CONSERVATOIRE NATIONAL DES ARTS ET MÉTIERS
CNAM

L'ORDRE SOCIOLOGIQUE, ÉLÉMENT STRUCTURANT DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL

L'exemple des bureaucraties professionnelles : ordre soignant contre ordre dirigeant à l'hôpital

Thèse de doctorat de Sciences de gestion
Présentée et soutenue publiquement par
Robert HOLCMAN
le 28 février 2006

Directeur de recherche :
M. Jean de KERVASDOUÉ
Professeur au Conservatoire national des Arts et Métiers,
Chaire d'économie et gestion des services de santé

JURY

Mme Lusin BAGLA-GÖKALP
Maître de conférences à l'Université d'Orléans, Laboratoire orléanais de gestion

M. Jean-Michel BUDET
Directeur général adjoint de l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille

M. Michel LALLEMENT
Professeur de sociologie au Conservatoire national des Arts et Métiers

M. Jean-Claude MOISDON (rapporteur)
Directeur de recherches au Centre de gestion scientifique de l'Ecole des Mines de Paris

M. Jean-Claude THOENIG (rapporteur)
Directeur de recherches au Centre national de la Recherche scientifique, membre de Dauphine Recherches en Management (équipe DMSP), Université Paris Dauphine

M. Dominique TONNEAU
Maître de recherches au Centre de gestion scientifique de l'Ecole des Mines de Paris

INTRODUCTION

L’appartenance professionnelle est fréquemment considérée comme un invariant dans l’analyse des organisations et la description de leurs différentes formes. Le lien entre intitulé de métier, de profession ou d’emploi, et les fonctions effectivement assumées, semble être mécaniquement défini, comme si l’acquisition d’une formation, la possession d’un diplôme ou d’un certificat de compétences emportait nécessairement l’exercice d’une pratique professionnelle standardisée, identique pour tous les titulaires d’un emploi. Dit autrement, il est communément admis que l’appartenance ressentie découle de l’appartenance définie : on se sent, par exemple, infirmière parce qu’on en possède le diplôme, la formation, et la culture afférentes.

Dans la pratique, chacun s’accorde pourtant à considérer qu’il existe toujours un écart entre intitulé d’emploi et fonctions exercées, mais ce constat n’empreint pas l’analyse théorique des organisations, du travail, ou l’évaluation des liens entre professionnels ou titulaires d’un emploi, d’un métier. Tout se passe comme si la définition de l’appartenance professionnelle se suffisait en elle-même et n’influençait pas l’organisation du travail. Organisation du travail et appartenance professionnelle sont cependant liées : c’est la définition de l’appartenance professionnelle qui détermine le recrutement, l’affectation, la composition des unités de travail ; c’est le sentiment d’appartenance qui décide de la motivation et de l’implication au travail.

Dans le même temps, les réflexions sont nombreuses quant au décalage entre l’intitulé des métiers, des professions, et la réalité de leur exercice. C’est ce constat qui fonde la mise en œuvre de répertoires dits opérationnels qui recensent les appellations de métiers ainsi que les compétences et les fonctions effectivement assumées pour chacun d’entre eux. En revanche, le lien entre appartenance définie et appartenance ressentie n’est pas exploré.

C’est néanmoins de ce décalage que naissent beaucoup de dysfonctionnements dans les organisations parce que la relation entre appartenance professionnelle définie et appartenance professionnelle ressentie est fondamentale dans la gestion des effectifs et des équipes au travail. Le hiatus entre ces deux concepts d’appartenance ne recoupe pas celui entre organisation formelle et organisation informelle, il fait plutôt subodorer l’existence d’une forme de regroupement au travail qui n’a pas encore été identifiée et que nous nommons « Ordre sociologique » pour

le distinguer des autres formes d'ordres, notamment les ordres professionnels. Le choix du terme ordre a été maintenu en dépit des nombreux sens qu'il peut prendre, et ce parce que l'ordre sociologique, tel que nous le pressentons, tire sa spécificité d'une transversalité professionnelle fondée en grande partie sur une légitimité partagée par ses membres.

Pour mettre en évidence l'existence de cette forme de regroupement au travail, le meilleur terrain d'étude qui puisse être utilisé est celui des bureaucraties professionnelles. En effet, ce type d'organisation est caractérisé par un cloisonnement étanche entre les différents types de personnels qui la composent. Il sera donc plus aisé, et plus convaincant, de démontrer que l'imperméabilité professée entre types de personnels ne correspond pas à l'étude empirique sur le terrain et, par là, de mettre en évidence l'existence de l'ordre sociologique.

L'hôpital est unanimement considéré comme l'un des exemples types de bureaucratie professionnelle. Cette institution est, en effet, caractérisée par une césure nette entre non professionnels et professionnels, et par un mode de gestion où ces derniers tiennent une part éminente. L'hôpital est donc un lieu où la détermination de l'appartenance a vocation à être clairement définie et clairement exprimée. En particulier, le discours des professionnels, ou assimilés professionnels, s'oppose à celui des non professionnels quant aux impératifs et aux contraintes des établissements de santé. Le discours dominant est celui d'une dénonciation d'une bureaucratisation croissante des hôpitaux, du poids sans cesse plus important et plus étouffant de leur administration qui méconnaîtrait les véritables enjeux du soin.

A l'hôpital, la résolution des problèmes s'accomplit la plupart du temps par un accroissement des moyens. S'agissant du personnel, l'alourdissement de la charge et de l'intensité du travail est expliqué par l'insuffisance des effectifs. Encore faut-il préciser qu'il s'agit là du personnel de soin : la plainte concernant le manque d'agents dans les services cliniques s'accompagne souvent de la dénonciation d'effectifs pléthoriques dans les autres secteurs des établissements de santé – en particulier au sein de leurs services administratifs.

Utiliser l'hôpital comme terrain d'étude pour mettre en évidence une forme de regroupement professionnel transversale aux métiers et aux professions va donc

consister à vérifier quelle est l'appartenance professionnelle des personnels qui répercutent le discours antibureaucratique et celle des agents qui s'approprient, au contraire, la légitimité de l'intérêt général. Si, après traitement des données issues de l'étude empirique, on observe une correspondance entre discours antibureaucratique et métiers ou professions qualifiés de « professionnels » par la théorie de la bureaucratie professionnelle, le pouvoir explicatif de cette dernière sera confirmé ; si, à l'inverse, on met en évidence l'inadéquation entre intitulé de métier ou de profession et légitimité revendiquée, le concept de bureaucratie professionnelle sera questionné, et une autre forme de regroupement professionnel devra être proposée.

Utiliser l'hôpital comme terrain d'analyse de l'appartenance professionnelle conduit à penser les métiers hospitaliers, c'est-à-dire les désacraliser, démontrer qu'à l'instar des autres métiers ou professions, ils sont exercés par des êtres humains qui défendent – légitimement – leurs droits, leurs prérogatives, leurs avantages acquis. Penser les métiers et les professions hospitaliers est une tâche délicate en raison de leur sacralisation qui renvoie aux origines religieuses du secours aux plus nécessiteux : tout discours rationnel vient se heurter à l'apostolat que les personnels hospitaliers sont censés exercer, et derrière lequel ils sont enclins à se retrancher dès lors qu'on interroge l'organisation de leur activité. Cette filiation religieuse est toujours très présente : après la Seconde Guerre mondiale, les infirmières couvraient encore leur tête d'une coiffe – y compris dans les établissements publics de soins. Désacraliser les métiers hospitaliers c'est tout d'abord évaluer la part d'éléments véritablement spécifiques chez chacun d'entre eux ; c'est ensuite s'interroger sur la pertinence d'un manque de personnels dans les services de soins : si cette carence n'est pas étayée par l'observation, c'est enfin chercher à comprendre ce qui justifie son affirmation.

L'objet de cette thèse va être de démontrer qu'il existe une forme de regroupement au travail transversale aux métiers et aux professions, supra-professionnelle et infra-organisationnelle, que nous qualifions d'Ordre sociologique. Ce faisant, on montrera que l'hôpital ne souffre pas d'un manque de moyens – notamment en personnels – mais que cette revendication est l'expression, au niveau local, du refus de l'organisation soignante de voir son activité encadrée et son autonomie circonscrite par l'organisation dirigeante depuis l'entrée en vigueur du contrôle budgétaire au

début des années 1980. La demande de recrutement, qui s'explique en réalité par la médiocre utilisation du facteur travail dans une activité de main-d'œuvre, est l'expression d'une confrontation de légitimités dans un domaine – le personnel – qui constitue un enjeu davantage médiatisable que les équipements ou les investissements.

Pour ce faire, nous allons, dans le premier chapitre, brosser le panorama des théories de l'appartenance professionnelle. Dans le second chapitre, on décrira les éléments caractéristiques de la bureaucratie professionnelle et on détaillera les raisons qui ont conduit à choisir l'hôpital comme terrain d'étude ; on justifiera également le choix de l'analyse stratégique des organisations comme modèle d'analyse. Les hypothèses que nous formulons seront exposées dans le troisième chapitre. Enfin, après avoir précisé les modalités de validation des hypothèses et sérié le champ de l'étude empirique dans le chapitre quatre, on exposera les résultats de cette dernière dans le cinquième et dernier chapitre, et on vérifiera dans quelle mesure l'étude empirique valide les hypothèses que nous avons avancées.

REMERCIEMENTS

Je remercie en premier lieu Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE, directrice générale de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, d'avoir accepté ma mise à disposition auprès de la Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (DREES) du ministère de la Santé, et de m'avoir ainsi permis d'obtenir des conditions professionnelles compatibles avec la poursuite d'un travail de recherche. J'espère que le résultat, développé dans cette thèse, pourra à sa mesure contribuer à la mutation dans laquelle elle a engagé l'institution qu'elle dirige.

Je suis reconnaissant envers les cinquante trois personnes qui ont accepté de me recevoir et de prendre sur leur temps de travail pour se prêter au jeu du remplissage d'un questionnaire, dont les questions tranchées les ont souvent empêchées d'exprimer une position plus nuancée sur les sujets évoqués.

A la DREES, je suis redevable à Marc COLLET, sociologue et statisticien, pour son aide déterminante dans le traitement des informations issues de l'enquête empirique. Je remercie également Irène DESECURES et Sophie AUDRIC, chargées d'études : la première pour m'avoir aidé à sélectionner les établissements à visiter à l'aide du répertoire FINESS, la seconde en me procurant la production en points ISA de chaque établissement MCO en France.

Enfin, mes remerciements les plus vifs et les plus chaleureux vont à Jean de KERVASDOUÉ, mon directeur de thèse, dont l'immense compétence n'a d'égale que l'humour et la gentillesse. Son amicale exigence m'a encouragé tout au long de ce « long parcours initiatique » durant lequel j'ai éprouvé de nouveau le bonheur rare d'apprendre auprès de quelqu'un de plus compétent que soi. Je lui en serai toujours reconnaissant.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS UTILISÉS

ACM	Analyse des correspondances multiples
ADELI	Automatisation des listes. Système national d'information sur les professionnels de santé
AH	Agent hospitalier
AHU	Assistant hospitalo-universitaire
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
AS	Aide soignant
CAH	Classification ascendante hiérarchique
CCA	Chef de clinique – assistant
CCM	Comité consultatif médical (équivalent de la CME pour les établissements des groupes hospitaliers), voir CME
CH	Centre hospitalier
CHRU	Centre hospitalier régional universitaire
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CI	Cadre infirmier
CIM	Classification internationale des maladies
CMD	Catégories majeures de diagnostic
CME	Commission médicale d'établissement, voir CCM
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CSI	Cadre supérieur infirmier
CTP	Comité technique paritaire
DG	Dotation globale
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du ministère de la Santé
DIM	Département d'information médicale
ENC	Echelle nationale des coûts
EPS	Etablissement public de santé
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
GHM	Groupes homogènes de malades
HL	Hôpital local
IADE	Infirmière en anesthésie diplômée d'Etat
IBODE	Infirmière de bloc opératoire diplômée d'Etat
IDE	Infirmière diplômée d'Etat
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRM	Imagerie par résonance magnétique
ISA	Indice synthétique d'activité

MAINH	Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MCU-PH	Maître de conférence des universités – praticien hospitalier
MEAH	Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier
OQN	Objectif quantifié national
PH	Praticiens hospitaliers
PH-FU	Praticien hospitalier avec fonctions universitaires
PHU	Praticien hospitalier universitaire
PMSI	Programme de médicalisation du système d'information
PSPH	Participant au service public hospitalier
PU-PH	Professeur des universités – praticien hospitalier
RMFPH	Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière
RSA	Résumé de sortie anonyme
RSS	Résumé de sortie standardisé
RUM	Relevé d'unité médicale
SM	Secrétaire médicale
SS	Soins de suite
SSR	Soins de suite et de réadaptation
TAA/T2A	Tarification à l'activité
CAP	Commission administrative paritaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques

SOMMAIRE

INTRODUCTION ..... p. 3

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

1. L'appartenance professionnelle définie :
métiers, professions et professionnalisation..... p. 9
2. L'appartenance professionnelle ressentie :
socialisation, identité et identification ..... p. 20

CHAPITRE 2. L'HOPITAL COMME TERRAIN D'ETUDE,
L'ANALYSE STRATEGIQUE DES ORGANISATIONS COMME MODELE ..... p. 40

1. Bureaucratie et bureaucraties professionnelles..... p. 41
2. L'hôpital comme terrain d'étude ..... p. 50
3. L'analyse stratégique des organisations comme modèle d'analyse ..... p. 64

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
2. Les personnels de l'hôpital répartis en deux ordres ..... p. 87
3. Ordre soignant et ordre dirigeant adossés à deux légitimités..... p. 97
4. Deux ordres engagés dans une lutte de pouvoir ..... p. 100
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'enquête ..... p. 108
2. Modalités et support de l'étude empirique..... p. 145

CHAPITRE 5. RESULTATS DE L'ETUDE EMPIRIQUE
ET VALIDATION DES HYPOTHESES..... p. 156

1. Les premières observations ..... p. 157
2. Traitement et analyse des données ..... p. 160
3. La validation des hypothèses..... p. 182

CONCLUSION..... p. 211

1. Ordre sociologique et appartenance professionnelle..... p. 212
2. Ordre sociologique et gestion des établissements de santé..... p. 218

REFERENCES ET BIBLIOGRAPHIE..... p. 233

ANNEXES ..... p. 252

TABLE DES MATIERES ..... p. 309

« *C'est parce que je suis généreux que je suis rigoureux. Sinon, c'est l'éclatement de la protection sociale et les plus pauvres qui paient. Il faut être exigeant pour que tout le monde puisse bénéficier du progrès médical et que les hôpitaux restent le dernier recours de tous.* »

Jean de KERVASDOUÉ

« Pour une économie de bonne santé »,
L'hôpital à vif, Editions Autrement, Paris, 1992

CHAPITRE 1

L’APPARTENANCE PROFESSIONNELLE

Les théories de l'appartenance professionnelle se répartissent entre deux catégories : celles qui relèvent de la définition de l'appartenance – qui seront regroupées sous le terme d'appartenance définie –, et celles qui relèvent du sentiment d'appartenance éprouvé par l'individu lui-même, rassemblées sous l'intitulé d'appartenance ressentie.

1 L'APPARTENANCE PROFESSIONNELLE DEFINIE : METIERS, PROFESSIONS ET PROFESSIONNALISATION

Avant de se pencher sur les concepts sociologiques de profession et de professionnalisation, on identifiera d'abord les différentes formes de regroupement professionnel.

1.1 LES CATEGORISATIONS DE REGROUPEMENT AU TRAVAIL

Si l'on place à l'écart de l'analyse les regroupements naturels ou de constatation (famille, espèce, ethnie…[1]), ceux qui relèvent du hasard et pas de la volonté, ainsi que les regroupements temporaires et/ou de circonstances (cabale, camarilla, pacte, front, entente…[2]), on peut alors distinguer quatre types de regroupements humains : les regroupement sociaux, professionnels, affectifs, et économiques (tableau 1).

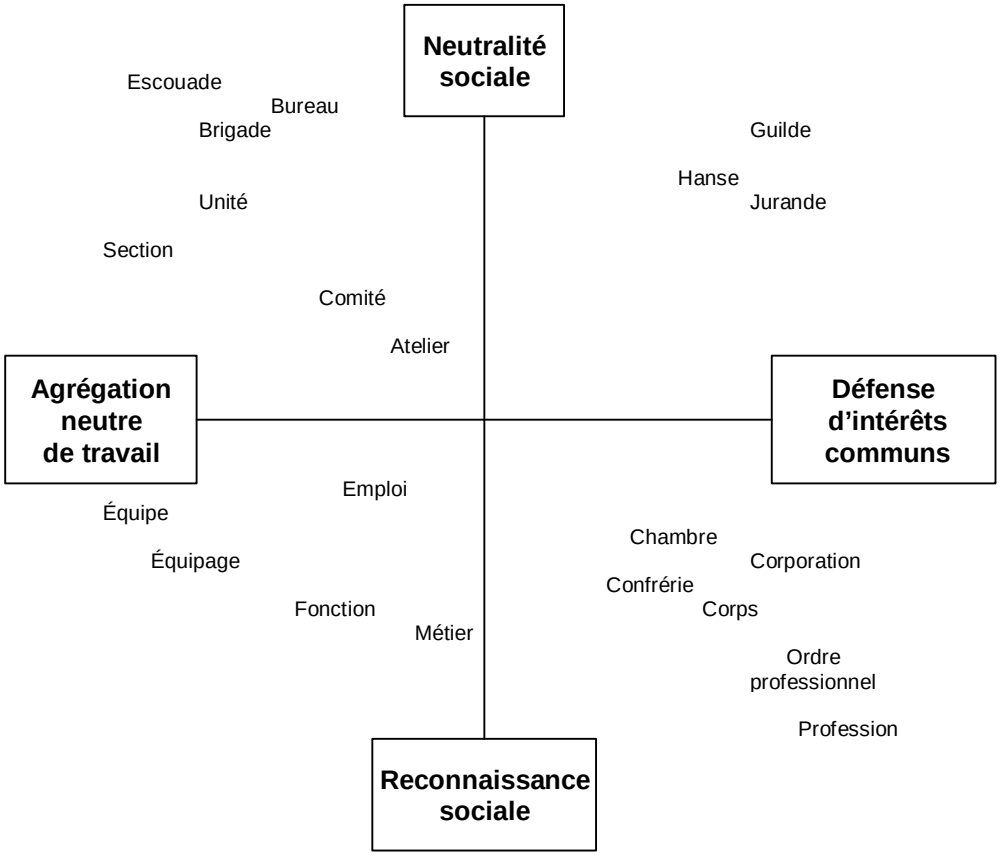
Pour affiner la notion de regroupement professionnel, qui nous intéresse plus particulièrement ici, nous avons réparti les catégories identifiées suivant leur position relative par rapport à deux axes qui étalonnent, verticalement, le degré de reconnaissance sociale recherché et, horizontalement, le niveau de défense d'intérêts catégoriels (figure 1).

[1] Egalement phratrie, race, smala, peuple, gent…
[2] On peut aussi ajouter : coalition, complot, alliance, bloc, sédition, conjuration, conspiration, mafia, camp, intrigue, agitation, brigue, entente…

Tableau 1. Typologie des regroupements humains[3]

Sociaux	Professionnels		Affectifs		Economique
Association	Atelier	Escouade	Bande	Fondation	Cartel
Clan	Brigade	Fonction	Caste	Formation	Colonie
Collectivité	Bureau	Guilde	Cellule	Fraternité	Compagnie
Confédération	Chambre	Hanse	Chapelle	Groupuscule	Consortium
Etat	Comité	Métier	Classe	Ligue	Coopérative
Fédération	Commission	Ordre professionnel	Clique	Loge	Entente
Horde	Confrérie	Profession	Club	Mutualité	Entreprise
Meute	Corps	Corporation	Collectif	Parti	Établissement
Nation	Équipage	Section	Comité	Patronage	Groupe
Peuplade		Unité	Communauté	Rassemblement	Groupement
Tribu			Congrégation	Mouvement	Mutuelle
Union			Convention	Religion	Société
			Coterie	Secte	
			École	Syndicat	
			Faction	Tendance	

Figure 1. Répartition des regroupements professionnels par critères identifiants



[3] Les tableaux, graphiques et figures sans indication de source ont été réalisés par nos soins.

A partir du croisement de ces deux critères, on peut se rendre compte que les regroupements qui renvoient au concept d'appartenance professionnelle sont ceux qui sont empreints d'une volonté de reconnaissance sociale : l'indifférence quant à cette question est l'apanage des regroupements de constatation – unité, section, brigade – ainsi que celui des associations de défense d'intérêt professionnels n'ayant pas de vocation sociale : guilde, hanse, jurande. Parmi les formes de regroupements professionnels exprimant un désir de reconnaissance sociale, on remarquera que l'équipe et l'équipage sont des groupes formés de façon aléatoire, qui peuvent être composés de membres au profil professionnel parfois très varié ; de l'autre coté de la figure 1, dans le quadrant sud-est (reconnaissance sociale/défense d'intérêts communs) corps, corporation, confrérie, chambre et ordre professionnel sont des regroupements extérieurs à l'organisation de travail.

Restent donc l'emploi, le métier, la fonction et la profession, intitulés de regroupements qui décrivent, dans le langage courant et dans le langage sociologique, de multiples formes de situations professionnelles. Avant d'aller plus avant dans leur examen, observons d'abord les définitions qu'en donne le dictionnaire[4] (tableau 2).

Tableau 2. Fonction, emploi, métier, profession : définitions

	Définition	Sens originel
Emploi	Ce à quoi une personne est occupée, employée ; ce à quoi s'applique l'activité rétribuée d'une personne	Action ou manière d'utiliser (une chose) ; ce à quoi une chose est utilisée, destination
Fonction	Exercice d'un emploi, d'une charge. Par extension, ce que doit accomplir une personne pour jouer son rôle dans la société, dans un groupe social	Action, rôle caractéristique (d'un élément, d'un organe) dans un ensemble
Métier	Genre de travail déterminé, reconnu ou toléré par la société, dont on peut tirer ses moyens d'existence	Genre d'occupation manuelle ou mécanique qui trouve son utilité dans la société
Profession	Métier qui a un certain prestige par son caractère intellectuel ou artistique, par la position sociale de ceux qui l'exercent	Occupation déterminée dont on peut tirer ses moyens d'existence, qu'elle soit un métier, une fonction, un état. Acte par lequel un religieux, une religieuse prononce ses vœux, et devient *profès*

Source : *Le Grand Robert de la langue française*, édition 2001.

Le terme d'emploi renvoie directement à l'occupation qui est faite de la force de travail d'une personne, comme le laisse supposer son sens originel qui fait explicitement référence à une chose. C'est un rôle qui n'est pas apprécié par les individus au travail, son rejet tient une place important dans l'analyse stratégique des organisations que l'on présentera dans le chapitre suivant. La définition de la

[4] *Le Grand Robert de la langue française*, édition 2001.

fonction, en revanche, comporte deux éléments qui la distinguent fortement de celle de l'emploi : tout d'abord le rôle ainsi tenu par la personne dans la société et, ensuite, la place occupée dans un ensemble, telle que définie dans le sens originel du terme. Le premier élément participe de la reconnaissance sociale liée à la fonction exercée ; le second fait directement écho à l'intégration du tenant de la fonction dans une organisation où cette dernière s'exerce.

Le métier, quant à lui, est défini comme une modalité d'exercice d'un travail, source de rémunération ; dans son acception originelle, il possède une dimension manuelle ou mécanique « *qui trouve sa place dans la société* ». Le caractère manuel, la caractérisation sociale du métier sont ainsi affirmés. Manquent toutefois la fierté et le sens de l'honneur ressentis par les membres des métiers, l'attachement au travail bien fait, la haute technicité de certains d'entre eux qui réclame formation et compagnonnage.

La profession, enfin, se caractérise par le prestige et la position sociale qu'elle accorde à ses membres, ainsi que par le fait qu'elle s'exerce au sein de l'organisation de travail. La profession a davantage de points communs avec le métier qu'il n'en est généralement fait état – avec certains métiers en tout cas : la technicité, le besoin d'une formation longue, la nécessité de l'expérience et du compagnonnage, rapprochent certains métiers et certaines professions. Les chirurgiens, par exemple, étaient à l'origine regroupés avec les barbiers en raison du caractère manuel de leur pratique, à différencier ainsi de l'art des médecins ; à l'inverse, de nombreux métiers exercés par les Compagnons du tour de France faisaient l'objet d'une formation longue et d'un barrage à l'entrée, qui prenait la forme d'une œuvre à accomplir pour être admis comme compagnon. Notons également que, dans son sens originel, la profession fait référence à l'acte par lequel un religieux ou une religieuse prononce ses vœux, et devient ainsi *profès* – cette précision prendra tout son sens quand on évoquera la filiation religieuse des établissements de soins.

Au total, on s'aperçoit que dans la définition de l'appartenance professionnelle il faudra utiliser, au choix, les termes de fonction, emploi, métier ou profession – en ayant préalablement défini le sens que nous leur donnerons, ce que nous allons faire maintenant pour la notion de profession.

1.2 LES CONCEPTS SOCIOLOGIQUES DE PROFESSION ET DE PROFESSIONNALISATION

Préalablement à tous développements, il convient en effet de définir le sens à donner aux termes professionnel, profession, métier, fonction. Ce n'est qu'ensuite qu'on différenciera les différentes écoles de la sociologie des professions – fonctionnaliste, interactionniste, en particulier – avant que de décrire les développements les plus récents de cette branche de la sociologie et de se pencher plus attentivement sur le cas des semi-professions.

1.2.1 Définition des termes profession, métier, fonction

L'incertitude principale réside dans l'utilisation différenciée des termes en français et en anglais – professionnel et *professionnal*, profession et *profession*, ne sont pas synonymes –, et sans doute au sein même de la langue française. Dubar et Tripier (1998) considèrent que le terme « profession » possède quatre sens : une déclaration (identité professionnelle) ; un emploi (classification professionnelle) ; un métier (spécialisation professionnelle) ; une fonction (position professionnelle). Ils voient dans le processus historique et culturel de constitution des professions dans les modèles protestants anglo-saxons et catholiques latins l'explication de la différence de sens accordé au même terme en anglais et en Français. Ils distinguent ainsi trois modèles professionnels : le modèle de la profession-corps, où la profession s'identifie à la notion théologique du Corps et à sa transposition organisationnelle dans les corps d'Etat ; la profession-confrérie, fondée sur un modèle collégial empreint du droit germanique et de l'éthique puritaine protestante ; la profession illégitime, définie par la critique des marchés fermés chez Smith et Marx.

Sans entrer dans ce vaste débat sémantique, on considérera ci-après que par « profession », il faut entendre un groupe professionnel qui obtient pour ses membres les avantages liés à son statut : médecin, avocat, pharmacien, expert comptable, autant de métiers organisés en France sous forme d'ordre professionnel. Cette acception corporatiste anglo-saxonne du terme « profession », que nous utiliserons, se distingue l'utilisation commune en français de ce terme, celui par

lequel on désigne une : « *Occupation déterminée dont on peut tirer ses moyens d'existence* »[5], qui s'oppose aux activités exercées en amateur ou à titre ludique.

Au terme profession est fréquemment substitué celui de métier. Descolonges (1996, p. 239) postule que : « (…) *le métier n'est pas de la même nature que l'emploi et qu'il n'est pas non plus un ensemble d'emplois, pas plus qu'il n'est du travail.* », et définit le métier comme la combinaison de trois dimensions interdépendantes : « *Du travail c'est-à-dire de la production, de l'œuvre c'est-à-dire de l'invention technique, et de l'action c'est-à-dire de l'être en société.* » Initialement, pour Dubar (2000), la production des professions appartient plus à l'esprit qu'à la main, alors que dans les métiers les mains travaillent davantage que la tête. Aujourd'hui, le terme de métier renvoie plutôt à une classification professionnelle, comme suggéré dans les titres de différents répertoires : le Répertoire des métiers de la santé (Acker et Denis, 1995), le Répertoire opérationnel des métiers et des emplois (Agence nationale pour l'emploi, 1999), le Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière (Ministère de la Santé et de la Protection sociale, 2004). Le métier se définissant par le caractère des tâches accomplies par ses titulaires, on utilisera ce terme dans le sens de fonctions effectivement assurées – et ce, quelle que soit l'appartenance professionnelle de la personne.

Par « fonction », enfin, on entendra les tâches à accomplir dans le cadre d'un métier ou d'une profession, dans l'exercice d'une charge ou d'une responsabilité.

Dès lors qu'a été défini le sens dans lequel nous allons utiliser les termes « profession » et « métier », on peut évoquer les concepts sociologiques de profession et de professionnalisation, regroupés au sein de l'école fonctionnaliste et de l'approche interactionniste.

1.2.2 L'école fonctionnaliste

Carr-Saunders et Wilson (1964) définissent les contours d'un regroupement professionnel qu'ils nomment *profession* par la combinaison d'une spécialisation de services accroissant la satisfaction de la clientèle, d'une formation spécifique formalisée, et de la mise sur pied d'associations professionnelles destinées à réserver à leurs membres la prestation de ces services en évinçant les personnes

[5] *Le Grand Robert de la langue française*, Paris, 2001.

dont la qualification est jugée insuffisante. Le principe d'éviction, qui caractérise les professions, permet incidemment d'accroître leur prestige.

Pour Parsons (1966), la spécificité d'un professionnel se fonde sur trois dimensions : l'articulation entre un savoir théorique et la mise à l'épreuve de l'expérience pratique ; la compétence technique qui définit, et limite, son autorité ; un intérêt détaché mêlant distance affective et empathie. Parsons caractérise la profession par la relation qui unit le client au professionnel : le client ressent le besoin de s'adresser à un professionnel qui lui-même a besoin de clients.

L'autre élément caractérisant les professions est l'exercice d'une utilité sociale. Chapoulie (1973, p. 92) parle de position « intersticielle » dans la structure sociale : « *Cette position intersticielle s'exprime par l'accomplissement des tâches typiques de ces métiers, dans " l'intérêt général " et le " désintéressement institutionnel " (et non pas nécessairement individuel).* » Pour Pillon et Vatin (2003, p. 301) : « *Ainsi, le médecin n'est pas seulement au service de son patient mais aussi à celui de la société dans son ensemble, quand il s'agit, par exemple, de prévenir ou de lutter contre une épidémie.* » A ce titre, les professions tiennent une fonction de contrôle social dans les sociétés modernes. Spencer (1883) avait déjà noté le lien existant entre certaines professions et les valeurs essentielles de la société : santé, sécurité, justice. Merton (1957) définit l'articulation entre exercice de la profession et exercice d'une utilité sociale par la distinction entre fonctions manifestes, dont les conséquences sont pleinement voulues par leurs auteurs, et fonctions latentes des professions, dont les externalités relèvent de l'intérêt général.

Chez Goode (1957), le prix à payer pour l'instauration de barrières légales à l'entrée dans les professions est l'acceptation d'une « éthique de service » qui doit être acceptée et garantie par un savoir formalisé et un code de déontologie. Pour Wilensky (1964), le savoir théorique assuré par le suivi d'études longues n'est pas seulement la garantie d'une compétence mais sert aussi de modalité de régulation du nombre de membres au sein de la profession. Merton (1957) met l'accent sur le processus de professionnalisation *via* la formalisation des connaissances empiriques au sein d'un cursus universitaire évaluable.

Les auteurs fonctionnalistes mettent donc l'accent sur la structuration interne de la profession, sur le contrôle de son accès – en particulier par l'établissement d'un cursus de formation précis et évaluable –, et sur la responsabilité sociale que les professions tiennent, ou devraient tenir. Ce dernier point s'inscrit dans une filiation avec le rôle dévolu aux professions chez Durkheim (1950) : l'anomie – affaiblissement de la conscience des normes et du lien social – s'explique, selon lui, par l'effacement des groupes sociaux, structures intermédiaires entre l'individu et l'Etat. Le palliatif à cette situation doit être trouvé dans la restauration des corporations professionnelles, cette notion étant alors expurgée de ses connotations d'origines, en la faisant passer du statut d'agrégat confus et sans unité à celui d'institution publique, de groupe défini et organisé.

Si les tenants de l'école fonctionnaliste mettent l'accent sur la structuration interne de la profession, les auteurs interactionnistes, en revanche, insistent sur l'influence de ces dernières dans l'accomplissement des parcours individuels.

1.2.3 L'approche interactionniste

Les auteurs interactionnistes décrivent les professions comme des processus d'interaction qui font converger leurs membres vers des objectifs communs de défense de leur autonomie et de leur territoire en s'abritant de la concurrence par le recours à des protections légales. La construction des parcours individuels et les interactions constitutives des professions sont en interdépendance étroite : l'approche interactionniste s'applique à mettre en lumière le rôle de l'appartenance professionnelle dans la socialisation.

Selon Hughes (1958), devenir un professionnel c'est s'approprier la culture de la profession en question – ce processus s'accomplissant en quatre phases : la séparation d'avec le monde d'origine ; la coexistence de la culture d'origine et de la culture professionnelle ; le changement de regard sur les objets de la profession ; l'identification au rôle professionnel. Il met aussi l'accent sur le décalage qu'il y a entre les modèles professionnels idéaux, presque sacrés, et la réalité de la pratique professionnelle quotidienne caractérisée par l'accomplissement de tâches bien plus prosaïques. Pour lui aussi, un groupe professionnel accède au rang de profession

dès lors qu'il obtient des autorités qui en ont le pouvoir une limitation de l'accès à son domaine et une reconnaissance de la mission qu'il conduit.

Pour Bucher et Strauss (1992), les groupes professionnels ressortissent davantage à des mouvements sociaux caractérisés moins par l'unité que par les conflits d'intérêts et les changements, et par l'agrégation de segments en compétition permanente. Cette communauté d'intérêts temporaires et variables ne devient visible qu'en acquérant des positions de pouvoir dans les organismes représentatifs.

Strauss (1992 c) analyse les groupes professionnels dans leur interaction au sein de l'organisation, vue comme un ordre négocié, un espace relationnel où les règles informelles sont établies par la négociation permanente. Les ordres négociés sont fonction de l'état des relations entre acteurs et de la répartition des tâches, ce que Strauss nomme « l'Arc de travail ». Comme Becker (1988), il suggère l'existence de mondes sociaux, adossés à des discours et à des faits tangibles, et caractérisés par des routines, un espace d'expression, un *corpus* de codes et un potentiel de créativité.

Selon l'approche interactionniste, l'appartenance professionnelle relève donc d'une interaction entre les membres de l'organisation, parfois négociée en permanence. Fonctionnalistes et interactionnistes mettent l'accent sur la profession comme modalité de structuration d'une pratique professionnelle ; les nouveaux développements de la sociologie des professions insistent davantage sur le rôle social de la profession.

1.2.4 Les nouveaux développements de la sociologie des professions

Les développements les plus récents de la sociologie des professions mettent l'accent sur le principe d'éviction, consubstantiel de l'existence des professions, en revivifiant la vision de Weber et celle de Marx. Weber appréhende les professions comme des groupes statutaires aussi bien que comme des entités économiques ; Marx les voit légitimer leurs privilèges sociaux en obtenant un monopole sur certains segments du marché du travail.

Pour Freidson (1984), le professionnalisme moderne se définit par l'extension du domaine de compétences des professions et, partant, par l'accroissement de leur

autonomie : d'une expertise limitée à un domaine technique, les professionnels étendent leur influence à une compétence appliquée à l'ensemble du champ social. Pour Dubar et Tripier (1998, p. 126) : « *Il* [Freidson] *définit ainsi trois types-idéaux de contrôle du travail : le contrôle par les managers : c'est celui de la bureaucratie ; le contrôle par les consommateurs : c'est le modèle libéral du marché ; le contrôle par les travailleurs eux-mêmes : celui du professionnalisme.* »

Chez Johnson (1972), les professions sont l'incarnation moderne des anciennes corporations. En accordant l'autonomie à certains groupes professionnels, l'Etat libéral leur délègue sa fonction de reproduction sociale et de contrôle que le capital lui a accordée. Pour Larson (1977), l'existence de professions relève de la conjugaison d'un verrouillage économique du marché du travail et d'une obturation culturelle. Pour lui, l'accession au rang de profession s'établit au terme d'une stratégie professionnelle d'appropriation d'un savoir légitime : les institutions de formation sont, en effet, au cœur de ce mécanisme de contrôle social et de maintien des privilèges sociaux.

Pour Abbott (1988), la profession se constitue par l'acquisition d'un monopole juridiquement établi sur une compétence : les professionnels réduisant dès lors le travail de leur concurrent à une version dégradée du leur.

En relation avec la description du concept de profession, le cas des semi-professions est particulièrement éclairant dès lors qu'on envisage de prendre les hôpitaux[6] comme terrain d'étude.

1.2.5 Les semi-professions

Les professions refusent d'accepter en leur sein la pratique d'activités jugées dégradantes (la chirurgie, par exemple, pratiquée par les barbiers jusqu'à la première moitié du XIXe siècle) et, à l'inverse, se déchargent de tâches jugées mineures : c'est ainsi l'objet des expérimentations de la mission Berland actuellement à l'œuvre en

[6] A ce stade, on ne distinguera pas parmi les types d'hôpitaux : jusqu'à ce que le contraire soit spécifié, par « hôpital », on entendra l'ensemble des établissements de santé, tous types confondus.

France[7]. C'est la raison pour laquelle les avantages et le prestige liés au statut de profession incitent de nombreux groupes professionnels à tenter d'y être éligibles (Goode, 1969). Il en est ainsi des « arracheurs de dents ambulants » qui en sont venus à former la profession de dentistes, de chirurgiens dentistes ou, mieux encore, d'odontologistes. Entre le statut de profession et celui de non-profession se trouve une situation intermédiaire, celle des semi-professionnels, qui sont parvenus à s'extraire du statut de métier sans parvenir à accéder à celui de profession.

Toren (1969) définit une semi-profession en une référence dégradée aux critères distinctifs d'une profession : une période courte de formation ; pas de monopole sur le contrôle de ses membres, sur les critères de leur recrutement, de leur formation, de leur diplôme et de leur efficacité ; l'existence d'un code d'éthique mais vague et inconsistant ; des associations professionnelles divisées, inefficaces ou sans pouvoir. Pour Etzioni (1969, p. XIV), les exemples-types de semi-professions sont incarnés par les enseignants, les infirmières[8] ou les travailleurs sociaux : « *Les infirmières emploient un savoir mais leur formation est bien plus courte que celle des médecins, et la prise de décision quant aux thérapies à mettre en œuvre est concentrée dans les mains des médecins.* » Scott (1965) qualifiait les semi-professions de « *Professions hétéronomes* », comme pour souligner tout à la fois leur vocation professionnelle et leur sujétion vis-à-vis des professionnels.

Les concepts sociologiques de profession, semi-profession ou non profession n'épuisent pas le sujet du regroupement professionnel. Si l'on applique la distinction initiale, rappelée par Dubar (2000), entre professions – dont les productions appartiennent plus à l'esprit qu'à la main et les métiers – où les mains travaillent plus que la tête –, la chirurgie serait encore un métier et les chirurgiens des non professionnels. De même, l'exigence de qualification, comme le recours à l'éviction, n'étaient pas, et ne sont toujours pas, propres aux professions (Descolonges, 1996). Les autres formes de regroupements professionnels sont davantage instrumentaux qu'analytiques.

---

[7] Mission « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », dirigée par le doyen de la faculté de médecine de Marseille, Yvon Berland. Le but de ces expérimentations est de vérifier la faisabilité, en France, de la délégation de tâches médicales à des personnels soignants non médicaux – les infirmières en particulier.

[8] Le corps des personnels infirmiers est composé d'hommes et de femmes. Pour éviter des lourdeurs d'expression et tenir compte du caractère majoritairement féminin de ce métier, on utilisera le terme « infirmière » pour le caractériser, sans que ce choix entraîne un parti pris de genre.

Il en est ainsi des classifications professionnelles (Trani et Denimal, 2004), particulièrement des nomenclatures professionnelles : dans son recensement de la population, l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) utilise la notion de professionnel dans ses questionnaires – le terme exprimant, en l'occurrence, davantage un niveau de qualification que le rattachement à un groupe professionnel. A ce titre, ces formes de regroupements professionnels ne seront pas étudiées.

Au total, l'appartenance professionnelle définie s'articule autour de la distinction entre métiers et professions – la vision de ces dernières variant de l'action au sein du groupe de travail au rôle d'acteur social. L'appartenance professionnelle définie relève par conséquent d'une catégorisation objective des groupes professionnels qui ne correspond pas nécessairement au sentiment d'appartenance que peuvent revendiquer les individus, qui renvoie à l'appartenance professionnelle ressentie.

2 L'APPARTENANCE PROFESSIONNELLE RESSENTIE : SOCIALISATION, IDENTITE ET IDENTIFICATION

La notion d'appartenance professionnelle ressentie regroupe deux éléments que nous allons maintenant respectivement évoquer : le constat que soi-même ou les autres peuvent en établir, d'une part, ainsi que le désir que l'on a de cette appartenance ou qu'en suscitent les autres, d'autre part. Le premier de ces éléments ressortit à l'identité même de l'individu, en lien ou non avec son travail ; le second est davantage lié à son travail, sans nécessairement engager sa personnalité.

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

L'identité au travail relève du constat que l'individu, ou ceux qui l'entourent, peuvent établir quant à son appartenance professionnelle, ou à sa non appartenance professionnelle. L'analyse de l'identité au travail peut, en effet, envisager aussi les périodes de transition – l'entrée au travail (Baubion-Broye et *al.*, 2004) ou les parcours d'emploi-formation (Dubar, 2002) – ainsi que l'articulation entre vie au travail et vie hors travail. C'est l'identité au travail qui va être évoquée dans les

développements ci-dessous, c'est-à-dire prise dans le sens de la situation en période de travail, et en tant qu'élément situé au cœur des enjeux de socialisation organisationnelle (Baubion-Broye et *al.*, 2004). Dans cette perspective on évoquera d'abord l'approche culturelle de Sainsaulieu et, ensuite, l'approche interactionniste de Dubar.

2.1.1 Sainsaulieu, l'approche culturelle

Chez Sainsaulieu (1987), l'accès à l'identité professionnelle est empreint d'une dimension culturelle. L'entreprise[9] ne se réduit pas à un espace où s'agrègent les facteurs de production, c'est aussi un lieu de constitution et d'évolution des identités individuelles et sociales *via* l'appropriation ou l'opposition aux valeurs et aux normes qui la fondent. Il identifie quatre modalités d'accès à la reconnaissance de soi et des autres : l'appartenance à la « maison » ; la réalisation d'une œuvre individuelle ou collective ; la trajectoire individuelle ; la résistance contre toute forme de domination imposée dans le travail (Sainsaulieu, 1999). Avec Francfort et *al.* (1995), il établit une typologie des structures de travail en distinguant : l'entreprise communauté ; l'entreprise modernisée ; l'entreprise bureaucratique ; l'entreprise en crise ; l'entreprise duale (tableau 3).

Tableau 3. Cinq modèles d'intégration sociale selon Sainsaulieu

Entreprise communauté	Entreprise modernisée	Entreprise bureaucratique	Entreprise en crise	Entreprise duale
PME et établissements centrés sur la performance commerciale dans une situation de forte concurrence	Etablissements de grandes industries ou de services	Administrations publiques ou privées.	Modernisation partielle ou bloquée. Affrontement entre métiers en pointe et métiers menacés par les changements	Segmentation entre activité de services assurée par un personnel qualifié et valorisé, et activité répétitive et parcellisée servie par une main-d'œuvre peu qualifiée et au statut souvent précaire

Source : d'après Sainsaulieu, 1999, p. 298-300.

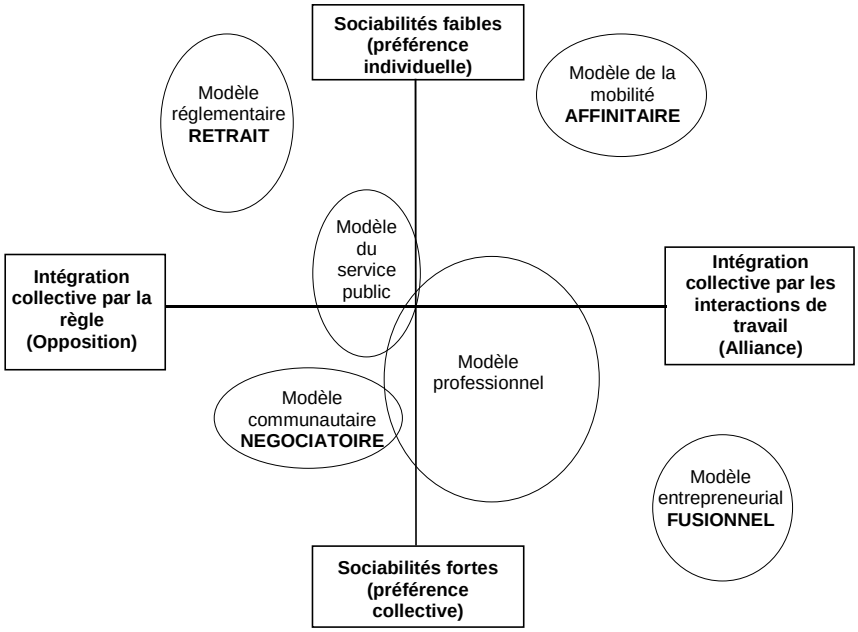
Les variables qui permettent à Francfort et *al.* (1995, p. 220-221) d'analyser les identités collectives au travail s'articulent autour de trois dimensions : « *Les espaces d'identification qui déterminent des sphères d'appartenance et de référence pour les individus ; les représentations que les personnes ont de l'autorité, des finalités du travail et de l'entreprise ; les sociabilités, c'est-à-dire le type de relations qui*

[9] Le terme « entreprise » doit être pris chez Sainsaulieu comme l'appellation d'un regroupement des structures de travail : il concerne tout aussi bien des unités marchandes de production, des administrations publiques, que des administrations privées.

s'instaurent au sein d'un groupe de travail et les normes comportementales qui s'y construisent. »

La variété des déterminants de l'intégration et de la socialisation au travail ainsi recensés dans le tableau 4, les a conduits à mettre au point un regroupement pour identifier des modèles ou des identités typiques au travail. Pour ce faire, ils ont croisé sur deux axes le niveau d'intégration des individus à des groupes sociaux (de forte, caractérisée par une attitude d'alliance, à faible, marquée par un comportement d'opposition) avec l'expérience de sociabilité vécue au sein de ces groupes (de l'intégration individuelle par la règle à l'intégration collective par les interactions au travail ou, dit autrement, par la préférence individuelle ou par la préférence collective). Ils ont ensuite positionné les représentations et valeurs ainsi que les comportements et attitudes sur ce cadran (figure 2).

Figure 2. Les modèles d'identité collective au travail selon Francfort, Osty, Sainsaulieu et Uhalde



Source : d'après Francfort et *al.* (1995), p.223 et Dubar (2002), p. 122.

Tableau 4. Les variables d'analyse des identités collectives au travail selon Francfort, Osty, Sainsaulieu et Uhalde

Les espaces d'identification	Le système de représentation	Les comportements d'ajustement collectif
La société externe • Action entreprise dans le travail • Position dans l'entreprise se prolonge dans la société globale • Valeurs dont on se réclame au travail proviennent de la sphère civique	Les fondements et principes de légitimation de l'autorité • Expertise • Prise de décision • Rôle de porte parole • Gardien des règles • Animation d'un collectif de travail • Gestion de l'autonomie • Capacité d'être un leader	Les comportements relationnels • Relations hiérarchiques • Relations entre collègues • Nature des relations entre collègues • Poids de l'expérience de groupe • Champ d'inscription des relations • Relation à un *leader* informel • Relations avec les autres membres de l'entreprise
Le travail • La dynamique à l'œuvre est celle de la progression professionnelle	Les finalités du travail • Constitution d'une expertise • Réalisation et épanouissement • Insertion dans un tissu relationnel • Acquisition d'un statut social • Moyen de subsistance • Utilité sociale	Les attitudes face au travail • Attachement au travail • Implication dans l'activité
L'entreprise • Lieu d'appartenance • Intégration à un collectif • Protection individuelle	Les finalités de l'entreprise • Rentabilité économique • Expansion commerciale • Garantie de l'emploi • Mission de service public • Promotion sociale • Formation • Développement de métiers • Contribution au développement local • Intégration des individus dans une communauté de travail	
La trajectoire • Fil conducteur de la construction identitaire • Rapport entre identité héritée et identité visée • Dynamique en termes de projet personnel		

Source : d'après Francfort et *al.* (1995, p. 220-221).

