

## Crises et tensions au sein de l'hôpital public : changer la donne ou donner le change ?

Marc Brémond, Stephen S. Mick, Dominique Robert, Christophe Pascal, Jean-Pierre Claveranne

Le monde hospitalier public est aujourd'hui, en France, entré dans une zone de grande turbulence. Cette mise en tension des établissements de santé publics se nourrit en grande partie des pressions réglementaires les engageant à accroître leur performance dans des registres d'expressions variées mais également des difficultés à pouvoir mobiliser de véritables leviers pour réagir de façon adaptée et dynamique. Cet article explore les différentes tensions qui traversent l'hôpital en tentant de les éclairer dans leurs dimensions paradoxales pour baliser quelques pistes de réflexion sur ce que pourrait être un collectif entreprenant dans un univers régulé administrativement. Ce travail d'analyse des conditions d'une mise en mouvement de l'hôpital public débouche sur l'idée d'un rééquilibrage des champs de forces entre ces trois domaines que sont la régulation administrée, la gestion des établissements et le développement professionnel.

Le monde hospitalier public est aujourd'hui, en France, entré dans une zone de grande turbulence aux causes bien identifiées : des réformes administratives menées à grande échelle visant à transformer l'hôpital en « entreprise » évaluée et financée sur sa « performance » ; une demande sociale de consommation de soins de plus en plus élaborée, s'inscrivant souvent dans la chronicité, appelant des réponses dans des registres de savoir-faire organisationnel et professionnel de plus en plus étendus ; une montée en puissance d'un pouvoir des usagers formellement organisé pour interpellier les établissements et leurs professionnels sur leur fonctionnement ; une compétition/

coordination avec le monde libéral et de la « ville » de plus en plus tendue autour de la construction de trajectoires de soins et des évolutions « manufacturières » de la médecine payée à l'acte et à l'activité, une insuffisance chronique de fonds propres et une politique d'investissement insuffisamment ciblée.

Mais cette mise en tension, aux origines multiples, des établissements de santé publics se nourrirait également d'un sentiment d'être pris au piège de ces turbulences sans pouvoir mobiliser de véritables leviers pour réactualiser les lignes de force d'un ajustement dynamique dans un environnement complexe. Entre la difficulté de conduire des changements organisationnels internes, et notamment dans la refonte des organisations du travail compte tenu de l'inertie de son statut public, la complexité de modéliser le pilotage des activités des professionnels de santé compte tenu des limites cognitives qu'impose l'extrême variété des mécanismes de coordination et d'ajustement mutuels autour de la prise en charge des malades, la coexistence et l'étendue de multiples missions et objectifs qui s'imposent à lui compte tenu d'une certaine fragilité de réponses offertes par ailleurs dans le système de soins, l'hôpital public serait dans l'impossibilité de réagir de façon adaptée pour aborder le travail de remise en perspective de son rôle et de ses fonctionnements dans son nouvel environnement.

Pour certains, l'injonction au changement dans la conduite des établissements publics de santé serait revêtue d'habits paradoxaux dont le plus sémi-lant exemple serait la coexistence du renforcement de la ligne hiérarchique administrative, s'étendant de la DGOS jusqu'aux chefs de pôles via les ARS et les directions générales d'établissement, et d'une « contractualisation » négociée transitivement entre le chef de pôle, le chef de l'entreprise hôpital et le chef de l'ARS.

Nationalisation et privatisation<sup>1</sup> seraient ainsi réconciliées dans un bouclage rhétorique digne des meilleures injonctions paradoxales.

Les élites technocratiques, à vouloir façonner à tout prix des modèles et instruments au service d'un culte de la performance dans les établissements de santé publics, auraient ainsi progressivement favorisé l'installation, en les couplant à des modèles de régulation singulièrement centralisateurs, d'un flottement généralisé dans l'interprétation de ce que pourrait être l'identité de l'hôpital.

« La réforme de l'hôpital n'est jamais qu'une illustration parmi d'autres des transformations plus fondamentales du politique. Des élites, délaissant de plus en plus les valeurs du public au profit (dans tous les sens du terme) du privé, avides d'indicateurs de gestion prétendument objectifs, sûres de la

1. A. Masquelet, « L'hôpital public victime des injonctions paradoxales », *La Revue du praticien*, 61, 10, 1340-1342, 2011.

2. F. Pierru, « Hospital Inc. », *Enfances & Psy*, 2, 99-105, 2009.

3. W.K. Smith, M.W. Lewis, « Toward a theory of paradox: a dynamic equilibrium model of organizing », *Academy of Management Review*, 36, 2, 381-403, 2011.

4. H. Mintzberg, *Le Management : voyage au centre des organisations*, Les Éditions d'Organisation, 1990.

5. N. Giroux, « La gestion discursive des paradoxes de l'identité », Actes de la 10<sup>e</sup> Conférence de l'Association internationale de management stratégique (AIMS), 2001, pp. 13-15.

6. J. Palmade, « Le management post-moderne ou la technocratisation des sciences de l'homme », in : J. Salvador (dir.), *Organisation et management en question(s)*, L'Harmattan, 1987, pp. 103-127.

7. R.E. Quinn, J. Rohrbaugh, « A spatial model of effectiveness criteria: towards a competing values approach to organizational analysis », *Management Science*, 29, 3, 363-377, 1983.

8. K.S. Cameron, R.E. Quinn (Eds.), « Organizational paradox and transformation », in : *Paradox and Transformation: Toward a Theory of Change in Organization and Management*, Ballinger/Harper & Row, 1988, pp. 1-18.

