

CONCLUSION

1	ORDRE SOCIOLOGIQUE ET APPARTENANCE PROFESSIONNELLE.....	212
1.1	L'ordre sociologique, élément structurant de l'organisation du travail	212
1.1.1	Appartenance définie, appartenance ressentie et ordre sociologique.....	212
1.1.2	Imitation, <i>leadership</i> et percolation.....	213
1.2	Les conséquences en termes de gestion et d'organisation du travail	214
1.2.1	Professionnels et non professionnels, le concept de bureaucratie professionnelle questionné214	
1.2.2	Différenciation et intégration	217
2	ORDRE SOCIOLOGIQUE ET GESTION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE	218
2.1	Des revendications soignantes qui masquent la structuration sous-jacente des forces	219
2.1.1	Affrontement soignants/non soignants et demande de moyens en personnels.....	219
2.1.2	Logique de l'institution, logique de la profession, identification des compétences..	222
2.2	Les conséquences organisationnelles de l'ordre sociologique sur les hôpitaux : la perspective des pôles.....	224
2.2.1	La structuration par pôles des hôpitaux, une avancée mais pas une panacée.....	224
2.2.2	Instaurer une dévolution croisée des pouvoirs à l'œuvre à l'hôpital.....	229
2.2.3	La « percolation » de la légitimité bureaucratique, conséquence de l'imitation	231

L'apport du travail de recherche qui vient d'être conduit est d'introduire la notion d'ordre sociologique dans la question de l'appartenance professionnelle et d'évaluer son impact en termes d'organisation du travail et de gestion des organisations – en particulier s'agissant de la gestion des établissements de santé qui ont été choisis comme terrain d'étude. Nous allons d'abord nous pencher sur l'influence globale de la mise en évidence de l'ordre sociologique ; nous évaluerons ensuite son impact sur la gestion des hôpitaux.

1 ORDRE SOCIOLOGIQUE ET APPARTENANCE PROFESSIONNELLE

Nous allons tout d'abord estimer ce que sont les implications de l'ordre sociologique sur l'appartenance professionnelle avant que d'en mesurer les conséquences sur la définition des organisations.

1.1 L'ORDRE SOCIOLOGIQUE, ELEMENT STRUCTURANT DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL

1.1.1 Appartenance définie, appartenance ressentie et ordre sociologique

Au total, l'étude empirique a démontré que les concepts d'appartenance professionnelle définie et d'appartenance professionnelle ressentie n'épuisent pas la question de l'appartenance professionnelle. A l'articulation de ces deux concepts, se situe l'ordre sociologique, regroupement informel au travail qui transcende les métiers et les professions tout en se situant au sein de l'organisation.

L'existence de l'ordre sociologique emporte un certain nombre de conséquences : sur la séparation censément hermétique entre professionnels et non professionnels, et sur la notion de bureaucratie professionnelle qui en découle ; sur le dilemme entre différenciation et intégration dans l'organisation ; sur l'opposition entre logique de l'institution et logique de la profession. Nous allons nous pencher successivement sur ces points.

L'ordre sociologique s'intercale entre l'appartenance professionnelle définie et l'appartenance professionnelle ressentie. Il ne se confond pas avec l'appartenance

définie dans la mesure où ses membres, titulaires de métiers et de professions variés, se réunissent sous l'effet de la contrainte de la fonction qu'ils exercent effectivement, de l'environnement dans lequel s'inscrit cette dernière et de la légitimité qu'ils sont ainsi conduits à s'approprier. L'ordre sociologique ne ressortit pas non plus à l'appartenance ressentie, même s'il en est apparemment plus proche et qu'il emprunte à certains de ses aspects. L'ordre sociologique ne renvoie pas à l'identité – identité au travail exclusivement ou au travail également. Ce n'est pas un lieu de constitution et d'évolution de l'identité, individuelle ou sociale, où les individus s'identifient les uns aux autres ; il ne ressortit pas non plus à une modalité de reconnaissance de soi. L'ordre sociologique ne relève pas de l'interaction entre les individus – on a vu que des membres d'un même ordre ne se fréquentent pas professionnellement –, il n'est pas non plus la résultante de la mobilisation, de l'implication ou de la satisfaction au travail.

L'ordre sociologique est un regroupement constaté d'individus qui partagent les mêmes valeurs et les mêmes options quant à la conduite et à la gestion de l'organisation à laquelle ils appartiennent. C'est à ce titre que l'imitation joue un rôle dans l'appartenance à un ordre plutôt qu'à un autre, *via* l'effet de percolation.

1.1.2 Imitation, *leadership* et percolation

L'appartenance à l'ordre sociologique dépend pour une grande part de la légitimité revendiquée par ses membres, c'est la raison pour laquelle l'imitation et le *leadership* y jouent un rôle déterminant. On a montré dans le premier chapitre que l'imitation, telle que nous l'avons définie, se distinguait du mimétisme en ce qu'elle implique une conscience de soi et une conscience des autres, et qu'elle s'exprime par l'appropriation d'opinions ou la revendication de légitimités. En d'autres termes, la contrainte et le contexte de la fonction sont des conditions nécessaires mais pas suffisantes de l'appropriation d'une légitimité, il convient que cette dernière s'exprime par la voix d'un *leadership*.