Tableau 5. Les six modèles d'identité au travail selon Sainsaulieu

	Réglementaire	Entrepreneurial	Communautaire	Mobilité	Service public (ou professionnel de service public)	Professionnel
Identité	Retrait	Fusionnelle	Négociatoire ou Négociation et différence	Affinitaire ou Exclusion et affinités	Interaction avec l'usager	Activité exercée
Combinaison	Forte préférence individuelle et forte opposition	Forte préférence collective et faible intégration par les interactions de travail	Préférence collective et intégration par la règle	Préférence individuelle et intégration par les interactions de travail	Faible préférence individuelle et faible opposition	Faible préférence collective et faible intégration par les interactions de travail
Définition	Acteurs hétérogènes au plan professionnel mais réunis par une même distance vis-à-vis de l'organisation. Engagement uniquement motivé par la contrepartie salariale. Evolutions de carrière fermées et non négociables. Investissement minimal dans le travail	Valorise le collectif comme un refuge et une protection. Acteurs qui ont le moins accès aux sources du pouvoir. Ressources socio-affectives et potentialités d'action du collectif	Valorise la solidarité mais aussi les différences collectives au sein du groupe. Acteurs maîtrisant les règles d'action collectives et des compétences techniques permettant d'anticiper l'avenir de l'organisation et de monnayer l'investissement personnel dans l'organisation	Stratégies d'acteurs les plus individualistes disponibles à la mobilité professionnelle. Adoption et promotion de « l'esprit maison » et développement de relations soutenues avec quelques rares pairs.	Modèle antagoniste et stratifié autrefois pacifié dans le modèle réglementaire. Emergence d'une communauté professionnelle de service public	Modèle de la reproduction dans lequel le savoir constituent un domaine fini, transmissible, et à haut pouvoir symbolique pour les individus qui s'y réfèrent.
Principales valeurs	Loi, règle économie, activités extérieures	Masse, unité, camaraderie, lutte	Métier, débat collectif, accord, démocratie	Personne, esprit maison, relations affectives	Accueil, climat de confiance, conseil, ouverture sur l'extérieur	Conscience professionnelle, travail bien fait, transmission des savoirs, sociabilités collectives
Cohérence identitaire	Variable	Forte	Assez faible	Assez forte	Assez forte	Assez forte

Source : d'après Sainsaulieu (1997), Francfort et *al.* (1995), Dubar (2002) et Baubion-Broye et *al.* (2004).

Initialement, Sainsaulieu (1988) avait identifié quatre modèles déterminant autant d'identités au travail (tableau 5), Francfort et al. (1995) en ont ajouté deux autres : le modèle de service public et le modèle professionnel. Francfort et *al.* (1995) complètent la typologie de Sainsaulieu en mettant davantage l'accent sur la légitimation au détriment du pouvoir. Ils identifient quatre principes de justification de l'engagement professionnel : le projet individuel ; la réalisation professionnelle ; la finalité de l'entreprise ; l'intégration communautaire. L'enjeu central du positionnement de l'individu dans l'organisation de travail est son projet professionnel et les formes de sa réalisation. Ils distinguent deux types de stratégies identitaires dans le projet individuel : la recherche d'un équilibre entre vie au travail et vie en dehors du travail, et une stratégie de parcours professionnel. Il est à noter que la légitimité de l'action par la finalité de l'entreprise concerne aussi l'action des professionnels du service public.

L'action et le comportement des individus au travail sont déterminés par les possibilités et les contraintes d'un « *Système socio-organisationnel local* » et par une « *Référence symbolique et culturelle aux expériences fondatrices d'identités au travail* » (Francfort et *al.*, 1995, p. 278).

2.1.2 Dubar, l'approche interactionniste

Pour Dubar (2000, p. 95) : « *Les identités professionnelles sont des manières socialement reconnues, pour les individus, de s'identifier les uns les autres, dans le champ du travail et de l'emploi.* » Le sentiment d'identité professionnelle résulte des interactions développées *via* l'emploi. Selon lui, la construction de l'identité se fonde sur l'articulation entre deux formes de transaction, une transaction objective (avec les autres, l'identité attribuée) et une transaction subjective (avec soi-même, l'identité professionnelle pour soi) (Dubar 2002).

Dans la transaction objective (ou externe), l'individu tente d'assimiler les attentes de rôles (identité pour autrui) au soi idéal (identité pour soi) ; cette transaction peut se traduire par une reconnaissance ou une non-reconnaissance. La transaction subjective (ou interne) peut avoir deux issues : une continuité ou une rupture entre identité héritée et identité visée, un décalage entre la définition de soi issue de la

trajectoire antérieure et la projection de soi dans l'avenir. C'est un processus d'accommodation dans lequel l'individu tente de faire valoir l'identité pour soi auprès d'autrui et de rendre assumables les identités reçues (tableau 6).

Tableau 6. Les quatre processus identitaires typiques chez Dubar

Identité pour soi	**Identité pour autrui**	**Transaction objective** (ou interne)	
		Reconnaissance	Non-reconnaissance
Transaction subjective (ou interne)	Continuité	Promotion (interne) **Identité d'entreprise**	Blocage (interne) **Identité de métier**
	Rupture	Conversion (externe) **Identité de réseau**	Exclusion (externe) **Identité de hors-travail**

Source : Dubar (2000), p. 237.

Selon Dubar : « *L'identité se joue entre l'espace " interne " du travail, de l'emploi et de l'entreprise et l'espace " externe " du hors-travail, du chômage ou de la formation (…)* » (2002, p. 118). Deux types principaux d'identification professionnelle se dégagent : l'identité catégorielle et l'identité de réseau. Le premier type renvoie aux cultures de métiers, à des conduites d'adhésion, de soutien mutuel, de reproduction des valeurs, des normes et des comportements du corps professionnel d'appartenance ; dans le second type d'identification professionnelle, l'individu au travail s'inscrit dans une relation de service avec tous les autres acteurs.

Tableau 7. Types et modèles d'identité au travail chez Dubar et chez Sainsaulieu

Sainsaulieu	**Dubar**
Modèle du retrait	Identité d'exclusion
Modèle fusionnel	Identité catégorielle
Modèle négociatoire	Identité d'entreprise
Modèle affinitaire	Identité de réseau

Source : d'après Dubar (2002).

Il établit lui-même un parallèle entre les types d'identités qu'il définit et les quatre initiaux modèles de Sainsaulieu (tableau 7) et postule que : « *L'espace de reconnaissance des identités est inséparable des espaces de légitimation des savoirs et des compétences associées aux identités* » (Dubar, 2002, p. 121).

L'appartenance professionnelle ressentie peut donc relever de la constitution et du soutènement de l'identité globale de l'individu ; elle peut aussi – suivant d'autres orientations théoriques – concerner l'identité de l'individu limitée à son travail.

2.2 LE DESIR D'APPARTENANCE PROFESSIONNELLE EPROUVE, OU SUSCITE PAR LES AUTRES

Cette dimension de l'appartenance professionnelle ressentie est davantage circonscrite que les modèles de Sainsaulieu et de Dubar, elle concerne l'individu au travail sans en déduire ni intégrer l'individu hors travail. On abordera ainsi les notions de motivation, de satisfaction et d'implication ; ensuite, on se penchera plus précisément sur la notion d'imitation, sur son objet – le *leadership* –, ainsi que sur les modalités de diffusion de ce dernier, notamment *via* l'effet de percolation.

2.2.1 Motivation, satisfaction et implication au travail

Le désir d'appartenance s'exprime par des biais divers chez l'individu, ou bien peut être suscité chez lui : mobilisation, performance, sentiment de justice, attachement professionnel, implication, engagement… ces termes recouvrent des notions souvent différentes qui sous-tendent les modèles théoriques explicitant le désir du travail.

Tableau 8. Les principaux modèles théoriques de la motivation

	Modèle	Auteur	Orientation
ENDOGENES	Théorie des besoins et des motivations	Maslow (1954)	Cinq types de besoins hiérarchisés à satisfaire séquentiellement. Conception individuelle et unicausale de la motivation, indépendante de toute emprise extérieure.
	Théorie de l'*Expectation-valence*	Vroom (1964)	Motivation fondée non pas sur l'expérience mais sur les attentes individuelles (*expectations*) vis-à-vis du but à atteindre et sur la différenciation des individus quant à leurs préférences, l'estimation de leurs capacités et le bilan coût/avantage de leur investissement au travail, qui déterminent leur comportement.
	Théorie bifactorielle de la satisfaction	Herzberg (1966)	Décalage entre l'impact des satisfactions et des insatisfactions. L'influence des insatisfactions sur la motivation est minime.
	Théorie sociale cognitive	Bandura (1986)	L'estime de soi accroît la qualité de réception et de traitement des informations reçues par le milieu de travail.
EXOGENES	Théorie de l'équité	Adams (1965)	La plus ou moins grande équité ressentie relativement aux autres détermine le niveau de motivation : chaque individu ajustera le bilan investissement personnel/rétribution au niveau d'injustice qu'il considère subir.
	Théorie de la direction (« théorie X »)	Mc Gregor (1976)	La motivation n'est obtenue que par la contrainte en raison de la préférence pour l'individu à être dirigé et de son aversion pour le travail.
	Théorie des objectifs	Locke et Latham (1990)	C'est la clarté des objectifs qui accroît le sentiment de progresser vers eux et, par là, stimule la motivation.
	Théorie de l'auto-régulation	Kanfer (1990)	Ajustement entre objectifs et résultats obtenus.

Source : à partir de Bernoux (1985), Lemoine (2004) et Levy-Levoyer (1994).

Les modèles de la motivation sont nombreux, on les répartira suivant les sources d'explications propres à la personne ou déterminées par son environnement (tableau 8). Les modèles explicatifs endogènes sont fondés : sur la satisfaction des besoins de l'individu (théorie des besoins et des motivations) ; sur le rapport estimé entre gain et coût de l'investissement au travail (théorie de l'*Expectation-valence*) ou sur le solde entre satisfaction et insatisfaction (théorie bifactorielle de la satisfaction) ; et sur l'estime de soi (théorie sociale cognitive). Les modèles exogènes mettent en avant : les situations relatives des individus les uns par rapport aux autres (théorie de l'équité) ; la clarté des objectifs (théorie des objectifs) ; leur ajustement par rapport au résultats (théorie de l'auto-régulation) ; ou bien la contrainte exercée sur l'individu (théorie de la direction).

La notion d'implication présente une variété d'interprétations tout aussi grande. Pour synthétiser le concept, Charles-Pauvers et Commeiras (2002) citent plusieurs typologies qui distinguent : l'implication dans l'organisation ; dans le travail ; dans la carrière, la profession ou le métier ; l'approbation de l'éthique ou des valeurs de travail ; l'implication dans le groupe de travail.

De ce panorama se dégagent trois notions différentes : la motivation, l'implication et la satisfaction. L'implication est la façon dont l'individu s'engage, se projette dans son travail ou s'y identifie ; la motivation englobe l'ensemble de son projet personnel ; la satisfaction compare le résultat obtenu et les attentes suscitées par le travail (Michel, 1994). Motivation et implication sont souvent utilisées dans un sens identique ; implication et motivation, d'une part, et satisfaction, d'autre part, sont fréquemment corrélés dans les théories de la motivation sans que la démonstration en soit toujours apportée. La satisfaction au travail est une notion peu précise, renvoyant au manque de netteté du sentiment lui-même. Notons que Herzberg (1966) a identifié cinq facteurs de satisfaction au travail : les réalisations (*achievement*) ; la reconnaissance ; le travail lui-même ; la responsabilité ; l'avancement. En regard, il dispose les motifs d'insatisfaction : la politique de l'administration de l'entreprise ; le supérieur hiérarchique ; la rémunération ; les relations entre les personnes ; les conditions de travail.

L'implication dans le travail et l'implication dans l'organisation peuvent être en décalage, si ce n'est en opposition. Thevenet (1999, p. 229) a remarqué que de

toutes les professions qu'il a étudiées, ce sont les infirmières qui lui sont apparues les moins impliquées dans leur travail : « *Leur faible implication n'est qu'une faible adhésion à leur hôpital, mais elles adhèrent à des valeurs professionnelles " techniciennes ", liées à leur métier et aux conditions qu'elles estiment être nécessaires à son bon exercice.* » Il distingue ainsi cinq logiques d'implication, dans : les valeurs du travail ; celles de l'entreprise ; dans l'environnement immédiat du travail ; dans le métier et le contenu du travail ; dans le produit ou l'activité de l'entreprise (Thevenet et Neveu, 2002). C'est ce qu'exprime également Lemoine (1994, p. 404) en différenciant l'implication de l'engagement : « *Il est sans doute préférable de parler d'implication par rapport au travail et d'engagement par rapport à l'organisation.*[10]» On ajoutera qu'il peut y avoir également concordance entre les deux : c'est la démonstration de « l'effet Hawthorne » qui a révélé, lors des expériences menées par Mayo et ses collaborateurs (Mayo, 1975), que les personnes observées réagissaient à l'intérêt qu'on leur portait et pas aux techniques employées pour modifier leur comportement au travail.

Une autre composante de l'identité au travail est celle que l'individu peut chercher à acquérir en imitant les personnes dépositaires des caractéristiques de l'appartenance professionnelle – en particulier celles qui exercent le *leadership*.

2.2.2 Imitation, *leadership* et effet de percolation

Il convient en préalable de distinguer l'imitation du mimétisme et de se pencher sur l'opposition entre Tarde et Durkheim sur le sujet. On évoquera ensuite la place que peut prendre l'imitation dans l'appartenance professionnelle et la façon dont elle s'y exprime.

2.2.2.1 Imitation *vs.* Mimétisme, et identification

Imitation et mimétisme sont souvent confondus. Pourtant, ces deux notions ne recouvrent pas les mêmes comportements. Pour Baudonnière (1997, p. 8), le mimétisme est la : « *Propriété que possèdent certaines espèces animales, pour assurer leur protection défensive ou offensive, de se rendre semblables par*

[10] En filigrane des théories de la motivation apparaît la performance des individus au travail. Cette dimension de la question ne sera pas abordée ici, parce que sans rapport direct avec notre sujet, mais sera évoquée *infra* dans les développements consacrés à la mesure de l'efficacité des établissements de santé.

l'apparence au milieu environnant, à un être quelconque de ce milieu, à un individu d'une espèce mieux protégée, moins redoutée ou plus redoutée, par protection » ; l'imitation étant l'« *Action de reproduire volontairement ou de chercher à reproduire (une apparence, un geste, un acte d'autrui)*[11] » La différence entre les deux relève de l'intentionnalité de l'action : le mimétisme est un réflexe adaptatif alors que l'imitation relève d'un acte volontaire. Baudonnière confirme le caractère central de l'intentionnalité dans la différence entre mimétisme et imitation, en mettant en exergue son niveau : « *L'apprentissage par observation occupe une place intermédiaire entre le mimétisme et l'imitation* » (p. 8). Comme exemple de comportements humains mimétiques types, il cite les mouvements et les comportements des foules.

C'est à ce titre que ne sera pas utilisé le concept de « désir mimétique » de Girard (2002 et 1972), filtre d'interprétation d'œuvres littéraires et facteur d'analyse des comportements humains, qui mêle indifféremment imitation et mimétisme sous le terme englobant de *Mimesis* – ce que résume Lagarde (1994, p. 33) en rappelant du désir que : « (…) *il est mimétique en ce sens qu'il est l'imitation du désir d'un Autre.* »

Quand bien même l'identification renvoie à la notion d'identité précédemment évoquée, cette notion ne sera pas non plus retenue parce que c'est un : « *Processus psychologique par lequel un individu transporte sur un autre, d'une manière continue et plus ou moins durable, les sentiments qu'on éprouve ordinairement pour soi.* » En d'autres termes, l'identification s'assimile à l'endossement partiel de l'identité de quelqu'un d'autre. Il ne sera pas non plus question d'une des déclinaisons du concept d'identification, celle qui affirme : « (…) *la tendance des individus à se différencier de leurs inférieurs et à s'identifier à leurs supérieurs*. » (Sainsaulieu, 1988, p. 307)[12].

Il n'est pas impossible que l'entremêlement de ces notions ait joué un rôle dans l'opposition entre Durkheim et Tarde sur ce thème.

[11] Sauf indication contraire, les définitions sont prises dans Le Grand Robert de la langue française, 2001.
[12] Le concept psychanalytique d'introjection (« *Processus inconscient par lequel l'image d'une personne est incorporée au Moi et au Surmoi* », Gaddini, 2001) ne sera pas davantage utilisé.

2.2.2.2 Durkheim contre Tarde

Pour Tarde (1993), l'imitation est le fondement du lien social ; toute similitude sociale a l'imitation pour cause. A l'instar des similitudes qui s'observent dans le monde du vivant, résultant de la parenté des cellules, les similitudes d'origine sociale : « (…) *sont le fruit direct ou indirect de l'imitation sous toutes ses formes, imitation-coutume ou imitation-mode, imitation-sympathie ou imitation-obéissance, imitation-instruction ou imitation-éducation, imitation naïve ou imitation réfléchie, etc.* » (p. 16). Le groupe social est : « *Une collection d'êtres en tant qu'ils sont en train de s'imiter entre eux, ou en tant que, sans s'imiter actuellement, ils se ressemblent et que leurs traits communs sont des copies anciennes d'un même modèle* » (p. 73).

Tarde indique également la direction des flux de l'imitation : du supérieur vers l'inférieur (« *Les personnes ou les classes qu'on est le plus porté à imiter, sont, en effet, celles auxquelles on obéit le plus docilement* », p. 216) ; du dedans de l'homme vers le dehors : « *La preuve, en effet, la plus forte que l'imitation procède du dedans au dehors, c'est que, dans les rapports des diverses classes, l'envie ne précède jamais l'obéissance et la confiance, mais au contraire est toujours le signe et la suite d'une obéissance et d'une confiance antérieures* (p. 219) – le ressenti précède donc toujours l'action.

Durkheim (1930, p. 107) conteste cette vision du social, cantonnant l'imitation à un mécanisme exclusivement psychologique : « *Que l'imitation soit un phénomène purement psychologique, c'est ce qui ressort avec évidence de ce fait qu'elle peut avoir lieu entre individus que n'unit aucun lien social* ». Selon lui, l'imitation est confondu avec trois autres groupes de faits : la situation où les états de conscience agissent les uns sur les autres et se combinent (Aron, 1967, p. 334, parle de « *fusion des consciences* ») ; le besoin de se mettre en harmonie avec la société et à en adopter les manières ; la reproduction d'un acte dont la copie se justifie en elle-même. Pour Durkheim, seul ce troisième groupe de faits relève de l'imitation : « *C'est la singerie pour elle-même* » (1930, p. 110). Ce qui lui fait dire (p. 115) que : « *Il y a imitation quand un acte a pour antécédent immédiat la représentation d'un acte semblable, antérieurement accompli par autrui, sans que, entre cette représentation et l'exécution s'intercale aucune opération intellectuelle, explicite ou implicite, portant sur le caractère intrinsèque de l'acte reproduit.* » Aron (1967, p. 334) donne

l'exemple de la répétition mécanique des toussotements d'ennui émis par le public lassé par un orateur médiocre.

Dukheim semble associer imitation et perte du libre arbitre. Sa définition de l'imitation est caractérisée par la réunion avec celle du mimétisme ; celle de Tarde n'est pas toujours exempte de cette tendance. Pourtant, une fois écartée le caractère déterministe et niveleur de cette théorie du groupe social, on peut essayer d'étalonner son opérationnalité dans le domaine des groupes de travail.

Sans endosser la personnalité de quelqu'un d'autre ou revêtir son identité, l'imitation permet d'exprimer ou de ressentir un sentiment d'appartenance. Elle se distingue du mimétisme par l'intentionnalité qu'elle requiert, par le caractère volontaire et conscient de sa démarche : l'imitation inconsciente semblant davantage relever du mimétisme. Pour Baudonnière (1994, p. 77), l'imitation se distingue fondamentalement du mimétisme en ce que : « *Contrairement au mimétisme, elle implique une conscience de soi et une conscience de l'autre.* » C'est la raison pour laquelle, l'imitation, dans le sens dans lequel nous allons utiliser ce terme, se distingue également de la conformation au modèle d'un groupe, du conformisme ou de la normalisation (Oberlé, 1999).

L'imitation, telle que nous la définissons ici, est un comportement qui ne se cantonne pas à des postures, des habitudes de langage ou d'attitudes, mais s'étend à l'appropriation de croyances, d'opinions, de fidélités, ou à la revendication de légitimités internes ou externes. Vu sous cet angle, le *leadership* tient un rôle central dans ce mécanisme.

2.2.2.3 *Leadership* et activités de direction

L'objectif n'est pas ici de brosser le panorama des différentes formes ou styles d'exercice du *leadership* (comme celles de Lewin, 1953, entre *leadership* autocratique, *leadership* démocratique et laissez-faire) ou d'estimer son impact sur l'efficacité de l'organisation mais de s'interroger sur la nature de cette relation et la manière dont ses effets se diffusent au sein des organisations de travail. Le terme lui-même recouvre des acceptions non concordantes : en français il caractérise une manière jugée efficace d'exercer une autorité ; en anglais, il englobe l'ensemble des sujets liés au commandement dans les organisations (Karnas, 2002). De façon

similaire, Jago (1994, p. 113) distingue le *leadership* comme processus du *leadership* comme propriété ; le premier terme désigne : « *L'utilisation d'une influence non coercitive pour diriger et coordonner les activités des membres d'un groupe* », le second : « *L'ensemble des qualités et des caractéristiques attribuées à ceux qui exercent avec succès cette influence.* »

L'analyse du *leadership* est privilégiée par rapport à celle des activités de direction en raison des caractéristiques de sa diffusion. Gouldner (1954) estime qu'un *leader* est une personne dont le comportement fait modèle dans un groupe ; Etzioni (1965) différencie le *leadership*, qui substitue des préférences à d'autres, et le pouvoir qui fonde son action sur l'obéissance.[13] Cartwright (1965) démontre, quant à lui, le lien existant entre *leadership*, influence et contrôle, en insistant sur les modalités de diffusion de l'influence, placée également au cœur de l'analyse du *leadership* par Katz et Kahn (1966). De même, pour Jacobs (1971[14]), le *leadership* est fondé sur l'influence exercée *via* des processus interpersonnels sans mise en jeu de l'autorité découlant du contrat de travail, alors que les activités de direction reposent sur l'utilisation d'un système formel de rétributions et de sanctions en regard d'obligations contractuelles. Dans tous les cas, le *leadership* peut prendre forme dans n'importe quel groupe ou situation organisée.

Les cinq approches majeures de l'analyse du *leadership* s'articulent autour des traits de caractère, des comportements, de l'approche fondée sur les contingences de la situation, de l'approche transactionnelle et de l'approche transformationnelle (Pelletier, 1999 ; Rogard, 2004). Cette dernière approche identifie ce qui différencie le *manager* du *leader*, la différence entre les deux se fondant sur le charisme du *leader*, sa capacité à déléguer des projets pour favoriser les situations d'apprentissage ainsi qu'à susciter une stimulation intellectuelle en lançant des idées nouvelles.

Dès lors que l'on a mis l'accent sur le *leadership* en tant que processus adossé à l'influence, et que l'on a observé le rôle de l'imitation dans l'appartenance professionnelle, il convient d'observer l'action combinée de l'imitation et du *leadership*, *via* les modalités de diffusion de ce dernier.

---

[13] Cité par Hall (1972, p. 244).
[14] Cité par Jago (1994).

2.2.2.4 Château d'eau social et effet de percolation

S'agissant de la percolation, le terme de théorie est souvent employé alors qu'il ne s'agit que d'une modalité de diffusion. A l'origine, *percolatio* signifie filtration et *to trickle* s'écouler goutte à goutte ; par extension, le terme *trickle down* sert à illustrer un écoulement du haut vers le bas qui imprègne ce qui se trouve en dessous du flot, d'où l'utilisation du terme de percolation en français. L'argumentation par l'effet de percolation est utilisée dans des domaines variés des sciences sociales[15] : l'économie du développement, la fiscalité, l'éducation publique, les fluctuations économiques et boursières, la répartition des revenus, etc.

Tarde (1993, p. 240) se trouve à l'origine de la dimension sociale et idéologique de la percolation, par la description qu'il en fait sous l'appellation de « château d'eau social » : « *Le principal rôle d'une noblesse, sa marque distinctive, c'est son caractère initiateur sinon inventif. L'invention peut partir des plus bas rangs du peuple ; mais, pour la répandre, il faut une cime sociale en haut relief, sorte de château d'eau social d'où la cascade continue de l'imitation doit descendre.* » La dimension idéologique de la percolation se trouve aujourd'hui particulièrement présente – et fréquemment dénoncée comme telle – dans l'économie du développement. Selon la *Trickle down theory*, l'accumulation de capital permise par l'industrialisation est économiquement plus efficace que la dissémination des moyens dédiés à l'aide au développement dans l'ensemble du corps social : la croissance économique enclenchée par l'augmentation des revenus au sommet de la société imprégnera ensuite l'ensemble de la pyramide sociale par un effet de percolation.

L'effet de percolation, tel que nous l'envisageons ici, se dégage de ces acceptions idéologiques pour former le produit de l'imitation et du *leadership*. Quels que soient son activité ou son statut, le positionnement du *leader* en termes de légitimité, d'opinions, de recommandations de bonnes pratiques, influence la pyramide hiérarchique – formelle ou informelle – au sommet de laquelle il est placé. Ses actes, son attitude, ses propos, son discours, ses recommandations, descendent en cascade dans le groupe professionnel dont il a la responsabilité : ils sont acceptés,

[15] C'est à la base un modèle mathématique développé au milieu des années 1950 dans le domaine de la physique (Pajot, 2001).

commentés, critiqués, rejetés, mais ils font foi en tant qu'émanant d'un individu dont la fonction est de servir d'exemple.

Maintenant qu'un panorama des théories de l'appartenance professionnelle a été brossé, nous allons nous pencher plus précisément sur le cas des professions de santé de façon à vérifier si elles constituent des candidates idéales pour une étude sur la question de l'appartenance professionnelle.

2.3 LES PARTICULARITES DES PROFESSIONS DE SANTE

L'identification des composantes réellement spécifiques des métiers du soin nécessite de s'affranchir de la description qu'en font leurs membres. Le particularisme des professions de santé, tel qu'il est revendiqué, renvoie directement à la sacralisation de ces métiers et de ces professions : tout discours rationnel vient se heurter à l'apostolat que ces personnels sont censés exercer, et derrière lequel ils sont enclins à se retrancher dès lors qu'on interroge l'organisation de leur activité.

Par-delà la révérence accordée à ces professions particulières, les relations entre médecins, personnel médical en général et infirmières – métier univoquement étudié dans tout texte relatif aux personnels non médicaux du soin – est fréquemment analysée à la lumière de la relation de subordination liant employeurs et salariés. Or, comme il a été démontré (Holcman, 2002 a), les tâches des personnels d'un hôpital se distinguent peu de celles assurées dans d'autres secteurs d'activité – à l'exception de la relation humaine avec le patient qui forme la spécificité irréductible des métiers du soin. Les métiers hospitaliers tirent, en effet, leur spécificité de leur confrontation quotidienne avec la maladie, la souffrance et la mort ; ils ne fondent pas leur originalité sur un mode de raisonnement, un niveau de compétence ou une technicité particulière, mais sur l'intime et quotidienne relation entretenue avec la peur, l'angoisse, l'humanité – chez le patient sa famille, mais aussi chez le soignant lui-même.

L'autonomie n'est pas un critère discriminant entre professions et non professions, entre personnel médical et personnel non médical. Il est difficile de suivre Freidson (1984, p. 79) quand, évoquant ce qui sépare la profession médicale de la « profession » infirmière, il affirme que : « *L'une est autonome, l'autre ne l'est pas ; la*

première donne des ordres à tout le monde et n'en reçoit de personne, l'autre donne des ordres à quelques-uns mais en reçoit également.[16] » S'il ne fait pas de doute que les infirmières, comme les autres agents paramédicaux reçoivent des ordres et en donnent (de moins en moins, toutefois, à mesure qu'on descend dans l'échelle hiérarchique), il faut noter que la plupart des médecins sont dans la même situation : l'adjoint du chef de service obéit au chef de service ; les autres médecins du service obéissent au chef de service et à son adjoint ; les médecins juniors obéissent aux médecins seniors, etc. De même, la capacité d'invoquer l'urgence comme justification de toute transgression des règles n'est pas, contrairement à ce qu'affirme Freidson (1984), propre à la profession médicale, la distinguant des autres formes d'exercice d'une expertise : les décisions à prendre dans les industries nucléaires, aéronautique, spatiales, sont tout autant porteuses de risques en termes de mise en jeu de la vie humaine.

Les spécificités réelles des métiers du soin relèvent, en réalité, de la différenciation entre tâches prescrites et tâches autonomes, et de la dimension psychologique du travail de soin.

2.3.1 Les tâches prescrites

La relation très particulière entre prescripteurs de travail et exécuteurs de travail prescrit constitue l'une des singularités de l'activité dans les hôpitaux. La notion de tâches prescrites est précisée réglementairement en France, notamment pour les infirmières : le décret dit « de compétences » (annexe 1) définit très précisément le domaine d'action des personnels infirmiers et la nature des interventions qu'ils sont habilités à entreprendre. Sont d'abord listés les actes qui relèvent du « rôle propre » des infirmières, c'est-à-dire qui sont dispensés en fonction de leur initiative et sous leur responsabilité ; viennent ensuite les actes à effectuer en application d'une prescription médicale ou d'un protocole écrit ; et enfin les actes mis en œuvre par les médecins et auxquels les infirmières participent. La notion de rôle propre date de 1978, quand il a semblé nécessaire au législateur français que l'espace d'intervention de l'infirmière ne soit plus totalement circonscrit par la prescription médicale, mais dispose aussi d'une certaine autonomie (Acker, 1991).

[16] Les citations en langue anglaise sont traduites par nous-mêmes.

Cette situation de travail est fréquemment décrite comme relevant d'un lien de subordination entre paramédicaux et médecins. Le terme est impropre, en particulier mis en regard de son acception dans le code du travail français. La Cour de Cassation a ainsi rappelé : « (…) *que le lien de subordination est caractérisé par l'exécution d'un travail sous l'autorité d'un employeur qui a le pouvoir de donner des ordres et des directives, d'en contrôler l'exécution et de sanctionner les manquements de son subordonné.*[17] » A l'exception des établissements de santé privés à but lucratif, où les médecins emploient parfois eux-mêmes leurs collaborateurs, les personnels paramédicaux sont recrutés et employés par les établissements de soins – quand bien même leur travail ressortit à la prescription et à la commande des médecins avec lesquels ils travaillent : les médecins, particulièrement le chef du service, ne disposent donc d'aucun pouvoir hiérarchique sur les personnels paramédicaux. Evoquer un lien de subordination pour définir les rapports de travail entre médecins et paramédicaux dans les services de soins reviendrait dès lors à masquer l'existence de la double filière hiérarchique qui caractérise les hôpitaux.

Il convient d'éviter *a fortiori* d'associer un éventuel lien de subordination, ou tout autres modalités de relations subalternes, avec l'exécution de tâches prescrites dans la mesure où ces dernières sont prises en charge pour une bonne part par des personnels médicaux. C'est le cas des médecins et des pharmaciens travaillant et/ou dirigeant les laboratoires d'analyses (biologie, biochimie, anatomo-pathologie…) ou bien les services d'imagerie médicale. En tant que médecins ou praticiens, ils sont habilités à émettre eux-mêmes des prescriptions ; dans la réalité, ils exécutent ou font exécuter celles des services cliniques.

Pour évoquer la situation des paramédicaux vis-à-vis des médicaux, il convient d'utiliser le terme de « sujétion », situation d'une personne soumise à une autorité.

2.3.2 La relation avec le patient : un travail sentimental ou émotionnel ?

La relation avec le patient ne recouvre pas les notions de « travail émotionnel » (Drulhe, 2000) ou de « travail sentimental » (Lépinard, 2000) ; bien au contraire, la relation avec le patient se construit, suivant les situations, à partir d'une subtile

[17] Audience publique du 13 novembre 1996 de la Chambre sociale ; numéro de pourvoi 94-13187.

alchimie entre proximité et distance, affectivité et recul, compassion envers l'autre et protection de soi-même. L'introduction d'une dimension sentimentale ou émotionnelle est proscrite dans le travail des soignants – médicaux et non médicaux – en tant qu'elle fait perdre au soignant la distance qui le constitue comme professionnel, terme utilisé cette fois dans le sens commun. L'une des fonctions des personnels d'encadrement est de diagnostiquer cette dérive afin d'en protéger les personnels dont ils ont la responsabilité.

La distance ainsi maintenue n'empêche pas l'établissement d'une relation avec le patient, elle en forme plutôt la condition nécessaire : un soignant qui bascule dans l'affect à l'égard d'un patient dont il a la charge se délégitime y compris aux yeux mêmes de ce patient ou de ses proches. Compassion, empathie, humanité, ne se confondent pas avec sentimentalisme, émotivité et sensiblerie. On ne peut ainsi suivre Drulhe (2000, p. 24) quand il affirme que : « *La proximité physique avec les patients, les contacts corporels avec eux, l'intrusion dans leur nudité, leurs plaintes et les manifestations de leur souffrance, leur soulagement d'avoir évité le pire… constituent autant d'éléments du travail infirmier qui peuvent susciter diverses émotions : l'attendrissement et l'affection aussi bien que l'agressivité et la colère.* »

Pour Lépinard (2000, p. 41) : « *Le fait que les soignantes aient recours à la psychologue pour les cas difficiles indique qu'il existe une répartition des tâches entre les différents acteurs du service.* » ; il semble plutôt que ce soit là le signe d'une confusion des tâches : qu'ils soient difficiles ou non, les situation de patients qui relèvent d'une consultation avec un psychologue doivent être prises en charge par un de ces professionnels et pas assumées au fil de l'eau par des personnels inexpérimentés en dépit de leur bonne volonté.

La relation avec le patient demeure, toutefois, la spécificité irréductible des métiers exercés dans les services de soins[18], quand bien même elle est professionnalisée. S'agissant des médecins, Iandolo (1986) classe leur compétence dans la communication en trois catégories : domaine cognitif (motivation, capacité d'observation…), domaine psychomoteur (communication verbale et non verbale,

[18] Par services de soins, nous entendons tous les services où le patient est présent : il s'agit des services cliniques et des services médico-techniques tels l'imagerie médicale, la radiothérapie, les explorations fonctionnelles, les services de rééducation (kinésithérapie, orthophonie), à l'exclusion donc des laboratoires ou du département de la diététique, par exemple.

écoute du malade) et domaine affectif. Les éléments prépondérants dans ce dernier domaine sont : la tolérance ; le dévouement ; l'acceptation ; la patience ; la neutralité affective.

En d'autres termes, l'empathie du soignant – en l'occurrence le médecin – doit s'accompagner d'une neutralité affective permettant à ce dernier de conserver son rôle et ses compétences de professionnel. Iandolo (1986, p. 213) rappelle les deux attitudes, au premier abord contradictoires, enseignées aux soignants – médecins et non médecins : « *D'un côté la sympathie, l'empathie, la compassion pour le malade vulnérable et souffrant ; de l'autre côté, le détachement et l'objectivité, c'est-à-dire la non-implication émotionnelle dans la situation et les souffrances du malade, implication qui constituerait un obstacle à* [l']*activité professionnelle.* » A ce titre, la maîtrise de la communication – verbale ou non verbale (mimiques, regards, postures, contacts physiques, etc.) – forme une part prépondérante de la compétence professionnelle des soignants.

Au total, si les professions et les métiers de la santé présentent une dimension particulière quant au rapport avec le patient, pour le reste, elles ne se distinguent pas en termes de catégorisation de l'appartenance – appartenance professionnelle définie ou appartenance professionnelle ressentie. S'agissant de la séparation professionnels/non professionnels, on considérera que le groupe des professionnels est constitué du personnel médical (médecins, pharmaciens et odontologistes), que les semi-professionnels sont les personnels non médicaux soignants (infirmières, aides soignants, kinésithérapeutes…) et que le groupe des non-professionnels rassemble le personnel non médical non soignant des filières administratives et techniques : chefs d'établissement, directeurs, ingénieur, contremaître, secrétaires médicales[19].

Au terme de ce panorama des théories relatives à l'appartenance professionnelle, on s'aperçoit que ces dernières se répartissent donc entre celles qui renvoient à une appartenance ressentie et celles qui ressortissent à une appartenance définie – l'appartenance définie relevant à la fois du groupe professionnel de l'individu et de la structure où il travaille.

[19] Ces groupes seront exposés en détail quand on définira le champ de la recherche empirique.

L’appartenance professionnelle définie et l’appartenance professionnelle ressentie sont souvent confondues, ou bien déduites l’une de l’autre : on suppose qu’un individu estime appartenir à un groupe professionnel parce qu’il en fait objectivement partie – ce constat valant qu’il s’agisse de professionnels, de non professionnels ou de semi-professionnels. Une infirmière est supposée se sentir infirmière parce qu’elle appartient à ce groupe professionnel, qu’elle en a suivi la formation et franchi avec les succès les barrières à l’entrée. En d’autres termes, les critères de gestion du personnel se confondent avec les instruments d’évaluation de sa compétence.

L’écart entre les deux types d’appartenance doit donc s’analyser parce qu’il peut expliquer, pour tout ou partie, les dysfonctionnements qui affectent les organisations. Pour évaluer ce décalage, il faut un terrain d’étude et un modèle d’analyse.

CHAPITRE 2

L'HÔPITAL COMME TERRAIN D'ÉTUDE, L'ANALYSE STRATÉGIQUE DES ORGANISATIONS COMME MODÈLE D'ANALYSE

De façon à évaluer l'écart existant entre appartenance professionnelle définie et appartenance professionnelle ressentie, l'hôpital a été choisi comme terrain d'étude, parce qu'il est considéré comme l'un des exemples-types d'une bureaucratie professionnelle, c'est-à-dire une structure de travail fondée sur une séparation hermétique entre professionnels et non professionnels. Evaluer ce degré de séparation revient à juger de la pertinence de la distinction entre appartenance définie et appartenance ressentie.

Pour estimer le degré de séparation entre ces deux concepts d'appartenance, des hypothèses seront émises, édifiées à partir de l'analyse stratégique des organisations, et ce parce que cette dernière place les notions de pouvoir et d'incertitude au cœur de son raisonnement.

Nous allons d'abord nous pencher sur la question de la bureaucratie et des bureaucraties professionnelles avant que de s'interroger sur la représentativité des hôpitaux français. Nous décrirons ensuite les mécanismes du modèle d'analyse stratégique des organisations.

3 BUREAUCRATIE ET BUREAUCRATIES PROFESSIONNELLES

Avant que de décrire la spécificité des organisations qualifiées de bureaucraties professionnelles, il faut tout d'abord préciser le sens donné au terme lui-même.

3.1 LA BUREAUCRATIE

L'utilisation du terme de « bureaucratie » est partagée entre l'acception commune, nettement péjorative, et son sens sociologique.

3.1.1 Une confusion lexicale quant au terme

Dans le langage commun le terme de bureaucratie prend le sens de : « *Pouvoir politique des bureaux, influence abusive de l'administration* » ; un bureaucrate est un : « *Fonctionnaire qui attribue une importance exagérée à sa fonction et en abuse vis-à-vis du public.* » Par voie de conséquence la bureaucratisation est un processus d'accroissement du pouvoir des services administratifs qui soumet l'ensemble d'une

organisation et de ses activités au cloisonnement et à l'esprit tatillon des bureaux : « *Objet de stigmatisation, de dénigrement, mais aussi parfois d'inspiration littéraire, le terme de " bureaucratie " fait aujourd'hui partie d'un imaginaire collectif dont on se situe plus réellement, ni l'origine, ni le sens* » (Francfort et *al.*, 1995, p. 353).

Un système bureaucratisé est décrit comme étant caractérisé par l'inertie, la dilution des responsabilités, qui engendrent l'irresponsabilité, la lenteur de la prise de décision : le pouvoir pris par les bureaux dissuade l'initiative et décourage les bonnes volontés. Pour John Stuart Mill, le développement de la société moderne engendre l'apparition de nouvelles fonctions pris en charge par une administration publique sans en cesse en accroissement. Il considère que la société doit gérer sa propre organisation sauf à endurer l'inefficacité et l'absence de dynamisme.

La critique de la bureaucratie ne se limite pas à l'organisationnel mais s'étend également au social ainsi qu'au politique. Pour Marx, elle est l'instrument de domination d'une classe, un élément essentiel au fonctionnement de l'Etat capitaliste ; c'est une caste parasitaire dont l'extinction accompagnera celle de la classe qu'elle sert, la bourgeoisie. Historiquement, Marx identifie trois types de bureaucratie : la bureaucratie de l'absolutisme, la bureaucratie bourgeoise et la bureaucratie bonapartiste. Au sein d'une société, la bureaucratie étatique est confortée par les bureaucraties militaire et ecclésiastique (Busino, 1993). Castoriadis (1990) avance le terme de « capitalisme bureaucratique » et voit la bureaucratie comme une nouvelle couche exploiteuse, une classe sociale à part entière : elle est le produit d'une activité politique.

Les grands totalitarismes ont développé des bureaucraties auxquelles ils ont été assimilés et avec lesquelles ils ont été confondus. Dans cette perspective, la bureaucratie est envisagée comme une forme de gouvernement, c'est à ce titre que le terme de « despotisme bureaucratique » a parfois été utilisé. Pour Lefort (1979), les sociétés bureaucratico-totalitaires procèdent à une centralisation totale des activités économiques, sociales et politiques ; le totalitarisme bureaucratique s'applique à ressouder organiquement la société en la débarrassant des divisions et des conflits.

La vision politique de la bureaucratie fait de cette dernière un choix volontariste d'organisation sociale ; la notion sociologique, en revanche, privilégie la vision de la bureaucratie comme modalité de fonctionnement de l'organisation.

3.1.2 L'émergence de la notion sociologique

La notion sociologique de bureaucratie ressortit davantage à une modalité particulière d'administration. Pour Mosca (Albertoni, 1987), le développement des sociétés modernes rend leur gestion de plus en plus complexe : pour asseoir sa domination et établir un lien entre gouverneurs/dominants et gouvernés/dominés, la classe dirigeante a besoin de compter sur un corps de personnes compétentes pour la relayer, la bureaucratie. Selon Michels (1971), c'est l'organisation qui est à la source de la bureaucratie – cette dernière apportant son concours à l'oligarchie qu'engendre nécessairement l'organisation. Mais au bout d'un moment, la bureaucratie concentre davantage son énergie sur sa préservation que sur les missions qui lui sont confiées.

Weber répartit les actions humaines en quatre idéaux-types[20] : l'action traditionnelle (se rattache à la coutume) ; l'action affective (guidée par les passions) ; l'action rationnelle en valeur (valeurs d'ordre éthique, esthétique ou religieux) ; l'action rationnelle en finalité (action instrumentale tournée vers un but utilitaire et qui implique l'adéquation entre fins et moyens). A chaque type d'activité, il fait correspondre un mode de domination[21] : la domination traditionnelle (gérontocratie, patriarcat, féodalité) ; la domination charismatique (pouvoir du chef fondé sur sa force de conviction) ; la domination légale (appuyée sur le pouvoir d'un droit abstrait et impersonnel). A ces types d'actions et à ces modes de domination, Aron (1967) fait correspondre les types d'ordres légitimes identifiés par Weber : religieux, affectifs ou émotionnels, rationnels, déterminés par l'intérêt (tableau 9).

---

[20] « *Pour analyser les actions sociales, le sociologue peut créer des catégories, des tableaux de pensée qui ne sont pas des représentations exactes du monde mais qui, pour les besoins de la recherche, accentuent délibérément certaines traits. L'idéal-type ne reflète pas le réel mais facilite l'analyse de ses composantes.* » (Lallement, 2003 a, p. 193).

[21] *« Au cœur des relations sociales, pétries par les luttes, le sociologue allemand* [Weber] *perçoit en fait la domination, domination assise sur une constellation d'intérêt (comme le monopole économique) ou domination fondée sur l'autorité (pouvoir de commander).* » (Lallement, 2003 a, p. 195).

Tableau 9. Actions, dominations et ordres légitimes chez Weber

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

Source : d'après Aron (1967).

Quand bien même il juge possible l'émergence d'une bureaucratie charismatique (le mode de domination traditionnel est incompatible avec son apparition), pour Weber (1995, p. 294) : « *Le type le plus pur de domination légale est la domination par le moyen de la direction administrative bureaucratique.* » La bureaucratie est la forme d'organisation qui répond le mieux à la nécessité d'appliquer impersonnellement des normes impersonnelles. L'important est que la légitimité de la domination soit explicite, de façon que celui qui obéit s'approprie cette légitimité sans s'interroger en permanence sur la valeur ou la non valeur des ordres qu'on lui transmet. La domination légale est une domination rationnelle : *« Le pouvoir dans les organisations modernes se justifie ainsi par la compétence, la rationalité des choix, et non par des vertus magiques ou un droit ancestral* » (Lallement, 2003 a, p. 196). La bureaucratie est, suivant Weber, le principe d'organisation qui fonde l'efficacité et la rationalité du monde moderne ; il n'en craint pas moins les excès de l'inévitable bureaucratisation – terme pris ici dans son sens commun.

L'analyse de Weber a connu affinements et remises en question. Merton (1961, p. 52) rappelle que : « *Toute action peut être considérée du point de vue de ce qu'elle atteint ou de ce qu'elle échoue à atteindre.* » Il considère que Weber a focalisé son analyse sur les objectifs que la bureaucratie a réussi à atteindre : précision, fiabilité, efficacité. Merton (1961) et Merton et *al.* (1960) mettent en évidence le poids et l'importance de l'irrationnel engendré par les processus bureaucratiques. Pour Blau (1961 et 1974), la bureaucratie est une étape incontournable dans le développement des administrations – publiques ou privées –, soit comme modalité d'organisation la plus efficace pour les administrations, soit comme stratégie institutionnalisée pour atteindre les objectifs de la puissance publique.

Mais le caractère rationnel de la bureaucratie butte inévitablement sur les limites de la rationalité humaine et sa propension à l'affect (March et Simon, 1999). Selznick (1961) a montré que la fragmentation des rôles, destinée à renforcer la neutralité et l'indépendance de l'expert, a fait naître un esprit de caste et des tentations d'alliance. Gouldner (1954) établit une typologie entre trois modèles bureaucratiques : faussé (*mock*) ; représentatif ; avec sanctions centralisées. Par ailleurs, il avance que le cercle vicieux bureaucratique vient de la contradiction entre la réduction des tensions générées par la subordination, le contrôle permis par l'impersonnalité bureaucratique, d'une part, et la nécessité d'un recours minimal à la subordination et au contrôle en raison du maintien de tensions dues à l'application de règles impersonnelles, d'autre part.

Quand bien même Crozier (1963) considère que l'organisation est la seule formule permettant de faire tendre les comportements individuels vers un objectif commun, et qu'il décrit le phénomène bureaucratique comme étant également un phénomène culturel français, il dénonce les effets pervers de la bureaucratie : la limitation de l'initiative personnelle par le développement des règles impersonnelles ; la rigidité induite par la centralisation des décisions ; l'imperméabilité entre strates hiérarchiques isolées qui entrent en conflit ; la pression du groupe des pairs sur l'individu ; et, conséquence de ce qui précède, le développement de relations de pouvoirs parallèles. A l'analyse de la bureaucratie, Crozier préfère substituer le raisonnement en termes de relations de pouvoir et de situations d'incertitude – modèle d'analyse que nous avons retenu et que nous allons décrire plus bas.

La théorie de la bureaucratie est remise en cause de façon plus radicale par l'école des choix publics. Ses principaux représentants – Buchanan (Buchanan et Tollison, 1972), Tullock (1998) et Niskanen (1996) – avancent qu'à l'instar de tous les autres segments de la société, la bureaucratie agit prioritairement pour assurer la préservation de ses intérêts. Ce faisant, elle répond favorablement aux demandes des groupes sociaux les plus influents, exigées d'autant plus facilement que les dépenses ainsi engagées seront supportées par l'ensemble du corps social – attitude que Olson (1974) définit comme celle du « passager clandestin » qui profite de l'effort commun sans y contribuer. La bureaucratie elle-même est traversée de

courants antagoniques qui luttent pour le pouvoir et recherchent l'hégémonie par un jeu d'alliances.

