

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	p. 3
---------------------------	------

CHAPITRE 1. L'APPARTENANCE PROFESSIONNELLE	p. 8
---	------

1. L'APPARTENANCE PROFESSIONNELLE DEFINIE : METIERS, PROFESSIONS ET PROFESSIONNALISATION	p. 9
---	------

1.1 LES CATEGORISATIONS DE REGROUPEMENT AU TRAVAIL	p. 9
--	------

1.2 LES CONCEPTS SOCIOLOGIQUES DE PROFESSION ET DE PROFESSIONNALISATION	p. 13
---	-------

1.2.1 Définition des termes profession, métier, fonction	p. 13
--	-------

1.2.2 L'école fonctionnaliste	p. 14
-------------------------------------	-------

1.2.3 L'approche interactionniste	p. 16
---	-------

1.2.4 Les nouveaux développements de la sociologie des professions	p. 17
--	-------

1.2.5 Les semi-professions	p. 18
----------------------------------	-------

2. L'APPARTENANCE PROFESSIONNELLE RESSENTIE : SOCIALISATION, IDENTITE ET IDENTIFICATION	p. 20
--	-------

2.1 L'IDENTITE PROFESSIONNELLE, CONSTAT D'APPARTENANCE ETABLI PAR SOI-MEME OU PAR LES AUTRES	p. 20
---	-------

2.1.1 Sainsaulieu, l'approche culturelle	p. 21
--	-------

2.1.2 Dubar, l'approche interactionniste	p. 24
--	-------

2.2 LE DESIR D'APPARTENANCE PROFESSIONNELLE EPROUVE, OU SUSCITE PAR LES AUTRES	p. 26
---	-------

2.2.1 Motivation, satisfaction et implication au travail	p. 26
--	-------

2.2.2 Imitation, <i>leadership</i> et effet de percolation	p. 28
--	-------

2.2.2.1 Imitation vs. mimétisme, et identification	p. 28
--	-------

2.2.2.2 Durkheim contre Tarde	p. 30
-------------------------------------	-------

2.2.2.3 <i>Leadership</i> et activités de direction	p. 31
---	-------

2.2.2.4 Château d'eau social et effet de percolation	p. 33
--	-------

2.3 LES PARTICULARITES DES PROFESSIONS DE SANTE	p. 34
---	-------

2.3.1 Les tâches prescrites	p. 35
-----------------------------------	-------

2.3.2 La relation avec le patient : un travail sentimental ou émotionnel ?	p. 36
--	-------

CHAPITRE 2. L'HOPITAL COMME TERRAIN D'ETUDE, L'ANALYSE STRATEGIQUE DES ORGANISATIONS COMME MODELE	p. 40
1. BUREAUCRATIE ET BUREAUCRATIES PROFESSIONNELLES	p. 41
1.1 LA BUREAUCRATIE	p. 41
1.1.1 Une confusion lexicale quant au terme	p. 41
1.1.2 L'émergence de la notion sociologique	p. 43
1.2 LA BUREAUCRATIE PROFESSIONNELLE	p. 46
1.2.1 Cinq éléments de base et cinq types d'organisation	p. 46
1.2.2 Les bureaucraties professionnelles	p. 48
2. L'HOPITAL COMME TERRAIN D'ETUDE	p. 50
2.1 L'HOPITAL, UNE ORGANISATION PARTICULIERE	p. 51
2.1.1 Une distinction professionnel/non professionnel réputée prépondérante : un cas-type de bureaucratie professionnelle	p. 51
2.1.2 Une organisation caractérisée par une « double dualité » et par la coexistence de deux lignes hiérarchiques	p. 53
2.1.3 Une double légitimité : interne et externe	p. 54
2.1.3.1 Les légitimités internes	p. 55
2.1.3.2 Les légitimités externes : intérêt général vs. connaissance	p. 55
2.2 LES HOPITAUX FRANÇAIS ATYPIQUES ?	p. 57
2.2.1 Des éléments originaux	p. 57
2.2.1.1 La réforme de 1958	p. 57
2.2.1.2 La gestion paritaire	p. 58
2.2.1.3 Un service public assuré également par le secteur privé	p. 59
2.2.2 Des hôpitaux globalement comparables aux autres	p. 60
2.2.2.1 Un fonctionnement comparable aux autres pays	p. 60
2.2.2.2 Une critique partagée de l'emprise bureaucratique	p. 61
2.2.2.3 Des conditions de travail dénoncées comme dégradées	p. 62
2.2.2.4 L'insuffisance de moyens en personnel	p. 63
3 L'ANALYSE STRATEGIQUE DES ORGANISATIONS COMME MODELE D'ANALYSE	p. 64
3.1 LE SYSTEME D'ACTION CONCRET	p. 65
3.2 LE POUVOIR	p. 66
3.2.1 Une incertitude quant au terme	p. 66
3.2.2 Le concept de pouvoir dans l'analyse stratégique des organisations	p. 67
3.3 LES ZONES D'INCERTITUDE	p. 69

