



La « dysorganisation », un fonctionnement sous-optimal recherché par ses acteurs

Le terme « organisation » définit à la fois une structure et un processus. L'organisation-processus peut être déficiente en raison des rapports de pouvoir qu'entretiennent certains de ses membres, il faut alors parler de « dysorganisation ». La « dysorganisation » est une forme d'organisation dont le fonctionnement sous-optimal est recherché par ses acteurs et qui les satisfait.

Le terme « organisation » définit à la fois une structure et un processus. En tant que structure, le dictionnaire en donne comme définition (*Le Grand Robert*, 2001): « Mode selon lequel un ensemble est constitué en vue de sa fin, de son fonctionnement » ; comme processus, l'organisation est considérée comme l'« Action d'organiser quelque chose, son résultat. » C'est dans ce dernier sens que Crozier et Friedberg (1977) préfèrent substituer au terme « organisation » celui « d'action organisée ».

Ces deux acceptions définissent un état jugé satisfaisant. Dans le cas contraire, il est admis qu'un certain nombre de principes ou de règles ne sont pas respectées, on évoque alors une organisation dysfonctionnante, dysfonctionnelle, désorganisée. Le dysfonctionnement est un « Fonctionnement anormal par insuffisance ou excès » ; la désorganisation est une « Altération grave de la structure » ; le désordre s'explique par « L'inobservation de certaines règles ».

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 à ce terme pris dans son acception de structure, et donc pas de caractérisation sémantique d'une modalité de fonctionnement de l'activité qui ne répondrait pas aux critères d'excellence de l'organisation.

Or, et c'est la thèse que nous avançons dans cet article, l'organisation-processus peut être « organisée » suivant un modèle dysfonctionnant à l'aune de certains critères d'appréciation mais répondant de façon satisfaisante à d'autres critères. Les éléments d'appréciation de l'organisation varient selon les groupes professionnels et

les rapports de pouvoir qu'ils entretiennent – y compris au sein d'une même organisation. La question, donc, est de savoir comment l'organisation est organisée, mal organisée, pas organisée, ou organisée d'une manière qui ne convient pas à toutes ses composantes.

Nous allons d'abord rapidement brosser le panorama des principales analyses de l'organisation en tant que structure et en tant que processus – tout particulièrement l'analyse stratégique. On montrera ensuite qu'en dépit de leur pertinence les théories de l'organisation hospitalière sont insuffisantes pour expliquer le caractère déficient de cette dernière : il faut passer par la notion de « dysorganisation » – forme d'organisation dont le fonctionnement sous-optimal est recherché par ses acteurs et qui les satisfait – pour l'expliquer.

I. L'ORGANISATION COMME STRUCTURE

Les typologies d'organisations sont nombreuses et dépassent très largement le cadre de la structure de travail pour s'étendre au fonctionnement du corps social dans son ensemble. S'agissant des organisations de travail et de production, on peut répartir les analyses suivant qu'elles portent sur les éléments de différenciation ou sur les types d'organisations.

Les principaux éléments de différenciation s'articulent autour du consentement à l'autorité (Etzioni, 1961), du bénéficiaire des actions de l'organisation (Blau et Scott, 1962), des objectifs de l'organisation (Cyert et March, 1963; Lawrence et Lorsch, 1967), de la division du travail (Hall, 1972; Pugh *et al.*, 1987; Lawrence et Lorsch, 1967; Francfort *et al.*, 1995).

Tableau 1 – Les éléments de différenciation de l'organisation-structure

Auteurs	Éléments de différenciation
Etzioni (1961),	consentement à l'autorité fondé sur : – la coercition – l'utilitarisme – la persuasion
Blau et Scott (1962)	bénéficiaire principal de l'action des organisations
Cyert et March (1963)	objectifs des organisations
Hall (1972)	– niveau technique – environnement technologique – variations dans leur structure et leurs procédés – production – personnel – degré de complexité
Pugh <i>et al.</i> (1987)	– structuration des activités – concentration de l'autorité – contrôle hiérarchique du cheminement du travail de production
Lawrence et Lorsch (1967)	– 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 <i>et al.</i> (1995)	– degré de standardisation de l'organisation – division du travail – standardisation des produits – interdépendance dans le travail – polarisation des compétences

Source : tableau réalisé par l'auteur à partir des sources citées.

