

Programme coordonné de recherche sur l'activité des dirigeants

L'activité des dirigeants des établissements publics de santé

Commanditaire de la recherche :
Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP)

Coordination de la recherche :
Laetitia Laude, Institut du Management, EHESP

Chercheurs associés à la recherche :
Christian Chauvigné (CRF- CRP2C - EHESP)
Laetitia Laude, Institut du Management (EHESP)
Claire Tourmen (ENESAD)

Contributions à la recherche
Claire Masson (ENESAD)
Patrick Mayen (ENESAD)
Lina Samrany (doctorante ENESAD / EHESP)

SOMMAIRE

Introduction : les dirigeants en actes	7
Partie 1 : Cadre et méthodologie de la recherche	9
Chapitre 1. Les dirigeants des établissements publics de santé	9
1.1. L'hôpital : une organisation complexe au carrefour d'enjeux multiples	9
1.2. L'émergence d'une fonction de direction au sein des établissements publics de santé.	13
1.3. L'évolution des prescriptions	14
<u>1.3.1. La réforme du financement : vers une égalité des chances ?</u>	14
<u>1.3.2. La réforme de la gouvernance : vers une gestion décentralisée ?</u>	16
1.4. Une trajectoire de professionnalisation	17
Chapitre 2 : Méthodologie de la recherche	20
2.1. Echantillon de recherche	21
<u>2.1.1. Echantillon principal</u>	21
<u>2.1.2. Investigations complémentaires</u>	22
2.2. Critères de validité de la recherche	24
Chapitre 3. La mobilisation de trois cadres théoriques pour analyser l'activité des dirigeants des EPS (établissements publics de santé)	26
3.1. Un cadre de didactique professionnelle pour éclairer la logique globale de l'activité	26
3.2. Un cadre de sciences de gestion pour éclairer les tensions de prescription auxquelles sont soumis les dirigeants	28
3.3. Un cadre de psychologie sociale pour analyser les modalités d'action sur	

l'activité d'autrui	31
Partie 2 : Présentation des résultats	35
Chapitre 4. Ce qui oriente l'activité des dirigeants	40
4.1. Orienter le système hôpital et maintenir son fonctionnement	39
<u>4.1.1. Une représentation en vue de finalisée par la nécessité de définir une stratégie</u>	39
<i>4.1.1.1. En quoi consiste une stratégie ?</i>	40
<i>4.1.1.2. Une activité de construction et de partage de la stratégie</i>	41
<u>4.1.2. Une représentation visant à assurer le fonctionnement du système</u>	43
<i>4.1.2.1. Un but de maintien et d'amélioration du fonctionnement du système</i>	43
<i>4.1.2.2. Un diagnostic continu de l'état de fonctionnement du système</i>	44
<i>4.1.2.3. Les circuits de prise d'information</i>	46
4.2. Une représentation qui permet de faire des compromis et de « faire passer » les décisions	48
<u>4.2.1. Des compromis au carrefour entre différentes « raisons d'agir » du dirigeant hospitalier.</u>	49
<u>4.2.2. Des compromis orientés par une recherche « d'équilibre » du système</u>	51
<u>4.2.3. Des compromis aux transgressions</u>	53
<u>4.2.4. Logiques de justification et construction de légitimité autour de ces transgressions</u>	55
<u>4.2.5. Une représentation affectée par « ce qui passe » ou « ne passe pas » dans un système en tensions</u>	58
Chapitre 5. Les modalités de l'action du dirigeant	65

5.1. Les dossiers, les objets intermédiaires de l'activité du dirigeant	66
<u>5.1.1. Des actions de construction et de qualification des dossiers</u>	66
<u>5.1.2. Les concepts qui organisent la gestion des dossiers</u>	67
<u>5.1.3. Gestion des dossiers, agenda et répartition des tâches</u>	70
<u>5.1.4. Le traitement des dossiers en réunion</u>	71
5.2. La posture	76
<u>5.2.1. La posture, un objet direct de l'activité ?</u>	76
<u>5.2.2. L'identification et la construction de son rôle au sein de la direction</u>	77
<u>5.2.3. L'identification et la construction de son image de dirigeant au sein d'un hôpital</u>	78
<u>5.2.4. Une marge d'autonomie par rapport à la tutelle et à l'établissement</u>	79
5.3. L'action sur l'activité d'autrui : un objet indirecte de l'activité de dirigeant	80
<u>5.3.1. L'activité sur le cadre et l'environnement de l'activité des autres</u>	81
5.3.1.1. <i>Un espace revendiqué et mais encadré des décisions et des arbitrages</i>	83
5.3.1.2. <i>Des aménagements organisationnels comme tactiques de contournement</i>	83
5.3.1.3. <i>Une délégation fondée sur la confiance mais a géométrie variable</i>	85
<u>5.3.2. L'activité visant à modifier la signification qu'autrui donne à son activité</u>	91
5.3.2.1. <i>Une « force de conviction » relative au cœur des activités dirigeantes</i>	91
5.3.2.2. <i>Un rapport ambigu aux sanctions et des espaces de négociation</i>	98
5.3.2.3. <i>Un usage prudent et différencié de la « manipulation »</i>	102
Conclusion	105
Bibliographie	107

Introduction : les dirigeants en actes

Qu'est-ce que diriger ? En quoi consiste l'activité de direction ? Chacun dispose d'une représentation spontanée de ce que fait un dirigeant. Il existe un grand nombre de documents qui disent comment nous pouvons et comment nous devons diriger. En témoigne l'abondance de littérature sur le management. Enfin, de nombreux enseignements sont proposés aux futurs dirigeants ou à ceux qui sont en fonction. Pour autant, l'activité reste méconnue.

Afin d'analyser le déroulement et l'organisation des activités, nous avons observé l'activité de dirigeants en situation. Cette recherche est menée dans le cadre d'un programme de recherche, coordonné par la Maison de la Recherche sur les Pratiques Professionnelles (MRPP, CNAM) et le réseau des écoles de service public (RESP). Il vise à rendre compte de l'activité des dirigeants dans différents contextes (Fonction publique d'Etat, Fonction publique territoriale, Fonction Publique hospitalière, Secteur de l'économie sociale, PME). Cette partie de la recherche, portant sur les dirigeants des établissements publics de santé (EPS) a été financée par l'EHESP (Ecole des Hautes Etudes en de Santé Publique, Rennes) et réalisée principalement par des chercheurs de l'EHESP et de l'ENESAD.

Le pari de ce groupe de recherche était d'observer des dirigeants en situation, sur plusieurs terrains. Nous avons observé directement l'activité de 6 dirigeants, et mené des entretiens avec eux et leurs collaborateurs. Ces observations ont été complétées par un recueil de données auprès de 38 dirigeants. Les données recueillies ont été analysées avec trois cadres théoriques, issus de la didactique professionnelle (ou analyse du travail pour la formation), des sciences de gestion et de la psychologie sociale.

Il en ressort quelques constats forts, qui structurent la présentation de nos résultats : les dirigeants mènent une activité orientée sur la structure mais aussi sur leur propre pouvoir de direction. Diriger un hôpital au quotidien, c'est d'abord lui donner une direction et le maintenir en état de « marche » en faisant en sorte que les décisions « passent ». Diriger, c'est assurer/maintenir sa capacité de direction afin de rendre effectif un pouvoir qui est conféré par le statut. Nous avons ainsi analysé les mécanismes et logiques du pouvoir en actes. Nos

résultats sont une première exploration d'une activité complexe où l'individu doit sans cesse maintenir les conditions mêmes de son pouvoir d'agir.

Les dirigeants et leurs équipes ont réservé aux chercheurs un excellent accueil et nous tenons ici à les en remercier. Ils nous ont fait confiance et nous ont ouvert leurs portes. De notre côté, nous avons tout mis en œuvre pour respecter la confidentialité de nos observations et de nos échanges.

Nous remercions également Claudine Tropee, assistante à l'Institut du management à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, et Marie Laure Vitali, assistante du programme de recherche de la Maison de la Recherche sur les Pratiques Professionnelles.

Nous tenons enfin à rendre un hommage appuyé à Daniel Marie.

Partie 1 : Cadre et méthodologie de la recherche.

Après avoir décrit les conditions dans lesquelles s'exercent les fonctions dirigeantes en EPS (chapitre 1), nous présenterons successivement la méthodologie de la recherche (chapitre 2) et les cadres théoriques mobilisés (chapitre 3).

Chapitre 1. Les dirigeants des établissements publics de santé.

Les dirigeants de la fonction publique hospitalière exercent leurs responsabilités, à la tête d'organisations complexes (1.1.). La fonction dirigeante a émergé lentement au sein des institutions de santé (1.2.) et vit d'importantes transformations (1.3.), qui posent différentes questions sur le recrutement, la formation et la gestion des carrières (1.4.).

1.1. L'hôpital : une organisation complexe au carrefour d'enjeux multiples

L'hôpital public est une personne morale de droit public, rattachée, dans la majorité des cas à une collectivité territoriale. L'Hôpital est doté de l'autonomie administrative et financière.

Au 31 décembre 2005¹, la France compte 2856 établissements ou entités juridiques sanitaires qui disposent de capacités d'accueil à temps complet (décompte en lits) ou à temps partiel (décompte en places), pour un total de 444 000 lits et 51 000 places.

Ces établissements de santé sont répartis entre trois grandes catégories :

- 987 établissements publics de santé, dont 29 CHR (Centre Hospitalier Régional) – CHU (Centre Hospitalier Universitaire), 504 CH (Centre Hospitalier), 87 EPSM (Etablissement Public en Santé Mentale), et près de 347 hôpitaux locaux, et 20 autres établissements.
- 1052 établissements privés à but lucratif,
- 817 établissements à but non lucratif.

75% des lits et places du système de santé se situent dans les établissements publics de santé qui concentrent les établissements de plus grande taille.

¹ Données SAE, 2007. Ministère de la santé.

Concernant l'offre privée à but lucratif ou non, sur presque 2000 structures, près de 900 établissements sont spécialisés dans des activités de médecine, chirurgie et obstétrique et 800 autres spécialisés dans les soins de suite, de réadaptation et de long séjour.

Au cours des quinze dernières années, le nombre d'établissement s'est continuellement réduit du fait de la concentration du marché des cliniques (disparition de 400 établissements sous l'effet des restructurations). A la marge les fusions hospitalières menées dans le cadre de la politique de recomposition du paysage sanitaire engagé depuis 1991 contribuent aussi à diminuer le nombre d'établissements publics de santé.

Avec 69.9 Md d'€ en 2006, le secteur hospitalier (public et privé) représente 44.6% de la consommation de soins et de biens médicaux (contre 48.6% en 1995), dont 54.2 Md pour l'offre publique (EPS établissement public de santé + PSPH participants aux services publics hospitaliers) et 15.7 Md pour l'offre privée. La place de la sécurité sociale dans le financement des dépenses de soins hospitaliers est prépondérante (91.9% contre 77% pour l'ensemble de la consommation de soins et biens médicaux²).

Les établissements de santé emploient 162.000 médecins (dont les deux tiers dans le public), près d'un million de personnels non médicaux (ETP) dont près des ¾ dans les établissements publics

Aux prises depuis trente avec des réformes de toutes natures, le secteur de la santé est un champ privilégié des politiques publiques tant les enjeux qu'il recouvre sont au cœur des transformations de la société (accroissement des attentes des citoyens en matière de sécurité, de qualité, d'information, de performance du secteur de la santé, mais aussi raréfaction des ressources publiques, vieillissement de la population, chronicisation des pathologies...).

Le bilan de la mise en œuvre de ces politiques reste contrasté, (Vincent, 2005 ; Claveranne, 2003). Notamment au plan de la politique de planification de l'offre de soins. Après des années d'un fonctionnement hospitalier à « guichet ouvert », l'heure est à la rationalisation.

² On entend par consommation de soins et de biens médicaux la valeur totale des biens et services médicaux consommés sur le territoire par les résidents et les non résidents pour la satisfaction de leurs besoins individuels. Elle est évaluée grâce aux financements d'origine publique ou privée qui en sont la contre partie.

La consommation de soins hospitaliers recouvre l'ensemble des services (soins et hébergement) fournis par les établissements publics et privés.

Au plan global, la recombinaison hospitalière est présentée comme l'une des modalités de la survie de notre système de santé, face à une double contrainte : la maîtrise des dépenses dans un contexte global de réduction des déficits publics d'une part ; l'accroissement d'une demande de soins de qualité (allongement de la durée de la vie, recours aux technologies d'investigation de pointe, recherche clinique...), d'autre part.

Elle est fondée sur une logique gestionnaire, invitant les établissements à créer des synergies, notamment par la mise en commun de leurs ressources, ou par la rationalisation de l'offre de soins sur un bassin sanitaire.

La Loi de 1991, puis les Ordonnances de 1996, ont organisé les conditions du passage d'un système de santé planifié à une régulation du système de santé³.

Ce sont les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) qui ont assuré la régulation de l'offre de soin et organisé sur la base du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) et de la carte sanitaire, la recombinaison de l'offre, via la négociation et la signature d'un contrat d'objectifs et de moyens (COM) avec les établissements. La Loi de Santé Publique votée à l'été 2004 réorganise ce dispositif. La suppression de la carte sanitaire au profit d'un projet médical de territoire, la substitution des territoires de santé au bassin sanitaire et l'intégration dans les contrats d'objectifs et de moyens d'objectifs chiffrés en sont trois axes emblématiques.

Le projet de Loi Hôpital Patient Santé Territoire accélère le mouvement en créant des Agence Régionale de Santé (ARS) regroupant l'ensemble des acteurs de la prise en charge. La création des Communautés Hospitalières de Territoires (CHT) engage les établissements à se regrouper pour faire face ensemble et en complémentarité aux besoins de santé des populations.

Sur le plan du financement ensuite, si les dépenses n'ont cessé de croître et qu'une part en revient à une organisation hospitalière complexe et opaque, la majeure partie de ce phénomène ont des causes externes liées aux évolutions de notre société. Des attentes sociales toujours plus grandes, des prises en charge qui évoluent et des pathologies qui se chronicisent, l'apparition des notions de risque, de sécurité sanitaire, de principe de précaution. La mise en

³ Crémadez M., « Gestion de l'hôpital, le prix de la responsabilité », Revue Française de Gestion, 03-10/1991, 63-72.

place de la dotation globale⁴ en 1983 a permis juguler les effets inflationnistes du précédent système (au prix de journée) par une meilleure maîtrise de l'évolution globale des dépenses hospitalières. Toutefois, elle a généré et figé des inégalités et a installé des rentes de situations que les mécanismes de péréquation interrégionaux, n'ont pas réussi pour le moment à compenser⁵.

Ces inégalités régionales qui se traduisent par des inégalités d'accès aux soins pour la population n'effacent cependant pas les avancées dans le processus de régionalisation par un pilotage unique sous l'égide des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH).

Enfin, les établissements de santé rencontrent de nombreuses difficultés⁶ en matière de pilotage et d'organisation interne.

L'évolution de la médecine et des technologies médicales, la diminution globale du nombre de praticiens (baisse du *numerus clausus*) et les fortes disparités territoriales qui en découlent mettent en jeu la permanence et l'accessibilité des soins. La réforme du temps de travail⁷ ont ajouté à la confusion de l'organisation hospitalière.

En matière de pilotage, le directeur d'établissement dispose d'une « compétence générale » pour assurer la conduite et la gestion de l'établissement. Autant il dispose, dans une certaine mesure, vis-à-vis des personnels administratifs et soignants, des moyens d'imposer des choix et des orientations. Autant, il ne dispose que de sa seule force de conviction et d'influence, pour orienter, avec le président de la commission médicale d'établissement, et obtenir l'adhésion des acteurs médicaux de l'hôpital.

⁴ Chaque établissement reçoit une dotation dont le montant est fixé par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (depuis 1996) à partir d'une sous enveloppe de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) répartie entre les régions.

⁵ Par exemple fin 2001 l'écart entre dotations cibles (fonction de l'évaluation des besoins sanitaires) et dotations réelles des régions Ile de France et Poitou Charentes est respectivement de +27% et de -15%. Rapport (2001) de la Cour des Comptes

⁶ Debrosse D, Perrin A, Vallencien G, Mission sur la modernisation des statuts de l'hôpital public et sa gestion sociale, Rapport, Avril 2003.

Mission d'information sur l'organisation interne de l'hôpital, Rapport, Assemblée Nationale, Rapport, Mars 2003.

⁷ Passage aux 35h et mise en place du repos de sécurité, temps de travail hebdomadaire limité à 48h et intégration du temps de garde dans le temps de travail pour les médecins conformément au droit communautaire pour les médecins et les internes hospitaliers. Cf Picquemat A, Mission nationale d'évaluation de la mise en place de la RTT dans les établissements de santé, Rapport, octobre 2002.