9. W.K. Smith,

supériorité de leurs recettes et jargon passe-partout, coupées de la réalité de l'expérience vécue des citoyens ordinaires, profondément méfiantes à l'égard de toute forme de contre-pouvoirs (professionnels, syndicaux), sont confrontées à la défiance et à l'incompréhension croissantes de celles et ceux qui, dans leur activité quotidienne, doivent mettre en œuvre des injonctions de plus en plus nombreuses et paradoxales<sup>2</sup>. »

Depuis une trentaine d'années, l'analyse des tensions et exigences contradictoires qui traversent les organisations et les acteurs qui les font vivre a nourri une littérature importante<sup>3, 4</sup>, notamment au travers d'une perspective visant d'une part à situer leur rôle dans la construction dynamique de l'identité organisationnelle mais également et d'autre part à tenter d'éclairer leurs versants paradoxaux pour en comprendre les aspects stimulants comme inhibants<sup>5</sup>.

Cette littérature présente ces tensions, lorsqu'elles revêtent un caractère d'injonction vécue comme paradoxale, comme de redoutables facteurs de dysfonctionnements et de troubles psychologiques entraînant des attitudes individuelles d'évitement, de repli, de déni<sup>6</sup>, mais elle met également en lumière la dynamique créative et adaptative qui peut en découler lorsque leur dimension paradoxale semble pouvoir relever d'un traitement managérial éclairé<sup>7</sup>. Certaines recherches<sup>8</sup> montrent en effet que l'existence de tensions contradictoires dans les organisations, sous réserve de certaines conditions, peut servir de moteur puissant pour induire des changements et des constructions identitaires adaptées aux nécessités d'un environnement en perpétuelle évolution<sup>9</sup>.

L'objet de cet article est d'explorer les tensions et contradictions qui semblent nourrir une crise identitaire du monde hospitalier, de comprendre le caractère plus ou moins éclairant pour l'action d'une lecture de leur consistance paradoxale, et de tenter de situer les marges de manœuvre managériales visant à structurer une attitude adaptée à leur métabolisation en capacité créative et adaptative au sein d'un espace de gestion qui pourrait être renouvelé.

En effet, aujourd'hui, de façon institutionnelle, l'espace de gestion dans lequel les équipes dirigeantes d'établissements publics de santé doivent exprimer leur compétence semble se résumer à une déclinaison formelle de textes réglementaires modulant certaines marges de manœuvre dans un environnement simultanément administré et concurrentiel et dans un contexte encore marqué par le pouvoir de la médecine<sup>10</sup>.

La mise en débat de l'équilibre à tenir entre ces trois champs (l'espace de régulation administrée, l'espace de gestion et l'espace du développement

M.W. Lewis,  
« Toward a theory  
of paradox... », art.  
cité.

10. M. Bremond,  
« Les syndicats de  
médecins contre  
l'organisation de la  
protection sociale,  
tout contre », *Pou-  
voirs*, n° 89, 1999,  
pp. 119-134.

professionnel) semble essentielle pour définir ce que sont les marges de manœuvre au sein du système. Sans une ouverture sur cette question des équilibres à tenir entre les trois espaces, sans une vision de ce que peuvent être les rôles des trois acteurs que sont l'administration tutélaire, les directeurs d'établissements publics et les professionnels responsables d'équipe, il ne semble plus possible de penser quelque chose qui s'apparenterait à de la gestion au sein des établissements publics.

## COMPRENDRE LES TENSIONS PARADOXALES TRAVERSANT L'HÔPITAL

*Un monde qui oscille entre entreprise et institution*

L'hôpital public d'aujourd'hui n'est pas, dans ce qui le fonde, une entreprise, il est une institution et à ce titre s'inscrit comme une des composantes majeures de la vie en société<sup>11</sup>. Son rôle institué jusqu'à présent était de rendre accessible au plus grand nombre les progrès de la médecine sans avoir à rendre compte de façon comptable à la société de cette dynamique de progrès. Cette mutation d'un hôpital lieu d'asile et d'assistance vers un hôpital centré sur la dynamique de production de savoirs et de secours accessibles au plus grand nombre ne s'est pas faite en un jour. Il suffit de mesurer ce qui sépare les propos de Du Laurens en 1787 des initiatives réformatrices du professeur Robert Debré pour se convaincre que le chemin qui mène d'une construction identitaire à une autre peut prendre du temps : « Oui riches bienfaisants, hommes généreux, ce malade que l'on couche dans le lit que vous lui avez fondé éprouve à présent la maladie dont vous ne tarderez pas à être attaqué vous-mêmes ; il guérira ou périra ; mais dans l'un et l'autre cas, son sort peut éclairer votre médecin et vous sauver la vie<sup>12</sup>. »

Il s'agissait à l'époque de la Révolution de bâtir une forme de troc social entre les pauvres malades accueillis à l'hôpital, dépôt de mendicité et lieu d'assistance, qui donneraient à voir leur maladie, et les riches bienfaisants investissant dans un espace d'observation clinique adapté à la production de savoir. Un siècle et demi plus tard, avant la réforme Debré<sup>13</sup> créant le plein-temps hospitalier, les professeurs de médecine se distribuaient équitablement entre leur activité hospitalière et leur activité privée en ville, incarnant ainsi dans leur exercice quotidien les deux facettes de ce troc social, marchand en ville et pédagogue passionnel à l'hôpital.

Ce rôle institué d'une médecine de progrès accessible à tous et réinventant ses méthodes d'investigation est aujourd'hui remis en question au travers des modèles visant à consolider des formes de concurrence inspirées du monde marchand. En tentant de construire l'hôpital comme une entreprise, les pou-

11. S.S. Mick, « Un Américain à Clamecy : la fermeture des petits hôpitaux en France », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 36, 2, 105-140, 1996.

12. Du Laurens, *Moyens de rendre les hôpitaux utiles, 1787*, cité par M. Foucault in : *Naissance de la clinique* [1963], PUF, 2009, p. 63.

13. R. Debré, *L'Honneur de vivre*, Stock Hermann, 1974.

voirs publics n'ont pas mesuré à quel point ils déstabilisaient ce socle identitaire construit autour du seul résultat médical. Si le thème de la convergence tarifaire entre établissements publics et privés commerciaux a été, ces dernières années, la bannière la plus emblématique de la Fédération des hôpitaux privés, c'est qu'il a permis aux cliniques privées à vocation commerciale, et donc par nature « entreprises », d'entrevoir là une confirmation potentielle d'une évolution manufacturière de la médecine payée à l'acte et à l'activité comme étant le modèle de production de soins reconnu et institué à l'avenir<sup>14</sup>.

