 ans. L'âge moyen des 51 personnes est de 46,2 ans : 49,2 ans chez les hommes, 43,2 chez les femmes. L'ancienneté dans l'établissement s'étalonne de 6 mois à 30 ans.

L'ancienneté moyenne est de 11,3 ans, elle est de 12,7 ans chez les femmes et de 9,6 ans chez les hommes.

18 personnes sur 51 ont travaillé dans une structure de soins d'un type différent de celui dans lequel elles travaillent actuellement. Ce sont principalement des infirmières (7 sur 10) et des médecins (7 sur 15). Aucun des directeurs d'hôpital n'a travaillé dans un autre type de structure ; 2 secrétaires sur 9 et 2 chefs d'établissement sur 5 l'ont fait.

S'agissant du statut, 2 chefs d'établissement sur 5 sont fonctionnaires et 3 sous contrat à durée indéterminée (CDI) ; les 12 directeurs d'hôpital sont fonctionnaires ; 4 infirmières sont fonctionnaires, 5 sont sous CDI et une sous contrat à durée déterminée (CDD) ; 4 secrétaires sont fonctionnaires et 5 sous CDI. 13 médecins sur 15 sont salariés, 2 sont libéraux – ces deux derniers médecins sont également actionnaires de l'établissement privé où ils travaillent.

Tableau 45. Le profil des personnes ayant rempli le questionnaire

	F	H	Age moyen	Ancienneté moyenne	Travail dans une autre structure ?	Collègue même métier (souvent et très souvent)	Fonctionnaire	CDI	CDD
Chef d'établissement	1	4	48	3,6	2	1	2	3	
Directeur d'hôpital	6	6	43,6	5,8	0	7	12		
Infirmière	9	1	41	12,9	7	6	4	5	1
Secrétaire	9	0	46,3	16,7	2	3	4	5	
							Salarié	Libéral	Actionnaire/propriétaire
Médecins (*)	2	13	50,4	13,8	7	10	13	2	2

(*) Les deux médecins qui ne sont pas salariés sont à la fois libéraux et actionnaires/propriétaires de la structure où ils exercent.

A la question : « Vos collègues de travail ont-ils le même métier que vous ? », 17 personnes répondent « Souvent » et 10 répondent « Très souvent », soit au total la moitié de l'effectif des personnes enquêtées. 6 des 10 personnes ayant répondu « Très souvent » à cette question sont des médecins (sur 15 au total) et 2 sont des directeurs d'hôpital (sur 12) ; 4 des 17 personnes à répondre « Souvent » sont des médecins et 5 des directeurs d'hôpital.

1.2 LE PROFIL DES ETABLISSEMENTS ENQUETES

9 des 12 établissements visités sont publics. Parmi les 3 établissements privés, 1 est à but lucratif, les 2 autres à but non lucratif et PSPH. Sur les 9 établissements publics, on recense 1 centre hospitalier, 1 centre hospitalier régional et 7 centres hospitaliers régionaux et universitaires.

Le nombre de points ISA produit annuellement par chaque établissement s'étalonne de 11 millions à 175 millions, les trois établissements privés produisant de 11 millions à 20 millions de points ISA par an. Les établissements privés possèdent respectivement 132, 200 et 204 lits ; le nombre de lits dans les établissements publics s'échelonne de 827 à presque 3 100 (tableau 46).

Tableau 46. Caractéristiques des établissements enquêtés

	Points ISA	Lits	Personnel médical (PM)	Personnel non médical (PNM)	PM/PNM (*)
CHRU Toulouse	174 851 645	2 875	2 000	8 500	23,5
CHRU Nantes	125 484 375	3 098	1 616	8 385	19,3
CHRU Rouen	112 933 730	2 447	1 520	6 320	24,1
CHRU Grenoble	100 552 325	2 000	1 000	7 000	14,3
CHRU Poitiers	85 450 665	1 700	500	4 000	12,5
CHRU Dijon	83 394 610	1 675	878	4 714	18,6
CHR Orléans	67 001 770	1 480	307	3 700	8,3
HEGP	54 730 485	827	642	2 922	22,0
CH Roubaix	45 796 925	1 500	200	2 720	7,4
Clinique Marie-Lannelongue	20 582 945	204	80	680	11,8
Clinique Eaux claires	13 281 640	200	60	440	13,6
Clinique Tivoli	11 079 860	132	55	295	18,6

(*) En %.

L'observation du rapport entre personnel médical¹ et personnel non médical montre que le volume global de personnel est indépendant de ce ratio. Les trois cliniques ont un ratio personnel médical sur personnel non médical supérieur à des établissements publics employant jusqu'à dix fois plus de personnels. Ces divergences seront analysées *infra*. Même s'il n'est pas temps d'établir des corrélations à ce stade, on peut également observer que le nombre de points ISA produit annuellement augmente à mesure que la ratio PM/PNM s'élève.

Ces premières observations ayant été faites, il est dès lors possible de passer à l'analyse des données recueillies.

¹ Ce chiffre a été recueilli lors de la visite des établissements, il correspond à la définition courante du personnel médical – médecins, pharmaciens et odontologistes – fréquemment complété par le nombre de sages femmes, et pas à la définition limitative retenue dans l'étude empirique, un personnel médical circonscrit aux médecins.

2 TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES

Les informations recueillies dans les questionnaires ont été saisies sur une table de données² dans le tableur Excel, puis traitée avec le logiciel SAS pour en dégager les corrélations éventuelles et, après, avec le logiciel SPAD pour réaliser l'analyse des données.

Après avoir dégagé le profil général des réponses, on rapportera les premières constatations établies, notamment, à partir du calcul de scores ; ensuite, on étudiera les corrélations qui peuvent être établies entre réponses et les résultats obtenus par l'analyse de données.

2.1 LE PROFIL GENERAL DES REponses

Ce sont les huit questions de mise en situation (questions 16, 17, 18, 19, 21, 22, 24, 27) et les sept questions de positionnement (questions 12, 15, 20, 23, 25, 26, 28) qui vont faire l'objet d'une analyse plus spécifique. Lors de la mise au point du questionnaire, le caractère « soignant » ou « dirigeant » des réponses avait été préalablement établi³.

Sur la base de cette affectation préalable, on peut répartir l'ensemble des réponses suivant leur caractère et en fonction du métier ou la profession des personnes répondantes. On utilisera pour ce faire un classement inspiré de la terminologie de Mintzberg et d'Etzioni⁴ – professionnels et non professionnels – les premiers ressortissant à l'ordre soignant, les seconds à l'ordre dirigeant (tableau 47).

On peut, en premier lieu, observer que 49 % des 765 réponses possibles (15 questions par 51 personnes répondantes) ont été données par des professionnels – infirmières et médecins – et 51 %, donc, par des non professionnels – chef d'établissement, directeur d'hôpital et secrétaires. Pourtant, 65 % des réponses ont un caractère « dirigeant » ; c'est le cas, en particulier, de 60 % des réponses apportées par les professionnels. 45 % des réponses « dirigeantes » sont

² Cette table de données est fournie en annexe 16 et son codage en annexe 17.

³ Les intitulés de ces questions et leur répartition entre ordres sont développés dans l'annexe 18.

⁴ Rappelons que nous regroupons toujours les professionnels et les semi-professionnels sous le même terme de « professionnels » ; la distinction entre les deux sous-groupes s'établira *infra* dans l'estimation de la validation des hypothèses.

données par des professionnels ; 70 % des réponses des non professionnels sont « dirigeantes »⁵.

Tableau 47. Caractère « Soignant » ou « Dirigeant » des réponses

	Nombre	Réponses dirigeantes (non professionnelles)		Réponses soignantes (professionnelles)		Total réponses	
		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Infirmières	10	94	41,8	56	150	37,3	40
Médecins	15	131	58,2	94	225	62,7	60
Total professionnels	25	225	44,9	150	375	56,8	49,0
Chef d'établissement	5	58	21,0	17	75	14,9	19,2
Directeur d'hôpital	12	136	49,3	44	180	38,6	46,2
Secrétaires	9	82	29,7	53	135	46,5	34,6
Total non professionnels	26	276	55,1	114	390	43,2	51,0
TOTAL	51	501	100,0	264	765	100,0	100,0

Compte tenu de la répartition quasi paritaire des professionnels et des non professionnels au sein des personnes interrogées, on aurait pu s'attendre à une distribution identique des réponses conformément à la césure professionnels/non professionnels constitutive des bureaucraties professionnelles. Or ce n'est pas le cas.

En revanche, si l'on affine l'analyse en identifiant la part des réponses dirigeantes dans le total des réponses par métiers/professions, la hiérarchie qui se dessine est conforme à l'opposition entre professionnels et non professionnels – quand bien même la part des réponses dirigeantes demeure prépondérante. En d'autres termes, la part des réponses dirigeantes dans le total des réponses par métiers/professions est la plus forte chez les chefs d'établissements (77,3 %) et chez les directeurs (76,1 %) ; elle décroît ensuite chez les infirmières (62,7 %), les secrétaires (59,3 %) et les médecins (57,3 %) (tableau 45). La surprise, à ce stade de l'analyse, vient de ce que le pourcentage de réponses dirigeantes est plus élevé chez les infirmières que parmi les secrétaires (graphique 1).

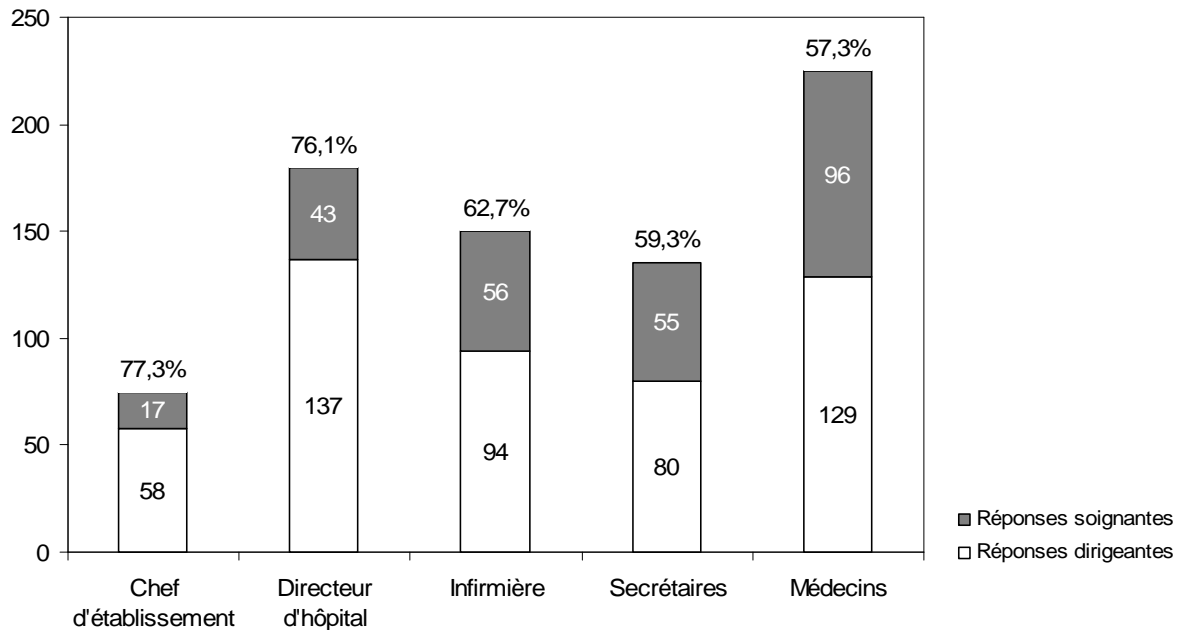
L'inadéquation avec des résultats conformes à la distinction professionnels/non professionnels s'observe encore plus dès lors qu'on observe les profils de réponse par question et par métier/profession. Pour ce faire, les réponses aux quinze questions ont été valorisées en leur affectant un point positif ou un point négatif suivant qu'elles relèvent de l'ordre soignant ou de l'ordre dirigeant. Par convention,

⁵ L'orientation des réponses les plus fréquentes aux questions est donnée en annexe 19.

les réponses relevant de l'ordre dirigeant ont été affectées d'un point positif et celles relevant de l'ordre soignant d'un point négatif. L'affectation d'un point positif ou d'un point négatif ne procède pas d'un jugement de valeur quant à un ordre plutôt qu'à un autre mais est destinée à produire au final une « cartographie » des métiers inscrite sur une échelle de répartition entre ordre soignant et ordre dirigeant.

Graphique 1. Part des réponses dirigeantes dans le total des réponses par métier

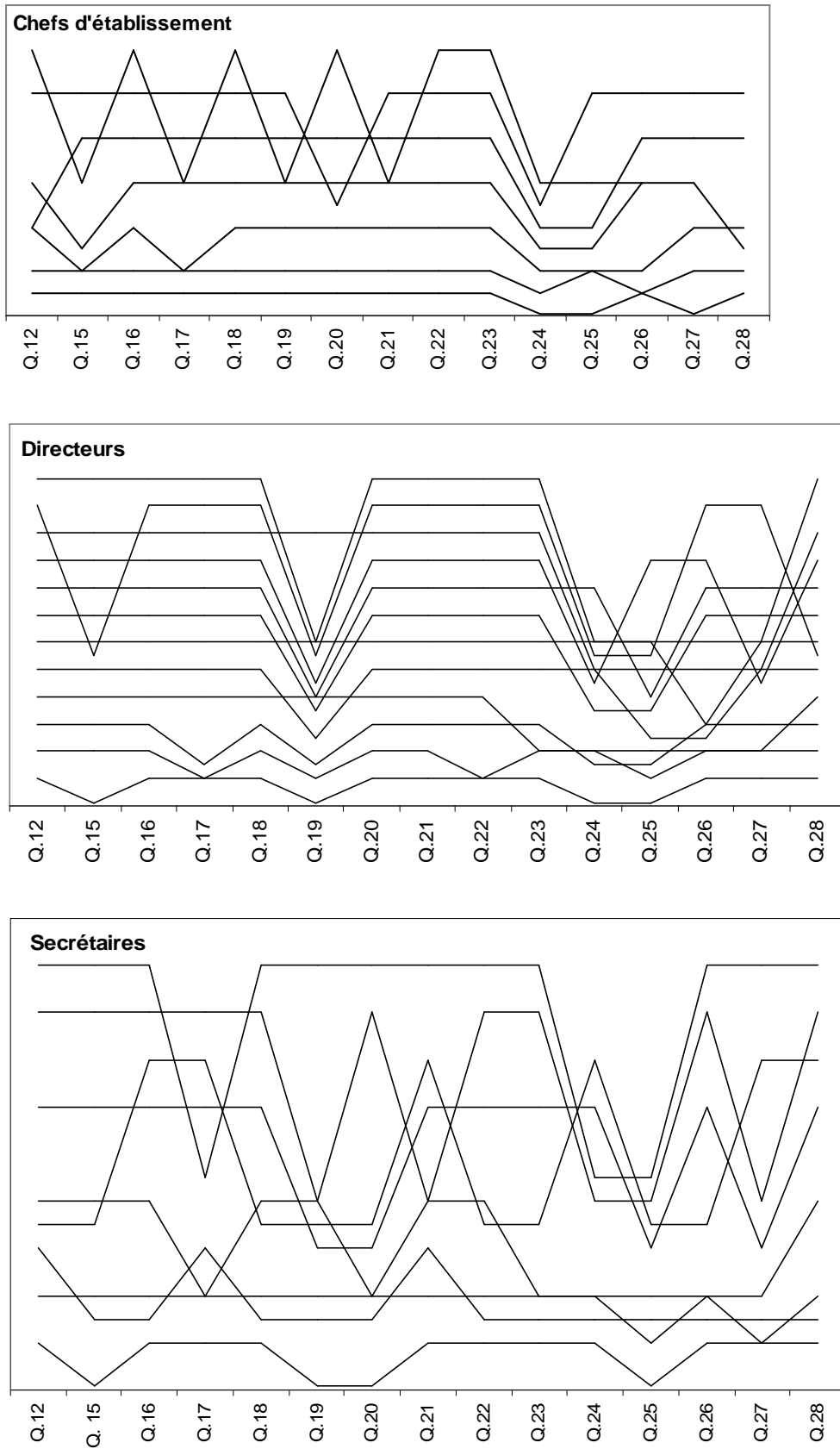
(nombre de réponses en unités ; part en %)

