

Gestionnaires et médecins face aux changements organisationnels des hôpitaux français

Mihai Dinu GHEORGHIU¹, Danièle GUILLEMOT², Frédéric MOATTY³

Résumé: Deux enquêtes par entretien ont permis d’aborder la problématique des transformations des identités professionnelles à l’hôpital et plus particulièrement du groupe des dirigeants, gestionnaires et médecins. Après avoir présenté les transformations actuelles du secteur hospitalier ainsi que les terrains enquêtés, ce texte s’intéresse aux points de vue des différentes professions sur les principaux changements, passés ou en cours, et leurs enjeux. Il se centre sur les identités des dirigeants dans le cadre des transformations conjointes des différents groupes professionnels, autour de l’hypothèse que la « crise d’identité » relève surtout d’un problème d’ajustement des rapports identitaires entre ces groupes. La recomposition des équipes de direction, l’adoption de nouvelles pratiques managériales et de nouveaux instruments de gestion et de communication imposent aux différents groupes professionnels de se repositionner par rapport au discours de la réforme et d’élaborer de nouvelles stratégies individuelles et collectives.

Les identités professionnelles à l’épreuve des rationalisations du secteur de la santé

Le secteur hospitalier se situe au carrefour de transformations qui en raison de leur rapidité sont en décalage, voire en conflit, avec les identités professionnelles et les cultures d’organisation construites sur un temps plus long et qu’elles contribuent à faire évoluer.

¹ Centre d’Etudes de l’Emploi-Centre de Sociologie Européenne

² Centre d’Etudes de l’Emploi

³ Centre d’Etudes de l’Emploi-Tepp (FR n°3126, CNRS)

Les changements et leurs acteurs

Les transformations du secteur hospitalier et de son environnement se situent dans un contexte d'accroissement des dépenses de santé. Les régulations administratives ou professionnelles de celles-ci restent encore déterminantes dans ce secteur, mais les régulations « économiques » progressent sensiblement (Benamouzig, 2005). Les gestionnaires des hôpitaux publics mettent ainsi en œuvre des politiques managériales modifiant en profondeur les organisations existantes et le travail des salariés. Les changements les plus récents sont imposés par la politique de santé publique: la tarification à l'activité (T2A) transforme le mode de financement de l'hôpital public en le fondant sur son activité effective, tandis que l'organisation en pôles (nouvelle gouvernance) vise à établir des formes nouvelles de coopération tout en modifiant l'équilibre des pouvoirs entre médecins et directions administratives.

La nouvelle gouvernance se propose d'améliorer la coopération et de redistribuer les tâches au sein d'équipes dirigeantes resserrées. Mais une question centrale se pose aux différentes catégories d'acteurs : comment préserver, voire affirmer leur autonomie, obtenir la reconnaissance des autres, et s'assurer que l'engagement dans une action collective ne soit pas défavorable ? Pour effectuer leur activité, ces acteurs du milieu hospitalier sont « condamnés » à coopérer, alors que les frontières entre les groupes professionnels (gestionnaires, médecins et infirmiers, spécialités médicales...) tendent à se creuser, si bien que les limites entre coopération et concurrence ne sont pas toujours claires. Si la coopération entre professions a toujours été nécessaire au fonctionnement de l'hôpital, sa formalisation dans le nouveau cadre organisationnel lui donne un caractère plus contraignant.

Les transformations portées par la T2A, visant à faire pénétrer des préoccupations gestionnaires au sein de l'activité médicale, divisent aussi fortement les acteurs de l'hôpital. Alors que certains perçoivent des risques de déstabilisation de certaines spécialités ou services et craignent la mise en cause du service public par élimination des malades non rentables, d'autres comptent sur la réforme pour juguler les déséquilibres économiques qui menacent le système hospitalier.