La crise dont l'hôpital souffre aujourd'hui est la crise d'une identité qui trouvait ses fondements dans une construction historique forte et socialement bétonnée : la naissance de la clinique avec son cortège de découvertes étiologiques, d'innovations diagnostiques et thérapeutiques, de résultats mesurables visant les secours aux personnes ; mais cette crise était déjà présente en germe aux yeux des analystes de l'hôpital public il y a plus de vingt ans : « Les méthodes de management moderne qui visent à donner une consistance d'organisation aux hôpitaux poussent à n'aborder que le problème des coûts sans aborder le problème des finalités puisqu'on ne sait pas comment aborder ces finalités... Les promoteurs de l'hôpital organisation ne seraient-ils pas des agents secrets de la destruction à terme de l'hôpital public ?<sup>15</sup> »

On ne parlait pas encore d'hôpital entreprise mais tout simplement d'hôpital organisation... comme si le mot d'organisation suffisait à l'époque à traduire cette évolution vers des repères désorganisateur d'une identité institutionnelle affirmée.

### *Intégration et différenciation*

Dans le champ de la conduite des établissements de santé, de nombreuses tensions sont à l'œuvre et ce indépendamment des contextes spécifiques<sup>16</sup> qui façonnent les modes de régulation dans chaque pays. Il s'agit là de tensions classiques liées au développement des savoirs professionnels couplés aux préoccupations organisationnelles et managériales.

Ce sont en premier lieu des forces centripètes qui imposent la construction de processus intégrateurs et qui s'opposent à des forces centrifuges qu'entraîne la différenciation des savoirs et des compétences : les premières sont liées à la nécessité de coordonner les activités de multiples acteurs impliqués dans la prise en charge des patients (les meilleurs soins sont ceux qui ont bien intégré tous les niveaux d'expertise dans une continuité interdisciplinaire contribuant ainsi à assurer la qualité et la sécurité des patients), les secondes poussent l'organisation vers le cloisonnement des structures, des compétences et des tâches parce que le développement des connaissances et des

14. V. les propos de Lamine Gharbi, président de la FHP-MCO, regroupant 587 établissements privés en France qui participent aux missions de service public, in : « La FHP-MCO dénonce une campagne tarifaire inique, inefficace et irresponsable », www.fhpmco.fr, 29 février 2012.

15. J.G. Padioleau, communication orale au colloque « Argent et santé publique », décembre 1989.

16. S.M. Shortell, J.A. Alexander, P.P. Budetti et al., « Physician-system alignment: introductory overview », *Medical Care*, 39, 7, 11-18, 2001.

habiletés professionnelles impose une dynamique différenciatrice consubstantielle au progrès de la médecine.

*Standardisation et flexibilité*

En deuxième lieu, ce sont les tensions entre règles et procédures formelles d'une part et flexibilité des réponses que sous-tend l'exercice professionnel d'autre part. Les premières privilégient la prévisibilité du comportement (aspect essentiel dans la conduite quotidienne d'un service de soins) tandis que les secondes privilégient le besoin d'adaptation face à l'imprévisibilité dans le décours d'une prise en charge (aspect aussi essentiel à cause du caractère aléatoire de l'évolution d'une maladie). La vie quotidienne dans un service de soins s'adosse sur de nombreuses routines et sous-routines, la plupart d'entre elles étant vécues comme allant de soi. Leur rôle est d'installer dans les activités quotidiennes des régularités sécurisantes et nécessaires pour compenser les facteurs d'incertitude et par là même protéger les identités au travail. C'est précisément dans cette confrontation/négociation entre routine sécurisante et flexibilité adaptative que réside l'essentiel du travail d'organisation au quotidien dans les services de soins. Cet équilibre tenu entre « bureaucratiation du travail » et « flexibilité professionnelle » a été décrit comme devant être regardé comme le cœur du processus de gestion des soins et de ce que certains appellent la « gouvernance clinique »<sup>17-19</sup>. Mais dès lors que l'on tente de trop monter en puissance ces routines en les structurant et en leur conférant un caractère ritualisé afin d'assurer une certaine prévisibilité dans l'organisation du travail, les conditions d'acculturation et de socialisation des professionnels qui en découlent conduisent à créer un déséquilibre évident au profit d'une attitude bureaucratique. C'est donc dans une conscience aiguë au quotidien de cette oscillation entre monde bureaucratique et monde professionnel que se joue la qualité du management de proximité des équipes et que des réponses flexibles coordonnées et lisibles pour tous les acteurs peuvent émerger. Les structures de nature hiérarchique et bureaucratique, qui sont en train de naître à l'hôpital public pour répondre aux obligations de conformité vis-à-vis des canons de performance institués, laissent assez perplexes ceux qui sont attentifs à créer les conditions d'une bonne gouvernance clinique et tendent à enfermer ceux qui ne disposent pas de ce cadre d'analyse émancipateur dans des attitudes de repli conformiste.

*Hiérarchie et transversalité*

En troisième lieu existe une tension entre la nécessité de faire advenir une structure hiérarchique verticale et un système d'ajustement qu'on pourrait

17. H. de Chergé, *Servir et gérer dans le domaine socio-sanitaire : comment les professionnels de la prise en charge apprennent-ils à rendre des comptes ?*, thèse, École polytechnique, 14 février 1992.

18. J.-C. Moisson, « Gouvernance clinique et organisation des processus de soins : un chaînon manquant ? », *Pratiques et organisation des soins*, 39, 3, 175-181, 2008.