CHAPITRE 3. LES HYPOTHESES	p. 71
1. L'EXISTENCE AU TRAVAIL D'UN NIVEAU DE REGROUPEMENT SUPRA-PROFESSIONNEL ET INFRA-ORGANISATIONNEL, L'ORDRE SOCIOLOGIQUE	p. 74
1.1 L'ORGANISATION, UNE CATEGORISATION INSUFFISAMMENT PRECISE	p. 74
1.1.1 L'organisation comme état et l'organisation comme processus	p. 74
1.1.2 Les typologies d'organisations	p. 75
1.1.3 Echelle et intentionnalité du regroupement	p. 78
1.1.4 Profession et métier, un niveau de regroupement non pertinent	p. 80
1.1.5 Appartenance définie et appartenance ressentie	p. 82
1.2 L'ORDRE SOCIOLOGIQUE	p. 84
1.2.1 Ce que l'ordre sociologique n'est pas	p. 84
1.2.2 Une définition de l'ordre sociologique	p. 85
1.2.2.1 Une structuration par la contrainte fonctionnelle	p. 86
1.2.2.2 L'appropriation d'une légitimité	p. 86
2. LES PERSONNELS DE L'HOPITAL REPARTIS EN DEUX ORDRES	p. 87
2.1 A L'ORIGINE, ORDRE SOIGNANT ET ORGANISATION SUPPORT	p. 87
2.1.1 L'ordre soignant	p. 87
2.1.2 L'organisation support	p. 88
2.2 L'ANNEE 1983 : UNE « REVOLUTION » BUDGETAIRE POUR LES HOPITAUX FRANÇAIS	p. 89
2.2.1 Les mœurs budgétaires jusqu'en 1983	p. 89
2.2.2 L'introduction de la dotation globale en 1983	p. 90
2.2.2.1 L'hôpital aux prises avec les règles de l'économie	p. 90
2.2.2.1.1 <i>Rareté et coût d'opportunité</i>	p. 90
2.2.2.1.2 <i>Efficacité, rentabilité, productivité : quel indicateur de performance pour l'hôpital ?</i>	p. 91
2.2.3 De l'organisation support à l'ordre dirigeant	p. 94
3. ORDRE SOIGNANT ET ORDRE DIRIGEANT ADOSSES A DEUX LEGITIMITES	p. 97
3.1 CONNAISSANCE ET INTERET GENERAL	p. 97
3.2 L'EMERGENCE D'UN CONFLIT DE LEGITIMITE DANS UN ENVIRONNEMENT IDEOLOGIQUE PREGNANT	p. 98
4. DEUX ORDRES ENGAGES DANS UNE LUTTE DE POUVOIR	p. 100
4.1 L'IMPERMEABILITE CULTURELLE ENTRE CEUX QUI SOIGNENT ET CEUX QUI ADMINISTRENT	p. 100
4.1.1 L'hôpital, une structure ancienne où s'opposent temporel et intemporel	p. 100
4.1.2 Une imperméabilité culturelle	p. 101
4.2 UNE LUTTE DE POUVOIR ENTRE ORDRE SOIGNANT ET ORDRE DIRIGEANT : INCERTITUDE QUANT AU TEMPS ET AU PERSONNEL	p. 103
4.2.1 La réaction de l'ordre soignant à l'avènement de l'ordre dirigeant	p. 103
4.2.2 La demande récurrente de moyens, symptôme de la lutte de pouvoir entre ordre soignant et ordre dirigeant	p. 104
5. LA REMISE EN QUESTION DU CONCEPT DE BUREAUCRATIE PROFESSIONNELLE	p. 105