Par-delà, donc, le langage commun, la bureaucratie comme modalité impersonnelle et équitable d'organisation n'est pas à l'abri de la bureaucratisation. Maintenant que les concepts de bureaucratie et de profession ont été évoqués, il convient de se pencher plus précisément sur leur combinaison au sein de la notion de bureaucratie professionnelle.

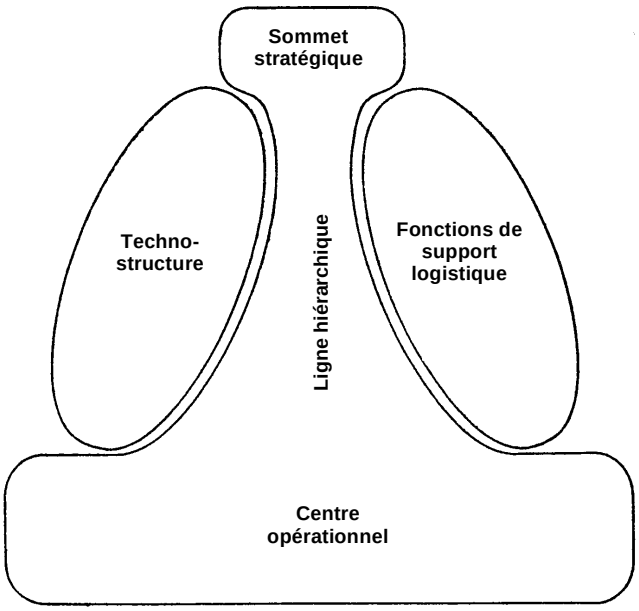
3.2 LA BUREAUCRATIE PROFESSIONNELLE

Mintzberg (1982) a intégré les organisations mettant aux prises éléments bureaucratiques et éléments professionnels au sein d'une typologie générale des organisations. Pour lui, les organisations sont toutes constituées de cinq parties, à partir de l'importance relative desquelles il identifie cinq types d'organisations. Nous allons balayer les différents éléments de cette typologie avant que de nous pencher plus attentivement sur la question de la bureaucratie professionnelle.

3.2.1 Cinq éléments de base et cinq types d'organisation

Les cinq parties constitutives de l'organisation sont : le centre opérationnel ; le sommet stratégique ; la ligne hiérarchique ; la technostructure ; les fonctionnels de support logistique. Sur le schéma type de l'organisation dessiné par Mintzberg (figure 3) le socle est formé par le centre opérationnel qui réunit les agents chargés de l'activité constitutive de l'organisation. Au-dessus du centre opérationnel se trouve la partie administrative de l'organisation : en haut, le sommet stratégique qui rassemble les managers (membres et président du conseil d'administration, comité directeur) et leurs assistants ; en dessous, la ligne hiérarchique opérationnelle (directeurs d'usines, responsables régionaux des ventes, chefs d'ateliers, responsables des ventes, etc.). A gauche, se situe la technostructure constituée des « *Analystes qui standardisent le travail des autres et qui, grâce à leurs techniques, aident l'organisation à s'adapter à son environnement* » (Mintzberg, 1982, p. 36). La technostructure regroupe différents services : planification stratégique, comptabilité, contrôle, formation, recherche opérationnelle, ordonnancement de la production, méthodes, etc.

Figure 3. Les cinq parties de base de l'organisation selon Mintzberg



Source : Mintzberg (1982, p. 37).

A droite de la ligne hiérarchique, se trouve le groupe des fonctions de support logistique (conseil juridique, relations publiques, relations sociales, recherche et développement, tarification, paie, réception, vaguemestre, restaurant d'entreprise), également dénommées fonctions support.

Le poids relatif et l'importance de ces cinq composantes varient suivant les organisations, dont Mintzberg a identifié cinq types : les organisations entrepreneuriale, mécaniste, divisionnalisée, professionnelle et innovatrice. Mintzberg leur donne également d'autres appellations, respectivement : structure simple, bureaucratie mécaniste, forme divisionnalisée, bureaucratie professionnelle et adhocratie. A chaque type d'organisation, correspond une partie clé prédominante : dans le cas de la bureaucratie professionnelle, par exemple, le centre opérationnel qui y tient un rôle prédominant (tableau 10).

Tableau 10. Les composantes de l'organisation selon Mintzberg

Type d'organisation	Autre appellation	Partie clé de l'organisation
Entrepreneuriale	Structure simple	Sommet stratégique
Mécaniste	Bureaucratie mécaniste	Technostructure
Divisionnalisée	Forme divisionnalisée	Ligne hiérarchique
Professionnelle	Bureaucratie professionnelle	Centre opérationnel
Innovatrice	Adhocratie	Fonctions de support logistique

Source : d'après Mintzberg (1982, p. 269).

3.2.2 Les bureaucraties professionnelles

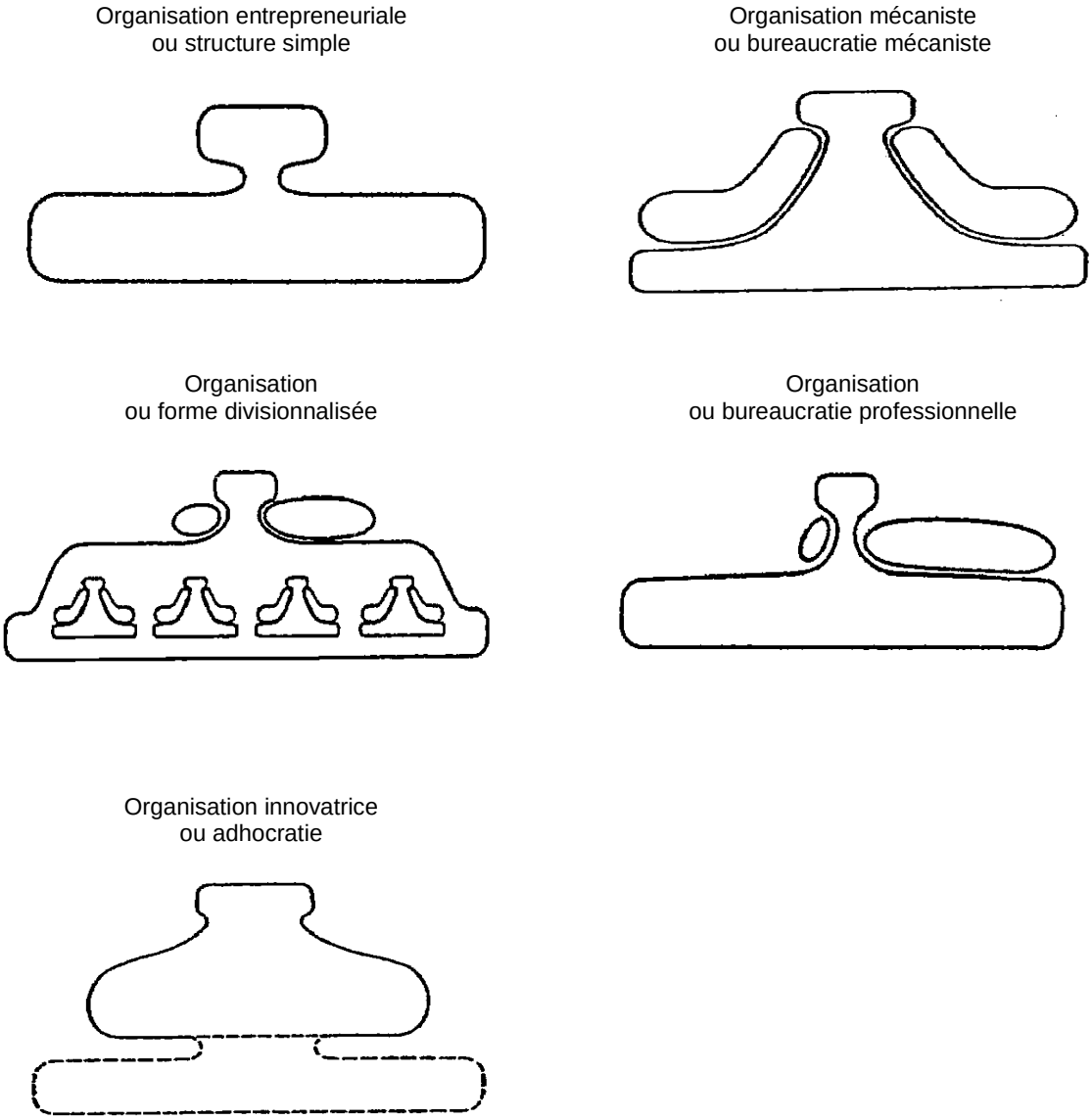
Toren (1969) rappelle que l'une des questions les plus souvent discutées en sociologie des professions est le rapport entre professionnels et structures bureaucratiques – la divergence d'objectifs, d'organisation et de contrôle interne entre ces deux entités rendant inévitable leur affrontement, même si leurs points de convergence sont souvent ignorés. Mintzberg décrit l'organisation professionnelle comme une bureaucratie, bien qu'elle soit décentralisée. Son fonctionnement, étroitement dépendant des standards de qualification de ses opérateurs professionnels, est stabilisé par des systèmes de classement à l'intérieur desquels les professionnels travaillent de façon autonome sous le contrôle de la profession.

Comme on peut le constater sur la figure 4, l'organisation professionnelle dispose – comme les autres formes d'organisation – d'un centre opérationnel prépondérant ; comme l'organisation entrepreneuriale et l'organisation divisionnalisée, elle se caractérise par une ligne hiérarchique très courte et peu étoffée. Outre l'existence d'une technostructure ténue (caractéristique qu'elle partage avec l'organisation divisionnalisée), sa particularité est d'être adossée à des fonctions de support logistique très développée – autant, sinon plus, que dans l'organisation mécaniste.

Dans les bureaucraties professionnelles, la partie clé de l'organisation est le centre opérationnel dont les opérateurs disposent du pouvoir (tableau 10). Dans ce type d'organisation, où la spécialisation horizontale est importante et où le regroupement en unités se fait par fonction et par marché, la planification et le contrôle sont faibles et les seuls mécanismes de liaison observables se trouvent dans sa partie administrative. La ligne hiérarchique est contrôlée par les professionnels, et l'accent est davantage mis sur la formation et la socialisation que sur la formation des comportements. Le centre opérationnel se caractérise par un travail qualifié, standardisé, empreint d'une grande autonomie individuelle. Pour Mintzberg (2004, p. 311) : « *L'organisation professionnelle, pour coordonner ses activités, s'appuie sur la standardisation des qualifications qui est elle-même réalisée principalement à travers la formation. Elle recrute des spécialistes dûment formés – des professionnels – et leur laisse une latitude considérable dans le contrôle de leur propre travail.* » Comme exemples de bureaucraties professionnelles, il cite : les universités ; les grands

hôpitaux ; les sociétés d'experts comptables ; les organismes d'action sociale ; les sociétés d'engineering ; etc.

Figure 4. Les cinq types d'organisation selon Mintzberg



Source : Mintzberg (2004, p. 214, 239, 278, 311 et 351).

Comme toute organisation, la bureaucratie professionnelle est le lieu de tensions entre ses composantes. La première d'entre elles vient du positionnement particulier des professionnels en son sein, rappelé par Mintzberg (1982, p. 315) : « *Le professionnel tend à s'identifier plus avec sa profession qu'avec l'organisation où il la pratique.* » On a ici l'un des clivages les plus importants à mettre en lumière dans ce

type d'organisation : l'opposition entre une identité professionnelle et une identité institutionnelle, cette dernière caractérisant les personnels qui se reconnaissent davantage dans l'organisation où ils travaillent que dans leur métier ou leur profession. L'autre source de tensions à mettre en évidence est la propension des professionnels à obtenir, en plus du contrôle sur leur propre travail, le contrôle collectif sur les questions administratives qui les concernent. C'est la raison pour laquelle Mintzberg considère que, dans les bureaucraties professionnelles, les administratifs ne conservent leur pouvoir qu'à condition que leur action serve efficacement les intérêts des professionnels, et que les questions stratégiques soient sous le contrôle de ces derniers.

Les bureaucraties professionnelles sont affectées de bien d'autres formes de dysfonctionnement (coordination des activités, classement entre les professionnels, contrôle de la qualité de la prestation professionnelle…) qui ne seront pas évoquées ici parce qu'elles ne sont pas en lien direct avec la question de l'appartenance professionnelle.

La bureaucratie professionnelle est donc une forme de structuration de l'activité caractérisée par une séparation tranchée entre professionnels et non professionnels, qui ont une vision radicalement différente de l'organisation où ils travaillent. C'est à ce titre que ce type de structure a été choisie pour évaluer le décalage existant entre appartenance professionnelle définie et appartenance professionnelle ressentie – l'hôpital apparaissant, à ce titre, comme un terrain d'étude privilégié.

4 L'HOPITAL COMME TERRAIN D'ETUDE

Pour vérifier l'existence d'un décalage entre les deux concepts d'appartenance professionnelle identifiés, l'hôpital a été choisi comme terrain d'étude, et ce pour plusieurs raisons : il est d'abord censé incarner l'exemple-type d'une bureaucratie professionnelle caractérisée par des filières hiérarchiques parallèles, c'est aussi une structure organisationnelle où cohabitent des légitimités concurrentes. Ainsi, pour de Kervasdoué (1996, p. 250) : « *L'hôpital est plus une rue commerçante, avec sa boucherie, sa boulangerie, sa mercerie, qui de temps en temps anime les boutiques du quartier en faisant une quinzaine commerciale, qu'une organisation moderne*

coordonnée, c'est-à-dire contraignante, orientée vers le service du malade et la recherche permanente de la bonne utilisation des ressources. »

On observera tout d'abord en quoi l'hôpital a vocation à être choisi comme terrain d'étude ; on se penchera ensuite plus particulièrement sur le cas des hôpitaux en France pour vérifier leur similitude avec ceux d'autres pays comparables, de sorte que les conclusions tirées d'une étude empirique qui y serait menée ne se limiteraient pas au cas français.

4.1 L'HOPITAL, UNE ORGANISATION PARTICULIERE

Non seulement l'hôpital est décrit comme une bureaucratie professionnelle, dont le personnel est scindé entre professionnels et non professionnels, mais au sein même des ces deux formes de regroupements existe une sous-division entre personnels médicaux et paramédicaux, d'une part, et entre personnels administratifs et personnels techniques, d'autre part. Dans un premier temps, toutefois, nous regrouperons les notions de professionnels et de semi-professionnels sous le même vocable de « professionnels » ; l'analyse des résultats de l'étude empirique conduira *in fine* à à établir de nouveau une séparation entre ces deux groupes professionnels – à partir d'autres critères cette fois.

4.1.1 Une distinction professionnel/non professionnel réputée prépondérante : un cas-type de bureaucratie professionnelle

En écho à la catégorisation de Mintzberg, on observe qu'un hôpital est divisé entre personnels qui relèvent d'une profession ou d'une semi-profession, et personnels non professionnels. C'est particulièrement évident dans les établissements publics de santé – en particulier en France (figure 5) – où les professionnels ne sont pas recrutés par le chef d'établissement, ni affectés ni évalués par lui, alors que les non professionnels sont directement sous son autorité ; le cas des semi-professionnels est plus particulier et va être évoqué ci-dessous. L'organigramme d'un établissement privé de santé (figure 6) est plus ramassé, avec des lignes hiérarchiques plus courtes et – apparemment – plus cohérentes puisque c'est le chef d'établissement qui recrute les médecins et les emploie.

Figure 5. Organigramme simplifié d'un établissement public de santé

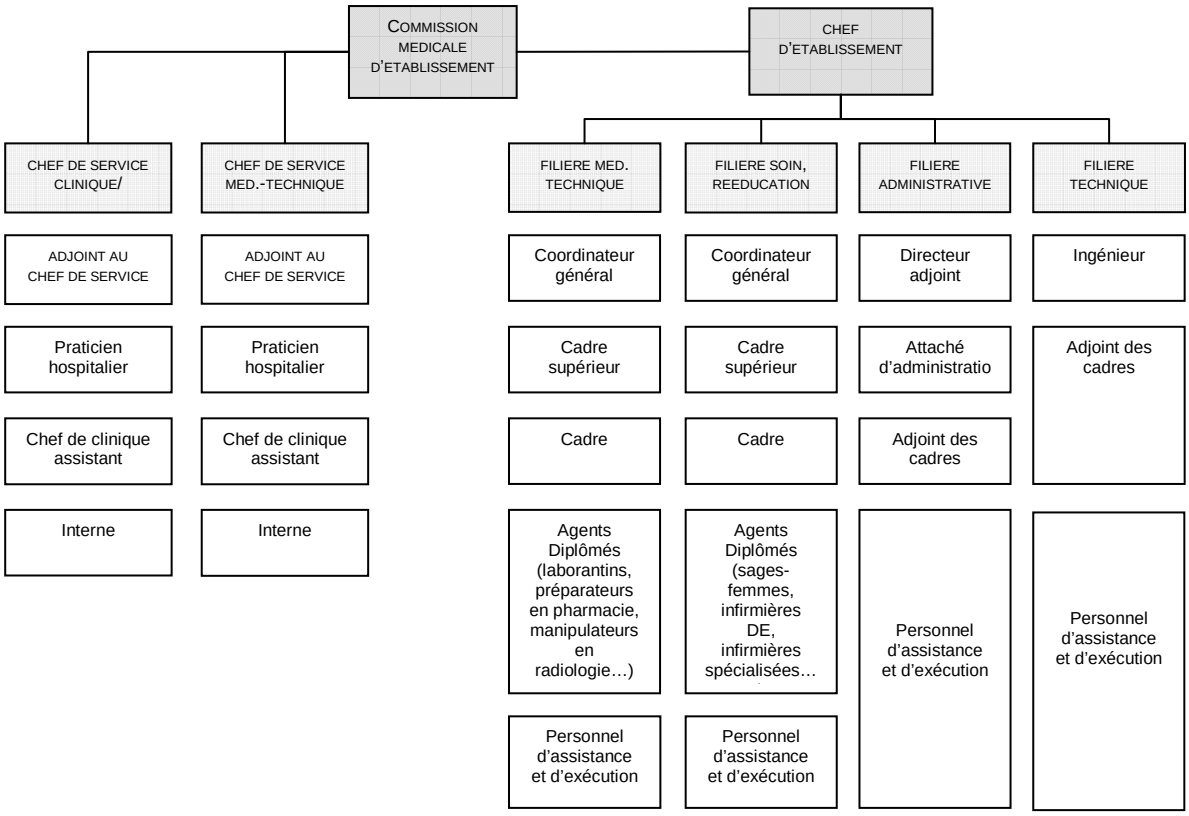
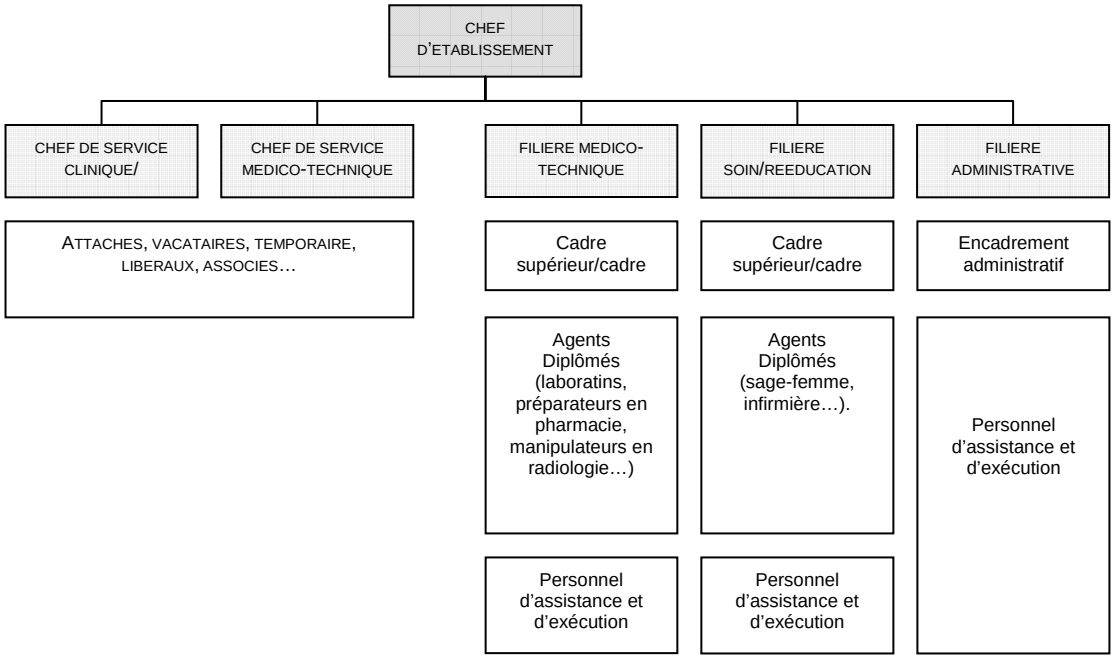


Figure 6. Organigramme simplifié d'un établissement privé de santé



L'hôpital est donc un exemple-type de bureaucratie professionnelle avec – en principe – des professionnels qui assurent son activité et participent éminemment à la conduite de sa stratégie. Si l'on répartit les personnels d'un hôpital suivant le schéma type d'une bureaucratie tracé par Mintzberg (figure 4), les fonctions de support logistique sont tenues par la filière technique et la filière administrative – y compris donc l'équipe de direction ; le centre opérationnel est constitué des médecins, de la filière médico-technique et de la filière soins/rééducation ; au sommet stratégique se trouvent le Conseil d'administration et la commission médicale d'établissement (CME[22]) ; la techno-structure rassemble le département d'information médicale, la cellule de contrôle de gestion et certains membres de la direction des finances de l'établissement

L'hôpital est donc un terrain d'étude particulièrement intéressant s'agissant de l'appartenance professionnelle, d'autant plus que les deux groupes que nous venons d'identifier se subdivisent à leur tour en deux sous-groupes distincts.

4.1.2 Une organisation caractérisée par une « double dualité » et par la coexistence de deux lignes hiérarchiques

Pour Smith (1970), deux lignes d'autorité coexistent au sein de chaque établissement de santé : l'une profane, administrative et non professionnelle, l'autre charismatique, professionnelle et médicale. Ces lignes s'imbriquent là où des agents sont soumises aux deux. Heydebrand (1973 c) rappelle que la conception dominante concernant les hôpitaux est de les caractériser par l'existence de deux lignes d'autorité – la ligne clinique/thérapeutique/professionnelle, et la ligne d'autorité administrative – ainsi que par l'opposition entre leur organisation formelle et informelle (ou fonctionnelle). Il ajoute, toutefois, que ce n'est pas le cas dans les hôpitaux où les médecins assument la responsabilité de la production médicale et où l'autorité bureaucratique et l'autorité professionnelle coexistent – notamment dans les hôpitaux universitaires –, ainsi que dans les établissements qu'ils dirigent.

[22] La CME représente le corps médical. Elle est composée des médecins-chefs de service, qui y siègent de droit, ainsi que les membres élus par leurs pairs. Outre son rôle consultatif dans les domaines de l'investissement, du budget, des réseaux de soins, du bilan social et des centres de responsabilité, la CME tient un rôle effectif dans la formation continue des praticiens hospitaliers, le projet médical, l'organisation des activités médicales et l'amélioration de la qualité des soins. Elle peut se subdiviser en commissions suivant les sujets qu'elle souhaite évoquer : effectifs, gardes et astreintes, finances, activité libérale…

Cette double ligne hiérarchique place les personnels paramédicaux en porte-à-faux, particulièrement les cadres infirmiers qui assument plusieurs fonctions : ils représentent les administrateurs non médicaux dans les services de soins ; ils sont responsables de l'application des directives médicales ; ils sont chargés de la mise en œuvres des actes relevant du rôle propre[23] des infirmières. De même, Mintzberg (1982, p. 318) constate que : « *Dans la bureaucratie professionnelle, on a fréquemment deux hiérarchies parallèles, l'une pour les professionnels, qui va du bas vers le haut et qui est démocratique, l'autre pour les fonctions de support logistique, qui va du haut vers le bas et qui a la nature d'une bureaucratie mécaniste.* »

La division entre professionnels et non professionnels n'est pourtant pas suffisamment détaillée pour décrire l'organisation interne des hôpitaux. Le groupe des professionnels se scinde en deux composantes qui regroupent les médecins, d'une part, et le personnel paramédical, d'autre part – cette césure renvoyant à la distinction entre professionnels et semi-professionnels. De son coté, le groupe des non professionnels se subdivise lui-même entre personnel administratif et personnel technique. La conjugaison de cette « double dualité » et de la coexistence de deux lignes hiérarchiques rend particulièrement complexe l'observation de l'activité dans les hôpitaux et multiplie les sources d'appartenance – d'autant plus que ces dernières s'adossent à des légitimités différentes.

4.1.3 Une double légitimité : interne et externe

Selon Weber (1995, p. 286) : « *L'expérience montre qu'aucune domination ne se contente de bon gré de fonder sa pérennité sur des motifs ou strictement matériels, ou strictement affectuels, ou strictement rationnels en valeur. Au contraire, toutes les dominations cherchent à éveiller et à entretenir la croyant en leur " légitimité ".* » Il rappelle qu'il y a trois types de domination légitime : légale-rationnelle, traditionnelle et charismatique. La légitimité légale-rationnelle repose sur la croyance en la légalité des règlements et le droit de les faire appliquer par ceux qui en sont chargés ; la légitimité traditionnelle est fondée sur la foi en des traditions valables de tous temps et en ceux qui les appliquent ; la légitimité charismatique est incarnée par la valeur exemplaire ou héroïque d'une personne ou des ordres qu'elle donne.

[23] Voir annexe 1.

L'hôpital se prête particulièrement bien à une évaluation de la pertinence des concepts d'appartenance professionnelle dans la mesure où deux légitimités sont à l'œuvre – légitimité de la connaissance et légitimité de l'intérêt général – et ce, à deux niveaux d'application, interne et externe.

4.1.3.1 Les légitimités internes

Dans les hôpitaux, la légitimité institutionnelle, légale-rationnelle, s'oppose à la légitimité traditionnelle charismatique. La légitimité institutionnelle est celle de l'administration des hôpitaux et, plus récemment, de leur direction. Cette légitimité a une composante légitimiste, si l'on peut dire : les personnels respectent l'autorité hiérarchique parce qu'elle émane précisément de leurs supérieurs hiérarchiques. S'agissant de la direction, cette forme de légitimité n'est pas toujours dénuée d'une composante charismatique en fonction de la personnalité du chef d'établissement et de son mode de management. Mais, c'est le poids de l'institution qui prévaut, la fierté d'y appartenir, d'en être un servant ou un rouage essentiel. C'est une légitimité bureaucratique, rationnelle, impersonnelle.

L'autre légitimité à l'œuvre dans les établissements de santé est celle qui relève du charisme des médecins seniors – professeurs agrégés de médecine et/ou chefs de service – et celle suscitée par le pouvoir de guérir ou, pour ne pas utiliser improprement le concept de pouvoir, par la légitimité de la guérison. C'est une légitimité traditionnelle et charismatique.

Ces deux formes de légitimité s'appuient sur des légitimités externes aux établissements.

4.1.3.2 Les légitimités externes : intérêt général *vs.* connaissance

L'opposition de légitimités au sein des hôpitaux s'appuie également sur des éléments externes : l'intérêt général, d'une part, le savoir et la connaissance, de l'autre.

La légitimité bureaucratique à l'œuvre dans les établissements de soins est une légitimité publique, de l'intérêt général. Quel que soit le pays et le mode de financement, les établissements de santé contribuent au premier chef à la politique sanitaire et à l'état de santé de la population. A ce titre, le fonctionnement des

hôpitaux, publics ou privés, relève de l'intérêt général – d'autant plus que le budget de nombreux hôpitaux est abondé par financement public.

La légitimité traditionnelle à l'œuvre dans les services de soins, elle, interagit avec la légitimité de la connaissance. La légitimité charismatique des médecins se compose à la fois du caractère légitime de l'acte de guérir et de la connaissance globale de la médecine sur laquelle s'appuie leur compétence. Cette légitimité s'exprime par le réseau de revues et d'articles scientifiques *via* lequel la connaissance médicale est évaluée, transmise, validée. Citant Starr (1982), de Kervasdoué (2003 a, p. 34) rappelle que les médecins disposent à la fois d'une autorité sociale et d'une autorité culturelle, et que : « *L'autorité sociale est tirée de leur appartenance à une profession détentrice d'un savoir, résultat de recherches mondiales.* »

La légitimité du savoir, adossée à l'exigence de qualité des soins, de satisfaction du patient et de santé publique, s'oppose à la légitimité bureaucratique, garante de l'intérêt général et, par là, de l'utilité sociale des moyens engagés. Ces deux légitimités ont une forte composante externe : la légitimité du savoir est étayée par les progrès de la connaissance médicale – en particulier dans les centres hospitalo-universitaires ; la légitimité bureaucratique est l'expression déconcentrée d'une volonté politique quant aux objectifs nationaux de santé publique. L'opposition entre légitimités et la rivalité entre organisations ne se recoupent que partiellement, organisation soignante et organisation dirigeante sont elles-mêmes fractionnées en deux sous-organisations presque imperméables l'une à l'autre : l'organisation médicale et l'organisation non-médicale, d'une part, l'organisation support et la direction, d'autre part. Les infirmières incarnent l'exemple-type d'une double allégeance : elles relèvent hiérarchiquement de la direction de l'hôpital et fonctionnellement de l'organisation soignante.

L'hôpital est, par conséquent, un terrain d'étude pertinent pour étalonner les différentes notions d'appartenance professionnelle. La question demeure de savoir si les hôpitaux français sont suffisamment comparables aux établissements de santé présents dans d'autres pays, de façon que les conclusions tirées de l'étude empirique n'aient pas une portée exclusivement nationale.

4.2 LES HOPITAUX FRANÇAIS ATYPIQUES ?

Si les hôpitaux français présentent des éléments certains d'originalité, ils n'en demeurent pas moins comparables aux structures de soins de pays à niveau de développement similaire.

4.2.1 Des éléments originaux

L'originalité des hôpitaux français provient principalement de la variété des fonctions tenues par les médecins, de l'organisation de leur profession, de la répartition des missions de service public et du mode de gestion des structures de soins.

4.2.1.1 La réforme de 1958

La réforme dite « Debré », intervenue en 1958, a profondément transformé le paysage hospitalier en France, en regroupant fonctions clinique, de recherche et d'enseignement dans les mêmes établissements, et en créant un corps de médecins hospitaliers à plein temps censé attirer les meilleurs praticiens dans les hôpitaux français et améliorer ainsi la formation des étudiants en médecine. La création des centres hospitalo-universitaires (CHU ou CHRU puisqu'il y en a un par région[24]) répond au premier objectif. Ces structures originales rassemblent sur un même site un établissement de soins de haut niveau, des centres de recherche et une faculté de médecine.

Dans les CHRU, travaillent des médecins hospitaliers, employés et rémunérés par l'établissement, ainsi que des médecins hospitalo-universitaires, employés et rémunérés à la fois par l'établissement et par le ministère de l'Education nationale. Ces derniers ont plusieurs fonctions : ils exercent une activité clinique comme praticien ; ils enseignent aux étudiants inscrits dans la faculté de médecine ; ils conduisent des programmes de recherche financés sur fonds privés ou publics, en y « incluant » les patients des services dont ils sont responsables. Les médecins non universitaires des CHRU, qui aspirent la plupart du temps à le devenir, exercent également une activité de recherche – sinon d'enseignement –, gage et condition de réussite aux concours universitaires fondés sur le nombre et la qualité des publications dans des revues médicales et/ou scientifiques.

[24] A une exception près : le Centre hospitalier régional de Poitiers n'est pas universitaire.

L’autre originalité introduite par la réforme Debré est la constitution d’un corps de médecins hospitaliers travaillant à plein temps. Jusque là, les médecins exerçait à temps partiel à l’hôpital en plus de leur activité libérale en cabinet. Le corps des praticiens hospitaliers (PH) est créé pour astreindre les médecins qui en font partie à une activité hospitalière à plein temps. Pour assurer l’objectif du maintien de l’excellence de la médecine hospitalière, la possibilité leur est même laissée d’exercer parallèlement une activité libérale privée au sein des établissements publics de santé, avec les moyens matériels et humains de ces derniers, contre versement d’une redevance au budget de leur établissement. Depuis peu, les praticiens hospitaliers qui renoncent à cette possibilité se voient verser une prime spécifique en contrepartie. Le corps des praticiens hospitaliers est un corps de la fonction publique quand bien même ses membres ne sont pas officiellement considérés comme des fonctionnaires.

Médecine hospitalo-universitaire et corps de praticiens hospitaliers concernent, par principe, exclusivement les établissements publics de soins. Il n’en reste pas moins qu’ont trouve des internes de médecine et des chefs de cliniques assistants dans des établissements privés à but non lucratifs participant au service public hospitalier ; de même, le travail à temps partiel est désormais autorisé pour les praticiens hospitaliers qui peuvent par conséquent exercé parallèlement leur métier dans les structures et sous le statut de leur choix.

Pour Steudler (1973, p. 28), la réforme Debré à totalement bouleversé le rôle de l’hôpital : « *C’est donc une véritable redéfinition de l’hôpital : l’irruption des sciences fondamentales placées au même niveau que les sciences cliniques, le rassemblement au sein d’une même structure des activités de soins, de recherche, d’enseignement ; la fin d’une médecine rattachée au secteur libéral, avec l’astreinte au plein temps.* »

4.2.1.2 La gestion paritaire

La seconde grande originalité des établissements de santé français porte sur le caractère paritaire de leur gestion. Tant le code du travail, auxquels sont astreints les établissements privés, que le statut de la fonction publique hospitalière, qui régit le fonctionnement des hôpitaux publics, accordent à deux institutions paritaires un rôle

important dans la gestion des structures de santé : le comité technique et le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Le comité technique – ou son équivalent dans le secteur privé, le comité d'entreprise – est informé de l'orientation stratégique de l'activité de soins fondée sur le projet d'établissement. Il est constitué à parité par des représentants élus du personnel. Si, par ailleurs, l'existence d'un CHSCT est obligatoire dans toutes les structures de travail, son rôle est essentiel dans les établissements de santé en raison de l'exposition des personnels à des risques multiples : produits chimiques ; contact avec la maladie et la mort ; contagion ; dangerosité de certaines pathologies… Sa composition est également paritaire.

La gestion paritaire est davantage accentuée dans les établissements publics en raison du rôle déterminant d'une structure originale, la commission administrative paritaire (CAP). Cette dernière, composée également pour moitié d'élus du personnel, se prononce sur les évolutions de carrière des fonctionnaires hospitaliers ; ses décisions, officiellement consultatives, sont en pratique prépondérantes dans la gestion des ressources humaines au sein des établissements publics de santé.

4.2.1.3 Un service public assuré également par le secteur privé

Le système français hospitalier se distingue enfin par la prise en charge d'une partie du service public hospitalier par des établissements de droit privé. Des structures sanitaires privées, à but non lucratif, participent en effet à l'offre public de soins – y compris au service d'accueil des urgences ; à ce titre, ces établissements bénéficient d'un financement public.

Les hôpitaux français présentent donc certaines particularités qui les distinguent des établissements d'autres pays. Ces caractéristiques, toutefois, n'ont pas d'influence sur le sentiment d'appartenance professionnelle parce que les éléments communs avec les autres établissements sont plus nombreux.

4.2.2 Des hôpitaux globalement comparables aux autres

Les points communs avec les établissements de santé d'autres pays sont importants – notamment quant à leur fonctionnement : ils s'articulent autour d'une critique de l'emprise bureaucratique, d'une dénonciation des conditions de travail et de l'insuffisance des moyens en personnels.

4.2.2.1 Un fonctionnement comparable aux autres pays

Mousquès et *al.* (2002) ont étudié l'accès aux hôpitaux de soins aigus et l'organisation interne de ces derniers dans cinq pays – Allemagne, Espagne, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède – ainsi qu'au Québec. Ils ont observé une répartition entre établissements de soins tertiaires, secondaires, et hôpitaux ruraux ou communautaires, qui correspond à peu de choses près à la répartition qu'on trouve en France entre centres hospitalo-universitaires, centres hospitaliers et hôpitaux locaux.

S'agissant de la politique hospitalière, seuls les Pays-Bas ont une gestion centralisée à l'instar de la France. En Allemagne ou en Espagne, les Etats fédérés ou leur équivalent – le Québec par exemple – ont une organisation décentralisée à l'image de leur organisation politique. En Suède, c'est au niveau régional – le comté – que se situe la responsabilité de la fourniture de soins hospitaliers. Le Royaume-Uni a une organisation à mi-chemin entre les deux systèmes : la gestion des soins hospitaliers est déconcentrée au profit des autorités locales de santé.

Le financement des établissements ne distingue pas non plus la France de ces six pays : après une longue période de financement *a posteriori* sur la base des dépenses engagées, ces pays se sont également orientés vers un système de budget prévisionnel à respecter en fin d'exercice.

Dans ces six pays, on constate – comme en France – la coexistence d'un secteur public et d'un secteur privé, ce dernier se scindant entre établissements à but lucratif et à but non lucratif. L'articulation entre couverture sociale et lieu de soin varie suivant les pays : la césure se trouve entre secteur public et privé à but non lucratif, d'une part, et secteur privé à but lucratif, d'autre part – dans des proportions et selon des modalités propres à chaque nation.

Le statut des personnels est défini au niveau national. Comme en France, les personnels non médicaux sont salariés ; les médecins pratiquant à l'hôpital sont la plupart du temps salariés en Allemagne, en Espagne, au Royaume-Uni et en Suède, ils demeurent sous un régime libéral et sont rémunérés à l'acte aux Pays-Bas et au Québec.

La situation des établissements de santé en Suisse et aux Etats-Unis, telle qu'elle est décrite dans le rapport Couanau (2003), ne montre pas de différences significatives par rapport au panorama qui vient d'être brossé. Le système hospitalier français est donc comparable, même s'il ne leur est pas identique, à celui des autres pays développés ; évaluons maintenant s'il en est de même s'agissant de l'opinion des soignants vis-à-vis de leur travail.

4.2.2.2 Une critique partagée de l'emprise bureaucratique

De Kervasdoué rappelle la profusion de règles à respecter dans les hôpitaux français (2003 a, p. 36) : « *Cette incontinence bureaucratique a conduit à ce qu'au moins quarante-trois familles de règlements portant seulement sur la sécurité s'appliquent dans nos hôpitaux : sécurité, incendie, sécurité anesthésique, hémovigilance, pharmacovigilance…* » La dénonciation de la bureaucratisation comme source de dysfonctionnement n'est pas propre à la France. En Norvège, la réforme du financement des hôpitaux publics votée en 2001 avait pour mission, entre autres objectifs, de réduire la bureaucratie hospitalière ; en Suède, à la fin des années 1990, la dégradation de la qualité de la prise en charge des patients dans les hôpitaux était expliquée par des médecins comme le résultat de lenteurs bureaucratiques. En Grande-Bretagne, les prises de position d'associations de médecins contre les dérives bureaucratiques des établissements sont fréquentes.

Les critiques s'articulent la plupart du temps autour de l'accroissement irrépressible des effectifs administratifs que rien ne semble pouvoir expliquer quand, dans le même temps, le temps de réponse des bureaucraties hospitalières correspond de moins en moins à la réactivité exigée par le fonctionnement des hôpitaux modernes. Cette obésité administrative s'accompagnerait d'une méconnaissance des réalités du terrain et des particularismes du travail dans un établissement de santé : les

gestionnaires des hôpitaux seraient enclins, tout le temps et partout, à diriger les hôpitaux comme ils le feraient d'entreprises ordinaires.

4.2.2.3 Des conditions de travail dénoncées comme dégradées

Plusieurs facteurs seraient responsables des conditions de travail à l'hôpital fréquemment dénoncées comme dégradées. Le document de référence le plus récent est l'enquête Presst-Next[25] conduite entre octobre 2002 et juin 2003 dans dix pays européens – Allemagne, Belgique, Finlande, France, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède, Norvège, Pologne, Slovaquie – auprès d'environ 70 000 personnels soignants non médicaux (Estryn-Behar, 2004).

Les points les plus fréquemment décrits comme insatisfaisants ou très insatisfaisants par les personnes interrogées sont, par ordre d'importance : le salaire par rapport aux besoins financiers (53 %) ; le manque de soutien psychologique (50,3 %) ; les conditions physiques de travail (44,2 %) ; la possibilité de donner des soins adéquats (41,3 %) ; les perspectives professionnelles (40 %) ; le temps de chevauchement pour transmission entre équipes (37,1 %) ; l'utilisation des compétences (31,6 %).

Les résultats globaux de la France sont comparables à la moyenne des autres pays européens, même s'ils ne leur sont pas identiques (tableau 11) ; l'analyse pays par pays conduit au même constat.

Tableau 11. Les principaux motifs d'insatisfaction au travail des personnels soignants
(personnes insatisfaites ou très insatisfaites, en %)

	Europe	France
Salaire par rapport aux besoins financiers	53,0	44,0
Manque de soutien psychologique	50,3	66,1
Conditions physiques de travail	44,2	52
Possibilité de donner des soins adéquats	41,3	49,5
Perspectives professionnelles	40,0	37,4
Temps de chevauchement pour transmission entre équipes	37,1	53,7
Utilisation des compétences	31,6	36,4

Source : Estryn-Behar (2004, p. 10).

[25] Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail (PRESST), *Nurses Early Exit Study* (NEXT).

4.2.2.4 L'insuffisance de moyens en personnel

Le manque de moyens en personnels est l'une des principales récriminations des personnels hospitaliers en France. A lire Sainsaulieu (1997), l'hôpital est une organisation structurellement en pénurie de moyens, où la contrainte budgétaire : « (…) *incite les directeurs d'hôpitaux à optimiser leurs installations en atteignant un meilleur taux d'occupation des lits, ce qui conduit à une surcharge des dépenses de soins, de personnels, et d'équipement ou à un encombrement des services au détriment de l'attention portée à chaque malade* (…). *L'autre issue de la dysfonction est de revendiquer plus de personnel, de crédits et d'équipements*. » Il y aurait une inadéquation permanente entre le nombre de lits autorisés par établissements et les moyens – notamment en personnels – dont ils sont dotés en regard. C'est là précisément le discours des soignants – médecins et non médecins. La « *pénurie de personnels et de moyens* » semble être une constante, abondamment dénoncée, médiatiquement relayée, sans jamais pourtant être interrogée.

Tableau 12. Les motifs principaux de départ effectif des établissements de santé
(Motifs ayant fortement contribué à la décision de départ, choisis parmi 63 possibilités de choix, en %)

Motif	%	Motif	%
Manque de soutien psychologique	41,9	Manque de possibilités de promotion	35,6
Nombre insuffisant de personnel	41,4	Difficultés à combiner vie professionnelle et vie privée	32,7
Attentes professionnelles non satisfaites	41,2	Prendre soin des enfants	32,6
Pression du temps	40,5	Qualité de travail insatisfaisante	32,2
Dégradation des conditions de travail	40,3	Organisation des horaires de travail insatisfaisante	31,0
Manque de temps pour les soins	37,9	Salaire bas comparé à des profils identiques de formation	30,2
Possibilités insuffisantes de développement professionnel	35,6	Trop à faire	30,2
Salaire bas pour le travail réalisé	35,6		

Source : Estryn-Behar (2004, p. 25).

Ce discours ne se distingue pas de celui des personnels soignants dans d'autres pays. Parmi les motifs ayant conduit des soignants à quitter leur établissement, l'enquête Presst-Next rapporte que le nombre insuffisant de personnels est cité par 41,4 % des personnes dans cette situation – cette explication venant au second rang des déterminants d'abandon ; 40,5 % des personnes concernées disent que la pression du temps les a fortement influencées dans leur décision ; pour 30,2 %, le volume de travail était trop important (tableau 12).

L'insuffisance de moyens en personnel est fréquemment mise en regard de l'accroissement de la charge et de la pression du travail comme élément de contexte ou comme facteur explicatif des tensions au travail. En découlerait une augmentation

du stress, l'apparition de phénomènes d'usure psychologique, quel que soit le nom qu'on leur donne, épuisement, *burn-out*, includence[26]. Au sein du groupe d'infirmières qu'ils ont interrogées, Roques et Roger (2004) ont identifié plusieurs facteurs de stress. Par ordre d'importance ce sont : la gravité de la situation ; le manque de temps ; la pression du public ; les relations avec la hiérarchie ; l'entente avec les collègues ; les événements imprévisibles ; la personnalité du soigné ; les difficultés dans la vie privée.

Au total, on s'aperçoit que les établissement de santé français sont tout à fait comparables aux structures de soins présentes dans d'autres pays développés, et ce tant du point de vue de l'organisation interne et externe des soins, que du positionnement des personnels à l'égard de leur travail. Dès lors que le choix du terrain d'étude est validé, on peut se pencher sur le modèle d'analyse retenu.

5 L'ANALYSE STRATEGIQUE DES ORGANISATIONS COMME MODELE D'ANALYSE

L'analyse stratégique des organisations, développée par Crozier (1963) ainsi que par Crozier et Friedberg (1977), remet en cause l'existence d'un modèle universel d'organisation. Elle est fondée sur quatre principes : parce qu'il refuse de n'être qu'un instrument au service de l'organisation l'individu se comporte comme un stratège en se ménageant une zone d'autonomie autour de lui, la zone d'incertitude ; la rationalité de l'individu dans l'organisation est toujours contingente et limitée ; le pouvoir est une relation d'échange qui fait l'objet de négociations ; la somme des relations entre les acteurs constitue un système d'actions concret que l'analyse stratégique a pour vocation de révéler. De ces quatre principes, Crozier et Friedberg ont tiré trois concepts clés pour l'analyse stratégique des organisations – le système d'action concret, la zone d'incertitude et le pouvoir – sur lesquels nous allons nous allons successivement nous pencher.

[26] Définie par le psychiatre phénoménologiste Tellenbach (1979) comme le sentiment d'une personne débordée par son travail, à la fois dans le sens de la masse des tâches à accomplir et dans la perspective d'un temps insuffisant pour les réaliser.

5.1 LE SYSTEME D'ACTION CONCRET

L'organisation inscrit son existence et son activité dans un environnement en perpétuelle mutation. Face à cette évolution incessante, elle doit procéder à des ajustements selon un rythme que ne peut suivre son organisation formelle, caractérisée par la stabilité, ou l'inertie suivant les appréciations. L'adaptation aux évolutions de l'environnement de l'organisation se fait donc par le biais des relations entre les membres de l'organisation, ces ajustements ne sont pas naturels, ils sont construits. Un système d'action concret est donc à définir : « (…) *comme un ensemble humain structuré qui coordonne les actions de ses participants par des mécanismes de jeux relativement stables et qui maintient sa structure, c'est-à-dire la stabilité de ses jeux et les rapports entre ceux-ci, par des mécanismes de régulation qui constituent d'autres jeux* » (Crozier et Friedberg, 1977, p. 286). C'est, pour reprendre les mots de Bernoux (1985), un construit en ajustement permanent au sein duquel les acteurs structurent leur relation.

Le système d'action concret est une modalité de fonctionnement par laquelle les acteurs organisent leurs relations pour résoudre les problèmes soulevés par l'ajustement de l'organisation à son environnement. Ce système n'est pas parfaitement rationnel et efficient parce que les individus qui le composent ont eux-mêmes une rationalité contingente et limitée, concept introduit initialement par March et Simon (1999). Aucun individu dans l'organisation n'a accès à l'ensemble des informations nécessaires à une prise de décision purement rationnelle. C'est le cas aussi bien en bas de l'échelle hiérarchique, où les informations stratégiques ne sont pas diffusées, qu'à son sommet, en direction duquel les informations pertinentes sont souvent filtrées et/ou déformées. Par conséquent, personne ne peut étalonner l'ensemble des solutions possibles à l'aune des critères de rationalité et de pertinence, chacun choisit la meilleure des solutions qui se révèle à l'analyse comparative des éléments d'information disponibles, et pas la meilleure des solutions théoriques : l'individu arrête son choix à la première solution satisfaisante qui se dégage, le comportement des individus est le reflet de leur rationalité limité et contingente.