1.2. L'émergence d'une fonction de direction au sein des établissements publics de santé.

L'acte de naissance du directeur d'hôpital est inscrit dans la Loi du 21/12/1941 qui prévoit « qu'un agent appointé par l'établissement est chargé d'exécuter les décisions de la Commission administrative et d'assurer la direction du service. Ce fonctionnaire porte le nom de Directeur dans les établissements de plus de 200 lits et de directeur économiste dans les établissements comportant 200 lits ou moins. »

Le Décret du 11/12/1958 précise le rôle du directeur qui tout en continuant à être, à certains égards, l'agent exécutif des décisions de la commission administrative, se voit accorder certains pouvoirs en tant que chef de service.

A cette époque est créé le concours de recrutement national et la formation à l'Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP) à Rennes. Le recrutement des directeurs est à peu près stable pendant dix ans (entre 20 et 30 directeurs recrutés par an dans les années 1960).

Un Décret du 13/06/1969 puis la Loi portant réforme hospitalière du 31/12/1970 précise dans son article 22 que « le directeur est chargé de l'exécution des délibérations du conseil d'administration ; qu'il est compétent pour régler les affaires de l'établissement, autres que celles de la compétence du conseil. »

Une politique de recrutement dynamique est lancée (environ 50 élèves directeurs en 1970, presque 160 en 1976, et encore environ 120 en 1981).

S'ouvre ainsi une période de modernisation des hôpitaux et de professionnalisation de ses acteurs, communément appelée « l'ère des bâtisseurs », vite assombrie par le spectre de l'accroissement constant des budgets.

A partir du milieu des années 1980, la maîtrise des dépenses devient un leitmotiv.

La Loi de 1991 portant réforme hospitalière, puis les Ordonnances de 1996 viendront conforter la position du directeur en stipulant pour la première fois que le directeur dirige l'hôpital, et confirmant ainsi son autorité.⁸

Le rythme soutenu des recrutements se ralentit.

La fin des années 1990 marque l'avènement d'une période de restructuration, de rationalisation de l'offre de soins.

⁸ Schweyer FX, Le corps des directeurs d'hôpital. Entre logique professionnelle et régulation d'Etat, Rapport final MIRE « L'administration sanitaire et sociale », sept 1999, partie 1).

Aujourd'hui, le corps des directeurs d'hôpital représente environ 3400 personnes⁹, pour 1032 établissements publics de santé¹⁰. Ce corps devrait compter 2000 personnes dans 10 ans (source DHOS 2006) avec un recentrage sur les seules fonctions stratégiques. Une mutation forte s'impose.

1.3. L'évolution des prescriptions

A partir du milieu des années 1980, la maîtrise des dépenses devient un leitmotiv.

Les directeurs se définissent comme incarnant la jonction de deux logiques différentes, et donc comme dépositaire de deux rôles : celui du représentant de l'Etat central chargé d'appliquer sa politique sanitaire ; et celui de chef d'établissement, décideur confronté à un contexte d'action local aux caractéristiques propres, et qui doit agir dans le sens de l'intérêt de son établissement (Schweyer¹¹).

Deux mesures récentes ont été particulièrement significatives pour les dirigeants hospitaliers : la réforme de la gouvernance et la tarification à l'activité (T2A), car elles visent à répondre aux problèmes de l'organisation et de son inertie.

Concernant l'organisation interne, les établissements avaient toute liberté pour s'organiser au plus juste de leurs orientations et objectifs. C'est le fameux amendement liberté, resté lettre morte. Quand à la tarification à l'activité, cet outil nouveau ne doit pas masquer que des outils qui existaient n'ont jamais été complètement exploités comme le PMSI¹² par exemple (Lenay et Moisdon, 2003).

1.3.1. La réforme du financement : vers une égalité des chances ?

La réforme de la tarification à l'activité (T2A) s'inscrit dans le cadre du « plan hôpital 2007 ». Elle a pour objet de mettre en place un nouveau système d'allocations de ressources commun à l'ensemble des établissements de santé, publics et privés. Celui-ci met un terme à la situation antérieure, caractérisée par l'existence de deux modes de financement relevant de

⁹ Contre 2408 en 1988 et 4090 en 1996, cf Schweyer, op. cit., 72.

¹⁰ Source : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. DREES – SAE - 1999

¹¹ Schweyer, Le corps des directeurs d'hôpital. Entre logique professionnelle et régulation d'Etat, Rapport final MIRE « L'administration sanitaire et sociale », sept 1999, partie 1.

¹² Projet de Médicalisation du Système d'Information

logiques opposées : alors que les établissements publics étaient financés depuis 1983 par une dotation globale annuelle versée par l'assurance maladie, le financement des établissements privés à but lucratif reposait sur la facturation de prestations hospitalières (prix de journée et forfaits techniques) à l'assurance maladie.

Le nouveau dispositif financier s'applique, dans le secteur public comme dans le secteur privé, à la médecine, à la chirurgie et à l'obstétrique (MCO). Le projet d'extension de la T2A aux disciplines de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de psychiatrie est en gestation depuis les années 90, mais son application a été retardée, car la définition d'une classification sui generis pour ces disciplines apparaît très difficile.

Le nouveau système d'allocations de ressources est fondé principalement sur la tarification forfaitaire des séjours hospitaliers produits par les établissements, classés en « groupes homogènes de malades » (GHM). Ces groupes sont définis par une classification médico-économique de l'activité hospitalière qui exploite les données recueillies dans un système d'information, le PMSI (Programme de médicalisation des Systèmes d'information). A chaque GHM correspond, sauf exception, un tarif national.

A cette tarification des séjours hospitaliers se rajoutent un certain nombre de financements complémentaires indirectement liés à l'activité. Il s'agit de certains médicaments ou dispositifs médicaux implantables financés en sus, des dotations forfaitaires destinées à couvrir les charges fixes (pour l'activité des urgences ou les prélèvements d'organes par exemple). Enfin, le financement de missions d'intérêts général de nature très spécifique non directement productrices de soins quantifiables repose sur une base contractuelle complémentaire.

La tarification à l'activité ne constitue pas une particularité française, puisqu'elle s'inspire du système introduit aux Etats-Unis en 1983 et mis en œuvre depuis dans une vingtaine de pays.

A ce jour, deux difficultés perdurent et freinent une meilleure appropriation du nouveau système d'allocation des ressources par l'ensemble des offreurs de soins : il s'agit d'une part de la définition du champ et du mode de financement de ces missions d'intérêt général hors production de soins (MIGAC), d'autre part de l'hétérogénéité des modes de tarification entre les deux secteurs public et privé.

La réforme de la T2A, en instaurant des tarifs nationaux, met en place un système financier fortement redistributif entre les établissements qui sont placés, toutes choses égales par ailleurs, en situation de gagnants ou de perdants et cette redistribution, qui doit s'opérer dans

un laps de temps réduit apparaît plus importante dans le secteur public que privé en raison d'écart initial de ressources financières plus conséquents. Les efforts demandés aux établissements dont l'allocation de ressources doit diminuer du fait de la T2A, cumulent avec les efforts qui découlent d'une croissance de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en principe absorbée par une augmentation équivalente du volume d'activité.

1.3.2. La réforme de la gouvernance : vers une gestion décentralisée ?

La réforme de la gouvernance hospitalière a pour objectif de lutter contre les rigidités et les cloisonnements de l'hôpital et d'associer les praticiens à la gestion de l'établissement comme à la mise en œuvre de ses grandes orientations. Dans ce but, elle instaure d'abord la mise en place d'un conseil exécutif (CE) et redistribue les rôles des différentes instances de l'hôpital. Elle impose ensuite de modifier la structure de l'organisation en créant des pôles d'activités. Elle généralise enfin la contractualisation interne assortie de mécanismes de délégation de gestion.

Le CE¹³(conseil exécutif) est une instance nouvelle, composée à parité¹⁴ de cadres de directions et de médecins dont le président de la CME (Commission médicale d'établissement), et placée sous la présidence du directeur d'établissement. Son objectif est de permettre une meilleure association des personnels médicaux à la gestion des établissements publics de santé.

Le CE est chargé de missions essentielles : la préparation du projet d'établissement¹⁵ et du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Si rien n'empêchait véritablement ce pilotage médico-administratif avant la réforme de la gouvernance, cette parité instaurée renforce la nécessité d'une entente sur les grandes orientations de l'établissement.

Le conseil exécutif est devenu le lieu privilégié de la concertation entre responsables médicaux et responsables administratifs. A cet égard il est tout autant un espace de

¹³ Article L 6143-6-1 du code de la santé publique

¹⁴ La composition varie en fonction de la taille de l'établissement depuis une composition de type 3/3 jusque dans les CHU 8/8. Précisons que dans les CHU le Doyen de la Faculté de médecine est membre de droit du CE. Les membres de l'équipe de direction sont eux désigné par le directeur.

¹⁵ Dont le projet médical.

construction de compromis qu'un processus d'apprentissage de règles de conduite partagée et d'identité collective source d'intérêts communs à agir.

Le regroupement des services de soins par pôles est le second volet de cette réforme de la gouvernance. Ces regroupements s'organisent selon des logiques variables qui ne sont pas exclusives les unes des autres. L'organisation polaire vise une plus grande cohérence médicale, une mutualisation des ressources en vue d'un accroissement conjoint de l'efficacité et de la qualité et de la sécurité des soins.

Les pôles d'activités sont placés sous la responsabilité d'un responsable de pôle, issu du corps médical. Il est nommé par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement pour une durée comprise entre 3 et 5 ans. Il détient une autorité fonctionnelle sur l'ensemble des équipes médicales, soignantes et d'encadrement du pôle.

Responsable de l'élaboration d'un projet pour le pôle, le médecin responsable contractualise avec le directeur et le président de la CME, un contrat de pôle. Ce contrat prévoit les objectifs du pôle en matière d'activité, financière et de budget, de qualité et de sécurité de soins.

Les deux réformes portent en germe des changements profonds : la transparence de la gestion, la rénovation de la coopération entre médecins et dirigeants et la mise au jour d'intérêt partagés. Elle comporte aussi des biais que l'on voit à l'œuvre.

Les acteurs de terrain ne s'approprient pas tous de la même manière les dispositifs proposés. C'est une chose de mettre en place un nouvel outil c'en est une autre que cet outil génère des comportements nouveaux, souhaités.

1.4. Une trajectoire de professionnalisation

Les évolutions décrites dans le précédent paragraphe posent différentes questions concernant la formation des dirigeants hospitaliers, les compétences attendues et l'évaluation de ces compétences.

Il existe trois voies principales d'accès au corps de directeur d'hôpital : le concours interne, le concours externe¹⁶ et le tour extérieur¹⁷.

¹⁶ Ces concours sont nationaux et ouverts selon les règles de la fonction publique française. Ils comprennent des épreuves écrites et orales, correspondant respectivement à l'admissibilité et à l'admission. Ces 5 dernières

La promotion professionnelle est soumise à des règles statutaires basées sur l'ancienneté, la notation annuelle par le Directeur de la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS), les mobilités fonctionnelles et géographiques.

Les dirigeants des établissements publics de santé font l'objet d'une procédure de recrutement spécifique. Les postes vacants sont publiés au journal officiel. Les services du ministère réceptionnent les candidatures, qui sont présentées à la commission des carrières qui établit une liste de 10 candidats par poste.

Celle-ci est transmise au président du conseil d'administration de l'établissement, qui reçoit les candidats et transmet son choix par ordre de préférence. La liste est présentée à la commission paritaire nationale qui classe les candidats.

Muni des avis de la commission paritaire nationale et du président du conseil d'administration, le Ministre arrête le choix du candidat et le nomme directeur d'établissement.

Un Centre National de Gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière est créé en 2007 en vue de gérer le recrutement et les carrières de ces personnels. Son action vise notamment à dynamiser la gestion des ressources humaines, des carrières et des compétences.

La légitimité professionnelle des directeurs d'hôpital repose historiquement sur sa dimension statutaire et la constitution progressive d'un corps de fonctionnaires.

La réflexion sur les compétences et le référentiel métier sont plus récentes et témoignent d'un double enjeu des directeurs : vis-à-vis de l'Etat et de la mise en œuvre de politiques publiques d'une part ; vis-à-vis de l'établissement et de sa direction au plan local d'autre part.

Au delà des missions définies par les textes, on voit émerger une réflexion des professionnels sur le métier de directeur d'hôpital qui dépasse le cadre strictement statutaire et témoigne d'une plus grande complexité de la fonction.

années, le nombre de candidats au concours a été divisé par 2, pour un nombre de postes ouverts à peu près équivalent. En 2003, 80 postes ont été ouverts, 494 candidats ont présenté le concours et 73 (65% issus du concours externe et 35 % du concours interne) ont intégré l'ENSP pour une formation de 27 mois alternant stages et enseignements théoriques. Le corps des directeurs se compose de 3404 personnes.

¹⁷ Après inscription sur liste d'aptitude et uniquement pour les première et seconde classe.

Avec l'avènement du CNG l'enjeu est de passer de la gestion d'un corps à une dynamique de gestion des métiers au sein de la fonction publique hospitalière.

Chapitre 2 : Méthodologie de la recherche

Six monographies¹⁸ ont été réalisées, impliquant systématiquement au moins deux chercheurs d'orientations disciplinaires différentes et mêlant différents modes d'investigation, identiques sur chaque terrain :

- Entretiens d'explicitation avec le dirigeant (3 à 5) (d'une durée d'environ 1h30)
- Entretiens avec les directeurs adjoints et le secrétariat de direction
- Deux journées d'observation incluant des réunions (CA, CME, CTE, comités de direction)
- Etudes de traces de l'activité (comptes-rendus de réunions, rapports divers, projets...)

Encadré 1 : le processus de la recherche

PROCESSUS DE RECUEIL DE DONNEES (FIN 2004 – MI 2007)

ENTRETIENS DIRIGEANT (3 A 5)	OBSERVATION : REUNION DE DIRECTION INSTANCE (CTE, CME, CA) REUNION SUR DOSSIER	ENTRETIENS : DIRECTEURS ADJOINTS SECRETARIAT (TRAVAIL SUR AGENDA)	ENTRETIEN DE SYNTHESE AVEC LE DIRIGEANT
------------------------------------	---	---	---

PROCESSUS DE RESTITUTION

REDACTION DE MONOGRAPHIE TRANSMISSION AU DIRIGEANT	ENTRETIEN DE RESTITUTION AVEC LE DIRIGEANT	RESTITUTIONS ANONYMISEES COMPLEMENTAIRES AVEC DES GROUPES DE PROFESSIONNELS
---	---	---

RESTITUTION COLLECTIVE : INVITATION AU COLLOQUE DE PRESENTATION DES PREMIERS RESULTATS DU PROGRAMME DE RECHERCHE

Les observations et les analyses ont fait l'objet d'un travail de validation critique par le groupe des chercheurs impliqués dans le programme. Ils ont été soumis aux dirigeants dont l'activité était étudiée. Ils ont été testés et discutés auprès d'autres dirigeants intervenant dans le même champ mais non concernés directement par les études de terrain.

¹⁸ Nous entendons par terrain d'étude un hôpital et son dirigeant.

2.1. Echantillon de recherche

Les choix méthodologiques se sont traduits par un nombre restreint de terrains d'observation. Chaque terrain a fait l'objet d'un travail d'investigation approfondi portant sur le dirigeant, son environnement et ses activités approchées sous différentes dimensions.

- 6 chefs d'établissements ont accepté un recueil de données très approfondi sur leurs activités (échantillon principal) ;
- Deux groupes témoins se sont mobilisés au cours de sessions de formation continue : un groupe de 18 chefs d'établissements ayant environ un an d'ancienneté dans la fonction dirigeante ; des groupes de dirigeants, en fonction depuis au moins 5 ans, qui se sont regroupés à différentes reprises en 2006 sur les évolutions de la fonction de direction dans le cadre de la réforme de la gouvernance.

2.1.1. Echantillon principal

Les six dirigeants associés à l'analyse approfondie de leur activité sont identifiés de D1 à D6 et leurs établissements respectifs de CH 1 à CH 6. La numérotation correspond à l'ordre chronologique du déroulement de la recherche.

L'échantillon se compose d'1 femme pour 5 hommes. Cette structure est à l'image de la structure du corps des chefs d'établissements publics de santé. Cette fonction reste peu féminisée et elle l'est d'autant moins dès qu'il s'agit d'établissements de grande taille.

Tableau 1 : présentation de l'échantillon principal

	D1	D2	D3	D4	D5	D6
Genre	H	H	H	H	F	H
Ancienneté dans étbmt	7 ans	7 ans	8 ans	3 ans	2 ans	2 ans
Postes de chefs d'étbmt	1980-1987 2000-2007	1981-1986 1993-1999 1999-2006	1982-1986 1999-	1990-2004 2004-2007	Premier poste chef	Premier poste chef
Région	Ouest	Est	centre	centre	centre	centre
Tranche âge	50-60	50-60	50-60	50-60	40-50	40-50
Taille etbmt	915 lits	1517 lits	568 lits	689 lits	281 lits	323 lits
Activité etbmt	Toutes sauf universitaire	CHU	EPSM	Toutes sauf universitaire	M C, SSR, long séjour	MCO, SSR ; long séjour

Nous avons eu la chance de pouvoir nous appuyer sur un échantillon complémentaire de directeurs d'établissements en postes certains depuis 1 ans et d'autres depuis au moins 5 ans. Les verbatim illustrant les résultats de nos analyses sont issus des données recueillies auprès de cet échantillon de dirigeants.