CHAPITRE 4. LES MODALITES DE VALIDATION DES HYPOTHESES	p. 107
1. LE CHAMP DE L'ENQUETE	p. 108
1.1 LES HOPITAUX	p. 108
1.1.1 Les typologies existantes	p. 109
1.1.2 L'activité des établissements de santé	p. 111
1.1.2.1 Les secteurs social, médico-social et sanitaire	p. 111
1.1.2.2 Les trois composantes du secteur sanitaire : MCO, SS et SSR	p. 112
1.1.2.3 Lourdeur de l'activité	p. 112
1.1.3 La taille des établissements	p. 114
1.1.4 La localisation géographique	p. 115
1.1.5 Les établissements à enquêter par taille, activité et localisation	p. 115
1.1.6 Mode de financement et mission des établissements de santé	p. 116
1.1.6.1 Le mode de financement	p. 116
1.1.6.2 La mission des établissements de santé	p. 117
1.1.7 Les établissements à enquêter	p. 118
1.2 LES PERSONNELS A ENQUETER	p. 119
1.2.1 Les personnels non médicaux	p. 121
1.2.1.1 Qu'est ce qu'un métier du soin ?	p. 122
1.2.1.2 Les métiers non médicaux du soin	p. 125
1.2.1.3 Les métiers choisis dans les deux premiers domaines du Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière	p. 128
1.2.1.4 Les trois autres domaines du Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière	p. 129
1.2.1.5 Les personnels non médicaux de direction	p. 130
1.2.2 Les personnels médicaux	p. 133
1.2.2.1 La variété des situations professionnelles des médecins	p. 133
1.2.2.2 Le niveau de précision quant aux situations professionnelles des médecins	p. 137
1.3 LE CHAMP DE L'ENQUETE : LE CHOIX METIERS/STRUCTURES	p. 139
1.3.1 Les caractéristiques des métiers ou fonctions indéterminés	p. 139
1.3.2 La prise en compte des fonctions : une logique d'enquête par métiers/professions « basculants »	p. 140
1.3.3 Le croisement métiers/structures : le champ de la recherche empirique	p. 144
2. MODALITES ET SUPPORT DE L'ETUDE EMPIRIQUE	p. 145
2.1 L'OBJECTIF DE LA RECHERCHE EMPIRIQUE	p. 145
2.2 LE CONTEXTE DE L'ENQUETE	p. 146
2.3 LES MODALITES DE LA RECHERCHE	p. 148
2.3.1 Entretiens et/ou questionnaires ?	p. 148
2.3.2 Le mode d'interrogation	p. 149
2.4 LE QUESTIONNAIRE	p. 152
2.4.1 L'agent et la structure	p. 152
2.4.2 La seconde partie du questionnaire : mises en situation et positionnement	p. 152
2.4.3 Forme et présentation du questionnaire	p. 154