S'agissant des typologies d'organisations, on doit distinguer celles qui se concentrent sur les organisations de production (Mintzberg, 2004 ; Francfort *et al.*, 1995) de celles qui s'étendent au fonctionnement social dans son ensemble, en distinguant notamment les organisations

politiques, de production, de socialisation, et les organisations dites adaptatives ou intégratives. On doit mettre à part Haas *et al.* (1966) qui établissent une typologie en dix classes d'organisations parce que fondées sur des critères plus abondants.

Tableau 2 – Les principaux types d'organisation

Auteurs	Éléments de différenciation
Parsons (1960)	<ul style="list-style-type: none"> – organisations de production – organisations à but politique – organisations intégratives (dont le rôle est de résoudre les conflits et de coordonner les motivations en direction de la satisfaction des attentes sociales) – 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)
Blau et Scott (1962)	<ul style="list-style-type: none"> – associations mutualistes – organisations commerciales – organisations de service – organisations d'intérêt général
Katz et Kahn (1966)	<ul style="list-style-type: none"> – organisation de production – organisation de socialisation (églises, écoles, hôpitaux, protection sociale, etc.) – organisation adaptative (qui crée ou adapte le savoir – les universités par exemple) – organisation politique ou de gestion
Francfort <i>et al.</i> (1995)	<ul style="list-style-type: none"> – rationnelle (industrielle, administrative) – professionnelle de process (automatisée) – personnalisée (relation personnels/usagers) – flexible (petites séries, maintenance, service de haute technologie) – artisanale
Mintzberg (2004)	<p>Organisations :</p> <ul style="list-style-type: none"> – entrepreneuriale – mécaniste – divisionnalisée – professionnelle – innovatrice

Source : tableau réalisé par l'auteur à partir des sources citées.

II. L'ORGANISATION COMME PROCESSUS

La variété des écoles est tout aussi grande. L'analyse de l'organisation comme processus est marquée par de grandes étapes.

Dans une décomposition historique en trois en trois phases (A, B et C), Alain Touraine (1955) a brossé l'évolution d'une organisation du travail adossée à l'autonomie professionnelle de l'ouvrier – héritier de l'arti-

san – à une conception mécaniste de l'organisation. Il a ainsi décrit l'avènement d'une réflexion quant à l'analyse de l'organisation comme processus, l'organisation scientifique du travail (OST¹), qui applique à l'organisation de l'activité humaine le modèle d'analyse scientifique du travail industriel. En réaction, l'école des relations humaines – fondée sur l'expérience menée par Mayo et son équipe dans l'usine Western Electric de Hawthorne (Dickson *et al.*, 1947) – a démontré le caractère prépondérant du facteur humain dans l'efficacité de l'organisation du travail.

Les différentes écoles qui se sont penchées sur les besoins, la ou les motivations, l'identité et la satisfaction au travail, sont issues de ce courant initial. 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).

Les modèles structuralo-fonctionnalistes, quant à eux, remettent en question la pertinence générale et globale de l'analyse par

les besoins et les motivations en tant que cette dernière ignore la relation de l'individu à l'organisation, en particulier par le biais du rôle et de la fonction. Pour Merton (1957), l'organisation est un système social dont l'objectif est la réalisation de certains buts et les dysfonctionnements sont consubstantiels ; chez Selznick (1980), la lutte contre la dysfonction étant une condition de la survie de l'organisation, cette dernière doit contraindre ses membres à se motiver.

Le courant culturaliste met en avant l'identité du salarié et la nécessité d'appliquer à l'organisation les méthodes utilisées en ethnologie ; l'école institutionnelle insiste sur les symboles, les croyances, les rites, dans l'organisation ; pour l'école socio-technique, l'organisation est fondée sur l'interaction entre un système social et un système technique. L'interactionnisme, enfin, dont l'un des chefs de file est Anselm Strauss (1992), centre son analyse sur la renégociation permanente des rôles, des compétences, de l'organisation du travail entre les acteurs.