19. A.L. Strauss, S. Fagerhaugh, B. Sucek et al., *Social Organization of Medical Work*, Transaction Publishers, 1997.

qualifier de transversal. La première permet des liens clairs et limpides soulignant le principe d'une responsabilité dans la supervision du travail (la sécurité des malades exige une visibilité dans la responsabilité de l'organisation du travail). Le second permet des décisions dans le cadre d'une coopération transdisciplinaire, favorisant par là même le développement de savoirs partagés et collectivement validés (la connaissance médicale est toujours en train de s'élargir et de s'approfondir). Cette construction verticale d'un système d'autorité se heurte d'une façon générale dans les organisations de soins à ce qu'on nomme l'indépendance professionnelle des médecins, qui fragilise l'idée d'une subordination du médecin à une quelconque hiérarchie dans l'exercice de son art. Un avis récent du Conseil d'État rappelle cette obligation : « Les pouvoirs des directeurs d'établissements et des chefs de service à l'égard des praticiens hospitaliers placés sous leur autorité ne peuvent s'exercer que dans le respect du principe de l'indépendance professionnelle des médecins, rappelé à l'article R. 4127-5 du code de la santé publique<sup>20</sup>. »

20. Conseil d'État, lecture du 2 octobre 2009.

On comprend dès lors l'importance dans un tel contexte, pour tout responsable médical à l'hôpital, de mettre en œuvre une forme d'autorité construite sur l'animation d'une réflexion collégiale et négociée entre pairs autour des référentiels professionnels partageables et des formes d'organisation du travail qui en permettent la mise en œuvre. Mais cette autorité ne peut descendre jusqu'au cœur de ce qui constitue l'essentiel du travail d'organisation, à savoir l'élaboration d'une trajectoire de soins qui suppose des négociations et des ajustements permanents entre professionnels. Ces ajustements négociés sont au cœur de la « performance » collective des soignants et il paraît compréhensible que des tentatives visant à transfigurer des mécanismes standardisés de coordination en forme de pouvoir de contrôle passent à côté de la vraie vie.

#### *Segmentation et polyvalence des rôles*

En quatrième lieu se confrontent la logique de segmentation des rôles et la logique de polyvalence des rôles. La première permet l'évaluation de la responsabilité et de la performance (chacun doit être évalué selon des critères explicitement adaptés à son travail et à son domaine). La seconde favorise la souplesse professionnelle (les besoins des malades exigent souvent qu'une personne fasse des tâches qui s'imbriquent).

#### *Long terme et court terme*

En cinquième lieu, se confrontent la nécessité d'accroître la performance immédiate liée aux instruments de financement et d'évaluation administrés

et la conception de projet d'organisation innovante sur le long terme, et notamment la construction de filières et/ou réseaux permettant d'asseoir progressivement des mécanismes coordonnés de soins entre des acteurs aussi différents que des libéraux et des hospitaliers, ou que des structures de court et de moyen séjour, du sanitaire et du médico-social, etc. Par exemple, les transformations attendues, par les pouvoirs publics, de la mise en place des réseaux ville-hôpital se situent plutôt sur le terrain économique et à court terme, alors que les acteurs sur le terrain situaient plutôt leur rôle dans une perspective d'évolution sociologique des rapports entre professionnels de la ville et de l'hôpital.

Ces cinq dimensions d'analyse des tensions – intégration/différenciation, standardisation/flexibilité, hiérarchie/transversalité, spécialisation/polyvalence, court terme/long terme – qui traversent l'hôpital traversent également toutes les formes d'organisation, et notamment les entreprises marchandes. Mais elles revêtent un caractère moins saillant que dans les établissements de santé parce que les fonctionnements y sont malgré tout dictés par une logique de production de biens et services coordonnés par un système d'autorité et de mandatement subordonné aux résultats à livrer à des parties prenantes. L'artefact que constitue l'entreprise est nécessairement construit autour des savoirs et des relations qui s'entrelacent pour constituer le patrimoine collectif. Le traitement de ces tensions fait donc, dans des temporalités et des niveaux variables, l'objet de négociation/confrontation au sein de l'entreprise. Mais *in fine* la dynamique du collectif visant à les dépasser dépend de ce que le système de pilotage animé par les dirigeants crée comme conditions pour favoriser le désir/besoin d'en sortir, faciliter l'émergence de nouveaux arrangements organisationnels pour élargir les cadres de référence, repenser l'agencement de ressources stratégiques pour enrichir et apaiser les conflits de sens, etc. Ce qui naturellement suppose l'existence d'un collectif qualifié d'organisation apprenante, des marges de manœuvre managériale pour structurer des conditions d'appropriation et de domestication des tensions, de l'autorité pour assumer les orientations et les choix visant l'atteinte d'objectifs fixés par les parties prenantes.

#### **LIRE LES TENSIONS ET LES PARADOXES POUR POUVOIR LES DÉPASSER : LES ENJEUX DE LA GESTION**

Les questions qu'on se pose dès lors sont celles de la transposition à l'hôpital de la notion de collectif organisé, d'organisation apprenante, de marges de manœuvre managériale, d'autorité, etc. Autrement dit, peut-on « gérer » les tensions de l'institution hôpital ?



En transformant l'environnement réglementaire qui encadre l'activité hospitalière pour susciter des changements profonds de repères culturels au sein des hôpitaux, le législateur a bouleversé les équilibres fragiles des ajustements au sein de la communauté professionnelle qui lui permettaient, jusqu'à présent, de se vivre comme un groupe social protégé ou comme un collectif latent. Une communauté médicale hospitalière pouvait vivre encore récemment les tensions évoquées plus haut sans trop de difficultés parce que les marges de manœuvre étaient suffisamment larges pour s'ajuster de façon souple sans avoir à se poser la question de l'existence même d'un agir collectif. Une simple coexistence suffisait. La mise sous pression oblige aujourd'hui dirigeants d'établissements et professionnels à se regarder comme devant s'inscrire progressivement dans un collectif organisé préoccupé de se structurer à l'aune de critères d'évaluation externes de plus en plus prégnants. Et c'est bien de l'absence d'échappatoire possible face à ces nouvelles contraintes dont il est question lorsqu'est évoquée la nature paradoxale des injonctions qui pèsent sur l'hôpital.