2.1.2. Investigations complémentaires

Nous avons mobilisé dans la phase de recueil de données deux groupes de dirigeants qui ont permis d'une part de compléter les données recueillies auprès de l'échantillon principal à partir de leurs propres trajectoires de dirigeant. D'autre part, nous avons ainsi pu mettre en discussion tout au long de la recherche nos intuitions et les résultats de nos observations.

Encadré 2 : Présentation du groupe de réflexion 1

Groupe 1 : 18 directeurs en poste depuis un an.

Contexte : formation au management (cycle de formation de 3 fois une semaine espacée sur une année) entre juin 2005 et juin 2006.

Méthode :

- Travail de réflexion à partir d'une grille sur l'activité de dirigeant à l'hôpital. Travail individuel suivi d'un travail en sous groupes de 3 et débriefing collectif.
- Ateliers sur les évolutions de la fonction dirigeante à partir d'une présentation des observations menée avec l'échantillon principal.

Résultats : une analyse montrant des sensibilités différentes de l'activité dirigeante et de ses caractéristiques :

- par comparaison au poste de directeur adjoint
- sur les rôles et attentes à l'égard du dirigeant
- sur les modalités concrètes du travail quotidien
- sur les principales difficultés de la prise de poste

A l'issue de ce premier travail complémentaire, nous avons eu l'opportunité de greffer un second dispositif témoin sur le travail d'investigation conduit avec l'échantillon principal.

Encadré 3 : Présentation du groupe de réflexion 2

Groupe 2 : 20 directeurs en position de chef d'établissement depuis au moins 5 ans.

Contexte : groupe projet formation de formateur sur les évolutions de la fonction dirigeante dans le cadre des réformes engagées en 2005 à l'hôpital.

Méthode :

Les données ont été recueillies au cours de réunions de groupes de directeurs conduites entre Mai et Décembre 2006. Pour des raisons de confidentialité, ces entretiens n'ont pu être enregistrés et intégralement retranscrits, mais un observateur secrétaire de séance a été nommé à chaque fois avec pour objectif de recueillir les verbatim des échanges.

Au total, 6 séquences d'une journée ont été organisées et 20 chefs d'établissements de santé ayant au moins 5 ans d'ancienneté dans la fonction ont participé aux échanges.

Résultats :

Les échanges ont été structurés autour de 4 thématiques de travail sur les évolutions de l'activité dirigeante :

- le rôle du dirigeant dans la construction de sens
- les contradictions de l'exercice de l'activité de dirigeant
- les attentes du ministère à l'égard des dirigeants hospitaliers
- le lien avec les médecins pour exercer l'activité de direction

Nous avons notamment pu constater le poids des croyances qui délimitent pour eux l'univers du pensable et légitime les stratégies d'accommodation qui transforment ou pas le contenu des politiques publiques, qu'ils ont la charge de mettre en œuvre.

2.2. Critères de validité de la recherche

La perspective choisie s'inscrit dans une épistémologie constructiviste. Elle s'appuie sur différents schèmes d'intelligibilité¹⁹ (fonctionnel, structural, actanciel, causal, dialectique), ouvrant ainsi à divers niveaux d'interprétation tout en les articulant.

L'ouvrage coordonné par Charue-Duroc²⁰ montre que les rôles idéaux du chercheur et du dirigeant se situent de chaque côté d'un continuum entre la connaissance comme objet d'abstraction et la connaissance comme corps et produit de l'action. Il laisse voir aussi que, dans la réalité, les choses sont toujours mêlées.

A cet égard, les gens du terrain sont des producteurs de théories « ordinaires », c'est-à-dire d'interprétations de l'action. Il serait aussi discutable de ne pas les écouter que de prendre leurs raisonnements pour argent comptant. Autrement dit, les interprétations des dirigeants sur leur activité, ne disent pas la vérité, elles peuvent même la contredire s'ils sont dans l'erreur de jugement, les biais cognitifs, l'information erronée ou la mauvaise foi. Cependant, elles contribuent à produire une réalité qui, indirectement et pour partie, est aussi le fruit de leurs représentations et de leurs actions.

¹⁹ Berthelot J.-M. (1990), *L'intelligence du social*, Paris, PUF.

²⁰ Charue-Duroc F. (dir), *Des Savoirs en Action : contributions de la recherche en gestion*, Paris: L'Harmattan, 1995.

La rigueur apportée à la construction des faits, notamment par la multiplication des sources d'observation, par la redondance des niveaux de validation, constitue une garantie forte de la qualité des données et des résultats de la recherche.

Plus particulièrement, nous avons mis l'accent sur deux points :

- Le renvoi pour corroboration par les acteurs concernés des hypothèses émises par le chercheur est un moyen de contrôler la fiabilité des résultats. Nous avons pu discuter, de nos résultats avec des directeurs d'établissement, de manière plus ou moins formelle, à l'occasion de rencontres individuelles ou collectives. Nous avons restitué nos analyses aux personnes concernées et mis en débat nos résultats.
- Nous avons opéré deux formes de triangulation de nos données :

La première s'appuie sur le principe de l'intersubjectivité. Lorsque plusieurs personnes décrivent de façon similaire une même situation, le chercheur augmente les chances de validité des résultats. Dans chacun des cas, nous avons recouru à des entretiens avec le dirigeant et son entourage professionnel. Ces entretiens croisés nous ont ainsi permis de mieux appréhender l'activité du dirigeant et de faire apparaître les différences de perception.

La seconde consiste à recourir à plusieurs techniques de recueil de données pour valider la convergence des analyses. Cette variété des sources et des techniques de recueil est un choix méthodologique fort de ce programme de recherche.

Ce protocole méthodologique a permis un recueil de données rigoureux. Avant d'aborder la présentation des résultats dans une seconde partie, le prochain chapitre vise à clarifier les cadres théoriques mobilisés par les chercheurs.

Chapitre 3. La mobilisation de trois cadres théoriques pour analyser l'activité des dirigeants des EPS (établissements publics de santé)

Nous avons mobilisé trois cadres théoriques qui nous ont permis d'interpréter les données recueillies d'une manière complémentaire.

3.1. Un cadre de didactique professionnelle pour éclairer la logique globale de l'activité

Peu d'études envisagent l'activité de direction comme une activité de travail susceptible d'être appréhendée comme n'importe quel autre travail, notamment par l'analyse de l'activité. Une partie des analyses a été conduite à partir du cadre théorique et méthodologique de la didactique professionnelle, ou analyse du travail en vue de la formation (Pastré, 1999).

Les approches théoriques de l'ergonomie et de la didactique professionnelle proposent un cadre d'interprétation de ce qu'est l'activité de travail et de ce qui l'oriente. Tout d'abord, l'activité peut être définie comme une suite d'actions de transformations d'objets en vue de buts à l'aide de certains outils (De Montmollin, 1986). Ces actions ne sont jamais purement procédurales ou mécaniques car elles ont lieu dans des situations variées et variables qui impliquent des adaptations, des compromis, et sont guidées par des visées souvent multiples.

Analyser l'activité revient donc

- 1) à observer quelles actions les professionnels mènent dans quelles situations
- 2) à essayer de comprendre ce qui motive les choix des professionnels en analysant leurs modes de raisonnements.

La difficulté vient du fait que les actions ne sont pas toujours aisées à identifier – d'autant plus dans le cas des dirigeants, une grande partie des actions est de nature verbale – et que les choix qui y président et les raisonnements qui les fondent ne sont pas toujours visibles pour un observateur extérieur, ni toujours conscients et verbalisés par les professionnels eux-mêmes. Une part de l'analyse consiste donc à tenter de faire expliciter et de reconstruire les prises d'information, les buts visés et les raisonnements menés. L'analyse peut alors mettre au jour des formes de représentations spécifiques des situations – dites « fonctionnelles » (Leplat, 1985) – qui guident la façon dont les professionnels interprètent les situations dans lesquelles ils se trouvent et les choix d'action qui en découlent. L'analyse permet notamment de repérer l'usage récurrent de certains concepts, dits « pragmatiques » ou « en-actes »

(Pastré, Mayen, Vergnaud, 2006), qui servent d'outil cognitif de diagnostic, d'anticipation et de délibération.

En effet, selon des études en ergonomie (Hoc, 1990), les opérateurs effectuent un diagnostic des objets à transformer selon certains traits caractéristiques liés aux actions envisagées. Les ergonomes ont ainsi montré que les opérateurs mobilisent une certaine représentation des objets qu'ils ont à transformer, représentation qui est dite « fonctionnelle » car elle « assure la planification et le guidage de l'action. A cette fin, un de ses rôles importants est de permettre au sujet l'anticipation du résultat de sa propre action ou de celle du mécanisme qu'il dirige ou qui intervient dans son action ». Les représentations sont fonctionnelles car elles présentent certaines caractéristiques : la « finalisation », la « sélectivité », la « déformation », « l'instabilité du contenu » et « l'absence possible de scientificité » (Leplat, 1985). Elles sont évolutives, se construisent et se modifient dans et par l'expérience.

Une partie de l'activité des dirigeants – difficilement accessible à première vue – consiste ainsi à se construire et actualiser en permanence une représentation de l'hôpital qu'ils dirigent afin de savoir quelles décisions prendre. Cette représentation est « fonctionnelle » dans le sens où elle organise leur activité et elle est déformée car elle est finalisée par leurs préoccupations d'action sur l'hôpital.

Nous avons analysé les caractéristiques de cette représentation, la façon dont ils la construisent et l'actualisent par des prises d'informations répétées, et le rôle qu'elle joue dans leur activité. Ceci nous a permis de mettre à jour la logique qui guide l'ensemble de leurs micro-activités successives, et qui présente des traits communs selon les dirigeants. Nous avons aussi repéré des différences dans leurs représentations.

Ce cadre nous a permis 1) d'analyser l'activité des dirigeants en nous centrant sur les opérations de transformation des objets et 2) de reconstruire ce qui organise ces opérations en situation.

L'analyse du travail en didactique professionnelle est enfin finalisée par l'identification et la conception de conditions pour le développement des compétences. Analyser le travail n'a donc pas pour seul but la mise en évidence des manières de se situer, de penser et d'agir des professionnels en situations, mais aussi celle des conditions de la construction et du développement de compétences.

3.2. Un cadre de sciences de gestion pour éclairer les tensions de prescription auxquelles sont soumis les dirigeants

Nous avons aussi eu recours à un cadre de sciences de gestion pour mieux comprendre les enjeux de la prise de décision des dirigeants dans le contexte plus global des politiques de santé et de la transformation des organisations de santé publique.

Avec l'avènement du management²¹ public, on observe deux phénomènes concomitants. Tout d'abord, l'administration est tenue de forger sa propre légitimité en produisant la preuve qu'elle agit au mieux de l'intérêt collectif ; cette preuve résultera notamment de la qualité et de la rigueur des méthodes de gestion utilisées. L'administration tend donc à glisser d'une légitimité extrinsèque, renvoyant à un ordre juridico légal qui l'englobe et la dépasse, à une légitimation intrinsèque, fondée sur le contenu même des opérations engagées..

Ensuite, l'importance prise par l'acteur dirigeant justifie pour partie le pouvoir explicatif qui lui est attribué pour rendre compte des différences de gestion et de performances entre organisations. La performance des organisations, et notamment celle des bureaucraties publiques, a longtemps été caractérisée indifféremment de la personne qui dirige. La personnalisation de la performance de l'organisation conduit à la mise en valeur des dirigeants jusqu'aux liens très étroits qui sont faits entre leurs caractéristiques en tant que personnes dirigeantes et les performances de leur organisation.

A l'hôpital, les pratiques managériales des dirigeants hospitaliers sont une donnée de la réflexion sur la performance hospitalière, jusqu'à faire valoir, de plus en plus, une corrélation entre les deux, ce qui renforce l'intérêt de leur évaluation et de leur impact sur la performance globale.

Les dirigeants sont ainsi amenés à combiner trois formes de rationalité :

- la rationalité juridique s'appuie sur le droit comme référence nécessaire et incontournable à l'administration puisqu'il lui dicte son action, ses finalités et même au-delà sa vision du monde.

²¹ Huron et Spindler (coord), Le management public en mutation, L'Harmattan, 2008 ; Bartoli, le management dans les organisations publiques, Dunod, 2005 ; Amar et Berthier, le nouveau management public : avantages et limites, XVIème international RESER conférence, Lisbonne, 2006 ; Crozier, les problème du management public face à la transformation de l'environnement, PMP, 1985.

²³ Reports de charges : dépassement des crédits budgétaires autorisés par la tutelle autrement dit, déficit d'exploitation non affiché

- la rationalité managériale ou technico-économique s'appuie sur un « dogme de l'efficacité », de l'efficience et de la rentabilité. Elle est tournée vers l'action opérationnelle.
- la rationalité socio-politique est issue des images du réel et des rapports de pouvoir entre les acteurs influents.

Les formes ou les configurations prises par ces entrecroisements à l'origine de tensions se révèlent tout particulièrement lorsque s'ouvrent des périodes de mutations.

« C'est en termes d'entrecroisements, d'imbrications, de parasitages plutôt que de conflits de rationalités que le problème des rapports entre droit et management doit être posé. Le premier est repensé sous l'influence des concepts du management ; le second ne s'applique qu'au prix de « torsions » considérables pour le rendre compatible avec le cadre juridique dans lequel l'action administrative reste moulée. L'action publique est modifiée, non pas tant par l'application directe des préceptes du management, qu'indirectement, par les transformations que l'emprise de la rationalité managériale fait subir à l'ordre juridique (effectivité du droit) ».

Cela se traduit concrètement par une sorte de découplage entre légitimité et efficacité de l'action. Philip Selznick (1957 ; 1966), un des fondateurs de la théorie institutionnelle, montre qu'une organisation bureaucratique centralisée doit traiter avec son environnement selon des règles générales qui ne peuvent jamais parfaitement s'appliquer à toutes les situations pratiques et qui ont de ce fait du mal à intégrer les changements survenus dans ce même environnement. Dès lors la valeur socialement accordée aux règles constitue un handicap certain pour l'acquisition d'une légitimité de résultat si leur strict respect ne peut garantir la découverte de solutions pratiques. L'obligation de résultat dans laquelle se trouvent souvent les administrations de terrain les amènent à trouver des réponses qui ne suivent pas les règles approuvées. La situation est largement contradictoire : les organisations publiques qui interviennent dans un contexte fortement institutionnalisé sont conduites à adopter des procédures elles-mêmes clairement institutionnalisées de manière à garantir leur légitimité, mais elles le font indépendamment de leur efficacité. La conformité avec les règles institutionnalisées peut même être l'occasion d'un conflit avec des critères d'efficacité et d'efficience que la finalité pratique de ces organisations les conduit à élaborer. Il y a alors souvent un découplage entre la dimension organisationnelle de l'action qui vise à produire de l'efficacité et la dimension institutionnelle qui tend à maintenir un niveau acceptable de légitimité sociale par le respect apparent de valeurs institutionnalisées (Meyer et Rowan, 1977).

C'est la spécificité du management public moderne que de créer des combinaisons opératoires entre des approches qui paraissent à priori difficiles à concilier, et c'est ce qui lui confère son originalité.

Pour le sociologue Pierre Duran (1993), il faut éviter une opposition facile entre rationalité juridique et rationalité managériale, qui du point de vue de l'action sont les deux faces d'une même réalité. « Le management n'est possible qu'à partir du moment où l'on rétablit la flexibilité du droit et donc la place irréductible de l'acteur social dans la détermination des conduites sociales, quand c'est bien cette flexibilité qui autorise le recours au management. Que le droit continue à occuper une place décisive dans l'exercice de la régulation politique n'exclut aucunement le recours à d'autres formes de régulation ». La question centrale de ce point de vue est bien l'articulation et non l'opposition entre les logiques.

Contrairement à Duran, Chevallier ne pose pas comme évidente la possibilité d'articuler les axiologies juridique (basée sur la régularité) et managériale (basée sur l'efficacité). Les contradictions entre elles pourraient entraîner un phénomène de brouillage voire de parasitage ; toutefois, elle peuvent aussi se renforcer l'une l'autre en redoublant leur puissance normative propre, le management venant donner à la norme juridique une nouvelle légitimité, tandis que la norme juridique vient investir le précepte managérial d'une autorité nouvelle.

Pour autant, le dirigeant n'acquiert la puissance requise pour conduire l'action qu'à la condition de gérer habilement, au-delà de l'articulation des deux axiologies, la dynamique conflictuelle entre tous les acteurs et tous les intérêts en présence, et notamment ceux du politique.