C'est la raison pour laquelle, les comportements observables ne doivent pas être analysés en regard d'une rationalité donnée *a priori* mais en fonction du contexte au

sein duquel ces comportements ont lieu. Le rôle de la personnalité et/ou du passé des individus doit être relativisé comme déterminant de leur comportement, qui relève davantage de l'analyse des contraintes et des possibilités offertes par le contexte des individus dans l'organisation.

5.2 LE POUVOIR

En dépit de la connotation négative de ce terme dans le langage commun, le pouvoir est un élément neutre et consubstantiel des organisations.

5.2.1 Une incertitude quant au terme

Par delà la faculté, la possibilité de faire, le pouvoir est un élément des relations psychologiques souvent révélateur d'un type de personnalité – d'où le caractère souvent négatif, voire péjoratif, du terme. Friedberg (1988, p. 4) rappelle que : « *Parler de pouvoir dans les organisations a quelque chose d'indécent. Autant l'autorité est valorisée, autant le pouvoir est caché et refoulé parce qu'il est identifié avec l'univers des magouilles, des compromissions et de l'exploitation sans limites des rapports de force.* » Le pouvoir est aussi envisagé comme attribut personnel de l'individu (Petit, 1979 ; Aubert, 1994).

Le pouvoir est différent de l'influence. Katz et Kahn (1966) rappellent la définition de l'influence avancée par Cartwright (1965) et communément utilisée : « *Une transaction interpersonnelle dans laquelle une personne, par son action, modifie le comportement d'une autre personne dans un sens prémédité.* » French et Raven (1959) ont distingué six sources de pouvoir (envisagé ici comme le niveau d'influence d'un individu sur un autre) : la légitimité conférée par l'organisation en tant qu'élément hiérarchique ; la coercition (l'autorité d'imposer des sanctions également conférée par l'organisation) ; la récompense ; l'expertise ; le pouvoir de référence (la possession de traits distinctifs qui inspirent l'admiration et suscitent l'émulation) ; le pouvoir d'information, de communication. Mulder (1977) a repris et enrichi cette typologie en y ajoutant le pouvoir formel (respect de la position hiérarchique) et la capacité de persuasion.

Le pouvoir ne se confond pas avec l'autorité. Pour Weber (1995), contrairement au pouvoir – qui est la capacité d'un individu à faire valoir sa volonté dans le cadre

d'une relation sociale – l'autorité (la domination) n'est pas attachée à la personne mais au statut ou à la fonction ; la reconnaissance officielle du pouvoir dans une organisation le transforme en autorité. Pour Barnard (1987, p. 360), l'autorité est : « (…) *le caractère d'une communication (ordre) formelle en vertu de laquelle un collaborateur ou un membre de l'organisation accepte qu'elle dirige son action, c'est-à-dire qu'elle dirige ou détermine ce qu'il fait ou ce qu'il ne doit pas faire, pour autant que l'organisation soit concernée.* »

Le pouvoir ne s'identifie pas non plus à l'influence que peut exercer ou chercher à exercer tel ou tel groupe comme, à l'hôpital : le pouvoir médical, le pouvoir administratif, le pouvoir infirmier… (Bonnici, 2003). Hall (1972) distingue l'autorité – qui implique l'acceptation du système de pouvoir en place dans l'organisation – de la persuasion et de l'influence qui renvoient à des situations de pouvoir.

5.2.2 Le concept de pouvoir dans l'analyse stratégique des organisations

Selon la définition initiale de Dahl (1957, p. 202) : « *Le pouvoir de A sur B se résume en la capacité de A d'obtenir que B fasse quelque chose qu'il n'aurait pas fait sans l'initiative de A.* » Pour Crozier et Friedberg (1987, p. 377) : « (…) *quel que soit en effet son " type ", c'est-à-dire ses sources, sa légitimation, ses objectifs ou ses méthodes d'exercice, le pouvoir – au niveau le plus général – implique toujours la possibilité pour certains individus ou groupes d'agir sur d'autres individus ou groupes.* » Le pouvoir est dès lors une relation et pas un attribut des acteurs de la relation. C'est la raison pour laquelle ils en donnent la définition suivante (p. 379) : « *Le pouvoir peut ainsi se repréciser comme une relation d'échange, donc réciproque, mais où les termes de l'échange sont plus favorables à l'une des parties en présence. C'est un rapport de force, dont l'un peut retirer davantage que l'autre, mais où, également, l'un n'est jamais totalement démuni face à l'autre.* »

Le pouvoir, selon Crozier et Friedberg, est donc une relation déséquilibrée mais réciproque : pour que B accepte d'accomplir ce que A lui demande de faire, il faut qu'il y trouve son intérêt et que A suscite cet intérêt en accordant quelque chose à B en échange. Par conséquent, le pouvoir va du « demandeur » vers le « demandé » – que A obtienne de B ce qui lui demande – mais aussi du « demandé » vers le « demandeur » : la capacité qu'a B de se faire payer aussi chèrement que possible

ce que A lui demande de faire. Il y a dès lors trois formes de relations de pouvoir : descendante (du supérieur vers le subordonné) ; ascendante (du subordonné vers son supérieur) ; et parallèle (entre égaux hiérarchiques). « *Le pouvoir réside donc dans la marge de liberté dont dispose chacun des partenaires engagés dans une relation de pouvoir* (…) » (Crozier et Friedberg, 1987, p. 379-380).

Il convient d'ajouter que la relation de pouvoir est adossée à une dissuasion tacite : c'est parce qu'il veut éviter d'éventuelles représailles qu'un acteur est enclin à donner satisfaction à un autre ; à défaut, rien ne l'y inclinerait, *a fortiori* pas la logique de la relation de pouvoir. Le pouvoir ne vaut donc que par la capacité qu'on a de mettre éventuellement en œuvre sa capacité de rétorsion ou, dit autrement, d'exercer sa capacité de nuisance : il est donc essentiel de différencier capacité d'action et possibilité d'agir. Dans un hôpital, par exemple, le directeur adjoint chargé des services économiques peut aisément bloquer les approvisionnements de l'établissement (capacité d'action) mais sa position ne serait pas tenable longtemps ou provoquerait des conséquences désastreuses pour sa carrière (impossibilité d'agir). La capacité de nuisance d'un individu est donc fonction du produit de sa capacité d'action et de sa possibilité d'agir. La capacité de mise en œuvre envisageable de la nuisance renvoie dès lors au degré de responsabilité qu'assume l'individu. Si l'on croise ce degré de responsabilité avec la capacité de nuisance, on obtient un panorama varié des relations de pouvoir (tableau 13).

Tableau 13. Responsabilité, irresponsabilité, pouvoir

	Responsabilité finale	**Irresponsabilité finale**
Capacité de nuisance	Pouvoir limité sur autrui	Pouvoir maximal sur autrui
Incapacité de nuisance	Sous le pouvoir d'autrui	Hors d'une relation de pouvoir

Le pouvoir maximal sur autrui provient d'une association entre capacité de nuisance et irresponsabilité finale ; à l'inverse, l'association d'une responsabilité finale et d'une incapacité de nuisance conduit à être sous le pouvoir d'autrui. Entre les deux, le produit d'une capacité de nuisance et d'une responsabilité finale conduit à la possession d'un pouvoir limité sur autrui. Selon De Coster (1999, p. 144) : « *Si l'atout est pertinent, encore faut-il que son possesseur* veuille *l'utiliser et qu'il* puisse *le mobiliser.* »

Si l'on reprend ici les trois formes de pouvoir énoncées par Friedberg, on se rend compte que le pouvoir limité sur autrui ressortit à une relation de pouvoir descendante ou parallèle, et le pouvoir maximal sur autrui à une relation de pouvoir ascendante : dans cette dernière configuration, donc, c'est le subordonné qui a davantage de pouvoir que le supérieur. C'est dans cette perspective que doit être envisagée la capacité d'édicter des règles, privilège de la hiérarchie. La règle restreint partiellement la liberté d'agir des subordonnés mais, plus encore, elle limite la marge de manœuvre – d'arbitraire dans certains cas – du supérieur : instrument supposé d'exercice du pouvoir hiérarchique, la règle devient un moyen de protection pour les subordonnés.

Crozier et Friedberg (1987) identifient quatre sources de pouvoir correspondant aux différents types de sources d'incertitudes particulièrement pertinentes pour une organisation : le pouvoir issu de la compétence ; celui issu des relations organisation/environnement ; le pouvoir lié à la transmission des informations pertinentes ; le pouvoir lié à l'utilisation et à la transformation des règles organisationnelles. Etzioni (1961) distingue trois moyens d'exercice du pouvoir : la coercition ; la rémunération ; l'allocation et la manipulation de rétributions symboliques. De Coster (1999) propose une typologie en sept sources principales de pouvoir : le charisme ; la tradition ; la compétence ; l'information ; le capital de relation ; les lois ou les règlements ; l'argent.

Le pouvoir réside donc dans la marge de liberté de l'individu face à ses partenaires de la relation de pouvoir ; cette marge de liberté dépend de la zone d'incertitude que peut créer cet individu, et de la pertinence de cette dernière.

5.3 LES ZONES D'INCERTITUDE

Quelle que soit l'organisation de travail, aucun individu accepte d'être considéré comme un simple ustensile, transparent aux yeux de tous, exclusivement dédié au service des buts de l'organisation. Chacun poursuit des objectifs propres qui ne sont pas nécessairement conformes à ceux de l'organisation où il travaille. Dans toute situation – en l'occurrence de travail – subsiste une marge de liberté pour l'individu. Pour Friedberg (1988, p. 26) : « *Si l'on admet l'idée que l'homme n'est pas seulement une " main " (OST), un " cœur " (relations humaines) mais également une*

" tête ", c'est-à-dire une liberté, un projet, alors il faut accepter l'idée que la conduite humaine est stratégique, c'est à dire qu'elle est orientée en vue d'atteindre un objectif personnel, compte tenu des contraintes de la situation. »

L'objectif des individus engagés dans une lutte de pouvoir est d'accroître leur marge d'autonomie en restreignant celle des autres, c'est-à-dire de garder le contrôle le plus important sur leur propre comportement – en d'autres termes, de le rendre le plus imprévisible possible – tout en rendant le comportement des autres aussi prévisible que possible. A ce titre : « *Le pouvoir d'un individu est ainsi fonction de l'importance de la zone d'incertitude qu'il sera capable de contrôler face à ses partenaires.* » (Friedberg, 1988, p. 36). Pour qu'une relation de pouvoir existe de A sur B, il faut que A puisse anticiper le comportement de B cependant que B soit placé dans l'incertitude quant au comportement de A.

Mais le contrôle d'une zone d'incertitude n'est pas suffisant en lui-même, son importance est liée à celle que revêt cette zone d'incertitude pour l'organisation : plus elle est cruciale, plus grand est le pouvoir de l'individu ou du groupe d'individus qui la détient. C'est donc l'organisation qui définit l'importance des zones d'incertitude et, par là, le pouvoir qui y est associé : le pouvoir est donc lié à l'organisation. Quelle que soit la tâche à accomplir, aussi modeste et simple fut-elle, l'existence d'une incertitude quant à son accomplissement donnera une part de pouvoir à la personne qui en est chargée. Dans cette perspective, le pouvoir hiérarchique relève non seulement du pouvoir formel de prendre des décisions mais aussi, en raison des zones d'incertitude que chaque subordonné cherche à se ménager, du pouvoir informel de négocier l'acceptation de ces décisions.

Selon Bernoux (1985), l'analyse stratégique a pour objectif de mettre en lumière les situations où les acteurs ne sont plus en interaction alors même qu'ils demeurent interdépendants. C'est sur la base de ce constat que nous allons maintenant émettre nos hypothèses qui vont conduire à mettre en évidence le hiatus entre appartenance professionnelle définie et appartenance professionnelle ressentie – ainsi que ses conséquences – en mettant en lumière les rapports de pouvoir au sein des groupes qui composent l'hôpital, et le rôle qu'y tient la gestion de l'incertitude.

CHAPITRE 3

LES HYPOTHESES

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

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

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

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

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

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

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

Précisons tout d'abord que la notion de regroupement que nous utilisons relève de l'« *Action de regrouper, de se regrouper ; son résultat*[27] » : c'est donc une action volontariste ou le constat d'une telle situation. Nous n'utilisons pas ici le concept sociologique défini par Weber (1995, p. 88) : « *Nous dirons d'une relation sociale close ou limitée par réglementation vers l'extérieur qu'elle constitue un groupement lorsque le maintien de l'ordre est garanti par le comportement de personnes déterminées, instituées spécialement pour en assurer l'exécution, sous l'aspect d'un dirigeant ou éventuellement d'une direction administrative qui, le cas échéant, a normalement en même temps un pouvoir représentatif.* » Une fois cette précision établie, nous allons, en premier lieu, constater le caractère insuffisamment précis du concept d'organisation avant que d'avancer une définition de l'ordre sociologique.

1.1 L'ORGANISATION, UNE CATEGORISATION INSUFFISAMMENT PRECISE

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1.2 Les typologies d’organisations

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

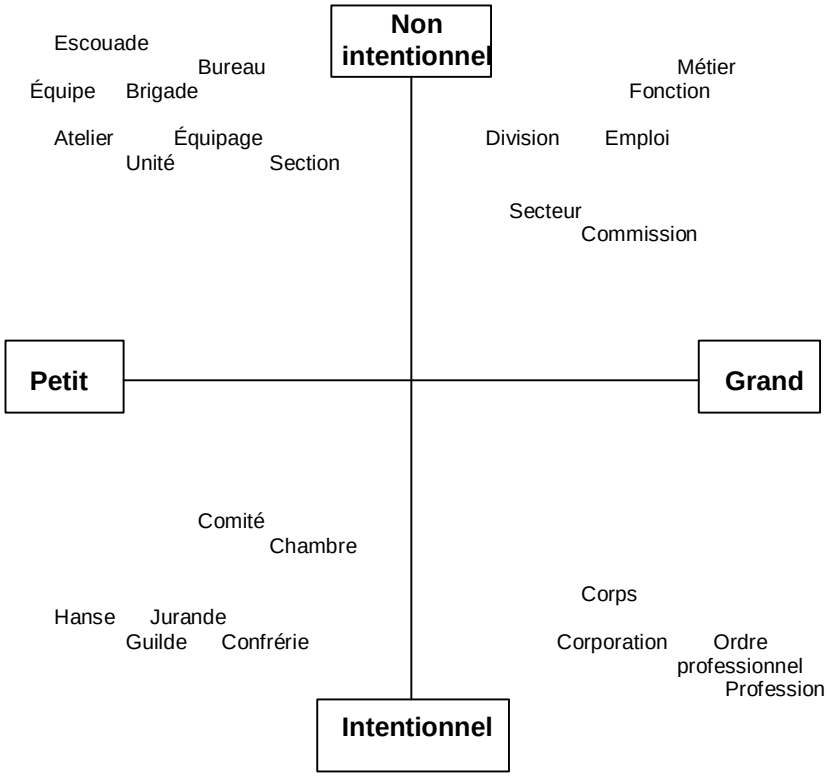
1.1.3 Echelle et intentionnalité du regroupement

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

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

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

Figure 7. Croisement échelle/intentionnalité du regroupement



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

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

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

1.1.4 Profession et métier, un niveau de regroupement non pertinent

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1.5 Appartenance définie et appartenance ressentie

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

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

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

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

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

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

1.2 L'ORDRE SOCIOLOGIQUE

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

1.2.1 Ce que l'ordre sociologique n'est pas

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

Tableau 15. Les principaux sens du terme « ordre »

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

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

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

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

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

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

1.2.2 Une définition de l'ordre sociologique

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

1.2.2.1 Une structuration par la contrainte fonctionnelle

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

1.2.2.2 L'appropriation d'une légitimité

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

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

2 LES PERSONNELS DE L'HOPITAL REPARTIS EN DEUX ORDRES

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

2.1 A L'ORIGINE, ORDRE SOIGNANT ET ORGANISATION SUPPORT

La structuration originelle des personnels dans les établissements de santé renvoie très directement à la description de la bureaucratie professionnelle : des professionnels – les médecins – omnipotents dans les établissements, assistés de semi-professionnels, et dont l'activité est servie par une organisation support.

2.1.1 L'ordre soignant

L'ordre soignant est principalement constitué de professions paramédicales et de médecins qui y sont omniprésents et décisionnaires. C'est ce que souligne Freidson (1984, p. 197) en affirmant que : « (…) *L'autorité et l'autonomie que lui confère sa compétence permettaient au médecin d'exercer une influence extraordinaire sur la marche de l'hôpital, et que ce pouvoir ne tenait pas à sa seule qualité d'expert.* »

Même s'il se caractérise par la proximité avec le soin, l'ordre soignant n'est pas constitué uniquement de médecins et de paramédicaux, on y trouve aussi des personnels médico-techniques qui travaillent dans les laboratoires des hôpitaux, dans les services d'imagerie médicale, de médecine nucléaire, etc. Ce sont, par exemple, les laborantins, les manipulateurs en électroradiologie, les préparateurs en pharmacie…

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

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

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

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

2.1.2 L'organisation support

A l'hôpital, les non soignants assument à l'origine des fonctions support : approvisionnement, nettoyage, commandes de fournitures, etc. Présents dans les hôpitaux pour en assurer le fonctionnement matériel, on les trouve principalement dans les filières administrative, technique et hôtelière. Ils sont encadrés par des personnels qui, pour Freidson (1984, p. 125), sont : « *Les personnes chargées d'organiser, de surveiller et de coordonner le travail des employés en fonction des objectifs généraux de l'organisme – je veux parler des " administrateurs ".* »

L'organisation support est dominée par l'ordre soignant. Vincent (1988, p. 170) rappelle que : « *Le secrétaire et l'économe, ancêtres des directeurs d'hôpitaux, ne disposent d'aucun pouvoir propre.* » Ce n'est qu'en 1943 qu'est dénommé « directeur » l'agent rémunéré par l'établissement de santé pour en assurer la direction et exécuter les décisions de la commission administrative (Arbuz et

Debrosse, 1996). Jusqu'en 1941, le pouvoir de nomination était exclusivement exercé par le président de la commission administrative ; à partir de cette date, le directeur obtient le pouvoir de nomination des personnels non médicaux dans les établissements publics de plus de 200 lits, et en 1958 pour les autres hôpitaux (Clément, 1995).

Mais c'est en 1983 que va se produire un basculement dans les rapports de force, sous l'effet de la mise en œuvre d'une nouvelle modalité de financement des hôpitaux.

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

De Kervasdoué (2005, p. 10) indique que : « *La santé et l'argent s'efforcent, en France, de s'ignorer* ». Cette observation vaut particulièrement pour l'hôpital : seule l'introduction, en 1983, du financement par dotation globale a placé les établissements de santé dans l'obligation d'affronter les règles de l'économie.

2.2.1 Les mœurs budgétaires jusqu'en 1983

Jusqu'en 1983, le financement des hôpitaux était à l'abri de la rationalité budgétaire, puisque calculé sur la base du système dit « au prix de journée ». Ce mécanisme de financement était fondé sur la fixation par le préfet du prix de chaque journée d'hospitalisation pour l'établissement considéré, en rapportant les charges inscrites à son budget prévisionnel au nombre anticipé de journées d'hospitalisation.

Les charges des établissements étant en majeure partie constituées de frais fixes (le coût du personnel pèse pour près des trois-quarts de leurs dépenses), l'intérêt des directions d'hôpitaux était de sous-estimer le nombre de journées d'hospitalisation de façon à faire augmenter le prix de journée. Par la suite, tout était mis en œuvre pour optimiser l'occupation des lits de l'établissement et, ainsi, d'accroître les recettes de l'établissement. Les budgets hospitaliers étaient dès lors inflationnistes parce que calculés, en réalité, sur la base d'une constatation *ex-post* des dépenses engagées.

2.2.2 L'introduction de la dotation globale en 1983

La mise en œuvre du financement par dotation globale répond à un double objectif : contrôler l'accroissement des dépenses hospitalières et introduire dans les hôpitaux une réflexion quant à la meilleure utilisation des fonds attribués en une incitation à la productivité. Ce mode de financement concerne les établissements publics de santé, les établissements privés à but non lucratif – participant au service public hospitalier ou n'y participant pas, mais ayant néanmoins fait le choix de ce mode de financement[28].

La dotation globale est une enveloppe budgétaire fermée, attribuée mensuellement, qui représente environ les trois-quarts des dépenses totales des établissements concernés. Les dépenses sont encadrées par un taux directeur d'évolution d'une année sur l'autre. Les établissements de santé sont donc passés d'un budget ouvert *de facto* à un budget fermé, défini en début d'exercice budgétaire ; en d'autres termes, l'hôpital a été, pour la première fois, confronté aux règles de l'économie et, en premier lieu, à la rareté.

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

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

2.2.2.1.1 Rareté et coût d'opportunité

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

[28] Les autres établissements de soins sont financés par un système de paiement mixte au séjour qui mêle rémunération par prix de journée et paiement à l'acte. Les modalités de financement des établissements de santé sont détaillées dans l'annexe 7.

(Silem et Albertini, 2004). Plus un bien est rare, plus il a de valeur ; moins il y a de personnes à connaître une information, plus la valeur de cette dernière s'élève[29].

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2.3 De l'organisation support à l'ordre dirigeant

La réforme du mode de financement des hôpitaux a transformé l'organisation support en ordre dirigeant. La raréfaction des moyens budgétaires a contraint les établissement de santé à la performance et, par voie de conséquence, a considérablement accru le pouvoir des administrateurs par le double mouvement d'accroissement de leur zone d'incertitude vis-à-vis des personnels soignants – notamment médicaux – et par leur mise en situation de réducteurs de l'incertitude de l'organisation confrontée à son nouvel environnement.

Dès lors que le financement des hôpitaux s'est raréfié, les intercesseurs de ce financement se voient accorder une valeur nouvelle et accrue. La gestion de l'abondance n'exige pas un niveau de qualification élevé ; en revanche, affronter la rareté réclame une formation, une expérience et un réseau de relations. Ce qui a transformé l'organisation support en ordre dirigeant, c'est non seulement la position renforcée des administrateurs hospitaliers, formés à la gestion de la rareté, mais également l'importance prise par l'environnement de l'hôpital.

Le budget des hôpitaux sous dotation globale se négocie avec les autorités sanitaires déconcentrées – en l'occurrence l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) depuis 1996. Le budget se négocie, ce qui renforce la position des administrateurs formés à la comptabilité hospitalière, il se négocie avec les autorités sanitaires qui forment dès lors l'environnement présent et actif des établissements de santé. L'introduction du financement par dotation globale a placé les directeurs dans la situation d'intercesseurs vis-à-vis d'une nouvelle incertitude qu'ils étaient bien plus capables de contrôler que les professionnels des hôpitaux : la rareté budgétaire en a fait des experts, les a professionnalisés aux yeux mêmes des professionnels.

L'analyse stratégique des organisations, on l'a vu, dispose que le pouvoir d'un individu est fonction non seulement de l'étendue de la zone d'incertitude qu'il est capable de contrôler mais aussi de l'importance et de la pertinence de cette zone d'incertitude eu égard aux objectifs de l'organisation – dit autrement, que la zone d'incertitude affecte les partenaires engagés dans la relation de pouvoir dans leur capacité à poursuivre leurs objectifs propres. C'est ce que souligne Friedberg (1988, p. 37) : « *Ainsi, plus la zone d'incertitude contrôlée par un individu ou un groupe sera cruciale pour la permanence de l'organisation, plus celui-ci disposera de pouvoir.* » Dans la mesure où l'environnement représente une source d'incertitude pour l'organisation, les individus ou les groupes d'individus capables de réduire cette incertitude se trouveront en situation d'exercer le pouvoir dit du *marginal-secant* ou du portier (Friedberg, 1988).

Heydebrand (1973 c) avait prévu l'avènement des administrateurs à la tête des hôpitaux en dépit de la tentation toujours existante de l'autogestion chez les professionnels médicaux. C'est ce qui s'est passé dans les hôpitaux français où, avant la réforme de 1983, le pouvoir des administrateurs s'incarnait dans « l'économat » – ancêtre de la direction des services économiques, structure dédiée à l'approvisionnement – et dans les services techniques chargés du soutien logistique.

Cette situation de subordination vis-à-vis des professionnels renvoie à la description d'Etzioni (1971), selon qui la relation entre *staff* et *line* est inversée dans les organisations professionnelles. Dans les entreprises, et les organisations non professionnelles en général, les dépositaires de l'autorité régissent les principales activités qui ressortissent aux buts de l'organisation : la structure de pouvoir leur est favorable et les professionnels leurs sont subordonnés. Dans les organisations professionnelles, au contraire, les administrateurs sont en charge d'activités secondaires : « *Ils administrent les moyens au service de l'activité principale accomplie par les professionnels* » (p. 148).

A partir de 1983, l'organisation support s'est transformée en ordre dirigeant parce que les administrateurs, devenus décisionnaires sous la contrainte de rareté, ont ainsi formé une direction. Pour Dubar (2002, p. 64) : « *Là encore, les " pères supérieurs " des ordres réguliers ont cédé le pas devant des administrateurs de haut*

niveau doublés de politiques adroits et influents et de managers capables de mobiliser leurs troupes. » Après avoir rappelé que personne ne pouvait juger les décisions du médecin ou les remettre en question, sinon ses pairs, Freidson (1984, p. 143) rappelait que : « *Seules des décisions financières ou administratives prises ailleurs peuvent* [en] *limiter la portée.* »

Comme le rappelle Etzioni (1971, p. 158) : « *L'autorité professionnelle est fondée sur la connaissance, et la relation entre cette autorité professionnelle et l'autorité administrative est largement influencée par la somme et le type de connaissance que possède le professionnel.* » L'autorité administrative est devenu une autorité de direction dès lors que les chefs d'établissement n'avaient plus charge d'administrer des hôpitaux affranchis de la contrainte de rareté, mais de veiller au bon emploi des fonds publics engagés.

Chargée de l'allocation optimale des ressources affectées au fonctionnement des hôpitaux, les directions sont devenues partenaires d'un rapport de pouvoir avec les professionnels des hôpitaux qui ont réagi à cette nouvelle situation en cherchant à accroître en retour l'incertitude de l'ordre dirigeant. Désormais, le chef d'établissement est l'égal des chefs de services. Pour de Kervasdoué (1996, p. 244) : « *Aujourd'hui le directeur est devenu l'*alter ego *des chefs de service. Le respect mutuel est la règle. Les responsabilités du directeur sont lourdes, son budget important, son pouvoir considérable. Il n'est plus ni l'intendant des années 50 – pour l'essentiel chargé du ménage, du linge et de la cuisine – ni le bâtisseur des années 60 et 70 s'intéressant surtout aux constructions nouvelles. Il est aujourd'hui gestionnaire à part entière.* »

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

3 ORDRE SOIGNANT ET ORDRE DIRIGEANT ADOSSES A DEUX LEGITIMITES

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

3.1 CONNAISSANCE ET INTERET GENERAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

rationnelles[30] » qui voue à l'échec toute démarche volontariste de la puissance publique en raison du comportement parfaitement rationnel de *l'homo oeconomicus* et, plus généralement, du citoyen. Dans le même sens, les structures de grandes tailles ont été condamnées au profit d'une organisation sociale fondée sur des micro-regroupements d'acteurs indépendants, perspective tracée par Handy (1995), Dent (1995) et Bridges (1995). Alors que la montée en puissance des théories anti-bureaucratiques dans le corpus idéologique du monde occidental a coïncidé avec la chute des grandes bureaucraties politiques des pays de l'Est, la critique et/ou la prise de conscience endogène de la nécessité de réforme a conduit à une réflexion quant à l'amélioration de la performance publique.

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

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

4 DEUX ORDRES ENGAGES DANS UNE LUTTE DE POUVOIR

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.1.2 Une imperméabilité culturelle

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

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

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

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

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

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

Par leur formation, les administrateurs d'hôpitaux sont les mieux à même de gérer l'incertitude budgétaire introduite par la réforme de 1983 ; à ce titre, ils se trouvent installés dans une position de pouvoir vis-à-vis de l'ordre soignant. En d'autres termes, pour paraphraser la définition du pouvoir avancée *supra*, jusqu'en 1983, l'ordre soignant était en mesure d'obtenir de l'organisation support qu'elle réponde à ses demandes alors qu'elle ne l'aurait pas fait spontanément ; à partir de 1983, l'ordre dirigeant se trouve désormais dans une situation identique vis-à-vis de l'ordre soignant.

La création ou l'accroissement d'une zone d'incertitude étant le moyen de renforcer sa position dans un rapport de pouvoir – que l'acteur y exerce un contrôle, même partiel, ou qu'il le subisse –, c'est par le renforcement de sa zone d'incertitude à l'égard de l'ordre dirigeant que l'ordre soignant a répondu à l'incertitude budgétaire qui a remis en cause sa position dominante dans les hôpitaux. Ce rapport de pouvoir apparaît notamment dans la gestion contrastée du temps.

On l'a vu, la rationalisation dans l'utilisation des moyens – induite par la contrainte de rareté – a entraîné l'instauration d'une domination bureaucratique. Les moyens d'un établissement de santé étant composés au trois-quarts de personnel, le critère déterminant dans l'allocation des moyens est la gestion de l'activité, et donc du temps de travail, des agents – en particulier ceux affectés dans les services de soins. De Coster (1999, p. 143) rappelle que : « (…) *la manipulation du temps devient ainsi un des moyens de l'action sociale dont on se sert pour affirmer son statut et, par conséquent, son pouvoir ou son autorité.* » Le temps du soin se plie dès lors au temps de l'organisation, c'est le temps de l'institution qui prime : les services de soins risquent de subir la domination d'une organisation bureaucratique des horloges.

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

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

L'ordre dirigeant est affronté au rejet de la légitimité bureaucratique devenue prépondérante à partir de 1983. Cette attitude ne relève pas d'une spécificité professionnelle particulière dans les hôpitaux mais est consubstantielle de la vie des organisations. Friedberg (1988, p. 5) rappelle que : « *Mettre le pouvoir au centre de l'analyse des organisations en le considérant comme une dimension irréductible et inévitable des relations de travail, ne revient donc nullement à ériger une nouvelle théorie des motivations fondée sur la recherche du pouvoir.* » Aucun acteur de l'organisation n'accepte d'être qu'un simple instrument au service de cette dernière : quel que soit le travail accompli, celui qui en est chargé désire se ménager une marge de libre arbitre dans son accomplissement, et ce en créant une zone d'incertitude à l'encontre des bénéficiaires de son travail. En d'autres termes, chaque membre de l'organisation a des actes à accomplir et des demandes à faire prioritairement réaliser par les autres acteurs de l'organisation ; les degrés de priorités étant différents d'un acteur à l'autre et, rappelons-le, le pouvoir étant la capacité d'obtenir de l'autre qu'il fasse quelque chose qu'il n'aurait pas fait de sa propre initiative, les rapports de pouvoir sont donc inévitables dans toute organisation.

L'ordre soignant refuse la domination de l'ordre dirigeant parce que les priorités de ce dernier ne sont pas les mêmes que les siennes, et l'accroissement de la zone d'incertitude autour des services de soins est l'instrument de ce rejet. Dans ce contexte, les modalités d'accomplissement du travail des personnels de soins deviennent un facteur d'incertitude pour l'ordre dirigeant : l'opacité de l'organisation du travail dans les services de soins est un facteur de pouvoir. L'originalité de la lutte de pouvoir dans les hôpitaux est que le refus de la domination bureaucratique de l'ordre dirigeant par l'ordre soignant s'adosse à une forte composante de légitimité externe. La tentation existe dans les services de soins de mettre en œuvre ce que De Coster (1999, p. 147) nomme : « *L'autogestion clandestine* », c'est la raison pour laquelle toute rationalisation exogène l'organisation du travail hospitalier est vouée à l'échec.

Il y a donc lutte de pouvoir entre l'ordre soignant et l'ordre dirigeant. Cette lutte passe par le rejet de la légitimité et de la rationalité bureaucratique devenues prépondérantes dans les hôpitaux depuis l'introduction d'un contrôle budgétaire efficient. Cette lutte de pouvoir s'observe principalement dans le domaine du personnel : parce le domaine du soin est une activité de main d'œuvre, et parce que la question du recrutement de personnels est un enjeu bien plus médiatisable que celui des équipements bio-médicaux ou celui des bâtiments.

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

5 LA REMISE EN QUESTION DU CONCEPT DE BUREAUCRATIE PROFESSIONNELLE

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

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

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

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

CHAPITRE 4

LES MODALITES DE VALIDATION DES HYPOTHESES

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

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

6 LE CHAMP DE L'ENQUETE

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

6.1 LES HOPITAUX

Jusque là nous avons utilisé le terme « hôpital » pour qualifier indifféremment tout établissement de santé, quel que soit son statut, son mode de financement et ses objectifs. La première question qui se pose dans la définition du champ de l'étude est de savoir s'il faut la restreindre aux hôpitaux publics ou l'étendre aux hôpitaux privés, dénommés communément « cliniques » - qu'elles soient à but lucratif ou non lucratif[31]. De façon à renforcer l'effet de la démonstration que nous souhaitons mener pour valider les hypothèses avancées, le choix est fait d'étendre l'étude aux établissements de santé privés : la différence de taille, d'objectifs, d'organisation interne ne peuvent être que des éléments supplémentaires à l'appui de la thèse de l'existence d'un ordre sociologique dépassant les cadres habituels de l'appartenance professionnelle.

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

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

6.1.1 Les typologies existantes

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

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

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

L'objectif n'étant pas ici de proposer une nouvelle typologie d'établissement ou une méthode permettant d'y parvenir, on se limitera au choix d'éléments permettant d'influencer les réponses des personnels eu égard aux objectifs de notre recherche empirique. Pour ce faire, on se penchera plus attentivement sur les deux typologies que Balsan (2003) a établies pour les établissements publics de soins et les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH[32]) en France, ainsi que sur celle de Cueille (2005).

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

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

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

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

La seconde typologie de Balsan est formée de six groupes :
- grands établissements à l'activité technique et diversifiée ;
- établissements de pointe avec un effort élevé de recherche et d'enseignement ;
- établissements spécialisés réalisant beaucoup de consultations, sans effort élevé de recherche et d'enseignement ;

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

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

Les typologies de Balsan sont à comparer à celle établie par Cueille (2005). Quand bien même elle se fonde sur des questionnaires adressés à des décideurs hospitaliers[33], ses résultats ne sont pas éloignés de ceux de Balsan – seule la numérotation des classes semblant inversée. Cueille établit une typologie en cinq classes, que l'on a regroupées en quatre – la distinction entre les classes 3 et 5 se fondant sur l'état d'esprit des décideurs interrogés (tableau 19).

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

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

Source : d'après Cueille (2005).

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

6.1.2 L'activité des établissements de santé

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

6.1.2.1 Les secteurs social, médico-social et sanitaire

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

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

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

Les établissements sanitaires font exclusivement du soin ; s'ils accueillent d'autres activités dans leur enceinte, ces dernières sont suivies séparément, en particulier d'un point de vue budgétaire. Les établissements médico-sociaux sont d'abord des établissements sociaux qui assurent au surplus certains soins que peut réclamer l'état de leurs patients, les soins les plus lourds étant pris en charge dans le domaine sanitaire. Enfin, les établissements sociaux n'ont aucune activité de soins[34].

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

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

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

6.1.2.3 Lourdeur de l'activité

La lourdeur de l'activité des établissements s'évalue en comptabilisant le nombre de points ISA qu'ils ont « produit » annuellement. Ce chiffre résulte du produit du nombre d'actes réalisés par l'établissement et du nombre de point ISA que « rapporte » chacun de ces actes[35].

[34] Une définition plus précise du champ des établissements sociaux et médicaux sociaux est présentée en annexe 4.
[35] Pour des précisions sur le point ISA et le PMSI, voir en annexe 5.

De façon à sérier le champ de l'enquête, on a cherché à répartir les établissements sanitaires MCO (quel que soit leur statut) suivant la lourdeur de leur activité : peu lourde, moyennement lourde, lourde – cette distinction se fondant sur le nombre de points ISA produits par chacun d'entre eux. Le choix s'est fait au vu de la répartition graphique des établissements de santé recensés dans le fichier FINESS suivant le nombre total annuel de points ISA correspondant[36].

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

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

Tableau 20. Définition de la lourdeur de l'activité par tranches de points ISA
(borne supérieure comprise ; borne inférieure non comprise)

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

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

[36] Le graphique est en annexe 6.

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

6.1.3 La taille des établissements

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

De même que pour la lourdeur de l'activité, on a défini trois groupes d'établissements – petit, moyen et grand – sur la base du nombre de lits autorisés pour chacun[37]. La césure entre groupes s'est faite de manière empirique au vu des écarts généralement constatés en termes de dotation en lits. Là encore, la différence de taille entre établissements publics et privés conduit à adopter une échelle différente pour chacune de ces catégories d'établissements de soins – les bornes du secteur privé sont de nouveau divisées par quatre par rapport au secteur public. La définition des établissements suivant leur taille est présentée dans le tableau 21.

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

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

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

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

6.1.4 La localisation géographique

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

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

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

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

6.1.5 Les établissements à enquêter par taille, activité et localisation

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

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

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

Parmi ces huit combinaisons, nous en retiendrons deux combinaisons qui nous apparaissent cohérentes :
- établissement de grande taille avec une activité lourde dans une grande ville ;
- établissement de taille moyenne avec une activité moyennement lourde dans une ville moyenne

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

6.1.6 Mode de financement et mission des établissements de santé

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

6.1.6.1 Le mode de financement

Le mode de financement des structures publiques de soins se distingue de celui des établissements privés. Le financement de ces derniers est lui-même caractérisées par une grande hétérogénéité de situation entre les établissements, en raison notamment de leur caractère lucratif ou non. Quand la tarification à l'activité fonctionnera à plein régime[38], tous les établissements de santé, publics comme privés, devraient être soumis au même mode de financement. Jusque là, le financement des établissements de santé continuera – au moins pour partie – a faire coexister deux régimes spécifiques : la dotation globale et l'objectif quantifié national (OQN)[39].

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

[38] Son entrée en vigueur est progressive : en 2004, elle représentait 10 % du budget des hôpitaux, 25 % en 2005.
[39] Une description plus détaillée de la dotation globale et de l'objectif quantifié national figurent en annexe 7.

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

6.1.6.2 La mission des établissements de santé

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

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

PUBLIC (65 %)	**PRIVE (35 %)**			
	LUCRATIF (20 %)	NON LUCRATIF (15 %)		
DG	OQN	DG (10 %)	OQN (5 %)	
PSPH	Non PSPH	PSPH	PSPH	non PSPH

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

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

6.1.7 Les établissements à enquêter

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

Tableau 24. Les types d'établissements à enquêter

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

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

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

6.2 LES PERSONNELS A ENQUETER

La première difficulté qui se présente est de distinguer l'appellation d'un métier de son contenu ; c'est, en effet, sur la base du contenu que pourra être établie une appartenance à un ordre plutôt qu'à un autre, et pas sur sa dénomination – qu'elle

relève du statut de la fonction publique pour les personnels des établissements publics de santé ou d'une convention collective pour les agents des établissements privés.

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

L'une des caractéristiques fondatrices de la fonction publique française est la séparation du grade (dénomination du métier) et de l'emploi (fonction réellement exercée). A titre d'exemple, le terme « Infirmière » est à la fois un grade et plusieurs formes d'emploi (tableau 25) : une infirmière peut tout aussi bien travailler dans un service d'hospitalisation, faire fonction d'infirmière de bloc opératoire, assister un médecin dans une consultation, appartenir à la direction du service des soins infirmiers, s'occuper du codage PMSI[40], etc. Ces différentes fonctions n'apparaissent pas dans la comptabilisation des personnels : pour reprendre l'exemple des infirmières, on ne recensera que leur nombre brut, pas la variété de leurs affectations.

Si l'on utilise le terme « fonction », on fait référence à la méthode de l'analyse des fonctions (Karnas, 2002) qui caractérise un poste par : le type d'informations à traiter ; les processus mentaux à mettre en œuvre ; le type d'activité accomplie ; les relations avec d'autres personnes ; le contexte de travail ; les exigences spécifiques du travail. C'est la même logique que l'ANPE (1999) a suivie dans l'élaboration de son Répertoire opérationnel des métiers et des emplois (ROME). Pour mettre au point le concept d'emploi/métier, elle s'est appliquée à identifier les compétences cognitives, celles qui concernent les démarches mentales et les stratégies de résolution des problèmes – l'objectif étant d'analyser les compétences transversales qui permettent de dire que tel ou tel emploi/métier est proche de tel autre alors qu'ils ne se ressemblent pas et/ou qu'ils s'exercent dans des secteurs d'activité différents. Cette démarche a également été suivie par les concepteurs du Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004) qui ont mis en évidence les « savoir faire requis » définissant au mieux un métier.

[40] Programme de médicalisation du système d'information (annexe 5).

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

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

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

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

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

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

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

6.2.1 Les personnels non médicaux

En ce qui concerne les personnels non médicaux, la publication du Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière (RMFPH), par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) du ministère de la Santé, met à disposition un instrument permettant de fonder l'analyse sur un descriptif de fonctions et pas de métiers/professions. Le RMFPH ne recense que les personnels non médicaux – hors personnels de direction – et inscrit les sages-femmes au sein du personnel médical, alors qu'elles exigent – et obtiennent la plupart du temps – d'être recensées au sein des personnels médicaux. Dans un premier temps, l'analyse des personnels non médicaux portera sur le champ du RMFPH ; dans un second temps, la question des personnels de direction sera abordée.

Les métiers[41] recensés dans le RMFPH sont répartis en cinq domaines : soins ; social, éducatif, psychologie ; logistique ; infrastructure, maintenance, technique ; pilotage, gestion, aide à la décision. Ces cinq domaines rassemblent chacun plusieurs familles de métiers qui, elles-mêmes, se subdivisent en sous-familles. Au total, les 183 métiers du Répertoire se classent 64 sous-familles, réunies dans 22 familles de métiers. On trouvera en annexe 8, l'arborescence du Répertoire établie par nos soins.

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

6.2.1.1 Qu'est ce qu'un métier du soin ?

Après avoir proposé une définition du métier du soin, on comparera le classement des métiers qui peut être fait sur la base de cette définition à celui opéré par les auteurs du RMFPH. On identifiera ainsi, les métiers dont le rattachement est acquis et ceux dont le rattachement pose question.

Plusieurs définitions peuvent contribuer définir le champ des métier du soin. Pour Le Grand Robert de la langue française, soigner c'est : « *S'occuper de rétablir la santé de quelqu'un* », « *S'occuper de guérir un mal* ». Dans la même source, pourtant, le soin est également défini comme étant le rassemblement des : « *Actes par lesquels on soigne quelqu'un ou quelque chose.* » Ces définitions couvrent des domaines de

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

compétences et de métiers qui ne se recoupent pas totalement : « Rétablir la santé de quelqu'un » ne signifie pas la même chose que « Guérir un mal ». La prise en charge d'une parturiente, par exemple, consiste à rétablir sa santé à l'identique de ce qu'elle était avant l'épreuve physique de l'accouchement, ce n'est en aucun cas guérir un mal – la maternité n'étant pas une pathologie. De même, de nombreux professionnels de santé s'occupent de rétablir la santé des patients qu'ils ont à leur charge sans aucunement s'occuper de leur mal : c'est ce que font les psychologues hospitaliers rattachés à des services de soins.

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

On peut donc imaginer qu'un membre du personnel d'un établissement de santé appartienne au monde du soin sans jamais être au contact d'un patient : ce qui est vrai pour le radiophysicien en radiothérapie l'est également pour un assistant de recherche clinique, un ambulancier, un technicien d'études cliniques, un technicien d'installation et de maintenance des équipements biomédicaux, un préparateur en pharmacie hospitalière, un technicien de laboratoire, etc. Sans aller jusqu'à considérer que l'ensemble des personnels d'un établissement de santé contribue à rétablir la santé des patients, il va toutefois falloir se demander dans quelle mesure un agent qui n'est jamais au contact du patient appartient au monde du soin.

Si, au contraire, on choisit le contact avec le patient comme critère d'appartenance au monde du soin, le risque est d'y inclure des personnels dont l'activité professionnelle a peu ou pas de rapport avec l'acte de soigner. Si un électricien des

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

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

On proposera donc une définition plus restreinte. Un métier de soin place celui qui l'exerce au contact du patient, avec comme objectif - ou comme effet - de sa présence, de le soigner ou de contribuer à la restauration de sa santé[42]. Cette définition renvoie directement à la racine étymologique du terme soin, *sonium* – souci en bas latin. Soigner, c'est dès lors se faire du souci pour quelqu'un. Il y a donc divergence entre deux définitions du métier du soin : l'une que l'on qualifiera de restreinte et l'autre d'ouverte (tableau 26).

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

Tableau 26. Proposition de définitions des métiers du soin

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

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

6.2.1.2 Les métiers non médicaux du soin

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

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

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

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

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

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

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

Tableau 27. Combinaisons pertinentes de définitions de métiers

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

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

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

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

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

- appartenance permanente à l'ordre soignant ;

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

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

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

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

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

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

Appartenance à l'ordre soignant	Appartenance à l'un ou l'autre des ordres
Ergothérapeute	Aide soignant
Infirmier en anesthésie réanimation	Assistante sociale
Infirmier en puériculture	Cadre de santé de secteur de soins et d'activités paramédicales
Infirmière de bloc opératoire	Cadre de santé d'unité de soins et d'activités paramédicales
Masseur kinésithérapeute	Cadre de santé formateur en management et pédagogie des soins et activités paramédicales
Orthophoniste	Cadre de santé formateur en soins et activités paramédicales
Orthoptiste	Cadre de secteur de gynécologie obstétrique

Pédicure podologue	Cadre d'unité de gynécologie obstétrique
Psychomotricien	Cadre formateur en gynécologie obstétrique
Sage-femme	Diététicien
	Directeur des soins et des activités paramédicales
	Directeur d'institut de formation en soins et activités paramédicales
	Directrice d'école de sages-femmes
	Infirmier en soins généraux
	Psychologue hospitalier
	Responsable d'études et de recherche en biologie médicale

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

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

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

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

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

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

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

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

6.2.1.5 Les personnels non médicaux de direction

Si l'on reprend les métiers recensés dans le Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, on s'aperçoit que contrairement à ce qui est affirmé par ses auteurs plusieurs métiers de direction y sont recensés. Dans les domaines 2, 3 et 4 du Répertoire figurent les métiers recensés dans le tableau 32, qui relèvent d'une activité de direction et/ou d'encadrement supérieur Ces métiers s'adressent à des ingénieurs et/ou à des attachés d'administration hospitalière. Rappelons que, dans les hôpitaux publics, les ingénieurs chargés de l'informatique, des travaux ou des équipements bio-médicaux ne sont pas nécessairement placés sous la responsabilité hiérarchique d'un directeur d'hôpital mais sont fréquemment responsables des directions éponymes avec le titre de directeur.

Les métiers de l'encadrement du soin ayant déjà été pris en compte – y compris celui de directeur des soins et activités médicales, pourtant membre des équipes de direction des établissements publics de soins –, on s'intéressera ci-après aux métiers qui relèvent spécifiquement des personnels de direction non soignants. Les personnels de direction, tels que dénommés dans le RMFPH, sont donc les directeurs d'hôpital – chef d'établissement ou chargés de directions fonctionnelles,

ou de pôles d'activités. On ne peut pas considérer que les chefs d'établissement publics, dépositaires de la légitimité bureaucratique, puissent ne pas être rattachés en permanence à l'ordre dirigeant ; en revanche, l'affectation dans tel ou tel ordre des directeurs adjoints d'hôpital[43] exerçant dans les établissements publics de santé et celle des chefs d'établissement de santé privé est davantage sujette à interrogation.

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

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

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

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

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

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

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

Tableau 33. Les métiers non médicaux de direction éligibles

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

6.2.2 Les personnels médicaux

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

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

6.2.2.1 La variété des situations professionnelles des médecins

Pour sérier le champ des activités médicales, le répertoire ADELI[44] a été utilisé comme base de travail. Ce répertoire hiérarchise leurs différentes qualifications : formation hospitalière et universitaire (concours de praticien hospitalier) ; qualifié spécialiste ; qualifié compétent ; qualifié généraliste ; compétence exclusive ; qualification ministérielle par équivalence ; DESC non qualifiant ; capacité.