#### *Les résistances à la construction d'un collectif*

Ce n'est peut-être pas l'analogie de l'entreprise qui résonne comme une injonction paradoxale aux oreilles des professionnels de santé, mais plutôt l'idée d'avoir à se construire comme un collectif organisé et entreprenant au sein de l'hôpital en vue d'un projet et d'un nouvel agencement organisationnel construisant son avenir. Les médecins se sont en effet montrés depuis toujours des promoteurs avisés dans le développement de leurs disciplines, dans le rayonnement de leurs services, dans la construction d'alliances fécondes avec l'industrie, et ils ne sont pas opposés à l'idée d'entreprendre pourvu que cela ne soit pas trop risqué et serve les intérêts du développement de la spécialité dont ils sont porteurs et, au sein de la spécialité, des segments dont ils se sont emparés. Regarder les tensions qui traversent l'hôpital comme un problème de gestion, comme une question de choix entre des structures, des modes de coordination, des formes d'organisation ne leur est pas familier parce que tout compte fait ils habitaient jusqu'à présent un territoire sur lequel ils disposaient d'un permis d'organiser à l'aune de leurs propres référentiels spécialisés. Une des raisons qui mettent en tension l'hôpital serait donc plutôt aujourd'hui la nécessité de faire coexister des logiques de spécialisation s'inscrivant dans des cultures d'organisation assez différentes tout en tentant de mettre en scène les conditions formelles d'une coexistence possible au sein d'une organisation unique : l'hôpital entreprise.

*Des directeurs pris dans les rets des paradoxes d'une régulation administrée et concurrentielle*

L'hôpital est également une institution s'inscrivant dans un ensemble de dispositifs réglementaires cadrant les autorisations d'activité et leur inscription dans un schéma d'organisation de l'offre de soins, les mécanismes au travers desquels il doit se financer et rendre compte de sa performance, et les conditions de sa structuration et de son organisation interne conforme aux référentiels édictés. Pour animer la déclinaison de ces dispositifs au sein de l'hôpital et l'adapter ainsi au contexte externe réglementé, les directeurs généraux des établissements agissent en tant que dirigeants d'une organisation dont ils ne pensent avant tout le management qu'au travers des textes réglementaires. Les rares marges de manœuvre dont ils disposent pour conduire leurs établissements reposent sur leur capacité à appuyer la construction d'une communauté médicale pouvant s'inscrire dans une perspective collective, à soutenir les plus entreprenants parmi les professionnels et à favoriser l'émergence de médecins capables et désireux de s'engager dans des responsabilités managériales. Soumis aux pressions tutélaires pour accroître la performance de l'établissement qu'ils dirigent, ils sont la plupart du temps amenés à commenter auprès de leurs interlocuteurs internes les bienfaits des réformes de gestion qui doivent être mises en place sans possibilité de les aménager à leur guise. Ils n'ont donc de dirigeant que le titre et quelques attributs visant à les rendre incontournables dans certaines situations, comme par exemple la signature des contrats de pôles... Ils ne sont aujourd'hui la plupart du temps que des intermédiaires entre le pouvoir tutélaire et la communauté des professionnels de santé. Jusqu'à un passé récent, les bons directeurs étaient ceux qui accompagnaient et facilitaient l'élaboration par les médecins de projets de développement, sachant que ces projets s'inscrivaient presque toujours dans un relatif conformisme<sup>21</sup> et visaient principalement à la consolidation de leur spécialité ou de leur périmètre d'intervention. Aujourd'hui, le directeur est celui par qui la performance s'instille dans le discours médico-managériale destiné aux professionnels de santé, et par conséquent celui par qui les injonctions paradoxales parviennent jusqu'aux oreilles professionnelles.

21. A.P. Contandriopoulos, *L'hôpital stratège : dynamiques locales et offre de soins*, John Libbey Eurotext, 1996.

22. C. Barjonet, « Profession : directeur d'hôpital », *Les Échos*, 21 octobre 2010.

Le Pr Alain Destée, président de la CME du CHU de Lille et de la Conférence nationale des présidents de CME, interrogé par le journal *Les Échos* en 2010 sur ce que pouvait apporter la nouvelle gouvernance aux hôpitaux, tenait les propos suivants : « Une ligne de force essentiellement gestionnaire, les avis et injonctions du gouvernement étant relayés au niveau régional par l'ARS vers le directeur de l'établissement, lequel relaie ensuite au chef de pôle<sup>22</sup>. »

Et c'est au travers d'une communication perçue comme inscrite dans une subordination administrative que parviennent ces discours aux relents paradoxaux faute de pouvoir les travailler sur la forme et sur le fond. Discours où s'entremêlent des préoccupations de santé publique et de soins individualisés, de standardisation et de sur-mesure, de prise en compte de l'intérêt des usagers et du respect de la personne, de respect des protocoles et de flexibilité des réponses, de recommandations de tous ordres et d'incitations à l'initiative.

Les tensions entre logiques différentes sont consubstantielles à l'existence des organisations, elles sont donc naturellement inscrites dans l'existence de toute forme d'agir collectif qui mobilise des hommes, des savoirs et des relations. Elles sont également au cœur de la question de la construction identitaire des organisations parce qu'elles contribuent à réactualiser l'idée même qu'être un ensemble organisé ne va pas de soi face au changement.

Dans le système de santé, et au-delà de ce que dit la littérature managériale classique sur l'usage des tensions dans la conduite des groupes sociaux, les constructions paradoxales semblent prendre leur racine dans le désir du législateur et de l'administration tutélaire de vouloir mettre en forme à tout prix un changement de rationalités inspiré du monde de l'entreprise sans s'être préalablement posé la question des conditions mêmes de leur adaptation dans un monde aux registres d'action aussi étendus et aux modes d'encadrement aussi administrés. Autrement dit, compte tenu du contexte historique qui a façonné les rapports des médecins entre eux dans l'hôpital institution, est-il encore possible de faire advenir des collectifs organisés susceptibles d'interroger de façon critique les modèles de performance proposés et les changements organisationnels qu'ils supposent et de s'en saisir pour les métaboliser en nouvelle dynamique identitaire ?