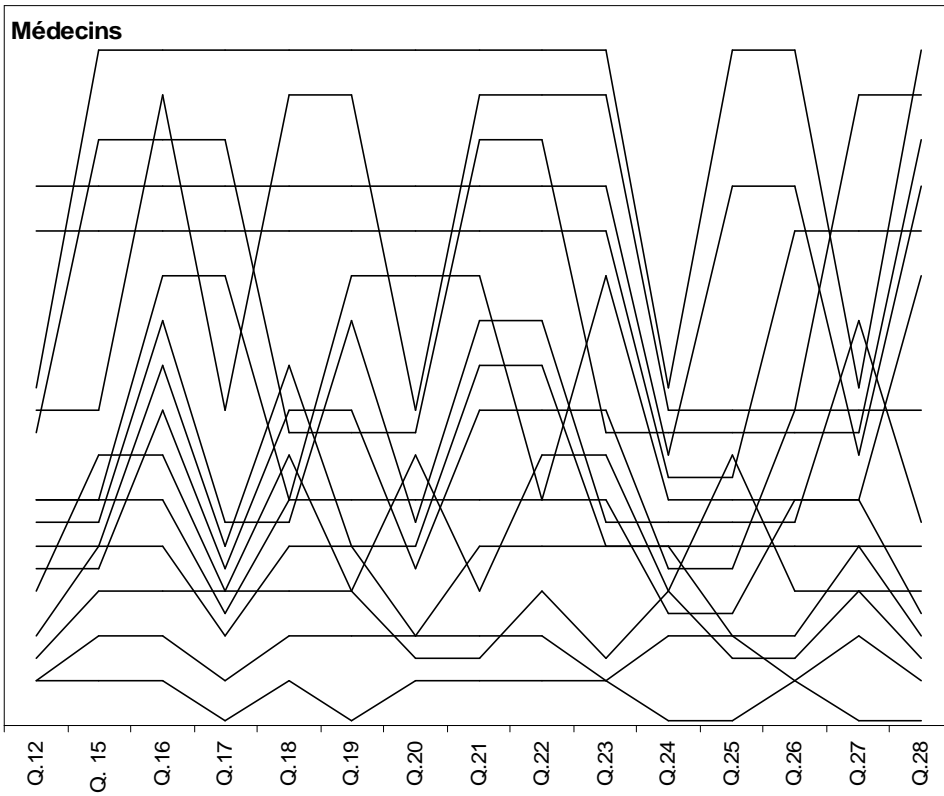
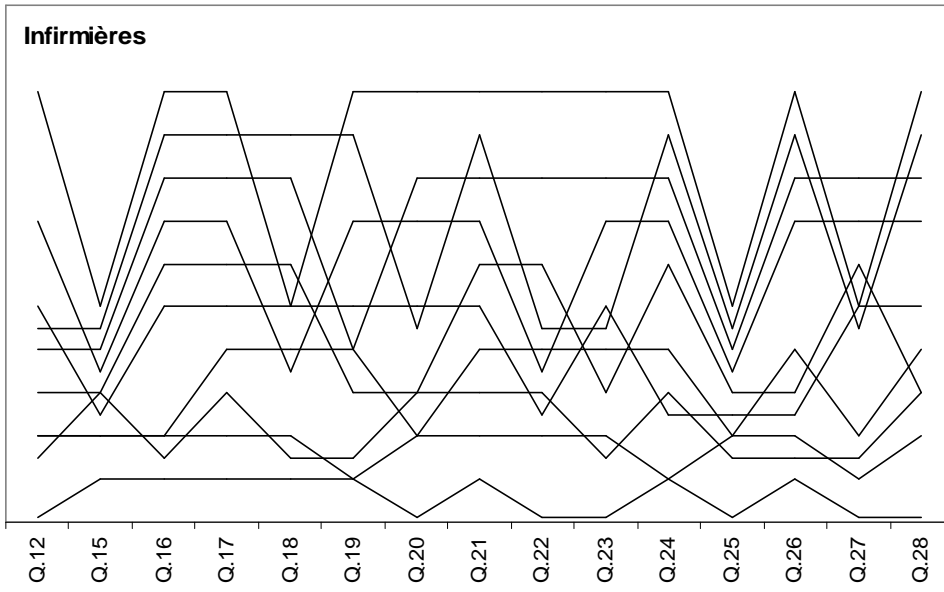


Les évolutions entre réponses dirigeantes et réponses soignantes forment un profil de réponse aux quinze questions pour chaque personne interrogée. Ces profils de réponses ont été regroupés par métier dans le graphique 2. On peut alors s'apercevoir que les profils des chefs d'établissements (à l'exception de celui du médecin dirigeant un établissement à but lucratif) et les profils des directeurs sont homogènes, alors que ceux des secrétaires, des infirmières et des médecins sont plus erratiques. S'agissant des tracés de ces trois derniers métiers, on se rend compte que les profils des infirmières et des médecins présentent quelques points – partiels - de convergence.

Les points partiels de convergence des infirmières se situent autour des réponses soignantes aux questions 15 (contribuer à l'amélioration de la santé des patients de [son] établissement) et 25 (prendre en charge du mieux possible les patients de [son] établissement).

Graphique 2. Profils de réponses par métiers





Les convergences partielles de réponses des médecins se situent autour d'une réponse soignante aux questions 17 (achat d'une IRM), 27 (normal de poser un *pace maker* quand le quota d'implantation est déjà atteint) et d'une réponse dirigeante à la question 24 (ne pas accéder à la demande d'un chef de service qui réclame un droit de regard sur les affectations de paramédicaux dans son service).

Les profils de réponses des secrétaires apparaissent comme les plus dispersés, à l'image sans doute de la variété des contextes d'exercice de leurs fonctions, et de la nature de ces dernières. Les secrétaires interrogées – des secrétaires médicales pour la plupart d'entre elles – exercent, en effet, tant dans les services administratifs, à la direction notamment, que dans les services de soins. Dans cette dernière configuration d'exercice, leur activité administrative s'exerce au cœur des services de soins ; elles sont à l'articulation des rapports de pouvoir et de légitimité entre ordres – ce qui s'observe certainement dans les profils de leurs réponses.

On constate, dès à présent, que des éléments d'observation incitent à s'interroger quant à la pertinence d'une imperméabilité supposée entre la vision qu'ont les professionnels d'un établissement de santé et celle qu'y portent les non professionnels. Ces éléments ne sont pas suffisants, toutefois, pour former un jugement, il convient par conséquent de les compléter. Pour ce faire, nous allons tout d'abord utiliser la valorisation des réponses – qui a été faite pour établir les profils de réponses – afin de procéder à une analyse par scores.

2.2 L'ANALYSE PAR SCORES

La première étape de l'analyse par score consiste à établir une échelle de classement sur laquelle seront positionnés les cinquante et une personnes enquêtées sur la base du score de leur questionnaire, calculé à partir de la valorisation $-1/+1$ définie ci-dessus. Javeau (1971) distingue quatre sortes d'échelles dans le domaine des sciences sociales : les échelles nominales (elles comparent juste le caractère semblable ou différent des données), ordinales (chaque item est supérieur au précédent), les échelles proportionnelles, et les échelles d'intervalle (le rang et la distance relative sont pris en compte) – l'échelle que nous avons calculée relève de cette dernière catégorie.

Les limites de cette approche sont celles communes aux échelles de scores : elles donnent une tendance générale en masquant éventuellement les différences dans les réponses : deux scores identiques peuvent tout aussi bien révéler un nombre similaire de réponses de même nature, mais à des questions différentes. De même, la proximité de sens entre certaines questions – qui va être démontrée ci-dessous par l'étude des corrélations – conduit à majorer mécaniquement le sens d'un score. Par conséquent, ce sont moins les bornes et les scores de l'échelle qui sont importants, que les écarts relatifs de positionnement entre questionnaires révélés par la valorisation des réponses.

Tableau 48. Valorisation des réponses au questionnaire

Ordre dirigeant	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Ordre soignant	-15	-14	-13	-12	-11	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0
Score	-15	-13	-11	-9	-7	-5	-3	-1	1	3	5	7	9	11	13	15

L'affectation d'un point positif par réponse relevant de l'ordre dirigeant et d'un point négatif par réponse relevant de l'ordre soignant permet d'obtenir l'échelle de valorisation indiquée dans le tableau 48. L'addition des réponses dirigeantes et des réponses soignantes fournit le score du questionnaire. A titre d'exemple, la présence de 3 réponses dirigeantes sur 15 dans un questionnaire implique qu'il y ait 12 réponses soignantes ce qui produit un score de -9 pour un tel questionnaire. A l'aide de cette table de valorisation, plusieurs types de scores ont été calculés : pour l'ensemble des questionnaires, par profession et par hôpital.

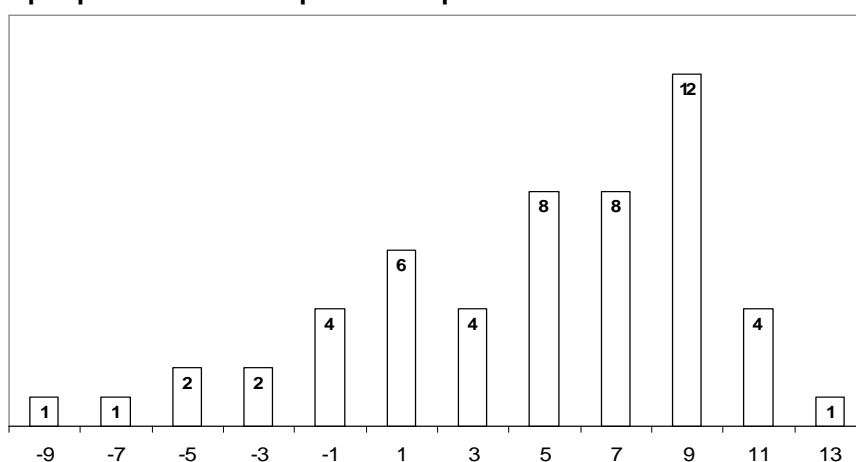
2.2.1 Les scores par questionnaires

L'analyse des questionnaires valorisés confirme la prééminence des réponses dirigeantes dans le total des réponses des personnes interrogées : la grande majorité des questionnaires (43 sur 51) est inscrite dans l'ordre dirigeant avec des scores s'échelonnant de 1 à 13 ; les dix questionnaires inscrits dans l'ordre soignant ont, quant à eux, des scores s'étalonnant de -1 à -9 (graphique 3). Il est à noter que dans cette analyse les deux questionnaires complémentaires de médecins chefs d'établissement ont également été pris en compte.

Il est probable que le profil de l'enquêteur a introduit une distorsion dans les réponses aux questionnaires. Les réponses des membres de l'ordre soignant ont été

moins « soignantes » qu'elles ne l'auraient été lors d'un remplissage individuel, alors que celles des membres de l'ordre dirigeant l'ont été un peu plus pour les mêmes raisons. Désirant renvoyer d'eux-mêmes une image de responsabilité et d'équilibre, les personnes interrogées ont peut-être été tentées d'atténuer leur position et d'exprimer des opinions moins tranchées qu'elles n'auraient pu le faire dans des conditions de totale confidentialité. Comme on l'a rappelé *supra*, c'est là l'un des biais qui affectent les résultats d'enquêtes fondées sur des entretiens en tête-à-tête, où la personnalité de l'enquêteur peut influencer les personnes enquêtées.

Graphique 3. Nombre de personnes par niveau de score

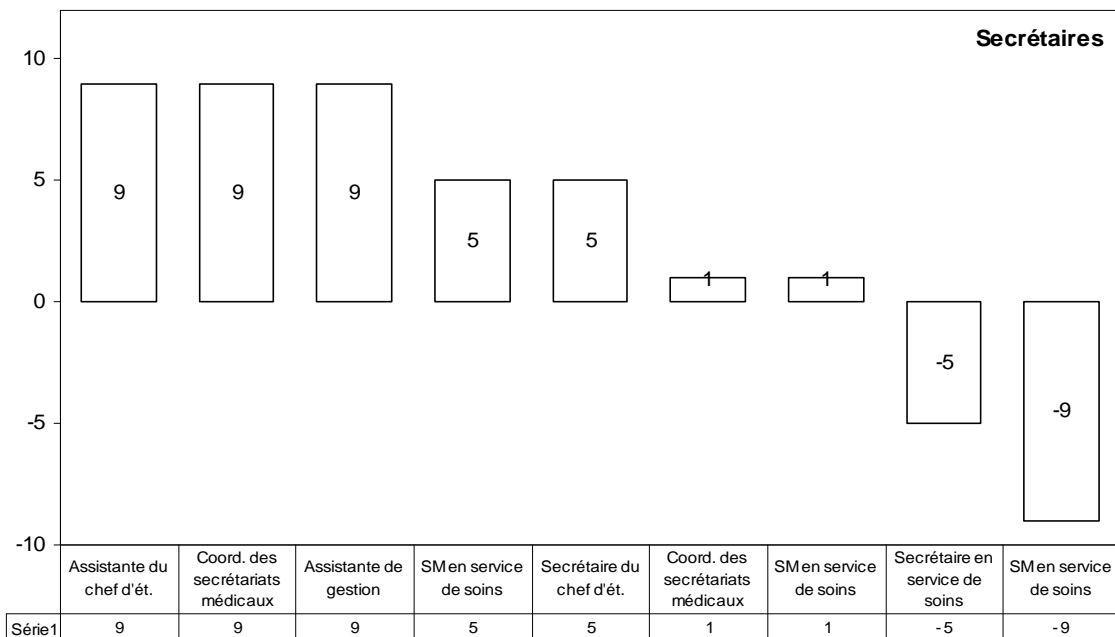
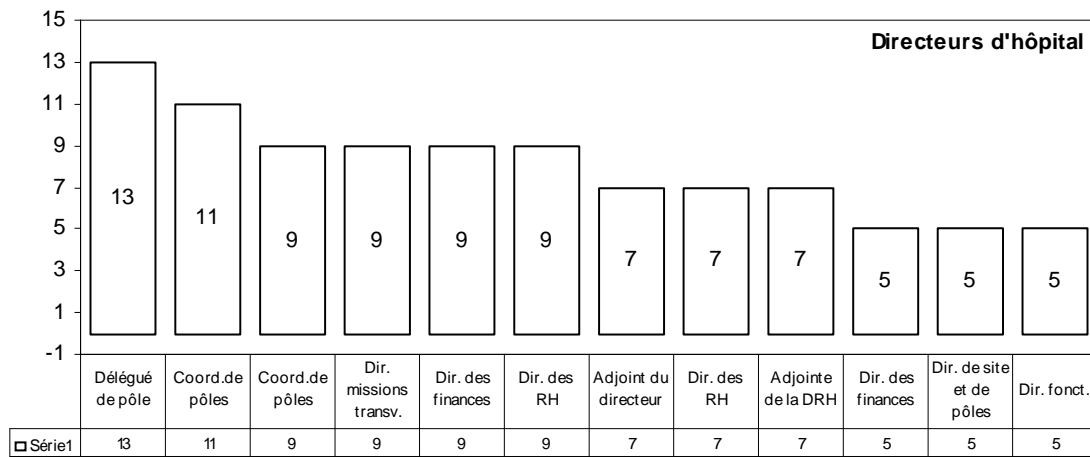
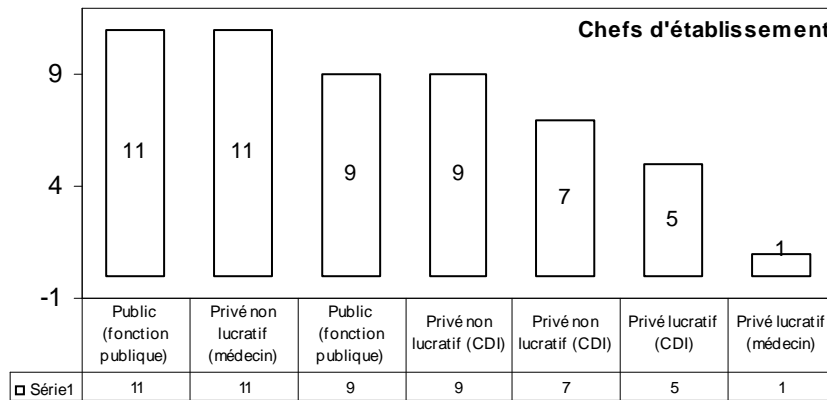