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

[44] Définition et utilisations de ce répertoire en annexe 10.

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

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

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

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

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

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

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

Les situations des médecins étrangers et des « faisant fonction[45] » ne seront pas évoquées parce que jugées non pertinentes eu égard au sujet traité : leur situation à la marge des groupes de personnels et des structures qui les emploient ne permettrait pas d'arriver à distinguer précisément leur rattachement à un ordre sociologique plutôt qu'à un autre. De même, les étudiants externes en médecine ne seront pas non plus pris en compte : leur immersion partielle et temporaire dans les services de soins ne font pas d'eux de bons candidats pour l'enquête empirique.

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

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

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

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

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

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

Les médecins peuvent également avoir une participation financière dans le ou les établissements privés pour lesquels ils travaillent. Cet apport financier recouvre deux formes[46] :
- l'achat de parts ou d'actions de la clinique (compatible avec un contrat d'exercice conclu avec la même clinique) ;
- le dépôt de garantie pour l'obtention d'un contrat d'exercice ou la mise à disposition des équipements.

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

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

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

On peut enfin ajouter un type de médecins, spécifiques aux établissement de soins : le médecin responsable du département d'information médicale (DIM), chargé du PMSI (Programme de médicalisation du système d'information[47]), mécanisme de valorisation de l'activité des établissements qui autorise une comparaison de l'activité et de son coût pour la totalité des établissements de santé en France.

6.2.2.2 Le niveau de précision quant aux situations professionnelles des médecins

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

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

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

[47] Annexe 5.

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

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

Tableau 38. Répartition des métiers hospitaliers par types et appartenance

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

Tableau 39. Les 36 métiers ou fonctions indéterminés

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

La liste des personnels à enquêter peut désormais être finalisée[48]. La majorité des métiers hospitaliers qui y sont recensés (136 sur un total de 196) sont supposés appartenir de façon permanente à l'ordre dirigeant, 24 appartiennent de façon permanente à l'ordre soignant et 36 ont une appartenance indéterminée – c'est sur ces derniers métiers, listés dans le tableau 39, que l'analyse va porter plus précisément.

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

6.3.1 Les caractéristiques des métiers ou fonctions indéterminés

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

L'autre élément discriminant est le fait de travailler ou non en service de soins, quel que soit le métier d'appartenance : c'est le cas des secrétaires médicales, mais aussi des médecins. Cette situation peut également concerner les aides soignants mais aussi les infirmières. Plus récemment, avec la perspective ouverte par le plan « Hôpital 2007 [49]», le passage des établissements publics de santé à une structuration de leur activité en pôles a été puissamment encouragé.

[48] Le tableau global se trouve en annexe 11.

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

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

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

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

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

C'est la raison pour laquelle le choix s'est porté sur les professions, métiers ou fonctions suivantes – chef d'établissement ; chef de service de soins ; médecin ; infirmière ; secrétaire ; directeur d'hôpital – qui ont vocation à se croiser avec des situations d'activité, notamment l'exercice ou non dans un service de soins pour les personnels de soins, et l'appartenance à une équipe de direction ou le rattachement à un pôle d'activité pour les directeurs d'hôpital. Au total, le croisement des six métiers/professions retenus avec la situation d'exercice ou non en service de soins en définit neuf types à observer dans les établissements sélectionnés (tableau 40) :

- chef d'établissement ;

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

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

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

Il est à noter qu'une fonction peut également échoir à certains médecins à la tête d'un service de soins, celle de président de la Commission médicale d'établissement (CME). Cette dernière a été crée par la loi dite « hospitalière » de 1991, afin d'assurer la représentation des praticiens dans les établissements de santé. La CME exerce une mission consultative à l'égard des questions d'ordre général ayant trait à l'organisation et fonctionnement de l'établissement, et dispose d'une autorité décisionnelle sur les questions à caractère individuel qui concernent les catégories de personnel qu'elle représente[50].

La fonction de président de CME place son titulaire dans une situation particulière : élu par ses pairs, il se trouve destinataire de l'ensemble des informations à partir desquels les directions d'hôpitaux prennent leur décision ; doté d'une vision générale de l'établissement, il est très fréquent qu'il délaisse progressivement son rôle de représentant professionnel pour celui d'intercesseur entre direction et corps médical – ce qui lui est souvent reproché par ses pairs. La fonction de président de CME est donc idéale eu égard à l'objet de la recherche empirique : c'est le plus souvent un chef de service, exerçant donc en service de soins à ce titre, et dans le même temps assumant des responsabilités administratives à l'intersection de l'ordre dirigeant et de l'ordre soignant.

La fonction à privilégier pour les médecins ne travaillant pas en service de soins est celle de responsable du département d'information médicale, communément appelé « Médecin DIM ». Il dispose de la totalité des informations relatives à l'activité de l'établissement puisqu'il est en charge du PMSI, Programme de médicalisation du système d'information, destiné à mesurer la production de soins *via* le nombre de points ISA produit par établissement de soins[51]. A ce titre, il est parfaitement conscient de l'évolution de l'activité de chaque service, qu'il peut confronter aux informations échangées avec la direction des finances relatives aux dépenses comptabilisées en regard. Cette vision globale le place également dans une position particulière vis-à-vis de ses collègues médecins, à mi-chemin entre corps médical et direction.

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

Tableau 41. Croisement personnels/structures de la recherche empirique

	Etablissement public de soin de grande taille avec une activité lourde dans une grande ville	Etablissement public de soin de taille moyenne avec une activité moyennement lourde dans une ville moyenne	Clinique privée à but lucratif sous OQN de taille moyenne avec une activité moyennement lourde dans une ville moyenne	Clinique privée à but lucratif sous OQN de grande taille avec une activité lourde dans une grande ville	Clinique privée à but non lucratif sous DG de taille moyenne avec une activité moyennement lourde dans une ville moyenne	Clinique privée à but non lucratif sous DG de grande taille avec une activité lourde dans une grande ville
Chef d'établissement	**Hôpital Européen**	**CH de Roubaix**	**Clinique Tivoli**	-	**Clinique mutualiste des**	**Centre chirurgical**

[50] Pour plus de détails sur les attributions des CME, voir Cabon (2001), p. 38-84.
[51] Annexe 5.

Chef de service	**Georges Pompidou**		**Eaux claires**	**Marie Lannelongue**
Médecins exerçant en service de soins				
Médecin DIM				
Infirmier diplômé d'Etat exerçant en service de soins				
Infirmier diplômé d'Etat n'exerçant pas en service de soins				
Secrétaire médicale en service de soins				
Secrétaire n'exerçant pas en service de soins				

Hôpital Européen Georges Pompidou (AP-HP) (75), N° FINESS : 750803447, 827 lits, 54730485 points ISA.

CH de Roubaix (59), N ° FINESS : 590801106, 766 lits, 45796925 points ISA.

Clinique Tivoli (33), N ° FINESS : 330780115, 132 lits, 11 079 860 points ISA.
Clinique mutualiste des Eaux claires Grenoble (38), N° FINESS : 380780130, 189 lits, 13 281 640 points ISA.
Centre chirurgical Marie Lannelongue, Le Plessis-Robinson (92), N ° FINESS : 920150091, 204 lits, 20 582 945 points ISA.

Tableau 42. Croisement personnels/structures dans les CHRU

CHRU fonctionnant en pôles		CHRU fonctionnant en services
Avec directeurs de pôles	Avec directeurs fonctionnels	
Toulouse (N° FINESS 310781406, 174 851 645 points ISA) **Nantes** (N° FINESS 440000289, 125484375 points ISA)	**HEGP** **Poitiers** (N° FINESS 860780980, 85450665 points ISA) **Dijon** (N° FINESS 210780581, 83394610 points ISA)	**Orléans (CHR)** (N° FINESS 450000088, 67001770 points ISA) **Grenoble** (N° FINESS 380780080, 100552325) **Rouen** (N° FINESS 760780239, 112933730 points ISA)
6	3	3

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

On peut désormais définir le champ de la recherche empirique en croisant les métiers et fonctions sélectionnés avec les structures retenues (tableau 41). Sur les neuf métiers, professions et fonctions enquêtés, huit se trouveront dans les cinq types d'établissements définis *supra* : il n'a, en effet, pas été possible d'obtenir l'autorisation de se rendre dans un

établissement privé à but lucratif sous OQN de grande taille avec une activité lourde dans une grande ville. Aucun des directeurs de cliniques contactés en ce sens n'a pas accepté notre présence dans les locaux de leur établissement.

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

La distribution territoriale des établissements visités correspond aux critères de sélection qui ont été définis, ils sont répartis dans onze départements du territoire métropolitain et localisés dans douze villes différentes : Bordeaux ; Dijon ; Grenoble ; Le Plessis-Robinson ; Nantes ; Orléans ; Paris ; Poitiers ; Roubaix ; Rouen ; Toulouse[52].

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

7 MODALITES ET SUPPORT DE L'ETUDE EMPIRIQUE

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

7.1 L'OBJECTIF DE LA RECHERCHE EMPIRIQUE

L'objectif de la recherche empirique est, rappelons-le, de démontrer l'existence d'un niveau infra-organisationnel et supra-professionnel de regroupement au travail qui outrepasse les limites des notions de métiers ou de profession. C'est ce regroupement informel qui détermine l'appropriation par les personnels d'une des

[52] Le descriptif des établissements visités est communiqué en annexe 12.

deux légitimités à l'œuvre dans les établissements de santé – la légitimité du savoir, de la connaissance, ou la légitimité bureaucratique, de l'intérêt général. L'appartenance à ce type de regroupement – que nous avons dénommé « Ordre sociologique » ne relève pas des catégorisations professionnelles généralement utilisées à l'hôpital – notamment soignants et non soignants – mais du contexte et des contraintes dans lesquels le travail s'insère.

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

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

7.2 LE CONTEXTE DE L'ENQUETE

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

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

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

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

statut administratif de l'enquêteur faisait de lui l'interlocuteur privilégié pour faire passer un message auprès du chef de service, de son adjoint et/ou de la direction de l'établissement.

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

7.3 LES MODALITES DE LA RECHERCHE

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

7.3.1 Entretiens et/ou questionnaires ?

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

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

« *N'est- ce pas, par exemple, parce qu'il se présente comme la réalisation paradigmatique de la neutralité dans l'observation que, entre toutes les techniques de collecte des données, l'entretien non-directif est si fréquemment exalté* (…) *?* » se demandent Bourdieu et *al.* (1983, p. 61). En établissement de santé, dès lors que l'enquêteur est directeur d'hôpital, issu du monde de la direction et introduit comme tel dans l'établissement, aucune technique de recueil de données ne peut prétendre à la neutralité, sauf à masquer son appartenance professionnelle. Nous n'avons pas fait ce choix pour des raisons à la fois déontologiques et d'efficacité : l'expérience de l'enquête à l'hôpital montre que le respect exprimé aux personnels interrogés, par la présentation de la démarche d'enquête et de son auteur, forme le meilleur atout pour recueillir les réponses les plus proches de ce qu'ils ressentent véritablement.

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

C'est donc une modalité d'enquête par questionnaire qui a été retenue. La technique que nous avons employée se situe à mi-chemin entre l'analyse qualitative et le support de l'analyse quantitative. Elle va au-delà d'un entretien directif puisque le but

de la rencontre est de faire remplir un questionnaire par la personne enquêtée, mais ce n'est pas pour autant une enquête par questionnaire dans la mesure où : « *… les interactions entre l'interwiever et l'interwievé jouent un rôle important*. » (Fenneteau, 2002, p. 15). Dans la recherche empirique que nous avons conduite, cette interaction s'est incarnée dans l'intervention de l'enquêteur pour expliciter le sens de telle ou telle question.

7.3.2 Le mode d'interrogation

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

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

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

La question de la personnalisation des réponses s'est également posée. Il est ordinairement recommandé dans les enquêtes d'éviter des formulations

« impliquantes » telles que : « *Pensez-vous que…* », « *Jugez vous que…* », qui risquent de limiter la spontanéité des réponses. Dans le questionnaire mis au point, les mises en situation proposées aux personnes enquêtées ont été pourtant été personnalisées (« *Vous êtes en situation de prendre une décision, vous auriez plutôt tendance à…* »), et ce en raison du contexte particulier des établissements de santé et du but poursuivi par la recherche empirique.

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

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

La seconde formulation est moins impliquante mais introduit une ambiguïté dans la réponse en raison même de la moindre implication qu'elle entraîne. L'implication a ici un double sens : vis-à-vis de l'enquêteur et à l'égard de la situation décrite. S'agissant de cette dernière, il est tout à fait plausible qu'une personne ne donne pas la même réponse suivant qu'elle se

trouve en situation de prendre une décision – et donc de la justifier – ou de porter un jugement sur ceux qui doivent la prendre. En d'autres termes, et pour reprendre l'une des composantes de l'alternative donnée comme réponse à la question ci-dessous, une personne pourrait considérer que les gens qui doivent prendre une décision devrait : « *Explorer les possibilités d'utilisation d'une IRM installée dans un autre établissement* », mais pourrait ne pas vouloir prendre elle-même cette décision, notamment compte tenu des réactions que cette dernière ne manquerait pas de susciter. Ou bien le terme pourrait être pris comme la formulation d'une probabilité plutôt que d'une obligation.

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

7.4 LE QUESTIONNAIRE

Le questionnaire[53] soumis aux personnes rencontrées comporte vingt-huit questions. Il se compose de deux parties, graphiquement non distinguées, respectivement constituée de treize et de quinze questions. L'une concerne l'agent, la structure où il travaille, celles où il aurait, éventuellement, travaillé, et les personnes avec qui il est en contact ; la seconde est constituée de questions de mises en situation et de questions de positionnement.

7.4.1 L'agent et la structure

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

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

questionnaire, la plus déterminante, constituée de questions plaçant la personne dans des situations où une décision est attendue.

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

La seconde partie du questionnaire est composée de huit questions de mise en situation et de sept questions de positionnement intercalées[54]. L'une des questions les plus importantes (numéro 12) est située au bas de la première page du questionnaire, immédiatement après les onze premières questions de routine. Il est demandé à la personne enquêtée de se prononcer quant à son positionnement dans l'établissement de santé : appartient-elle au « Monde du soin » ou au « Monde de l'administration, de la direction, de la gestion » ? L'autre question de positionnement (numéro 15) vient après deux autres questions de routine consacrées aux collègues de travail. Elle demande à l'enquêté s'il a le sentiment de contribuer « Au service public de la santé » ou bien « A l'amélioration de la santé des patients de [son] établissement ».

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

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

Tableau 44. Réponses mettant en lumière la légitimité revendiquée

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

Ces demandes, volontairement placées en début de questionnaire parmi des questions très descriptives, doivent permettre de corroborer le profil d'appartenance tel qu'il va se dégager des questions de mise en situation. C'est une interrogation de

[53] Il figure en annexe 13.
[54] Leur répartition est fournie en annexe 14.

contrôle qui se cumule avec les autres questions de positionnement (numéros 20, 23, 25, 26 et 28) mettant également en exergue le type de légitimité revendiquée.

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

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

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

7.4.3 Forme et présentation du questionnaire

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

Pour les quinze questions pertinentes (huit de mise en situation et sept de positionnement), il a été spécifié qu'une seule réponse était requise, de façon à marquer l'obligation pour les personnes interrogées de calquer leur réponse sur le choix binaire des options offertes. Une grande partie des discussions tenues lors des

entretiens de remplissage concernait le souhait exprimé de pouvoir sélectionner les deux réponses possibles – ce qui contrevenait à l'objectif de la recherche empirique. Le rôle de l'enquêteur était donc de compléter la formulation des questions à la lumière de l'objectif de la recherche empirique tel qu'il avait été présenté en exergue de l'entretien.

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

Au sein du monde du soin, une différenciation a été établie entre médecins et non médecins. Cette disposition procède d'une précaution sémantique : dans les établissements de santé, les « soignants » sont les personnels paramédicaux ; les médecins sont dénommés par le nom de leur profession ou par les termes génériques de « personnel médical » ou « communauté médicale »[55]. C'est la raison pour laquelle, chaque fois que le terme « soignant » a été utilisé, il a été précisé – en tant que de besoin – qu'il concernait les médecins et les non-médecins.

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

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

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

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

CHAPITRE 5

RESULTATS DE L'ETUDE EMPIRIQUE ET VALIDATION DES HYPOTHESES

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.

8 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.

8.1 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.

8.2 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 médical[56] 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.

[56] 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.

9 TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES

Les informations recueillies dans les questionnaires ont été saisies sur une table de données[57] 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.

9.1 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 établi[58].

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'Etzioni[59] – 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

[57] Cette table de données est fournie en annexe 16 et son codage en annexe 17.
[58] Les intitulés de ces questions et leur répartition entre ordres sont développés dans l'annexe 18.
[59] 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 »[60].

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.

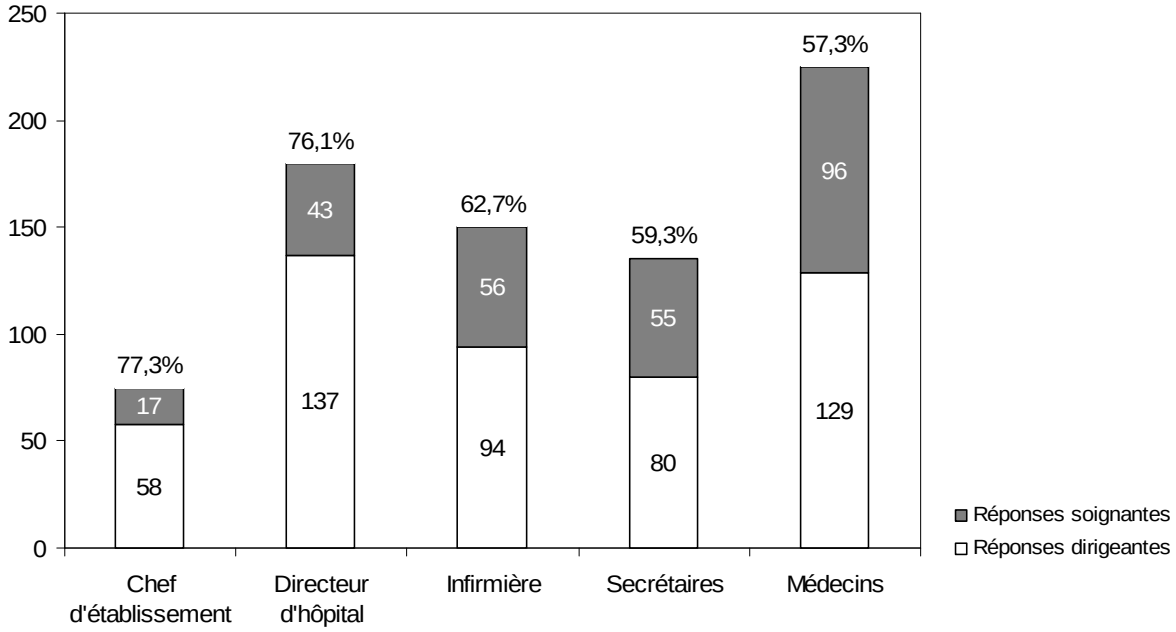
En revanche, si l'on affine l'analyse en identifiant la part des réponses dirigeantes dans le total des réponses par métiers/professions, la hiérarchie qui se dessine est conforme à l'opposition entre professionnels et non professionnels – quand bien même la part des réponses dirigeantes demeure prépondérante. 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 on 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,

[60] 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 %)

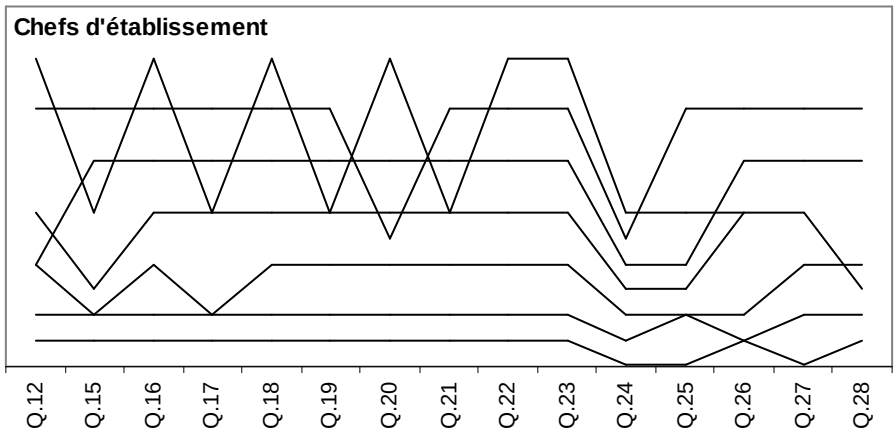


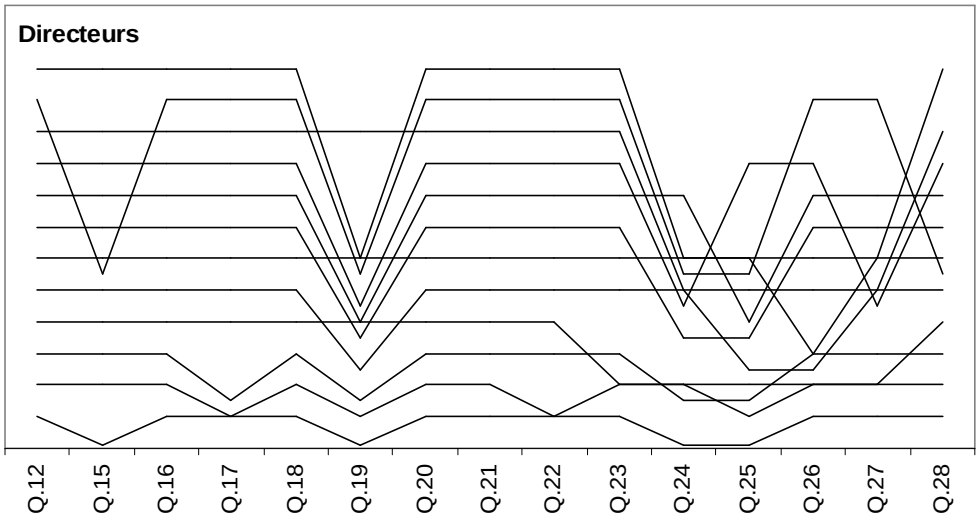
Les évolutions entre réponses dirigeantes et réponses soignantes forment un profil de réponse aux quinze questions pour chaque personne interrogée. Ces profils de réponses ont été regroupés par métier dans le graphique 2. On peut alors s'apercevoir que les profils des chefs d'établissements (à l'exception 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.

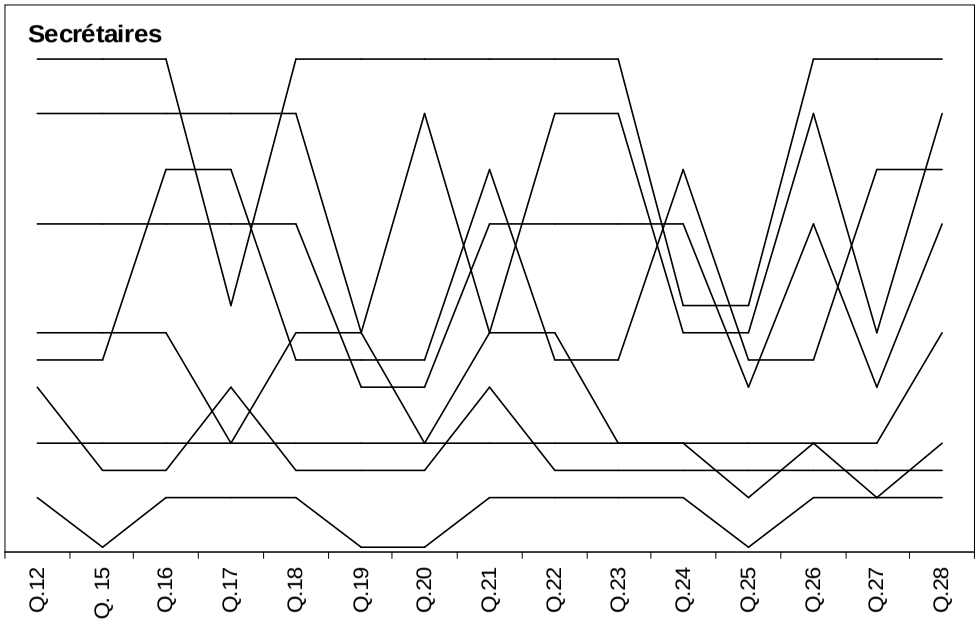
Les points partiels de convergence des infirmières se situent autour des réponses soignantes aux questions 15 (contribuer à l'amélioration de la santé des patients de

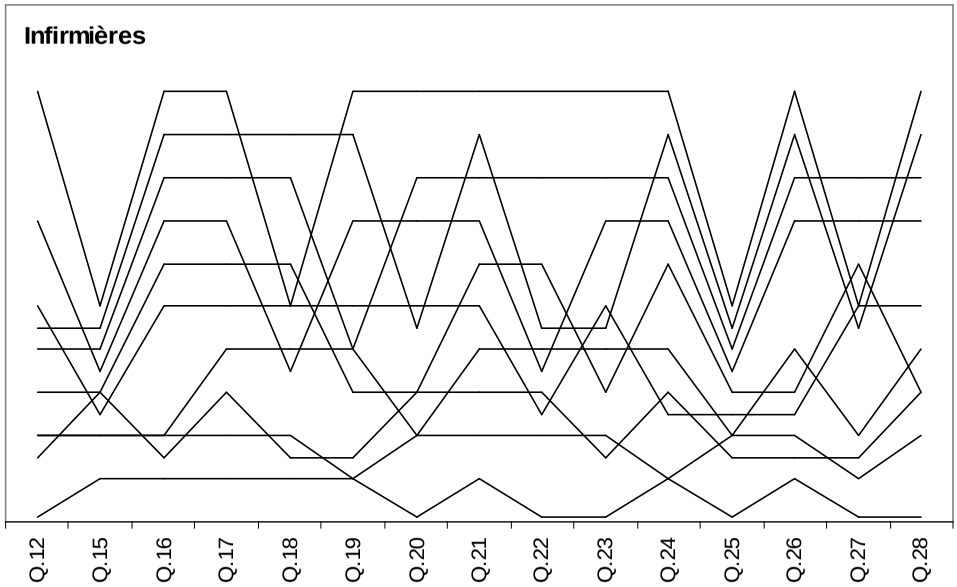
[son] établissement) et 25 (prendre en charge du mieux possible les patients de [son] établissement).

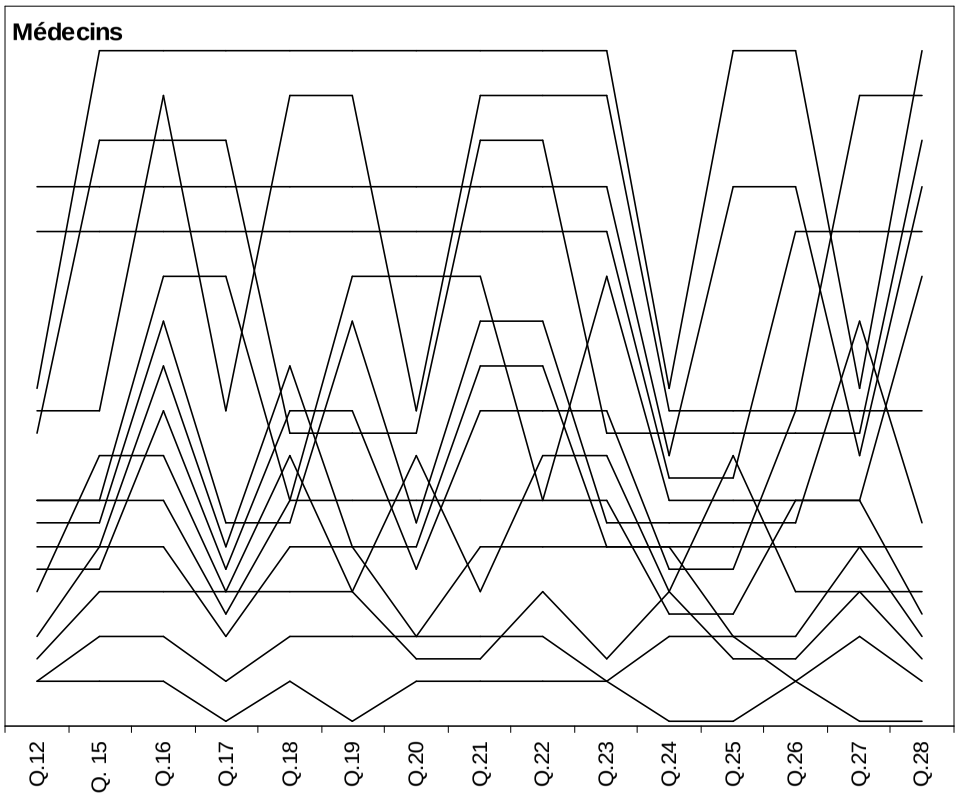
Graphique 2. Profils de réponses par métiers






Secrétaires
Q.12
Q. 15
Q.16
Q.17
Q.18
Q.19
Q.20
Q.21
Q.22
Q.23
Q.24
Q.25
Q.26
Q.27
Q.28


Infirmières
Q.12
Q.15
Q.16
Q.17
Q.18
Q.19
Q.20
Q.21
Q.22
Q.23
Q.24
Q.25
Q.26
Q.27
Q.28


Médecins
Q.12
Q. 15
Q.16
Q.17
Q.18
Q.19
Q.20
Q.21
Q.22
Q.23
Q.24
Q.25
Q.26
Q.27
Q.28

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.

9.2 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 important, 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.

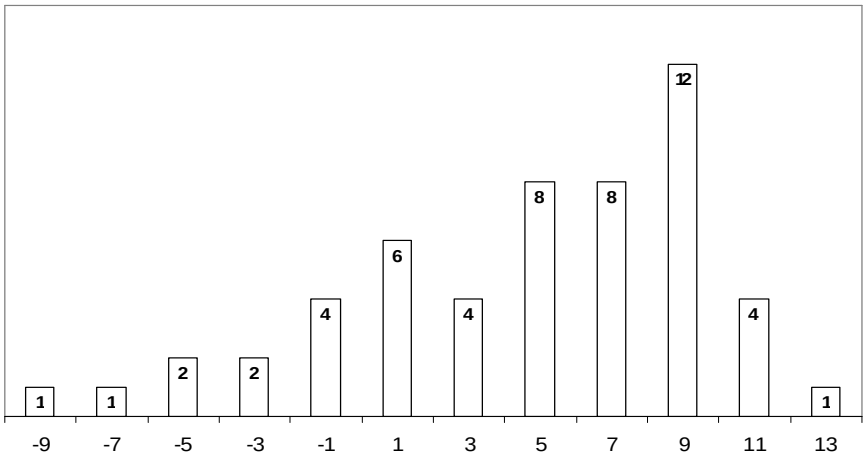
9.2.1 Les scores par questionnaires

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

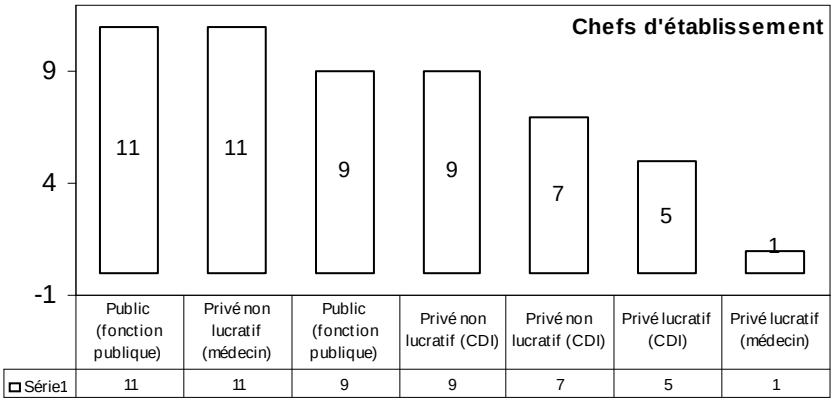


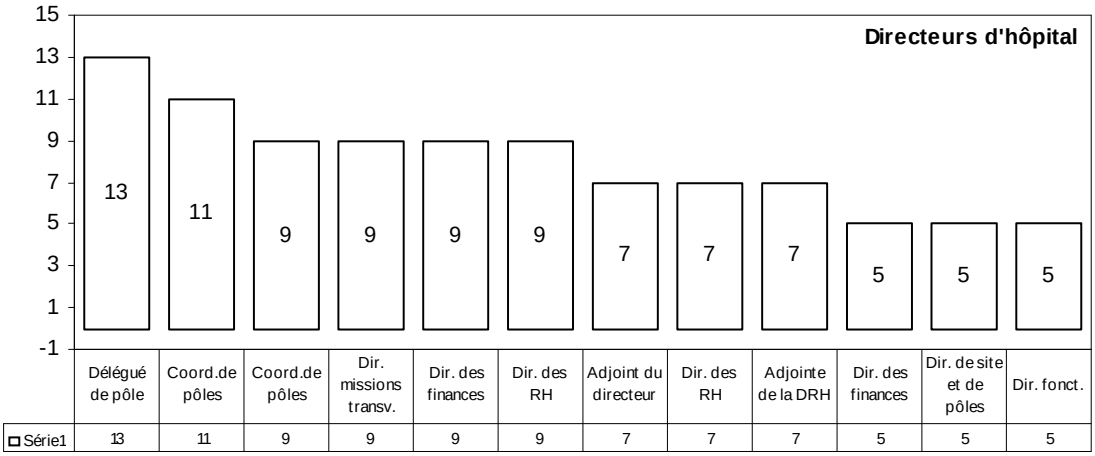
Cette observation conduira à accorder davantage d'importance aux scores relatifs des personnes interrogées les unes par rapport aux autres qu'à la valeur du score proprement dite.

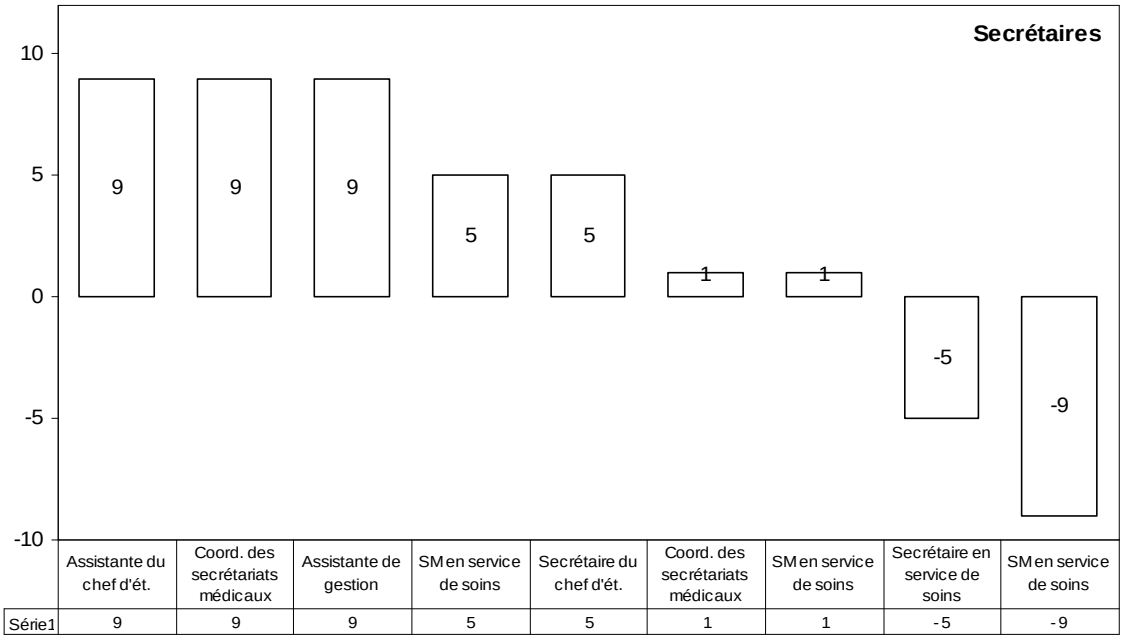
9.2.2 Les scores par métiers/professions et par fonctions

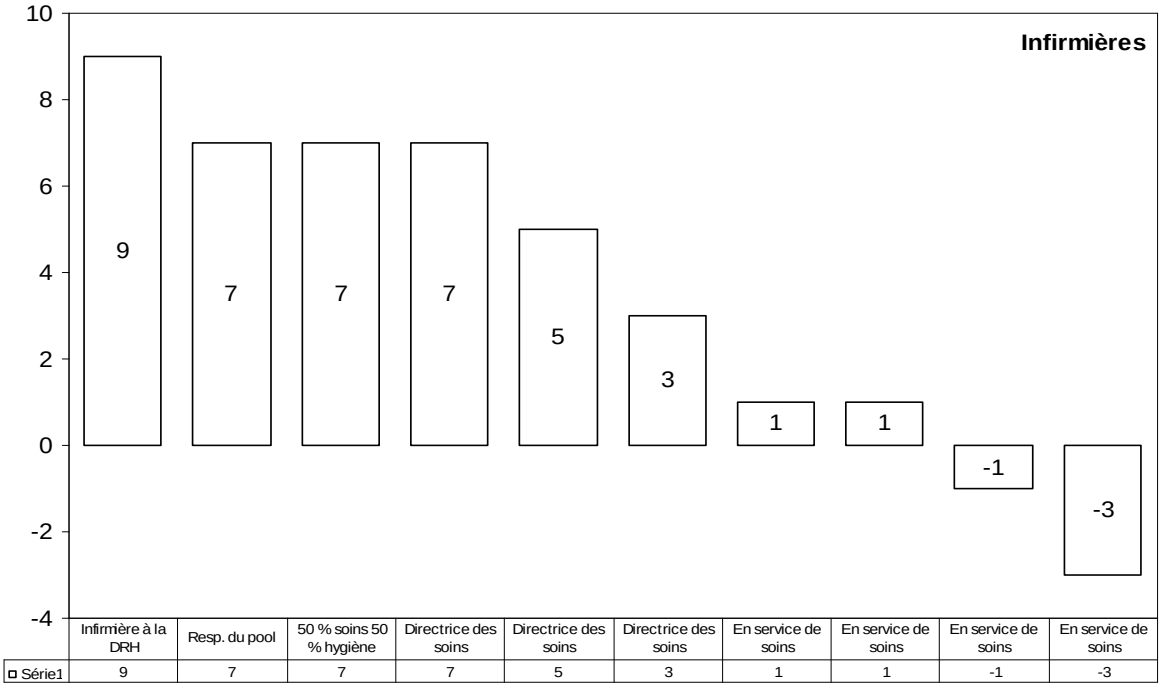
Corollaire du caractère majoritaire des réponses dirigeantes, les scores moyens des métiers ou professions sont positifs et relèvent de l'ordre dirigeant : 8,2 pour les chefs d'établissement ; 8,0 pour les directeurs d'hôpital ; 3,6 pour les infirmières ; 2,8 chez les secrétaires ; 2,2 chez les médecins. 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.

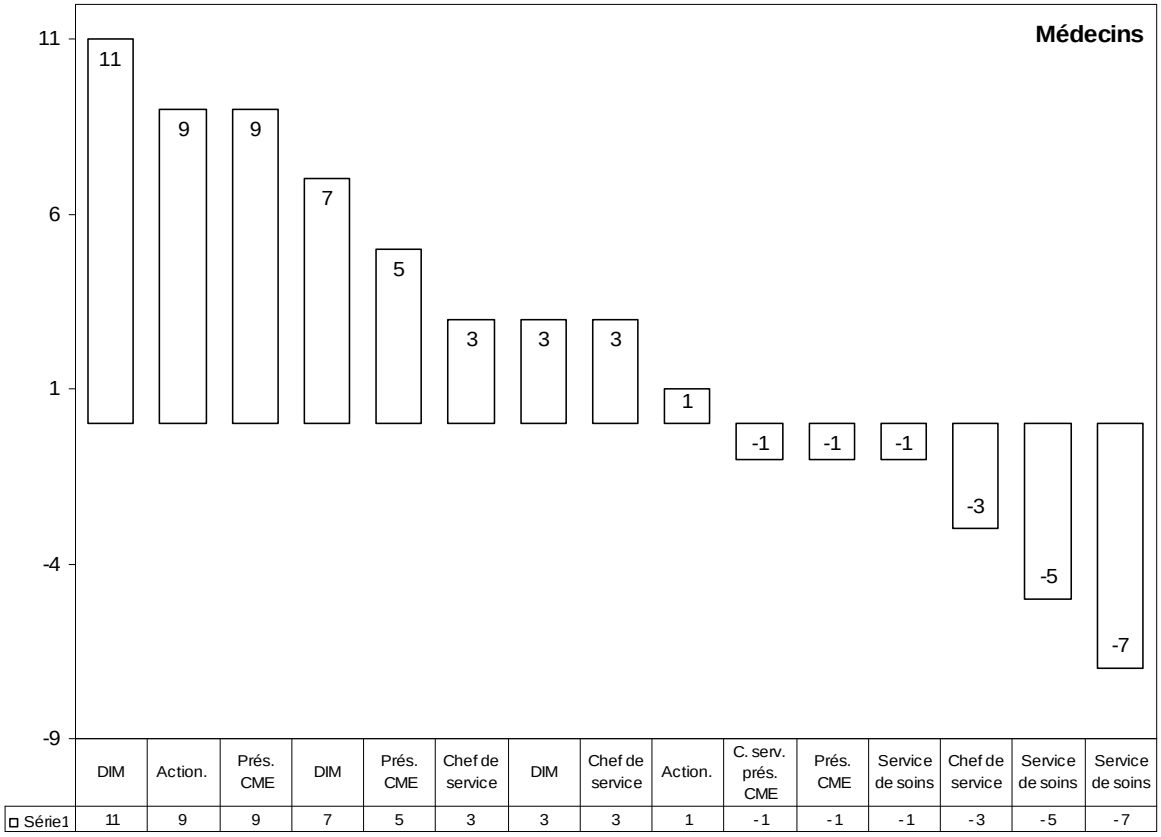
Graphique 4. Scores par métiers/professions et par fonctions








Infirmières
10
8
6
4
2
0
-2
-4
9
7
7
7
5
3
1
1
-1
-3
Infirmière à la DRH
Resp. du pool
50 % soins 50 % hygiène
Directrice des soins
Directrice des soins
Directrice des soins
En service de soins
En service de soins
En service de soins
En service de soins
Série1
9
7
7
7
5
3
1
1
-1
-3


Médecins
11
6
1
-4
-9
11
9
9
7
5
3
3
3
1
-1
-1
-1
-3
-5
-7
DIM
Action.
Prés. CME
DIM
Prés. CME
Chef de service
DIM
Chef de service
Action.
C. serv. prés. CME
Prés. CME
Service de soins
Chef de service
Service de soins
Service de soins
Série1
11
9
9
7
5
3
3
3
1
-1
-1
-1
-3
-5
-7

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 santé[61] 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

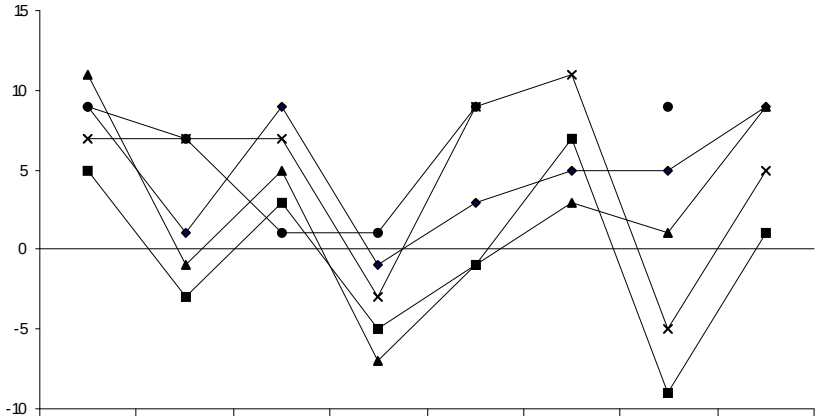
[61] Un établissement privé à but non lucratif PSPH, le centre René Huguenin à Saint-Cloud, et un établissement privé à but lucratif, la clinique de l'Essonne à Evry.

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.

9.2.3 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



	Chef d'établiss.	Infirmière	Infirmière	Médecin	Médecin	Médecin	Secrétaire	Secrétaire
HEGP	9	1	9	-1	3	5	5	9
Marie Lannelongue	5	-3	3	-5	-1	7	-9	1
Roubaix	11	-1	5	-7	-1	3	1	9
Eaux claires	7	7	7	-3	9	11	-5	5
Tivoli	9	7	1	1	9		9	

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.

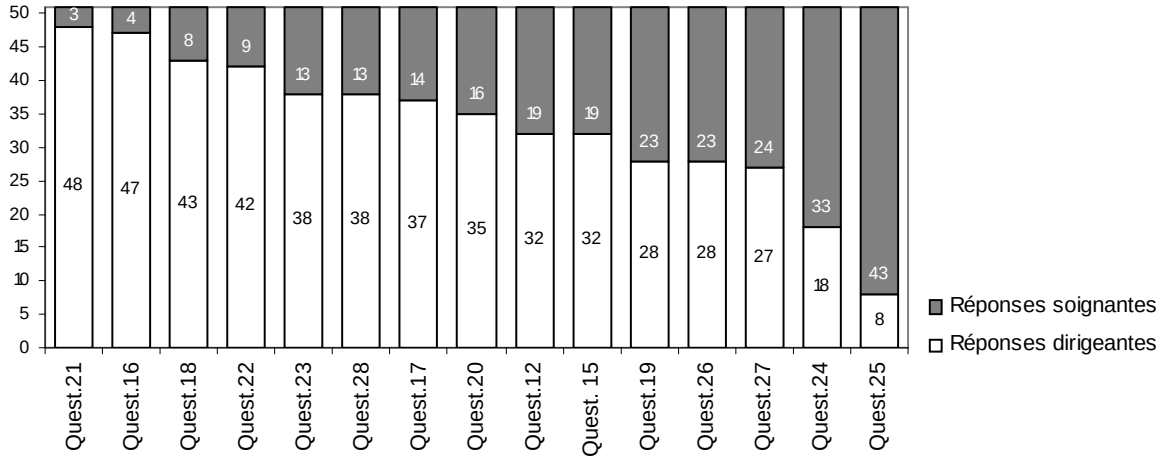
9.3 L'ETUDE DES CORRELATIONS

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.

9.4 L'ANALYSE DE DONNEES

9.4.1 Une répartition en trois classes

Les développements qui vont suivre sont fondés sur l'analyse des correspondances multiples (ACM) et la classification ascendante hiérarchique (CAH[62]) 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'information[63].

[62] Ces deux techniques sont présentées en annexe 20.

[63] 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
Chef d'établissement	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 en service de soins
Directeur délégué de pôle	Médecin DIM	Secrétaire en service de soins	Médecin, président CME
Directeur fonctionnel	Médecin, président CME	Secrétaire médicale en service de soins	Médecin, président CME
Directeur, adjoint du chef d'établissement	Secrétaire assistante de gestion	Secrétaire médicale en service de soins	Secrétaire médicale coordinatrice des secrétariats médicaux
Directrice adjointe de la DRH	Secrétaire du chef d'établissement		
Directrice de site et de pôles	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.

9.4.2 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.

9.4.3 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.

9.4.4 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).

9.4.5 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.

10 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 des ces hypothèses aux résultats de l'étude empirique pour vérifier leur éventuelle pertinence.

10.1 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.

10.1.1 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 coté, 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.

10.1.2 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	1	• En serv. de soins	–3
	• Responsable du pool	7	• En serv. de soins	1		
	• 50 % resp. hygiène, 50 % serv. soins	7	• En serv. de soins	–1		
	• 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-administrativé » 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 56[64]). 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 »[65].

[64] La composition détaillée des trois classes est fournie en annexe 25.
[65] 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.

10.1.3 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/professions[66] 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.