CHAPITRE 5. RESULTATS DE L'ETUDE EMPIRIQUE ET VALIDATION DES HYPOTHESES	p. 156
1. LES PREMIERES OBSERVATIONS	p. 157
1.1 LE PROFIL DES PERSONNES ENQUETEES	p. 157
1.2 LE PROFIL DES ETABLISSEMENTS ENQUETES	p. 159
2. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES	p. 160
2.1 LE PROFIL GENERAL DES REPONSES	p. 160
2.2 L'ANALYSE PAR SCORES	p. 165
2.2.1 Les scores par questionnaires	p. 166
2.2.2 Les scores par métiers/professions et par fonctions	p. 167
2.2.3 Les scores par établissement	p. 171
2.3 L'ETUDE DES CORRELATIONS	p. 172
2.4 L'ANALYSE DE DONNEES	p. 176
2.4.1 Une répartition en trois classes	p. 176
2.4.2 La classe « Ordre dirigeant »	p. 178
2.4.3 La classe « Ordre soignant » paramédicale	p. 179
2.4.4 La classe « Ordre soignant » médicale	p. 180
2.4.5 L'ordre soignant divisé en deux classes	p. 181
3. LA VALIDATION DES HYPOTHESES	p. 182
3.1 L'ORDRE SOCIOLOGIQUE : UNE STRUCTURATION PAR LA CONTRAINTE FONCTIONNELLE PLUTOT QUE PAR L'APPARTENANCE PROFESSIONNELLE	p. 182
3.1.1 Rattachement à l'ordre et appartenance à une profession	p. 183
3.1.2 Une structuration par la contrainte fonctionnelle	p. 184
3.1.3 La zone de contact entre ordres	p. 189
3.2 UNE LUTTE DE POUVOIR ENTRE ORDRES	p. 193
3.3 UNE LUTTE DE POUVOIR ADOSSEE A UN CONFLIT DE LEGITIMITES	p. 200
3.4 APPARTENANCE A UN ORDRE ET LEGITIMITE	p. 203
3.5 LE REJET DE LA LEGITIMITE BUREAUCRATIQUE DANS UN DOMAINE MEDIATISABLE	p. 204
3.5.1 La « dysorganisation » dans les services de soins	p. 204
3.5.2 Niveau de programmabilité des tâches et manque de personnel	p. 208

CONCLUSION	p. 211
1. ORDRE SOCIOLOGIQUE ET APPARTENANCE PROFESSIONNELLE	p. 212
1.1 L'ORDRE SOCIOLOGIQUE, ELEMENT STRUCTURANT DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL	p. 212
1.1.1 Appartenance définie, appartenance ressentie et ordre sociologique	p. 212
1.1.2 Imitation, <i>leadership</i> et percolation	p. 213
1.2 LES CONSEQUENCES EN TERMES DE GESTION ET D'ORGANISATION DU TRAVAIL	p. 214
1.2.1 Professionnels et non professionnels, le concept de bureaucratie professionnelle questionné	p. 214
1.2.2 Différenciation et intégration	p. 217
2. ORDRE SOCIOLOGIQUE ET GESTION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE	p. 218
2.1 DES REVENDICATIONS SOIGNANTES QUI MASQUENT LA STRUCTURATION SOUS-JACENTE DES FORCES	p. 219
2.1.1 Affrontement soignants/non soignants et demande de moyens en personnels	p. 219
2.1.2 Logique de l'institution, logique de la profession, identification des compétences	p. 222
2.1.2.1 Effectifs et compétences	p. 222
2.1.2.2 Logique de l'institution, logique de la profession	p. 223
2.2 LES CONSEQUENCES ORGANISATIONNELLES DE L'ORDRE SOCIOLOGIQUE SUR LES HOPITAUX : LA PERSPECTIVE DES POLES	p. 224
2.2.1 La structuration par pôles des hôpitaux, une avancée mais pas une panacée	p. 224
2.2.1.1 L'apport des pôles à la gestion hospitalière	p. 224
2.2.1.2 Les limites de l'action des pôles d'activité	p. 225
2.2.1.2.1 <i>Les mécanismes d'appartenance à l'œuvre chez les représentants administratifs de pôles : une intégration prévisible à l'ordre soignant</i>	p. 226
2.2.1.2.2 <i>Un changement d'échelle des réflexes patrimoniaux ?</i>	p. 226
2.2.1.2.3 <i>Une gestion institutionnelle découplée</i>	p. 227
2.2.1.2.4 <i>La direction des établissements de santé, structure d'arbitrage des conflits</i>	p. 228
2.2.2 Instaurer une dévolution croisée des pouvoirs à l'œuvre à l'hôpital	p. 229
2.2.2.1 De l'ordre soignant vers l'ordre dirigeant	p. 229
2.2.2.2 De l'ordre dirigeant vers l'ordre soignant	p. 230
2.2.3 La « percolation » de la légitimité bureaucratique, conséquence de l'imitation	p. 231
REFERENCES ET BIBLIOGRAPHIE	p. 233
ANNEXES	p. 252