Les hospitaliers connaissent bien cette problématique. L'obligation de résultats dans laquelle ils se trouvent d'assurer la permanence et la continuité des soins les amène souvent à trouver des réponses qui ne suivent pas les règles instituées (les reports de charges²³ en ont été un exemple emblématique, avant l'instauration de la tarification à l'activité, tout comme le recours à des « mercenaires » pour assurer les gardes).

Les dirigeants hospitaliers témoignent qu'ils sont parfois d'autant mieux à même de résoudre les problèmes pratiques qu'ils s'écartent des voies officiellement approuvées (Laude, 2005). Ces dernières fonctionnent alors soit comme des garde-fous (pour empêcher des excès), soit comme des guides (pour indiquer des visées générales), soit comme des mythes (pour montrer

qu'on tient à des règles ou à des valeurs qu'il est malheureusement difficile de mettre en œuvre (cf par exemple les discours construits sur la place centrale des usagers, Routelous, 2007).

Cela renvoie à une dimension souvent oubliée l'activité managériale, la transgression (Chanlat, 2008).

Finalement la cohabitation culturelle des logiques juridiques et managériales serait un phénomène asymptotique, c'est à dire que l'on peut l'approcher sans jamais complètement l'atteindre.

3.3. Un cadre de psychologie sociale pour analyser les modalités d'action sur l'activité d'autrui

Enfin, nous avons eu recours à un cadre de psychologie sociale pour mieux comprendre les mécanismes par lesquels les dirigeants arrivent à engager l'activité des autres acteurs.

L'activité dirigeante concerne, dans cette perspective l'ensemble des comportements produits par le dirigeant visant à modifier, directement ou indirectement, l'activité des membres d'une organisation en vue de les coordonner et de les orienter afin d'attendre un objectif déterminé. L'activité dirigeante est en ce sens une activité « d'engagement d'activités »²⁵. Or cette capacité à faire agir autrui est approchée dans de nombreuses théories des sciences de l'Homme sous le concept de « pouvoir »²⁶. Toutefois, prendre cette option théorique, c'est donner au concept de pouvoir un contenu extrêmement large qui ne facilite pas la différenciation des modalités de cette capacité à faire agir autrui²⁷. Aussi ce concept a pris des dimensions variables en fonction des nombreuses sciences humaines et sociales qui l'ont mobilisé et des paradigmes qui l'ont construit, ce qui ne simplifie pas son utilisation dans une

²⁵ J.M. Barbier,

²⁶ La proposition de R.A Dahl, souvent prise en référence, va dans ce sens: «*Mon idée intuitive du pouvoir s'énonce à peu près de la façon suivante: A a du pouvoir sur B dans la mesure où il peut faire faire à B quelque chose que B ne ferait pas sans cela.*», DAHL R.A (1957). The Concept of Power. *Behavioral Science*, 2, pp 201-218.

²⁷ Comme l'affirme Jean-Léon Beauvois : « l'exercice du pouvoir se dilue alors dans les processus d'influence, de persuasion et de propagande, quand il ne s'agit pas de séduction ou de manipulation ». BEAUVOIS J.-L. (1994), *Traité de la servitude libérale*, PARIS, Dunod, p. 155.

perspective d'analyse²⁸. Nous éviterons cependant d'ouvrir une discussion critique sur le concept de pouvoir dans cette étude, ce qui supposerait de trop grands détours, mais nous essaierons de rendre compte de manière explicite des différentes activités mises en œuvre pour orienter l'activité des autres.

Que le dirigeant se trouve en situation de vouloir orienter l'activité d'autres membres de l'organisation, qu'il ait besoin que d'autres contribuent à l'atteinte de ses objectifs, met en évidence que le dirigeant est tout aussi dépendant des autres au sein de l'organisation que ceux-ci le sont de lui. Il se trouve, comme tous les membres de l'organisation, en situation d'interdépendance. Pour autant la place qu'il occupe le met en position dominante dans sa relation aux autres, l'autorisant à user de différents moyens, et notamment ceux conférés par sa position, pour parvenir à ses fins. C'est précisément l'usage de ces différents moyens et de leur justification que nous mettrons en évidence dans l'approche de l'activité dirigeante.

Les modalités de cette activité d'engagement de l'activité d'autrui interfèrent, selon les stratégies mobilisées, sur des processus de différentes natures qui contribuent à orienter l'activité des individus. Au regard des connaissances disponibles en sciences sociales et cognitives, il est possible de classer ces processus en quatre grandes catégories:

Les processus qui contribuent à orienter l'activité des individus en déterminant leur conception ou leur perception de la réalité.

Ces processus d'ordre cognitif sont liés à la construction permanente de leur réalité (définition et valorisation d'un monde d'objets) par les individus concernés.

Les pressions externes sur ces processus, mobilisables notamment par le dirigeant, tiennent leur efficacité du fait que les individus ont des conceptions et des perceptions du monde évolutives et socialement déterminées. Ces pressions sont susceptibles de produire d'autant plus d'effets qu'elles ne sont pas perçues comme pressions ou, si elles le sont, que la source soit considérée comme crédible, consistante...

²⁸ Dahl (1957) n'hésite pas à qualifier l'étude du pouvoir de « borbier sans fond ». D'autres auteurs qui ont travaillé les usages de ce concept le rejoignent dans son jugement, notamment Perrow (1970) qui parle « du pire des embrouillaminis », et H. Mintzberg (1990) en début de son ouvrage « Le pouvoir dans les organisations » peut affirmer avec humour : « tout le monde semble savoir ce qu'est le pouvoir sauf les experts » et d'ajouter « Si vous ignorez ce qu'est le pouvoir, mieux vaut lire un autre ouvrage ».

Les processus qui contribuent à orienter l'activité des individus par la mise en relation de leur image de soi ou de leurs caractéristiques identitaires avec leur activité ou son résultat.

Ces processus d'ordre affectif sont liés à la construction identitaire et la production d'images de soi (définition et valorisation de soi) des individus concernés.

Les pressions externes sur ces processus, mobilisables notamment par le dirigeant, tiennent leur efficacité des conditions sociales de la construction du soi et de l'identité. Elles sont susceptibles de produire d'autant plus d'effets que l'individu, ou l'entité sociale, qui l'exerce est une référence pour les individus visés

Les processus qui contribuent à orienter l'activité des individus par la mise en relation artificielle de celle-ci et de son produit avec des « gains » ou des « pertes » possibles pour ceux-ci.

Ces processus d'ordre instrumental sont liés à l'adaptation des individus aux sanctions positives ou négatives de leur environnement social.

Les pressions externes sur ces processus, mobilisables notamment par le dirigeant, relèvent de l'offre de compensation ou de coercition et tiennent leur efficacité du différentiel de valeurs affectées par l'individu à l'activité ou à son résultat, d'une part, et à l'objet de compensation ou de coercition, d'autre part.

Les processus qui contribuent à orienter l'activité des individus par la limitation ou l'absence de choix liés à leur environnement physique ou institutionnel.

Ces processus d'ordre inductif déterminent les limites (confrontation au monde des choses, au réel) dans lesquelles les individus déploient leur activité et les amènent à orienter celle-ci dans un sens donné.

L'intervention d'un tiers, notamment du dirigeant, sur ces processus consiste en une action directe ou indirecte, intégrant l'inaction, sur l'individu ou son environnement.

Affirmer que l'activité dirigeante ne puisse porter que sur des processus déjà en cours, c'est insister sur les effets non mécaniques de cette activité particulière et sur le caractère conditionnel de ses résultats. Chacune des modalités mises en œuvre dans l'activité dirigeante tiendra son efficacité de multiples effets de contexte (légitimité, lien relationnel, rapports

sociaux, culture de l'établissement, idéologie dominante...). Il restera à déceler les rationalités agissantes au fondement des choix des modes de dirigeance.

Avant d'analyser l'activité des dirigeants, nous avons tout d'abord étudié ce qui la rend possible, l'encadre et lui donne forme, à savoir les caractéristiques des situations dans lesquelles et sur lesquelles ils ont à agir et avec lesquelles, parfois, ils se « débattent ». Nous avons caractérisé certains traits caractéristiques des situations rencontrées : la nécessité d'agir sur des organisations complexes au centre de multiples prescriptions et la nécessité d'assurer les capacités mêmes de leur action, en maintenant la marge de manœuvre qui leur est conférée par leur statut, donnée mais jamais acquise. Ils ont à agir dans un champ de contraintes fortes et parfois en opposition. Quelle marge de manœuvre réelle ont-ils et peuvent-ils se construire ?

Partie 2 : Présentation des résultats

L'activité observable des dirigeants est difficile à comprendre à première vue, car elle est constituée d'une somme de micro-activités dont il est difficile de cerner la logique.

Nos investigations nous ont tout d'abord amenés à observer l'activité des dirigeants dans ses aspects les plus quotidiens : participation à des réunions, entretiens avec des collaborateurs, interactions avec la secrétaire, ouverture du courrier... Or, l'observation des dirigeants renforce, à première vue, le mystère sur ce qu'est leur activité : elle se présente comme une succession d'actions dont il est difficile de discerner la cohérence, la continuité, les fins et les causes. Elle semble discontinue car ils effectuent de multiples actions, sur de multiples thèmes, avec de multiples interlocuteurs dans de multiples lieux, sur des temporalités différentes, le plus souvent longues. Leur activité est constituée d'une somme de micro-activités individuelles et collectives, certaines étant prévues, d'autres non, le tout dans un agenda très rempli.

Les dirigeants d'hôpital, comme cela semble souvent être le cas dans les activités de direction, « courent après le temps ». L'amplitude de travail des dirigeants hospitaliers est relativement stable autour de 10h par jour, entre 5 et 6 jours par semaine. Pourtant une caractéristique de ce temps est sa porosité. En effet les dirigeants indiquent que le temps de présence sur le lieu de travail ne couvre pas le temps réel de travail qui déborde sur le temps situé dans l'espace privé. Cela est encore favorisé par le logement de fonction sur le site de l'hôpital dans la plupart des cas.

Nous différencions quatre principaux types d'activités selon le nombre de personnes associées et leur appartenance ou non à l'établissement :

- La participation à des activités collectives de réunions au sein de l'établissement.

Les réunions occupent 20 à 40% du temps des dirigeants. Nous avons observé au moins 5 réunions internes à l'établissement qui reviennent régulièrement et qui mobilisent de manière quasi systématique le chef d'établissement : le Conseil d'Administration (CA), le Conseil Exécutif (CE); la Commission Médicale d'Etablissement (CME), le Comité Technique d'Etablissement (CTE), le comité de direction (Codir).

Les participants à ces réunions régulières qui rythment la vie des établissements sont quelquefois identiques. On trouve deux ensembles : les participants aux CA – CE – CME et les participants aux CA – CE – CTE – Codir. Pour les dirigeants, certains dossiers font l'objet de discussions formalisées à l'ordre du jour de ces 5 réunions.

- Des activités d'entretiens avec des membres de l'établissement ou des patients

Nous avons aussi observé des situations d'interactions qui les occupent de 10 à 30% de leur temps. Elles ont lieu avec l'un ou l'autre des membres de l'équipe de direction, le Président de la CME, d'autres praticiens, des patients ou leurs familles dans le cadre de la gestion des plaintes notamment. Elles prennent la forme d'entretiens plus ou moins programmés. Certains entretiens sont réguliers et systématiques, chaque semaine par exemple. C'est le cas de D4 qui évoque « la sanctuarisation du rendez vous hebdomadaire avec le président de la CME » en plus des autres rendez vous moins systématique.

- Les activités dites de « bureau »

La part des activités de bureau est variable, de 10 à 50% du temps. Elles consistent dans la gestion du courrier et des signatures, la gestion de l'agenda, le travail sur des dossiers (relecture de dossiers préparés par des adjoints, lecture des notes techniques sur tel ou tel sujet, prise de connaissance des reporting de projets). Il s'agit également des temps consacrés à la réflexion qui sont le plus souvent identifiés clairement sur l'agenda et qui peuvent être une variable d'ajustement en cas d'urgence ou de survenue d'une activité non prévue.

- Les actions dites « externes » réalisées avec des personnes extérieures à l'établissement (dans ou hors ses murs)

Les dirigeants exercent également certaines activités à l'extérieur de leur établissement. Il s'agit de situations de mise en réseau, de formation, d'expertise pour d'autres (ministère, syndicats, fédération professionnelle). Ils participent aussi à des réunions organisées à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (le plus souvent à la demande de cette dernière, les

groupes de travail auprès du ministère et les réunions autour des projets de coopération avec d'autres partenaires).

Des activités impliquant des partenaires extérieurs peuvent également se dérouler dans un bâtiment de l'établissement : il s'agit notamment de visites de locaux lors de la réception d'un visiteur dans un service, par exemple un ministre ou des médias.

Nous avons observé plus ou moins d'activités « externes » selon les profils. Deux directeurs sur les 6 de l'échantillon consacrent au moins 50% de leur temps à des activités de ce type. Il s'agit de D2 et de D4.

Tableau 2 : Répartition des activités par type (à partir de l'analyse de l'agenda des dirigeants)

En heures En % TT	Réunions institutionnelles ou de projet	Activités de bureau	Entretiens	Externe	Autres
D1	20%	>50%	10%	<10%	10%
D2	20%	20%	10%	> 50%	10%
D3					
D4	25%	15%	10%	> 50%	10%
D5	40%	20%	25%	5%	10%
D6	30%	10%	30%	20%	10%

Cette succession d'activités soulève les questions suivantes : vers quoi est prioritairement dirigée l'activité des dirigeants et comment en est assurée l'unité et la continuité ? Qu'est-ce qui organise cette succession d'activités ?

Nous montrerons d'abord que la logique de l'activité consiste, pour les dirigeants à se construire et actualiser une représentation du système qu'ils dirigent, afin de maintenir une orientation à l'hôpital dans un champ de contraintes, tout en tentant de préserver des équilibres (Chapitre 4).

Nous clarifierons ensuite les modalités concrètes de l'action du dirigeant à travers la délimitation, la qualification et la gestion de « dossiers », la construction d'une « posture » et le déploiement d'actions sur les activités des autres (chapitre 5).

Chapitre 4. Ce qui oriente l'activité des dirigeants

Nous sommes partis de l'hypothèse que l'activité des dirigeants a, comme toute activité, une part « d'orientation ». Il est possible de reconstruire la logique qui oriente les choix des professionnels en situation. Ainsi, l'analyse montre que les dirigeants ne sont pas uniquement entraînés par la succession des situations qu'ils rencontrent et auxquels ils doivent répondre. Ils savent où ils vont, ce qu'ils font et le redéfinissent en action.

Nous avons analysé la part d'orientation de l'activité des dirigeants en nous appuyant principalement sur les entretiens. Si cette part d'orientation reste inaccessible à première vue, nous avons tenté d'en reconstruire la logique en caractérisant les buts qu'ils visent et les caractéristiques de situation auxquelles ils sont attentifs. En effet, il est apparu qu'ils exercent un diagnostic en continu. Ce dernier se nourrit des multiples situations qu'ils rencontrent et en oriente la lecture et le traitement. Les micro-activités qui se succèdent sont autant d'occasions qu'ils utilisent pour savoir vers quoi et comment *diriger* l'hôpital. Il s'agit pour eux de construire, affiner et actualiser leur diagnostic de l'état de l'hôpital, de la stratégie qu'ils lui donnent et les moyens d'action dont ils disposent. Pour étudier l'orientation de cette activité, nous avons utilisé la notion de « représentation fonctionnelle » (Leplat, 1985), présentée au chapitre 3 (3.1.)²⁹. Nous avons également utilisé la notion de « raison d'agir » issue du cadre des sciences de gestion (3.2.).

Nous avons analysé les caractéristiques de cette représentation, la façon dont ils la construisent et l'actualisent par des prises d'informations répétées, et le rôle qu'elle joue dans leur activité. Ceci nous a permis de mettre à jour la logique qui guide l'ensemble de leurs

²⁹ Selon des études en ergonomie (Hoc, 1990), les opérateurs effectuent un diagnostic des objets à transformer selon certains traits caractéristiques liés aux actions envisagées. Les ergonomes ont ainsi montré que les opérateurs mobilisent une certaine représentation des objets qu'ils ont à transformer, représentation qui est dite « fonctionnelle » car elle « assure la planification et le guidage de l'action. A cette fin un de ses rôles importants est de permettre au sujet l'anticipation du résultat de sa propre action ou de celle du mécanisme qu'il dirige ou qui intervient dans son action ». Les représentations sont fonctionnelles car elles présentent certaines caractéristiques : la « finalisation », la « sélectivité », la « déformation », « l'instabilité du contenu » et « l'absence possible de scientificité » (Leplat, 1985). Elles sont évolutives, se construisent et se modifient dans et par l'expérience.

micro-activités successives, et qui présente des traits communs selon les dirigeants. Nous avons aussi repéré des différences dans leurs représentations.

Cette représentation fonctionnelle est organisée autour de 3 principaux buts : orienter le système hôpital, maintenir son fonctionnement (5.1) et faire des compromis pour que « ça passe », et assurer la légitimité des décisions prises (5.2).