Dans les théories des organisations – organisation-structure ou organisation-processus – il est fait, implicitement ou non, référence à un état jugé optimal, celui qui satisfait l'ensemble des acteurs ; tout autre état moins satisfaisant s'explique par une déficience dans les relations entre acteurs de l'organisation (organisation-processus) ou dans l'architecture de l'organisation elle-même (organisation-structure). Pour démontrer qu'il peut exister un état de l'organisation optimal aux yeux de certains de

1. Héritier des préceptes d'Adam Smith, Taylor en est l'initiateur.

ses acteurs et non satisfaisant pour d'autres, il faut utiliser les concepts fondateurs de l'analyse stratégique des organisations.

III. L'ANALYSE STRATÉGIQUE DES ORGANISATIONS

Développée par Crozier et Friedberg, cette approche remet en cause l'existence d'un modèle universel d'organisation. Elle est fondée sur trois concepts-clés : le système d'action concret, le pouvoir et la zone d'incertitude.

1. Le système d'action concret

L'organisation est soumise à un environnement en évolution permanente. Les ajustements ainsi nécessités ne peuvent se réaliser par l'intermédiaire de l'organisation formelle en raison de l'inertie caractérisant toute modification de cette dernière ; ils se font par le biais de l'organisation informelle, par l'adaptation des relations entre membres de l'organisation à ce mouvement permanent.

Le système d'action concret est 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).

2. Le pouvoir

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), le pouvoir est une relation et pas un attribut des acteurs de la relation : « 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 démuné face à l'autre. » (p. 379).

Le pouvoir 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.

On ajoutera 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. La capacité de nuisance d'un individu est donc fonction du produit de sa capacité d'action et de sa possibilité d'agir, qui dépend elle-même du degré de responsabilité qu'assume l'individu (tableau 3).

Tableau 3 – 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

Source: tableau réalisé par l'auteur.

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. »

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.

3. La zone d'incertitude

Quelle que soit l'organisation de travail, aucun individu n'accepte d'être considéré comme un simple instrument, transparent aux yeux de tous, exclusivement dédié aux 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 subsiste une marge de liberté pour chacun. 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 le rendant le plus imprévisible possible – tout en accroissant la lisibilité du comportement des autres. Selon Friedberg (1988, p. 36) : « 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. ». 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 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 pou-

voir 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.

C'est à cette aune-là que la notion de « dysorganisation » est avancée.

IV. LA « DYSORGANISATION »

La « dysorganisation » est une forme d'organisation dont le fonctionnement sous-optimal est recherché par ses acteurs et les satisfait. Le panorama rapide des analyses de l'organisation que nous venons de brosser révèle que l'état normal, équilibré, d'une organisation est considéré comme étant son fonctionnement optimal, c'est-à-dire répondant à ses objectifs, maximisant les moyens engagés à cette fin. Si ce n'est pas le cas, c'est que la structure de l'organisation doit être améliorée et/ou que ses processus internes doivent être révisés. Or les enseignements de l'analyse stratégique appliqués à l'hôpital, choisi comme terrain d'étude, ont démontré qu'une forme de fonctionnement sous-optimal pouvait exister parce que tout ou partie des acteurs de l'organisation trouvaient là le moyen de recouvrer l'autonomie professionnelle dont ils étaient autrement privés.

Il y a interaction entre organisation-structure et organisation-processus : le fonctionnement est jugé optimal, satisfaisant, fonctionnel, dès lors que l'organisation-processus agit suivant les règles définies par l'organisation structure. Si ce n'est pas le cas, on parle de dysfonctionnement, de désorganisation, qui sont abondamment évoquées par la littérature sur le management : comment faire en sorte que l'organisation-processus s'adapte, soutienne et ren-

force l'organisation-structure ? Comment adapter l'organisation-structure pour qu'elle fluidifie et renforce l'organisation-processus ?

Le présupposé de l'ensemble des solutions avancées et que chacun dans l'organisation-structure a intérêt au fonctionnement optimal de l'organisation processus. Or tous les membres de l'organisation-structure ne tirent pas avantage de son fonctionnement optimal : il peut y avoir coexistence de critères divergents de fonctionnement optimal, situation que nous avons qualifiée de « dysorganisation » pour mettre en évidence la concomitance entre dysfonctionnement et organisation.

Ce n'est pas parce qu'il y a dysfonctionnement qu'il y a désorganisation, il peut y avoir un mode d'organisation recherché par ses acteurs et qui les satisfait tout en ne se conformant pas à la finalité de l'organisation-structure.