De nombreuses formes de légitimité pourraient correspondre aux contraintes d'une fonction et à son contexte d'exercice, qui exclureraient tout regroupement homogène des personnels qui y sont soumis. Or, nous l'avons montré dans l'analyse des données issues de l'étude empirique, le regroupement en classes des personnels

interrogés est au contraire marqué par la cohérence. Cette cohérence provient de l'appropriation d'une légitimité – externe et interne – telle qu'elle s'exprime dans le *leadership* qui est reconnu comme sien par les individus. C'est à cette fin que le terme autorité n'est pas utilisé.

Dans le premier chapitre, le *leadership* a été défini comme l'exercice d'une influence non coercitive, notion qui renvoie au sens initial du verbe dont ce terme est issu. En Anglais, *lead* signifie guider, mener, ouvrir la voie, donner l'exemple : le *leadership* est donc l'exercice du rôle de guide, de donneur d'exemple, c'est en cela qu'il joue un rôle dans la structuration de l'ordre sociologique, et ce par le biais du mécanisme de l'imitation. L'individu dans l'organisation s'approprie une légitimité en se reconnaissant dans l'action d'un *leader*, et ce en imitant ce dernier.

L'ordre sociologique est donc le produit des contraintes et du contexte liés à une fonction, avec l'exercice d'un *leadership*. Dans le cas des hôpitaux, le *leader* de l'ordre soignant est souvent – mais pas toujours – le médecin et/ou le chef de service, celui de l'ordre dirigeant est le chef d'établissement. L'existence de cette nouvelle forme de regroupement informel entraîne un certain nombre de conséquences quant à la gestion et à l'organisation des unités de travail.

1.2 LES CONSEQUENCES EN TERMES DE GESTION ET D'ORGANISATION DU TRAVAIL

La mise en évidence de l'ordre sociologique remet en question, au moins partiellement, un certain nombre d'assertions relatives à la catégorisation des organisations – notamment la distinction professionnels/non professionnels – et conduit à s'interroger quant au dilemme intégration/différenciation dans les organisations.

1.2.1 Professionnels et non professionnels, le concept de bureaucratie professionnelle questionné

L'émergence du concept d'ordre sociologique ne peut que conduire à amodier la séparation tranchée entre professionnels et non professionnels qui fonde le concept de bureaucratie professionnelle. Dès lors qu'on envisage l'appartenance professionnelle sous l'angle des fonctions effectivement tenues et à partir de leur

influence sur le sentiment d'appartenance, la séparation entre professionnels et non professionnels n'est plus aussi marquée que décrite communément.

Etzioni (1971) distingue les types de hiérarchie suivant la nature de l'activité des organisations professionnelles : les activités principales, relatives au but de l'organisation et accomplies par des professionnels, ne font pas l'objet d'une hiérarchie établie ; les activités secondaires, effectuées par les administrateurs et par le personnel non professionnel placé sous leur autorité, ont une hiérarchie qui ne comprend pas de professionnels ; les activités secondaires accomplies par les professionnels ont une hiérarchie claire caractérisée par une prédominance de l'administration. Or, on l'a vu, non seulement les administrateurs peuvent se professionnaliser sous l'effet de la contrainte extérieure de l'organisation (la rareté budgétaire s'agissant des hôpitaux), mais la séparation entre professionnels et non professionnels n'est pas aussi pertinente qu'il est souvent dit.

Il convient de revenir quelques instants sur la notion d'efficience de la distinction professionnelle. Si l'on s'en tient à une observation neutre fondée sur un regard extérieur à l'organisation, on peut toujours affirmer que les professionnels se distinguent des non professionnels, en particulier s'agissant des déterminants constitutifs de la profession : formation longue, barrières à l'entrée, structuration professionnelle externe. Mais une telle observation n'a pas de portée gestionnaire. Les résultats de l'étude empirique que nous avons menée montrent, en effet, que la séparation entre professionnels et non professionnels ne peut faire office de prémisses opérationnelles : elle ne peut plus être un instrument de diagnostic et de gestion, y compris dans les organisations professionnelles. C'est l'ordre sociologique, et le regroupement par la légitimité qu'il emporte, qui fait foi, dès lors qu'il s'agit d'évaluer la pertinence de toute action stratégique pour l'organisation.

Ces observations conduisent à s'interroger sur les modalités actuelles de l'exercice de l'autorité et du *leadership*, ainsi que sur la pratique de la gestion, en particulier en ce qui concerne les modes de communication interne. Dans les organisations de travail, la gestion de l'activité et la gestion du personnel ressortissent quasi exclusivement à l'appartenance professionnelle définie. La gestion de l'activité se fait par diffusion hiérarchique : consignes, missions, buts, contrats de moyens et d'objectifs sont assignés au supérieur qui les répercute à ses subordonnés ; en sens

inverse, la communication ascendante s'établit par l'intermédiaire du filtre hiérarchique. Ces modalités de circulation de l'information sont adaptées à une configuration où appartenance définie et appartenance ressentie sont presque confondues et ne laissent pas de place à l'existence de l'ordre. En revanche, si l'existence de ce dernier est validée, c'est-à-dire si la structuration de l'organisation du travail ressortit effectivement à un regroupement transversal aux métiers et aux professions, l'efficacité d'une communication hiérarchique est considérablement amoindrie relativement à un mode de communication soit plus ciblé soit plus général avec l'ensemble du personnel. Une communication hiérarchique tient pour homogène la légitimité revendiquée par le groupe professionnel ciblé. Il ne peut en être autrement : il n'est pas envisageable qu'une personne répercute efficacement un message fondé sur une légitimité qu'il ne reconnaît pas ou qu'il ne privilégie pas. Or, on l'a vu, les membres d'un même groupe professionnel ne se rattachent pas à la même légitimité.