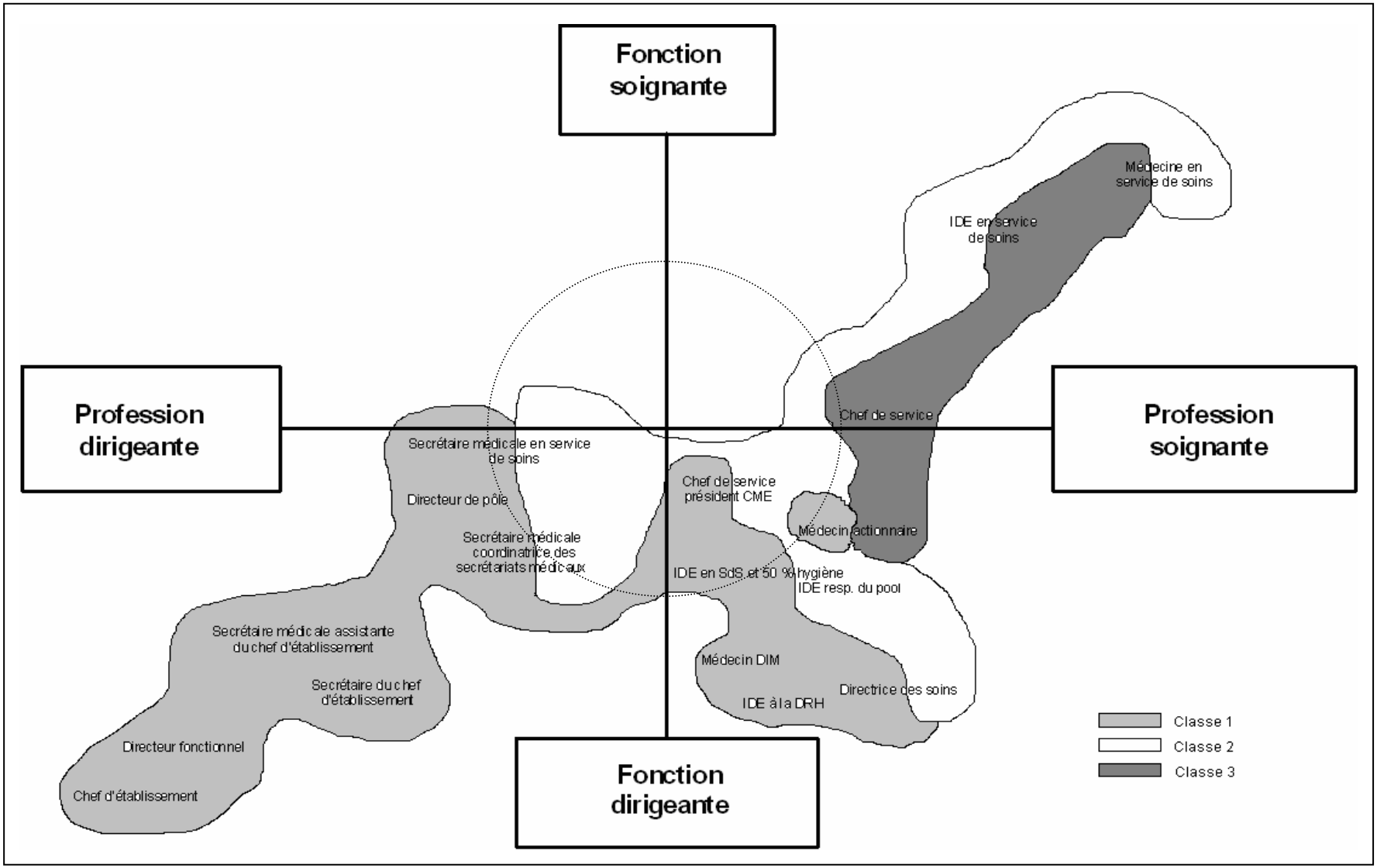
Le croisement des deux axes permet d'identifier les métiers « figés » et les métiers « mouvants » ou « basculants ». Les métiers dits « figés » ont une position sur le cadran qui n'a pas vocation à évoluer, c'est la situation dans laquelle se trouvent les chefs d'établissements, les directeurs fonctionnels (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.

[66] Quand bien même les deux extrêmités sont intitulées « professions », c'est bien de métiers ou de professions qu'il s'agit.

Figure 12. La zone de contact entres 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.

10.2 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 engagées. 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 direction : 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 Là où vous travaillez, le chef d'établissement donne son avis sur la nomination des médecins. Cette habitude vous semble…		Question 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…		Question 24 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 Ce qui doit l'emporter au final dans les établissements de santé c'est…		Question 23 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 Les médecins réclament l'achat d'une IRM. Vous auriez plutôt tendance à …		Question 19 L'activité d'un laboratoire n'est pas suffisante pour couvrir ses frais. Vous auriez plutôt tendance à …		Question 27 Dans une situation non urgente, un médecin pose un *pace maker* 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 corrélées[67], 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.

[67] 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.

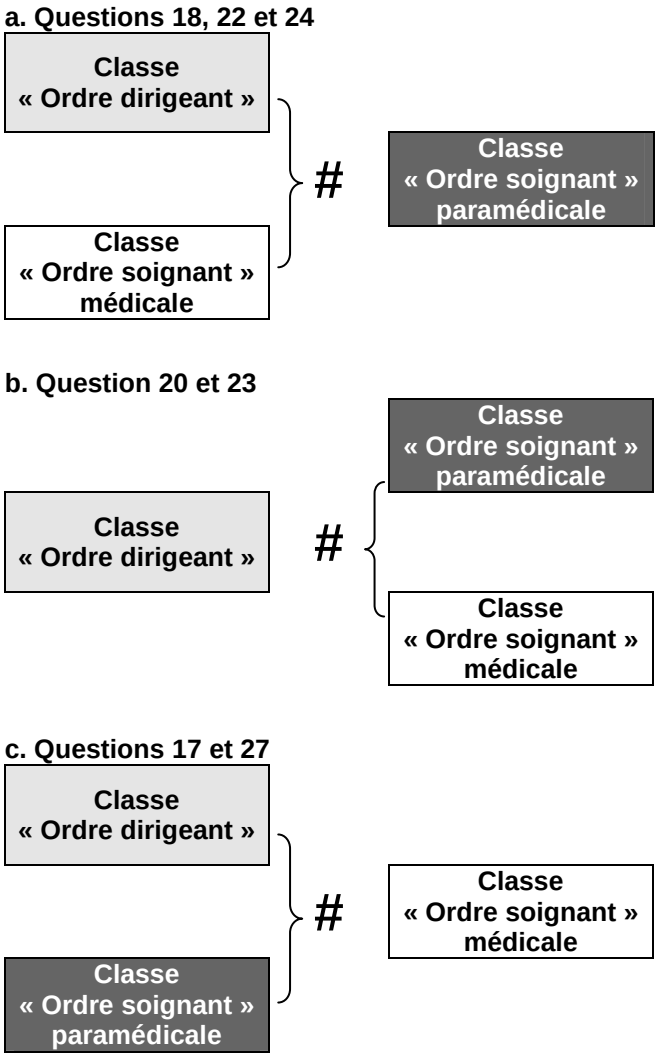
Ces divergences s'expliquent par la non-conformité de la répartition par métiers/professions et celle par classes : on l'a vu, les classes regroupent des personnels de métiers/professions différentes partageant les mêmes valeurs quant au fonctionnement d'un établissement de santé. Plus gênant encore, 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



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.

10.3 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.

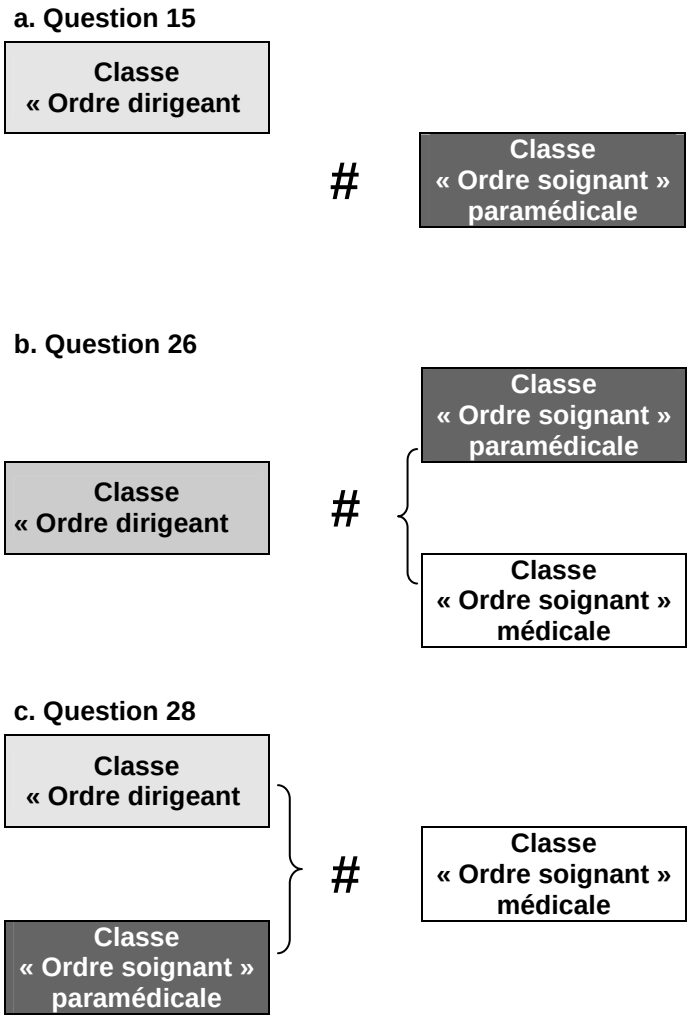
Ce conflit de légitimité s'observe de manière tout aussi prévisible dans les réponses aux questions 26 et 28. A la question 26, la classe « Ordre dirigeant » se prononce très majoritairement pour le respect des orientations données par les autorités sanitaires, alors que les classes « Ordre soignant » 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



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.

10.4 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.

10.5 LE REJET DE LA LEGITIMITE BUREAUCRATIQUE DANS UN DOMAINE MEDIATISABLE

10.5.1 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, standardisées[68] (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

[68] 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).

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 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 avions 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'adossent 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.

10.5.2 Niveau de programmabilité des tâches et manque de personnel

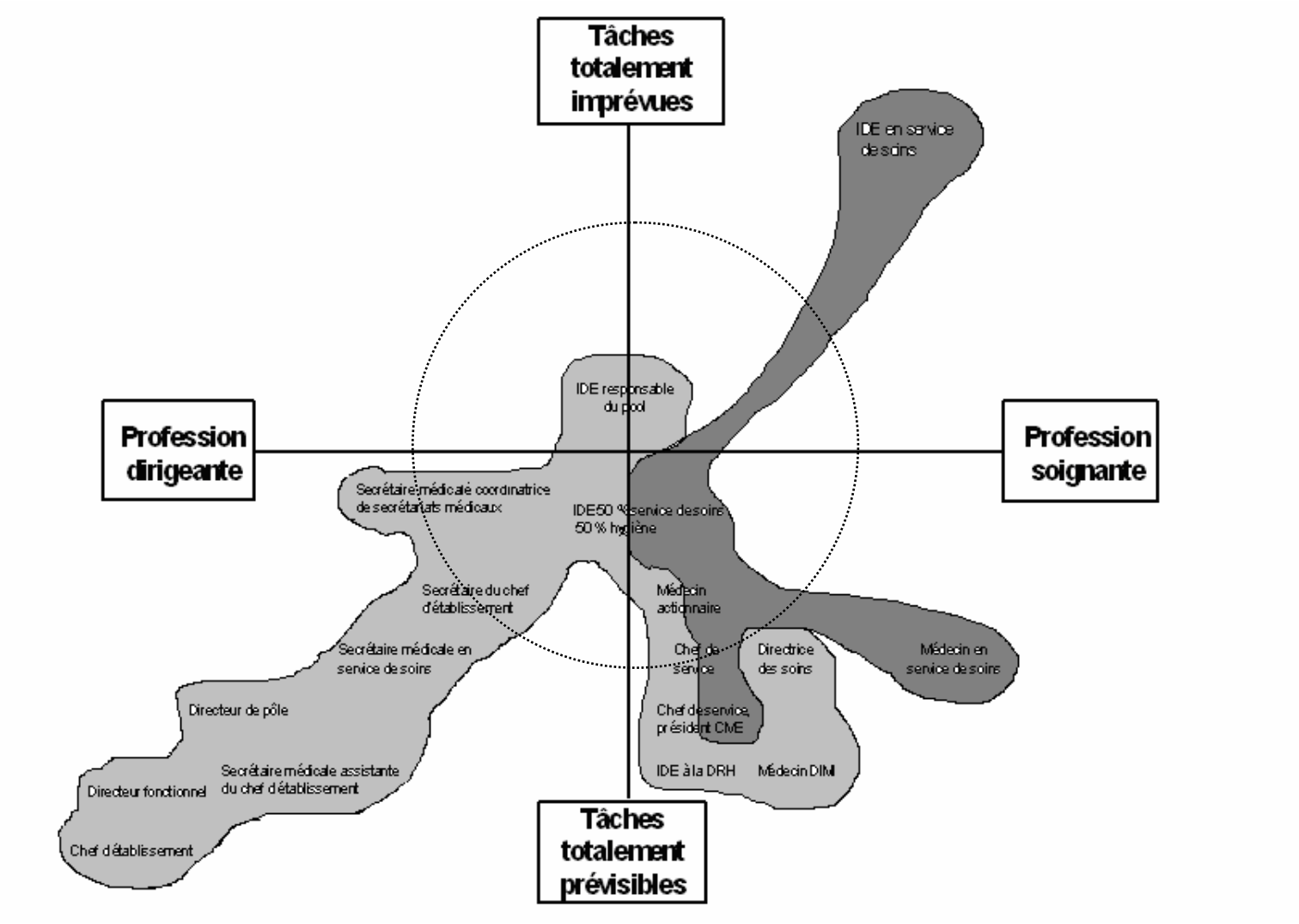
Si l'on compare la composition des classes « Ordre soignant » paramédicale et Ordre soignant » médicale à la typologie des personnels des services de soins établie précédemment (Holcman, 2002 a) – ce qui est fait dans le tableau 62 et le tableau 63 – on trouve plusieurs points de convergence. Cette convergence 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 entres 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 coté, 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 avions 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.

CONCLUSION

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.

6 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.

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

6.1.1 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 fréquente 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.

6.1.2 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.

6.2 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.

6.2.1 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 prémisse opérationnelle : 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 fo, 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 confondue et ne laissent pas de place à l'existence de l'ordre. En revanche, si l'existence de ce dernier est validé, 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.

6.2.2 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*

vise 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.

7 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.

7.1 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.

7.1.1 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 caractérisé 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.

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

7.1.2.1 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 en 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.

7.1.2.2 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.

7.2 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 tirés 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.

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

7.2.1.1 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.

7.2.1.2 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.

7.2.1.2.1 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.

7.2.1.2.2 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 patrimonalisme et la territorialité continueraient

d’affecter le fonctionnement des établissements de santé, seul l’échelle d’application des 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.

7.2.1.2.3 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.

7.2.1.2.4 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.

7.2.2 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.

7.2.2.1 De l'ordre soignant vers l'ordre dirigeant

On l'a vu dans le second chapitre, les établissements des 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.

7.2.2.2 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 efficiente 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 vérité 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.

7.2.3 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.

REFERENCES
ET BIBLIOGRAPHE

ABBAD J. (2001), *Organisation et management hospitalier*, Berger-Levrault, Paris.

ABBOTT A. D. (1988), *The System of Professions : an Essay on the Division of Expert Labor*, The University of Chicago Press, Chicago.

ACKER F. (1991), « La fonction de l'infirmière. L'imagination nécessaire », *Sciences sociales et santé*, vol. IX, n° 2, juin, p. 123-143.

ACKER F., DENIS G. (1995), *Santé*, coll. ROME – Description et évolution des métiers, ANPE/La Documentation française, Paris.

ADAMS J. S. (1965), [Inequity in Social Exchange], *in* BERKOWITZ L. (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, vol. 2, New York Academy Press, New York, p. 267-299.

AGENCE NATIONALE POUR L'EMPLOI (1999), *Répertoire opérationnel des métiers et des emplois (ROME)*, La Documentation française, Paris.

AÏCH P., FASSIN D. (Dir.) (1994), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Anthropos-Economica, Paris.

AÏCH P., FASSIN D., SALIBA J. (1994), [Crise, pouvoir et légitimité], *in* AÏCH P., FASSIN D. (Dir.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Anthropos-Economica, Paris, p. 43-85.

AIKEN M., HAGE J. (1970), *Social Change in Complex Organizations*, Random House, New York.

ALBERTONI E. A. (1987), *Doctrine de la classe politique et théorie des élites*, Librairie des Méridiens, Paris.

AMALBERTI R., AUROY Y., ASLANIDÉS M. (2004), *Understanding Violations and Boundaries*, The Canadian Healthcare Safety Symposium, Edmonton, 14-16 octobre.

AMALBERTI R., AUROY Y., BERWICK D., BARACH P. (2005), « Five System Barriers to Achieving Ultrasafe Health Care », *Annals of Internal Medecine*, vol. 142, n° 9, mai, p. 756-764.

ANDERSON T. R., WARKOW S. (1973), [Organizational Size and Functional Complexity : A Study of Administration in Hospitals], *in* HEYDEBRAND W. V. (Ed.), *Comparative Organizations*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, p. 387-393.

ARBUZ G., DEBROSSE D. (1996), *Réussir le changement de l'hôpital*, InterEditions, Paris.

ARON R. (1967), *Les étapes de la pensée sociologique*, Gallimard, Paris.

AUBERT N. (1994), [Relations de pouvoir et *leadership*], *in* COSTER de M., PICHAULT F. *Traité de sociologie du travail*, De Boeck-Wesmael, Bruxelles, p. 421-452.

BAGLA L. (2003), *Sociologie des organisations*, La Découverte, Paris.

BALSAN D. (2003), *Une typologie des établissements de soins publics et PSPH en fonction de leur activité et de leur environnement*, Document de travail de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité/ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, n° 37, octobre.

BANDURA A. (1986), *Social Foundations of thought an Action*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.

BARET C. (2002), « Hôpital : le temps de travail sous tension. Une comparaison Belgique, Italie, France, Grande-Bretagne, Pays-Bas et Suède », *Sciences sociales et Santé*, vol. 20, n° 3, septembre, p. 75-107.

BARNARD C. I. (1987), [La théorie de l'autorité], *in* CHANLAT J. F., SEGUIN F. (Ed.), *L'analyse des organisations. Une anthologie sociologique*, tome II, Les composantes de l'organisation, Gaëtan Morin Editeur, Boucherville, p. 359-376.

BAUBION-BROYE A., DUPUY R., HAJJAR V. (2004), [Socialisation organisationnelle et transformation des identités], *in* BRANGIER E., LANCRY A., LOUCHE C. (Dir.), *Les dimensions humaines du travail. Théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations*, Presses universitaires de Nancy, Nancy, p. 359-387.

BAUDONNIÈRE P. M. (1997), *Le mimétisme et l'imitation*, Flammarion, Paris.

BECKER H. (1988), *Les mondes de l'art*, Flammarion, Paris.

BEILLEROT J. (2001), [Analyse des pratiques et analyse institutionnelle], *in* BLANCHARD-LAVILLE C., FABLET D. (Coord.), *Sources théoriques et techniques de l'analyse des pratiques professionnelles*, L'Harmattan, Paris, p. 171-177.

BERNOUX P. (1985), *La sociologie des organisations*, Editions du Seuil, Paris.

BERNOUX P. (1994), [Systèmes d'autorité et relations de pouvoir au sein d'une organisation], *in* COSTER de M., PICHAULT F. *Traité de sociologie du travail*, De Boeck-Wesmael, Bruxelles, p. 337-354.

BERTHELOT J.M. (Dir.), (2003), *La sociologie française*, Presses universitaires de France, Paris.

BLANCHARD-LAVILLE C., FABLET D. (Coord.) (2001), *Sources théoriques et techniques de l'analyse des pratiques professionnelles*, L'Harmattan, Paris.

BLAU P. M. (1961), [The Dynamics of Bureaucracy], *in* ETZIONI A., *Complex Organizations*, Holt, Rinehart and Winston, New York, p. 343-355.

BLAU P. M. (1970), [Decentralization in Bureaucracies], *in* ZALD M. N. (Ed.), *Power in Organizations*, Vanderbilt University Press, Nashville, p. 151-174.

BLAU P. M. (1974), *On the Nature of Organizations*, John Wiley & Sons, New York.

BLAU P. M., SCOTT W. R. (1962), *Formal Organizations*, Chandler Publishing, San Francisco.

BONNICI B. (1998), *L'hôpital : enjeux politiques et réalités économiques*, La Documentation française, Paris, p. 5-11.

BONNICI B. (2003), « Les jeux de pouvoirs dans l'institution hospitalière », *Soins cadres*, n° 46, mai, p. 27-30.

BONNIER C. (2001), *Le contrôle de la gestion d'une organisation complexe : l'hôpital public. Une analyse par la théorie des conventions*, Th. Doct., Sciences de gestion, Conservatoire national des Arts et Métiers, Paris.

BOUFFARTIGUE P., BOUTEILLER J. (2003), « Jongleuses en blouse blanche. La mobilisation des compétences temporelles chez les infirmières hospitalières », Communication aux IXèmes journées de sociologie du travail, Paris, 27-28 novembre.

BOURDIEU P. (Dir.) (1993), *La misère du monde*, Editions du Seuil, Paris.

BOURDIEU P., CHAMBOREDON J. C., PASSERON J.C. (1983), *Le métier de sociologue : préalables épistémologiques*, Mouton, Paris.

BRANGIER E., LANCRY A., LOUCHE C. (Dir.), (2004), *Les dimensions humaines du travail. Théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations*, Presses universitaires de Nancy, Nancy.

BRIDGES W. (1995), *La conquête du travail*, Village Mondial, Paris.

BUCHANAN J. M., TOLLISON R. D. (Ed.) (1972), *Theory of public choice, political applications of economics*, University of Michigan Press, Ann Arbor.

BUCHER R., STRAUSS A. (1992), [La dynamique des professions], *in* STRAUSS A. L., *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste*, Textes réunis et présentés par BASZANGER I., L'Harmattan, Paris, p. 67-86.

BUSINO G. (1993), *Les théories de la bureaucratie*, Presses universitaires de France, Paris.

CABIN P. (1999 a), [Les rituels de l'entreprise], *in* CABIN P. (Coord.), *Les organisations. Etat des savoirs*, Sciences humaines Editions, Rantheaume, p. 245-250.

CABIN P. (Coord.) (1999 b), *Les organisations. Etat des savoirs*, Sciences humaines Editions, Rantheaume.

CABON (2001), *Le régime juridique des Commissions médicales d'établissement des établissements publics de santé et des syndicats interhospitaliers*, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, ministère de Santé, document non publié, consultable sur http://www.sante.gouv.fr/htm/publication/dhos/cme/cme_guide.pdf.

CARRICABURU D., MÉNORET M. (2004), *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Armand Colin, Paris.

CARR-SAUNDERS A. M., WILSON P. A. (1964), *The Professions*, Frank Cass, Londres.

CARTWRIGHT D. (1965), [Influence, *Leadership*, Control], *in* MARCH J. G. (Ed.), *Handbook of Organizations*, Rand Mc Nally & Company, Chicago, p. 1-47.

CASTORIADIS C. (1990), *La société bureaucratique*, C. Bourgois, Paris.

CÉZARD M., HAMON-CHOLET S. (1999), « Travail et charge mentale », *Premières informations et Premières synthèses*, n° 27.1, 99.07, p. 1-10.

CHAMPAGNE F., CONTANDRIOPOULOS A. P., PICOT-TOUCHÉ J., BÉLAND F., NGUYEN H. (2005), *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé : le modèle EGIPSS* », Rapport technique du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, n° R05-05, Montréal, avril.

CHANLAT J. F., SEGUIN F. (Ed.) (1987), *L'analyse des organisations. Une anthologie sociologique*, tome II, Les composantes de l'organisation, Gaëtan Morin Editeur, Boucherville.

CHAPOULIE J. M. (1973), « Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels », *Revue française de sociologie*, XIV, 1973, p. 86-114.

CHARLES-PAUVERS B., COMMEIRAS N. (2002), [L'implication : le concept], *in* NEVEU J. P., THÉVENET M. (Coord.), *L'implication au travail*, Vuibert, Paris, p. 43-69.

CHAUCHAT H. (1985), *L'enquête en psychosociologie*, Presses universitaires de France, Paris.

CHAUVENET A. (1972), « Professions hospitalières et division du travail », *Sociologie du travail*, numéro spécial " Les professions ", n° 2, avril-juin, p. 145-163.

CHAUVENET A. (1973), « La qualification en milieu hospitalier », *Sociologie du travail*, n° 2, p. 189-205.

CLÉMENT J. M. (1992), « L'hôpital : une organisation dysfonctionnelle », *Les Cahiers hospitaliers*, n° 69, mai, p. 5-8.

CLÉMENT J. M. (1995), « L'hôpital : exemple d'une polyarchie ou des pouvoirs sans arbitrage », *Les Cahiers hospitaliers*, n° 107, novembre, p. 4-6.

CLÉMENT J. M. (1995), *Les pouvoirs à l'hôpital*, Berger-Levrault, Paris.

CLÉMENT J. M. (2004), *Réflexion pour l'hôpital. Proximité, coopération, pouvoir*, Les Etudes hospitalières, Bordeaux, p. 28-35.

CONTANDRIOPOULOS A. P., SOUTEYRAND Y. (1996), [L'hôpital en mutation : d'un modèle à l'autre], *in* CONTANDRIOPOULOS A. P., SOUTEYRAND Y. (Coord.), *L'hôpital stratège. Dynamique locale et offre de soins*, John Libbey Eurotext, Paris, p. 3-18.

COSTER de M. (1994), [Introduction : bilan, actualité et perspectives de la sociologie du travail], *in* COSTER de M., PICHAULT F., *Traité de sociologie du travail*, De Boeck-Wesmael, Bruxelles, p. 1-27.

COSTER de M. (1999), *Sociologie du travail et gestion du personnel*, Editions Labor, Bruxelles.

COSTER de M., PICHAULT F. (1994), *Traité de sociologie du travail*, De Boeck-Wesmael, Bruxelles.

COUANAU R. (Rapport présenté par) (2003), *L'organisation interne de l'hôpital*, Assemblée nationale, Rapport n° 714, Paris.

COUDURIER P., PIVETEAU D. (1998), *Dotation globale et prix de journée*, Berger-Levrault, Paris.

CRESSON G., SCHWEYER F. X. (Dir.) (2000), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Editions de l'Ecole nationale de la Santé publique, Rennes.

CROZIER M. (1963), *Le phénomène bureaucratique*, Editions du Seuil, Paris.

CROZIER M. (1986), « L'analyse stratégique appliquée en milieu hospitalier : pertinence et méthodologie », *Gestions hospitalières*, n° 261, décembre, p. 787-791.

CROZIER M. (2000), [Les problèmes du management public face à la transformation de l'environnement], *in* CROZIER M., *A quoi sert la sociologie des organisations ?*, Seli Arslan, Paris, p. 159-176.

CROZIER M., FRIEDBERG E. (1977), *L'acteur et le système*, Editions du Seuil, Paris.

CROZIER M., FRIEDBERG E. (1987), [Le pouvoir comme fondement de l'action organisée], *in* CHANLAT J. F., SEGUIN F. (Ed.), *L'analyse des organisations. Une anthologie sociologique*, tome II, Les composantes de l'organisation, Gaëtan Morin Editeur, Boucherville, p. 377-396.

CUEILLE S. (2005), [Réseaux et restructuration hospitalière], *in* CONTANDRIOPOULOS D., CONTANDRIOPOULOS A. P., DENIS J. L., VALETTE A. (Dir.), *L'hôpital en restructuration : regards croisés sur la France et le Québec*, Presses de l'Université de Montréal, Montréal, p. 211-235.

CUEILLE S., RENUCCI A. (2000), « Responsabilisation des acteurs dans les hôpitaux publics français et management : analyse des dernières réformes juridiques », *Politiques et management public*, vol. 18, n° 2, juin, p. 43-68.

CYERT R. M., MARCH J. G. (1963), *A Behavioral Theory of the Firm*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.

DAHL R. A. (1957), « The Concept of Power », *Behavioral Sciences*, n° 2, juillet, p. 201-215.

DALTON M. (1987), [Les interrelations des actions formelles et informelles], *in* CHANLAT J. F., SEGUIN F. (Ed.), *L'analyse des organisations. Une anthologie sociologique*, tome II, Les composantes de l'organisation, Gaëtan Morin Editeur, Boucherville, p. 243-264.

DANET L. (2003), *Les problèmes actuels des cliniques privées*, Th. Doct., Droit, Université Montesquieu-Bordeaux IV, Bordeaux.

DAUTRIAT H. (1959), *Le questionnaire*, Institut des sciences humaines appliquées, Paris.

DELMAS P. (1991), *Le maître des horloges*, Odile Jacob, Paris.

DELOBBE N., VANDENBERGHE C. (2004), [La culture organisationnelle], *in* BRANGIER E., LANCRY A., LOUCHE C. (Dir.), *Les dimensions humaines du travail. Théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations*, Presses universitaires de Nancy, Nancy, p. 503-533.

DEMAILLY A. (1994), [Cultures et mémoires organisationnelles], *in* LOUCHE C. (Dir.), *Individu et organisation*, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, p. 207-223.

DENT H. (1995), *Job Choc*, First, Paris.

DESCOLONGES M. (1996), *Qu'est-ce qu'un métier ?*, Presses universitaires de France, Paris.

DEVETTER F. X. (2004), « Le temps de travail des agents publics : un régime temporel spécifique ? », *Politiques et management public*, vol. 22, n° 1, mars, p. 47-69.

DIENESCH R. M., LIDEN R.C. (1994), [*Leadership* : Le modèle d'échange et sa critique], *in* LOUCHE C. (Dir.), *Individu et organisation*, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, p. 137-152.

DJELLAL F., GALLOUJ C., GALLOUJ F. (2004), « De l'hôpital-fonction de production à l'hôpital service complexe et nœud de réseaux. Les différentes facettes de l'innovation », *Revue française des Affaires sociales*, n° 1, janvier-mars, p. 223-248.

DORTIER J. F. (1999), [La dimension cachée des organisations], *in* CABIN P. (Coord.), *Les organisations. Etat des savoirs*, Sciences humaines Editions, Rantheaume, p. 67-73.

DRULHE M. (2000), [Le travail émotionnel dans la relation soignante professionnelle], *in* CRESSON G., SCHWEYER F. X. (Dir.), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Editions de l'Ecole nationale de la Santé publique, Rennes, p. 15-29.

DUBAR C. (2000), *La crise des identités. L'interprétation d'une mutation,* Presses universitaires de France, Paris, p. 95-128.

DUBAR C. (2002), *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*, Armand Colin, Paris.

DUBAR C., TRIPIER P. (1998), *Sociologie des professions*, Armand Colin, Paris.

DUBET F. (2002), *Le déclin de l'institution*, Paris, octobre.

DUFOUR-GOMPERS R. (1992), *La relation avec le patient*, Privat, Toulouse.

DURAN P. (2001), [L'action publique, un procès sans sujet], *in* POUCHET A. *Sociologies du travail : 40 ans après*, Elsevier, Paris, p.113-124.

DURAND C. (1978), *Le travail enchaîné. Organisation du travail et domination sociale*, Editions du Seuil, Paris.

DURKHEIM É. (1930), *Le suicide*, Presses universitaires de France, Paris.

DURKHEIM É. (1950), *Leçons de sociologie*, Presses universitaires de France, Paris.

DURKHEIM É. (1994), *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Presses universitaires de France, Paris.

EISENSTADT S. N. (1961), [Bureaucracy, Bureaucratization, and Debureaucratization], *in* ETZIONI A., *Complex Organizations*, Holt, Rinehart and Winston, New York, p. 268-277.

ENGEL F., KLETZ F., MOISDON J.C., TONNEAU D. (2000), *La démarche gestionnaire à l'hôpital : le PMSI*, Seli Arslan, Paris.

ESTRYN-BEHAR M. (1997), *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital. Reconnaissance, analyse et prévention*, Editions Estem, Paris.

ESTRYN-BEHAR M. (2004), *Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant*, Etude Presst-Next, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, Paris.

ETZIONI A. (1961), *Complex Organizations*, Holt, Rinehart and Winston, New York.

ETZIONI A. (1965), « Dual Leadership in Complex Organizations », *American Sociological Review*, vol. 30, n° 5, octobre, p. 688-698.

ETZIONI A. (1969) (Ed.), *The Semi-Professions and Their Organization : Teachers, Nurses, Social workers*, The Free Press, New York.

ETZIONI A. (1971), *Les organisations modernes*, Editions J. Duculot, Gembloux.

FASSIN D. (1996), *L'espace politique de la santé*, Presses universitaires de France, Paris.

FENNETEAU H. (2002), *Enquête : entretien et questionnaire*, Dunod, Paris.

FOUCAULT M. (1972), *Naissance de la clinique*, Presses universitaires de France, Paris.

FRANCFORT I., OSTY F., SAINSAULIEU R., UHALDE M. (1995), *Les mondes sociaux de l'entreprise*, Desclée de Brouwer, Paris.

FREIDSON E. (1984), *La profession médicale*, Payot, Paris.

FREIDSON E. (2001), *Professionalism*, The University of Chicago Press, Chicago.

FRENCH J. P., RAVEN B. (1959), [The Bases of Social Power], *in* CARTWRIGHT D. (Ed.), *Studies in Social Power*, University of Michigan Press, Ann Arbor, p. 150-167.

FRIEDBERG E. (1988), « L'analyse sociologique des organisations », *Pour*, n° 28.

FRIEDBERG E. (1999), [La dynamique de l'action organisée], *in* CABIN P. (Coord.), *Les organisations. Etat des savoirs*, Sciences humaines Editions, Rantheaume, p. 51-56.

GADDINI E. (2001), *L'imitation*, Presses universitaires de France, Paris.

GADREY J. (2003), *Socio-économie des services*, La Découverte, Paris.

GHIGLIONE R., MATALON B. (2004), *Les enquêtes sociologiques. Théories et pratique*, Armand Colin, Paris.

GIRARD R. (1972), *La violence et le sacré*, Editions Bernard Grasset, Paris.

GIRARD R. (2002), *La voix méconnue du réel : une théorie des mythes archaïques et modernes*, Editions Grasset et Fasquelle, Paris.

GONNET F. (1983), *Les incertitudes de l'identité professionnelle à l'hôpital*, rapport non publié, Centre d'analyse, de formation et d'intervention, Paris.

GOODE W. J. (1957), « Community Within a Community : the Professions », *American Sociological Review*, vol. 22, n° 2, avril, p. 194-200.

GOODE W. J. (1969), [The Theoretical Limits of Professionalization], *in* ETZIONI A. (Ed.), *The Semi-Professions and Their Organization : Teachers, Nurses, Social workers*, The Free Press, New York, p. 266-313.

GOULDNER A. W. (1954), *Patterns of Industrial Bureaucracy*, The Free Press, New York, p. 215-228.

GROSJEAN M., LACOSTE M. (1998), « L'oral et l'écrit dans les communications de travail ou les illusions du " tout écrit " », *Sociologie du travail*, n° 4/98, p. 439-461.

GROSSIN W. (1994), [Les temps de travail], *in* COSTER de M., PICHAULT F. *Traité de sociologie du travail*, De Boeck-Wesmael, Bruxelles, p. 127-144.

GUERRIEN B. (2002), *Dictionnaire d'analyse économique*, La Découverte/Syros, Paris.

GUILLEVIC C. (1991), *Psychologie du travail*, Nathan, Paris.

HAAS J. E., HALL R. H., JOHNSON N. J. (1966), [Toward an Empirically Derived Taxonomy of Organizations], *in* BOWERS R. V. (Ed.), *Studies on Behavior in Organizations*, University of Georgia Press, Athens, p. 157-180.

HALL R. H. (1972), *Organizations. Structure and Process*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.

HALL R. H. (1973), [Professionalization and Bureaucratization], *in* HEYDEBRAND W. V. (Ed.), *Comparative Organizations*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, p. 490-506.

HANDY C. (1995), *Le temps des paradoxes*, Village Mondial, Paris.

HART J., MUCHIELLI A. (1994), *Soigner l'hôpital. Diagnostics de crise et traitements de chocs*, Lamarre, Vélizy, p. 87-109.

HERZBERG F. (1966), *Work and the Nature of the Work*, Staples Press, Londres.

HEYDEBRAND W. V. (1973 a), (Ed.), *Comparative Organizations*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.

HEYDEBRAND W. V. (1973 b), [Autonomy, Complexity, and Non-Bureaucratic Coordination in Professional Organizations], *in* HEYDEBRAND W. V. (Ed.), *Comparative Organizations*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, p. 158-189.

HEYDEBRAND W. V. (1973 c), *Hospital Bureaucracy. A Comparative Study of Organizations*, Dunellen, New York.

HOLCMAN R. (2002 a), « Quelle spécificité de l'organisation du travail dans les services de soins ? Tâches standardisées et tâches spécifiques par type d'agent », *Gestions hospitalières*, n° 421, décembre, p. 785-794.

HOLCMAN R. (2002 b), *Comment appliquer les 35 heures dans un service hospitalier*, mémoire, Ecole nationale de la Santé publique, Rennes.

HUARD P. (1977), « L'hôpital comme organisation formelle », *Techniques hospitalières, médico-sociales et sanitaires*, n° 377, février, p. 45-54.

HUGHES E.C (1958), *Men and their Work*, Glencoe/The Free Press, New York.

HUTEAU G., LE BONT É. (1997), *Sécurité sociale et politiques sociales*, Armand Colin, Paris.

IANDOLO C. (1986), *Parler avec le malade. Technique, art et erreurs de la communication*, Les Editions du médecin généraliste, Paris.

ISAMBERT F-A. (1979), « Henri Hubert et la sociologie du temps », *Revue française de sociologie*, n° spécial " Les Durkheimiens ", vol. XX, n° 1, janvier-mars, p. 183-204.

JACOBS T. O. (1971), *Leadership and exchange in formal organizations*, Alexandria/Human Resources Research Organization, Londres.

JAGO A. G. (1994), [Le *leadership*. Perspectives théoriques et recherche], *in* LOUCHE C. (Dir.), *Individu et organisation*, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, p. 113-136.

JAMMES J. M. (1957), « Le questionnaire dans l'étude sociologique », *Economie et humanisme*, n° 102, mars-avril, p. 155-168.

JAVEAU C. (1971), *L'enquête par questionnaire. Manuel à l'usage du praticien*, Editions de l'Institut de sociologie de l'Université libre de Bruxelles, Bruxelles.

JOHNSON T. J. (1972), *Professions and Power*, Macmillan, Londres.

KANFER R. (1990), [Motivation Theory in Industrial an Organizational Psychology], *in* DUNNETTE M., HOUGH L. (Ed.), *Handbook of Industrial an Organizational Psychology*, vol. 1, Consulting Psychologist Press, Palo Alto, p. 75-170.

KARNAS G. (2002), *Psychologie du travail*, Presses universitaires de France, Paris.

KATZ D. (1964), [Approaches to Managing Conflict], *in* KAHN R. L., BOULDING K. E. (Ed.), *Power and Conflict in Organizations*, Tavistock Publications, Londres, p. 105-114.

KATZ D., KAHN R. L. (1966), *The Social Psychology of Organizations*, John Wiley & Sons, New York.

KATZ F. E. (1969), [Nurses], *in* ETZIONI A. (Ed.), *The Semi-Professions and Their Organization : Teachers, Nurses, Social workers*, The Free Press, New York, p. 54-81.

KERVASDOUÉ de J. (1973), *Power, Efficiency and Adoption of Innovations in Formal Organizations*, Th. Phd, Cornell University, Ithaca.

KERVASDOUÉ de J. (1996), *La santé intouchable : enquête sur une crise et ses remèdes*, Editions Jean-Claude Lattès, Paris.

KERVASDOUÉ de J. (1999), *Santé : pour une révolution sans réforme*, Gallimard, Paris.

KERVASDOUÉ de J. (2003 a), « Au nom de quoi soigner ? », *Les Cahiers français*, n° 324, p. 33-38.

KERVASDOUÉ de J. (2004), *L'hôpital*, Presses universitaires de France, Paris.

KERVASDOUÉ de J. (2005), « La politique de santé et l'argent en France », *Sociétal*, n° 48, 2e trimestre, p. 10-13.

KERVASDOUÉ de J. (Dir.) (2003 b), *La crise des professions de santé*, Dunod/La Mutualité française, Paris.

KNOEPFEL P., VARONE F. (1999), « Mesurer la performance publique : méfions-nous des terribles simplificateurs », *Politiques et management public*, vol. 17, n° 2, juin, p. 123-143.

L'hôpital à vif (1992), Editions Autrement, Série Mutations-Poche, n° 10, Paris.

LAGARDE F. (1994), *René Girard ou la christianisation des sciences humaines*, Peter Lang, New York.

LALLEMENT M. (2003 a), *Histoire des idées sociologiques. Des origines à Weber*, Nathan, Paris.

LALLEMENT M. (2003 b), *Histoire des idées sociologiques. De Parsons aux contemporains*, Nathan, Paris.

LANDES D. S. (1987), *L'heure qu'il est. Les horloges, la mesure du temps et la formation du monde moderne*, Gallimard, Paris.

LARSON M. S. (1977), *The Rise of Professionalism : a Sociological Analysis*, University of California Press, Berkeley.

LAWRENCE P., LORSCH J. (1967), *Organization and environment : managing differentiation and integration*, Harvard Business School Press, Boston.

LAWRENCE P., LORSCH J. (1989), *Adapter les structures de l'entreprise*, Editions d'organisation, Paris.

LE GALÈS P. (2001), [Action publique et Etat], *in* POUCHET A., *Sociologies du travail : 40 ans après*, Elsevier, Paris, p. 144-162.

LE LAN R. (2005), « Les conditions de travail des professionnels des établissements de santé : une typologie selon les exigences, l'autonomie et l'environnement de travail », *Etudes et résultats*, n° 373, février.

LE LAN R., BAUBEAU D. (2004), « Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé », *Etudes et résultats*, n° 335, août.

LEFORT C. (1979), *Éléments d'une critique de la bureaucratie*, Gallimard, Paris.

LEGAULT G. A. (Dir.) (2003), *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme*, Presses de l'université du Québec, Sainte-Foy.

LEMOINE C. (2004), [Motivation, satisfaction et implication au travail], *in* BRANGIER E., LANCRY A., LOUCHE C. (Dir.), *Les dimensions humaines du travail. Théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations*, Presses universitaires de Nancy, Nancy, p. 389-414.

LÉPINARD E. (2000), [Un travail à-côté : le rôle des soignants dans la division du travail sentimental], *in* CRESSON G., SCHWEYER F. X. (Dir.), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Editions de l'Ecole nationale de la Santé publique, Rennes, p. 37-45.

LEVY-LEBOYER C. (1994), [Satisfaction et motivation : théories et recherche], *in* LOUCHE C. (Dir.), *Individu et organisation*, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, p. 91-100.

LEWIN K. (1953), *A Dynamic Theory of Personality*, Mac Graw-Hill Book Company, Londres.

LIVIAN Y. F. (2004), [Les structures organisationnelles], *in* BRANGIER E., LANCRY A., LOUCHE C. (Dir.), *Les dimensions humaines du travail. Théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations*, Presses universitaires de Nancy, Nancy, p. 335-358.

LOCKE E. A., LANTHAM G. P. (1990), *A Theory of Goal, Setting and Task Performance*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.

LOMBRAIL P., NAIDITCH M., BAUBEAU D., CUNEO P., CARLET J. (1999), « Les éléments de la " performance " hospitalière. Les conditions d'une comparaison », *Etudes et Résultats*, n°42, décembre.

LORRAIN D. (2001), [De l'économie dirigée à la société régulée], *in* POUCHET A., *Sociologies du travail : 40 ans après*, Elsevier, Paris, p. 125-144.

LOUCHE C. (1994 a), (Dir.), *Individu et organisation*, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel.

LOUCHE C. (1994 b), [Les théories de la motivation : diversité et intégration], *in* LOUCHE C. (Dir.), *Individu et organisation*, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, p. 101-109.

LUCAS R. (1972), « Expectations and the Neutrality of Money », *Journal of Economic Theory*, vol. 4, n° 2, p. 103-124.

MAILLARD C. (1986), *Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours*, Dunod, Paris.

MARCH J. G. (Ed.) (1965), *Handbook of Organizations*, Rand Mc Nally & Company, Chicago.

MARCH J. G., SIMON H. A. (1999), *Les organisations*, Dunod, Paris.

MASCLET G. (2004), [Contexte, pouvoir et management], *in* BRANGIER E., LANCRY A., LOUCHE C. (Dir.), *Les dimensions humaines du travail. Théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations*, Presses universitaires de Nancy, Nancy, p. 467-502.

MASLOW A. H. (1954), *Motivation and Personality*, Harper & Row, New York.

MAYO E. (1975), *The social Problems of an Industrial Civilization*, Routledge and Kegan Paul, Londres.

Mc GREGOR D. (1976), *La dimension humaine de l'entreprise*, Gauthier-Villars, Paris.

McKEE M., HEALY J. (2000), « Le rôle de l'hôpital dans un environnement en mutation », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, Recueil d'articles n° 3, p. 176-183.

McKEE M., HEALY J. (Ed.) (2002), *Hospitals in a Changing Europe*, Open University Press, Buckingham.

MÉLINAND G. (1974), *Sociologie de l'hôpital*, Héral Editions, Paris.

MERTON R. K. (1961), [Bureaucratic Structure and Personality], *in* ETZIONI A., *Complex Organizations*, Holt, Rinehart and Winston, New York, p. 48-61.

MERTON R. K. (Ed.) (1957), *The Student Physician. Introductory Studies of medical Education*, Harvard University Press, Cambridge.

MERTON R. K., GRAY A. P., HOCKEY B., SELVINH. C. (Ed.) (1960), *Reader in bureaucracy*, Glencoe/The Free Press, New York.

MICHEL S. (1994), [Motivation et implication professionnelles], *in* COSTER de M., PICHAULT F., *Traité de sociologie du travail*, De Boeck-Wesmael, Bruxelles, p. 381-399.

MICHELS R. (1971), *Les partis politiques : essai sur les tendances oligarchiques des démocraties*, Flammarion, Paris.

MICHEL-XISTE B. (2000), *Les relations juridiques entre les praticiens de santé et les patients*, Th. Doct., Droit privé, Université de Poitiers, Poitiers, Les Etudes hospitalières, Bordeaux, 2001.

MIDY F. (2003), *Les principaux changements dans la profession infirmière depuis vingt ans. Propos d'infirmières*, Mémoire dans le cadre d'une formation en sociologie, non publié, consultable sur le site de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) http://www.irdes.fr/, juin.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE (2004), *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*, Editions de l'Ecole nationale de la santé publique, Rennes.

MINTZBERG H. (1982), *Structure et dynamique des organisations*, Editions d'organisation, Paris.

MINTZBERG H. (2003), *Le pouvoir dans les organisations*, Editions d'organisation, Paris.

MINTZBERG H. (2004), *Le management. Voyage au centre des organisations*, Editions d'organisation, Paris.

MINVIELLE É. (2000), [Gérer et comprendre l'organisation des soins hospitaliers], *in* CRESSON G., SCHWEYER F. X. (Dir.), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Editions de l'Ecole nationale de la Santé publique, Rennes, p. 115-131.

MONTAGNA P. D. (1973), [Professionalization and Bureaucratization in Large Professional Organizations], *in* HEYDEBRAND W. V. (Ed.), *Comparative Organizations*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, p. 534-542.

MORROW P. C. (1993), *The Theory and Measurement of Work Commitment*, JAI Press, Greenwich.

MOUSQUÈS J., PARIS V., POLTON D. (2002), *Le fonctionnement des hôpitaux dans six pays étrangers*, Rapport pour la Cour des comptes, Centre d'étude et de documentation en économie de la santé, Paris, avril.

MULDER M. (1977), *The Daily Power Game*, Martinus Nijhoff, Leiden.

NISKANEN W. A. (1996), *Bureaucracy and public economics*, E. Elgar, Cheltenham.

NOBRE T. (1999), « Performance et pouvoirs dans l'hôpital », *Politiques et management public*, vol. 17, n° 3, septembre, p. 71-91.