4.1. Orienter le système hôpital et maintenir son fonctionnement

4.1.1. Une représentation finalisée par la nécessité de définir une stratégie

Une partie de l'activité des dirigeants observés consiste à construire (re-construire) des finalités aux « systèmes »³⁰ qu'ils dirigent, à leur donner une certaine direction. En effet, les dirigeants définissent et redéfinissent en continu des éléments de « stratégie » pour le CH, selon les termes des membres de la direction, ceci en accord avec la tutelle, les partenaires et membres de l'établissement. Si le terme de « stratégie » est d'usage courant, que recouvre-t-il ? Quelle activité réalisent-ils pour définir une stratégie ?

4.1.1.1. En quoi consiste une stratégie ?

Les éléments de stratégie consistent à assigner des buts à l'hôpital dirigé, à travers une représentation de ses finalités. Les dirigeants se représentent l'hôpital comme un système qui délivre différents types de soins à des populations sur un territoire. Les finalités d'un établissement sont pour partie fixées par la tutelle et liées à une histoire, et pour partie réorientées par le dirigeant et les acteurs en présence : déterminer des services et actions de soins prioritaires (ouvrir et fermer des services, affecter des moyens etc.) sur un territoire (en

³⁰ Nous avons repris le terme de « système » pour désigner leur représentation de l'hôpital, même si autres termes ont été employés par les dirigeants (« machine », « maison »...). Nous avons retenu ce concept car il est doté de propriétés riches qui semblent opératoires pour les dirigeants.

³² Tous les termes et citations en italique sont extraits des entretiens et observations.

fonction des autres offres de soin) et accompagner une activité recherche plus ou moins importante. C'est une activité collective, négociée avec différents acteurs.

Encadré 3 : une stratégie qui consiste à se centrer sur « *ce qu'on fait le mieux* »

Le dirigeant D3 a exprimé une représentation des finalités du système centrée sur les activités de soins à maintenir ou arrêter. « *L'objectif final ça reste un pôle recherche, on avance là-dessus, les objectifs finaux du projet d'établissement ils restent...³²* ».

L'activité de définition d'une « *stratégie* » a consisté, pour le DG, à définir des activités de l'établissement à « *faire* » et à « *ne pas faire* ». Son but est de faire « *ce qu'ils font le mieux* » et « *ce qui ne se fait pas ailleurs* ». Ce choix est guidé par des conceptions sur le « *retard* » et l'« *avancée* » de la médecine dans un domaine et par un diagnostic de situation selon les indices suivants :

- soins pratiqués dans l'hôpital
- soins pratiqués dans d'autres établissements
- soins obligatoires ou non
- soins innovants en terme de recherche
- synergie entre les différentes activités de soin et de recherche.

Il s'est ainsi construit une représentation des soins prioritaires qui oriente les choix d'affectation de moyens, de postes et a occasionné la fermeture de services et des licenciements de chirurgiens.

L'exemple ci-dessous présente une autre représentation de la stratégie.

Encadré 4 : une stratégie qui consiste à assurer des soins en complémentarité avec les autres acteurs de santé d'un territoire

Le dirigeant D2 a développé une représentation d'un bon « *service public* » sur le territoire, au regard des autres offres de soin, notamment privées, ce qui oriente les choix d'activités à

maintenir/développer lors du SROS et les affectations prioritaires des budgets.

Le sens donné par le dirigeant au concept de « *service public* » est celui d'assurer certaines activités de soin et de recherche utiles à un territoire, en concurrence avec des acteurs de santé privés, et les assurer avec le meilleur niveau médical possible (« *progresser toujours* »).

Le DA résume cette « *stratégie* » par le terme de « *vision* », qui serait le propre d'un chef d'établissement et de ses proches collaborateurs : il appelle « *vision* » un ensemble de conceptions sur le service public, l'hôpital et son fonctionnement et son positionnement vis-à-vis des partenaires...

Dans les deux cas, définir la stratégie consiste donc à déterminer des secteurs d'activité prioritaires au regard de différents éléments de situation, à la fois internes et externes, liés à l'histoire de l'établissement, aux obligations fixées par la tutelle et au regard des activités développées par d'autres hôpitaux. L'activité de définition de « *stratégie* », largement contrainte par la tutelle et construite avec elle, consiste ainsi à donner à une certaine direction au système global. Les éléments de stratégie sont des finalités qui orientent l'évolution du système pour qu'il « *bouge* » ou « *progressse* » dans une certaine direction, selon les termes des dirigeants. Leur influence personnelle dans le choix des orientations d'un établissement est variable, comme nous allons le voir ci-après.

4.1.1.2. Une activité de construction et de partage de la stratégie

On observe différentes manières de définir cette stratégie, plus ou moins négociées et partagées, comme l'illustrent les exemples suivants.

Encadré 5 : D3, une stratégie personnelle

Le directeur a défini, seul, une « *stratégie* » pour l'hôpital qui oriente son activité. Il définit d'ailleurs son rôle comme « *d'arrêter la stratégie* ».

Il exprime la nécessité de « *faire passer* » ce but auprès des personnels de l'hôpital et de le « *mettre en musique* » avec l'aide de ses collaborateurs.

La définition de cette stratégie à long terme (15 ans) semble être, de l'avis de ses collaborateurs, une spécificité de ce directeur, comme le note l'un d'eux : « *il a une vraie*

vision stratégique et politique à long terme, percutante, dynamique, innovante, provocante ». Selon un autre : « *il est visionnaire* ». Le DG s'est toutefois vu reprocher par l'ARH une stratégie trop « *personnelle* » et pas assez partagée avec les personnels de l'hôpital.

Une seconde stratégie possible repose davantage sur la construction de compromis par la négociation. Elle semble, selon les acteurs rencontrés, la plus courante. Les finalités données à l'hôpital sont, dans ce cas, le fruit de compromis permanents. Elles donnent lieu à une activité permanente de définition et redéfinition par des arbitrages entre différentes orientations possibles. La direction donnée au système émerge ainsi de l'activité du dirigeant et de ses contraintes. Il apparaît que le dirigeant ne décide pas seul des éléments de stratégie mais en collaboration avec ses collaborateurs, de même qu'il fait participer certaines instances de l'hôpital. Selon le Directeur D2, certains directeurs d'établissement façonnent à leur main leur établissement mais lui n'a pas cette volonté. Il dit diriger « *en fonction de l'histoire locale, de la force et de la faiblesse de l'établissement* ».

Encadré 6 : D2, une stratégie négociée

Il explique aussi comment la stratégie est négociée au sein d'un « conseil stratégique » qu'il a installé (6 personnels du corps médical et 6 membres de la direction) : « *C'est dans ce conseil que se forge la politique de l'établissement pour la proposer au CA et à la CME. C'est là que collaborent l'administration et la direction avec le corps médical.* » ; « *Cela permet de préparer les décisions importantes de l'établissement, de réfléchir à la stratégie de l'établissement, à la façon de la mettre en œuvre et de la proposer aux décideurs mais pas de décider à leur place (...) dans le conseil stratégique, nous, on ne vote pas, peut être qu'à d'autres endroits, ça se fait mais nous on ne veut pas. On essaie de réfléchir, de discuter, et d'emporter les décisions par consensus après réflexion – voilà, pour nous, stratégique ce n'est pas seulement une question de sémantique* ».

Les dirigeants ont donc différents degrés d'influence sur la définition de la stratégie de leur établissement et différentes conceptions de ce qu'il convient de faire, plus ou moins négociées avec les conceptions des autres acteurs.

4.1.2. Une représentation visant à assurer le fonctionnement du système

Les dirigeants ne font pas qu'attribuer des finalités au système – en participant à la définition des secteurs d'activité à développer, maintenir ou arrêter -, ils tentent aussi de maintenir et d'améliorer le « *fonctionnement* » de l'hôpital par l'attribution de moyens et la mise en place de modes d'organisation de l'activité collective censés favoriser certains types de résultats. Ils visent :

- le maintien et l'amélioration du fonctionnement,
- grâce à un diagnostic sans cesse renouvelé de l'état de ce fonctionnement,
- par l'accès à l'information par différents circuits (directs et indirects).

4.1.2.1. Un but de maintien et d'amélioration du fonctionnement du système

Les dirigeants ont ainsi une autre forme d'activité qui consiste à déterminer les règles et les moyens qui régissent le fonctionnement du système hôpital, selon différentes représentations d'un « bon » fonctionnement.

La représentation d'un « bon » fonctionnement est orientée par leurs représentations des résultats à atteindre [une bonne prise en charge des patients] en balance avec une représentation des moyens adéquats [une bonne « *gestion* »], comme le montrent les extraits ci-dessous.

Les dirigeants peuvent avoir des représentations différentes de ce que serait le fonctionnement optimal d'un établissement mais tous se réfèrent au fait que « *ça tourne* », « *ça marche* », « *ça fonctionne* ».

Deux exemples illustrent ces différentes représentations du « *bon fonctionnement* ».

Encadré 7 : Rendre le meilleur service au moindre coût

Le dirigeant D3 a assigné d'autres buts au système : rendre le meilleur service au moindre coût. Ainsi, il cherche à saisir les « *opportunités* » pour récupérer des financements, faire des économies (plusieurs collaborateurs ont souligné son « *inquiétude* » ou son « *souci* » sur le contexte économique et budgétaire), assurer le service de soins quotidien (que « *ça fonctionne* »), selon sa conception du meilleur service possible. Ainsi, une certaine

conception du service rendu oriente ses choix : « *Il faudrait arriver à ce que chaque hôpital dans une grande ville ait un (service X) ouvert tout le temps, toute l'année.* » qui joue lors du passage à la gestion par pôles : « *Le service rendu est meilleur. Au final ça coûte moins cher par habitant, et les gens sont aussi bien pris en charge.* »

Encadré 8 : Assurer le fonctionnement du système et le rendre « gérable »

Le dirigeant D2 exprime aussi d'autres buts : « *C'est souvent l'exercice qui est le nôtre. On est à la fois obligé d'appliquer les textes et de vraiment faire en sorte que nos établissements soient gérés et gérables. Donc de faire des compromis. Ou de faire le grand écart pour trouver un moyen, tout en respectant au mieux possible la réglementation (...) mais sans remettre en cause la philosophie de ce qu'on a mis en place nous, qui marche bien. Donc c'est un peu le grand écart. C'est souvent le cas.* »

Certains de ses critères de réussite sont liés au « *fonctionnement* » de l'hôpital et des projets mis en œuvre : « *quand on est allé au bout d'un projet, il est en place, il fonctionne, ou bien dans une discussion, dans un enjeu quelconque on a réussi à faire prévaloir ses idées parce qu'on pense qu'elles sont bonnes pour le CHU et le fonctionnement de l'établissement, alors ce sont parfois des petites choses. C'est une succession de petites choses ou bien des grands sujets d'ampleur, de grande ampleur.* »

4.1.2.2. Un diagnostic continu de l'état de fonctionnement du système

Afin d'atteindre ces buts, les dirigeants ne cessent de se construire, dans leur activité quotidienne, un diagnostic de l'état de fonctionnement actuel du système : ils ont énoncé à de nombreuses reprises des prises d'information sur les « *dysfonctionnements* » du système, à différents « *niveaux* ».

Quelles variables du système observent-ils ? Nous en avons repéré six (liste non exhaustive) :

- Les soins rendus
- Les « *pratiques professionnelles* »
- Les « *pratiques de management* »

- L'équilibre financier
- Les activités réalisées (niveau de l'activité, domaines...)
- L'état d'avancement des projets en cours
- La conformité aux règles de fonctionnement

Ils prélèvent des informations par des canaux formels et informels en fonction du but de bon « *fonctionnement* » qu'ils visent. Témoin de cette préoccupation, le diagnostic que D3 a fait en prenant son poste dans l'hôpital : « *c'était parti dans tous les sens* » en lien avec « *un coût moyen par patient élevé* », des « *durées de séjour élevées* », malgré « *une grosse activité de recherche qui booste tout* ».

A l'aide des prises d'informations, les dirigeants posent des diagnostics sur le « *fonctionnement* » du système et ses « *dysfonctionnements* ». Ils ont exprimé un but de « *changement* » et d'« *amélioration* » de cet état. Par exemple, D3 a défini certaines variables du système qu'il souhaite changer. Il peut s'agir :

- d'améliorer la qualité des soins rendus – voire « *la qualité de vie* » des malades
- d'améliorer les pratiques professionnelles – voire de « *changer la vie* » en simplifiant certaines tâches et en améliorant leur efficacité (comme les achats de matériel)
- d'améliorer les pratiques de « *management* » - faire qu'un « *problème soit traité au bon niveau* »
- de rétablir « *l'équilibre* » financier de l'hôpital.

Il semble ainsi davantage guidé par une représentation du système finalisée par son évolution – « *changer* », « *améliorer* » – que son maintien en l'état actuel.

Les dirigeants ont à leur disposition différents circuits pour prélever des informations. Nous avons relevé des préférences individuelles dans les modes de prélèvement d'informations.

4.1.2.3. Les circuits de prise d'information

Il existe des prises d'informations directes sur l'état du système (non médiatisées par des outils) :

- Visites sur le « terrain » du dirigeant (exemple : le chef d'établissement qui fait la visite (prévue ou non) des services...). Très rares sont les occasions pour le dirigeant de se rendre dans les services en contact direct avec les usagers et certains membres des personnels. Certains dirigeants d'hôpitaux font pourtant des visites (prévues ou non) dans les services pour « *voir ce qui s'y passe* », « *rester en contact* ».

Le dirigeant D3 a ainsi le goût pour une prise d'information originale, hors circuit habituel, qui le renseigne sur l'état de « *fonctionnement* » des services. Il cherche un contact direct, non médiatisé, avec le personnel et l'état de l'hôpital (locaux...). Il y repère des « *détails* » qui sont pour lui autant d'indicateurs de « *dysfonctionnements* » potentiels. Il en a fait un trait d'identification de son rôle, à la différence de certains collègues. L'importance qu'il accorde à ce qu'il appelle les « *détails* » est liée à sa représentation fonctionnelle de l'hôpital : la qualité du fonctionnement se voit aussi par les « *détails* ».

Encadré 9 : D3, une stratégie de prise d'information hors circuits habituels

Le directeur fait régulièrement des visites improvisées dans les services : « *je peux aussi y aller de façon totalement improvisée un lundi matin à 8 heures pour prendre le café avec eux, en général ils aiment bien d'ailleurs*³³. *Très souvent avant de passer au bureau le matin je vais quelque part au hasard, parce que je ne reçois pas les gens comme ça sur rendez-vous, par contre j'aime bien voir les gens comme ça à l'improviste, hors circuit hiérarchique.* »

Il explique ce qu'il cherche à réaliser par ces visites comme suit :

« 1 – *ça m'évite des filtres,*

2 – *c'est dans ces moments là que je vois, que je comprends mieux les petits dysfonctionnements de la vie quotidienne, et pour moi les petits dysfonctionnements de la vie quotidienne c'est souvent beaucoup plus important qu'il n'y parait. Parce que les petits dysfonctionnements de la vie quotidienne c'est la qualité de vie au quotidien, d'une infirmière ou d'une ASH. Très souvent nos collaborateurs à nous s'en moquent de ça. (...) Pour moi le problème d'un directeur c'est la stratégie mais c'est aussi un WC où il n'y a pas de papier toilette, c'est inacceptable pour le quotidien d'un malade. (...) On doit je crois dans une*

³³ Ce passage montre qu'il est aussi attentif aux réactions des personnels à sa venue, en lien avec le travail sur sa « posture » de dirigeant (cf. plus loin). Le « d'ailleurs » laisse sous-entendre qu'il ne s'agit pas pour lui du premier but visé dans ces visites, mais qu'il s'agit d'un bénéfice secondaire.

fonction de direction, aller du micro détail à la stratégie mais si vous ne vous intéressez pas au micro détail, c'est pas bon. (...) On a du mal à faire comprendre que le détail ce n'est pas rien le détail, mais j'ai plein de collègues qui ne pensent pas du tout ça. (...) Je ne cherche pas quand je vais, je ne cherche pas de responsabilités individuelles quand je passe comme ça au hasard, mais moi je pense qu'à partir de petits détails comme les poubelles, ce sont des dysfonctionnements plus importants derrière. C'est mon pôle logistique qui ne fonctionne pas très bien. »

- Visites de personnels dans leur bureau. Les dirigeants peuvent choisir de recevoir ou non les personnels et quelquefois des usagers en rendez vous individuel dans leur bureau, certains s'y refusant.