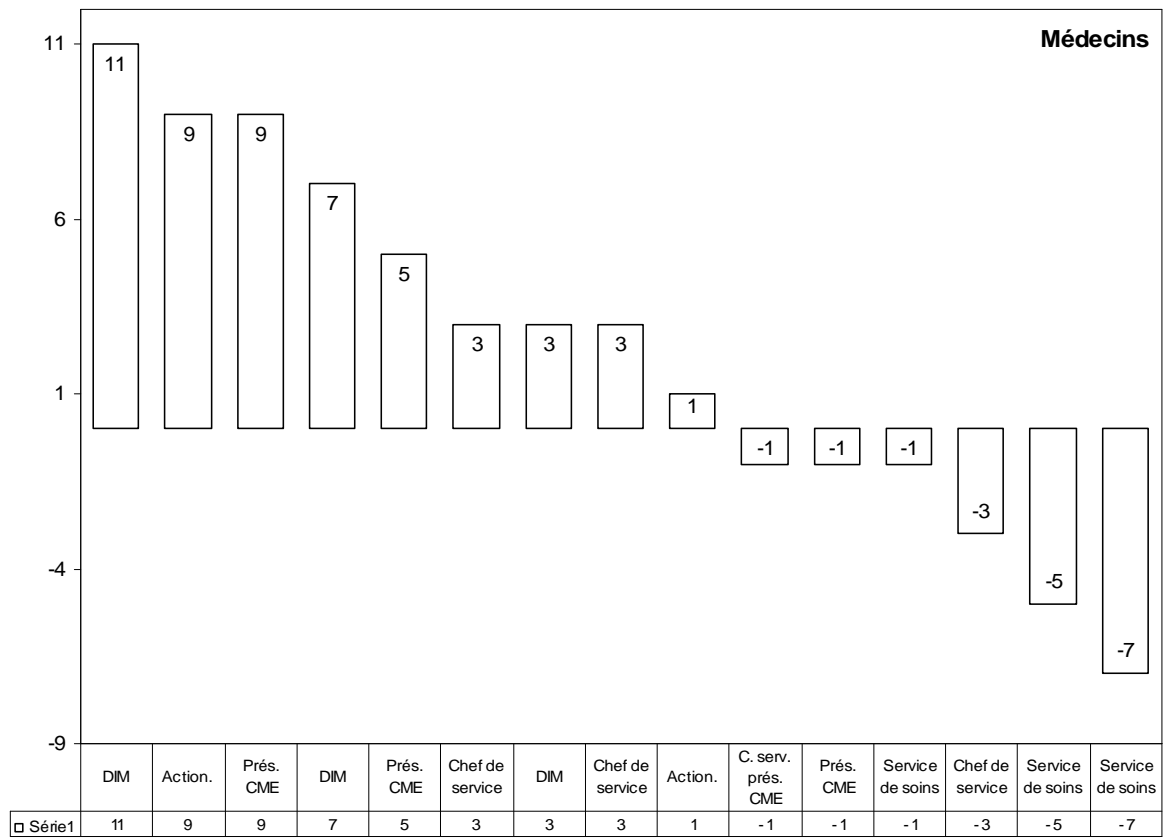
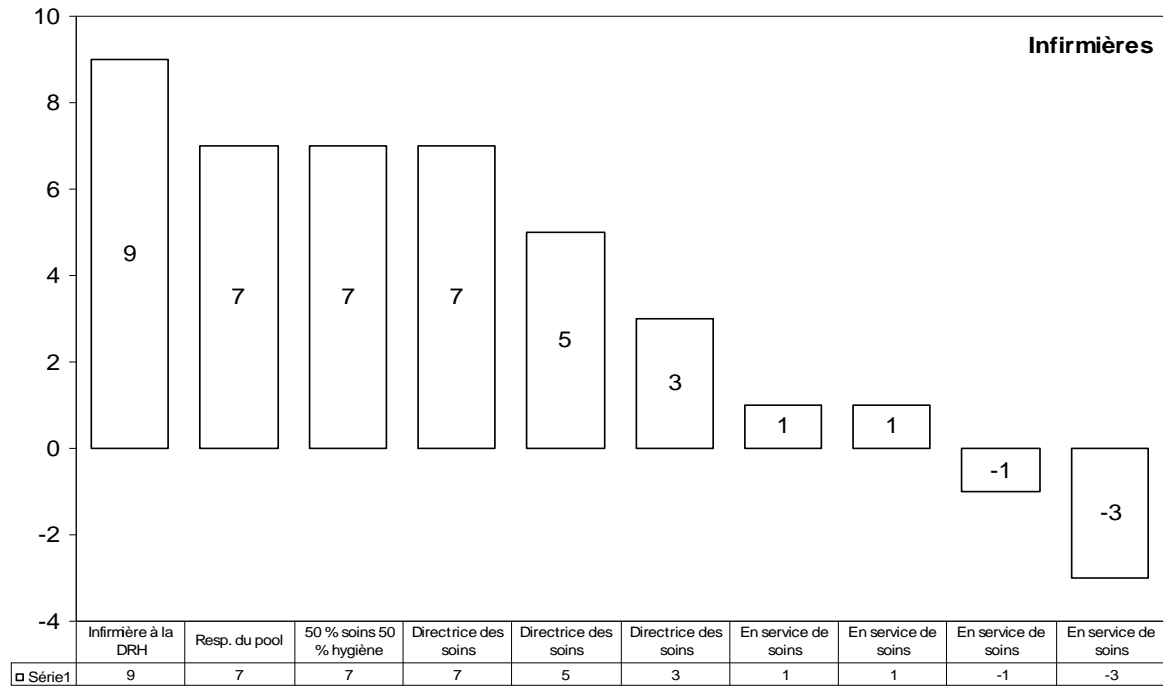
Cette observation conduira à accorder davantage d'importance aux scores relatifs des personnes interrogées les unes par rapport aux autres qu'à la valeur du score proprement dite.

2.2.2 Les scores par métiers/professions et par fonctions

Corollaire du caractère majoritaire des réponses dirigeantes, les scores moyens des métiers ou professions sont positifs et relèvent de l'ordre dirigeant : 8,2 pour les chefs d'établissement ; 8,0 pour les directeurs d'hôpital ; 3,6 pour les infirmières ; 2,8 chez les secrétaires ; 2,2 chez les médecins. Le graphique 4 illustre l'influence du type de métier/profession sur le niveau du score : quand bien même la plupart des scores sont positifs, l'écart relatif entre scores positifs et scores négatifs demeure pertinent et permet de constater un lien fort entre fonction et score.

Graphique 4. Scores par métiers/professions et par fonctions





Les scores des directeurs sont positifs, ils s'étalonnent de 5 à 13. Les plus élevés (9, 11 et 13) appartiennent à trois délégués ou coordinateurs de pôles. Les scores des secrétaires sont conformes aux hypothèses : à l'exception d'une secrétaire médicale travaillant en service de soins dont le questionnaire atteint 5, les trois autres secrétaires en service de soins ont des scores de 1, -5 et -9 ; les autres scores s'élèvent en fonction de la proximité des personnes avec la décision administrative.

La distribution est tout aussi claire avec les scores des quatre infirmières travaillant en service de soins, qui se répartissent de -3 à 1, alors que ceux de leurs homologues n'assurant plus de fonctions soignantes s'échelonnent de 3 à 9. Quant aux médecins, trois scores négatifs parmi les plus élevés (-3, -5, -7) appartiennent à des praticiens exerçant en service de soins ; deux médecins présidents de CME ont, néanmoins, un score négatif. Pour le reste, les scores positifs sont atteints par des médecins tenant des fonctions administratives ou bien étant propriétaires de la structure de soins où ils travaillent.

Dans l'analyse des scores des chefs d'établissement, nous avons ajouté les résultats des deux entretiens spécifiques conduits après le traitement d'ensemble des données issues des 51 questionnaires. Ces deux entretiens ont été menés avec des médecins dirigeant un établissement de santé⁶ afin d'évaluer au mieux le dépassement de la logique de métiers/professions au profit d'une logique de fonction. On constate ainsi que tous les scores des chefs d'établissement sont positifs, ils s'échelonnent de 1 à 11 : ils indiquent donc que diriger une structure de soins conduit à adopter des postures identiques face à des contraintes comparables, et ce quel que soit le statut de la structure et celui de la personne qui la dirige – médecin ou non médecin.

La prépondérance des réponses dirigeantes s'explique par le rapport existant entre fonctions effectivement soignantes et fonctions non soignantes, par delà l'appellation des métiers ou des professions. Nous avons observé *supra* la parité dans les rapports entre professionnels (médecins et infirmières) et non professionnels (chefs d'établissement, directeurs et secrétaires), qui comptent respectivement 25 et 26 personnes. Or, la comptabilisation par fonction révèle que 15 personnes sur 51

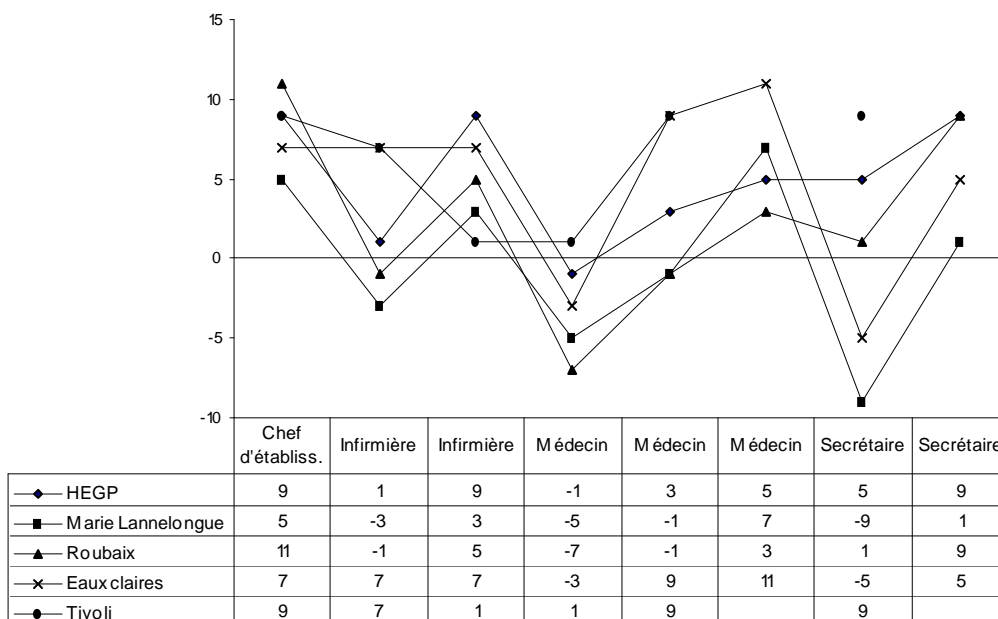
⁶ Un établissement privé à but non lucratif PSPH, le centre René Huguenin à Saint-Cloud, et un établissement privé à but lucratif, la clinique de l'Essonne à Evry.

travaillent effectivement dans le monde du soin ; par conséquent, 10 personnes sur 25 considérées comme professionnelles en raison de leur appartenance définie ont répondu comme des non professionnelles en raison de l'influence de leur fonction.

2.2.3 Les scores par établissement

Il convient maintenant de vérifier si le type d'établissement influence les réponses des personnes enquêtées. Pour ce faire, nous avons recensé les scores des membres des différents métiers ou professions interrogés dans chaque établissement. Quand plusieurs membres d'un même métier ou d'une même profession ont été rencontrés au sein d'un établissement, leur score a été saisi suivant un classement identique : du négatif vers le positif. Les directeurs ne sont pas pris en compte dans cette présentation : 8 sur 12 ayant été interrogés dans un établissement différent.

Graphique 5. Profils de scores par métiers/professions et par établissement



Le graphique 5 montre que les établissements ont un profil identique de score par métiers/professions, quel que soit leur statut, leur mode de financement, leur taille ou leur activité, ce qui conforte le constat d'une absence d'influence du type d'établissement sur l'analyse de l'appartenance professionnelle à partir des fonctions exercées. La valeur des scores des métiers/professions peut varier d'un

établissement à l'autre mais les niveaux relatifs d'un métier ou d'une profession à l'autre demeurent très proches.

L'analyse des scores suscite également des interrogations quant à la césure qui devrait exister entre professionnels et non professionnels dans les établissements de santé. Elle démontre que la mise en évidence de la fonction est plus pertinente dans le positionnement des personnels que leur métier ou leur profession.

Cette technique d'analyse est toutefois insuffisante pour se prononcer définitivement. Les scores ne sont que des agrégations de réponses dirigeantes et de réponses soignantes. Il n'est pas possible de discerner *via* ce chiffre unique la variété des réponses aux questions : nous l'avons vu, un score identique entre deux personnes peut masquer des profils très différents de réponses. L'analyse par score ne permet pas de connaître avec précision le poids relatif de chaque question ou les corrélations existant éventuellement entre elles, ni ne permet de dépasser le niveau de la profession ou de la structure de travail pour répartir les personnes interrogées en groupe cohérents suivant leurs réponses. Cela va être l'objectif de l'étude des corrélations entre questions et de l'analyse de données qui vont maintenant être présentées.

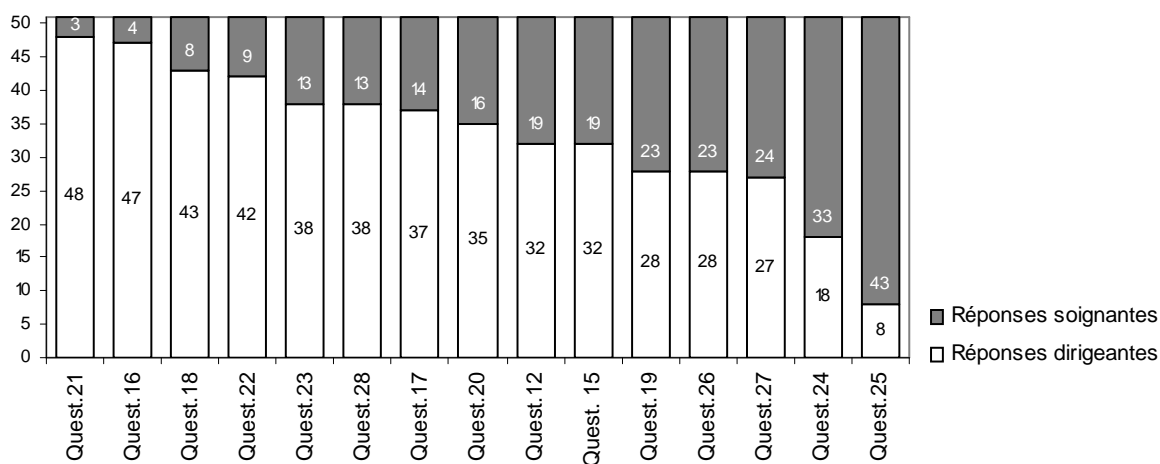
2.3 L'ETUDE DES CORRELATIONS

L'étude de la répartition entre réponses soignantes et réponses dirigeantes par question posée (Graphique 6) montre que le rapport entre les deux types de réponses varie très significativement suivant les questions. Les questions 21 (fusion de deux établissements) et 16 (demande de personnel par un service) reçoivent des réponses presque totalement dirigeantes ; les réponses aux questions 18 (avis du chef d'établissement sur la nomination des médecins) et 22 (recrutement d'un ingénieur en organisation) vont majoritairement dans le même sens (une quarantaine de réponses sur cinquante). A l'opposé, les questions 24 (droit de regard du chef de service sur les affectations de paramédicaux) et 25 (signification personnelle du travail dans un établissement) ont reçu des réponses soignantes en grande partie.

Entre les deux, on trouve les questions 19 (fermeture d'un laboratoire déficitaire), 26 (justification de la création d'une activité nouvelle) et 27 (pose d'un *pace maker* non

financé) qui présentent une répartition presque paritaire entre les deux types de réponses. Les réponses restantes sont majoritairement dirigeantes, elles se distribuent entre les questions 23 (qui est le mieux à même de prendre des décisions ?), 28 (déterminant de la prise de décision) et 17 (achat d'une IRM) – qui sont dirigeantes aux trois-quarts – et les questions 20 (la décision de quel groupe doit l'emporter au final ?), 12 (appartenance au monde du soin ou de l'administration) et 15 (contribution au service public de la santé ou à l'amélioration de la santé des patients) – les réponses à ces dernières étant dirigeantes aux deux-tiers.

Graphique 6. Réponses soignantes et réponses dirigeantes par question



Il est donc nécessaire à ce stade d'étudier les corrélations existant éventuellement entre les questions. Le logiciel SAS utilisé a procédé à une analyse des réponses aux quinze questions, ces dernières étant prises deux par deux et simultanément observées sur l'ensemble des personnes enquêtées. Le coefficient de corrélation est compris entre -1 et 1 , plus il est proche de 1 ou de -1 et plus les variables sont corrélées. Si la valeur du coefficient de corrélation est proche de 1 , cela signifie que lorsque une personne donne une réponse dirigeante à une question, il a tendance à donner le même type de réponse à l'autre question ; à l'inverse, si la valeur du coefficient est proche de -1 , à une réponse dirigeante à une question, sera associée une réponse soignante à l'autre question, et *vice versa*. Dans le même temps, SAS a procédé à un test de significativité des corrélations qu'il fournit. Les corrélations présentées dans les figures 9, 10 et 11 sont toutes significatives d'un point de vue statistique, avec une marge d'erreur au moins inférieure à 5 %.

Figure 9. Les questions très significativement corrélées
(marge d'erreur inférieure à 0,1 %)

QUESTION		QUESTION	Coefficient de corrélation
20. Hormis pour décisions d'ordre diagnostic et thérapeutique (qui relèvent exclusivement du domaine du soin), ce qui doit l'emporter au final dans les établissements de santé c'est la décision des soignants (médecins et non médecins) ou la décision de la direction ?	et	23. Dans un établissement de santé, ceux qui sont le mieux à même de prendre des décisions sont les personnels qui dirigent ou les personnels qui soignent (médecins et non médecins) ?	0,57
12. Dans votre établissement de santé, pensez-vous faire partie du monde du soin ou du monde de l'administration, de la direction, de la gestion ?	et	20. Hormis pour décisions d'ordre diagnostic et thérapeutique (qui relèvent exclusivement du domaine du soin), ce qui doit l'emporter au final dans les établissements de santé c'est la décision des soignants (médecins et non médecins) ou la décision de la direction ?	0,53
12. Dans votre établissement de santé, pensez-vous faire partie du monde du soin ou du monde de l'administration, de la direction, de la gestion	et	23. Dans un établissement de santé, ceux qui sont le mieux à même de prendre des décisions sont les personnels qui dirigent ou les personnels qui soignent (médecins et non médecins)	0,48
23. Dans un établissement de santé, ceux qui sont le mieux à même de prendre des décisions sont les personnels qui dirigent ou les personnels qui soignent (médecins et non médecins)	et	26. Dans un établissement de santé, la création d'une activité nouvelle doit dépendre de la nécessité médicale jugée sur place ou des orientations données au niveau régional/national par les autorités sanitaires ?	0,46
18. Là où vous travaillez, le chef d'établissement donne son avis sur la nomination des médecins. Cette habitude vous semble normale ou pas normale ?	et	22. Dans l'établissement où vous travaillez, le directeur engage un ingénieur en organisation pour améliorer l'organisation du travail dans les services de soins. Cette décision vous semble normale ou pas normale ?	0,37
18. Là où vous travaillez, le chef d'établissement donne son avis sur la nomination des médecins. Cette habitude vous semble normale ou pas normale ?	et	23. Dans un établissement de santé, ceux qui sont le mieux à même de prendre des décisions sont les personnels qui dirigent ou les personnels qui soignent (médecins et non médecins) ?	0,37

Figure 10. Les questions significativement corrélées
(marge d'erreur comprise entre 0,1 % et 1 %)