D'un côté, les gestionnaires soutiennent un discours performatif d'institution (ou dominant) autour du changement visant à réformer les comportements individuels, vaincre les inerties culturelles et l'esprit « corporatiste ». Au niveau des professionnels de soins, une seconde vision (critique ou dominée)⁴ est

⁴ Pour ce qui concerne sa diffusion, le discours critique est dominant, y compris parmi les dirigeants.

centrée sur les conditions de travail, la charge et le rythme de travail, l'aménagement du temps de travail et la reconnaissance. Ce discours focalisé sur la recherche des ressources à même d'assurer l'autonomie et la reconnaissance, est justifié par l'idée que l'existence d'une culture professionnelle et d'un esprit de corps (Freidson, 1984) font partie des facteurs d'efficience au travail.

Enquêtes et terrains

Ce texte s'appuie sur deux travaux complémentaires réalisés en milieu hospitalier et articulés à des enquêtes quantitatives :

La post-enquête sur la coopération au travail (Gheorghiu et Moatty, 2005) s'inscrivait dans le cadre de l'enquête nationale sur les conditions et l'organisation du travail auprès des actifs des établissements de santé menée par la Drees en 2003. 40 entretiens ont été réalisés en région parisienne avec des personnels soignants, dont 11 avec des cadres (médecins, pharmacienne) et 19 avec des professions intermédiaires (dont 3 cadres infirmiers). La sélection des personnes suit le mode d'échantillonnage de l'enquête statistique, avec une surreprésentation du personnel médical dont les tâches sont plus complexes et en retenant des personnes ayant une certaine ancienneté.

La seconde enquête (Gheorghiu, Guillemot et Moatty 2007) a été menée en 2006 auprès d'une trentaine de responsables hospitaliers dans le cadre de la préparation d'une enquête statistique portant sur le « Changement organisationnel et informatisation » (C.O.I.). Les dirigeants d'hôpitaux enquêtés ont été interrogés sur leur itinéraire, leurs fonctions actuelles, la présentation de leur établissement, les changements que l'hôpital a connu au cours des dernières années, et enfin sur la mise en œuvre des changements et l'utilisation d'outils de gestion et d'outils informatiques.

Identités et point de vue des acteurs

Pour la majorité des personnes interrogées, dirigeants ou salariés, les identités professionnelles collectives et/ou individuelles se reconfigurent sous l'effet des transformations historiques de l'institution et de son environnement, poursuivies ou accélérées par les réformes en cours. Le lien entre la diffusion des nouveaux modèles organisationnels et la « crise des identités » professionnelles a été analysé notamment par Claude Dubar (2000), pour qui cette crise aurait pour origine la conversion contrainte à des formes nouvelles de coopération et la dévalorisation conjointe des anciennes identités collectives, de métier ou de classe. Pour Richard Sennett (2000), les changements organisationnels, l'adoption de réseaux flexibles et lâches et l'affaiblissement des liens sociaux s'observent jusqu'au fonctionnement des équipes où le rôle de la loyauté

s'efface en raison des mobilités. Cependant, ces travaux n'abordent pas la question de l'identité des dirigeants qui définissent ou mettent en œuvre ces transformations, ni celle de l'interdépendance entre les différents groupes qui constituent les collectifs de travail, et donc de leurs transformations conjointes.

Au cours des entretiens, les personnes interrogées construisent des représentations de leur identité à travers une série de comparaisons et d'évaluations successives de leur parcours, en relation avec leurs pairs, leurs supérieurs hiérarchiques, leurs subordonnés, et avec des groupes concurrents comme les membres d'une autre génération ou d'une autre institution (hôpital public ou clinique privée). Dans ces opérations courantes de représentation de l'identité, les attributs d'un poste ou d'une position sont naturalisés en tant que propriétés de la personne et de son groupe de référence, voire d'un collectif plus hétérogène auquel on s'identifie en parlant de « nous ». Les passages entre identités individuelle et collective sont permanents, les deux s'éclairent mutuellement et parfois se confondent. Mais les rôles des uns et des autres changent : les collègues et les partenaires sont aussi des concurrents, la coopération qui définit les équipes de travail peut être entravée par une division forte du travail et des formes de délégation contrainte « en cascade » (Gheorghiu et Moatty 2006), les positions individuelles au sein du groupe peuvent être déstabilisées par les changements organisationnels. Les identités, individuelles mais aussi relatives au groupe de référence, sont ainsi redéfinies dans leur relation aux autres.