En d'autres termes, on ne peut mobiliser et motiver des regroupements professionnellement composites de la même façon qu'on le fait avec des regroupements supposés homogènes. Si l'on prend l'exemple d'un établissement de santé, la communication à l'adresse de la semi-profession infirmière, par exemple, n'a pas de sens dans une configuration où l'ordre sociologique est validé ; une communication efficace devrait cibler la classe « Ordre soignant » paramédicale ou, plus pratiquement, être destinée à l'ensemble du personnel avec cette classe comme cible privilégiée. L'inconvénient, dans ce cas, d'une communication hiérarchique est qu'elle s'adresse à des individus dont on préjuge de la légitimité qu'ils se sont appropriés ; pour des infirmières, on supposerait que c'est une légitimité de la connaissance, du savoir. Or, on l'a démontré, la légitimité revendiquée par les membres de cette semi-profession ressortit à leur fonction et pas à leur semi-profession d'appartenance formelle : elle peut donc tout aussi bien relever de la légitimité de l'intérêt général. Dès lors, c'est une communication globale qu'il faut préférer.

La question se pose des implications pratiques de ce constat, en particulier s'agissant du dilemme entre différenciation et intégration.

1.2.2 Différenciation et intégration

Lawrence et Lorsch (1989) ont montré que le dilemme des organisations s'articulait autour de deux tendances contradictoires : la différenciation et l'intégration. Pour en juger, pourtant, les instruments en termes de personnels ressortissent aux intitulés de métiers, quel que soit le nom qu'on leur donne. Dans la fonction publique, c'est le grade ; dans le secteur privé, c'est l'intitulé de métier défini conventionnellement. Dans les deux cas, subsiste éventuellement un décalage entre l'intitulé du métier et la fonction assurée.

Si une étude de terrain a permis de mettre en évidence l'existence de l'ordre sociologique, les moyens qu'elle a utilisés pour ce faire ne relèvent pas des instruments opérationnels courants à la disposition des managers. Sauf à recourir à une expertise extérieure à l'organisation, on voit mal le management employer questionnaires et interviews pour former son jugement quant aux décisions à prendre à son niveau hiérarchique.

Pourtant, l'évaluation du degré de différenciation professionnel dans une organisation est essentiel, et ce d'autant plus que la taille de l'organisation augmente : Blau (1974) a montré le lien existant entre taille de l'entreprise et degré de différenciation : plus la taille de l'organisation s'accroît, plus l'éventail de ses responsabilités s'ouvre et plus la différenciation se marque. Plus la différenciation professionnelle est marquée dans l'organisation, plus son niveau d'intégration faiblit et, partant, sa capacité à mener à bien son ou ses objectifs constitutifs. Or, dans la mesure où c'est l'appartenance définie qui forme l'instrument privilégié de différenciation professionnelle, il existe mécaniquement un décalage entre différenciation définie par l'appellation des métiers et des professions, et différenciation réelle adossé à la réalité des fonctions. Dit autrement, il importe peu d'un point de vue opérationnel de savoir quel est le nombre d'intitulés ou de grades figurant sur les fiches de paie du personnel, c'est le nombre de fonctions effectivement tenues dans l'organisation qui est déterminant, parce que c'est lui qui donne le point de vue le plus approchant de la réalité quant au niveau de différenciation professionnelle de l'organisation.

Pour ce faire, il convient d'appliquer à la notion d'appartenance professionnelle la règle de politique économique de Tinbergen selon laquelle : « (...) *toute politique qui*

visée à modifier le niveau de n variables (...) nécessite de disposer de n instruments sur lesquels elle peut jouer (...)» (Guerrien, 2002, p. 524). Les instruments d'estimation de l'appartenance professionnelle confondent donc appartenance définie et appartenance ressentie, alors qu'il faudrait plutôt distinguer les deux emplois principaux de l'appartenance professionnelle – la gestion des effectifs et la gestion des compétences – et leur affecter un instrument spécifique à chacun, reliés éventuellement par une table de concordance de façon à autoriser les études quantitatives. Les outils disponibles actuellement – fiches de paie et fichier du personnel – permettront toujours d'évaluer et d'anticiper la masse salariale de l'organisation, son niveau de qualification nominal *via*, par exemple, un ratio entre personnels diplômés et personnels non diplômés, sa pyramide des âges, etc. En complément, devrait exister un second outil de recensement des fonctions tenues et, donc, des compétences réelles disponibles dans l'organisation. C'est à partir de ce dernier instrument que pourrait être établie une estimation du degré de différenciation de l'organisation.