*Une administration dans l'incapacité d'établir les cadres d'une interaction sociale négociée avec les mondes professionnels*

L'hypocrisie organisationnelle, qui s'est progressivement construite autour de la demande explicite des pouvoirs publics de décliner les mythes rationnels sans ouvrir d'espace pour en travailler les dimensions paradoxales et les contradictions au sein même de l'hôpital, est aujourd'hui clairement présente dans tous les esprits<sup>23</sup>. L'administration tutélaire française n'a, malgré de bonnes intentions réformatrices et légitimes du point de vue de la simple rationalité économique, jamais réellement compris ce que pouvait vouloir dire « gouverner des professionnels de santé réunis sur un même territoire », ni même la subtilité de l'exercice managérial du directeur général

23. N. Brunsson, *The Organisation of Hypocrisy*, John Wiley & Sons Ltd., 1989.

d'un établissement de santé. Tout a été conçu pour que le système d'autorité administrative puisse prendre progressivement le contrôle managérial sur des micro-territoires occupés par de nombreuses tribus professionnelles. Comme si la colonisation par l'administration et son instrumentation de gestion pouvaient réussir à faire émerger des valeurs médico-administratives pour régler les rapports négociés entre ces tribus et faire naître simultanément de nouveaux rapports à la performance conçue comme l'enjeu d'un catéchisme positiviste.

Les mythes rationnels ne peuvent mobiliser les professionnels sur le terrain parce qu'ils ne s'inscrivent pas dans une dynamique de changement des représentations qui pourraient être négociées. À la décharge des pouvoirs publics, en France la profession médicale en tant que corporation ne s'est jamais bien souciée ces quatre dernières décennies de penser le modèle de son développement et les formes d'agir collectif qu'elle aurait pu soutenir pour se mobiliser plus activement sur des thèmes comme l'accessibilité et la continuité des soins et plus largement sur le thème de la coordination/coopération et des conséquences sur la performance médicale, eu égard aux questions soulevées par l'organisation des soins. La réforme Debré de 1958 s'est avérée un instrument parfaitement adapté au développement de la communauté médicale hospitalière et a si bien institué le rôle de l'hôpital public que personne, au sein de cette communauté, ne s'est plus jamais posé la question d'interroger les sources et ressources de légitimation dans un monde en train de changer. C'est très précisément ce mandat qui est remis en question aujourd'hui et ce sont les nouvelles formes de loyauté aux enjeux et objectifs posés par l'administration de la santé qui sont au cœur de la crise existentielle de l'hôpital public.

Mais des leaders du monde médical auraient pu, présentant les transformations à opérer, investir précocement des formes d'arrangement possibles entre régulation administrée, dynamique managériale et dynamique professionnelle sur le terrain. Or, cette élite émergente potentielle a plutôt investi les fonctionnements institutionnels, et notamment la production de référentiels et d'indicateurs, entretenant par là une confusion au sein même de la profession sur les rapports entre normes, bureaucratie et management professionnel. Certes, quelques leaders professionnels en CHU ont su promouvoir sur un territoire des initiatives visant à organiser l'accessibilité aux soins en endossant une vision populationnelle de leur responsabilité professionnelle, mais souvent de façon isolée au sein de leur propre communauté<sup>24</sup>. L'éloignement des élites du terrain des opérations est aussi un constat fait dans d'autres systèmes de santé, comme aux États-Unis par exemple<sup>25</sup>.

24. P. Gain, « ONG : une innovation au service de l'ophtalmologie publique », congrès URHSE 2011.

25. S.M. Shortell, J.A. Alexander, P.P. Budetti *et al.*, « Physician-system alignment... », art. cité.

*Les dilemmes autour de la conduite du changement*

26. N. Giroux, « La gestion discursive des paradoxes de l'identité », art. cité.

Les contradictions qui naissent autour de l'idée de conduite du changement ont comme principe de mettre en tension l'identité de l'organisation en en soulignant trois composantes<sup>26</sup> :

- ne pas changer conduit à l'inadaptation et met en péril la survie du collectif, mais changer conduit à abandonner le caractère stable et sécurisé des acquis et l'ancrage identitaire dans l'histoire,
- ne pas prendre en compte la multiplicité des composantes qui façonnent l'identité collective peut nuire à la réactivité dans un environnement complexe, mais la mise en perspective d'un trop grand nombre de composantes peut diluer cette identité,
- ne pas se distinguer de l'identité des autres collectifs, dans le même secteur d'activité, ne permet pas de dégager des avantages concurrentiels, mais l'adhésion du collectif à des valeurs et des pratiques validées et reconnues dans le champ en question permet de souligner sa contribution à la dynamique de la société.

Aujourd'hui, la plupart des hôpitaux publics confrontés aux injonctions réglementaires ne peuvent soutenir un travail créatif au regard de ces trois composantes parce que leur traitement discursif est rendu impossible du fait même que s'est installée une forme irréversible de contrôle à tous les niveaux du système, liée à sa mise sous tutelle définitive par l'appareil d'État.

*Réconcilier dynamique médicale et dynamique managériale*

Quels sont donc les arrangements qui permettent de faire tenir ensemble dynamique médicale et dynamique managériale ? « La qualité d'un établissement n'a pratiquement aucun rapport avec son statut, son coût, sa taille, son activité, sa discipline. [...] Qu'ont alors en commun ces établissements ? C'est le management, c'est-à-dire la capacité des équipes gestionnaires et médicales à faire vivre ensemble des gens ayant des métiers différents, de telle manière que, de leur confrontation, quand on met de l'énergie, sorte plus de mouvement que de chaleur<sup>27</sup>. »

27. A. Coulomb, in : « Hôpital public : quel avenir ? », Colloque Ifrap 2005.

Jusqu'où peut-on étendre le raisonnement sur les structures d'un vivre ensemble qui permettent plus de mouvement que de chaleur ? Qu'y a-t-il de commun entre des urgentistes confrontés à la pression d'une demande sociale de plus en plus forte vis-à-vis de réponses immédiates et des équipes hautement spécialisées comme celles qui prennent en charge l'activité des greffes dans un environnement à haut risque ou celles qui travaillent en réanimation ? Qu'y a-t-il de commun entre la chirurgie orthopédique réglée et la reconstruction d'une trajectoire de vie par une équipe gériatrique ? Qu'y

a-t-il de commun entre une activité d'accompagnement de patients en nutrition parentérale au long cours et une activité d'enseignement et de compagnonnage destinée à former des médecins généralistes ?