QUESTION		QUESTION	Coefficient de corrélation
23. Dans un établissement de santé, ceux qui sont le mieux à même de prendre des décisions sont les personnels qui dirigent ou les personnels qui soignent (médecins et non médecins) ?	et	25. Pour vous, travailler dans un établissement de soins, c'est prendre en charge du mieux possible les patients de cet établissement ou contribuer à l'offre nationale de soins sur le territoire ?	0,38
15. Dans votre travail, vous avez le sentiment de contribuer au service public de la santé ou à l'amélioration de la santé des patients de votre établissement ?	et	25. Pour vous, travailler dans un établissement de soins, c'est prendre en charge du mieux possible les patients de cet établissement ou contribuer à l'offre nationale de soins sur le territoire ?	0,36
15. Dans votre travail, vous avez le sentiment de contribuer au service public de la santé ou à l'amélioration de la santé des patients de votre établissement ?	et	20. Hormis pour décisions d'ordre diagnostic et thérapeutique (qui relèvent exclusivement du domaine du soin), ce qui doit l'emporter au final dans les établissements de santé c'est la décision des soignants (médecins et non médecins) ou la décision de la direction ?	0,35

Figure 11. Les questions corrélées
(marge d'erreur comprise entre 1 % et 5 %)

QUESTION		QUESTION	Coefficient de corrélation
15. Dans votre travail, vous avez le sentiment de contribuer au service public de la santé ou à l'amélioration de la santé des patients de votre établissement ?	et	18. Là où vous travaillez, le chef d'établissement donne son avis sur la nomination des médecins. Cette habitude vous semble normale ou pas normale ?	0,34
16. Un service se plaint d'un manque de personnel alors que tous les postes auxquels il a droit sont pourvus. Vous êtes en situation de prendre une décision, vous auriez plutôt tendance à vous interroger sur les motifs réels de cette demande ou à répondre à cette demande ?	et	22. Dans l'établissement où vous travaillez, le directeur engage un ingénieur en organisation pour améliorer l'organisation du travail dans les services de soins. Cette décision vous semble normale ou pas normale ?	0,32
17. La communauté médicale de l'établissement de soins où vous travaillez réclame l'achat d'une IRM. Vous êtes en situation de prendre une décision, vous auriez plutôt tendance à acheter cette IRM ou à explorer les possibilités d'utilisation d'une IRM installée dans un établissement géographiquement proche du vôtre ?	et	28. Dans un établissement de santé, ce qui doit déterminer la prise de décision c'est davantage l'évolution des connaissances scientifiques ou l'intérêt général, l'intérêt du public ?	0,31
12. Dans votre établissement de santé, pensez-vous faire partie du monde du soin ou du monde de l'administration, de la direction, de la gestion ?	et	28. Dans un établissement de santé, ce qui doit déterminer la prise de décision c'est davantage l'évolution des connaissances scientifiques ou l'intérêt général, l'intérêt du public ?	0,29
15. Dans votre travail, vous avez le sentiment de contribuer au service public de la santé ou à l'amélioration de la santé des patients de votre établissement ?	et	22. Dans l'établissement où vous travaillez, le directeur engage un ingénieur en organisation pour améliorer l'organisation du travail dans les services de soins. Cette décision vous semble normale ou pas normale ?	0,28
12. Dans votre établissement de santé, pensez-vous faire partie du monde du soin ou du monde de l'administration, de la direction, de la gestion ?	et	26. Dans un établissement de santé, la création d'une activité nouvelle doit dépendre de la nécessité médicale jugée sur place ou des orientations données au niveau régional/national par les autorités sanitaires ?	0,28
20. Hormis pour décisions d'ordre diagnostic et thérapeutique (qui relèvent exclusivement du domaine du soin), ce qui doit l'emporter au final dans les établissements de santé c'est la décision des soignants (médecins et non médecins) ou la décision de la direction ?	et	28. Dans un établissement de santé, ce qui doit déterminer la prise de décision c'est davantage l'évolution des connaissances scientifiques ou l'intérêt général, l'intérêt du public ?	0,28

Plusieurs observations peuvent être faites à partir des corrélations entre les réponses aux questions. En premier lieu, les coefficients de corrélation sont tous positifs : une réponse dans un sens à une des deux questions tend à induire une réponse de même sens à l'autre question, et *vice versa*. Par ailleurs, les questions les plus significativement corrélées portent sur la légitimité externe à l'œuvre dans les établissements de santé en compte : cela concerne les questions très significativement corrélées (marge d'erreur inférieure à 0,1 %) 20 et 23 (coefficient de corrélation de 0,57) ; 12 et 20 (0,53) ; 12 et 23 (0,48) ; 23 et 26 (0,46). C'est également le cas des questions significativement corrélées (marge d'erreur comprise entre 0,1 % et 1 %) : questions 23 et 25 (0,38) ; 15 et 25 (0,36) ; 15 et 20 (0,35). La

corrélation constatée entre questions relatives à la légitimité, qui sous-tend actions et décisions en établissement de santé, confirme le caractère central de cette référence.

Maintenant que le poids relatif de certaines questions par rapport aux autres a été déterminé et que les corrélations entre certaines d'entre elle ont été établies, il convient de présenter les résultats obtenus par l'analyse de données.

2.4 L'ANALYSE DE DONNEES

2.4.1 Une répartition en trois classes

Les développements qui vont suivre sont fondés sur l'analyse des correspondances multiples (ACM) et la classification ascendante hiérarchique (CAH⁷) mises en œuvre sur le logiciel SPAD. Les variables prises en compte sont celles répertoriées dans la table de données, détaillée dans l'annexe 16. Les quinze questions décrites *supra* forment le gisement des variables dites « actives », déterminantes dans l'analyse et la répartition des personnes répondantes ; les variables pertinentes sont exposées dans le tableau 49.

Les autres items de la table de données (âge, sexe, nombre de lits, points ISA de l'établissement...) constituent les variables dites « illustratives », elles sont recensées dans le tableau 50. Ces dernières variables n'influencent pas l'analyse de données mais peuvent y être associées en tant que de besoin de façon à caractériser les classes d'effectifs ainsi obtenues. Une classification ascendante hiérarchique est ensuite produite à partir des trois axes de l'ACM qui résument le mieux l'information⁸.

⁷ Ces deux techniques sont présentées en annexe 20.

⁸ Les chiffres bruts communiqués par le logiciel SPAD sont fournis dans l'annexe 21 (analyse des correspondances multiples), l'annexe 22 (classification ascendante hiérarchique) et l'annexe 23 (répartition des effectifs en trois classes). Le codage de ces documents est fourni dans l'annexe 24.

Tableau 49. Les variables actives des trois classes d'effectifs

Classe 1 (réponse dirigeante aux questions...)	Classe 2 (réponse soignante aux questions...)	Classe 3 (réponse soignante aux questions...)
12	22	12
20	18	17
23	16	20
26	-	-
18	-	-

Tableau 50. Les variables illustratives des trois classes d'effectifs

Classe 1		Classe 2	Classe 3
Pas un métier du soin	Etablissement produisant plus de 55 millions de points ISA	Etablissement privé à but non lucratif	Médecin
Travail dans la direction	Etablissement avec des effectifs totaux supérieurs à 3 600	Métier exercé en service de soins	Travail en service de soins
Pas d'activité de soin	Personnel non médical supérieur à 3 000		Médecin travaillant en service de soins
Pas un médecin travaillant en service de soins	Plus de 1 500 lits		Métier exercé en service de soins
Directeur d'hôpital	Personnel médical supérieur à 700		Médecin salarié
Fonctionnaire			Pas travail dans la direction

Tableau 51. La composition en métiers/professions des trois classes d'effectifs

	Effectif total	Classe 1	Classe 2	Classe 3
Chef d'établissement	5	5	0	0
Directeur	12	12	0	0
Infirmière	10	4	5	1
Médecin	15	5	2	8
Secrétaire	9	5	3	1
Total	51	31	10	10

Tableau 52. Les métiers/professions/fonctions composant les trois classes

Classe 1		Classe 2	Classe 3
Chef d'établissement	Infirmière 50 % soins 50 % hygiène	Chef de service de soins	Chef de service de soins
Chef d'établissement	Infirmière à la DRH	Chef de service de soins, président CME	Chef de service de soins
Chef d'établissement	Infirmière directrice des soins	Infirmière directrice des soins	Infirmière en service de soins
Chef d'établissement	Infirmière directrice des soins	Infirmière en service de soins	Médecin actionnaire
Directeur coordonnateur de pôles	Médecin actionnaire	Infirmière en service de soins	Médecin en service de soins
Directeur coordonnateur de pôles	Médecin DIM	Infirmière en service de soins	Médecin en service de soins
Directeur coordonnateur de pôles	Médecin DIM	Infirmière responsable du pool	Médecin, président CME
Directeur délégué de pôle	Médecin, président CME	Secrétaire en service de soins	Médecin, président CME
Directeur fonctionnel	Secrétaire assistante de gestion	Secrétaire médicale en service de soins	Secrétaire médicale
Directeur, adjoint du chef d'établissement	Secrétaire du chef d'établissement	Secrétaire médicale en service de soins	coordinatrice des secrétariats médicaux
Directrice adjointe de la DRH	Secrétaire médicale assistante du chef d'établissement		
Directrice des finances	Secrétaire médicale coordinatrice des secrétariats médicaux		
Directrice des finances	Secrétaire médicale en service de soins		
Directrice des ressources humaines			
Directrice des ressources humaines			
Directrice missions transversales			

Il ressort de ce traitement informatique que la répartition en trois classes de la population observée est la plus pertinente. La classe 1 regroupe trente et une personnes, les classes 2 et 3 en rassemblent dix chacune. Les variables actives qui caractérisent les membres des classes sont présentées dans le tableau 49 ; les variables illustratives qui précisent le profil des personnes regroupées dans la classe se trouvent dans le tableau 50.

L'analyse combinée des variables illustratives (tableau 50), des métiers/professions (tableau 51) et des fonctions composant les classes (tableau 52), permet d'identifier chacune d'entre elle. La classe 1 fait clairement partie de l'ordre dirigeant, on l'appellera classe « Ordre dirigeant » ; les classes 2 et 3 relèvent de l'ordre soignant, avec une importante coloration paramédicale pour la classe 2 et médicale pour la classe 3. On appellera la classe 2 « Ordre soignant » paramédicale et la classe 3 « Ordre soignant » médicale.

2.4.2 La classe « Ordre dirigeant »

Les variables actives qui déterminent la composition de la classe « Ordre dirigeant » sont une réponse dirigeante aux questions 12 (appartenance au monde du soin ou de l'administration), 20 (la décision de quel groupe doit l'emporter au final ?), 23 (qui est le mieux à même de prendre des décisions), 26 (justification de la création d'une activité nouvelle) et 18 (avis du chef d'établissement sur la nomination des médecins (tableau 49).

En d'autres termes, les personnes qui appartiennent à cette classe déclarent appartenir au monde de l'administration, de la direction, de la gestion ; ils pensent qu'hormis pour des décisions d'ordre diagnostic ou thérapeutique c'est la décision de la direction qui doit l'emporter dans les établissements de santé ; ils considèrent que ce sont les personnels qui dirigent qui sont le mieux à même de prendre des décisions ; que la création d'une activité nouvelle doit dépendre des orientations données au niveau régional/national par les autorités sanitaires ; que le chef d'établissement doit pouvoir donner son avis sur la nomination des médecins.

Les variables actives de cette classe sont fortement corrélées (figure 9), en particulier les questions 20 et 23 (coefficient de corrélation de 0,57), 12 et 20 (0,53), 12 et 23 (0,48), 23 et 26 (0,46), 18 et 23 (0,37).

Les variables illustratives de la classe « Ordre dirigeant » (tableau 50) tracent le portrait type de la personne qui en fait partie – fonctionnaire, directeur d'hôpital, ne travaillant pas en service de soins mais à la direction – et celui de l'établissement d'emploi : effectifs totaux supérieurs à 3 600 personnes, dont plus de 3 000 personnels non médical et plus de 700 agents médicaux, disposant de plus de 1 500 lits et produisant plus de 55 millions de points ISA par an. Ces variables confirment donc l'orientation de la classe 1 comme étant celle de l'ordre dirigeant.

Cette orientation est renforcée par la composition de la classe qui rassemble la totalité des chefs d'établissements (5) et des directeurs (12) – qui composent plus de la moitié de son effectif total (31 personnes). Le reste de la classe « Ordre dirigeant » est composé d'infirmières, de médecins et de secrétaires exerçant des responsabilités administratives ou étant au contact de personnes en exerçant : infirmière directrice des soins ; médecin DIM, président de CME ou actionnaire ; secrétaire médicale coordinatrice des secrétariats médicaux, secrétaire du chef d'établissement. La seule exception vient de la présence dans cette classe d'une secrétaire médicale travaillant en service de soins.

2.4.3 La classe « Ordre soignant » paramédicale

Les trois variables actives de la classe « Ordre soignant » paramédicale sont constituées par une réponse soignante aux questions 22 (recrutement d'un ingénieur en organisation), 18 (avis du chef d'établissement sur la nomination des médecins) et 16 (demande de personnel par un service). Les personnes qui appartiennent à cette classe sont opposées au recrutement d'un ingénieur en organisation pour améliorer l'organisation du travail dans les services de soins ; elles ne trouveraient pas normal que le chef d'établissement donne son avis sur la nomination des médecins ; et, si un service se plaint d'un manque de personnel alors que tous les postes auxquels il a droit sont pourvus, elle répondent favorablement à sa demande (tableau 49).

Parmi les trois variables actives déterminantes pour la composition de cette classe, la figure 9 montre que les questions 18 et 22 sont fortement corrélées (coefficient de corrélation de 0,37), et la figure 11 que les questions 16 et 22 sont corrélées (0,32). Les variables illustratives permettent d'ajouter que les personnes présentes dans la

classe « Ordre soignant » paramédicale exercent plutôt en service de soins au sein d'un établissement privé à but non lucratif (tableau 50).

Sur les dix personnes qui composent cette seconde classe, cinq sont des infirmières : trois travaillent en service de soins et deux exercent des fonctions administratives. Le reste de l'effectif de la classe « Ordre soignant » paramédicale est composé de trois secrétaires qui travaillent en service de soins et de deux médecins, chefs de service.

2.4.4 La classe « Ordre soignant » médicale

Les trois variables actives de la classe « Ordre soignant » médicale sont des réponses soignantes aux questions 12 (appartenance au monde du soin ou de l'administration), 17 (achat d'une IRM) et 20 (la décision de quel groupe doit l'emporter au final ?), comme indiqué dans le tableau 49. Les membres de cette classe déclarent donc appartenir au monde du soin ; ils répondent favorablement à la demande de la communauté médicale d'acquérir une IRM ; pensent qu'hormis pour décisions d'ordre diagnostic et thérapeutique ce qui doit l'emporter au final dans les établissements de santé c'est la décision des soignants (médecins et non médecins). Parmi les variables actives, les questions 12 et 20 sont très fortement corrélées, avec un coefficient de corrélation de 0,53.

Les variables illustratives de cette troisième classe (tableau 50) dressent le profil moyen d'un de ses membres : un médecin salarié, travaillant en service de soins, et n'assumant aucune activité administrative ou de direction.

Sur les dix membres de la classe « Ordre soignant » médicale, huit sont des médecins qui travaillent en services de soins : trois d'entre eux y travaillent exclusivement, deux dirigent un service, deux autres sont également président de CME, l'un d'entre eux est également actionnaire de la structure où il pratique. Les deux derniers membres de cette classe sont une infirmière qui travaille en service de soins et une secrétaire médicale exerçant la fonction de coordinatrice des secrétariats médicaux (tableau 52).

2.4.5 L'ordre soignant divisé en deux classes

La division de l'ordre soignant en deux classes – la classe « Ordre soignant » paramédicale et la classe « Ordre soignant » médicale – est particulièrement mise en évidence par l'analyse des réponses à la question 24, qui demande aux personnes interrogées de se prononcer quant au vœu d'un médecin de donner son avis sur la nomination des personnels paramédicaux dans le service de soins qu'il dirige. Destinée à mettre en lumière le rejet par l'ordre soignant d'une emprise de l'ordre dirigeant, cette question a plutôt mis en évidence un désir d'autonomie chez les personnels paramédicaux. La prise en compte de la demande du chef de service est considérée comme la réponse soignante à la question 24 quand sa non prise en compte relève d'une réponse dirigeante. Les réponses soignantes sont majoritaires (33 sur 51) et, surtout, leur composition en termes de métiers/professions est paradoxale : les 5 chefs d'établissements fournissent une réponse soignante, de même que 9 des 12 directeurs, 5 des 9 secrétaires et seulement 2 infirmières sur 10. En revanche, 12 médecins sur 15 y apportent une réponse soignante. A l'inverse, et contrairement à ce qu'on pouvait anticiper, 8 réponses dirigeantes sur 18 sont données par des infirmières.

Si l'on croise les réponses à la question 24 avec la répartition en trois classes, on s'aperçoit que les cinq infirmières appartenant à la classe « Ordre soignant » paramédicale (tableau 52) ont toutes donné une réponse dirigeante à la question 24 – ce qui est également le cas d'une des trois secrétaires présentes dans cette classe. Cette distribution atypique des répondants démontre que la classe « Ordre soignant » paramédicale regroupe effectivement des personnels soignants, avec une forte dimension paramédicale – quand bien même elle n'est pas exclusivement composée de personnels paramédicaux.

Les résultats d'ensemble du traitement des réponses aux questions de l'étude empirique ayant été présentés, il convient désormais d'évaluer en quoi ces résultats valident ou non les hypothèses formulées.

3 LA VALIDATION DES HYPOTHESES

Les hypothèses avancées, que l'étude empirique doit valider, portent : sur le caractère insuffisamment précis du concept d'organisation ; sur l'existence d'une forme de regroupement supra-professionnelle et infra-organisationnelle – l'ordre sociologique ; sur le rattachement des personnels des établissements de santé à deux ordres engagés dans une lutte de pouvoir, cette lutte de pouvoir étant elle-même adossée à un conflit de légitimité ; sur le fait que la demande de moyens en personnels supplémentaires est l'expression du rejet de la légitimité bureaucratique dans un domaine médiatisable.