Ces modes de prise d'informations sont utilisés pour repérer des détails, une atmosphère... Même si on observe des différences entre dirigeants sur ce point, certains réalisant ce type de prise d'informations, d'autres non. Elles servent au dirigeant d'outil de réajustement, d'indicateur à prendre en compte dans le pilotage de son activité, dans la mesure où précisément les détails peuvent être à l'origine de dérèglements lourds de conséquences. Comme le dit un dirigeant d'hôpital (D3), :

« je pense qu'un directeur dans ma position doit en savoir plus que ses collaborateurs. C'est pour ça qu'il est obligé, toujours, même s'il est très entouré, d'être au courant des choses. Je ne dis pas qu'il faut tout centraliser mais ne pas être au courant c'est prendre des risques. Donc vous voyez moi en tout cas je délègue beaucoup mais en même temps, s'il y a eu quelque chose d'important dont je suis pas au courant, je suis pas content. »

Les dirigeants utilisent aussi certains circuits indirects de prise d'information (médiatisés par d'autres personnes, services ou par des outils) :

- Etudes et tableaux de bord : service « qualité », sondages, tableaux de suivi et indicateurs de gestion (aussi bien nommés « indicateurs de pilotage »)
- Collègues : il s'agit de la « garde rapprochée » des dirigeants, c'est-à-dire de leur équipe de direction générale, sur laquelle ils s'appuient, mais aussi de relais dans l'hôpital (un Président de CME...). Les pairs (dans d'autres hôpitaux) peuvent parfois jouer un rôle d'alerte, de mise en garde et de remontée de rumeurs.

Par exemple, un directeur adjoint exprime ainsi son rôle dans la remontée d'informations aux dirigeants. Pour un collaborateur de D4 « *Je crois que ce qu'il aime et ce qu'il veut c'est beaucoup de transparence et justement, s'il nous ouvre autant son bureau et qu'il est aussi disponible c'est qu'il attend en revanche que nous on l'informe de tout et qu'il ne soit pas informé d'un problème par une voie détournée. Il ne veut pas apprendre par d'autres biais (...) tout façon, il préfère avoir 2 ou 3 fois la même information que pas du tout, ce qui me paraît logique* ».

- La presse et les agents externes sont également des sources d'informations indirectement, souvent réputées délicates, voire dangereuses (D1 et D2). La situation devient critique lorsque la presse s'en fait l'écho, ce qui rend le cas extrêmement sensible. Nous pouvons en inférer que ce qui est critique, c'est le moment où une question devient publique et commence à avoir des répercussions.

Tout ceci montre que l'activité de diagnostic est une activité critique pour piloter l'établissement. Selon D3, « *il faut toujours savoir ce qui se passe sinon on prend des risques* ».

4.2. Une représentation qui permet de faire des compromis et de « faire passer » les décisions

Dans le choix des finalités attribuées au système et de l'organisation de son fonctionnement, les dirigeants assument de nombreux compromis qui mobilisent autant de « raisons d'agir ». Il s'agit de concilier des visions du monde portées par les différents acteurs du système. L'ensemble de ces conceptions peut entrer en contradiction.

4.2.1. Des compromis au carrefour entre différentes « raisons d’agir » du dirigeant hospitalier.

Nous avons analysé les articulations à l’œuvre entre différentes logiques que les dirigeants définissent comme des « raisons d’agir » d’une part, et le positionnement des dirigeants hospitaliers à la jonction de ces logiques d’autre part.

Nous avons identifié trois logiques constituant des « raisons d’agir » des dirigeants.

Tout d’abord, la logique de l’Etat et des politiques publiques est la première à laquelle se réfèrent les dirigeants hospitaliers. Elle est le socle de leur légitimité.

Encadré 10 : Articuler le respect de la réglementation : « *faire que ça marche* »

« Est-ce que je m’écarte souvent de la réglementation ? J’ai une phrase classique, je vais dire entre gérer le réglementaire et gérer l’intelligent, je choisis toujours de gérer l’intelligent. Voilà, donc il m’arrive de m’écarter de la réglementation, comme par exemple, on a fait voter hier tout un ensemble de règles sur le fonctionnement de la CME et du conseil exécutif qui sont à la marge de la réglementation.

Le DRH me dit que ce n’est pas réglementaire. Je lui répond, qu’effectivement, cela ne l’est pas mais que comme ça, ça marche. Et c’est vrai qu’il ne faut pas être en infraction totale avec la réglementation mais il faut d’abord que ça marche (...) on essaye de trouver un artifice réglementaire qui rend la chose possible ». Il considère le chef d’établissement « non seulement comme garant de la permanence et la qualité des soins mais aussi le représentant légal du système ».

Ensuite, la logique entrepreneuriale est la seconde logique que nous avons vu à l’œuvre. Elle se réfère au monde de l’entreprise. Le dirigeant s’y réfère notamment en lien avec des réformes qui ont mis l’accent de plus en plus fortement sur la performance des établissements de santé. Cette logique est liée également au développement de la contractualisation comme modalité de gouvernance publique. Dans ce cadre de fonctionnement, le dirigeant peut estimer avoir toute latitude dans le cadre contractuel négocié avec la tutelle.

Encadré 11 : l'exemple d'une logique de type entrepreneuriale

« Moi je défends la structure qui me paye. Donc je suis là pour défendre une structure, je la défends, voire même je m'amuse à la défendre. Mais nous sommes dans une logique contractuelle depuis 1996 et une logique contractuelle présuppose deux parties au contrat : une partie ARH et une partie hôpital. Si moi je voulais la partie ARH, il n'y aura plus personne pour défendre l'hôpital, donc moi je défends mon jeu, l'ARH défend le sien. Moi j'ai toujours dit, et ça été quelque chose de constant auprès de tous mes collaborateurs à l'hôpital. Je ne reproche jamais à quelqu'un de jouer son jeu, qu'il sache que je jouerai le mien. On est dans une stratégie contractuelle. S'ils ne sont pas d'accord qu'ils le disent. Le contrat qu'on avait signé avec l'ARH en 1999, ce n'est pas moi qui ait forcé le directeur de l'agence à le signer. Donc il l'a accepté, il avait sûrement lui aussi des bénéfices secondaires. Alors là, depuis plusieurs années, je n'ai plus aucun état d'âme parce que pendant quelques années, au tout début où j'étais directeur, je me demandais si j'étais le chef de l'établissement ou un « haut fonctionnaire chargé d'appliquer, de faire une politique de stratégie. Je vais te dire de 1990 à 1996, je me suis posé la question, ce qui me posait quand même quelques difficultés des fois à dormir la nuit. A partir de 1996 cela été lumineux : on est dans une procédure contractuelle, je joue mon jeu. Si les autres en veulent ils signent, s'ils n'en veulent pas, ils ne signent pas. Moi aussi de jouer un jeu qui soit signable, je ne fais pas n'importe quoi. Je veux dire je ne vais pas ouvrir un service de chirurgie cardiaque à CH. Ce que j'ai proposé me semblait, il me semble toujours être une bonne solution. Par contre à la question si j'étais directeur d'agence ou même est-ce que moi j'aurais signé, je ne suis pas sûr, je ne suis pas sûr que j'aurais signé le contrat, mais bon c'est là que l'équation personnelle joue»

Enfin, la logique des valeurs individuelles est invoquée lorsque le dirigeant est aux prises avec les contradictions du système. Il doit alors prendre des positions qui le conduisent à des transgressions, soit transgressions des règles instituées, soit transgressions des normes admises en pareil cas, soit transgressions de ces valeurs. Ces transgressions méritent une attention toute particulière.

Les dirigeants font ainsi des compromis permanents entre des considérations liées au bon fonctionnement du système (« respecter la réglementation », « tendre vers l'équilibre

financier », « *durer* », « *ça tourne* ») et à son efficacité pour atteindre les finalités visées (« *ça marche* », « *ne pas prendre de risques* », « *pratiquer le juste soin* »).

Encadré 12 : Des compromis entre différentes finalités et différents modes de fonctionnement possibles

Compromis entre la maîtrise des coûts et des « projets intéressants ». Pour le dirigeant D4 :

« S'intéresser seulement aux questions financières c'est réducteur. Ne pas s'occuper des affaires financières c'est suicidaire. Notre objectif c'est de durer (au sens que l'hôpital dure). Si on ne tient pas compte des déficits et de ce qui va se passer dans les années qui viennent, c'est notre outil de travail que l'on met en péril. La pérennité de la structure passe par l'équilibre ou le plus possible tendre vers l'équilibre financier. Donc on ne peut pas l'ignorer comme on ne peut pas ignorer le recrutement du personnel médical ou paramédical. Il y a des choses qui sont la base sur laquelle on construit après des projets plus intéressants mais si on construit une situation financière dégradée alors c'est construire une politique à courte vue ».

Le fait que les dirigeants élaborent des compromis en permanence s'explique par le fait qu'ils se situent au centre d'un faisceau d'attentes contradictoires sur l'hôpital : les prescriptions de la tutelle – réduire les coûts de fonctionnement tout en maintenant une qualité de soin -, celles des personnels – qui demandent plus de moyens, notamment humains -, celles des patients. Ces prescriptions peuvent être en opposition, ce qui nécessite de faire des arbitrages entre des considérations d'efficacité, de légalité et de moyens.

4.2.2. Des compromis orientés par une recherche « d'équilibre » du système

Une autre façon d'analyser les compromis des dirigeants consiste à identifier les concepts mobilisés pour les résoudre. Ils semblent en effet organisés par un ensemble de concepts qui concernent l'évolution du système et son maintien. Nous avons ainsi relevé dans les discours des dirigeants un ensemble de préoccupations liées à la recherche d'un « *progrès* », du « *changement* » dans une certaine direction, mais aussi des préoccupations liées à la recherche du maintien du système et de sa « *survie* » (« *durer* », « *ne pas mourir* »).

Nous faisons l'hypothèse que ces considérations renvoient au champ conceptuel de l'équilibre, qui permettrait de faire le lien entre des préoccupations de changement et de maintien de l'unité du système. Le concept « *d'équilibre* », même s'il n'a été énoncé comme tel qu'à quelques reprises, permet en effet de penser les relations dynamiques entre éléments d'un système dans une direction donnée. La notion d'équilibre est dynamique en physique et en biologie, elle est aussi utilisée en mathématiques et en économie. Il n'y aurait pas de mouvement sans équilibre : l'équilibre est un état du système qui permet les évolutions, dont la stabilité. A l'inverse, il n'y a pas d'équilibre sans mouvement : le maintien de l'équilibre se fait par des ajustements permanents contre la chute, la dislocation, l'arrêt, ce qui renvoie à la notion d'équilibre instable en physique. Les éléments du système sont assimilables à des forces.

Encadré 13 : Chercher l'équilibre du système

Ce Directeur Adjoint du dirigeant D2 évoque plusieurs métaphores pour représenter l'hôpital : « *machine lourde* », « *paquebot* », « *corps social* », qui expriment la recherche d'un « *équilibre* » : « *En plus la machine CHU c'est une machine lourde...* ». « *Je peux prendre l'exemple des bateaux, c'est un gros paquebot et vous ne bougez pas un gros paquebot comme vous bougez un petit navire de pêche* ». « *Oui, il y a toujours des compromis à faire. Il y a des idées sur ça, qui ne sont pas particulières à l'hôpital comme la notion d'équilibre. Un corps social, c'est comme un corps comme vous et moi. Pour pouvoir avancer on a besoin d'équilibre et en même temps on n'a d'équilibre que si on se meut. C'est pareil sur la gestion d'une structure hospitalière.* »

La richesse des propriétés du concept *d'équilibre*, tel qu'il est défini dans différents champs de connaissances, permet d'éclairer sous un nouvel angle l'activité des dirigeants. Il permet en effet de regrouper un ensemble de préoccupations liées au fait de diriger un système : le dirigeant est celui qui guide, au sens où il cherche à faire évoluer le système et ses composantes dans une certaine direction – faire « *aller* » vers, « *progresser* » – tout en s'assurant du maintien de l'unité du tout (éviter la crise, la dislocation, le blocage, faire que « *ça tourne* »). Les propriétés pragmatiques du champ conceptuel lié à l'équilibre seraient ainsi :

- La continuité – ou une certaine stabilité et unité dans le fonctionnement : maintien d'un bon état de « *marche* » pour « *durer* », « *ne pas mourir* », éviter la crise, le blocage etc.
- La direction : les « *changements* » de plus ou moins grande ampleur qui sont visés, les « *améliorations* », les « *progressions* » etc.

Selon cette hypothèse, l'usage de concepts-en-actes liés au champ conceptuel de l'équilibre permettrait aux dirigeants d'effectuer des arbitrages entre des buts de modification du système selon certaines finalités (« *améliorer* », « *changer* », « *progresser* ») et des buts de maintien de son unité pour assurer la continuité de son fonctionnement (« *assurer la continuité des soins* », « *ça tourne* », « *ça marche* », « *être gérable* », « *maintenir l'équilibre financier* »). L'usage de ces concepts permet un diagnostic de ce qui est améliorable, modifiable pour un établissement et un diagnostic de ce qui est vital, de ce qui tourne, de ce qui marche plus ou moins bien. Nous formulons également l'hypothèse que les dirigeants pourraient avoir des profils plus ou moins réformateurs ou conservateurs – s'ils privilégient l'un ou l'autre aspect-, ou qu'un même dirigeant sera plus ou moins réformateur ou conservateur selon les situations rencontrées – certaines nécessitant des changements importants, d'autres moins.

4.2.3. Des compromis aux transgressions

Les compromis peuvent parfois aller jusqu'à une forme de transgression. Nous désignons l'ensemble des actions qui dans l'organisation, sont en contradiction avec les règles (loi, règlement intérieur, ordre du n+1...) ou les normes (conventions le plus souvent tacites).

A différentes reprises les dirigeants ont décrit de manière précise et en s'appuyant sur des exemples très concrets, les formes prises par ces transgressions et de quelle manière elles pouvaient influencer leur décision et modes d'action.

Nous reprendrons deux exemples : le premier concerne une décision visant à assurer la permanence et la continuité des soins, le second rend compte des difficultés face à un problème de conformité.

Encadré 5 : assurer la permanence des soins en dépit des règles instituées.

« On est soumis (cela heurte au quotidien notre probité) à des exigences contradictoires : d'une part vous devez assurer la permanence des soins, sinon vous n'êtes pas un directeur efficace, efficient, vous ne faites pas votre travail, vous privez la population d'une couverture sanitaire. Mais, d'autre part, vous devez aussi respecter les normes et règles de la comptabilité publique. La réalité c'est que pour venir remplacer tel docteur le dimanche, on vous dit « c'est tant ». Vous dites « non ça ne va pas » on vous dit « et bien je ne viens pas ». Et, à côté, ils disent « oui » donc il y va. Vous êtes obligé de négocier les conditions qu'on vous propose pour assurer la permanence du service public. Vous enfreignez l'un ou l'autre : où vous n'assurez pas la permanence des soins il y a un vide et ça ne va pas et si vous payez la personne plus cher ça ne va pas non plus. Alors, si vous voulez que tout aille, il faut trouver quelqu'un qui vienne au prix.

On a pris le parti de ne pas faire les choses en douce. Quand par exemple vous voulez payer quelqu'un plus que ne vous y autorise la réglementation il y a deux façons de faire : soit vous allongez la durée de la présence de manière fictive sous forme de fausse déclaration ; soit on passe un contrat de travail en annonçant la couleur.

Moi je passe un contrat de travail en annonçant la couleur : vous serez présent 3 jours payés tant. Il y a un contrat avec la durée exacte avec un salaire qui apparaît exorbitant et j'envoie le contrat à l'ARH auprès du médecin inspecteur régional de telle sorte que je ne dissimule pas les choses et que l'ARH ait conscience des choses et puisse déférer le contrat au tribunal administratif. Cette pratique n'est pas destinée à nous couvrir mais à informer de telle sorte que la tutelle ne puisse pas dire qu'elle ne savait pas.

Le choix consistant à allonger la durée a l'apparence de la légalité si personne ne vient enquêter pour voir qui était là ou pas. Formellement c'est propre. Alors que l'autre choix c'est tout de suite manifester que quelque chose ne va pas. C'est un choix ».

On voit à l'œuvre le mécanisme de transgression au service de l'organisation, dans le cadre où les règles instituées, fondées sur les principes d'intemporalité (elles s'appliquent quels que soient les contextes) et d'universalité (elles s'appliquent à tous), ne peuvent tenir compte des situations singulières ou des contextes.

Encadré 6 : La responsabilité du directeur face à la non-conformité aux règles de sécurité.

« A mon arrivée tous les bâtiments étaient frappés d'une interdiction d'exploitation sur le plan de la sécurité incendie. Je recevais cela de la préfecture. J'en ai parlé au maire, il m'a dit qu'il fallait continuer. Je lui ai dit qu'il était responsable en cas de pépin. Je me suis toujours senti en insécurité ici : une infection grave au bloc ... je n'y suis pour rien mais je suis responsable parce que je suis là. Progressivement, on a retourné les choses. On a obtenu une autorisation à exercer, cette affaire est réglée mais pendant 4 ans on n'en a pas eu. Quand j'en ai parlé au maire il m'a dit que c'était lui qui était responsable pour l'ouverture ou la fermeture. Dans les EPS, cette responsabilité n'est pas claire.

Chez nous les sapeurs pompiers, la sous préfecture, font leur boulot : ils constatent que le texte dit blanc et qu'à l'hôpital c'est gris et ils constatent que ce n'est pas conforme mais disent au directeur que c'est à lui de voir.