OBERLÉ D. (1999), [Les groupes : l'apport de la psychologie sociale], *in* CABIN P. (Coord.), *Les organisations. Etat des savoirs*, Sciences humaines Editions, Rantheaume, p. 231-242.

OFFICE FÉDÉRAL SUISSE DE LA STATISTIQUE (2001), *Typologie des hôpitaux*, Neuchâtel, novembre, consultable sur http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/kh/03/03_01.html.

OLSON M. (1974), *The Logic of Collective Action : Public Goods and the Theory of Groups*, Harvard University Press, Cambridge.

PAJOT S. (2001), *Percolation et économie*, Th. Doct., Sciences économiques, Université de Nantes, Nantes.

PARSONS T. (1960), *Structure and Process in Modern Society*, The Free Press, New York.

PARSONS T. (1961), [Suggestions for a Sociological Approach to the Theory of Organizations], *in* ETZIONI A., *Complex Organizations*, Holt, Rinehart and Winston, New York, p. 32-47.

PARSONS T. (1966), *Essays in Sociological Theory*, The Free Press, New York.

PELLETIER G. (1999), [Les formes du *leadership*], *in* CABIN P. (Coord.), *Les organisations. Etat des savoirs*, Sciences humaines Editions, Rantheaume, p. 163-170.

PERROW C. (1965), [Hospitals : Technology, Structure, and Goals], *in* MARCH J. G. (Ed.), *Handbook of Organizations*, Rand Mc Nally & Company, Chicago, p. 910-971.

PETERSON R. A. (1970), [Some Consequences of Differentiation], *in* ZALD M. N., *Power in Organizations*, Vanderbilt University Press, Nashville, p. 144-149.

PETIT F. (1979), *Introduction à la psychosociologie des organisations*, Privat Editions, Toulouse.

PETITAT A. (1994), [La profession infirmière : un siècle de mutations], *in* AÏCH P., FASSIN D. (Dir.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Anthropos/Economica, Paris, 227-259.

PHELPS C. (1995), *Les fondements de l'économie de la santé*, Publi-Union Editions, Paris.

PILLON T., VATIN F. (2003), *Traité de sociologie du travail*, Octarès Editions, Toulouse.

PIOVESAN D. (2003), *La restructuration des cliniques privées. Adaptation, évolution ou métamorphose ?*, Th. Doct., Sciences de gestion, Université Jean Moulin-Lyon 3, Lyon.

POUCHELLE M. C. (2003), *L'hôpital corps et âme. Essai d'anthropologie hospitalière*, Seli Arslan, Paris.

POUCHET A. (Coord.) (2001), *Sociologies du travail : 40 ans après*, Elsevier, Paris.

POUVOURVILLE (de) G. (1996), « Hôpitaux : la double contrainte », *Revue française de gestion*, n° 109, juin-juillet-août, p. 72-79.

PRUNIER-POULMAIRE S., GADBOIS C. (2004), [Temps et rythmes de travail], *in* BRANGIER E., LANCRY A., LOUCHE C. (Dir.), *Les dimensions humaines du travail. Théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations*, Presses universitaires de Nancy, Nancy, p. 181-211.

PUGH D. S., HICKSON D. J., HININGS C. R. (1987), [Une taxonomie empirique des structures d'organisations du travail], *in* CHANLAT J. F., SEGUIN F., (Ed.), *L'analyse des organisations. Une anthologie sociologique*, tome II, Les composantes de l'organisation, Gaëtan Morin Editeur, Boucherville, p. 193-211.

REYNAUD J. D., (1997) *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Armand Colin, Paris.

ROBBINS C., KERVASDOUÉ (de) J. (1981), [Rôle de la morale dans la maîtrise de l'évolution des systèmes de santé], *in* KERVASDOUÉ (de) J., KIMBERLY J., RODWIN V. (Dir.), *La santé rationnée ? La fin d'un mirage*, Economica, p. 117-131.

ROCHAIX M. (1996), *Les questions hospitalières de la fin de l'Ancien régime à nos jours*, Berger-Levrault, Paris.

ROGARD V. (2004), [Leaders, managers et cadres : activités et influence], *in* BRANGIER E., LANCRY A., LOUCHE C. (Dir.), *Les dimensions humaines du travail. Théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations*, Presses universitaires de Nancy, Nancy, p. 451-466.

ROJOT J. (2004), [Théorie des organisations], *in* FERRANDON B. (Dir.), « Comprendre le management », *Les Cahiers français*, n° 321, juillet-août, p. 23-28.

ROQUES O., ROGER A. (2004), « Pression au travail et sentiment de compétence dans l'hôpital public », *Politiques et management public*, vol. 22, n° 4, décembre, p. 47-63.

SAINSAULIEU I. (2003), *Le malaise des soignants. Le travail sous pression à l'hôpital*, L'Harmattan, Paris, p. 141-156.

SAINSAULIEU R. (1987), [La régulation culturelle des ensembles organisés], *in* CHANLAT J. F., SEGUIN F. (Ed.), *L'analyse des organisations. Une anthologie sociologique*, tome II, Les composantes de l'organisation, Gaëtan Morin Editeur, Boucherville, p. 435-453.

SAINSAULIEU R. (1988), *L'identité au travail*, Presses de la Fondation nationale des Sciences politiques, Paris.

SAINSAULIEU R. (1994), [Culture et sociologie de l'entreprise], *in* LOUCHE C. (Dir.), *Individu et organisation*, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, p. 206-223.

SAINSAULIEU R. (1997), *Sociologie de l'entreprise. Organisation, culture et développement*, Presses de Sciences po/Dalloz, Paris.

SAINSAULIEU R. (1999), [La construction des identités au travail], *in* CABIN P. (Coord.), *Les organisations. Etat des savoirs*, Sciences humaines Editions, Rantheaume, p. 293-302.

SALEH S. D. (1994), [Approche structurelle de l'implication dans le travail, par comparaison avec la satisfaction et la motivation], *in* LOUCHE C. (Dir.), *Individu et organisation*, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, p. 83-89.

SALIBA J. (1994), [Les paradigmes des professions de santé], *in* AÏCH P., FASSIN D. (Dir.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Anthropos-Economica, Paris, p. 43-85.

SAVOIE A., BAREIL C., RONDEAU A., BOUDIRIAS J. S. (2004), [Le changement organisationnel], *in* BRANGIER E., LANCRY A., LOUCHE C. (Dir.), *Les dimensions humaines du travail. Théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations*, Presses universitaires de Nancy, Nancy, p. 535-558.

SCHWEYER F. X. (2000), [Les directeurs d'hôpital peuvent-ils jouer un rôle dans l'organisation du travail de soins], *in* CRESSON G., SCHWEYER F. X. (Dir.), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Editions de l'Ecole nationale de la Santé publique, Rennes, p. 149-170.

SCOTT W. R. (1965), « Reaction to Supervision in a Heteronomous Professionnal Organization », *Administrative Science Quaterly*, n° 10, juin, p. 65-81.

SEGRESTIN D. (2001), [Entreprises et organisations. Un état des lieux], *in* POUCHET A. *Sociologies du travail : 40 ans après*, Elsevier, Paris, p. 257-274.

SELZNICK P. (1961), [Foundations of the Theory of Organizations], *in* ETZIONI A., *Complex Organizations*, Holt, Rinehart and Winston, New York, p. 18-32.

SILEM A., ALBERTINI J. M. (2004) (Dir.), *Lexique d'économie*, Dalloz, Paris.

SINGLY de F. (2001), *L'enquête et ses méthodes : le questionnaire*, Nathan, Paris.

SMITH H. L., (1970), [Un double système d'autorité, le dilemme de l'hôpital], *in* HERZLICH C. (textes présentés et commentés par), *Médecine, maladie et société*, Ecole pratique des Hautes études-Mouton, Paris, p. 259-262.

SPENCER H. (1883), *Principes de sociologie*, Germer Baillière, Paris.

STARR P. (1982), *The Social Transformation of American Medicine*, Basic Books, New York.

STEUDLER F. (1973), « Hôpital, profession médicale et politique hospitalière », *Revue française de sociologie*, XIV, numéro spécial " Sociologie de la médecine ", p. 13-40.

STRAUSS A. L. (1992 a), *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste*, Textes réunis et présentés par BASZANGER I., L'Harmattan, Paris.

STRAUSS A. L. (1992 b), [L'hôpital et son ordre négocié], *in* STRAUSS A. L., *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste*, Textes réunis et présentés par BASZANGER I., L'Harmattan, Paris, p. 87-112.

STRAUSS A. L. (1992 c), [La dynamique des professions], *in* STRAUSS A. L., *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste*, Textes réunis et présentés par BASZANGER I., L'Harmattan, Paris, p. 67-86.

STROOBANTS M. (2004), *Sociologie du travail*, Nathan, Paris.

TARDE de G. (1993), *Les lois de l'imitation*, Editions Kimé, Paris.

TELLENBACH H. (1979), *La mélancolie*, Presses universitaires de France, Paris.

TERSSAC de G. (2003), [L'action organisée], *in* BERTHELOT J.M. (Dir.), *La sociologie française*, Presses universitaires de France, Paris, p. 99-116.

THEVENET M. (1999), [L'implication au travail], *in* CABIN P. (Coord.), *Les organisations. Etat des savoirs*, Sciences humaines Editions, Rantheaume, p. 225-230.

THEVENET M., NEVEU J. P. (2002), *L'implication au travail*, Vuibert, Paris.

THOMPSON J. D., McEWEN W. J. (1961), [Organizational Goals and Environment], *in* ETZIONI A., *Complex Organizations*, Holt, Rinehart and Winston, New York, p. 177-186.

TONNEAU D., BOHNOURE S., GALLET A.M., PÉPIN M. (1996), *L'organisation du travail dans les services de soins*, Editions de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, Lyon.

TOREN N. (1969), [Semi-Professionalism and Social Work : a Theorical Perspective], *in* ETZIONI A. (Ed.), *The Semi-Professions and Their Organization : Teachers, Nurses, Social workers*, The Free Press, New York, p. 141-195.

TRANI J. F., DENIMAL P. (2004), *Classifications professionnelles*, Editions Liaisons, Rueil-Malmaison.

TRIPIER P. (1991), *Du travail à l'emploi. Paradigmes, idéologies et interactions*, Editions de l'Université de Bruxelles, Bruxelles.

TRIPIER P. (1994), [La sociologie du travail à travers ses paradigmes], *in* COSTER de M., PICHAULT F., *Traité de sociologie du travail*, De Boeck-Wesmael, Bruxelles, p. 29-47.

TULLOCK G. (1998), *On Voting : a Public Choice Approach*, E. Elgar, Cheltenham.

VAICHÈRE E. (1980), *Charge de travail du personnel de soins à l'hôpital. Analyse et conséquences sur la santé*, Mémoire présenté en vue d'obtenir le diplôme d'ergonomiste, Conservatoire national des arts et métiers, Paris.

VASSY C. (1999), « Travailler à l'hôpital en Europe », *Revue française de sociologie*, vol. 40, n° 2, 04/06, p. 325-356.

VASSY C. (2000), [Carrières et relations de pouvoir chez les médecins hospitaliers : une comparaison européenne], *in* CRESSON G., SCHWEYER F. X. (Dir.), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Editions de l'Ecole nationale de la Santé publique, Rennes, p. 71-86.

VINCENT G. (1988), « La répartition des pouvoirs à l'hôpital. Synthèse de la législation hospitalière », *Journal d'Economie médicale*, n° 3, p. 169-176.

VROOM V. H. (1964), *Work and Motivation*, Wiley, New York.

WEBER M., (1995) *Economie et société. 1. Les catégories de la sociologie*, Plon, Paris.

WILENSKI H. (1964), « The Professionalization of Everyone ? », *American Sociolog*ical *Review*, vol. 70, n° 2, septembre, p. 142-146.

ZALD M. N. (Ed.) (1970), *Power in Organizations*, Vanderbilt University Press, Nashville.

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, *leadership* 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 *Leadership* 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 Rareté et coût d'opportunité ..... p. 90

2.2.2.1.2 Efficacité, rentabilité, productivité : quel indicateur de performance pour l'hôpital ? ..... 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, *leadership* 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 Les mécanismes d'appartenance à l'œuvre chez les représentants administratifs de pôles :
une intégration prévisible à l'ordre soignant* ..... p. 226

2.2.1.2.2 Un changement d'échelle des réflexes patrimoniaux ? ..... p. 226

2.2.1.2.3 Une gestion institutionnelle découplée ..... p. 227

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

Table des illustrations

Tableaux

N°	Intitulé	Page
1	**Typologie des regroupements humains**	10
2	**Fonction, emploi, métier, profession : définitions**	11
3	**Cinq modèles d'intégration sociale selon Sainsaulieu**	21
4	**Les variables d'analyse des identités collectives au travail selon Francfort, Osty, Sainsaulieu et Uhalde**	23
5	**Les six modèles d'identité au travail selon Sainsaulieu**	23
6	**Les quatre processus identitaires typiques chez Dubar**	25
7	**Types et modèles d'identité au travail chez Dubar et chez Sainsaulieu**	25
8	**Les principaux modèles théoriques de la motivation**	26
9	**Actions, dominations et ordres légitimes chez Weber**	44
10	**Les composantes de l'organisation selon Mintzberg**	47
11	**Les principaux motifs d'insatisfaction au travail des personnels soignants**	62
12	**Les motifs principaux de départ effectif des établissements de santé**	63
13	**Responsabilité, irresponsabilité, pouvoir**	68
14	**Les dix classes d'organisations de Hass, Hall et Johnson**	77
15	**Les principaux sens du terme « ordre »**	84
16	**Définitions de la performance en langage courant et en langage économique**	92
17	**Types d'actions, de domination et ordres légitimes chez Weber**	97
18	**Typologie en quatre groupes d'hôpitaux de Balsan (2003)**	110
19	**Typologie en quatre classes d'hôpitaux de Cueille (2005)**	111

20	Définition de la lourdeur de l'activité par tranches de points ISA	113
21	Taille des établissements par tranches de nombre de lits	114
22	Taille des villes par tranches de nombre d'habitants	114
23	Mode de financement et mission des établissements publics et privés	117
24	Les types d'établissements à enquêter	118
25	Quelques exemples de divergence entre dénomination et contenu réel d'un métier	120
26	Proposition de définitions des métiers du soin	125
27	Combinaisons pertinentes de définitions de métiers	127
28	Nombre d'occurrences des métiers dans les combinaisons d'appartenance	127
29	Les métiers non médicaux du soin éligibles à l'enquête empirique	129
30	Les métiers indéterminés des trois derniers domaines par critères d'appartenance	129
31	Les métiers non médicaux non soignants éligibles à l'enquête empirique	132
32	Métiers de direction et/ou d'encadrement recensés dans le RMFPH	132
33	Les métiers non médicaux de direction éligibles	132
34	Regroupements des disciplines de qualification utilisées par la DREES	134
35	Détail de trois disciplines de qualification utilisées par la DREES	134
36	Catégorisation des médecins des établissements de santé suivant leur statut	135
37	Les métiers médicaux éligibles à l'enquête empirique	138
38	Répartition des métiers hospitaliers par types et appartenance	138
39	Les 36 métiers ou fonctions indéterminés	138
40	Répartition des métiers/fonctions à enquêter par critères discriminants	141
41	Croisement personnels/structures de la recherche empirique	143

42	Croisement personnels/structures dans les CHRU	143
43	Réponses mettant en lumière l'appartenance à un ordre	153
44	Réponses mettant en lumière la légitimité revendiquée	153
45	Le profil des personnes ayant rempli le questionnaire	158
46	Caractéristiques des établissements enquêtés	159
47	Caractère « Soignant » ou « Dirigeant » des réponses	161
48	Valorisation des réponses au questionnaire	166
49	Les variables actives des trois classes d'effectifs	177
50	Les variables illustratives des trois classes d'effectifs	177
51	La composition en métiers/professions des trois classes d'effectifs	177
52	Les métiers composant les trois classes	177
53	Répartition entre ordres des professionnels et des secrétaires selon leur score et leur fonction	185
54	Composition et affectation des membres de la classe « Ordre dirigeant »	187
55	Composition et affectation des membres de la classe « Ordre soignant » paramédicale	187
56	Composition et affectation des membres de la classe « Ordre soignant » médicale	188
57	Analyse des réponses : recrutements et nominations	195
58	Analyse des réponses : primauté de la décision	195
59	Analyse des réponses : achat et investissement	195
60	Analyse des réponses : un conflit de légitimités	201
61	Analyse des réponses : un manque de personnels non avéré	205
62	Répartition des personnels par niveau de « standardisation » des tâches	205
63	Répartition des personnels par niveau de « programmabilité » des tâches	205

Graphiques

N°	Intitulé	Page
1	Part des réponses dirigeantes dans le total des réponses par métier	162
2	Profils de réponses par métiers	163
3	Nombre de personnes par niveau de score	167
4	Scores par métiers/professions et par fonctions	168
5	Profils de scores par métiers/professions et par établissements	171
6	Réponses soignantes et réponses dirigeantes par question	173

Figures

N°	Intitulé	Page
1	Répartition des regroupements professionnels par critères identifiants	10
2	Les modèles d'identité collective au travail selon Francfort, Osty, Sainsaulieu et Uhalde	22
3	Les cinq parties de base de l'organisation selon Mintzberg	47
4	Les cinq types d'organisation selon Mintzberg	49
5	Organigramme simplifié d'un établissement public de santé	52
6	Organigramme simplifié d'un établissement privé de santé	52
7	Croisement échelle/intentionnalité du regroupement	79
8	Combinaisons de types d'établissements par taille, activité et localisation	115
9	Les questions très significativement corrélées	174
10	Les questions significativement corrélées	174
11	Les questions corrélées	175
12	La zone de contact entres ordre soignant et ordre dirigeant par croisement entre métiers, professions et fonctions exercées	192
13	Les configurations des rapports de pouvoir entre ordres	199
14	Les configurations du conflit de légitimité entre ordres	202
15	La zone de contact entres ordre soignant et ordre dirigeant par croisement entre métiers, professions et prévisibilité des tâches	209

ANNEXES

Liste des annexes

N°	Intitulé	Page
1	**Décret de compétence infirmier**	**p. 254**
2	**Les différents sens du terme « ordre »**	p. 257
3	**Le fichier FINESS**	p. 261
4	**Le champ du social et du médico-social**	p. 264
5	**PMSI et point ISA**	p. 267
6	**Distribution du nombre de points ISA produits par les établissements de santé en 2004**	p. 269
7	**Dotation globale et objectif quantifié national**	p. 270
8	**Arborescence du Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière**	p. 271
9	**Répartition des métiers par combinaison de définitions du soin**	p. 274
10	**Le répertoire ADELI**	p. 275
11	**Les métiers éligibles à l'enquête empirique**	p. 276
12	**Coordonnées des établissements enquêtés**	p. 278
13	**Le questionnaire utilisé**	p. 279
14	**Questions de mise en situation et questions de positionnement**	p. 282
15	**Résultats globaux de l'étude empirique**	p. 293
16	**Table des données issues de l'étude empirique**	p. 287
17	**Codage de la table des données issues de l'étude empirique**	p. 288

18	**Affectation des réponses au questionnaire entre ordre dirigeant et ordre soignant**	p. 289
19	**Orientation des réponses les plus fréquentes aux questions**	p. 290
20	Analyse des correspondances multiples et classification ascendante hiérarchique	p. 291
21	Analyse des correspondances multiples	p. 293
22	Classification ascendante hiérarchique	p. 299
23	Répartition des effectifs en trois classes	p. 301
24	Codage des tableaux de l'analyse des correspondances multiples (ACM), de la classification ascendante hiérarchique (CAH) et de la répartition en trois classes	p. 303
25	Composition des trois classes	p. 304

Annexe 1. Décret de compétence infirmier

(Articles 5 et 6 du décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier)

Article 5

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;

Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;

Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;

Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ; vérification de leur prise ; surveillance de leurs effets et éducation du patient ;

Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article 6 ci-après, et changement de sonde d'alimentation gastrique ;

Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;

Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire de changement de sondes vésicales ;

Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;

Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;

Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;

Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;

Lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;

Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;

Ventilation manuelle instrumentale par masque ;

Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ;

Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;

Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;

Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;

Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux visés à l'article 6 ci-après ;

Prévention et soins d'escarres ;

Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;

Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;

Toilette périnéale ;

Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires ;

Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;

Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;

Irrigation de l'œil et instillation de collyres ;

Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;

Surveillance de scarifications, injections et perfusions visées aux articles 6 et 8 ci-après ;

Surveillance de patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ;

Pose de timbres tuberculiniques et lecture ;

Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;

Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;Surveillance des cathéters, sondes et drains ;

Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article 9, et pratique d'examens non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels ;

Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ;

Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes :
a) Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène (pH) ;
b) Sang : glycémie, acétonémie ;

Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;

Aide et soutien psychologique ;

Observation et surveillance des troubles du comportement ;

Dans le domaine de la santé mentale, l'infirmier accomplit en outre les actes ou soins suivants :
a) Entretien d'accueil du patient et de son entourage ;
b) b) Activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe ;
c) c) Surveillance des personnes en chambre d'isolement ;
d) d) Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier et le patient.

Article 6

Outre les actes et activités visés aux articles 11 et 12, l'infirmier est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

Scarifications, injections et perfusions autres que celles visées au deuxième alinéa de l'article 8 ci-après, instillations et pulvérisations ;

Scarifications et injections destinées aux vaccinations ou aux tests tuberculiniques ;

Mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans une veine épicrânienne ;

Surveillance de cathéters veineux centraux et de montages d'accès vasculaires implantables mis en place par un médecin ;

Injections, et perfusions, à l'exclusion de la première, dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages :
a) De produits autres que ceux visés au deuxième alinéa de l'article 8 ci-après ;
b) De produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées à l'article 10 ci-après.

Ces injections et perfusions font l'objet d'un compte rendu d'exécution écrit, daté et signé par l'infirmier et transcrit dans le dossier de soins infirmiers ;

Administration des médicaments sans préjudice des dispositions prévues à l'article 5 ci-dessus ;

Pose de dispositifs transcutanés et surveillance de leurs effets ;

Renouvellement du matériel de pansements médicamenteux ;

Réalisation et surveillance de pansements spécifiques ;

Ablation du matériel de réparation cutanée ;

Pose de bandages de contention ;

Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention ; renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux ;

Pose de sondes gastriques en vue de tubage, d'aspiration, de lavage ou d'alimentation gastrique ;

Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie, sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article 9 ci-après ;

Instillation intra-urétrale ; injection vaginale ;

Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal ;

Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie ; soins et surveillance d'une plastie ;

Participation aux techniques de dilatation de cicatrices ou de stomies ;

Soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier changement de canule de trachéotomie étant effectué par un médecin ;

Participation à l'hyperthermie et à l'hypothermie ;

Administration en aérosols et pulvérisations de produits médicamenteux ;

Soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale ;

Lavage de sinus par l'intermédiaire de cathéters fixés par le médecin ;

Bains d'oreilles et instillations médicamenteuses ;

Enregistrements simples d'électrocardiogrammes, d'électro-encéphalogrammes et de potentiels évoqués sous réserve des dispositions prévues à l'article 9 ci-après ;

Mesure de la pression veineuse centrale ;

Vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitorage, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils ;

Pose d'une sonde à oxygène ; installation et surveillance des personnes placées sous oxygénothérapie normobare et à l'intérieur d'un caisson hyperbare ;

Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique ;

Saignées ;

Prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux ;

Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie ;

Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles ;

Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions ;

Recueil aseptique des urines ;

Transmission des indications techniques se rapportant aux prélèvements en vue d'analyses de biologie médicale ;

Soins et surveillance des personnes lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins ;

Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapique ;

Mise en œuvre des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier et le patient, et des protocoles d'isolement.

Annexe 2. Les différents sens du terme « ordre »

a. Le commandement

Le Grand Robert de la Langue française		Dictionnaire de l'Académie française
1. Acte par lequel un chef, une autorité, manifeste sa volonté ; ensemble de dispositions impératives	☞ Commandement, consigne, directive, injonction, prescription ☞ Commander, ordonner, imposer ☞ Obéissance, obtempérer, être inférieur dans la hiérarchie ☞ Ordre de mission assignant à un militaire une mission à exécuter ☞ Jusqu'à nouvel ordre : jusqu'à qu'un ordre, une décision, un fait nouveau, viennent modifier la situation	• Ce qui est enjoint, commandé à quelqu'un par une autorité supérieure • En termes militaires, mot qu'un chef donne à ceux qui sont sous ses ordres pour qu'ils puissent se reconnaître entre eux. • Moment de la journée où le général distribue ses ordres à son armée. « N'y avait-il rien de nouveau à l'ordre? » • Dans le même sens, venir aux ordres, en parlant des domestiques d'une maison. • Ordre du jour se dit également des publications qui se font par ordre du général
2. Décision, généralement matérialisée par un document, à l'origine d'une opération financière, commerciale		• En termes de banque, de commerce, d'affaires, signifie endossement ou écrit succinct que le propriétaire d'un billet ou d'une lettre de change met au dos de cet effet pour en faire le transfert à une autre personne qui en devra recevoir le montant. Mettre un ordre, son ordre au dos d'un billet • Billet à ordre, billet payable à la personne qui y est dénommée, ou à telle autre personne qu'il lui conviendra de substituer à sa place. Je paierai à un tel ou à son ordre est la formule d'un billet à ordre
3. Mot d'ordre	☞ Mot de passe militaire ; consigne, résolution commune aux membres d'un parti ☞ Réunion pendant laquelle les chefs militaires donnent leurs ordres ; ensemble des instructions, des ordres d'un chef militaire pour la journée ☞ Signaler un soldat pour sa bonne conduite ; citation	

b. La catégorisation

Le Grand Robert de la Langue française		Dictionnaire de l'Académie française
1. Domaine particulier	Espèce, genre, nature, sorte	• Arrangement, disposition régulière des choses les unes par rapport aux autres. • Ordre d'idées
2. Qualité, valeur	Plan, zone	• Degré, rang, classe
3. Système architectural antique ayant une unité de style : dorique, ionique, corinthien, toscan, composite		En termes d'architecture, il se dit de certaines proportions, de certaines dispositions et de certains ornements qui distinguent la colonne et l'entablement, dans les diverses manières de construire les édifices. Il y a cinq ordres d'architecture, le Toscan ou Rustique, le Dorique, l'Ionique, le Corinthien et le Composite
4. (Botanique, zoologie) Division intermédiaire entre la classe et la famille	Superordre	En histoire naturelle, désigne une des principales divisions admises dans la classification des animaux, des végétaux, etc.
5. Division de la société	☞ Classe, ordre (noblesse, clergé, tiers-état) ☞ Classement de personnes ou d'institutions suivant certaines règles juridiques (héritiers, juridiction)	• Ordre hiérarchique, Les différents degrés de dignité, d'autorité dans l'Église et, par extension, dans tous les corps qui comportent des rangs, des grades, des pouvoirs différents subordonnés les uns aux autres. • Différentes classes subordonnées entre elles qui composent un État, une corporation. Il y avait à Rome l'ordre des patriciens, l'ordre des chevaliers et l'ordre plébéien. En France, les États étaient composés de trois ordres, l'ordre du clergé, l'ordre de la noblesse, l'ordre du tiers état
6. Association, groupes de personnes soumises à certaines règles professionnelles, morales	☞ Corporation, corps (ordre des médecins…) ☞ Association honorifique constituée par un ancien ordre de chevalerie ou créée en vue de récompenser le mérite	L'ordre des avocats, l'ensemble des avocats exerçant auprès d'une juridiction et inscrits sur le tableau
7. Association de personnes vivant dans l'état religieux après avoir prononcé des vœux solennels	☞ Toute communauté religieuse, ordre monastique, ordre régulier ☞ Association dont les membres, vivant dans le monde, pratiquent une règle sous la direction et conformément à l'esprit d'un ordre religieux	• Une Congrégation de personnes s'engageant à vivre sous une règle religieuse • Tiers ordre se dit d'une Association de personnes vivant dans le monde mais affiliées à un ordre religieux et en suivant certaines règles • Entrer dans les ordres, se faire prêtre • Le Sacrement de l'ordre et, absolument, l'Ordre, le sacrement de l'Église par lequel l'évêque confère à celui qui le reçoit le pouvoir de remplir les fonctions ecclésiastiques
8. L'un des degrés de la hiérarchie cléricale catholique	☞ **Ordre mineur : Acolyte, exorciste, lecteur, portier** ☞ Ordre majeur : évêque, prêtre, diacre ☞ Entrer dans les ordres : se faire prêtre, moine, religieuse ☞ Ordonner, ordination	Chacun des degrés de la hiérarchie ecclésiastique : les ordres sacrés, recevoir les ordres, donner, conférer les ordres. Les ordres mineurs : les ordres de portier, de lecteur, d'exorciste et d'acolyte. Les ordres majeurs : le sous-diaconat, le diaconat et la prêtrise
9. Une des hiérarchies d'ange (subdivisées en chœurs)		Se dit spécialement des Neuf classes, autrement appelées Chœurs, dans lesquelles on suppose que les anges sont distribués
		Désigne aussi une compagnie dont les membres font vœu de vivre sous de certaines règles ou s'y obligent par serment : ordre militaire ; ordre de chevalerie ; ordre des Templiers ; l'ordre des Hospitaliers ou de Saint-Jean de Jérusalem, appelé dans les derniers temps l'ordre de Malte ; l'ordre Teutonique ; l'ordre de Saint- Jacques
		• Certaines compagnies honorifiques de chevalerie que des souverains ou des États ont instituées et dans lesquelles on est admis en raison de sa naissance, de ses services, de son mérite : l'ordre de Saint-Michel ; l'ordre du Saint-Esprit ; l'ordre de Saint-Louis ; l'ordre de la Légion d'honneur ; l'ordre de la Toison d'or ; l'ordre de la Jarretière ; l'ordre de l'Annonciade. Chevalier, officier, commandeur de tel ordre

		• Par extension, du collier, du ruban ou d'un autre insigne d'un ordre de chevalerie. Le roi a envoyé son ordre à tel prince, a donné l'ordre à un tel. Il porte l'ordre de la Toison d'or, l'ordre de la Jarretière. Être décoré de plusieurs ordres.

c. L’ordonnancement sans jugement de valeur

Le Grand Robert de la Langue française		Dictionnaire de l’Académie française
Disposition, succession régulière (de caractère spatial, temporel, logique, esthétique, moral)	☞ Disposition distribution, enchaînement, filiation, gradation, succession, suite, alternance, cycle, syntaxe ☞ Agencer, classer, disposer, ordonner, ranger	
	☞ Relation binaire, réflexive, transitive, antisymétrique ☞ Régularité de structure qui s’étend à grande, à petite distance ☞ Quotient de la différence de marche entre deux ondes en un point par la longueur d’onde	
	☞ Disposition d’une troupe sur le terrain ☞ Type de formation des unités militaires pour le défilé	• Ordre de marche, ordre de bataille, marcher en ordre de bataille • Ordre mince : disposition suivant laquelle une troupe est rangée sur un front très étendu, avec très peu de profondeur. Ordre profond : disposition suivant laquelle une troupe est rangée sur une grande profondeur. Ordre oblique : disposition d’après laquelle une armée ou un corps de troupes engage le combat par l’une de ses ailes, en refusant l’autre aile à l’ennemi.
	Procédure réglant la répartition du prix de vente d’un immeuble entre créancier	En termes de Procédure, ordre des créanciers, état qu’on dresse de tous les créanciers d’une personne, d’une succession, pour les payer suivant leurs privilèges, la date de leur hypothèque, etc.
	☞ Ordre du jour, matières, sujets dont une assemblée délibérante doit s’occuper tour à tour, dans un certain ordre ☞ Actualité dont on s’occupe particulièrement à un moment donné	• Ordre du jour, se dit dans les assemblées délibérantes, du travail dont on doit s’occuper en séance à la date du jour. • Ordre du jour motivé, résolution par laquelle une assemblée, en passant à l’ordre du jour, exprime un jugement favorable ou défavorable sur la proposition incidente qui lui a été soumise • Par extension, être à l’ordre du jour se dit d’une chose qui, dans le moment présent, occupe le public, qui est l’objet de ses discussions

d. L’ordonnancement avec jugement de valeur

Le Grand Robert de la Langue française		Dictionnaire de l’Académie française
1. Disposition qui satisfait l’esprit, semble la meilleure possible	Aspect régulier, organisé Rangé, ordonné	
	Bon fonctionnement Remettre en bon fonctionnement, faire cesser le désordre	Rappel à l'ordre, sorte de blâme que le président d'une assemblée inflige à l'un des membres qui a manqué au règlement ou aux convenances
2. Qualité d’une personne qui a une bonne organisation de la méthode, qui range les objets à leur place et sait les retrouver		
3. Principe de causalité ou de finalité du monde		
4. Organisation sociale	Civilisation, société	• Dans un sens général, signifie loi, règle établie par la nature, par l'autorité, par les bienséances, par l'usage, etc. • Ordre de choses, système, régime, ensemble de choses. Il se dit particulièrement d'un système de gouvernement, d'administration.
	Ordre public, sécurité publique, bon fonctionnement des services publics	
	☞ Stabilité sociale, respect de la société établie ☞ Maintien de l’ordre dans une réunion ☞ Répression d’une émeute, une insurrection	• Ordre social, les règles qui constituent la société • Mettre ordre à, donner ordre à, s’occuper de…
6. Norme, conformité à une règle	Normalité, réprimander	En parlant d’une maison, d’un appartement… désigne l’arrangement, l’état des choses qu’elles contiennent

Annexe 3. Le fichier FINESS

FINESS signifie Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux. Créé par la circulaire du 3 juillet 1979, il s'agit d'un répertoire national dont l'objectif premier est de dresser et tenir, de façon permanente, l'inventaire des équipements du domaine sanitaire et social. A cette fin, le Ministère chargé de la santé et des affaires sociales et ses services déconcentrés immatriculent les structures autorisées à installer des équipements (Entité Juridique) ainsi que celles qui les installent physiquement (Etablissement).

FINESS remplit quatre fonctions :
- une fonction d'identification et de référence ;
- une fonction d'information ;
- une fonction d'aide à la planification ;
- une fonction statistique.

1. Une fonction d'identification et de référence

« *Assurer la cohérence des statistiques établies par les différents services (organismes intéressés de la région) grâce à une même base d'identification et une même codification.* » (page 2 paragraphe 4 de la circulaire du 3 juillet 1979)

FINESS constitue le référentiel en matière de systèmes d'informations sur les établissements du domaine sanitaire et social du Ministère (ANDREAS, GEODE, ADELI…) et pour l'identification des établissements dans les systèmes d'information des organismes d'assurance maladie (fichier FRE et chaînes de liquidation). L'identification d'un établissement sanitaire ou social se réalise par l'attribution d'un numéro FINESS.

En gérant également les numéros SIREN et SIRET des structures qu'il recense, FINESS assure un lien de cohérence et de complémentarité avec le système SIRENE géré par l'INSEE. En utilisant les nomenclatures arrêtées par le Comité des nomenclatures, le répertoire FINESS diffuse "un langage commun" entre les

différents acteurs du domaine. Ce langage commun permet aux différents organismes d'échanger des informations et de les comparer.

L'existence, pour chaque information caractéristique, d'une nomenclature nationale reconnue par tous les utilisateurs du répertoire permet que tous les établissements soient classés de manière homogène. L'immatriculation doit faire l'objet d'une information auprès des acteurs du domaine : une " fiche de situation " reprenant les informations enregistrées dans le répertoire et mentionnant le numéro attribué est systématiquement envoyé à l'établissement lui-même, à son entité juridique ainsi qu'aux organismes de protection sociale (CRAM).

En résumé, cette fonction d'identification et de référence s'impose aux établissements sanitaires et sociaux concernés, aux organismes de protection sociale ainsi qu'aux collectivités territoriales gestionnaires d'établissement.

2. Une fonction d'information

FINESS concourt aussi à l'information des acteurs du domaine (Conseils Généraux, établissements eux-mêmes) et des partenaires institutionnels tels que les organismes de protection sociale. A tout moment, il doit être possible de connaître avec précision l'équipement existant. En revanche, aucune information de caractère historique n'est gérée dans FINESS. Il n'est donc pas possible à un instant donné de reconstituer l'historique des évènements.

Plus les informations du répertoire seront considérées comme fiables par les utilisateurs, plus elles seront utilisées. Ce souci de fiabilité est capital : c'est un gage de non-développement d'outils parallèles fonctionnant notamment avec des nomenclatures non reconnues au plan national. Différents outils d'accès à l'information sont mis à disposition de l'administration et du public. Par cette diffusion des données, le répertoire FINESS contribue globalement à une meilleure connaissance du secteur sanitaire et social.

3. Une fonction d'aide à la planification

En tant qu'inventaire permanent des équipements sanitaires et sociaux, FINESS assure une fonction d'aide à la gestion et à la planification. Cette fonction déjà

présente dans la circulaire de la création du répertoire FINESS en 1979 a été renforcée dans la version 3 du répertoire mise en place en 1995.

FINESS se veut délibérément être l'outil de la mise en œuvre de la loi hospitalière du 31 juillet 1991 en proposant de nouvelles fonctions d'inventaire et de gestion. Ces dernières concernent par exemple le suivi des durées d'autorisations et des délais de caducité.

4. Une fonction statistique

Une fonction purement statistique du répertoire FINESS mérite d'être signalée parce qu'elle est peu connue des non statisticiens. La circulaire du 3 juillet 1979 la présente de la façon suivante : « Disposer d'une base exhaustive mise à jour régulièrement pour lancer des enquêtes particulières. »

En tant qu'inventaire permanent des structures existantes, le répertoire FINESS constitue le seul fichier de référence permettant de réaliser des enquêtes statistiques exhaustives ou par échantillonnage.

Annexe 4. Le champ du social et du médico-social

Le code de l'action sociale et des familles précise ce qu'on appelle institutions sociales ou médico-sociales: "Sont des institutions sociales et médico-sociales au sens du présent code les personnes morales de droit public ou privé gestionnaires d'une manière permanente des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1".:

" Art. L. 312-1. - I. - Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens du présent code, les établissements et les services, dotés ou non d'une personnalité morale propre, énumérés ci-après :

1° Les établissements ou services prenant en charge habituellement, y compris au titre de la prévention, des mineurs et des majeurs de moins de vingt et un ans relevant de l'article L.222-5 ;

2° Les établissements ou services d'enseignement et d'éducation spéciale qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation ;

3° Les centres d'action médico-sociale précoce mentionnés à l'article L. 2132-4 du code de la santé publique ;

4° Les établissements ou services mettant en oeuvre les mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire en application de l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante ou des articles 375 à 375-8 du code civil ou concernant des majeurs de moins de vingt et un ans

5 °Les établissements ou services :

a) D'aide par le travail, à l'exception des structures conventionnées pour les activités visées à l'article L. 322-4-16 du code du travail et des ateliers protégés définis aux articles L. 323-30 et suivants du même code ;

b) De réadaptation, de préorientation et de rééducation professionnelle mentionnés à l'article L. 323-15 du code du travail ;

6°Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ;

7 °Les établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes adultes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert ;

8 °Les établissements ou services comportant ou non un hébergement, assurant l'accueil, notamment dans les situations d'urgence, le soutien ou l'accompagnement social, l'adaptation à la vie active ou l'insertion sociale et professionnelle des personnes ou des familles en difficulté ou en situation de détresse ;

9 °Les établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical, dont les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et les appartements de coordination thérapeutique ;

10 °Les foyers de jeunes travailleurs qui relèvent des dispositions des articles L. 351-2 et L. 353-2 du code de la construction et de l'habitation ;

11 °Les établissements ou services, dénommés selon les cas centres de ressources, centres d'information et de coordination ou centres prestataires de services de proximité, mettant en oeuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'usagers, ou d'autres établissements et services ;

12 °Les établissements ou services à caractère expérimental.

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux délivrent des prestations à domicile, en milieu de vie ordinaire, en accueil familial ou dans une structure de prise en charge. Ils assurent l'accueil à titre permanent, temporaire ou selon un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, en internat, semi-internat ou externat.

II. - Les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements et services relevant des catégories mentionnées au présent article, à l'exception du 12° du I, sont définies par décret après avis du Conseil supérieur des établissements et services sociaux et médico-sociaux visé à l'article L. 312-2.

Les établissements mentionnés aux 1°, 2°, 6°et 8° du I s'organisent en unités de vie favorisant le confort et la qualité de séjour des personnes accueillies, dans des conditions et des délais fixés par décret.

Les prestations délivrées par les établissements et services mentionnés aux 1° à 12° du I sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées. Ces établissements et services sont dirigés par des professionnels dont le niveau de qualification est fixé par décret et après consultation de la branche professionnelle ou, à défaut, des fédérations ou organismes représentatifs des organismes gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux concernés.

III. - Les lieux de vie et d'accueil qui ne constituent pas des établissements et services sociaux ou médico-sociaux au sens du I doivent faire application des articles L. 311-4 à L. 311-8. Ils sont également soumis à l'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1 et aux dispositions des articles L. 313-13 à L. 313-25, dès lors qu'ils ne relèvent ni des dispositions prévues au titre II du livre IV relatives aux assistants maternels, ni de celles relatives aux particuliers accueillant des personnes âgées ou handicapées prévues au titre IV dudit livre. »

Annexe 5. PMSI et point ISA

Le Programme de médicalisation du système d'information (PMSI) est une classification des séjours dans les établissements de soins établie sur la base de groupes cohérents de pathologie. En 1983, il a été introduit en France par Jean de KERVASDOUÉ, alors Directeur des hôpitaux au ministère de la Santé.

Pour ce faire, des Groupes homogènes de malades (GHM) sont définis et alimentés à partir des Résumés de sortie standardisés (RSS) qui synthétisent les informations administratives et médicales relatives à chaque patient. Chaque service de soins envoie au Département d'information médicale (DIM) un Relevé d'unité médicale (RUM) par patient traité, établi en référence à la Classification internationale des maladies (CIM) ; le DIM rassemble en un seul RSS tous les RUM relatifs au séjour d'un patient.

Le DIM affecte ensuite chaque RSS à un GHM sur la base d'un algorithme fonctionnant par arborescence et tri selon une hiérarchie de quatre types de critères : le diagnostic principal ; la présence d'actes chirurgicaux ; sous-catégories des deux premiers critères ; nouvelle subdivision des sous-catégories en utilisant d'autres données des RSS (âge, diagnostics associés, actes, mode de sortie). Les GHM sont eux-mêmes regroupés au sein de Catégories majeurs de diagnostics (CMD).

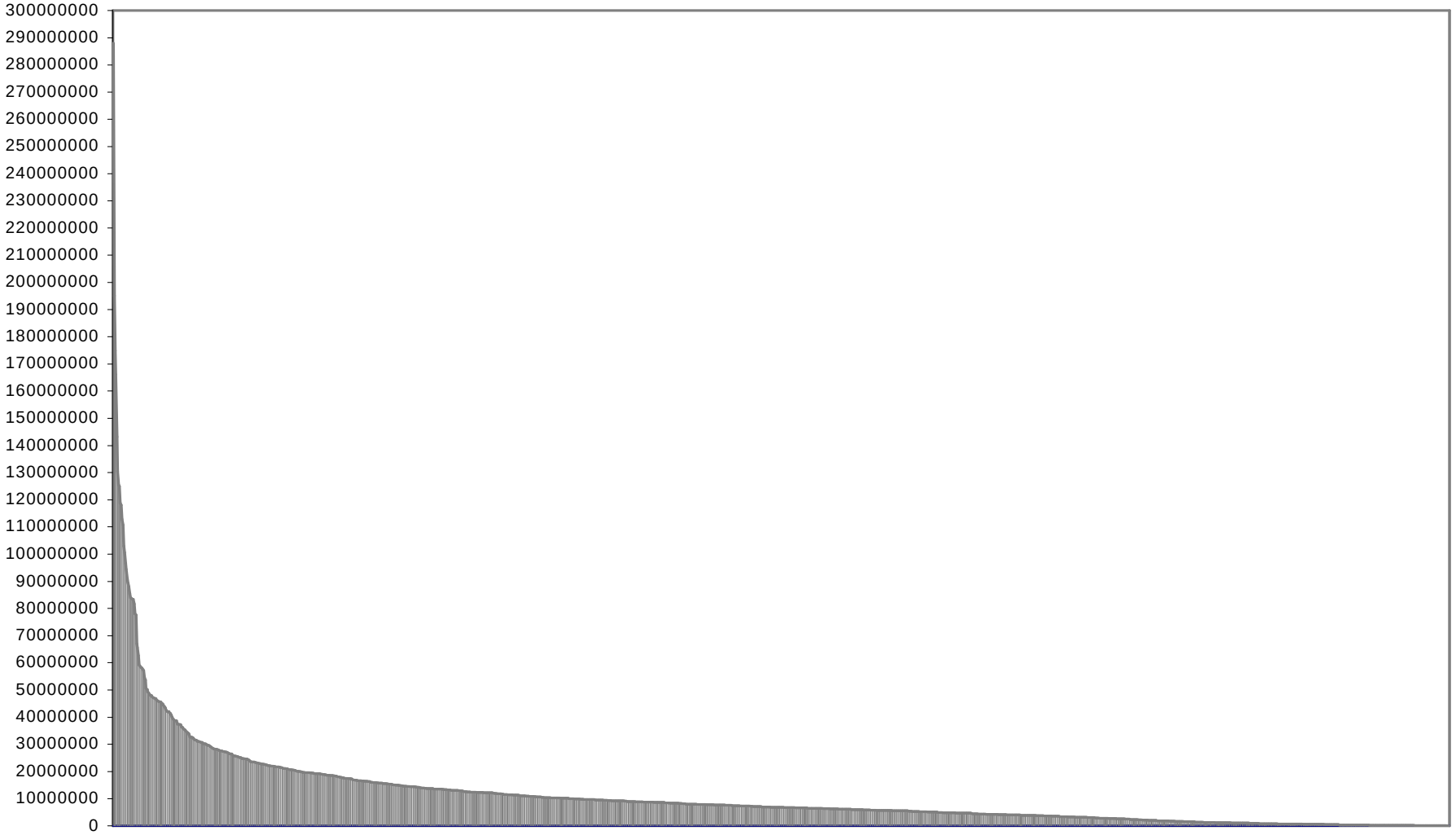
Les données médicales recueillies dans le cadre du PMSI sont protégées par le secret professionnel. C'est la raison pour laquelle le département d'information médicale est placé sous la responsabilité d'un médecin – le médecin DIM – et que la transmission des informations ainsi recueillies se fait de manière anonymisée, en dépouillant le RSS de toute référence personnelle pour obtenir le Résumé de sortie anonyme (RSA).

Le recueil des données PMSI permet de procéder à une analyse médico-économique de l'activité de l'ensemble des établissements, et à une allocation de ressources pour les établissements financés sous dotation globale : la valeur du point ISA (indice synthétique d'activité) est utilisée à cette fin.

Le point ISA est une unité de valorisation des séjours tels qu'ils sont recensés par les GHM. A partir d'un échantillon d'établissements disposant d'une comptabilité analytique, la moyenne des coûts observés par GHM est calculée. Chaque GHM est alors doté en point ISA à due concurrence de la lourdeur de sa pathologie et du coût moyen de traitement que cette dernière entraîne : plus le coût moyen est élevé plus le GHM produit de points ISA. Chaque GHM est ainsi valorisé et positionné au sein de l'Echelle nationale des coûts (Engel et *al.*, 1997).

Pour obtenir la valeur du point ISA pour un ensemble considéré (établissement, groupe hospitalier, syndicat inter hospitalier, département, région, pays…), le nombre de points ISA produit est rapporté aux dépenses afférentes à l'activité considérée.

Annexe 6. Distribution du nombre de points ISA produits par les établissements de santé en 2004



Annexe 7. Dotation globale et objectif quantifié national

La dotation globale

C'est une enveloppe limitative, votée par le Parlement depuis 1996, et répartie en enveloppes régionales par les ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale. Elle est ensuite répartie au niveau régional entre les établissements publics et privés à but non lucratif par l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) sur la base des projets de budget transmis par les établissements concernés.