Si la T2A a été aussi fortement contestée dans ses principes, c'est qu'elle impose un modèle de pensée unique sur la performance hospitalière (accroître l'activité et/ou réduire les coûts) largement déconnecté des modèles de performance que les professionnels de santé motivés mobilisent pour parler entre eux de la dynamique collective dans leur environnement disciplinaire. Certes, dès qu'il s'agit d'activité réglée et programmable, le modèle de catégorisation en groupe homogène de séjour (GHS) peut permettre d'induire de véritables réflexions sur l'organisation du travail et son optimisation, mais ce n'est pas le cas de tous les types d'activité. Les établissements de santé privés commerciaux qui se sont mobilisés fortement pour favoriser le déploiement de ce type d'outil de financement ont bien évidemment compris l'avantage concurrentiel qu'ils pouvaient en tirer compte tenu du caractère principalement programmé de leurs activités et du caractère hautement stratégique des choix de certains segments d'activité.

### DES RAISONNEMENTS POUR L'AVENIR

Face à ce constat d'une crise identitaire qui se nourrit de multiples tensions, quelles sont les pistes de raisonnement pour l'avenir ? Elles se distribuent dans différentes directions.

#### *Les découpages structurels*

Les découpages structurels des activités à l'hôpital public ne devraient plus se concevoir seulement comme étant dépendants des segmentations disciplinaires porteuses du développement de la médecine, ni même des découpages analytiques visant à opérer des ajustements cohérents des budgets. Ils doivent être dictés par des règles d'arrangements organisationnels adaptés à des lectures innovantes de la notion de résultat vis-à-vis de la prise en charge de la population et non plus seulement de clientèle calibrée par le seul découpage organique des disciplines.

Dans l'hôpital public aujourd'hui, on pourrait identifier quelques grands archétypes d'arrangements organisationnels différents qui développent leurs activités et construisent leur stratégie d'adaptation selon des modèles et des rythmes très différents. L'hôpital est un complexe immobilier, un lieu de production de connaissances et d'apprentissage, un centre de diagnostic et de contrôle, un atelier de réparation programmée, un centre de recherche et développement, un organisme régulateur de trajectoires médicales com-

plexes. Cette rapide description n'entend pas réduire la typologie des arrangements organisationnels à cette seule présentation, mais elle cherche à ouvrir la question du cadrage des relations contractuelles qui peuvent se déployer autour de la notion de performance dans un paysage au registre d'activités aussi étendu et aux vitesses de réaction aussi contrastées. L'agencement des ressources humaines, symboliques et techniques qui structurent ces différents types d'arrangement ne procède ni des mêmes principes d'organisation, ni des mêmes schémas d'interprétation de la performance attendue. Les questions posées par l'accessibilité, la qualité, la productivité, la continuité, l'innovation autour des soins et de la santé ne sont pas du même ordre selon les différents types, et donc le contrat de performance non plus. Le développement d'une approche tournée vers la santé des populations ne peut plus se concevoir sans de nouvelles formes d'arrangements organisationnels compatibles avec l'usage raisonné de ressources solidairement prélevées.

*La responsabilité professionnelle du management des structures*

La responsabilité professionnelle du management des structures à l'hôpital ne devrait plus s'envisager qu'à l'aune de la capacité à animer de façon collégiale une dynamique professionnelle autour d'un seul objectif : faire tenir ensemble ce qui relève des objectifs de performance professionnelle (notamment le développement de connaissances et leur mise en œuvre contrôlée) et ce que représentent les attendus tutélares en matière de performance. L'habileté du responsable professionnel consiste à proposer aux équipes qu'il pilote les éléments d'une scénographie les mettant en valeur dans leur capacité à faire coexister ces deux visions de la performance grâce à une lecture critique et émancipatrice des tensions paradoxales qui les nourrissent. La capacité organisatrice du responsable professionnel visant à faire tenir ensemble une perspective d'actions organisées portant sur des populations identifiées (une approche populationnelle et de santé publique) et un développement des compétences professionnelles nécessaire à la prise en charge personnalisée des patients devrait constituer l'axe central de valorisation des carrières.

Sans cette scénographie, pas de dialogue possible entre ces deux champs d'analyse de performance, pas de possibilité de métabolisation des tensions en énergie créatrice, pas d'organisation apprenante<sup>28</sup> et surtout pas de travail critique sur les rationalisations inspirant les formes d'action collective. Mais, bien évidemment, cette scénographie n'est possible que si les exigences collectives en matière de performance professionnelle préexistent. La responsabilité du management, et donc le pouvoir d'un « faire tenir ensemble », prend sa légitimité initiale dans cette source-là.

28. A. Hatchuel, « Comment penser l'action collective ? Théorie des mythes rationnels », in : *L'Action collective : coordination, conseil, planification*, Presses universitaires de Franche-Comté, 1998.