La mise en évidence de l'ordre sociologique influence donc puissamment la vision qu'on peut avoir de l'organisation de travail et de sa gestion ; il en va également ainsi s'agissant du terrain d'étude choisi, l'hôpital, avec un certain nombre de retentissements qui lui sont plus spécifiques.

2 ORDRE SOCIOLOGIQUE ET GESTION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

L'existence de l'ordre sociologique n'est pas non plus sans conséquence sur le terrain d'étude choisi pour la recherche empirique – l'hôpital – et, plus généralement, sur les établissements de santé. La mise en évidence d'une lutte de pouvoir entre ordres adossés à deux légitimités conduit à s'interroger sur les préconisations organisationnelles dont l'hôpital fait l'objet – tout particulièrement la structuration en pôles d'activité qui est actuellement en cours de mise en œuvre.

Les principales conclusions à tirer s'agissant de l'hôpital portent sur la structuration sous-jacente des forces masquée par les revendications avancées par les soignants, ainsi que sur les conséquences organisationnelles qui découlent de ce constat.

2.1 DES REVENDICATIONS SOIGNANTES QUI MASQUENT LA STRUCTURATION SOUS-JACENTE DES FORCES

Les revendications des soignants, on l'a vu dans le premier chapitre, portent sur l'omnipotence de la bureaucratie dans les établissements de soins, sur la dégradation des conditions de travail avec, au premier chef, l'insuffisance de moyens en personnels. Or, il a démontré que le diagnostic sur lequel ces observations sont fondées ne recoupe pas une césure entre personnels nominalement soignants et nominalement non soignants, mais révèle une ligne de fracture informelle entre tenants de la légitimité de la connaissance et partisans de la légitimité de l'intérêt général. Les conclusions organisationnelles à tirer de ce constat portent sur la remise en cause de l'affrontement abondamment décrit entre soignants et non soignants, auquel se substitue une opposition plus réelle entre logique de l'institution et logique de la profession, fondée sur le concept d'ordre sociologique.

2.1.1 Affrontement soignants/non soignants et demande de moyens en personnels

Les établissements de santé sont fréquemment décrits comme le terrain d'affrontement entre soignants et non soignants : les premiers sont censés se plaindre de l'esprit tatillon et bureaucratique de l'administration, son ignorance des réalités de terrain ; les seconds sont supposés déplorer l'inconscience budgétaire qui règne dans les services de soins, l'obsession pour la performance technique qui obnubile les soignants. Or la description de cet affrontement ne résiste pas à une analyse plus fine des lignes de force à l'œuvre dans les établissements de santé : c'est à cette aune qu'il faut évaluer les demandes réitérées d'accroissement de personnels.

Cette question est fondamentale pour les établissements de santé, en particulier dans les hôpitaux français. Les trois-quarts de leurs dépenses relèvent des frais de personnel. Dans ces conditions, l'investissement des établissements – le sous-investissement devrait-on plutôt dire – est étroitement corrélé avec le niveau des recrutements, étant entendu que l'hôpital est désormais soumis au principe de rareté. Sur la base du coût moyen annuel d'un emploi pour un hôpital (environ 38 000 €), une réduction de dix d'agents dans le nombre total de personnes employées autoriserait chaque année l'achat d'un scanner d'entrée de gamme. Les

hôpitaux ont historiquement assuré l'ensemble des prestations nécessaires à leur fonctionnement – blanchisserie, cuisine, jardinage, entretien, travaux... – la question du recrutement doit d'abord s'envisager en fonction de ce critère, alors que l'enjeu du recrutement est fréquemment confondu avec celui du recrutement de personnels de soins. Cela ne veut pas dire pour autant que le volume de personnels soignants dans les services de soins des établissements de santé soit un sujet tabou, en particulier si l'on compare les dotations en personnel dans les établissements publics et les établissements privés prenant en charge des pathologies identiques, mais cela signifie que là n'est pas la priorité.

Se doter des moyens conceptuels d'interroger les demandes de moyens en personnels, c'est pour les établissements de santé la possibilité de dégager des moyens budgétaires, utilisés pour l'heure à des activités sans aucun rapport avec leur mission. Si l'on peut considérer que la qualité de l'environnement d'un hôpital, en particulier ses espaces verts, contribue à la restauration de la santé de ses patients, rien n'oblige en revanche à ce que cet environnement soit confié préférentiellement à des personnes employées par l'établissement plutôt qu'à une entreprise prestataire.

L'alternative à l'accroissement des agents employés dans les établissements de santé serait l'introduction de méthodes d'organisation plus rationnelle, la plus simple d'entre elle consistant à procéder à des affectations croisées de secrétaires entre services de soins et services administratifs de façon à former les secrétaires des services de soins aux méthodes actuelles d'administration et, en sens inverse, d'introduire ces mêmes méthodes dans les services de soins. Cette façon de faire serait envisageable si les services de soins souffraient de désorganisation. Or on a vu que la demande de moyens, en particulier de personnels, ressortissait davantage au rejet de la légitimité bureaucratique, rejet qui s'exprimait dans les services de soins par une dysorganisation – que nous avons définie, rappelons-le, comme une forme d'organisation dont le fonctionnement sous-optimal est recherché par ses acteurs et les satisfait. Dans ces conditions, recruter c'est sinon accentuer les problèmes existant, en tout cas ne pas les résoudre ; surtout, toute tentative de rationalisation exogène de l'activité des services est vouée à l'échec – *a fortiori* si elle émane de la direction des établissements, dépositaire d'une légitimité concurrente.