1. Un fonctionnement recherché par ses acteurs

Les théories de l'organisation hospitalière sont fondées sur le constat d'un cloisonnement et d'une opposition entre deux organisations – subordonnées à certaines périodes, concurrentes à d'autres. L'existence de deux lignes d'autorité dans les hôpitaux a d'abord été mise en évidence (Lentz, 1957 ; Smith, 1958 ; Solon *et al.*, 1958). Perrow (1963 et 1965) a proposé une explication par le niveau de technologie qui déterminerait la structure de pouvoir et l'organisation dominante dans les hôpitaux. L'existence de deux formes de légitimité à l'œuvre dans les établissements a été avancée par Goss (1963), ainsi que par Steudler (1973) : la légitimité rationalisatrice de l'administration s'opposant à la légitimité

scientifique et technique des médecins. Pauly et Redsich (1973), Pauly (1980) et Evans (1984) ont souligné l'opposition entre une logique de l'institution et une logique de la profession, l'hôpital devenant « l'atelier » du médecin qui utilise les ressources et les moyens de ce dernier mais au service de ses objectifs propres. Cette attitude n'est pas propre aux médecins, on la retrouve aussi au sein des paramédicaux – les semi-professions pour reprendre la terminologie d'Eztioni (1969) : chez les infirmières, Thévenet (1999) établit une différenciation entre l'adhésion à l'hôpital (faible) de l'engagement dans le travail (fort) ; Lemoine (2004) recommande de distinguer l'implication dans le travail de l'engagement dans l'organisation. Strauss (1992) souligne *a contrario* le cloisonnement caractérisant l'organisation hospitalière en identifiant les interactions nécessaires entre ses différents acteurs – soignants, non-soignants, familles, et même malades – pour parvenir à un « ordre négocié » sans cesse réajusté. À l'instar de Mélinand (1974) dénonçant une « féodalité » hospitalière, De Kervasdoué (1996) stigmatise l'organisation des hôpitaux en l'assimilant à celle d'une « rue commerçante », constituée d'entrepreneurs indépendants.

Fondées sur les multiples aspects d'un cloisonnement, les théories de l'organisation hospitalière sont pertinentes, mais pourtant insuffisantes pour expliquer les insuffisances constatées. 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 » se rapproche de la définition de Mintzberg (2004, p. 325) qualifiant la description caricaturée des bureaucraties professionnelles d'« anarchie organisée. »

La notion de « dysorganisation » a été tirée de l'observation conduite lors de deux études empiriques menées dans des établissements de soins² : les termes de désorganisation ou d'organisation dysfonctionnante ne pouvaient en effet être utilisés pour y qualifier les modalités de répartition et d'articulation du travail. La « dysorganisation » dans les services de soins est le symptôme d'un rejet de la légitimité bureaucratique. L'un des éléments de corroboration de cette « dysorganisation » s'observe *a contrario* au sein des services 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; dans le même temps, avec les mêmes personnels et les mêmes équipements, l'activité clinique est marquée par une organisation plus relâchée et moins performante, par la « dysorganisation ».

L'explication que l'on peut avancer vient du basculement de rapport de forces qui s'est produit dans les établissements de santé publics après la modification de leur mode de financement. L'introduction, en 1983, du financement par dotation globale a limité les dépenses des établissements de santé et les a placés dans l'obligation de se confron-

2. L'une à l'hôpital Saint-Antoine à Paris; l'autre dans plusieurs hôpitaux et cliniques répartis en France. Les conditions de réalisation de ces enquêtes de terrain sont explicitées dans l'encadré.

ter à la rareté et à ses corollaires, le coût d'opportunité et le concept de performance. Jusqu'à cette date, leur financement était à l'abri de la rationalité budgétaire, puisque calculé sur la base du système dit « au prix de journée », un mécanisme de financement inflationniste parce que calculé, en réalité, sur la base d'une constatation *ex-post* des dépenses engagées (Engel *et al.*, 1990). Contandriopoulos et Souteyrand, (1996) parlent « d'hôpital stratège ».