Il est difficile de parler dans ce contexte d'une « identité en crise » à partir du discours d'une seule catégorie d'acteurs. Plutôt que d'additionner les représentations d'une multiplicité d'identités professionnelles, confrontées chacune à sa « crise », dans le cadre du « meilleur système de santé du monde »⁵, nous faisons l'hypothèse d'un univers confronté à des désynchronisations entre les différents groupes, corps et segments professionnels, dues à leurs rythmes différents de développement, de mobilité ou d'activité, dans le cadre d'organisations en transformation, qui poussent à la fois à la spécialisation, à la coopération et à la concurrence.

Pour illustrer cela, il est indispensable de procéder à des schématisations dans un univers complexe, et souffrant d'ailleurs de sa complexité. Les groupes professionnels se distinguent à travers une série d'oppositions qui leur permettent de s'identifier et de se situer les uns par rapport aux autres: le groupe des dirigeants se distingue du groupe des salariés, les gestionnaires des médecins

⁵ Cf. classement réalisé par l'OMS en 2001.

et des professionnels des soins, ces derniers des malades. La position des malades est bien sûr particulière: chaque groupe professionnel revendique sa légitimité par la proximité des malades et la défense de leurs intérêts. La condition des malades peut servir d'instrument pour discréditer la position des concurrents: des gestionnaires on dit qu'ils veulent « des chiffres » et licencier « les malades non rentables »; des médecins, qu'ils se spécialisent de plus en plus, en s'occupant de la maladie et non pas des malades; des infirmiers, qu'ils sont devenus des techniciens et des secrétaires, laissant les patients aux soins des seules aides soignantes qui, débordées, n'ont pas le temps non plus de leur parler. Si le discours d'institution sur la réforme place le malade au centre du dispositif hospitalier, le discours critique le situe en dernière position, considérant qu'il sera la première victime d'un système de plus en plus concurrentiel et inégalitaire.

Des identités professionnelles contrastées

Au-delà d'une identité collective fondée sur le rapport au malade et à l'institution médicale, rapport par ailleurs variable comme on vient de le voir, les deux enquêtes montrent que les identités professionnelles se distinguent selon les positions professionnelles. Chez les exécutants (aides soignantes) elles dépendent principalement des conditions de travail et du contexte local de l'exercice professionnel. Chez les infirmières s'ajoute le degré de reconnaissance de leur qualification et l'état du marché du travail. Chez les médecins elles dépendent de la spécialité et de la concurrence entre les différentes professions médicales. Chez les dirigeants, cas que nous allons développer ici, les identités se sont construites autour d'un équilibre entre « pouvoirs » médical et administratif, auquel s'est ajouté un « pouvoir infirmier ».

Distinctions au sein des équipes dirigeantes

Le collectif de dirigeants des hôpitaux publics comprend deux professions, administrative et médicale, qui diffèrent de par leurs formations, leurs trajectoires, leurs positions hiérarchiques, leur culture et leur expérience professionnelle, exprimant une diversité de positions sur les changements organisationnels récents ou en cours dans leurs établissements.

Les deux groupes professionnels diffèrent essentiellement par leur mobilité. La majorité des directeurs et de leurs adjoints a occupé des postes dans plusieurs établissements, car ils sont soumis à une contrainte statutaire de mobilité. Les médecins sont plus stables et ont souvent fait leur carrière au sein du même établissement, ce qui augmente les chances de se faire élire par les

collègues. En effet, alors que les administratifs sont nommés, les médecins qui président les Commissions Médicales Exécutives (CME) sont élus, ce qui joue sur leur légitimité et leur autorité.

Au sein du corps des directeurs, deux « générations » se distinguent: les anciens ont fait plus souvent des études de droit, d'économie ou de gestion, complétées éventuellement par des stages à l'école nationale de la santé publique (ENSP); parmi les plus jeunes, ceux provenant du recrutement externe à l'ENSP ont fait des études à Sciences Po, tandis que les personnes recrutées « en interne » (un tiers des promotions) sont souvent des cadres infirmiers.

Parmi les médecins présidents de CME, certains sont chefs de service, alors que d'autres n'ont plus d'activité clinique, tout en gardant des liens avec leurs anciens services. Certains médecins occupent également des positions de représentation dans des associations professionnelles.