La description d'un affrontement soignant/non soignants dans les établissements de santé ne correspond donc pas à la réalité du terrain. En pratique, toutefois, l'opposition entre ordres est tout aussi inhibante d'un point de vue opérationnel que la description erronée de l'affrontement entre métiers/professions, dans la mesure où ces ordres sont engagés dans une lutte de pouvoir adossée à deux légitimités – revendiquées par des personnels à l'intérieur ou à l'extérieur des services de soins, quel que soit leur métier/profession. Cette situation est d'autant plus complexe que la question du nombre d'ordres cohabitant à l'hôpital demeure ouverte.

L'analyse des données issues de l'étude empirique a montré, en effet, que les personnels interrogés se répartissaient en trois classes : la classe « Ordre dirigeant », la classe « Ordre soignant » paramédicale et la classe « Ordre soignant » médicale. On a donc avancé que l'ordre dirigeant se subdivisait en deux sous-regroupements : l'ordre soignant médical et l'ordre soignant paramédical. Pourtant, l'analyse des réponses aux questions les plus déterminantes en termes de stratégie d'établissement a révélé une répartition tripolaire entre les trois classes : en aucune façon il n'a pu être mis en lumière une similarité récurrente dans les réponses issues des membres des deux classes formant l'ordre soignant. La possibilité existe donc qu'en lieux et places de deux ordres – ordre dirigeant et ordre soignant – il n'y ait une cohabitation entre trois ordres dans les établissements de santé : l'ordre dirigeant, l'ordre paramédical et l'ordre médical. Suivant les situations, les configurations se modifieraient entre les trois ordres, comme elles s'articulent entre les trois classes de personnels identifiées.

L'existence de trois ordres ne ferait qu'accentuer la remise en cause d'un affrontement binaire entre soignants et non soignants dans les établissements de soins. La réalité des positionnements est bien plus complexe, elle rend plus délicate tout pilotage d'un établissement de santé, en particulier les plus grands d'entre eux caractérisés par l'étirement des lignes hiérarchiques et des chaînes d'action. Mener des actions et faire aboutir des projets dans ces conditions implique de trouver les moyens de mobiliser les membres d'un ordre, ou de plusieurs ordres, suivant les sujets, et pas ceux de telle ou telle profession ou de tel métier. C'est bien souvent ainsi que procèdent en réalité les chefs d'établissement quand ils s'appliquent à trouver des appuis, des alliés, à leurs projets au sein des métiers et des professions.

L'imbrication des métiers et des professions au sein de ce que nous avons identifié comme étant la zone de contact entre ordres ne permet pas d'établir une cartographie figée de ces derniers, valable pour l'ensemble des hôpitaux. Au contraire de l'appartenance définie qui fige un état des positionnements suivant l'appellation des métiers ou des professions, l'ordre sociologique est un regroupement informel qui doit être empiriquement borné dans chaque établissement à une époque donnée. Sans qu'il soit besoin de recourir aux questionnaires et à l'analyse de données, il suffirait d'identifier les membres du personnel privilégiant la logique de l'institution et ceux qui accordent la priorité à la logique de métier/profession.

2.1.2 Logique de l'institution, logique de la profession, identification des compétences

2.1.2.1 Effectifs et compétences

S'il semble, en effet, peu envisageable d'utiliser en routine de gestion les outils de l'analyse sociologique, rien n'interdit en revanche de profiter des rendez-vous régulier qu'entretient la direction des ressources humaines des établissements avec le personnel pour effectuer un tel travail d'identification. L'évaluation et la notation des agents forment un moment privilégié pour mettre au jour le positionnement et les compétences de chaque agent. Deux éléments fondamentaux concernant ces derniers ne sont jamais enquêtés dans les structures de travail : les compétences réelles et le positionnement quant à la logique de l'institution ou à la logique de la profession ou du métier.

L'identification des compétences réelles de chaque agent, par-delà l'appellation de son métier ou de sa profession, permettrait d'établir un recensement des compétences globales disponibles dans l'établissement, parallèlement au fichier du personnel. L'appartenance définie n'a, on l'a vu, d'autre caractère opérationnel que celui d'administrer, et ce quelle que soit la structure. Elle permet l'établissement des fiches de paie, le calcul de la masse salariale et l'anticipation de son évolution par le biais des grades et des échelons dans le secteur public, et des grilles salariales conventionnelles dans le secteur privé. En revanche, les intitulés de métiers ou de professions ne sont d'aucune utilité s'agissant de la gestion et/ou de l'anticipation des compétences. Par exemple, savoir combien il y a d'infirmières diplômées dans

un hôpital n'a pas d'intérêt en termes de compétences, seule la connaissance du nombre d'infirmières en activité de soins a un sens. A l'inverse, cette dernière information ne permet pas d'inférer la totalité de la masse salariale de l'établissement : les deux indicateurs sont nécessaires, l'un pour gérer les effectifs, l'autre pour gérer les compétences.