La réforme du mode de financement des hôpitaux a transformé l'organisation support en organisation dirigeante. La raréfaction des moyens budgétaires a contraint les établissements 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. La montée en puissance des administrateurs hospitaliers avait été anticipée : Owen (1962) et Wilenski (1962) ont décrit leur mouvement vers la professionnalisation ; Anderson et Varkov (1961) ont mis en lumière le lien entre taille de l'administration et taille de l'organisation ; poursuivant la mise en évidence le rôle du patient dans l'organisation hospitalière par Henderson (1935), Argyris (1956) ainsi que Burling *et al.* (1956) ont appliqué la théorie des relations humaines à l'organisation hospitalière.

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. 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 trouvent en situation d'exercer le pouvoir dit du *marginal-secant* ou du portier (Friedberg, 1988), c'est-à-dire de réducteur d'incertitude. 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. » Désormais, le chef d'établissement est l'égal des chefs de services.

Chargées 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, en retour, ont réagi à cette nouvelle situation en cherchant à accroître l'incertitude de l'organisation dirigeante. La création ou l'accroissement d'une zone d'incertitude étant le moyen de renforcer sa position dans un rapport de pouvoir, c'est par le renforcement de sa zone d'incertitude à l'égard de l'organisation dirigeante que l'organisation soignante 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 introduite par la contrainte de rareté a entraîné l'instauration

d'une domination bureaucratique. Les moyens d'un établissements 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. » Si le temps du soin se plie au temps de l'organisation, c'est dès lors le temps de l'institution qui prime, et les services de soins subissent 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 l'organisation dirigeante et l'organisation soignante, et détermine le mode de fonctionnement que nous avons dénommé « dysorganisation ».

Dans la première étude, conduite à l'hôpital Saint-Antoine (Holcman, 2002), il a été démontré que les tâches des agents des services de soins dans les établissements publics de santé étaient, pour l'essentiel, standardisées³ et programmables, bien que peu programmées. Durant les entretiens qui fondent cette étude (voir encadré « Deux études de cas »), les agents interrogés ont été invités à décrire le plus précisément possible l'ensemble des tâches qui composent leur activité professionnelle. Leurs réponses, regroupées à l'aide des critères utilisés dans les fiches descriptives de métiers établies par l'ANPE⁴,

ont permis de mettre en lumière la divergence entre la description de leur travail fait par les agents des services de soins et la réalité de son organisation. Les personnels des services de soins, en effet, brosent 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, quand on les interroge précisément sur les tâches qu'ils accomplissent, on se rend compte que ces dernières sont programmables dans leur immense majorité, et comparables à celles accomplies dans d'autres secteurs d'activité – à l'exception de la relation avec le patient, qui constitue la particularité irréductible des métiers du soin.

La différence entre les deux discours manifeste l'existence d'un rejet de la légitimité bureaucratique. Les règles bureaucratiques, en effet, sont destinées, à être mises en œuvre dans un environnement programmable. Or la programmation est la caractéristique – sinon la mission – de l'organisation dirigeante, 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'organisation soignante de s'affranchir de la culture de l'organisation dirigeante 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.

3. C'est-à-dire pouvant être identifiés *via* leurs tâches à d'autres types de métiers.

4. *Répertoire opérationnel des métiers et des emplois* (Agence nationale pour l'emploi, 1999).

L'organisation soignante n'est donc pas désorganisée, elle est organisée de façon à susciter de l'incertitude pour l'organisation dirigeante, et donc à accroître le pouvoir sur cette dernière. On ne peut parler de dysfonctionnement qu'à l'aune des critères de l'organisation dirigeante dans la mesure où l'organisation des services de soins est recherchée par ses acteurs.

La « dysorganisation » est donc un mode de fonctionnement souhaité par ses acteurs, il convient de voir pour finir en quoi il les satisfait.

2. Un mode de fonctionnement qui satisfait ses acteurs

Dans l'étude conduite à l'hôpital Saint-Antoine, nous avons constaté que l'un des paradoxes de l'organisation du travail dans les services de soins était qu'elle génère les remèdes aux maux qu'elle provoque chez les agents : du fait de son relâchement, elle offre aux personnels le loisir d'y intercaler, à leur rythme et quasiment à leur convenance, des moments de récupération.