C'est vrai sur tous les sujets. Ce n'est pas un travail de tutelle qui est fait mais un travail de contrôle : conforme ou pas. Et si contrôle, on peut dire que ceux d'en haut ont fait leur boulot. » (D1,)

« Moi j'ai une réanimation qui n'est pas réglementaire, j'ai les urgences qui ne sont pas réglementaires, constamment. Donc, aujourd'hui il y a un problème d'un décès en réanimation, on peut me dire « j'ai jusqu'en 2007 ». Je peux dire jusqu'en décembre, mais à partir du 1^{er} janvier 2008 la réanimation ne sera toujours pas réglementaire, s'il y a un décès en réanimation, on pourra dire Monsieur le Directeur, vous aviez 5 ans pour mettre votre maison en conformité, vous ne l'avez pas fait. Bien oui mais si je ne l'ai pas fait, ça dépend de vous puisque depuis 2005, j'ai demandé de l'argent, à non, ce n'est pas mon problème, c'est vous le responsable, vous ne pouvez pas... Constamment c'est ça, constamment on prend des risques » (D4)

Ces transgressions, dans le sens que nous avons mobilisé ci avant, sont présentées par les dirigeants comme une caractéristique de leur activité. Le problème du dirigeant n'est pas qu'elles existent mais de leur construire un système de légitimation.

4.2.4. Logiques de justification et construction de légitimité autour de ces transgressions

Ces tensions se retrouvent également dans le discours que les dirigeants tiennent à propos de leur logique d'action. La justification de leur positionnement renvoie à la nécessité de construction d'une légitimité à plusieurs niveaux. Les dirigeants sont amenés à construire dans les champs de tensions qui traversent leurs fonctions, les mécanismes de justification (au sens de l'économie des conventions) qui permettent de régler de manière temporaire les situations.

Une part de l'activité des dirigeants hospitalier consiste à concilier deux systèmes de légitimation de l'action : celui fondé sur des normes et règlements et celui fondé sur la performance de gestion et l'atteinte de résultats. Cela revient, pour le dirigeant, à accepter les oscillations entre les aspects de sa conduite répondant à une logique de planification (action au nom de l'Etat et des politiques publiques) et les aspects de sa conduite qui répondent à une construction de sa liberté stratégique y compris par des formes de transgressions.

Interrogés sur l'éventuelle contradiction de ces deux logiques, les directeurs ont souvent, dans un premier temps un positionnement normatif, affirmant qu'il leur revient que ces deux logiques soient compatibles ou de faire en sorte qu'elles le deviennent. Cela se fait parfois au prix de la cohérence de l'action du directeur. C'est bien le compromis par l'articulation des deux logiques et non l'opposition ou le choix d'une logique au détriment de l'autre qui est finalement retenu. La tension entre les deux logiques se manifeste par exemple par la difficulté des directeurs à indiquer clairement quelle est leur hiérarchie. A cette question ouverte, ils citent le ministre ou le ministère, le directeur de l'action sanitaire et sociale, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ou ne renseignent pas le questionnaire³⁴. Cette tension éclaire également une certaine ambiguïté des propos que les directeurs tiennent sur leur métier au carrefour entre le rôle classique d'un dirigeant assumant les responsabilités et les risques inhérents à cette fonction et le rôle représentant de l'Etat sur le territoire.

Encadré 7 : le métier de directeur d'hôpital, chef d'établissement, quel positionnement

D1 : *«Il y a une espèce de hiérarchie des risques que tu prends et puis on n'arrête pas de délibérer, on essaye de faire en sorte que la décision soit le plus collective possible, mais on*

³⁴ Enquête par questionnaire AEAE / DH, 2003

sait très bien que ce n'est pas parce que le conseil délibère sur un certain nombre de chose que ça dédouane des directeurs de sa responsabilité. Je pense que c'est là une des grosses difficultés de notre métier. La grosse difficulté c'est la part de risque que l'on prend pour que la structure tourne et sans qu'on soit en capacité d'établir, et d'ailleurs tous les collègues qui ont eu des vrais soucis, on très mal vécu cette partie là, ceux qui ont eu des incendies dans des maisons de retraites, des trucs comme ça, on été mis en examen ou comme l'ancien directeur de Meaux, trois mois avec sursis pour homicide involontaire, faut quand même les supporter les homicides involontaires.

La fonction égale le risque, ça clairement, mais j'allais dire le problème qu'une fonction de direction soit un risque ça me semble normal. Le problème des risques c'est quand on a la capacité de les donner, de les maîtriser et de les réduire le plus possible. Un chirurgien il prend un risque et il y des protocoles, des assistants, et à ce moment là il domine son risque. Le problème c'est qu,e pour nous, on est dans des circonstances où on n'a pas les moyens d'agir pour le risque. Mon collègue qui n'avait pas d'anesthésiste, quel moyen il a pour régler le problème ? On est dans une situation, on met les gens au fond d'un four et on leur dit maintenant débrouillez-vous pour climatiser. Mais il ne fallait pas se mettre dans un four, donc il y a un vrai décalage dans la prise de risque entre les gens qui sont à même de les dominer et les autres qui sont dans une situation difficile quoi qu'ils fassent »

D4 : « Quand on voit qu'un certain nombre de collègues ont été mis en examen parce que pour attirer des médecins ou des anesthésistes ils étaient obligés de les payer deux vacations pour une, on se dit qu'on est quand même quelques chose ... je suis désolé mais la question de la pénurie, elle n'est pas prévue dans le statut. Le statut n'a rien prévu pour pénurie. » ...

« Au bout d'un certain temps, moi je ne vois pas pourquoi on continue tous à engager sa responsabilité pour faire fonctionner une structure alors que d'autres, qu'on a pourtant averti sur les conséquences des termes de leur action, continuent à ne rien dire, à ne rien prendre et te laissent tomber quand toi tu es dans le souci. La démographie médicale ça fait des années, des années que l'on en parle. Il existe au moins une 1/2 douzaine d'observatoires officiels sur la démographie médicale. Si aujourd'hui, il y a un problème de démographie médicale, ce n'est pas faute d'avoir prévenu le régulateur, et je ne vois pas pourquoi le directeur d'hôpital prendrait sur sa propre responsabilité, tout seul, le soin de faire marcher en prenant des risques personnels de faire marcher la structure

Il est garant de la permanence des soins, et la continuité du service public

Oui, il n'est pas garant, il est responsable légal de la structure

Oui mais justement là, l'obligation de résultat si on n'admet que comme en amont tout n'est pas fait pour qu'on soit réglementairement correct en aval, on a cette possibilité de connivence avec le régulateur, à ce moment là, oui si on a le sentiment que à l'inverse quand tout va bien personne ne dit rien, tout va bien, on se tait, on se couvre. Enfin on se couvre on fait comme ci les problèmes n'existaient pas, mais dès que le problème apparaît dans le journal, tout le monde te tombe dessus et que tu n'as plus de possibilité de connivence, là tu cours un risque réel, et moi je n'ai plus envie de le courir, je n'ai plus envie de courir »

4.2.5. Une représentation affectée par « ce qui passe » ou « ne passe pas » dans un système en tensions

Compte tenu de la nécessité des compromis, la représentation que les dirigeants se font du système est enfin affectée par des considérations d'acceptabilité (« *ce qui passe* » ou « *ne passe pas* »). Le dirigeant n'est pas seul à fixer des finalités et des modalités de fonctionnement au système : celles-ci ont à être acceptées par les autres si elles veulent être suivies d'effet. Une des caractéristiques du système hôpital est que, pour modifier l'état et la direction du système, le dirigeant a besoin des autres : ses collaborateurs mais surtout les personnels du système hospitalier qui peuvent rejeter voire bloquer certaines initiatives, les rendre inopérantes et sans effet. Pour ce directeur, il ne suffit pas de prendre une décision pour qu'elle ait un pouvoir de changement sur le système : encore faut-il la « *faire partager* ».

Le DG s'y contraint : « *je n'ai pas d'autres issues que de faire partager les décisions avec les médecins mais je ne suis pas sûr que ça marche* ». Selon lui, si la CME est « *en phase avec la CGT, le système se bloque* ». L'hôpital n'est pas un système sur lequel il peut agir seul et à sa guise. Le collaborateur de ce directeur le résumait ainsi : « *C'est une affaire d'hommes, tout ça* ». C'est un système qui « *fonctionne avec des hommes* », et différentes catégories d'acteurs ayant des attentes parfois contradictoires.

En effet, le dirigeant n'est pas le seul à donner des buts au système et à chacun de ses éléments : les autres acteurs défendent des buts, proches ou en opposition avec ceux du dirigeant, avec différents moyens de pression. Le dirigeant identifie leur « pouvoir » : « *le pouvoir médical est très fort dans un hôpital* ». Tous les acteurs ont une représentation – plus ou moins poussée – du système hôpital, qui peut converger ou diverger de celle de la tutelle, d'autres acteurs ou de la direction. Le dirigeant est censé être le seul à avoir un point de vue

global et pour fonction d'arbitrer entre ces représentations. S'engagent alors des stratégies d'influence sur les décisions régulées par les processus décisionnels de l'hôpital (multiples instances représentatives qui sont le lieu de débat et de décision finale), auquel le dirigeant se plie mais qu'il maîtrise par certains aspects (maîtrise de l'ordre du jour...). Les considérations d'acceptabilité sont ainsi liées aux personnes mais aussi aux dispositifs de prise de décision qui les conditionnent en partie.

Ceci explique le fait que, dans son activité, « *faire passer* » les décisions, comme le dit un dirigeant (D3), ou « *les faire partager* », devienne un but presque aussi important que de les prendre. Un autre dirigeant parle quant à lui de « *partager les décisions* » (D2). Un autre encore (D4) justifie l'importance de cette préoccupation d'acceptabilité des orientations choisies par un souci pragmatique : « *Rester éthique et pratiquer le juste soin. Parce que si le personnel a le sentiment qu'on le force à faire des choses qui sont contre ses valeurs, par exemple que ce sont les mécanismes de facturation qui déterminent les stratégies thérapeutiques, le personnel va partir, et on va se retrouver en situation où on aura les frais sans avoir la possibilité d'agir. Donc c'est là extrêmement contre productif, donc éthique et juste soin ça doit rester la règle* ».

Encadré 17 : Diagnostiquer ce qui « *passe* » et le « *faire passer* » (D3)

« *Faire passer* » les décisions conditionne le succès des changements sur le système et peut entrer en contradiction avec eux car cela « *prend du temps* ». Le DG est ainsi amené à faire des compromis pour atteindre les buts visés : « *Je suis convaincu qu'aller trop vite c'est prendre du retard.* », « *donc on peut pas avoir raison tout seul et en même temps on n'a pas toute l'éternité devant soi pour plein de raisons : parce qu'il y a la T2A, il y a un tas de choses.* ». Comme « *faire passer* » « *prend du temps* » et ne se résout pas forcément quand les oppositions sont irréconciliables, et il est parfois allé jusqu'à « *la rupture* » (grève), ce qui reste l'exception. Le « *compromis* » restant, de l'avis de deux de ses proches collaborateurs, la règle. Concernant les pôles, il dit « *pour y arriver, je ne peux pas mettre l'hôpital à feu et à sang* ».

Pour ce faire, le dirigeant D3 est attentif à certains indices :

- Les personnes influentes : en raison de leur position (Président de CME...), mais aussi les « *leaders d'opinion* »
- les acteurs qui partagent ou non ses conceptions : pour cela, il se représente leurs intérêts (« *Et ça va un peu contre leurs intérêts. Les syndicats, ils préfèrent (...) Donc ça faut le comprendre* ») et leurs réactions (« *les médecins c'est fait, les médecins la partagent complètement cette vision, les personnels je n'en suis pas sûr.* »)

En croisant ces indices, il identifie, sur chaque dossier, ses « *amis* », ses « *ennemis* », ses « *appuis* » et ceux qu'il cherche à « *isoler* ». La connaissance du système lui permet d'anticiper les comportements des acteurs suite à ses propositions : « *Là on n'y arrivera pas, parce que je vais avoir une pression des chefs de service. Chacun va défendre son territoire à lui.* ». L'élaboration de cette carte politique lui permet de déterminer les modalités d'action et ses chances de succès.

Il cherche aussi à éviter les blocages par le processus de débat institué dans les commissions. Il cherche également à « *convaincre* », directement ou par le biais de ses collaborateurs (dont « *l'effet d'entraînement* » est un critère de compétence selon lui). Ses collaborateurs lui reconnaissent d'ailleurs cette « *force de conviction* ». Lorsqu'il est en conflit avec des acteurs porteurs d'autres visions du système, il ne s'appuie pas sur une affirmation autoritaire de sa puissance mais il recourt à des systèmes de légitimité différents de ceux des opposants : juridique et légale, financière, politique voire idéologique (service public, intérêt général, intérêt des patients...). Ceci l'amène à se justifier par des argumentaires, comme c'est le cas sur le dossier de la mise en oeuvre pôles où il justifie sa position par 1) des économies et 2) un argument de meilleur service rendu.

Nous allons voir, dans un autre cas, comment un dirigeant gère la prise en compte de l'acceptabilité des décisions.

Encadré 8 : Le « sens politique » pour faire « partager » les décisions afin qu'elles « passent » (D2)

Ce directeur évoque sa préoccupation de « *partager* » les décisions. Un collaborateur a qualifié le mode d'action des dirigeants « *au consensus* » ou « *en force* » selon les cas. Il a exprimé sa volonté de travailler « *au consensus* » par les réunions avec les instances et le débat des choix. Son adjoint a exprimé la même posture : « *Donc la vision c'est de dire bon*

voilà cette ligne. Là on la fixe et puis ensuite, à chaque fois qu'on peut, on avance, non pas en brutalisant le corps social, mais avec des petits pas, et chaque fois... ». Le dirigeant cherche à éviter les blocages par le processus de débat institué dans les commissions.

Il cherche aussi à « convaincre », comme l'exprime ce directeur adjoint, à l'aide de ce qu'il appelle « le sens politique ». « Selon qu'on l'ait ou qu'on ne l'ait pas, le même dossier il passe ou il ne passe pas. C'est déterminant. Vous avez une bonne copie mais vous ne savez pas la vendre, vous ne la vendez pas. (...) Ou présenter un bon budget ou un projet d'activité avec des ratios financiers, comptable, tout ce que vous voulez, bien étayés, c'est brillant dans tous les sens mais vous n'êtes pas capable d'argumenter votre dossier, il faut convaincre. Il faut convaincre l'interlocuteur que votre dossier est un bon dossier. (...) Si on n'est pas capable d'établir un climat de confiance, et bien ça passe pas. On a passé de midi à deux heures avec M. A et M. P, avec le président de la CME et le doyen de la fac de médecine pour préparer des réunions importantes, et si ça ne se passe pas dans un climat de confiance, d'écoute, de respect dans les deux sens, comment voulez-vous préparer une réunion, l'instruction d'un dossier un peu sensible ? Il faut choisir, en l'occurrence, des problématiques de nomination de médecins sur des postes, avec des choix importants ou délicats. Comment voulez-vous traiter ces questions là uniquement sous une dimension strictement rationnelle, par rapport à un taux d'activité, c'est important mais ça suffit pas, et ça je suis pas loin de penser que c'est la partie la plus importante dans ce qu'on fait... Je suis presque en train de dire que la forme est plus importante que le fond, en fait. Mais dans toute fonction de direction, je pense. »

Pour ce faire, le Directeur D2 est attentif à d'autres éléments de situation, liés aux comportements des différents acteurs de l'hôpital :

- le degré d'investissement des médecins dans le collectif :
« Ils sont très occupés par la fonction médicale. Ils ont une charge de travail lourde, ils sont très pris au quotidien. Ils s'investissent plus ou moins dans l'avenir », « il y a tellement de projets en cours qu'il est difficile de trouver des médecins pour les suivre. »
- leurs attentes et leur capacité d'opposition ou de convergence avec la direction :
« On a tendance à opposer direction et médecins, ce n'est plus vrai »
- les attentes des autres personnels de l'hôpital, comme les infirmières :

« Elles sont soucieuses du quotidien, du travail quotidien dans les services. Ce qu'attendent les infirmières dans le service, ce n'est pas forcément des décisions stratégiques, c'est qu'on leur donne la possibilité de fonctionner quotidiennement. Quelque fois on s'aperçoit du décalage. Nous, on est absorbé par le long terme et elles, elles sont soucieuses du quotidien, à juste titre. »

- la capacité à « dialoguer » et négocier avec le directeur de l'ARH :

« nous avons la chance d'avoir une direction d'agence régionale qui écoute, qui dialogue, ce n'est pas toujours le cas mais là c'est le cas en tout cas. Nous avons un directeur d'AR et ces collaborateurs qui sont des personnes qui dialoguent réellement et on a pu avec eux discuter, faire valoir un certain nombre d'idées, transmettre notre synthèse. On a pu travailler dans de bonnes conditions. »

La représentation que les dirigeants ont de l'hôpital est donc aussi liée aux conditions d'action sur le système : ils sont attentifs aux positions et stratégies des différents acteurs par rapport aux initiatives de la direction, à leur capacité de blocage mais aussi à leurs capacités de propositions. L'acceptabilité de chacune des décisions d'orientation et de fonctionnement est aussi prise en compte par le dirigeant vis-à-vis des acteurs du système. Il le prend en compte pour piloter son action.