L'appartenance ressentie en elle-même n'est pas opérante non plus dans la mesure où elle peut ne révéler que souhaits ou fantasmes d'activité.

2.1.2.2 Logique de l'institution, logique de la profession

L'autre élément fondamental est la logique privilégiée par l'agent – logique de la profession ou du métier, ou bien logique de l'institution. Cette césure dans les logiques d'appartenance professionnelle forme la différence principale entre ordres : les membres de l'Ordre dirigeant privilégient la logique de l'institution ; les membres de l'Ordre soignant médical font passer en premier la logique de la profession ; les personnels appartenant à l'Ordre paramédical ont une position intermédiaire entre logique de l'institution et celle du métier ou de la profession.

Tout l'intérêt d'identifier les ordres et les personnels en relevant est la possibilité ainsi offerte d'anticiper sur les positionnements vis-à-vis d'enjeux stratégiques pour l'établissement. Quand, par exemple, se pose dans l'étude empirique la question de l'acquisition d'une IRM, les membres de l'Ordre dirigeant, rejoints par ceux de l'Ordre soignant paramédical, font passer l'intérêt de l'institution avant celui des praticiens en privilégiant l'utilisation d'un matériel existant dans un autre établissement ; les membres de l'Ordre soignant médical, quant à eux, donnent la préférence à la logique de la profession en préconisant l'acquisition du matériel par l'hôpital.

Sur la base de cet exemple, il ne serait pas possible de prendre une décision fondée sur une appréhension des forces en présence sur la base des métiers/professions : il en va de même dans les communautés de travail comme dans les sociétés, une décision qui heurte une majorité de membres n'est pas mise en œuvre ou mise en œuvre de façon dégradée. Par conséquent, et c'est l'un des enseignements de la mise en évidence de l'ordre sociologique, le manager – hospitalier ou pas – doit connaître l'état de « l'opinion publique professionnelle » de la structure qu'il dirige, et qu'il doit entraîner. Seul l'identification du regroupement par ordre le permet.

Le concept d'ordre sociologique a donc un impact fort sur l'analyse de l'organisation existante des hôpitaux ; sa mise en évidence a également des répercussions sur la future structuration interne des établissements, telle qu'elle se profile dans la mise en œuvre des pôles d'activité.

2.2 LES CONSEQUENCES ORGANISATIONNELLES DE L'ORDRE SOCIOLOGIQUE SUR LES HOPITAUX : LA PERSPECTIVE DES POLES

Si l'organisation de l'activité des hôpitaux par pôles constitue une avancée dans plusieurs aspects de leur gestion, elle n'est pas pour autant une panacée : les observations tirées de la structuration en ordres conduisent à relativiser l'influence de ce nouveau mode d'organisation. C'est la raison pour laquelle, la percolation de la légitimité bureaucratique devrait utilement accompagner cette réforme, par le biais d'une dévolution croisée des pouvoirs dans les établissements de santé.

2.2.1 La structuration par pôles des hôpitaux, une avancée mais pas une panacée

2.2.1.1 L'apport des pôles à la gestion hospitalière

L'organisation de l'activité hospitalière par pôles plutôt que par services a pour objectif de rationaliser l'activité clinique et d'associer davantage les soignants à la gestion de leurs établissements. Cette réforme s'inscrit dans le cadre plus global de la nouvelle gouvernance hospitalière qui, outre la suppression des services et leur remplacement par les pôles d'activité, prévoit la modification des attributions du conseil d'administration, de celles de la commission médicale d'établissement (CME) et du rôle du chef d'établissement.

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

Le patrimonialisme est un des handicaps importants des établissements de santé, quel que soit leur statut ou leur mode de financement. A l'occasion d'un des entretiens menés durant l'enquête empirique, une directrice responsable de pôle nous a rapporté la remarque d'un cadre infirmier en réponse à la nécessité d'installer le patient d'un autre service dans un des lits de son service : « *Vous vous rendez bien compte, j'espère, qu'il s'agit là d'une violation de domicile !* » Lits, matériels, personnels, sont considérés comme appartenant au service alors que c'est le service qui en réalité appartient à l'hôpital. Les pôles sont censés contribuer au dépassement de cette « *féodalité hospitalière* » (Mélinand, 1974) en instaurant une gestion partagée des moyens, elle-même adossée au parcours médical raisonné du patient.

Dans le cadre de la nouvelle gouvernance hospitalière, l'association plus étroite des soignants à la gestion des établissements doit se faire par le biais des conseils exécutifs. Alors que le conseil d'administration de l'hôpital a vocation à se recentrer sur les orientations stratégiques des hôpitaux, l'évaluation et le contrôle de leur mise en œuvre, le conseil exécutif doit contribuer à rapprocher le monde médical et le monde administratif. Cette nouvelle instance paritaire, présidée par le directeur, doit associer étroitement les médecins désignés par la Commission médicale d'établissement (CME) et les membres de l'équipe de direction, autour de la préparation des projets liés la mise en oeuvre du projet d'établissement et du contrat d'objectif et de moyens.

La création du conseil exécutif répond au constat de l'absence des médecins dans les équipes de directions des établissements publics, alors même que toutes les autres composantes des établissements y sont représentées : les personnels techniques par les ingénieurs ; les administratifs par les directeurs adjoints et le chef d'établissement ; les personnels paramédicaux par l'infirmière directrice des soins.