Nous allons maintenant confronter chacune de ces hypothèses aux résultats de l'étude empirique pour vérifier leur éventuelle pertinence.

3.1 L'ORDRE SOCIOLOGIQUE : UNE STRUCTURATION PAR LA CONTRAINTE FONCTIONNELLE PLUTOT QUE PAR L'APPARTENANCE PROFESSIONNELLE

La distinction entre professionnels et non professionnels (Mintzberg, 2004) ou entre professionnels, semi-professionnels et non professionnels (Etzioni, 1971) aurait dû se manifester dans les réponses aux questions de l'étude empirique portant sur la légitimité (15, 25, 26 et 28) et sur l'appartenance (12, 20 et 23). On devrait également y retrouver la trace de la séparation entre les deux hiérarchies parallèles formalisées – caractéristiques des bureaucraties professionnelles (Mintzberg, 1982) : la hiérarchie professionnelle et la hiérarchie des fonctions de support logistique. Si la structuration par la profession était efficiente, l'analyse des données issues de notre questionnaire devraient conduire au constat d'une forte identité de réponses entre les professionnels (rejoint ou non par les semi-professionnels), d'une part, et les non professionnels, d'autre part.

Or, les résultats exposés ci-dessus l'ont déjà laissé supposer, la catégorisation entre professionnels et non professionnels qu'exige la théorie – notamment celle de la bureaucratie professionnelle – n'est pas avérée. Existe-t-il pour autant un niveau de regroupement supra-professionnel et infra-organisationnel que nous avons qualifié d'ordre sociologique ? Nous avons avancé *supra* que l'ordre sociologique se

caractérisait particulièrement par la légitimité extérieure auquel il est fait référence et par le biais d'une structuration par la contrainte fonctionnelle plutôt que par la profession : nous allons chercher à vérifier l'existence de ces deux dimensions.

3.1.1 Rattachement à l'ordre et appartenance à une profession

Une étude menée dans des établissements de santé, considérés comme des exemples-types de bureaucraties professionnelles, aurait dû mettre en évidence une séparation marquée dans les réponses entre professionnels et non professionnels – quelle que soit leur fonction. Les vingt-cinq soignants - médecins et infirmières –, d'un côté, et les vingt-six non soignants – chefs d'établissement, directeurs et secrétaires –, de l'autre, auraient dû exprimer des positions manifestement divergentes sur les sujets centraux à propos desquels ils ont été interrogés. Or ce n'est pas le constat qui a pu être fait à partir des résultats de l'étude empirique, principalement s'agissant des professionnels, censés appartenir tous à l'ordre soignant.

On l'a vu, en dépit d'une répartition paritaire entre professionnels (25 personnes) et non professionnels (26 personnes), les deux tiers des réponses apportées ont un caractère « dirigeant » – la même proportion que celle observée dans les réponses données par les professionnels. De même, on a constaté que les profils de réponse des infirmières et des médecins (graphique 2) étaient moins réguliers que ceux des non professionnels – chefs d'établissement, directeurs et secrétaires. L'observation des scores par métiers/professions (graphique 4) confirme l'image d'une dispersion des membres des métiers/professions soignantes entre scores « dirigeant » et scores « soignants » – l'élément déterminant étant le fait de travailler ou non en service de soins. Les scores les plus « soignants » ont été atteints par des personnels travaillant en services de soins et les scores les plus « dirigeants » ont été obtenus par des agents tenant des fonctions administratives, quelle que soit leur profession. Cette séparation est particulièrement marquée chez les infirmières, elle l'est un peu moins pour les médecins – quoiqu'il faille noter que les deux présidents de CME qui obtiennent un score de -1 sont également chefs de service.

La séparation professionnels/non professionnels n'est donc pas pertinente quant au positionnement vis-à-vis d'enjeux fondamentaux dans les établissements de santé,

c'est davantage la fonction effectivement tenue qui est déterminante. On peut le constater, par exemple, dans les profils de réponse par métiers/professions. Si les profils des infirmières et des médecins sont plus dispersés que ceux des chefs d'établissement et des directeurs, c'est que ces derniers ont des fonctions qui correspondent davantage à leur métiers/professions, ce qui n'est pas le cas des infirmières et des médecins.

3.1.2 Une structuration par la contrainte fonctionnelle

Les professionnels positionnés dans l'ordre dirigeant en raison de leur score assument des fonctions qui correspondent peu ou pas avec leur profession (tableau 53). La directrice des soins, par exemple, est une infirmière qui appartient à l'équipe dirigeante et, à ce titre, est chargée d'encadrer l'ensemble des personnels paramédicaux de l'établissement où elle travaille. La responsable du pool, également une infirmière, dirige l'équipe d'infirmières et d'aide soignantes sans affectation fixe qui suppléent ponctuellement les absences dans les services de soins de l'établissement. Chez les médecins, le président de la commission médicale d'établissement est élu par ses pairs comme intermédiaire auprès de la direction, il dispose de ce fait de l'ensemble des informations détenues par cette dernière ; il en est également ainsi du médecin responsable du département d'information médicale (DIM). On peut même dire qu'un chef de service assume certaines fonctions administratives, ils sont d'ailleurs nombreux à fréquemment s'en plaindre.

A l'inverse, toujours dans le tableau 53, on observe que les scores 1 ou -1, de même que les scores soignants, sont obtenus par des personnels dont les fonctions sont nettement plus cohérentes avec leur profession. Ce sont le plus souvent des médecins ou des infirmières exerçant en service de soins, ou bien privilégiant cette activité sur les autres qu'ils ou elles peuvent exercer par ailleurs.

L'ordre dirigeant n'est pas à l'abri d'une telle porosité : les réponses des secrétaires le montrent déjà, ce sera peut être bientôt le cas des directeurs. En effet, les réformes qui ont affecté l'équilibre des rapports de force au détriment de l'ordre soignant datent d'une décennie et demi, et la structuration par pôles de l'activité des établissements de santé – qui pourrait « désinstitutionnaliser » certains membres de l'ordre dirigeant – vient juste d'être mise en œuvre.

Tableau 53. Répartition entre ordres des professionnels et des secrétaires suivant leur score et leur fonction

	Ordre dirigeant	Score 1/-1	Ordre soignant			
Infirmières	• Travaillant à la DRH	9	• En serv. de soins	-3		
	• Responsable du pool	7	• En serv. de soins			
	• 50 % resp. hygiène, 50 % serv. soins	7	• En serv. de soins			
	• Directrice des soins	7				
	• Directrice des soins	5				
	• Directrice des soins	3				
Médecins	• DIM	11	• Actionnaire	1	• Chef de service	-3
	• Actionnaire	9	• Chef de serv. président CME	-1	• En serv. de soins	-5
	• Chef de service, président CME	9	• Chef de serv. président CME	-1	• En serv. de soins	-7
	• DIM	7	• En serv. de soins	-1		
	• Chef de service, président CME	5				
	• Chef de service	3				
	• DIM	3				
	• Chef de service	3				
Secrétaires	• Assistante du chef d'établissement	9	• SM coord. des SM	1	• SM en services de soins	-5
	• Coordinatrice des secrétariats médicaux	9	• SM en serv. de soins	1	• SM en serv. de soins	-9
	• Assistante de gestion	9				
	• SM en serv. de soins	5				
	• Secrétaire du chef d'établissement	5				

Pour l'instant, la différence de cohérence entre ordres s'explique en grande partie par le fait qu'aucun membre de l'ordre dirigeant n'est à même de tenir des fonctions soignantes. Mais force est de constater que les scores « dirigeants » les plus élevés ont été atteints par les directeurs délégués ou coordonnateurs de pôles, alors qu'on aurait pu supposer qu'une proximité plus grande avec les services de soins les aurait conduit à donner davantage de réponses soignantes. Le faible nombre de ces personnes (trois) ne permet pas de tirer de jugement définitif quant à leurs scores, mais le caractère « sur-administratif » de leurs réponses pourrait tout aussi bien exprimer la crainte de subir l'attraction de cet ordre et d'être « désinstitutionnalisé » à son contact.

Il est également à noter que les scores atteints par les personnes enquêtées corroborent leur réponse à la question 12 (Dans votre établissement de santé, pensez-vous faire partie du monde du soin ou du monde de l'administration, de la direction, de la gestion ?) – et incidemment valident la pertinence des questions posées et, donc, celle du questionnaire. A quelques exceptions près, on constate une corrélation entre un score « dirigeant » et la déclaration d'appartenance au monde de l'administration, de la direction et de la gestion. Les cinq médecins qui sont dans cette situation sont chefs de service et/ou président de CME ou bien actionnaire – chargés par conséquent d'une certaine responsabilité administrative. Les véritables exceptions viennent du chef d'établissement et des deux secrétaires travaillant en service de soins qui, en dépit d'un score « dirigeant », déclarent

appartenir au monde du soin. Le premier est issu du monde de l'industrie et dirige un établissement privé à but lucratif : sa réponse doit être davantage prise comme l'expression d'une personne qui travaille dans le « secteur de la santé » plutôt que comme la déclaration d'appartenance au domaine du soin. Quant aux deux infirmières, l'une travaille dans la clinique dont il vient d'être question à l'instant ; la seconde a exercé dans un établissement privé à but non lucratif.

La situation des secrétaires est révélatrice de l'influence du contexte de travail sur le positionnement des personnels : à l'exception d'une personne, on constate un lien direct entre score « soignant » et travail en service de soins, d'une part, et score « dirigeant » et travail en services administratifs, d'autre part. A l'instar des professionnels donnant des réponses dirigeantes quand ils travaillent en services administratifs, des non professionnels – devant mécaniquement appartenir à l'ordre dirigeant – font leur la légitimité de l'ordre soignant quand ils en sont proches : dans le tableau 53, on s'aperçoit que des secrétaires médicales, exerçant en services de soins, obtiennent des scores qui les placent à la lisière ou bien clairement à l'intérieur de l'ordre soignant.

L'analyse de la composition des trois classes de personnels entre lesquelles se répartissent les cinquante et une personnes interrogées confirme le caractère déterminant de l'affectation (tableaux 54, 55 et 56⁹). Ainsi, la césure entre professionnels et semi-professionnels ne se retrouve pas en tant que telle dans cette répartition, les trois classes se composant de personnels rattachés à des métiers ou des professions variés. Le premier constat à établir est celui de l'adéquation parfaite entre la fonction des personnes interrogées et l'appartenance professionnelle qu'elles ont exprimée dans la question 12 (appartenance au monde du soin ou au monde de l'administration, de la direction et de la gestion). La répartition inter-classes par fonction met en évidence la cohérence des métiers de direction : chefs d'établissement et directeurs sont tous regroupés dans la classe « Ordre dirigeant »¹⁰.

⁹ La composition détaillée des trois classes est fournie en annexe 25.

¹⁰ Rappelons que la classe 1 a été dénommée « Ordre dirigeant », la classe 2 « Ordre soignant » paramédicale et la classe 3 « Ordre soignant » médicale.

Tableau 54. Composition et affectation des membres de la classe « Ordre dirigeant »

Métier/profession	Fonction	Métier exercé en service de soins	Q. 12		Score
			D	S	
Chef d'établissement	Chef d'établissement		●		9
Chef d'établissement	Chef d'établissement		●		11
Chef d'établissement	Chef d'établissement		●		5
Chef d'établissement	Chef d'établissement		●		7
Chef d'établissement	Chef d'établissement		●	●	9
Directeur	Directrice des finances		●		7
Directeur	Directrice des ressources humaines		●		7
Directeur	Adjoint du directeur		●		7
Directeur	Directrice des finances		●		5
Directeur	Directrice des ressources humaines		●		9
Directeur	Directeur délégué de pôle		●		13
Directeur	Directeur coordonnateur de pôles		●		9
Directeur	Directeur coordonnateur de pôles		●		11
Directeur	Directrice missions transversales		●		9
Directeur	Directrice adjointe de la DRH		●		7
Directeur	Directrice de site et de pôles		●		5
Directeur	Directeur fonctionnel		●		5
Infirmière	Infirmière à la DRH		●		9
Infirmière	Directeur des soins		●		5
Infirmière	Directrice des soins		●		7
Infirmière	Infirmière 50 % soins 50 % hygiène	●		●	7
Médecin	DIM		●		3
Médecin	DIM		●		7
Médecin	DIM		●		11
Médecin	Président CME	●	●		11
Médecin	Actionnaire	●		●	9
Secrétaire	Assistante du chef d'établissement		●		9
Secrétaire	Secrétaire du chef d'établissement		●		5
Secrétaire	Assistante de gestion		●		9
Secrétaire	SM en service de soins	●	●		5
Secrétaire	Coordinatrice des SM		●		7
Total et score moyen		4	28	3	7,71

Tableau 55. Composition et affectation des membres de la classe « Ordre soignant » paramédicale

Métier/profession	Fonction	Métier exercé en service de soins	Q.12		Score
			D	S	
Infirmière	Directrice des soins			●	3
Infirmière	Responsable du pool		●		7
Infirmière	Infirmière en service de soins	●		●	1
Infirmière	Infirmière en service de soins	●		●	-1
Infirmière	Infirmière en service de soins	●		●	1
Médecin	Chef de service, président CME	●		●	-1
Médecin	Chef de service	●		●	-3
Secrétaire	Secrétaire médicale en service de soins	●	●		-9
Secrétaire	Secrétaire médicale en service de soins	●	●		1
Secrétaire	Secrétaire en service de soins	●		●	-3
Total et score moyen		8	3	7	-0,4

Tableau 56. Composition et affectation des membres de la classe « Ordre soignant » médicale

Métier/profession	Fonction	Métier exercé en service de soins	Q.12		Score
			D	S	
Infirmière	Infirmière en service de soins	●		●	-1
Médecin	Chef de service	●		●	3
Médecin	Service de soins	●		●	-1
Médecin	Président CCM	●		●	3
Médecin	Président CCM	●		●	-1
Médecin	Chef de service	●		●	3
Médecin	Service de soins	●		●	-7
Médecin	Service de soins	●		●	-5
Médecin	Actionnaire	●		●	1
Secrétaire	Coordinatrice des secrétariats médicaux		●		1
Total et score moyen		9	1	9	-0,4

Les variables déterminantes dans la constitution de la classe « Ordre dirigeant » sont les questions 12 (appartenance au monde du soin ou de l'administration), 20 (la décision de quel groupe doit l'emporter au final ?), 23 (qui est le mieux à même de prendre des décisions) et 26 (justification de la création d'une activité nouvelle), dont les réponses mettent en lumière une opposition entre une identité institutionnelle et une identité professionnelle – opposition confirmée par le niveau très significatif de corrélation entre ces questions (figure 9). La première identité privilégie l'institution du soin et ceux qui la gèrent ; la seconde confère la primauté à l'activité locale et aux personnes qui la mettent en œuvre.

L'influence de l'affectation sur le positionnement et sur les choix de réponses chez les personnes au travail se manifeste plus clairement chez les secrétaires : à l'exception d'une coordinatrice des secrétariats médicaux, placée en classe « Ordre soignant » médicale sans déclarer exercer en service de soins, et d'une secrétaire médicale déclarant exercer en service de soins mais localisée en classe « Ordre dirigeant », la localisation des autres membres de cette profession en classe « Ordre soignant » paramédicale est manifestement dépendante du fait de travailler dans un service de soins.

On le constate donc, le type de réponse des personnels interrogés n'est pas surdéterminé par leur métier/profession mais ressortit fortement à la fonction exercée et au contexte de travail dans lequel elle s'inscrit. Tous les éléments de l'étude empirique le confirment : le rapport question dirigeantes/questions soignantes, les profils de réponses, les scores et la répartition par classes.

La structuration par le niveau de professionnalisation – professionnel, semi-professionnel, non professionnel –, telle qu'elle est notamment mise en avant pour décrire le fonctionnement des bureaucraties professionnelles, ne semble pas pouvoir être démontrée. A l'inverse, l'ordre sociologique, qui rassemble professionnels et non professionnels, dessine une forme plus cohérente de regroupement au travail : son existence est mise en évidence par l'analyse du contexte et des contraintes de l'activité qui s'expriment dans la définition exacte de la fonction assumée, et ce quelle que soit l'appartenance professionnelle. L'ordre sociologique ne vide pas nécessairement de sens le concept de profession mais le complète en mettant en évidence le lien existant entre profession et fonction effectivement tenue : c'est le rapport entre profession et métier qui permet d'établir une cartographie des ordres.

3.1.3 La zone de contact entre ordres

La notion d'ordre sociologique vient d'être validée mais, ce faisant, nous avons observé que la répartition des personnels entre ordres ne relevait pas d'un cloisonnement hermétique : les ordres sont en effet en contact, la question est maintenant d'observer cette surface de contact.

On l'a vu *supra*, l'organigramme formel d'une organisation renvoie en grande partie aux rapports hiérarchiques, alors que « l'organigramme informel » décrit davantage les relations fonctionnelles et organiques. Ce pourrait être le cas dans les établissements de santé, où les personnels paramédicaux relèvent hiérarchiquement de la direction et organiquement de la filière médicale du service auquel ils appartiennent, si cette double appartenance n'était aussi connue et dénoncée, y compris au sein même des hôpitaux. Il est difficile, dans ces conditions, d'accorder un caractère informel à cette double filière hiérarchique, alors qu'elle tant connue et examinée. Si l'étude que nous avons conduite a plutôt montré que le membre d'un métier ou d'une profession est davantage influencé par le contexte dans lequel son activité s'inscrit, cela ne revient pas à postuler l'effacement complet de son appartenance professionnelle.