Une autre distinction concerne la réputation des personnes interviewées, leur capital symbolique: parmi les directeurs ou les anciens directeurs, certains ont lié leur nom à des grands projets de réforme, ou sont engagés dans leur mise en œuvre. Le « discours d'institution » se fait plus remarquer dans ce cas, et le vécu de leur expérience mélange parfois fierté et déception. Cette distinction semble essentielle dans la mesure où l'identité des dirigeants est reliée à leur attitude face aux réformes.

L'attitude des dirigeants face aux réformes: des prises de positions contrastées

Les prises de position contradictoires et critiques dessinent les champs de force dans lesquels s'insère cette diversité des positions. Les changements sont perçus soit comme un espoir pour enrayer une situation jugée critique du système de santé ou de l'établissement hospitalier, soit comme une menace pour ce système et pour les corps qui le composent. Ainsi certains dirigeants, DRH et directeurs de soins, se sentent menacés d'exclusion des nouveaux conseils exécutifs. De leur côté, les partisans des réformes voient celles-ci orientées « contre le conservatisme et le corporatisme ».

Vision éthique et vision économique du monde médical

Depuis le début des années 1990, l'hôpital public fait l'objet de conflits d'intérêts parmi ses dirigeants, s'étant « accommodé » d'une opposition binaire entre le monde de soignants et celui des gestionnaires » (d'Halluin & Alii, 2007). Si les médecins « affichent l'éthique comme valeur refuge » en se portant garants de l'intérêt individuel, les gestionnaires s'appuient sur les valeurs de l'économie et de l'intérêt collectif. Cette différence de vision qui traverse

l'hôpital public, prend parfois aussi la forme d'une opposition entre la défense des acquis du secteur public « au service de tous les malades », et la défense de la spécificité du secteur privé, de son efficacité et ses performances professionnelles. La T2A et la nouvelle gouvernance ont pour ambition de dépasser ces oppositions en introduisant les contraintes économiques dans le monde médical et en imposant la coopération au sein des équipes dirigeantes. Mais d'autres clivages apparaissent selon le degré d'engagement des dirigeants dans les réformes, selon les générations ou selon le contexte de l'établissement hospitalier.

Des engagements différenciés dans les réformes

Un point capital dans la variation des points de vue des dirigeants interrogés est leur degré d'engagement dans les changements en cours, allant - pour schématiser - de l'identification, pour ceux qui en sont les auteurs ou se sont engagés dans leur conception, à de la prudence, de la réserve et des critiques éventuelles, pour ceux qui ont ou ont eu à faire face aux difficultés de leur mise en œuvre. Certains des acteurs rencontrés engagés dans la conception des grands projets de réforme ont un point de vue global et informé. Leur position les conduit à entrelacer point de vue institutionnel et personnel et révèle l'esprit des objectifs à atteindre au-delà des difficultés imprévues et des effets pervers, mais aussi les conditions pour développer de « bonnes pratiques ». Les dirigeants plus éloignés des sphères décisionnelles sont plus critiques et mettent davantage en évidence les risques des évolutions en cours, pointant parfois une cohérence dans les réformes auxquels ils n'adhèrent pas (par exemple la « dérive libérale » à laquelle pourrait conduire, selon certains, la T2A).

Expérience de réformes et approches générationnelles

Le bilan des réformes passées vient s'articuler avec les espoirs, les difficultés ou les inquiétudes concernant les réformes en cours ou à venir. Pour les plus âgés, les réformes actuelles s'inscrivent dans des évolutions longues du secteur de la santé et dans les transformations des rôles et des identités des acteurs qu'elles contribuent à façonner. Les réformes apparaissent alors imbriquées par couches successives, notamment en ce qui concerne les enjeux de pouvoir, internes ou externes. L'hôpital est en évolution permanente, tant dans le domaine administratif, technique que médical, sans que le « temps pour digérer ces nouvelles évolutions » soit toujours disponible.