2.2.1.2 Les limites de l'action des pôles d'activité

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

2.2.1.2.1 Les mécanismes d'appartenance à l'œuvre chez les représentants administratifs de pôles : une intégration prévisible à l'ordre soignant

L'analyse qui a permis de mettre en évidence l'ordre sociologique a démontré que c'est la fonction et le contexte dans lequel elle s'exerce qui déterminent l'appropriation d'une légitimité – légitimité de la connaissance ou légitimité de l'intérêt général – et détermine l'appropriation d'une logique : logique de l'institution, ou bien logique du métier ou de la profession. Dans ces conditions, on peut craindre que les personnels administratifs qui vont être placés auprès des pôles ne finissent par s'imprégner à leur contact de la logique et de la légitimité de ces derniers.

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

Dès lors, les directeurs adjoints et/ou les personnels administratifs affectés aux pôles vont exercer leur fonction dans le contexte des services de soins. Par conséquent, à l'instar de ce que l'on a observé s'agissant des secrétaires médicales – personnels administratifs exerçant en service de soins –, l'imprégnation de ces agents par la légitimité de la connaissance et par la logique de la profession n'est pas à exclure.

2.2.1.2.2 Un changement d'échelle des réflexes patrimoniaux ?

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

Si l'on se fonde sur les résultats de l'étude empirique, force est de constater que la question se pose particulièrement dans l'un des établissements visités, où la structuration par pôles d'activité fonctionne à plein, avec une équipe de direction organisée en fonction des pôles. Là, en effet, les directeurs adjoints qui ont été interrogés ont fourni les réponses les plus « dirigeantes » aux questions posées dans le questionnaire, comme s'ils compensaient ainsi la crainte que leur position nouvelle les « désinstitutionnalise ». On aurait pu, en effet, imaginer que ces personnels présenteraient un profil de réponses davantage influencé par la proximité avec les préoccupations et les contraintes – légitimes – des services de soins ; le fait, au contraire, que leurs réponses apparaissent comme « sur-institutionnalisées » laisse planer une incertitude quant à leur positionnement réel.

Durant l'entretien qui a accompagné le remplissage du questionnaire, ces personnes ont d'ailleurs fait part des tentatives existant de contournement ou d'instrumentalisation dont elles font couramment l'objet dans l'exercice de leur activité de référents de pôles – l'attrait demeurant vivace pour les soignants de changer d'interlocuteurs tant qu'ils n'ont pas obtenu une réponse favorable à leur demande.

2.2.1.2.3 Une gestion institutionnelle découplée

La seconde question institutionnelle soulevée par la gestion par pôles porte sur la multiplication des instances décisionnelles à l'hôpital et sur le risque de découplage entre décision et application qui pourrait en découler. Avec la mise en œuvre des conseils exécutifs, quatre instances vont désormais être en charge de la direction et de l'orientation stratégique des hôpitaux : le conseil d'administration, la direction, la commission médicale d'établissement et le conseil exécutif.

Plus préoccupant encore, ce ne sont pas les mêmes membres et les mêmes métiers ou professions qui figurent dans ces différentes instances. La direction de l'hôpital – avec à sa tête le chef d'établissement – figure fort logiquement dans chacune des quatre instances ; le personnel médical est correctement représenté au conseil d'administration, dans la CME et au sein du conseil exécutif, il est en revanche absent de l'équipe de direction ; le personnel paramédical ne dispose que d'une représentation honorifique au conseil d'administration et dans la CME, il est

représenté dans l'équipe de direction mais absent du conseil exécutif ; le personnel technique n'est présent que dans l'équipe de direction.

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

Ces rapports croisés ne peuvent que renvoyer aux positions variées prises par les trois classes de personnels dans l'étude empirique. On a bien vu qu'Ordre dirigeant, Ordre soignant paramédical et Ordre soignant médical formaient des alliances renouvelées suivant les sujets et les enjeux ; il n'y a pas lieu de supposer qu'il en aille autrement dans les rapports institutionnels à la tête des établissements de santé.

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

La solution à ce découplage institutionnel passe par l'instauration d'une instance représentative de toutes les composantes de personnels des établissements de santé. L'instance la plus proche de cet étiage est le comité de direction, auquel ne manque plus qu'une représentation médicale. De même qu'il existe une direction des travaux, une direction des soins infirmiers ou une direction des affaires médicales, on pourrait suggérer que les comités de direction des hôpitaux soient complétés par une direction médicale, la logique voulant que le médecin à sa tête soit le président de la CME en tant qu'il est élu par ses pairs pour les représenter. Dès lors, le comité de direction serait représentatif de l'ensemble de l'établissement, accroissant d'autant la légitimité de ses décisions, et faisant de lui la structure d'arbitrage des conflits.