Notons que le contexte de l'activité ressortit peu, voire pas du tout, à une question de localisation physique : une infirmière en services de soins et la cadre supérieure du même service, par exemple, travaillent dans les mêmes lieux mais inscrivent leur

activité dans deux contextes différents ; il en est également ainsi d'un médecin et de son chef de service, du chef d'établissement et de sa secrétaire, etc.

L'étude empirique démontre un niveau variable de cohérence entre appartenance professionnelle « nominale » et fonction effectivement assumée – y compris au sein d'un même groupe professionnel. Ce niveau de cohérence est illustré par les profils de réponses par métier ou profession tels qu'exposés dans le graphique 2. La cohésion dans les profils de réponse chez les chefs d'établissements et les directeurs souligne la proximité presque totale entre appartenance définie et fonction exercée ; le caractère moins cohérent des profils de réponse des secrétaires, des infirmières et des médecins met en lumière la divergence plus ou moins marquée entre profession et fonction effectivement exercée.

La mise en évidence de la non adéquation systématique entre grade/intitulé de métier/profession et fonction effectivement exercée, souligne *a contrario* l'inexactitude d'une description de l'économie interne d'une organisation de travail sur la base des dénominations de métiers/professions. C'est pourtant ce qui est communément fait. Ainsi, Anderson et Warkov (1973) ont estimé la relation entre taille et complexité fonctionnelle de l'administration générale de l'hôpital à partir de chiffres fondés sur la dénomination des métiers des personnels. Appliquant cette méthode aux personnes que nous avons rencontrées, nous aurions considéré l'assistante du chef d'établissement de l'hôpital Georges Pompidou (une secrétaire médicale), l'infirmière affectée à la direction des ressources humaines du même hôpital, les directrices des soins, etc. comme des agents ne faisant pas partie du personnel administratif, alors qu'à l'évidence c'est là leur affectation et leur fonction.

Si l'on mesure l'adéquation entre métier/profession et fonction, on se rend compte qu'elle est totale chez les chefs d'établissements (5 personnes interrogées sur 5) et les directeurs (12 sur 12), aux deux tiers chez les secrétaires (6 sur 9), et un peu plus du tiers chez les infirmières (4 sur 10) et les médecins (6 sur 15) : ces deux dernières profession et semi-profession se révèlent donc poreuses vis-à-vis de l'ordre dirigeant par l'intermédiaire de leurs membres qui y sont fonctionnellement rattachés. Fonction effectivement assumée et contexte d'activité professionnel sont donc fortement liés.

La mise en évidence du décalage entre métier/profession et fonction permet d'établir une cartographie des zones de contact entre ordres. Sur la figure 12, les différents types de fonctions tenues par les personnes rencontrées durant l'étude empirique ont été placés sur un cadran où se croisent deux axes : l'un établissant une gradation entre métiers/professions¹¹ dirigeantes et métiers/professions soignantes, et le second entre fonctions soignantes et fonction dirigeantes effectivement assumées. Le centre de gravité des métier/professions interrogés se situe dans la portion de la fonction dirigeante répartie entre profession soignante et profession dirigeante.

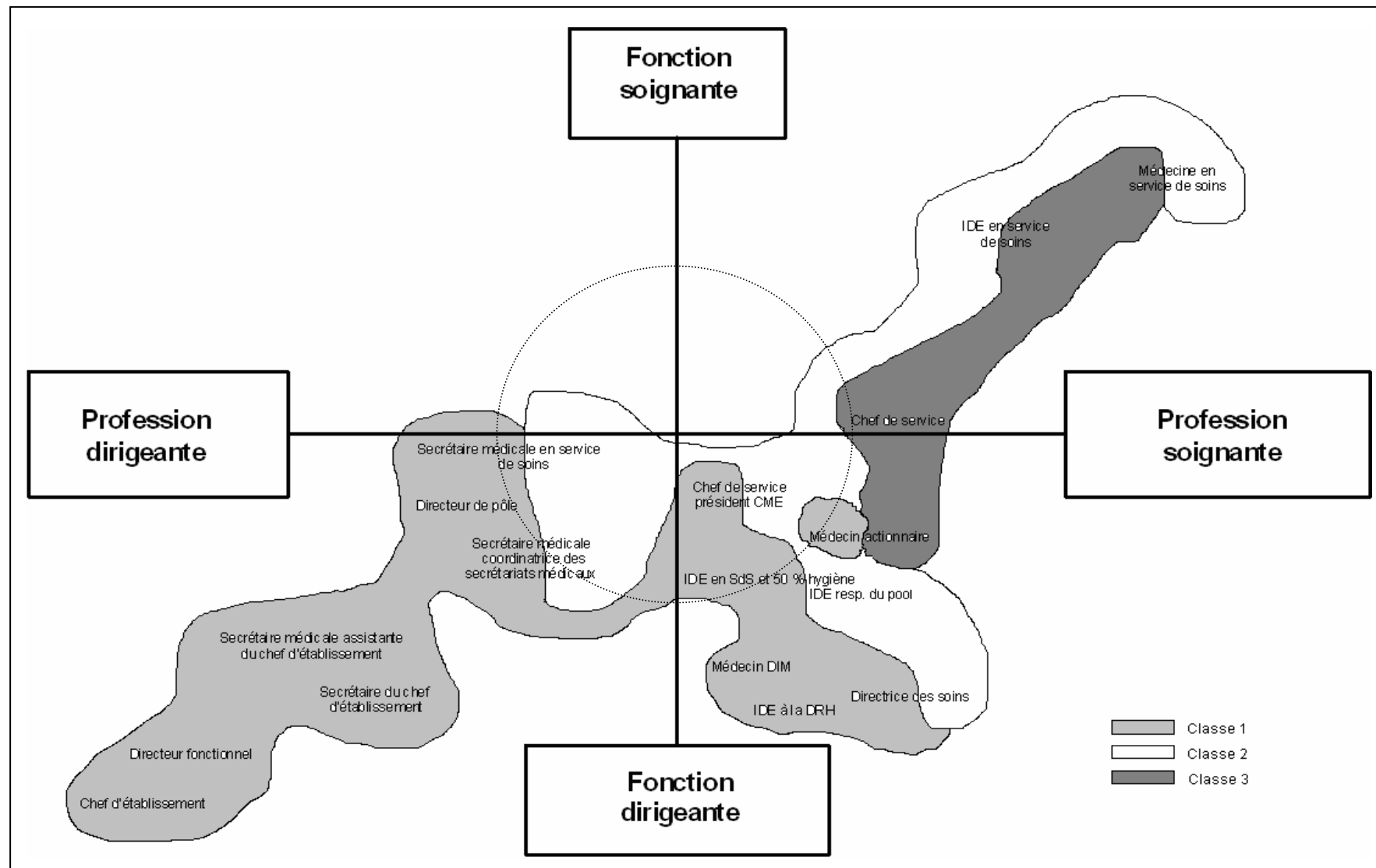
Le croisement des deux axes permet d'identifier les métiers « figés » et les métiers « mouvants » ou « basculants ». Les métiers dits « figés » ont une position sur le cadran qui n'a pas vocation à évoluer, c'est la situation dans laquelle se trouvent les chefs d'établissements, les directeurs fonctionnels (ressources humaines, finances...), les médecins et les infirmières exerçant en service de soins, etc. Ces personnels sont caractérisés par une forte adéquation entre leur métier/profession et leur fonction, leur positionnement est très éloigné de l'intersection des deux axes.

A l'inverse, les métiers « mouvants » ou « basculants » sont proches de l'intersection des deux axes, soit parce que leur position peut évoluer selon la modification du contexte de travail, soit que la fonction exercée les place mécaniquement dans la zone de contact entre ordres, matérialisée sur la figure 12 par le trait en pointillé. Il en est ainsi des infirmières qui gèrent le pool de remplacement, ou bien des directeurs de pôle.

Le cas des secrétaires médicales qui exercent en service de soins est très particulier : elles ont un métier et une fonction qui relèvent de l'ordre dirigeant mais se déclarent parfois appartenir à l'ordre soignant. C'est la raison pour laquelle on dira qu'elles exercent un « métier miroir ». Un « métier miroir » est caractérisé par une haute adéquation entre métier ou profession et fonction tenue, et par la perception pourtant inversée que la personne a de sa propre appartenance professionnelle.

¹¹ Quand bien même les deux extrémités sont intitulées « professions », c'est bien de métiers ou de professions qu'il s'agit.

Figure 12. La zone de contact entre ordre soignant et ordre dirigeant par croisement entre métiers, professions et fonctions exercées



C'est dans la zone de contact entre ordres que joue à plein l'effet des contraintes fonctionnelles indépendamment de l'appartenance professionnelle, et où les passages d'un quart de cadran à l'autre sont consubstantiels de la fonction tenue. C'est le cas, par exemple, des médecins actionnaires de l'établissement de santé où ils travaillent. Ils appartiennent à une profession soignante, puisqu'ils exercent la médecine, mais aussi à une profession dirigeante en tant qu'ils participent et votent au conseil d'administration ; ils exercent également une fonction dirigeante lorsqu'ils participent à la gestion de l'établissement avec le directeur qu'ils ont contribué à recruter. Il en est de même pour un chef de service de soins : sa profession et sa fonction sont soignantes mais il assume également une fonction dirigeante en ayant sollicité la direction d'un service. S'il préside également la Commission médicale d'établissement, il dispose dès lors d'une profession dirigeante. Le dernier point à noter est que le quart nord-ouest de la figure 12, qui correspond à l'association de la profession dirigeante et de la fonction soignante, est inoccupé et ne semble pas avoir vocation à l'être.

La primauté de la contrainte fonctionnelle sur l'appartenance professionnelle ayant été mise en lumière, on peut maintenant vérifier dans quelle mesure les ordres sont engagés dans une lutte de pouvoir.

3.2 UNE LUTTE DE POUVOIR ENTRE ORDRES

L'un des fondements de l'analyse stratégique des organisations – qui a été retenue en exergue comme modèle d'analyse – est, on l'a vu, le rôle structurant des rapports de pouvoir entre les acteurs. Pour Friedberg (1988), rappelons-le, le pouvoir est la capacité qu'une personne a d'obtenir d'une autre personne de faire ce qu'elle lui demande, c'est une relation d'échange dans laquelle deux individus sont engagés. A la lumière de cette définition, nous devrions observer une lutte de pouvoir entre soignants (médecins et non médecins) et non soignants, entre professionnels et non professionnels. Or l'étude empirique révèle des rapports et une lutte de pouvoir entre un ordre stable (l'ordre dirigeant) et un ordre mouvant (l'ordre soignant, lui-même scindé en deux composantes, paramédicale et médicale), pour former un jeu de pouvoir à trois éléments dont la configuration ne recoupe pas la catégorisation professionnels/non professionnels.

La figure 12 montre que la classe 1 (« Ordre dirigeant ») rassemble des fonctions exclusivement dirigeantes et des métiers/professions majoritairement dirigeants, avec une emprise partielle au sein des métiers/professions soignants. Sur la figure 12, son implantation s'étire jusqu'à l'adéquation quasi-maximale entre profession et fonction dirigeantes : c'est la situation des chefs d'établissement et des directeurs. La classe 3 (« Ordre soignant » médicale) est très largement composée de fonctions soignantes avec une forte dimension de métiers/professions soignants. Elle s'étire presque jusqu'au maximum de la combinaison profession/fonction soignante, avec le positionnement des médecins et d'une seule infirmière en service de soins. La classe 2 (« Ordre soignant » paramédicale) est manifestement la plus composite, s'étirant dans trois directions : profession/fonction soignantes ; profession soignante/fonction dirigeante ; profession/fonction dirigeantes.

Les rapports de pouvoir entre ordres sont particulièrement mis en évidence dans le questionnaire par la sollicitation d'enjeux à forte résonance dans les établissements de santé : nomination et affectation des personnels, organisation du travail, primauté de la décision, investissement bio-médical, activité et budget. La confrontation entre comptabilisation des réponses par métiers/professions ou par classe met en évidence le caractère non pertinent de l'analyse par métiers/professions, ainsi que la recomposition des rapports de pouvoir entre classe suivant l'enjeu soulevé par la question. C'est la raison pour laquelle, les réponses aux questions pertinentes en termes de pouvoir ont été comptabilisées par métiers/professions et par classes. Chefs d'établissements, directeurs et secrétaires, d'une part, infirmières et médecins, d'autre part, ont été rassemblés dans deux groupes, dont les chiffres sont comparés à ceux respectifs des trois classes identifiées par l'analyse de données : la classe 1 (« Ordre dirigeant »), la classe 2 (« Ordre soignant » paramédicale) et la classe 3 (« Ordre soignant » médicale).

Le tableau 57 analyse les réponses aux questions portant sur des enjeux de recrutements et de nominations – instruments éminents dans les rapports de pouvoir : ce sont les questions 18 (avis du chef d'établissement sur la nomination des médecins), 22 (recrutement d'un ingénieur en organisation pour améliorer l'organisation du travail dans les services de soins) et 24 (droit de regard du chef de service sur les affectations de paramédicaux dans son équipe).

Tableau 57. Analyse des réponses : recrutements et nominations

Questions		Question 18		Question 22		Question 24	
		Là où vous travaillez, le chef d'établissement donne son avis sur la nomination des médecins. Cette habitude vous semble...		Dans l'établissement où vous travaillez, le directeur engage un ingénieur en organisation pour améliorer l'organisation du travail dans les services de soins. Cette décision vous semble...		Dans l'établissement où vous travaillez, un chef de service demande à disposer d'un droit de regard sur les affectations de paramédicaux dans son service. Vous êtes en situation de prendre une décision, vous auriez plutôt tendance à ...	
Réponses	Max.	D Normale	S Pas normale	D Normale	S Pas normale	D Ne pas prendre sa demande en compte	S Accéder à sa demande
Total	51	43	8	42	9	18	33
Classe 1	31	30	1	29	2	8	23
Classe 2	10	4	6	3	7	6	4
Classe 3	10	9	1	10	0	4	6
CE + D + S (*)	26	24	2	22	4	7	19
IDE (**)	10	7	3	6	4	8	2
Médecins	15	12	3	14	1	3	12

Tableau 58. Analyse des réponses : primauté de la décision

Questions		Question 20		Question 23	
		Ce qui doit l'emporter au final dans les établissements de santé c'est...		Ceux qui sont le mieux à même de prendre des décisions sont...	
Réponses	Max.	D La décision de la direction	S La décision des soignants	D Les personnels qui dirigent	S Les personnels qui soignent
Total	51	35	16	38	13
Classe 1	31	29	2	30	1
Classe 2	10	4	6	4	6
Classe 3	10	2	8	4	6
CE + D + S (*)	26	21	5	22	4
IDE (**)	10	6	4	6	4
Médecins	15	8	7	10	5

Tableau 59. Analyse des réponses : achat et investissement

Questions		Question 17		Question 19		Question 27	
		Les médecins réclament l'achat d'une IRM. Vous auriez plutôt tendance à ...		L'activité d'un laboratoire n'est pas suffisante pour couvrir ses frais. Vous auriez plutôt tendance à ...		Dans une situation non urgente, un médecin pose un <i>pace maker</i> à un patient alors que le quota de ces matériels financés est déjà atteint. Cette position vous semble...	
Réponses	Max.	D Utiliser l'IRM d'un autre établissement	S Acheter cette IRM	D Fermer ce laboratoire	S Maintenir ce laboratoire en activité	D Pas normale	S Normale.
Total	51	36	15	28	23	27	24
Classe 1	31	25	6	16	15	18	13
Classe 2	10	9	1	5	5	2	8
Classe 3	10	2	8	7	3	7	3
CE + D + S (*)	26	21	5	11	15	15	11
IDE(**)	10	9	1	6	4	4	6
Médecins	15	6	9	11	4	8	7

(*) Chefs d'établissement, directeurs, secrétaire ; (**) Infirmières diplômées d'Etat.
 Classe 1 = « Ordre dirigeant » ; classe 2 = « Ordre soignant » paramédicale ; classe 3 = « Ordre soignant » médicale.

Les réponses à ces questions soulignent, une nouvelle fois, l'impossibilité pour l'analyse par métiers/professions de mettre en évidence la complexité et la variabilité des rapports de pouvoir dans les établissements de santé. Ainsi, à la question 18, les infirmières (7 sur 10) et les médecins (12 sur 15) ont donné des réponses dirigeantes, représentant au total près de la moitié des 43 réponses dirigeantes à cette question. On pourrait hâtivement conclure à l'inexistence d'un rapport de pouvoir à propos de la nomination des médecins puisque 24 des 26 non professionnels (chefs d'établissement, directeurs, secrétaires) donnent également une réponse dirigeante. Or l'analyse par classe révèle au contraire un rapport de pouvoir. La classe « Ordre dirigeant » (30 sur 31) et la classe « Ordre soignant » médicale (9 sur 10) sont favorables à l'avis donné par le chef d'établissement à la nomination des médecins ; la classe « Ordre soignant » paramédicale (6 sur 10) y est défavorable. En d'autres termes, dirigeants et médecins s'accordent sur la question, en opposition aux paramédicaux qui rejettent l'avis dirigeant sur le sujet. Un rapport de pouvoir existe entre l'ordre dirigeant, associé ici à la composante médicale de l'ordre soignant, et la composante paramédicale de l'ordre soignant. L'interprétation qu'on peut avancer quant à cette configuration est que les médecins consentiraient à un avis du chef d'établissement sur leur nomination, sachant qu'ils pourraient assortir cette concession de contreparties ; les paramédicaux, en revanche, perçoivent l'intrusion de l'ordre dirigeant dans leur organisation interne de travail comme une nouvelle contrainte dénuée de compensations.