L'Objectif quantifié national

Il résulte d'un contrat national tripartite entre l'Etat, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et au moins une organisation représentative de l'hospitalisation privée. Un accord annuel, signé par les mêmes partenaires, est conclu dans les 15 jours suivant le vote de la loi de financement de la Sécurité sociale. Il forme l'instrument essentiel de répartition de l'enveloppe attribuée à l'hospitalisation privée :

- il répartit par discipline le montant total des frais d'hospitalisation pris en charge par l'assurance maladie et applicable aux établissements ayant conclu un contrat avec l'ARH ;
- il répartit entre les régions le montant des dépenses ainsi autorisées ;
- il fixe les tarifs de prestation servant de base au calcul de la participation des assurés (Huteau, Le Bont, 1997).

Annexe 8. Arborescence du Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière

Annexe 9. Répartition des métiers par combinaison de définitions du soin

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

Annexe 10. Le répertoire ADELI

ADELI signifie Automatisation DEs LIstes. C'est un système d'information national sur les professionnels de santé. Il contient des informations (état civil – situation professionnelle – activités exercées) quel que soit leur mode d'exercice. Un numéro ADELI est attribué à tous les praticiens salariés ou libéraux et leur sert de numéro de référence : c'est aussi le numéro qui identifie chaque professionnel sur sa Carte de professionnel de santé (CPS).

Le répertoire ADELI permet :

- de gérer les listes départementales des professions réglementées par le Code de la santé publique et le Code de la famille et de l'aide sociale ;
- d'attribuer la CPS qui permet pour les praticiens libéraux la télétransmission des feuilles de soins et pour tous les professionnels l'accès au réseau santé - social et la lecture des cartes Vital des patients ;
- d'élaborer des statistiques permettant la fixation des quotas d'entrée dans les écoles de formation et une meilleure planification de l'évolution démographique des professions ;
- d'informer les professionnels :
    - ☞ pour la recherche d'un lieu d'implantation ;
    - ☞ sur les politiques de prévention à mettre en œuvre ou de nouveaux traitements ;
    - ☞ sur les risques sanitaires ;
    - ☞ pour les contacter en cas d'urgence.
- de mettre en place des dispositifs de défense civile et de protection sanitaire des populations civiles (plan ORSEC).

A l'exception des professionnels de santé exerçant dans l'armée, les personnels suivant ont l'obligation de faire enregistrer leur diplôme au sein du répertoire ADELI :

- Médecin
- Pharmacien
- Chirurgien-dentiste
- Sage-femme
- Infirmier
- Infirmier de secteur psychiatrique
- Masseur- kinésithérapeute
- Orthoptiste
- Orthophoniste
- Audioprothésiste
- Pédicure-podologue
- Opticien-lunetier
- Ergothérapeute
- Manipulateur d'électroradiologie médicale
- Psychomotricien
- Assistant de service social
- Psychologue

Annexe 11. Les métiers éligibles à l'enquête empirique

Appartenance à l'ordre soignant	Appartenance indéterminée	Appartenance à l'ordre dirigeant
Personnels non médicaux du soin		
Ergothérapeute	Aide soignant	
Infirmier en anesthésie réanimation	Assistante sociale	
Infirmier en puériculture	Cadre de santé de secteur de soins et d'activités paramédicales	
Infirmière de bloc opératoire	Cadre de santé d'unité de soins et d'activités paramédicales	
Masseur kinésithérapeute	Cadre de santé formateur en management et pédagogie des soins et activités paramédicales	
Orthophoniste	Cadre de santé formateur en soins et activités paramédicales	
Orthoptiste	Cadre de secteur de gynécologie obstétrique	
Pédicure podologue	Cadre d'unité de gynécologie obstétrique	
Psychomotricien	Cadre formateur en gynécologie obstétrique	
Sage-femme	Diététicien	
	Directeur des soins et des activités paramédicales	
	Directeur d'institut de formation en soins et activités paramédicales	
	Directrice d'école de sages-femmes	
	Infirmier en soins généraux	
	Psychologue hospitalier	
	Responsable d'études et de recherche en biologie médicale	
Personnels non médicaux non soignant		
	Agent de bio nettoyage	TOTALITE DES 124 AUTRES METIERS NON MEDICAUX NON SOIGNANTS
	Agent de restauration et d'hôtellerie	
	Ambulancier	
	Assistant de recherche clinique	
	Coiffeur	
	Conducteur transport personnes	
	Esthéticienne	
	Permanencier auxiliaire de régulation médicale	
	Secrétaire médicale	
	Technicien d'études cliniques	
	Technicien d'information médicale	

Appartenance à l'ordre soignant	Appartenance indéterminée	Appartenance à l'ordre dirigeant
Personnels non médicaux de direction		
	Directeur d'hôpital, directeur de pôle	Chargé des conditions de travail
	Responsable bio médical	Directeur d'hôpital, chef d'établissement
		Directeur d'hôpital, directeur adjoint fonctionnel
		Directeur des systèmes d'information/informatique
		Responsable achats/approvisionnements
		Responsable budgétaire
		Responsable comptabilité fournisseurs/clients
		Responsable des admissions
		Responsable des services administratifs
		Responsable du personnel
		Responsable paye
		Responsable qualité
Personnels médicaux		
Assistant hospitalo-universitaire (AHU)	Chef d'établissement privé	
Chef de clinique assistant des hôpitaux (CCA)	Assistant généraliste des hôpitaux	
Maître de conférences des universités – praticien hospitalier (MCU-PH)	Assistant spécialiste des hôpitaux	
Médecin libéral en clinique avec convention individuelle d'exercice	Attaché des hôpitaux	
Médecins disposant d'un contrat individuel (écrit ou non écrit) avec un ou plusieurs établissements privés de santé	Médecin ayant conclu un ou plusieurs contrats collectifs : convention d'exercice en commun ; société civile de moyens ; société civile professionnelle ; société d'exercice	
Praticien Adjoint Contractuel (hôpital)	Médecin DIM	
Praticien contractuel temps partiel (hôpital)	Médecins possédant des parts et/ou des actions de la clinique où ils travaillent	
Praticien contractuel temps plein (hôpital)		
Praticien hospitalier		
Praticien hospitalier (PH) temps partiel		
Praticien hospitalier (PH) temps plein		
Praticien hospitalier avec fonctions universitaires (PH-FU)		
Praticien hospitalier universitaire (PHU)		
Professeur des universités - praticien hospitalier (PU-PH)		

Annexe 12. Coordonnées des établissements enquêtés

Nom de l'établissement	Adresse	Téléphone	N° FINESS
Centre chirurgical Marie Lannelongue	133, av. de la Résistance, 92350 Le Plessis Robinson	01 40 94 28 00	920150091
Centre de lutte contre le cancer René Huguenin	35, rue Dailly, 92210 Saint Cloud	01 47 11 15 15	920000460
CH de Roubaix	37, rue de Barbieux, 59100 Roubaix	03 20 99 31 31	590801106
CHR d'Orléans	1, rue Porte Madeleine, BP 2439, 45032 Orléans cedex 1	02 38 51 44 44	450000088
CHRU de Dijon	1, bd Jeanne d'Arc, BP 77908, 21079 Dijon Cedex	03 80 29 30 31	210780581
CHRU de Grenoble	BP 217, 38043 Grenoble cedex 9	04 76 76 75 75	380780080
CHRU de Nantes	1, place Alexis Ricordeau, 44 093 Nantes cedex 1	02 40 08 33 33	440000289
CHRU de Poitiers	2, rue de la Miletrie, BP 577, 86021 Poitiers Cedex	05 49 44 44 44	860780980
CHRU de Rouen	1, rue Germont, 76000 Rouen	02 32 88 89 90	760780239
CHRU de Toulouse	2, rue de la Viguerie, 31059 Toulouse Cedex 9	05 61 77 82 33	310781406
Clinique de l'Essonne	Bd des Champs Elysées, 91000 Evry	01 60 87 86 00	910805357
Clinique mutualiste des Eaux claires	8, rue du Docteur Calmette, 38028 Grenoble Cedex 1	04 76 70 70 00	380780130
Clinique Tivoli	91, rue de la Rivière, BP 114, 33030 Bordeaux Cedex	05 56 11 60 00	330780115
Hôpital Européen Georges Pompidou (AP-HP)	20, rue Leblanc, 75015 Paris	01 56 09 20 00	750803447

Annexe 13. Le questionnaire utilisé

Question 1. Age……ans **Question n° 2.** Sexe ❑ H ❑ F

Question 3. Dans quel type d'établissement travaillez-vous ? (*PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES***)**
❑ établissement public de santé
❑ établissement privé de santé à but lucratif
❑ établissement privé de santé à but non lucratif

Question 4. Nombre de lits…… **Question 5.** Effectifs totaux……..

Question 6. Effectifs PM…… **Question 7.** Effectifs PNM……..

Question 8. Si vous êtes médecin, vous êtes… (*PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES*)

STATUT		SPECIALITE
❑ temps plein	❑ libéral	❑ médecine, psychiatrie
❑ temps partiel	❑ libéral sous contrat	❑ biologie
❑ salarié	❑ actionnaire/propriétaire	❑ chirurgie
		❑ Santé publique/DIM

Question 9. Si vous faites partie du personnel non médical, vous êtes…

STATUT		DOMAINE D'ACTIVITE
PUBLIC	PRIVE	
❑ fonctionnaire	❑ sous CDI sous CDD	❑ soins
votre grade ?……	intitulé de votre métier ?……	❑ social, éducatif, psychologie
…….……	……	❑ logistique
votre emploi ?……	votre fonction ?……	❑ infrastructure, maintenance, technique
……..	……..……	❑ pilotage, gestion, aide à la décision
		❑ direction

Question 10. Quelle est votre ancienneté dans l'établissement où vous travaillez……ans

Question 11. Avez vous travaillé dans d'autres structures de soins ?
❑ oui ❑ non

Si oui, de quel type ? (*PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES*)
❑ ét. public de santé
❑ ét. privé de santé à but lucratif
❑ ét. privé de santé à but non lucratif sous DG et PSPH
❑ autres (privé à but non lucratif sous OQN ; privé à but non lucratif sous DG et non PSPH)

Question 12. Dans votre établissement de santé, pensez-vous faire partie… *(UNE SEULE REPONSE)*
❑ du monde du soin
❑ du monde de l'administration, de la direction, de la gestion

Question 13. Les personnes avec qui vous travaillez principalement appartiennent… *(PLUSIEURS REPONSES POSSIBLEs)*
❑ au personnel médical
❑ au personnel non médical soignant
❑ au personnel non médical non soignant

Question 14. Vos collègues de travail ont-ils le même métier que vous ?

❑ jamais ❑ parfois ❑ très souvent
❑ rarement ❑ souvent ❑ tout le temps

Question n° 15. Dans votre travail, vous avez le sentiment de contribuer... *(UNE SEULE REPONSE)*

❑ au service public de la santé
❑ à l'amélioration de la santé des patients de votre établissement

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 … *(UNE SEULE REPONSE POSSIBLE*)

❑ vous interroger sur les motifs réels de cette demande (*Expliquez pourquoi si vous le souhaitez*.....

.....)

❑ répondre à cette demande (*Expliquez pourquoi si vous le souhaitez*.....

.....)

Question 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 … *(UNE SEULE REPONSE POSSIBLE*)

❑ acheter cette IRM (*Expliquez pourquoi si vous le souhaitez* .....
.....)

❑ explorer les possibilités d'utilisation d'une IRM installée dans un établissement géographiquement proche du vôtre (*Expliquez pourquoi si vous le souhaitez* .....
.....)

Question 18. Là où vous travaillez, le chef d'établissement donne son avis sur la nomination des médecins. Cette habitude vous semble… ***(UNE SEULE REPONSE POSSIBLE***)

❑ normale (*Expliquez pourquoi si vous le souhaitez* .....
.....)

❑ pas normale (*Expliquez pourquoi si vous le souhaitez* .....
.....)

Question 19. Dans l'établissement où vous travaillez, l'activité d'un laboratoire de biologie médicale n'est pas suffisante pour couvrir ses frais. Vous êtes en situation de prendre une décision, vous auriez plutôt tendance à … (*UNE SEULE REPONSE POSSIBLE*)

❑ fermer ce laboratoire et confier les prélèvements à un laboratoire extérieur (*Expliquez pourquoi si vous le souhaitez* .....
.....)

❑ maintenir ce laboratoire en activité (*Expliquez pourquoi si vous le souhaitez* .....
.....)

Question 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… *(UNE SEULE REPONSE POSSIBLE*)

❑ la décision des soignants (médecins et non médecins) (*Expliquez pourquoi si vous le souhaitez* .....
.....)

❑ la décision de la direction (*Expliquez pourquoi si vous le souhaitez* .....

.....)

Question 21. Votre établissement est distant de 2 km d'un autre établissement de santé qui, comme le vôtre possède un service de cardiologie et un service de chirurgie cardiaque. L'ARH demande aux deux établissements de se rapprocher. Il vous semble… *(UNE SEULE REPONSE POSSIBLE*)

❑ qu'il faut fusionner les services des 2 établissements (1 service de cardiologie dans l'un et 1 service de chirurgie cardiaque dans l'autre ; les 2 services dans 1 seul des 2 établissements) (*Expliquez pourquoi si vous le souhaitez* .....)
.....

❑ qu'il faut laisser chaque établissement avec ses deux services (*Expliquez pourquoi si vous le souhaitez* .....)

Question 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… *(UNE SEULE REPONSE POSSIBLE)*

❑ pas normale (*Expliquez pourquoi si vous le souhaitez* .....
.....)

❑ normale (*Expliquez pourquoi si vous le souhaitez* .....
.....)

Question 23. Dans un établissement de santé, ceux qui sont le mieux à même de prendre des décisions sont… *(UNE SEULE REPONSE POSSIBLE*)

❑ les personnels qui dirigent (*Expliquez pourquoi si vous le souhaitez* .....
.....)

❑ les personnels qui soignent (médecins et non médecins) (*Expliquez pourquoi si vous le souhaitez* ...
.....)

Question 24. 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 *…* ***(UNE SEULE REPONSE POSSIBLE***)

❑ accéder à sa demande (*Expliquez pourquoi si vous le souhaitez* .....
.....)

❑ ne pas prendre sa demande en compte (*Expliquez pourquoi si vous le souhaitez*.....
.....)

Question 25. Pour vous, travailler dans un établissement de soins, c'est... *(UNE SEULE REPONSE POSSIBLE)*

❑ prendre en charge du mieux possible les patients de cet établissement

❑ contribuer à l'offre nationale de soins sur le territoire

Question 26. Dans un établissement de santé, la création d'une activité nouvelle doit dépendre… *(UNE SEULE REPONSE POSSIBLE*)

❑ de la nécessité médicale jugée sur place

❑ des orientations données au niveau régional/national par les autorités sanitaires

Question 27. Dans une situation non urgente, un médecin pose un *pace maker* à un patient alors que le quota de ces matériels financés est déjà atteint. Cette position vous semble… *(UNE SEULE REPONSE POSSIBLE*)

❑ normale (*Expliquez pourquoi si vous le souhaitez* .....
.....)

❑ pas normale (*Expliquez pourquoi si vous le souhaitez* .....
.....)

Question 28. Dans un établissement de santé, ce qui doit déterminer la prise de décision c'est davantage… *(UNE SEULE REPONSE POSSIBLE)*

❑ l'évolution des connaissances scientifiques

❑ l'intérêt général, l'intérêt du public

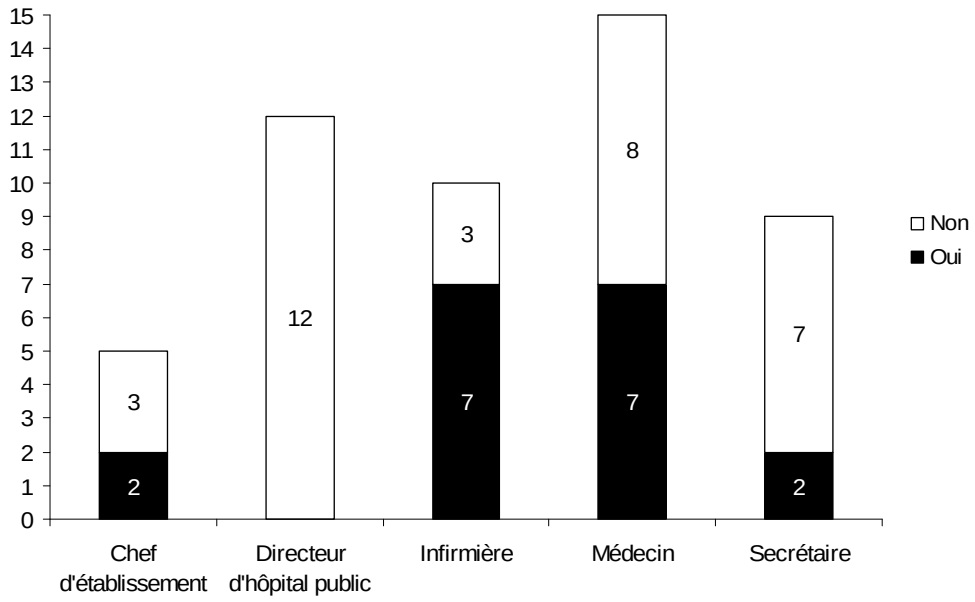
Annexe 14. Questions de mise en situation et questions de positionnement

Positionnement	Mise en situation		
	Personnel	Dépenses, recettes, investissement	Organisation de l'activité et du travail
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 ?	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 vous interroger sur les motifs réels de cette demande ou répondre à cette demande ?**	**Question 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 explorer les possibilités d'utilisation d'une IRM installée dans un établissement géographiquement proche du vôtre ?	**Question 21.** Votre établissement est distant de 2 km d'un autre établissement de santé qui, comme le vôtre possède un service de cardiologie et un service de chirurgie cardiaque. L'ARH demande aux deux établissements de se rapprocher. Il vous semble qu'il faut fusionner les services des 2 établissements (1 service de cardiologie dans l'un et 1 service de chirurgie cardiaque dans l'autre ; les 2 services dans 1 seul des 2 établissements) ou qu'il faut laisser chaque établissement avec ses deux services ?
Question 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 ?	Question 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 ?**	**Question 19.** Dans l'établissement où vous travaillez, l'activité d'un laboratoire de biologie médicale n'est pas suffisante pour couvrir ses frais. Vous êtes en situation de prendre une décision, vous auriez plutôt tendance à fermer ce laboratoire et confier les prélèvements à un laboratoire extérieur ou à maintenir ce laboratoire en activité ?	
Question 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 ?	Question 24. **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 accéder à sa demande ou ne pas prendre sa demande en**	**Question 27.** Dans une situation non urgente, un médecin pose un pace maker à un patient alors que le quota de ces matériels financés est déjà atteint. Cette position vous semble normale ou pas normale ?	**Question 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 pas normale ou normale ?
Question 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) ?			
Question 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 ?			

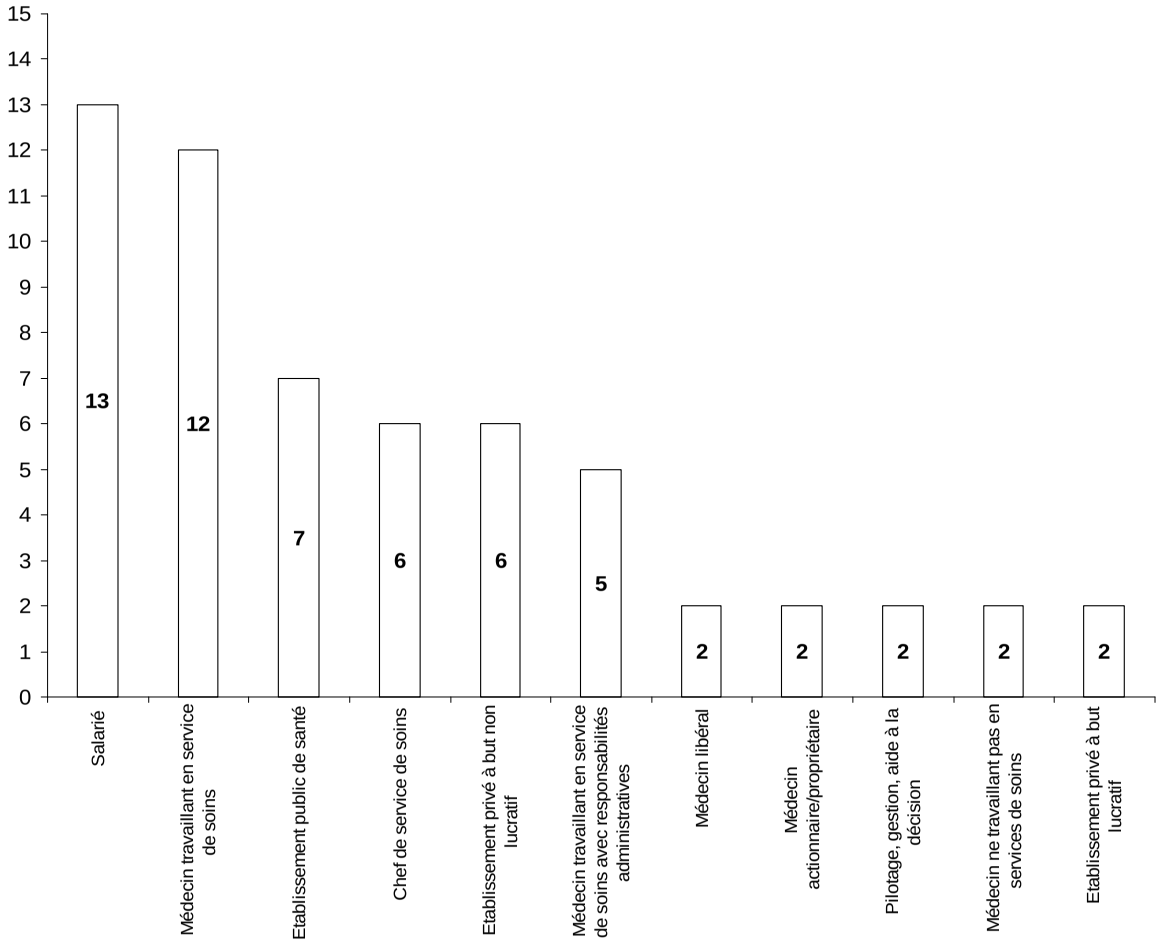
Question 26. Dans un établissement de santé, la création d'une activité nouvelle doit dépendre de la nécessité médicale jugée sur place ou des orientations données au niveau régional/national par les autorités sanitaires ?	**compte ?**
Question 28**. Dans un établissement de santé, ce qui doit déterminer la prise de décision c'est davantage l'évolution des connaissances scientifiques ou l'intérêt général, l'intérêt du public ?**	

Annexe 15. Résultats globaux de l’étude empirique

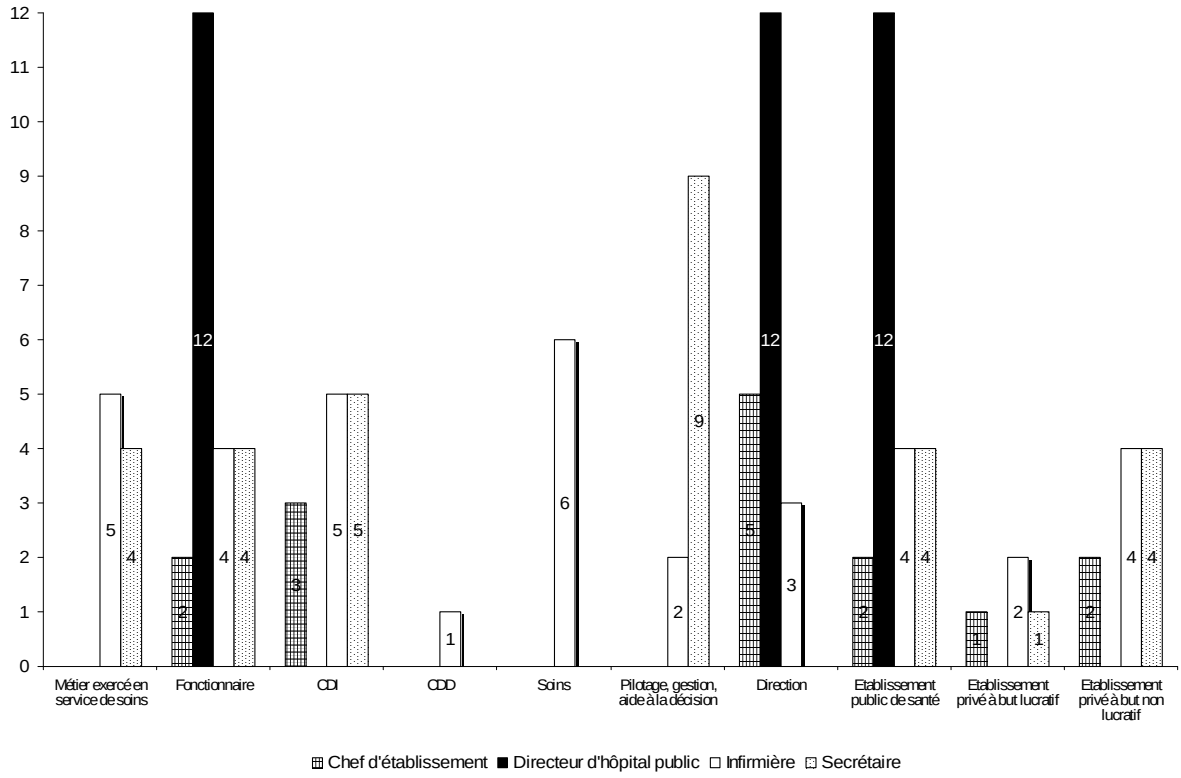
a. Travail dans d’autres structures de soins



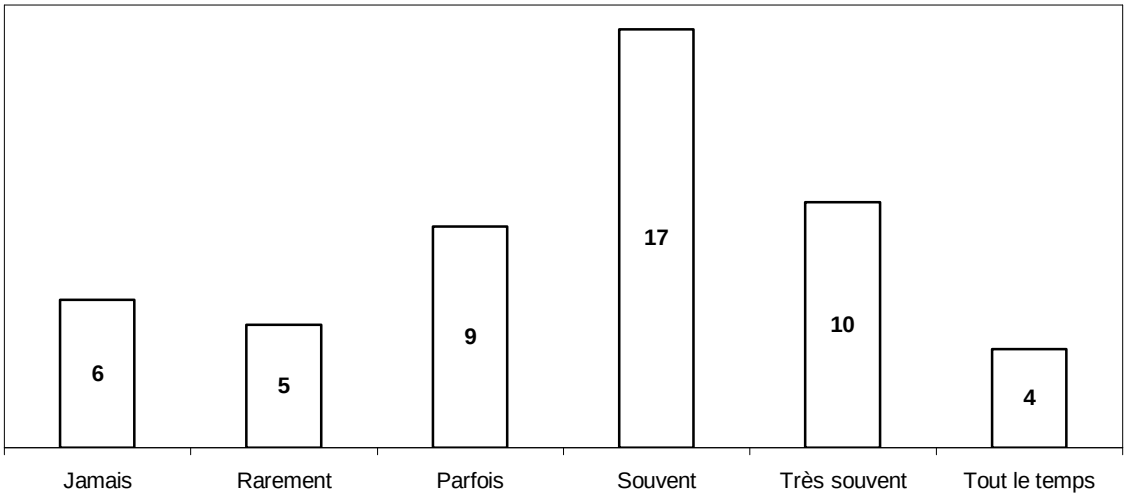
b. Statut des médecins



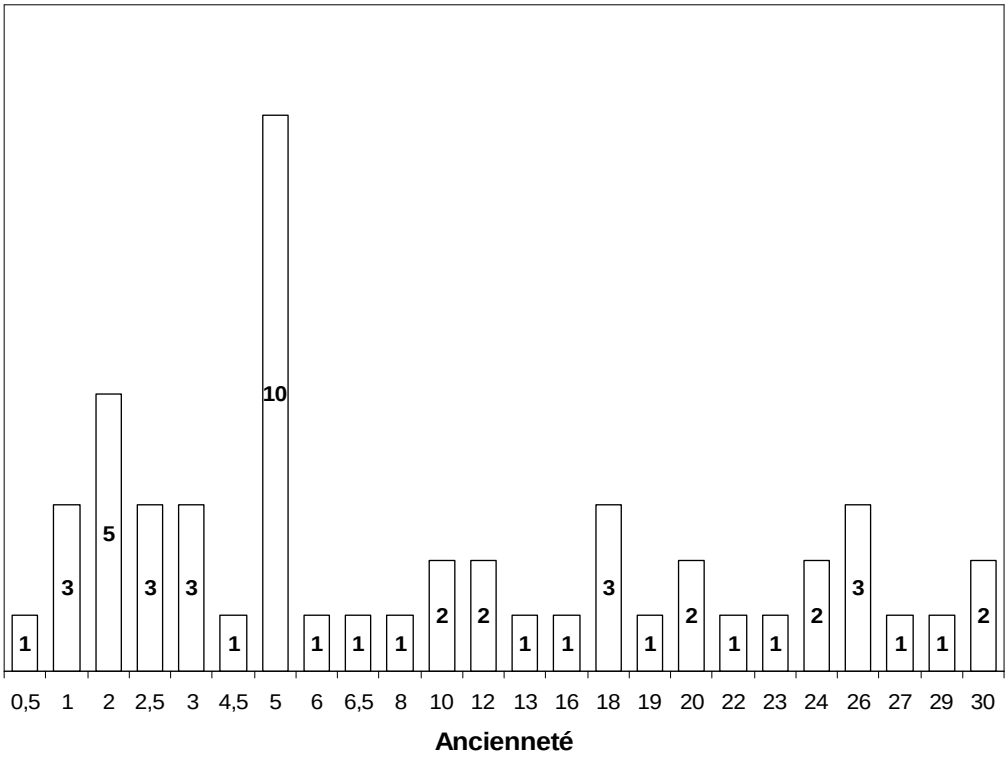
c. Statut des personnels hors médecins



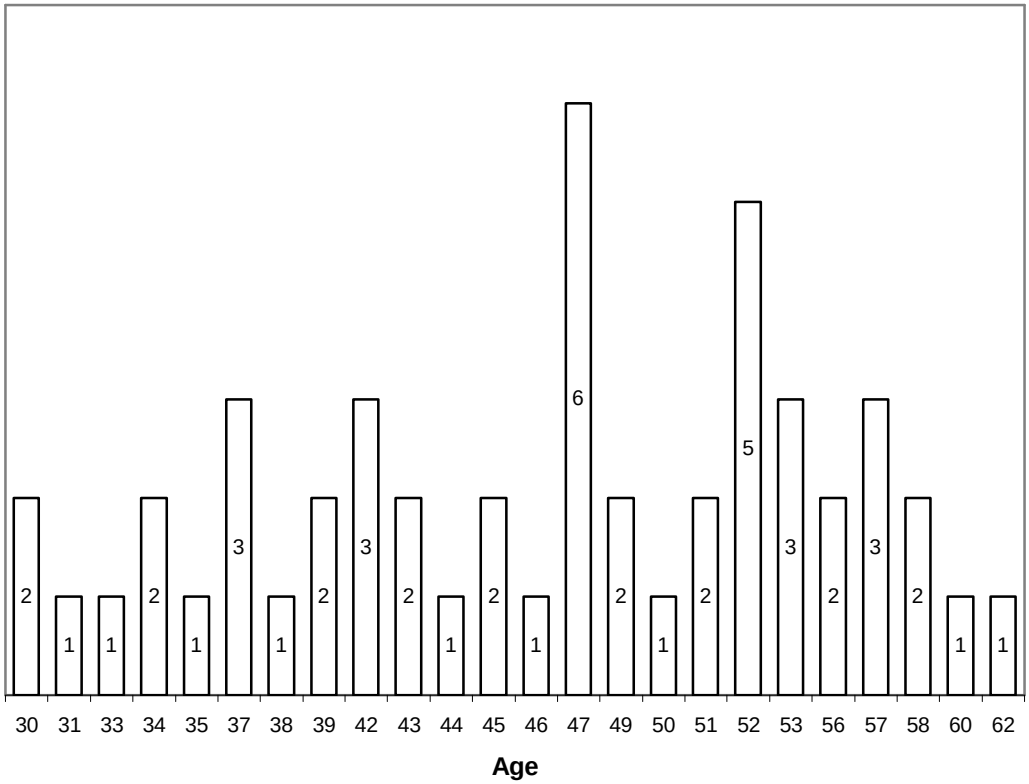
d. Vos collègues ont-ils le même métier que vous ?



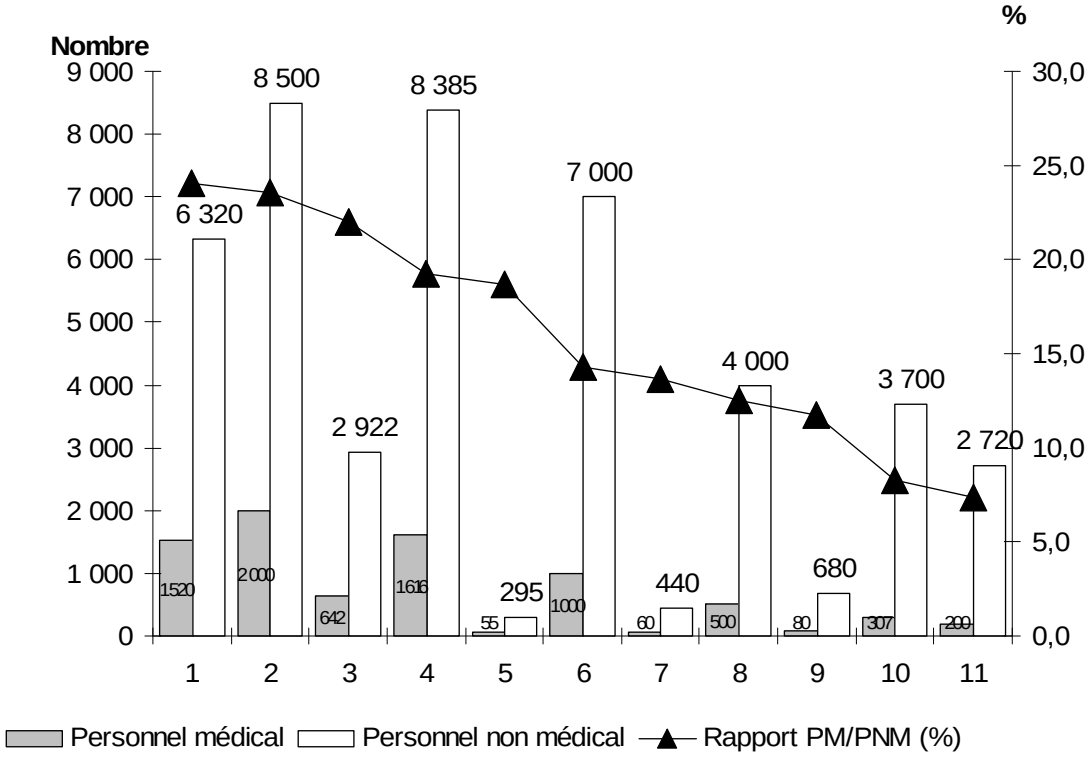
e. Nombre de personnes par ancienneté



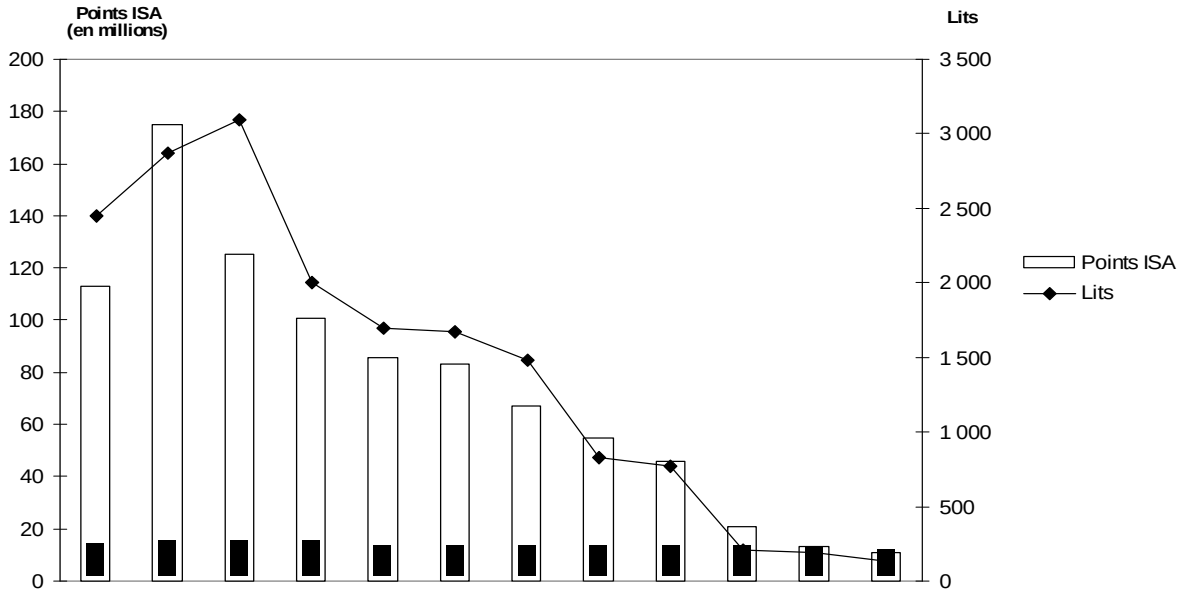
f. Nombre de personnes par âge



g. Personnel médical et personnel non médical par établissement



h. Points ISA et nombre de lits



Annexe 16. Table des données issues de l’étude empirique

Annexe 17. Codage de la table des données issues de l’étude empirique

Annexe 18. Affectation des réponses au questionnaire entre ordre dirigeant et ordre soignant

	REPONSES	
	Ordre dirigeant	**Ordre soignant**
Question 12. Dans votre établissement de santé, pensez-vous faire partie…	Du monde de l'administration, de la direction, de la gestion	Du monde du soin
Question 15. Dans votre travail, vous avez le sentiment de contribuer…	Au service public de la santé	À l'amélioration de la santé des patients de votre établissement
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 …	Vous interroger sur les motifs réels de cette demande	Répondre à cette demande
Question 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 …	Explorer les possibilités d'utilisation d'une IRM installée dans un établissement géographiquement proche du vôtre	Acheter cette IRM
Question 18. Là où vous travaillez, le chef d'établissement donne son avis sur la nomination des médecins. Cette habitude vous semble…	Normale	Pas normale
Question 19. Dans l'établissement où vous travaillez, l'activité d'un laboratoire de biologie médicale n'est pas suffisante pour couvrir ses frais. Vous êtes en situation de prendre une décision, vous auriez plutôt tendance à …	Fermer ce laboratoire et confier les prélèvements à un laboratoire extérieur	Maintenir ce laboratoire en activité
Question 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 de la direction	La décision des soignants (médecins et non médecins)
Question 21. Votre établissement est distant de 2 km d'un autre établissement de santé qui, comme le vôtre possède un service de cardiologie et un service de chirurgie cardiaque. L'ARH demande aux deux établissements de se rapprocher. Il vous semble…	Qu'il faut fusionner les services des 2 établissements (1 service de cardiologie dans l'un et 1 service de chirurgie cardiaque dans l'autre ; les 2 services dans 1 seul des 2 établissements)	Qu'il faut laisser chaque établissement avec ses deux services
Question 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	Pas normale
Question 23. Dans un établissement de santé, ceux qui sont le mieux à même de prendre des décisions sont…	Les personnels qui dirigent	Les personnels qui soignent
Question 24. 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…	Ne pas prendre sa demande en compte	Accéder à sa demande
Question 25. Pour vous, travailler dans un établissement de soins, c'est…	Contribuer à l'offre nationale de soins sur le territoire	Prendre en charge du mieux possible les patients de cet établissement
Question 26. Dans un établissement de santé, la création d'une activité nouvelle doit dépendre…	Des orientations données au niveau régional/national par les autorités sanitaires	De la nécessité médicale jugée sur place
Question 27. Dans une situation non urgente, un médecin pose un *pace maker* à un patient alors que le quota de ces matériels financés est déjà atteint. Cette position vous semble…	Pas normale	Normale
Question 28. Dans un établissement de santé, ce qui doit déterminer la prise de décision c'est davantage…	L'intérêt général, l'intérêt du public	L'évolution des connaissances scientifiques

Annexe 19. Orientation des réponses les plus fréquentes aux questions

Question	Orientation
Question 21. Fusion de deux établissements	Quasi totalement dirigeantes
Question 16. Demande de personnel supplémentaire	
Question 18. Avis du chef d'établissement sur la nomination des médecins	8 sur 10 dirigeantes
Question 22. Recrutement d'un ingénieur en organisation	
Question 23. Les mieux à même de prendre des décisions sont…	3 sur 4 dirigeantes
Question 28. Légitimité de la prise de décision	
Question 17. Achat d'une IRM	
Question 20. Décision qui doit l'emporter	2 sur 3 dirigeantes
Question 12. Appartenance à quel monde ?	
Question 15. Sentiment de contribuer à quelle légitimité ?	
Question 19. Fermeture d'un laboratoire	50/50
Question 26. Création d'une activité nouvelle	
Question 27. Pose non urgente d'un pace maker	
Question 24. Droit de regard du chef de service sur les affectations de paramédicaux	Soignant
Question 25. Quelle mission quand on travaille dans un établissement de soins ?	

Annexe 20. Analyse des correspondances multiples et classification ascendante hiérarchique

L’analyse des correspondances multiples (ACM) et la classification ascendante hiérarchique (CAH) sont deux des méthodes descriptives de l’analyse multivariée, qui comprend également des méthodes explicatives. Outre l’ACM et la CAH, les méthodes descriptives comportent l’analyse en composante principale (ACP) et l’analyse factorielle des correspondances (AFC) ; les méthodes explicatives se composent de la régression multiple, de l’analyse discriminante et de la segmentation.

L’analyse multivariée est utilisée pour synthétiser et expliquer l’information donnée par plusieurs variables, à les résumer en minimisant la déperdition d’information. Le but des différentes méthodes qui la composent est de mettre en lumière des dimensions cachées contenues dans les réponses aux variables sélectionnées.

L’analyse des correspondances multiples

L'Analyse des Correspondances Multiples est une extension de l'Analyse Factorielle des Correspondances (AFC) pour l'étude simultanée de plusieurs variables. Elle peut être considérée comme une AFC sur un tableau de Burt – ce dernier étant un tableau de contingence symétrique qui croise en un seul tableau toutes les modalités de chaque caractère les unes avec les autres.

L’objectif des méthodes factorielles, dont fait partie l’ACM, est de déterminer un sous-espace de dimension réduite, « compréhensible » par l’oeil, sur lequel projeter un nuage de variables. Ces méthodes constituent donc l’extension de la statistique descriptive au cas multidimensionnel et autorisent une analyse simultanée de plusieurs variables. Pour obtenir un tel sous-espace, la méthode consiste à chercher, dans un premier temps, l’axe sur lequel le nuage se déforme le moins en projection c’est-à-dire qui restitue la part la plus importante de l’inertie totale du nuage ou autrement dit de l’information qu’il contient. Une fois ce premier axe déterminé, il s’agit alors de chercher le second axe sur lequel le nuage se déforme le moins, tout en étant orthogonal au premier. Il suffira ensuite de réitérer le processus jusqu’à restituer l’intégralité de l’inertie du nuage. L’analyse des correspondances multiples

permet d’observer les combinaisons et les liens entre les variables actives, c’est un outil visuellement puissant et très intuitif. La visualisation de plans factoriels dans l’espace des variables permet d’analyser l’information contenue sur deux axes factoriels.

La classification ascendante hiérarchique

La classification ascendante hiérarchique (CAH) est une des méthodes de classification qui a pour objectif d’obtenir des classes d’individus les plus cohérentes possibles : soit en constituant les groupes les plus homogènes ou, à l’inverse, les groupes qui se distinguent le plus les uns des autres. C’est la raison pour laquelle, la mesure communément utilisée pour juger de la qualité d’une CAH est le quotient de l’inertie inter-classe sur l’inertie totale du nuage des individus : plus elle est élevée et plus les individus regroupés forment des groupes homogènes nettement différenciés les uns des autres. Il faut donc arbitrer entre nombre restreint de groupes et qualité des classifications, c’est à dire entre interprétabilité et fiabilité de l’information.

Annexe 21. Analyse des correspondances multiples

ACM 1

ACM 2

ACM 3

ACM 4

ACM 5

ACM 6

Annexe 22. Classification ascendante hiérarchique

CAH 1

CAH 2

Annexe 23. Répartition des effectifs en trois classes

Trois classes 1

Trois classes 2

Annexe 24. Codage des tableaux de l’analyse des correspondances multiples (ACM), de la classification ascendante hiérarchique (CAH) et de la répartition en trois classes

Annexe 25. Composition des trois classes

a. Composition de la classe 1

Métier	Fonction	Métier en service de soins	Q.12	Q. 15	Q.16	Q.17	Q.18	Q.19	Q.20	Q.21	Q.22	Q.23	Q.24	Q.25	Q.26	Q.27	Q.28	Score
Chef d'établissement	Chef d'établissement	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	9
Chef d'établissement	Chef d'établissement	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	11
Chef d'établissement	Chef d'établissement	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	5
Chef d'établissement	Chef d'établissement	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	7
Chef d'établissement	Chef d'établissement	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	9
Directeur	Directrice des finances	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	7
Directeur	Directrice des ressources humaines	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	7
Directeur	Adjoint du directeur	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	7
Directeur	Directrice des finances	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	5
Directeur	Directrice des ressources humaines	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	9
Directeur	Directeur délégué de pôle	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	13
Directeur	Directeur coordonnateur de pôles	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	9
Directeur	Directeur coordonnateur de pôles	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	11
Directeur	Directrice missions transversales	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	9
Directeur	Directrice adjointe de la DRH	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	7
Directeur	Directrice de site et de pôles	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	5
Directeur	Directeur fonctionnel	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	5
Infirmière	Infirmière à la DRH	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	9
Infirmière	Directeur des soins	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	5
Infirmière	Directrice des soins	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	7
Infirmière	Infirmière 50 % soins 50 % hygiène	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	7
Médecin	DIM	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	3
Médecin	DIM	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	7
Médecin	DIM	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	11
Médecin	Président CME	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	11
Médecin	Actionnaire	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	9
Secrétaire	Assistante du chef d'établissement	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	9
Secrétaire	Secrétaire du chef d'établissement	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	5
Secrétaire	Assistante de gestion	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	9
Secrétaire	Secrétaire médicale en service de soins	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	5
Secrétaire	Coordinatrice des secrétariats médicaux	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	7
		4	**28**	**23**	**31**	**25**	**30**	**16**	**29**	**30**	**29**	**30**	**7**	**6**	**23**	**18**	**27**	**7,71**

b. Composition de la classe 2

Métier	Fonction	Métier exercé en service de soins	Q.12	Q. 15	Q.16	Q.17	Q.18	Q.19	Q.20	Q.21	Q.22	Q.23	Q.24	Q.25	Q.26	Q.27	Q.28	SCORE
Infirmière	Directrice des soins	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	3
Infirmière	Responsable du pool	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	7
Infirmière	Infirmière en service de soins	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1
Infirmière	Infirmière en service de soins	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	-1
Infirmière	Infirmière en service de soins	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1
Médecin	Chef de service, président CME	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	-1
Médecin	Chef de service	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	-3
Secrétaire	Secrétaire médicale en service de soins	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	-9
Secrétaire	Secrétaire médicale en service de soins	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1
Secrétaire	Secrétaire en service de soins	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	-3
		8	3	4	7	9	4	5	4	10	3	4	6	0	4	2	8	-0,4

c. Composition de la classe 3

Métier	Fonction	Métier exercé en service de soins	Q.12	Q. 15	Q.16	Q.17	Q.18	Q.19	Q.20	Q.21	Q.22	Q.23	Q.24	Q.25	Q.26	Q.27	Q.28	SCORE
Infirmière	Infirmière en service de soins	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	-1
Médecin	Chef de service	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	3
Médecin	Service de soins	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	-1
Médecin	Président CCM	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	3
Médecin	Président CCM	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	-1
Médecin	Chef de service	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	3
Médecin	Service de soins	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	-7
Médecin	Service de soins	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	-5
Médecin	Actionnaire	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1
Secrétaire	Coordinatrice des secrétariats médicaux	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1
		9	1	5	10	2	9	7	2	8	10	4	1	3	1	7	3	-0,4