La RTT a ainsi été vécue par ces dirigeants les plus anciens comme la remise en cause d'identités professionnelles où l'on donnait son temps sans compter, générant une « dévalorisation du travail ». Les 35 heures sont souvent rendues responsables des difficultés de fonctionnement : « on pensait que les cadres, que

les médecins, se ficheraient des 35 heures, or il y a vraiment une discrimination générationnelle, nos médecins qu'on recrute aujourd'hui posent des questions sur la durée du travail qu'ils ne posaient pas avant ». Un décalage s'est ainsi installé entre les identités professionnelles des différentes générations. Expliqué habituellement par les différences de formation, il suppose aussi des différences d'aspirations, et l'actualisation des identités professionnelles par les jeunes générations ne correspond plus aux attentes des dirigeants plus âgés.

Comme ailleurs, les jeunes générations de dirigeants se différencient également des anciennes par leur formation, ce qui joue sur leurs points de vue mais aussi sur leurs pratiques, comme celle des outils informatiques. Ce clivage se combine avec des évolutions profondes des métiers : alors que certains des anciens directeurs adjoints étaient des « économes », les plus jeunes ont été formés aux normes de gestion. De même, l'acceptation, voire la naturalisation des contraintes économiques (et de réformes comme la T2A), traverse inégalement les générations.

Au total les anciens, (« vieux », conservateurs) tendraient à justifier des positions acquises au nom d'un modèle ou d'un « idéal » perturbé par les dévoiements récents; tandis que les « jeunes » (nouveaux, réformateurs), construiraient leur devenir professionnel comme une succession d'objectifs à atteindre, en vue de légitimer leur prétention à constituer un renouvellement permettant la modernisation de l'hôpital. Mais il serait réducteur de réduire à l'âge le clivage entre ceux qui valorisent la vocation et regrettent la banalisation du métier et ceux qui sont plus professionnalisés et formés aux normes de gestion et aux nouvelles technologies. Les différentes générations ont en effet connu des conditions très différentes dans les contextes de formation de leurs habitus professionnels.

Le contexte de l'établissement

Le contexte de l'établissement et de son environnement joue sur les identités professionnelles dans la mesure où les dirigeants, surtout les moins mobiles, s'identifient en partie à leur contexte d'exercice et à ses problèmes. On peut notamment citer la taille de l'hôpital et sa position dans la filière (hôpital local versus CHU), son statut (privé ou public), ses spécialisations, l'aire de recrutement des malades (dans des zones touchées par la pauvreté ou la précarité de la population), les spécificités des relations sociales locales, ou encore les déséquilibres financiers ou structurels (par exemple une place importante des urgences dans l'activité de l'établissement) ou l'existence d'une fusion ou d'un regroupement.

La structuration en pôles apparaît ainsi comme un changement concernant plus particulièrement les grands hôpitaux tandis qu'elle ne fait pas toujours sens dans les unités les plus petites ni pour la gériatrie pour qui la problématique de

l'organisation de la filière de soins entre la ville et l'hôpital paraît plus adaptée. Avec l'accroissement de sa taille et l'urbanisation, « l'hôpital de campagne » et sa « culture familiale » orale, affective et aut centrée évoluerait vers une culture professionnelle ouverte sur l'extérieur. L'expérience différenciée des changements organisationnels selon ces contextes démographiques ou de réseaux hospitaliers peut ainsi influencer sur les transformations des identités. Les « 35 heures » sont exemplaires des évolutions identitaires et des écarts de perception entre dirigeants et exécutants mais aussi entre générations au sein même des dirigeants, car elles ont pu transformer la motivation et l'implication des personnels, qui rentrent dans une logique de comptabilité des temps. Conjuguées à d'autres transformations comme les nouveaux modes de gestion, la montée des procédures et de la « professionnalisation » face à la tradition et à la « vocation », elles vont de pair avec des actualisations des identités souvent portées par les nouvelles générations, conduisant à des divergences entre identités attendues et identités actualisées au sein même des différents groupes professionnels. Mais la mise en place des RTT a également été par endroits l'occasion de réactiver le dialogue social et d'actualiser les rapports entre les différents professionnels montrant ainsi l'importance du rôle joué par les modalités de mise en œuvre des réformes. Aujourd'hui, la tarification à l'activité fait entrer les approches gestionnaires au sein des activités médicales et l'organisation en pôles joue un rôle important de mise en relation et en coopération des acteurs. L'un des effets majeurs des changements est donc lié aux nouvelles configurations d'acteurs et à la renégociation des identités professionnelles que leur mise en œuvre conduit ou non à mettre en place.