Quand, dans la seconde étude menée (Holcman, 2006), on demande aux personnels interrogés de se prononcer sur le recrutement d'un ingénieur pour améliorer l'organisation du travail dans les services de soins⁵, les réponses sont très partagées : les neuf dixièmes des personnels appartenant à l'organisation dirigeante et la même proportion de médecins déclarent trouver cela normal ; en revanche, les sept dixièmes des

personnels de l'organisation paramédicale interrogés s'y opposent. Or ce sont précisément ces personnels-là (infirmière, aide-soignantes, cadres de soins, etc.) qui déclarent que leur activité est surdéterminée par l'urgence et l'imprévu. Ils devraient donc être les premiers à vouloir amender le mode d'organisation actuel, ce qui n'est pas le cas. Ceci laisse à penser que l'organisation qui prévaut n'a pas vocation à être réformée : si les membres de l'organisation paramédicale s'opposent à ce qu'on se penche sur l'organisation de leur activité, c'est que le solde est équilibré entre les désagréments qu'elle provoque et les gains qu'ils en retirent.

Les tâches non programmables accomplies par les agents d'un service hospitalier sont peu nombreuses. Contrairement à ce qu'ils affirment, la plupart d'entre eux ont des activités sur lesquelles ils exercent un contrôle quant au moment de leur accomplissement (Holcman, 2002).

De même, interrogées sur la conduite à tenir face à une demande complémentaire de personnel par un service de soins⁶, la quasi-totalité des personnes enquêtés lors de la seconde étude (Holcman, 2006) déclare privilégier une réflexion préalable quant aux motifs réels de cette demande à une réponse mécaniquement positive à cette dernière. Or, encore une fois, le discours professionnel émanant des services de soins est fondé sur un manque criant de personnel censément à l'origine de tous les dysfonctionnements constatés.

5. « 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? »

6. « 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? »

 DEUX ÉTUDES DE CAS

La première étude a été conduite à l'hôpital Saint-Antoine à Paris. 51 agents ont été rencontrés représentant l'ensemble des fonctions communément représentées dans un service hospitalier. À partir d'un entretien semi-dirigé d'une heure, fondé sur un questionnaire commun, les tâches des agents sont regroupées et comparées aux compétences de base définissant les fiches métiers les plus proches établies par l'ANPE dans son *Répertoire opérationnel des métiers et des emplois* (ROME). Les résultats ont été publiés en 2002 (Holcman, 2002).

La seconde étude a été menée auprès de 53 personnes tenant des fonctions pouvant à la fois s'exercer dans l'organisation dirigeante et dans l'organisation soignante*. Ces personnes ont été rencontrées dans 12 établissements : 9 établissements publics, dont 7 CHU, un CHR et 1 CH**, et 3 établissements privés – 2 à but non lucratif et participant au service hospitalier, le dernier à but commercial. Elles ont toutes rempli un questionnaire articulé autour de thèmes diviseurs dans les établissements de santé : recrutement, organisation du travail, investissement, légitimité, etc.

* Chef d'établissement ; chef de service de soins ; médecins exerçant en service de soins ; médecin responsable du département d'information médicale (DIM) ; infirmier diplômé d'État exerçant ou n'exerçant pas en service de soins ; secrétaire médicale exerçant ou n'exerçant pas en service de soins ; directeur adjoint d'hôpital en charge d'une direction fonctionnelle et/ou référent d'un ou de plusieurs pôles d'activité.

** Respectivement : centre hospitalo-universitaire, centre hospitalier régional, centre hospitalier.

Ces deux observations infirment l'image souvent avancée de services de soins totalement surdéterminés par l'urgence et affectés de graves pénuries de personnels. Elles révèlent davantage une organisation satisfaisant peu ou prou ses acteurs et qu'il convient de préserver.

CONCLUSION

Lawrence et Lorsch (1967) ont montré que le dilemme des organisations s'articulait autour de deux tendances contradictoires : la différenciation et l'intégration. Nous avons cherché à démontrer que les tensions internes dans une organisation pouvaient conduire à ce qu'une partie des agents suscite – volontairement ou involontairement – des modalités d'organisation de leur acti-

vité destinées au premier chef à préserver leur autonomie. En d'autres termes, c'est moins la nature de l'organisation-structure et/ou de l'organisation-processus qui est déterminante que les rapports de pouvoir au sein de l'organisation et la création de zones d'incertitude qu'elle entraîne.