*Le développement d'une autre logique d'encadrement administratif*

La gouvernance du système de santé étant progressivement entrée dans une logique de planification de plus en plus structurante de l'offre de soins, les établissements publics de santé sont aujourd'hui dépossédés petit à petit d'une liberté de manœuvre stratégique sous la bannière de laquelle se réunissaient il y a encore quelques années, selon des intérêts réciproques bien compris, des médecins entreprenants et des directeurs facilitants. C'est aujourd'hui de l'ARS que proviennent les impulsions stratégiques et d'organisation des soins et les initiatives hospitalières ne peuvent s'exprimer que dans ce cadre-là. Dès lors, c'est à l'ARS de construire un organigramme adapté à la conduite et à l'accompagnement du changement sur les territoires qu'elle a balisés dans chaque région. C'est à ce niveau territorial qu'il faut penser l'éclosion de compétences nouvelles capables de travailler sur les formes contractuelles adaptées aux différents types d'arrangement organisationnel. Mais aussi et peut-être surtout pour favoriser l'éclosion d'un désir, chez certains professionnels de santé, de s'engager dans la mise en œuvre de ces nouveaux arrangements organisationnels. Le territoire est aujourd'hui le modèle identitaire sur lequel l'ARS tente de construire de nouvelles représentations ; il faut se donner les moyens d'en cristalliser l'existence au travers d'un vrai mandat de gestion territorial. L'artefact territoire doit aujourd'hui prendre son essor dans la perspective d'être un jour une identité assumée par tous les acteurs du terrain, et c'est probablement là qu'il faut investir en compétences d'animation du changement et surtout en marge de manœuvre pour rendre visible la volonté de changement.

*La reformulation des modèles de performance*

La mise sous tutelle de toute l'activité d'un secteur sous des formes lisibles, instrumentalement maîtrisables et symboliquement neutres, comme par exemple la T2A, a cherché à transfigurer le monde réel en un monde « artificiel » s'inscrivant plus aisément dans des manipulations adaptées aux enjeux de rationalisation et de « performance ». Ce n'est pas de cette façon qu'il faut voir la question de la mutation du monde hospitalier. La question de la performance et du contrat qui l'entoure est l'affaire d'une négociation entre un mandant et un mandataire. Certes, certains types d'activité dans le champ du soin se prêtent assez aisément aux modélisations réductrices, celles qui sont structurées par des processus de production relativement prévisibles et programmables, et c'est naturellement sur ces activités que la mise en concurrence est possible. Mais une fois cela posé, l'essentiel du travail d'apprentissage des logiques qui sous-tendent les



rapports entre un mandant et un mandataire ne peut se dévoiler que dans un travail de négociation lorsqu'il s'agit d'activités complexes à modéliser et aux résultats difficilement mesurables. C'est dans cette perspective qu'il faut retravailler sur les limites des outils de tarification à l'activité et surtout réapprendre aux autorités dites de tarification à renouveler leur vision de la négociation dans un champ où elles ne peuvent que faire confiance aux hommes du terrain qui manifestent un désir de rendre compatible la performance professionnelle et la performance administrée. Il serait dès lors opportun de réfléchir à des catégories de contrat adaptées à des formes d'arrangements organisationnels prédéterminés. Il faudra bien comprendre un jour que l'essentiel de ce qui doit circuler dans un système où les résultats sont aussi difficiles à mesurer est la confiance dans les hommes qui investissent la scénographie du faire tenir ensemble dans des arrangements organisationnels adaptés pour faire coexister l'approche clinique et l'approche populationnelle.

### CONCLUSION

Sans un véritable travail d'élucidation des conditions d'une mise en équilibre dynamique des espaces de régulation administrée, de gestion et du développement professionnel, il ne semble guère possible de renouveler la construction institutionnelle qui légitimerait un hôpital collectivement performant et nécessairement entreprenant.

En reprenant les quatre pistes de raisonnement proposées, il serait possible de les synthétiser en disant que la création d'arrangements organisationnels adaptés repose sur la volonté de l'administration tutélaire de mettre en valeur le travail territorial et de concevoir ce que peut être une certaine liberté d'entreprendre dans le système de santé, et pas seulement dans le champ des activités de type manufacturières.

Il serait dès lors fort intéressant de ne plus parler de l'hôpital public lorsqu'on tente de parler de gestion et de dynamisation des acteurs du système, mais bien d'un hôpital particulier qui pourrait dès lors imaginer croître et embellir grâce à la mise en valeur de ses ressources et à la qualité des rapports contractuels avec les représentants territoriaux. Ce n'est pas l'hôpital entreprise qu'il faut promouvoir mais bien l'idée d'un hôpital entreprenant dans un contexte où l'éclatement des murs qui le protégeaient s'impose. Il suffit de voir ce qu'ont fait certaines associations à but non lucratif entreprenantes dans le champ de la prise en charge du handicap pour se convaincre que le goût d'entreprendre peut se conjuguer avec l'idée de service public. « Les sciences de gestion sont inséparables d'une certaine conception de

29. A. Hatchuel,  
« Quel horizon  
pour les sciences de  
gestion ? Vers une  
théorie de l'action  
collective », in : *Les  
Nouvelles Fondations  
des sciences de gestion*,  
Vuibert, FNEGE,  
2000, pp. 7-43.

la liberté d'entreprendre. Elles supposent une société où les conditions de l'action collective peuvent être renouvelées et créatrices<sup>29</sup>. »

**contact**

**[mbremond@voila.fr](mailto:mbremond@voila.fr)**

**Marc Bremond, médecin de formation, est consultant et professeur associé à l'Institut de formation et de recherche sur les organisations sanitaires et sociales (Ifross, université Lyon-3). Il a été professeur à l'École nationale de la santé publique et directeur fondateur du groupe de recherche Image (laboratoire de recherche en gestion de l'ENSP) entre 1987 et 2002.**

**Stephen S. Mick est professeur en sciences de gestion au département d'administration de la santé de la Virginia Commonwealth University (États-Unis), dont il a été le directeur jusqu'en 2010. Il est également professeur associé à l'Ifross.**

**Dominique Robert est professeur émérite de l'université Claude-Bernard depuis 2012 et actuel président du Syndicat national des associations d'assistance à domicile (Snadom).**

**Christophe Pascal est maître de conférences en sciences de gestion à l'Ifross, dont il est directeur. Il conduit des recherches sur les processus de production de soins et les nouvelles formes organisationnelles en santé.**

**Jean-Pierre Claveranne est professeur en sciences de gestion à l'Ifross. Il conduit depuis plus de trente ans des recherches et études sur les restructurations et la stratégie des établissements publics et privés.**