Dans l'univers hospitalier, le renouvellement des corps et des identités professionnelles semble moins problématique que la difficulté à percevoir ou à accepter les nouveaux rapports des segments professionnels entre eux. En raison des différents systèmes de référence des acteurs et des modifications d'enjeux souvent contradictoires, dans un univers en changement permanent, les compromis apparaissent difficiles à stabiliser. Ces éléments et l'absence d'objectifs clairs et partagés concernant les évolutions de l'institution semblent induire une désorientation dans l'établissement de rapports entre les segments professionnels. L'analyse du cas des dirigeants montre que les nouveaux modes de régulation du secteur de la santé, s'ils visent à réduire le clivage professionnel entre médecins et gestionnaires, font apparaître de nouveaux clivages identitaires liés aux visions éthiques ou économiques du monde médical, à l'engagement dans les réformes, ainsi qu'aux expériences vécues selon les générations ou le contexte d'exercice.

Rezumat: Două anchete pe bază de interviu au permis abordarea problematicii transformării identităților profesionale în mediul spitalicesc francez, și mai cu seamă în grupurile de conducere, compuse din administratori și din medici. După prezentarea transformărilor în curs din sectorul sanitar precum și a instituțiilor anchetate, acest articol se ocupă de punctele de vedere ale principalelor profesii reprezentate în echipele de conducere asupra schimbărilor intervenite, în trecut sau recente, precum și de semnificația (mizele) acestora. Articolul este centrat asupra identității conducătorilor în contextul transformărilor conjugate ale diferitelor grupuri profesionale, pornind de la ipoteza că la originea „crizei de identitate” acuzate se află o problemă de ajustare a raporturilor identitare dintre aceste grupuri. Reconfigurarea echipelor de conducere, adoptarea de noi practici manageriale și a unor noi instrumente de gestiune și de comunicare în spitale impun diferitelor grupuri profesionale să se re poziționeze față de discursul asupra reformei și să elaboreze noi strategii individuale și colective.

Abstract: Two interview-based enquires allowed us to investigate the professional identity transformations in French hospitals, especially among leading professional groups composed of managers and doctors. After presenting the institutions we have investigated and the changes taking place in the sanitary sector, this article presents how the main professional categories from leading positions perceive these old and new changes and what are the stakes of these perceptions. The article is centred on the leaders' identity issues within the context of the transformations from different professional groups. Moreover, this article departs from the hypothesis that a lack of efficiency in adjusting the identity relations between these groups represents the roots of the encountered “identity crises”. The restructuring of the leading teams, the implementation of new managing practices and of new administration and communications tools, determine different professional groups to take new positions towards the reform and develop new individual and collective strategies.

Bibliographie

- Freidson E. (1984). *La profession médicale*. Paris: Payot.
- Benamouzig D. (2005). *La santé au miroir de l'économie*. Paris: PUF.
- Gheorghiu M.D., Moatty F. (2006). La coopération contrainte en milieu hospitalier, in J.-P. Durand et M.-C. Le Floch (éds.). *La question du consentement au travail* (pp. 253-262). Paris: L'Harmattan.
- Gheorghiu M.D., Moatty F. (2005). Les conditions du travail en équipe, Paris, DREES, document de travail, n°47.
<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/serieetud49.htm>
- Gheorghiu M.D., Guillemot D., Moatty F. (2007). Préparation de l'enquête COI – les changements organisationnels et leurs outils : entretiens avec les dirigeants d'hôpitaux, Paris, DREES, *Document de travail*, n°72.
<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud72.pdf>

- Dubar C. (2000). *La crise des identités. L'interprétation d'une mutation*. Paris: PUF.
- Sennett R. (2000). *Le travail sans qualités*. Paris: Albin Michel.
- Halluin (d') J.-P., Maury F., Petit J.-C., de Singly Ch. (2007). Pouvoirs et organisations à l'hôpital. *Esprit*, n° 331, p. 14-31.