L'autre élément fondamental est la logique privilégiée par l'agent – logique de la profession ou bien logique de l'institution. Identifier cette césure dans les logiques d'appartenance professionnelle permet d'anticiper sur les positionnements vis-à-vis d'enjeux stratégiques pour l'organisation. Il en va dans les communautés de travail de même que 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, le manager

doit connaître l'état de « l'opinion publique professionnelle » de la structure qu'il dirige et qu'il doit entraîner – sauf à encourir un état de « dysorganisation ».

La prégnance de cette question s'accroît à mesure qu'augmente la taille de l'entreprise. Blau (1974) a montré le lien existant entre taille de l'entreprise et degré de diffé-

renciation. Plus la dimension de l'organisation s'accroît, plus l'éventail de ses responsabilités s'ouvre et la différenciation se fait sentir; 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.

BIBLIOGRAPHIE

- Anderson T. R., Warkov S., "Organizational Size and Functional Complexity: a Study of Administration in Hospitals", *American Sociological Review*, vol. 26, n° 1, février 1961, p. 23-28.
- Argyris C., *Diagnosing Human Relations in Organizations: a Case Study of a Hospital*, Yale University Labor and Management Center, New Haven, 1956.
- Blau P.M., Scott W. R., *Formal Organizations*, Chandler Publishing, San Francisco, 1962.
- Blau P. M., *On the Nature of Organizations*, John Wiley & Sons, New York, 1974.
- Burling T., Lentz E. M., Wilson R. N., *The Give and Take in Hospitals: a Study of Human organization in Hospitals*, G. P. Putnam's Sons, New York, 1956.
- Clément J. M., « L'hôpital: une organisation dysfonctionnelle », *Les Cahiers hospitaliers*, n° 69, mai 1992, p. 5-8.
- Contandriopoulos A. P., Souteyrand Y. (coord.), *L'hôpital stratège: dynamiques locales et offre de soins*, John Libbey Eurotext, Montrouge, 1996.
- Coster M. (de), *Sociologie du travail et gestion du personnel*, Éditions Labor, Bruxelles, 1999.
- Crozier M., Friedberg E., « Le pouvoir comme fondement de l'action organisée », *L'analyse des organisations. Une anthologie sociologique*, Chanlat J. F., Seguin F. (Éd.), Gaëtan Morin, Boucherville, 1987, p. 377-396.
- Crozier M., Friedberg E., *L'acteur et le système*, Éditions du Seuil, Paris, 1977.
- Cyert R. M., March J. G., *A Behavioral Theory of the Firm*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1963.
- Dahl R. A., "The Concept of Power", *Behavioral Sciences*, n° 2, juillet 1957, p. 201-215.
- Dickson W. J., Roethlisberger F. J., Wright H. A., *Management and the worker*, Harvard University Press, Cambridge, 1947.
- Dubar C., *La socialisation: construction des identités sociales et professionnelles*, Armand Colin, Paris, 2002.
- Engel F., Moisson J. C., Tonneau D., « Contrainte affichée ou contrainte réelle? Analyse de la régulation du système hospitalier », *Sciences sociales et santé*, vol. 8, n° 2, 1990, p. 11-32.