On retrouve la même configuration de rapports de pouvoir dans les réponses à la question 22. Des infirmières (6 sur 10) et des médecins (14 sur 15) acceptent le recrutement d'un ingénieur en organisation ; c'est également le cas de 22 non professionnels sur 26. Or, si la quasi totalité de la classe « Ordre dirigeant » et la totalité de la classe « Ordre soignant » médicale y sont favorables, la classe « Ordre soignant » paramédicale y est clairement opposée (7 personnes sur 10). Encore une fois, la composante paramédicale de l'ordre soignant révèle son hostilité à une intrusion extérieure dans les services de soins, jugeant que l'organisation du travail y ressortit à la responsabilité de leur encadrement, c'est-à-dire aux cadres infirmiers. La même opposition se constate dans les réponses à la question 24, avec une inversion entre réponses dirigeantes et réponses soignantes : cette fois, tant la

classe « Ordre soignant » paramédicale que les infirmières s'opposent à l'avis donné par les chefs de service sur leur affectation.

Dans le tableau 58, les réponses aux questions 20 et 23 mettent le plus en lumière la lutte de pouvoir entre ordres *via* le questionnement sur la primauté de la décision devant être accordée – suivant les réponses – aux personnels qui dirigent ou à ceux qui soignent. Ces deux questions, qui sont les plus fortement corrélées¹², présentent une opposition attendue entre la classe « Ordre dirigeant » et les classes 2 et 3 : les membres de la classe « Ordre dirigeant » considèrent que ce sont les décisions de la direction qui doivent l'emporter dans les établissements de santé, et ce parce que les personnels qui dirigent sont les mieux à même de décider ; les membres de la classe « Ordre soignant » paramédicale et de la classe « Ordre soignant » médicale pensent l'inverse.

La différence est, ici, à son maximum par rapport à l'analyse par métiers/professions : selon cette dernière, les infirmières (6) et les médecins (10) formulent majoritairement une réponse dirigeante à la question 23, alors que les classes 2 et 3 fournissent une majorité de réponses soignantes (12 contre 8 réponses dirigeantes). Or si le constat s'était fait sur la base des réponses cumulées des infirmières et des médecins, on aurait vu qu'une majorité de ces personnels donnaient une réponse dirigeante à ces deux questions, c'est-à-dire présentaient un profil de réponses comparable à celui de la classe « Ordre dirigeant ». Encore une fois, la divergence des résultats suivant l'angle d'observation provient du décalage entre métier/profession et fonction effectivement exercée : c'est cette dernière qui détermine les réponses des personnes interrogées, davantage que leur profession.

Dans le tableau 59, la lutte de pouvoir est observée à travers le prisme des décisions d'achat et d'investissement, en l'occurrence l'achat d'une IRM ou l'utilisation d'un matériel déjà existant, la fermeture ou le maintien d'un laboratoire déficitaire, ainsi que la pose d'un matériel implantable non financé. Face au choix entre acheter une IRM ou en utiliser une déjà installée, l'opposition entre dirigeants et paramédicaux, d'une part, et médecins, d'autre part, est irréductible : elle se manifeste à la fois dans l'analyse par métiers/professions et dans l'analyse par classes.

¹² Coefficient de corrélation de 0,57, marge d'erreur inférieure à 0,1 %.

Quant au jugement porté sur la pose d'un *pace maker* non financé, l'analyse par classes montre les classes « Ordre dirigeant » et « Ordre soignant » paramédicale opposées à la classe « Ordre soignant » médicale, alors que l'analyse par métiers/professions montraient les médecins partagés sur ce sujet.

Il n'est pas possible de porter un jugement sur les réponses à la question 19 : la classe « Ordre dirigeant » et la classe « Ordre soignant » paramédicale sont favorables à la fermeture d'un laboratoire déficitaire au profit du transfert de l'analyse des prélèvements à un laboratoire extérieur, mais les membres de la classe « Ordre soignant » paramédicale sont partagés entre les deux solutions. Assez paradoxalement, les professionnels sont favorables à une fermeture cependant que les non-professionnels y sont opposés – ce qui souligne, une nouvelle fois, les limites de l'analyse par métiers/professions.

Ces divergences s'expliquent par la non-conformité de la répartition par métiers/professions et celle par classes : on l'a vu, les classes regroupent des personnels de métiers/professions différentes partageant les mêmes valeurs quant au fonctionnement d'un établissement de santé. Plus gênant encore, la comptabilisation des réponses par métiers/professions masque des divergences profondes de réponses entre les classes, dont l'analyse révèle des rapports de pouvoir entre ordres qui évoluent suivant les questions – les réponses de l'ordre soignant se scindant entre celles de la classe « Ordre soignant » paramédicale et celles de la classe « Ordre soignant » médicale.

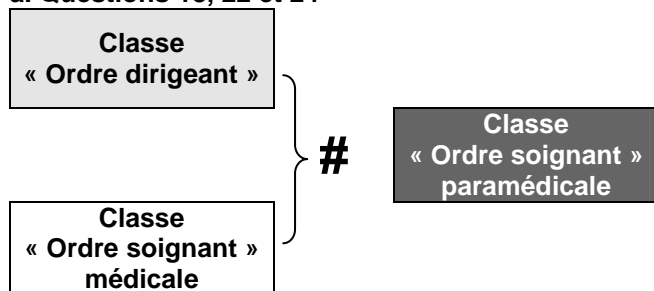
C'est ici que l'on rejoint la distinction professionnels/non-professionnels, à ceci près que les compositions de la classe « Ordre soignant » paramédicale et de la classe « Ordre soignant » médicale sont inter-professionnelles. En d'autres termes, on constate bien une opposition ponctuelle entre logique paramédicale et logique médicale mais cette opposition ne recoupe pas une répartition par métiers/professions – la classe « Ordre soignant » paramédicale comprenant des médecins et la classe « Ordre soignant » médicale des infirmières.

La figure 13 présente les configurations de rapports de pouvoir entre classes tels qu'elles s'expriment dans les tableaux 57, 58 et 59. On observe trois états qui mêlent les thèmes d'interrogation : la classe « Ordre dirigeant » alliée à la classe « Ordre

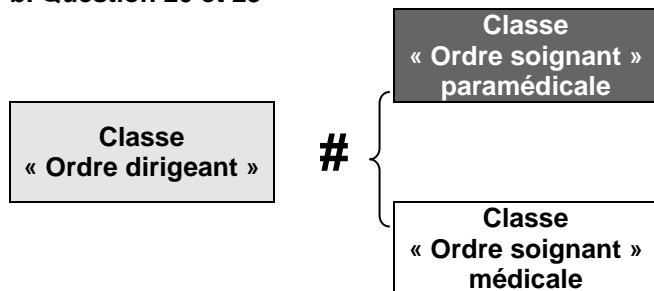
soignant » médicale contre la classe « Ordre soignant » paramédicale pour les questions 18, 22 et 24 (recrutement et nomination) ; la classe « Ordre dirigeant » opposée aux classes 2 et 3 pour les questions 20 et 23 concernant la primauté de la décision (tableau 58), pour lesquelles l'opposition entre ordre dirigeant et ordre soignant – cette fois regroupé – joue à plein ; enfin, la classe « Ordre dirigeant » et la classe « Ordre soignant » paramédicale opposées à la classe « Ordre soignant » médicale pour les questions 17 et 27 d'achat et d'investissement (tableau 59).

Figure 13. Les configurations des rapports de pouvoir entre ordres

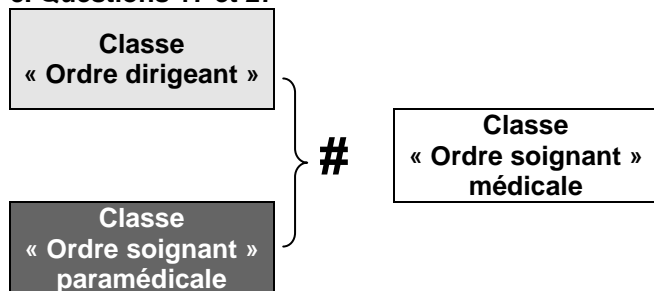
a. Questions 18, 22 et 24



b. Question 20 et 23



c. Questions 17 et 27



On s'aperçoit donc que la lutte de pouvoir n'est que partiellement et imparfaitement décrite si l'on s'en tient à une analyse par métiers/professions opposant professionnels et non professionnels. En revanche, l'analyse par ordres – ici décrits *via* les classes de regroupement – démontre que l'ordre dirigeant s'oppose seul à l'ordre soignant pour des enjeux de primauté de décision ; s'agissant du recrutement,

il est allié à la classe « Ordre soignant » médicale, et à la classe « Ordre soignant » paramédicale pour les questions d'achat et d'investissement.

Une nouvelle fois, la lutte de pouvoir ne recoupe pas une séparation entre professionnels et non professionnels, mais bien entre personnes titulaires d'une fonction dont les contraintes les conduisent à partager des réponses identiques face à des enjeux fondamentaux dans les établissements de santé. Cette lutte de pouvoir, désormais avérée, s'adosse à un conflit entre légitimités concurrentes.

3.3 UNE LUTTE DE POUVOIR ADOSSEE A UN CONFLIT DE LEGITIMITES

Nous allons utiliser la même méthode d'observation que pour la lutte de pouvoir, en comparant les réponses par métiers/professions et les réponses par classes. L'analyse ainsi conduite va permettre de mettre en exergue le conflit de légitimité qui oppose les ordres, mais qui les traverse aussi.

Les questions retenues pour illustrer un conflit de légitimité sont celles qui déclinent l'opposition exprimée par la question 28 entre légitimité bureaucratique, de l'intérêt général, et légitimité du savoir, de la connaissance. La question 15 illustre ce conflit par le choix à faire entre le service public de la santé et l'amélioration de la santé du patient ; la question 25 entre l'offre nationale de soins et la prise en charge du patient ; la question 26 entre les orientations données par les autorités sanitaires et la nécessité médicale jugée sur place. Les réponses à ces questions sont rapportées par métier/profession et par classe dans le tableau 60.

L'analyse des réponses est contrastée, parfois contradictoire. A la question 15, une opposition se dégage assez logiquement entre les réponses majoritaires de la classe « Ordre dirigeant » (sentiment de contribuer au service public de la santé) et celles de la classe « Ordre soignant » paramédicale (amélioration de la santé des patients), la classe « Ordre soignant » médicale se distribuant de façon paritaire entre réponses dirigeantes et réponses soignantes. Dans la répartition des réponses par métiers/professions, les médecins se prononcent aux deux-tiers pour le service public de la santé, alors que les réponses des infirmières sont cohérentes avec celles de la classe « Ordre soignant » paramédicale.

Tableau 60. Analyse des réponses : un conflit de légitimités

Questions		Question 15 Dans votre travail, vous avez le sentiment de contribuer...		Question 25 Pour vous, travailler dans un établissement de soins, c'est...		Question 26 Dans un établissement de santé, la création d'une activité nouvelle doit dépendre...		Question 28 Dans un établissement de santé, ce qui doit déterminer la prise de décision c'est davantage...	
Réponses	Max.	D Au service public de la santé	S A l'amélioration de la santé des patients	D Contribuer à l'offre nationale de soins sur le territoire	S Prendre en charge du mieux possible les patients	D Des orientations données par les autorités sanitaires	S De la nécessité médicale jugée sur place	D L'intérêt général	S L'évolution des connaissances scientifiques
Total	51	32	19	9	42	28	23	38	13
Classe 1	31	23	8	6	25	23	8	27	4
Classe 2	10	4	6	0	10	4	6	8	2
Classe 3	10	5	5	3	7	1	9	3	7
CE + D + S (*)	26	19	7	3	23	15	11	23	3
IDE (**)	10	3	7	1	9	7	3	8	2
Médecins	15	10	5	5	10	6	9	7	8

(*) Chefs d'établissement, directeurs, secrétaires ; (**) Infirmières, médecins.

Classe 1 = « Ordre dirigeant » ; classe 2 = « Ordre soignant » paramédicale ; classe 3 = « Ordre soignant » médicale.

Ce conflit de légitimité s'observe de manière tout aussi prévisible dans les réponses aux questions 26 et 28. A la question 26, la classe « Ordre dirigeant » se prononce très majoritairement pour le respect des orientations données par les autorités sanitaires, alors que les classes « Ordre soignant » paramédicale et « Ordre soignant » médicale privilégient la meilleure prise en charge possible du patient. Là encore l'analyse par classe est plus éclairante que l'analyse par métiers/professions où les infirmières se prononcent plus nombreuses en faveur du service public de la santé alors, que la répartition des médecins est cohérente avec celle de la classe « Ordre soignant » médicale.

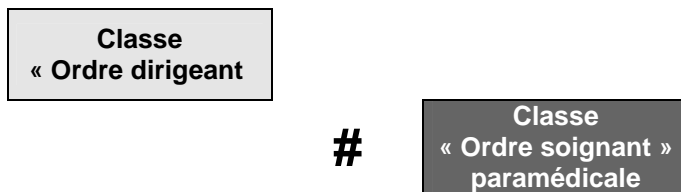
S'agissant de la question 28, la classe « Ordre dirigeant » et la classe « Ordre soignant » paramédicale s'opposent à la classe « Ordre soignant » médicale, ce qui marque une nette différence pour cette dernière relativement à l'analyse par métiers/professions, qui montre les réponses des médecins se répartissant de façon sensiblement égale entre les deux options.

Les réponses à la question 25 forment un cas de figure particulièrement atypique, celui où toutes les réponses sont concordantes, quelle que soit la modalité d'analyse retenue : 42 réponses sur 9 sont soignantes, plus des trois-quarts des réponses de la classe « Ordre dirigeant » et la totalité de celles de la classe « Ordre soignant » paramédicale vont dans le même sens ; l'analyse par métiers/professions corrobore intégralement cette tendance. En d'autres termes, la grande majorité des personnes

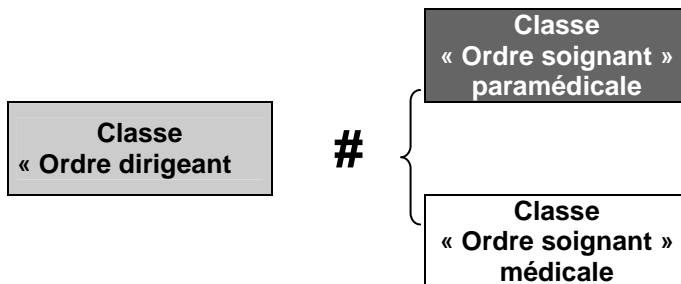
interrogées pense que travailler dans un établissement de santé c'est prendre en charge du mieux possible les patients. Pour les classes « Ordre soignant » paramédicale et « Ordre soignant » médicale, ces réponses vont dans le même sens que celles apportées à la question 15 (contribuer à l'amélioration de la santé des patients), mais de façon plus prononcée. S'agissant de la classe « Ordre dirigeant », c'est un retournement du tout au tout puisque ses membres répondent dans la même proportion (25 réponses contre 23) l'inverse de ce qu'ils ont répondu à la question 15. L'explication que l'on peut avancer est l'existence d'une nouvelle dimension dans le conflit entre légitimité bureaucratique et légitimité du savoir, celle qui pourrait mettre aux prises l'établissement de santé – cette fois rassemblé – et les autorités sanitaires de tutelle.

Figure 14. Les configurations du conflit de légitimité entre ordres

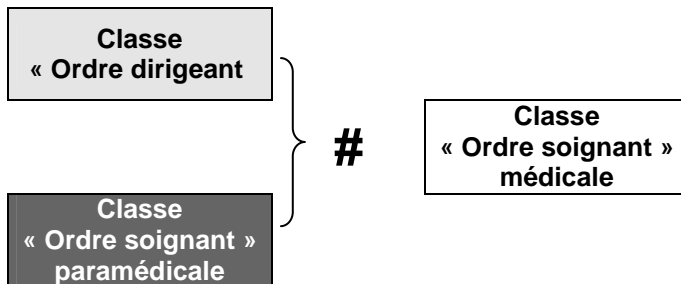
a. Question 15



b. Question 26



c. Question 28



Les configurations de légitimités revendiquées varient suivant les questions, elles sont présentées dans la figure 14. La question 15 montre une opposition entre classe « Ordre dirigeant » et classe avec une neutralité de la classe « Ordre soignant » médicale ; la question 26 oppose la classe « Ordre dirigeant » aux classes « Ordre soignant » paramédicale et « Ordre soignant » médicale ; à la question 28, les classes « Ordre dirigeant » et « Ordre soignant » paramédicale sont confrontées à la classe « Ordre soignant » médicale.

3.4 APPARTENANCE A UN ORDRE ET LEGITIMITE

Sur le tableau 60, on peut observer une cohérence importante – quoique que pas absolue – entre la revendication d'une légitimité et l'appartenance à un ordre, exprimée ici par le classement dans l'une des trois classes d'effectifs. Globalement, les personnes recensées dans la classe « Ordre dirigeant » expriment une préférence pour la légitimité bureaucratique, de l'intérêt général ; les personnes situées dans les classes « Ordre soignant » paramédicale et « Ordre soignant » médicale, celui de la légitimité du savoir, de la connaissance.

Deux exceptions au lien entre légitimité et appartenance à l'ordre sont à rapporter : entre les réponses de la classe « Ordre dirigeant » à la question 25 et les celles de la classe « Ordre soignant » paramédicale à la question 28 (tableau 60). Dans le premier cas, la plupart membres de la classe « Ordre dirigeant » (25 sur 31) répondent à la question 25 que travailler dans un établissement de soins c'est pour eux prendre en charge du mieux possible les patients de l'établissement – réponse typiquement soignante –, quand la réponse dirigeante était : « Contribuer à l'offre nationale de soins sur le territoire ». A la question 28, la majorité des membres de la classe « Ordre soignant » paramédicale (8 sur 10) répondent que ce qui doit déterminer la prise de décision dans un établissement de santé c'est davantage l'intérêt général.