Dans les établissements de santé, de même que dans les autres types d'organisations, les conflits sont en effet inévitables. Suivant les préceptes de

l'analyse stratégique des organisations, chaque groupe d'acteurs ayant des priorités différents au sein de l'organisation, il est porté à vouloir les privilégier par rapport à celles des autres groupes d'acteurs. L'important n'est donc pas de tenter de faire prévaloir une hypothétique situation dénuée de conflit mais de mettre au point des modalités efficaces de résolution de ces derniers. Pour Lawrence et Lorsch (1989, p. 206) : « *La résolution des conflits ne doit pas être considérée comme une réponse à une fin utopique mais simplement comme une solution tangible à des problèmes du jour, en ayant conscience que les différences fondamentales et légitimes engendreront de nouveaux conflits qu'il faudra résoudre demain.* »

Complété par une représentation médicale, le comité de direction des hôpitaux ferait dès lors figure de structure d'arbitrage et de résolution des conflits des établissements de santé. Une telle réforme serait le prélude à une dévolution croisée des pouvoirs entre ordre dirigeant et ordre soignant.

2.2.2 Instaurer une dévolution croisée des pouvoirs à l'œuvre à l'hôpital

Plutôt que de disperser pouvoir et responsabilités entre plusieurs instances, on pourrait au contraire suggérer de pousser à son terme la logique des pôles en instaurant une dévolution croisée des pouvoirs. Cette dévolution doit se faire dans les deux sens : de l'ordre dirigeant vers l'ordre soignant, et de l'ordre soignant vers l'ordre dirigeant.

2.2.2.1 De l'ordre soignant vers l'ordre dirigeant

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

Pour assurer un minimum de cohérence dans la gouvernance des hôpitaux, il conviendrait qu'une part du pouvoir de l'ordre soignant soit dévolu à l'ordre dirigeant, en particulier s'agissant de la nomination des producteurs de soins. En effet, l'activité d'un établissement de santé ressortit au premier chef au profil des médecins : de ces

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

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

2.2.2.2 De l'ordre dirigeant vers l'ordre soignant

Afin d'atteindre le même objectif que décrit précédemment, il faudrait qu'une partie du pouvoir bureaucratique soit rétrocédée à l'ordre soignant. Pour ce faire, il conviendrait en premier lieu que l'affectation des personnels paramédicaux dans les services de soins recueille l'assentiment des chefs de services ; dans l'idéal, les profils de recrutement souhaités par ces derniers seraient préalablement transmis à la direction des ressources humaines.

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

Les dépenses des hôpitaux étant constituées aux trois-quarts de frais de personnels, toute opération véritable concernant les budgets hospitaliers doit donc passer par la résolution des conflits de pouvoirs sous-tendant les demandes récurrentes de personnel, ce qui passe par la percolation de la légitimité bureaucratique au sein des services de soins.

2.2.3 La « percolation » de la légitimité bureaucratique, conséquence de l'imitation

Accorder aux chefs de service un droit de veto sur les nominations de personnels paramédicaux dans leurs équipes ainsi qu'un pouvoir d'arbitrage sur le budget sincère de leur service revient à leur accorder non seulement une part du pouvoir bureaucratique exercé par les administrateurs hospitaliers, mais aussi à les rendre ainsi dépositaire de la légitimité de l'intérêt général qui accompagne cette responsabilité.

Une telle situation conduirait à la « percolation » de cette légitimité bureaucratique par la combinaison de l'effet d'imitation et du *leadership* du chef de service. On l'a vu ci-dessus, la légitimité revendiquée est à la base de la notion d'imitation telle que nous l'avons définie, elle procède de l'appropriation de la légitimité telle qu'elle est incarnée par le *leader*. Rendre le chef de service dépositaire d'une part de la légitimité de l'intérêt général, c'est mettre en œuvre un mécanisme de percolation de cette légitimité à travers le tissu social du service de soins : l'appropriation de cette légitimité est autorisée parce que son dépositaire – le chef de service – est lui-même légitime aux yeux des membres de l'ordre soignant – ce que ne sont pas les membres de l'ordre dirigeant.

La question fondamentale qui reste pourtant posée est celle du couplage entre capacité de décision et responsabilité des décisions prises. Pour reprendre les termes du directeur d'un des établissements visités : « *Qui est responsable décide ; qui décide est responsable.* » La structuration par pôles ne résout pas ce dilemme, le chef d'établissement demeure le seul responsable de ce qui se passe dans son hôpital. L'association des médecins à la gestion des hôpitaux et la délégation d'une part de légitimité bureaucratique aux chefs de service, que nous suggérons, ne modifie pas davantage cette situation. Plus globalement, on peut se demander si plusieurs responsables (au même niveau de responsabilité) peuvent cohabiter au

sein d'une même organisation, ou bien si la hiérarchisation des responsabilités n'est pas consubstantielle d'une organisation efficace.

A mesure que l'ordre soignant va être davantage associé à la gestion des hôpitaux, la question de la responsabilité des médecins quant aux décisions qu'ils vont prendre à ce titre va se poser de façon plus accrue. En d'autres termes, l'effacement de la différenciation statutaire médicale au profit d'une intégration plus complète à l'organisation hospitalière va soulever tôt ou tard la question de l'absence de lien hiérarchique entre le décideur de dernier ressort – le chef d'établissement – et les gestionnaires déconcentrés que vont devenir les médecins. L'exemple des établissements privés – à but lucratif ou non lucratif – est là pour le souligner : l'efficacité gestionnaire n'est pas détachable de la cohérence hiérarchique au sein d'une même organisation.