- Etzioni A., *Complex Organizations*, Holt, Rinehart and Winston, New York, 1961.
- Etzioni A. (Ed.), *The Semi-Professions and Their Organization: Teachers, Nurses, Social workers*, The Free Press of Glencoe, New York, 1969.
- Evans R. G., *Strained Mercy: The Economics of Canadian Health Care*, Butterworth & Co, Toronto, 1984.
- Franfort I., Osty F., Sainsaulieu R., Uhalde M., *Les mondes sociaux de l'entreprise*, Desclée de Brouwer, Paris, 1995.
- Friedberg E., « L'analyse sociologique des organisations », *Pour*, n° 28, 1988.
- Goss M. E., "Patterns of Bureaucracy Among Hospital Staff Physicians", *The Hospital in Modern Society*, Freidson E. (Ed.), The Free Press of Glencoe, New York, 1963, p. 170-194.
- Haas J. E., Hall R. H., Johnson N. J., "Toward an Empirically Derived Taxonomy of Organizations", *Studies on Behavior in Organizations*, Bowers R. V. (Ed.), University of Georgia Press, Athens, 1966, p. 157-180.
- Hall R. H., *Organizations. Structure and Process*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1972.
- Hart J., Muchielli A., *Soigner l'hôpital. Diagnostics de crise et traitements de chocs*, Lamarre, Vélizy, 1994, p. 87-109.
- Henderson L. F., "Physician and Patient as a Social System", *New England Journal of Medicine*, vol. 18, n° 212, mai 1935, p. 819-823.
- Holcman R., « 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 2002, p. 785-794.
- Holcman R., *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 en sciences de gestion, Conservatoire national des arts et métiers, Paris, 2006.
- Katz D., Kahn R. L., *The Social Psychology of Organizations*, John Wiley & Sons, New York, 1966.
- Kervasdoué J. (de), *La santé intouchable: enquête sur une crise et ses remèdes*, Éditions Jean-Claude Lattès, Paris, 1996.
- Lawrence P., Lorsch J., *Organization and Environment*, Harvard Business School Press, Boston, 1967.
- Lemoine C., « Motivation, satisfaction et implication au travail », *Les dimensions humaines du travail. Théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations*, E. Brangier, A. Lancry, C. Louche (dir.), Presses universitaires de Nancy, Nancy, 2004, p. 389-414.
- Lentz E. M., "Hospital Administration", *Administrative Science Quarterly*, vol. 1, n° 4, mars 1957, p. 444-463.
- Mélinand G., *Sociologie de l'hôpital*, Héral Éditions, Paris, 1974.
- Merton R. K., *Social Theory and Social Structure*, The Free Press of Glencoe, New York, 1957.

- Mintzberg H., *Le management. Voyage au centre des organisations*, Éditions d'Organisation, Paris, 2004.
- Owen J.K. (Ed.), *Modern Concepts of Hospital Administration*, Saunders, Philadelphie, 1962.
- Parsons T., *Structure and Process in Modern Society*, The Free Press of Glencoe, New York 1960.
- Pauly M. V., *Doctors an their Workshops : Economic Models of Physician Behaviors*, The University of Chicago Press, Chicago, 1980.
- Pauly M. V., Redisch M., "The Not For-profit Hospital as a Physicians' Cooperative", *American Economic Review*, n° 63, 1973, p. 87-100.
- Perrow C., "Goals and Power Structure – A History Case Study", *The Hospital in Modern Society*, Freidson E. (Ed.), The Free Press of Glencoe, New York, 1963, p. 112-146.
- Perrow C., "Hospitals: Technology, Structure, and Goals", *Handbook of Organizations*, March J. G. (Ed.), Rand M^c Nally & Company, Chicago, 1965, p. 910-971.
- Pugh D. S., Hickson D. J., Hinings C. R., « Une taxonomie empirique des structures d'organisations du travail », *L'analyse des organisations. Une anthologie sociologique*, Chanlat J. F., Seguin F. (Éd.), Gaëtan Morin, Boucherville, 1987, p. 193-211.
- Selznick P., *TVA and the Grass Roots*, University of California Press, Berkeley, 1980.
- Smith H. L., "Two Lines of Authority: the Hospital Dilemma", *Patients, Physicians and Illness*, Gartly Jaco E. (Ed.), The Free Press of Glencoe, New York, 1958. Reproduit en français dans C. Herzlich (textes présentés et commentés par), *Médecine, maladie et société*, École pratique des Hautes études-Mouton, Paris, 1970, p. 259-262.
- Solon J., Sheps C.G., Lee S. S., Jurkowitz M., "Staff Perceptions of Patients' Use of a Hospital Outpatient Department", *Journal of Medical Education*, vol. 33, n° 1, 1958, p. 10-21.
- Stuedler F., « Hôpital, profession médicale et politique hospitalière », *Revue française de sociologie*, XIV, numéro spécial « Sociologie de la médecine », 1973, p. 13-40.
- Strauss A., *La trame de la négociation*, L'Harmattan, Paris, 1992.
- Thévenet M., « L'implication au travail », *Les organisations. État des savoirs*, Cabin P., (Coord.), Sciences humaines Éditions, Rantheaume, 1999, p. 225-230.
- Touraine A., *L'évolution du travail ouvrier aux usines Renault*, CNRS, Paris, 1955.
- Wilenski J. H. L., "The Dynamics of Professionalism: The Case of Hospital Administration", *Hospital Administration*, vol. 7, n° 2, 1962, p. 6-24.