Pour la question 25, il se peut que par delà le changement d'échelle du conflit de légitimité évoqué ci-dessus, le positionnement des membres de la classe « Ordre dirigeant » renvoie à un tiraillement entre appartenance à un ordre dicté par la fonction et la fidélité à une légitimité qui ressortit à leur profession : 10 des 31 membres de cette classe ont une profession du soin, médecin ou infirmière.

Parmi les 15 personnes restantes à avoir donné une réponse soignante à la question 25, on compte 4 des 5 chefs d'établissement, 10 des 12 directeurs, et 5 secrétaires sur 9. Il n'est donc pas impossible qu'en dépit de leur appartenance professionnelle et de leur intégration à l'ordre soignant, ces personnels administratifs soient également tiraillés entre leur conviction de défendre l'intérêt général et le contexte particulier au sein duquel s'exerce leur mission, celui d'un établissement de soins.

Quant à la question 28, il est probable que les personnels paramédicaux se sentent davantage autonomes dans leur travail en adossant leur activité à une légitimité extérieure au service de soins et, par-là, se dégageant de l'omnipotence des médecins.

Nous avons donc vérifié que les personnels se répartissaient en deux ordres – l'ordre dirigeant et l'ordre soignant (lui-même scindé en deux composantes) – engagés dans une lutte de pouvoir tripolaire adossée à un conflit de légitimité. Voyons maintenant en quoi cette observation permet d'estimer la pertinence des demandes récurrentes de moyens dans les établissements de santé.

3.5 LE REJET DE LA LEGITIMITE BUREAUCRATIQUE DANS UN DOMAINE MEDIATISABLE

3.5.1 La « dysorganisation » dans les services de soins

Si le manque de moyens – notamment en personnels – était avéré, sa critique devrait transparaître dans les réponses aux questionnaires. Or, dans la question 16, quand on place les personnes interrogées dans la situation de devoir réagir à une demande de personnel émanant d'un service dont tous les postes sont pourvus, 48 d'entre elles sur 51 répondent s'interroger préalablement sur les motifs réels de cette demande. La répartition par métiers/professions ou par classe est conforme à cette quasi-unanimité : la totalité de la classe « Ordre dirigeant », de la classe « Ordre soignant » paramédicale et des médecins répondent ainsi ; il en est également ainsi de 9 infirmières sur 10 et de 7 membres sur 10 de la classe « Ordre soignant » paramédicale (tableau 61).

Tableau 61. Analyse des réponses : un manque de personnels non avéré

Questions		Question 16	
		Un service se plaint d'un manque de personnel alors que tous les postes auxquels il a droit sont pourvus. Vous êtes en situation de prendre une décision, vous auriez plutôt tendance à ...	
Réponses	Max.	D Vous interroger sur les motifs réels de cette demande	S Répondre à cette demande
Total	51	48	3
Classe 1	31	31	0
Classe 2	10	7	3
Classe 3	10	10	0
CE + D + S (*)	26	24	2
IDE (**)	10	9	1
Médecins	15	15	0

(*) Chefs d'établissement, directeurs, secrétaires ; (**) Infirmières, médecins.

Classe 1 = « Ordre dirigeant » ; classe 2 = « Ordre soignant » paramédicale ; classe 3 = « Ordre soignant » médicale.

Tableau 62. Répartition des personnels par niveau de « standardisation » des tâches

Tâches exclusivement standardisées		Tâches standardisées/tâches spécifiques de soin	
Cadre supérieur infirmier	Aide-soignante (de consultation)	PUPH	Etudiants externes
Cadre infirmier	Aide-soignante (de salle)	PH	Infirmière
Secrétaire hospitalière	Agent hospitalier (de ménage)	Chef de clinique	Manipulatrice radio
Secrétaire médicale	Diététicienne	Médecin attaché	Kinésithérapeute
		Interne	Assistante sociale

Source : Holcman (2002 b).

Tableau 63. Répartition des personnels par niveau de « programmabilité » des tâches

Programmables		Essentiellement programmables	Soumises à l'imprévu
Agent hosp. (de ménage)	Kinésithérapeute	Aide-soignante (de consultation)	Aide-soignante (de salle)
Cadre supérieur infirmier	Manipulatrice radio	Assistante sociale	Cadre infirmier
Diététicienne	Médecin attaché	Chef de clinique - assistant	Infirmière
Externe	Secrétaire médicale	PH	Interne
		PUPH	
		Secrétaire hospitalière	

Source : Holcman (2002 b).

Ces résultats confirment ceux obtenus dans une étude de terrain précédemment menée (Holcman, 2002 b) où il été montré que dans les établissements publics de santé les tâches des agents des services de soins étaient, pour l'essentiel, standardisées¹³ (tableau 62) et programmables (tableau 63), bien que peu programmées. Ces observations ont permis de mettre en lumière la divergence entre la description de leur travail fait par les agents des services de soins et la réalité de son organisation : les personnels (quels qu'ils soient) brossent le panorama d'une activité surdéterminée par l'urgence, le manque de temps, l'imprévisibilité, et

¹³ C'est-à-dire pouvant être identifiés *via* leurs tâches à d'autres types de métiers, en particulier à l'aide du *Répertoire opérationnel des métiers et des emplois* (Agence nationale pour l'emploi, 1999).

constituée de tâches à ce point spécifiques qu'elles en sont irréductibles à toute comparaison et à toute rationalisation. Or c'est plutôt l'inverse qui est révélé par l'observation conduite dans des services de soins et confirmé par les réponses à la question 16 : dans une situation non médiatisée – une étude empirique fondant une thèse de doctorat – les réponses des personnels s'écartent de l'image ordinairement projetée d'établissements de santé à la dérive en termes de personnels. Le décalage entre la description et la réalité trouve son explication dans l'analyse stratégique des organisations : la différence entre les deux discours manifeste l'existence d'un conflit de légitimité qui s'exprime par le rejet de la légitimité bureaucratique dans un domaine médiatisable.

Les règles bureaucratiques, en effet, sont destinées, à être mise en œuvre dans un environnement programmable. Or la programmation est la caractéristique – sinon la mission – de l'ordre dirigeant, ses personnels sont formés techniquement et culturellement à prévoir, anticiper et planifier. Dans ces conditions, et puisque le pouvoir est la capacité qu'a une personne d'obtenir d'une autre de faire ce qu'elle lui demande, le moyen pour l'ordre soignant de s'affranchir de la culture de l'ordre dirigeant et de lutter contre son emprise est de renvoyer à ce dernier l'image d'une « non programmabilité » déroutante et facteur d'incertitude, donc de pouvoir.

L'ordre soignant n'est pas désorganisé, il est organisé de façon à susciter de l'incertitude pour l'ordre dirigeant, et donc à accroître le pouvoir sur ce dernier. On ne peut parler de dysfonctionnement qu'à l'aune des critères de l'ordre dirigeant dans la mesure où l'organisation des services de soins satisfait ses acteurs : dans la précédente étude conduite, nous avons constaté que l'un des paradoxes de l'organisation du travail dans les services de soins était qu'elle génère les remèdes aux maux qu'elle provoque chez les agents. Cette observation est confirmée par les réponses à la question 22 (tableau 57) : la perspective du recrutement d'un ingénieur en organisation est approuvée par les métiers/professions dirigeants, par la quasi-totalité des médecins et de la classe « Ordre dirigeant », et par la totalité de la classe « Ordre soignant » médicale. En revanche, une majorité d'infirmières et de membres de la classe « Ordre soignant » paramédicale s'y opposent, ce qui laisse à penser que l'organisation qui prévaut n'a pas vocation à être réformée.

La position des médecins et de la classe « Ordre soignant » médicale révèle un paradoxe apparent : il semble être considéré qu'une réorganisation des services de soins ne concernerait que les personnels paramédicaux et que les personnels médicaux pourrait y préserver leur autonomie. Pourtant tout laisse à penser que la rationalisation du travail dans les services de soins passerait au contraire par l'assujettissement de l'emploi du temps des personnels médicaux à celui des services où ils travaillent. Or, comme le rappelle Freidson (1984, p. 193) : « *Pour la médecine comme pour toutes les autres professions, le point décisif en matière de statut, c'est d'avoir le contrôle exclusif du travail qui lui revient. Une fois ce contrôle acquis, les autres métiers qui prennent part à l'effectuation du travail médical sont nécessairement de statut subalterne (...).* »

C'est la raison pour laquelle on ne peut utiliser les termes de désorganisation ou d'organisation dysfonctionnante pour qualifier les modalités de répartition et d'articulation du travail dans les services de soins, ou le fonctionnement global d'un établissement de santé. L'hôpital n'est pas une organisation « dysfonctionnelle » (Clément, 1992) ou caractérisée par le dysfonctionnement de ses services (Hart et Muchielli, 1994), c'est une organisation « dysorganisée ». La « dysorganisation » est une forme d'organisation dont le fonctionnement sous-optimal est recherché par ses acteurs et les satisfait. Cette définition se rapproche de celle de Mintzberg (2004, p. 325) définissant la description caricaturée de l'organisation des bureaucraties professionnelles comme une « *Anarchie organisée.* »

L'un des éléments de corroboration de la dysorganisation s'observe au sein des services de soins engagés dans des protocoles de recherche en collaboration avec des laboratoires pharmaceutiques. Au sein d'un même service, avec des personnels identiques, l'activité de recherche est caractérisée par la rigueur, l'organisation, le souci de la performance, qui s'adosent à la littérature scientifique la plus récente ; dans le même temps, et avec les mêmes personnes et les mêmes équipements, l'activité clinique est marquée par une organisation plus relâchée et moins performante, par la dysorganisation.

3.5.2 Niveau de programmabilité des tâches et manque de personnel

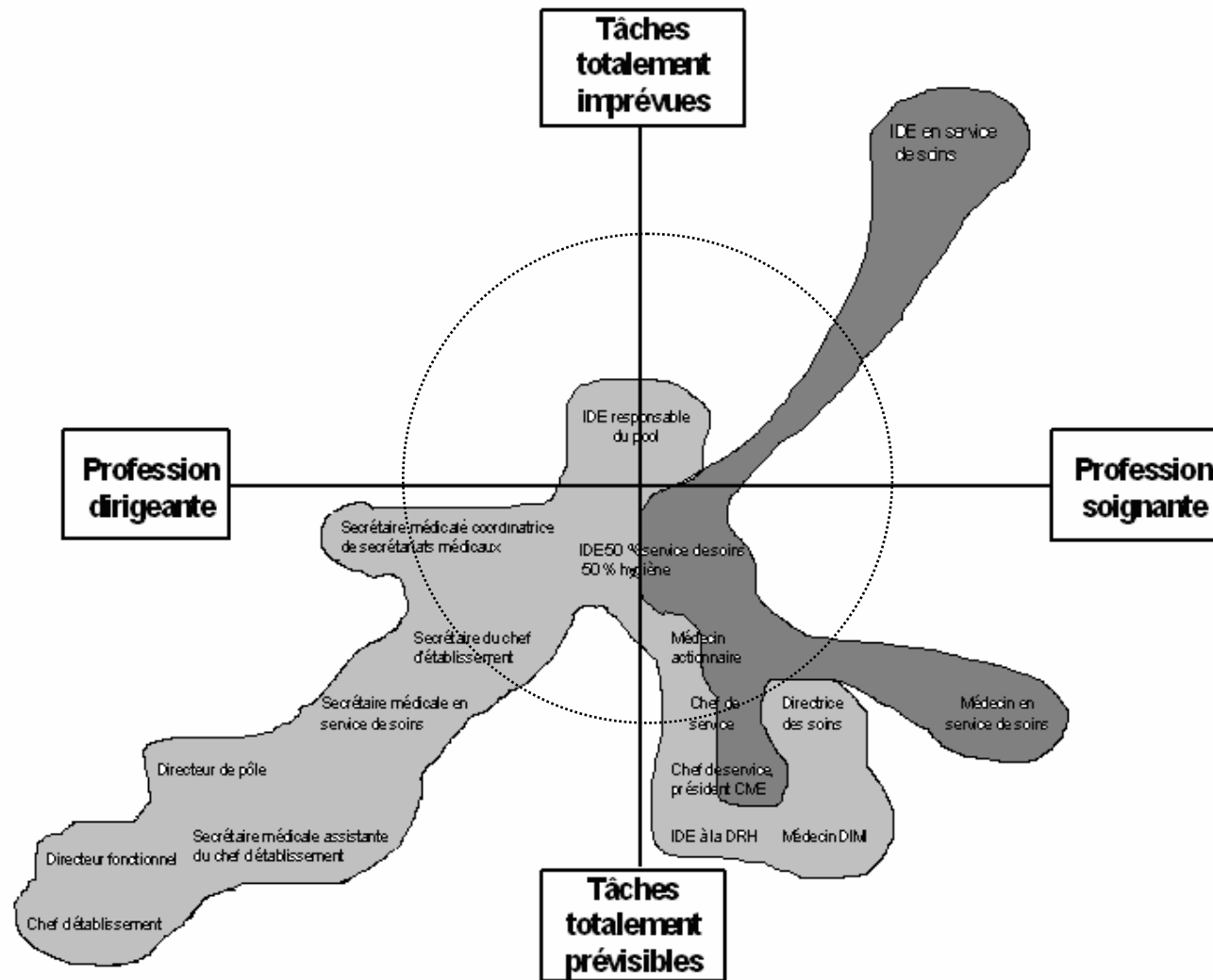
Si l'on compare la composition des classes « Ordre soignant » paramédicale et Ordre soignant » médicale à la typologie des personnels des services de soins établie précédemment (Holcman, 2002 a) – ce qui est fait dans le tableau 62 et le tableau 63 – on trouve plusieurs points de convergence. Cette convergence ne concerne pas les membres de la classe « Ordre dirigeant » dans la mesure où ces personnels n'entraient dans le champ de l'étude en question.

Parmi les personnels restants, on constate que les secrétaires médicales – toutes situées en classe « Ordre soignant » paramédicale, à l'exception d'une responsable des secrétariats médicaux située en classe « Ordre soignant » médicale – ont des tâches standardisées. Les médecins, quant à eux, qui ont des tâches essentiellement programmables, standardisées et partiellement spécifiques, se retrouvent majoritairement dans la classe « Ordre soignant » médicale. Les infirmières, principalement situées en classe « Ordre soignant » paramédicale ont, à l'instar des médecins, des tâches à la fois standardisées et spécifiques ; en revanche, elles s'en distinguent par des types de tâches hautement soumises à l'imprévu.

Ces observations confirment le lien, dont nous avons avancé l'existence, entre contrainte fonctionnelle et appartenance à un ordre sociologique plutôt qu'à un autre ; dit autrement, c'est le niveau de « programmabilité » ou de prévisibilité des tâches qui détermine fortement la contrainte d'une fonction et, par là même, suscite l'appartenance à un ordre sociologique.

Si l'on reprend l'exemple des établissements de santé et qu'on place les types de personnels que nous avons interrogés sur un cadran à quatre directions, comme celui tracé sur la figure 12, en remplaçant les fonctions par le niveau de programmation possible des tâches, on obtient une cartographie métiers/professions/programmation (figure 15) très similaire à la cartographie métiers/professions/fonctions précédemment tracée dans la figure 12.

Figure 15. La zone de contact entre ordre soignant et ordre dirigeant par croisement entre métiers, professions et prévisibilité des tâches



Ce rejet de la légitimité bureaucratique s'exprime dans le domaine du personnel parce que ses enjeux sont plus simples à définir, et donc plus médiatisables. Dans les réponses aux questions 17, 19 et 27, rapportées dans le tableau 59, on observe la même ambivalence par rapport au discours public. A la question 17, une majorité d'infirmières (9 sur 10) et de membres de la classe « Ordre soignant » paramédicale (9 sur 10 également) préconisent l'utilisation préalable d'une IRM installée dans un autre établissement avant d'envisager un achat ; à la question 19, les réponses de la classe « Ordre soignant » paramédicale se répartissent entre fermeture et maintien d'un laboratoire déficitaire ; à la question 27, la majorité des infirmières (6 sur 10) et des membres de la classe « Ordre soignant » paramédicale (8 sur 10) trouvent anormale la pose d'un *pace maker* non financé. On le voit, la question du manque de moyens n'est pas aussi vive que celle communément dénoncée ; mais, dans ces matières-là, l'argument porterait certainement moins que dans le domaine du personnel.

De leur côté, les médecins ont des priorités différentes de celles des paramédicaux : les membres de la classe « Ordre soignant » médicale (8 sur 10) et les médecins (9 sur 15) sont favorables à l'achat de l'IRM ; 7 membres de la classe « Ordre soignant » médicale sur 10 et 11 médecins sur 15 sont opposés à la fermeture du laboratoire ; 8 d'entre eux sur 15 et 7 membres de la classe « Ordre soignant » médicale sur 10 considèrent normale la pose d'un *pace maker* non financé.

Notons que ce phénomène de rejet ne se cantonne pas à la lutte de pouvoir avec l'ordre soignant. Amalberti et *al.* (2004) ont montré que la transgression des règles est une des composantes de la culture du travail dans le domaine de la santé.

L'étude empirique que nous avons conduite et dont nous avons analysé et commenté les résultats nous a permis de valider les hypothèses que nous avons émises ; voyons, en conclusion, l'influence que la mise en évidence de l'ordre sociologique peut avoir sur la question de l'appartenance professionnelle comme sur la gestion des établissements de santé.