Synthèse du chapitre 4

Les dirigeants mènent une forme d'activité intériorisée qui consiste à poser des diagnostics répétés sur l'hôpital, à s'en construire une représentation selon certaines caractéristiques fonctionnelles :

- les finalités de l'établissement – selon son histoire, les attentes de la tutelle et des personnels, mais aussi les autres acteurs de santé sur le territoire – afin de déterminer, en concertation avec la tutelle et les partenaires, les secteurs d'activité à développer ou à arrêter ;
- l'état de « fonctionnement » de l'établissement – selon ses résultats, les moyens financiers et humains, les modalités de travail et la réglementation – afin de déterminer les modes de fonctionnement les plus adéquats ;
- les positions et stratégies des acteurs en présence – leur capacité de proposition, de blocage ou de relais – afin de déterminer la manière de « faire passer » les décisions.

Ces diagnostics leur permettent d'arbitrer entre plusieurs options et de déterminer dans quel sens l'institution va « *bouger* », la manière dont elle peut « *tourner* » de manière aussi efficace, légale et efficiente que possible, et la façon de « *faire passer* » des changements.

Pour ce faire, ils mobilisent des conceptions sur ce qu'est un bon fonctionnement du système et ce qu'est un bon service de soin sur un territoire, qui constituent des éléments de leur expertise. Sur quoi ces conceptions sont-elles fondées ? Sont-elles étayées sur des connaissances ou spontanées ? Sont-elles personnelles au dirigeant ou prennent-elles en compte les conceptions des autres acteurs du système ? Sont-elles exposées et soumises à débat ?

La construction de cette représentation fonctionnelle est finalement ce qui donne une unité à l'activité d'un dirigeant. Pour le dirigeant, le sens de chaque situation particulière, de chaque événement, de chaque action découle de sa place, de son importance, de son rôle dans le système, dans sa dynamique et dans la direction que cela peut contribuer à donner au système global. On voit ainsi que le travail n'est pas réduit à son immédiateté et à sa particularité du moment et qu'il est interprété dans le système et en fonction du système général. Les différentes composantes du système et ses éléments, même les plus infimes sont ordonnés, pour le dirigeant, aux finalités du système dans son ensemble. C'est encore là le sens d'une

représentation fonctionnelle. Sa finalisation globale reconfigure le sens de chaque élément et de chaque événement qui opère ou survient dans son champ de validité. Ce que ce dirigeant appelle des « *détails* » peuvent ainsi devenir les indices d'un « *dysfonctionnement* » selon sa représentation. Ainsi, les dirigeants ont une représentation déformée et finalisée de l'hôpital qui grossit certains traits pertinents pour le diagnostic et l'action et en diminue d'autres.

Comment, concrètement, agissent-ils sur l'ensemble du système et ses éléments ? Quelles actions mènent-ils pour orienter le système dans les directions voulues ?

Chapitre 5. Les modalités de l'action du dirigeant

Les dirigeants ont comme caractéristique d'avoir à agir sur des objets lointains et vastes qui ne leur sont pas accessibles directement. Comment agissent-ils ? Nous nous sommes posés une question classique en ergonomie : quels objets sont transformés dans et par l'activité (De Montmollin, 1986) ?

L'identification des représentations fonctionnelles des dirigeants ne suffit en effet pas à comprendre comment ils interviennent sur ces objets complexes. Pour cela, il nous faut revenir à l'observation de leur action quotidienne.

Comme le fonctionnement de l'hôpital est un objet sur lequel ils ne peuvent agir seul et de façon directe, il est apparu que l'action des dirigeants est médiatisée par un ensemble d'objets intermédiaires qui deviennent les objets directs de leur travail : ils ont comme propriété d'être manipulables dans leur activité, d'être partagés avec les autres (objets transactionnels servant d'espace de partage d'informations mais aussi de médiation, de transaction) et d'avoir des impacts sur les objets visés indirectement par l'activité.

Nous en avons repéré deux qui nous semblent les principaux objets directs transformés par leur action directe :

- des « dossiers » : ce sont les actions en cours dans l'hôpital qui sont reconnues comme des objets à traiter par les dirigeants.
- une « posture » : pour traiter les dossiers, les dirigeants mobilisent une marge de manœuvre qui est à la fois donnée/créée/maintenue... C'est une des conditions de réalisation de leur travail. Les dirigeants sont pris dans un rôle, une image qu'on leur attribue et qu'ils s'attribuent... Il s'agit d'un objet de préoccupation fort dans leur activité, qui est aussi un objet du travail.

Afin de produire des effets sur ce qui est désigné comme « dossier » ou de consolider sa « posture », les dirigeants mettent enfin en œuvre des modalités d'action visant à modifier ou à orienter l'activité des autres acteurs, que nous développerons dans un dernier point.

5.1. Les dossiers, les objets intermédiaires de l'activité du dirigeant

Selon nos observations, un objet intermédiaire primordial est le « *dossier* » qui constitue une sorte d'unité de base du travail. Nous avons retenu ce terme car c'est celui qui est utilisé par les dirigeants membres de la direction générale, même s'ils parlent aussi de « *sujets* », de « *thèmes* » et de « *affaires* ». La définition qu'en donne un directeur adjoint est inductive et extensive, s'appliquant à une multitude d'objets : « *Tout dépend ce qu'on appelle dossier, parce que recruter une infirmière c'est un dossier en tant que tel et puis faire un projet d'établissement aussi ; Il n'y a pas de commune mesure entre l'un et l'autre, c'est à géométrie variable* ».

Le terme de « *dossier* » peut sembler d'une évidence et d'une matérialité trompeuses. Dans l'usage qu'en font les dirigeants, le « *dossier* » ne désigne pas forcément un objet matériel. Le terme est utilisé comme un concept désignant, par raccourci, l'ensemble des objets qui sont traités sur un « *sujet* », que ce soit par l'intermédiaire de documents papiers, informatiques ou par le biais d'interactions orales.

Les « *dossiers* » portent sur différents éléments du système comme les moyens financiers, les locaux, les postes, les pratiques professionnelles... Ils proviennent de différentes sources : la tutelle (réformes en cours...), les personnels de l'établissement (demandes d'achat de matériel, de recrutement..) et peuvent aussi surgir de façon imprévue sous la forme « *d'affaires* » (une erreur médicale...).

Comment s'effectuent la construction et la gestion des dossiers ?

5.1.1. Des actions de construction et de qualification des dossiers

Les observations montrent que le traitement passe par des opérations de *qualification* selon certaines de leurs propriétés pragmatiques. Les analyses font ressortir un ensemble de concepts, aux significations proches, qui permettent aux membres de la direction de qualifier les dossiers pour gérer leur agenda et pour les traiter. Les dossiers deviennent dossiers par des actes performatifs.

La qualification pragmatique des dossiers a plusieurs fonctions dans l'activité du dirigeant et de ses collaborateurs :

- diagnostiquer les dossiers à traiter (au besoin, les construire)
- et les discriminer afin de les traiter (prioritaire ou non/modalités de réponse/qui intervient dessus etc.).

La qualification d'un dossier dépend des niveaux hiérarchiques. Les entretiens montrent que les membres de la direction générale partagent peu ou prou les mêmes significations à ce sujet, en raison de leur position dans l'établissement, et que l'importance qui est attribuée aux dossiers n'est pas la même pour les membres des directions fonctionnelles et des services concernés. Le propre de la direction générale est d'avoir une vision transversale de tous les dossiers, en lien avec une vision élargie du fonctionnement de tout l'établissement dans son environnement.

Encadré 9 : la qualification de la sensibilité des dossiers, une compétence du dirigeant et de ses proches collaborateurs

« Question : Quels sont les dossiers les plus importants dans cette masse ?

Secrétaire général : *La réponse que je vais vous faire est la réponse du niveau de la direction générale. Vous interrogeriez mes autres collègues de la direction fonctionnelle, ils n'auront pas forcément la même approche. Les réponses qu'ils feraient concerneraient aussi des dossiers aussi importants que les miens mais c'est pas leur quotidien. Le quotidien du DRH, il n'est pas de s'occuper du projet d'établissement. Son quotidien il est ailleurs, c'est de s'occuper de la politique sociale, alors ça veut pas dire qu'il y en a un qui est plus important que l'autre. Ca se situe à des niveaux différents, avec des problématiques différentes. »*
(Extrait de l'entretien avec un proche collaborateur du directeur D2).

5.1.2. Les concepts qui organisent la gestion des dossiers

Les membres de la direction générale ont une activité de construction et de qualification des dossiers selon certaines de leurs propriétés, que nous supposons opératoires dans leur pratique. C'est tout un champ conceptuel pragmatique qui apparaît, au fil des discours, autour du concept de dossier.

Nous avons relevé un certain nombre de qualificatifs pragmatiques des dossiers : « important », « majeur », « lourd de conséquences » en opposition à « anodin », « stratégique », en opposition à « purement technique » ou « administratif », « qui concerne l'ensemble de l'établissement » opposé à « détail » / « délicat », « risqué », « chaud », « risque de dérapage », « politique »...

Nous parlerons alors, de façon synthétique, du concept de « sensibilité » des dossiers, même si de multiples signifiants ont pu être énoncés. La fonction de ces concepts reste pourtant la même : diagnostiquer les dossiers à traiter (au besoin, les construire) et les discriminer afin de les traiter (prioritaire ou non/modalités de réponse/qui intervient dessus etc.). Le concept de *sensibilité* a été exprimé par le Secrétaire Général lors d'un entretien : « *il y a une fonction ici, c'est un peu politique, sur des dossiers un peu plus sensibles, un peu plus politiques, ayant trait à ce qu'on appelle le management stratégique de l'établissement* ».

On voit alors se dessiner des configurations de significations autour de certains pôles : dossiers ayant des impacts plus ou moins larges, lourds, réversibles et longs pour l'établissement ; dossiers ayant des risques de « dérapage » plus ou moins grands ; dossiers ayant une dimension « politique » ; dossiers étant plus ou moins « urgents » dans la réponse à apporter, ce qui peut être une conséquence des diagnostics précédents ou être lié à des contraintes de calendrier externes.

L'extrait d'entretien suivant, mené avec le Secrétaire Général du dirigeant D2, permet d'accéder au sens que celui-ci donne au concept de *sensibilité* des dossiers et aux multiples significations qu'il lui associe, ainsi que les indices qu'il prélève pour les diagnostiquer.

Encadré 20 : Les propriétés de sensibilité des dossiers

« Question : Quand vous parlez d'un dossier sensible, c'est en fonction de quels critères ?

SG : *Ca peut être plein de critères. Ca peut être en fonction de l'impact budgétaire, ça peut être en raison de l'implication personnelle de tel ou tel personnel de santé dont on sait qu'il a une place éminente dans l'institution, si ce n'est des relations politiques influentes etc. donc il faut faire attention, faut pas faire n'importe quoi (...) ça peut être un risque de conflit, ça peut être un risque possible si ce n'est de désorganisation d'une activité, de prendre une décision qui nous conduirait à remplir moins bien notre mission, y'a ça aussi.(...)*

Question : Donc en fait la sensibilité d'un dossier ça peut être très ponctuel, comme vous le disiez avec un médecin...

SG : *Oui, ça peut être très ponctuel, je vais prendre un exemple un service de médecine qui souhaite transformer, je vais dire n'importe quoi (...), 4 ou 5 lits d'hospitalisation à temps complet en lit d'hôpital de jour ou en lit d'hôpital de semaine. Vous allez dire c'est pas grand chose mais ça peut être lourd de conséquences, ça peut conduire l'établissement entier à dysfonctionner. Pourquoi ? parce que si les lits sont transformés en hôpital de jour, le risque possible – il faut vérifier en tout cas- c'est que ces lits là ne soient plus disponibles la nuit pour admettre les urgences, et si les urgences ne peuvent pas être placées dans ces lits là, ce sont des patients qu'on met ailleurs, donc qu'on met dans des services inadéquats. Si on a un patient qui est dans un service inadéquat, il peut être mal pris en charge et puis surtout cela désorganise le service qui est contraint d'accueillir un patient parce que, les patients qui arrivent, il faut bien qu'on les prenne. Donc voyez, je pourrais décliner comme ça, une petite décision qui a priori peut paraître anodine : « le service a tant de lits, il a un niveau d'activités qui est donné, il a un effectif qui est ce qu'il est, il demande juste la possibilité de faire de l'hôpital de jour et de reconnaître cette activité », bien cette décision qui peut paraître anodine peut avoir des conséquences importantes. Alors c'est là où il faut essayer, quand ce genre de dossier arrive, de repérer le risque éventuel et puis de faire un petit travail complémentaire en disant on a vérifié, en fait, ça passe, il n'y a pas de souci, où bien il y a potentiellement un risque et puis d'alerter, d'attirer l'attention du DG, de dire attention : si on suit le médecin (...) dans cette direction on risque de... alors ensuite on prend la décision ou on ne la prend pas ».*

Cet extrait montre que le concept de *sensibilité* est important dans l'activité car il est lié à un faisceau d'indices qui pourraient ne pas être détectés par un novice, car ils semblent contre intuitifs. Ce diagnostic est orienté par les conceptions suivantes : « *c'est pas grand chose mais ça peut être lourd de conséquences* » et « *cette décision qui peut paraître anodine peut avoir des conséquences importantes* ». Ces conceptions organisent l'activité dans le sens où elles impliquent plusieurs règles d'action :

- Il convient d'être attentif à tout, car des choses apparemment insignifiantes peuvent être « *sensibles* » et lourdes de conséquences ;
- Une fois repérés les « *risques* » éventuels, il faut « *vérifier* » et « *attirer l'attention du DG* » pour préparer la prise de décision (règle d'action propre à l'activité du SG et à son rôle dans ce cas-ci).

On retrouve le même raisonnement chez un Directeur Général Adjoint auprès du dirigeant D2 : « *Certains dossiers s'inscrivent parfois dans le quotidien, et les directions fonctionnelles elles gèrent ça sans difficultés, mais à un certain moment un sujet qui est dans le quotidien peut déraiper, pour des raisons diverses, et à ce moment la direction générale est amenée à intervenir. C'est parfois sur des choses significatives, dans d'autres cas ça l'est beaucoup moins.* »

Les objets traités deviennent donc des dossiers par des actes performatifs. La fonction de leur qualification pragmatique, quelles que soient les propriétés attribuées, est la même : diagnostiquer et construire les « dossiers » à traiter et les discriminer afin de les traiter (prioritaire ou non/modalités de réponse/qui intervient dessus etc.). Le dirigeant estime le degré de priorité de chaque dossier au regard de l'ensemble du système et de sa contribution (ou de son pouvoir de blocage) aux objectifs globaux.

5.1.3. Gestion des dossiers, agenda et répartition des tâches

La gestion des dossiers organise celle de l'agenda (entre dossiers prévus, non prévus) et la répartition des tâches entre membres de la direction générale. En effet, la multitude de dossiers à traiter ajoutée au fait que certains sont imprévus rend la gestion du temps véritablement critique. Ceci explique que la gestion de l'agenda occupe une partie si importante de leur temps, qu'elle soit une préoccupation au sens littéral du terme. Ainsi, un DG observe que « *presque tous les jours, il y a des choses imprévues auxquelles il faut répondre rapidement* » (D3), seul ou avec ses proches collaborateurs, et que des décisions rapides doivent être prises. Un autre dirigeant (D2) souligne qu'il y a beaucoup d'imprévus qui bousculent l'agenda : « *Et puis il y a quand même souvent des imprévus dans un métier de directeur ; donc il faut changer votre planning, il faut revoir ce qui se fait.* » Ce qui a aussi été confirmé par sa secrétaire : « *ça (l'activité du dirigeant) se construit quand même beaucoup au jour le jour, au coup par coup, avec les impondérables, les urgences qui arrivent.* ».

Il est intéressant de constater que la secrétaire d'un dirigeant D2, qui gère son agenda et filtre ses appels et courriers, opère elle aussi une forme de qualification pragmatique des demandes parvenant au dirigeant afin de lui « *garder du temps* ». Ceci implique qu'elle soit au courant

des dossiers en cours et montre qu'elle ait développé un sens (« *c'est au feeling* ») de ce qui est « essentiel » ou non par l'expérience : « *oui et puis il a un agenda hyper chargé alors je fais attention si c'est quelque chose qui peut être réglé par un de ses collaborateurs donc à ce moment là ... bon si c'est un rendez-vous plus je dirais entre parenthèses plus (politique) je sais que c'est lui c'est au feeling hein je veux dire* ».

La qualification pragmatique des dossiers permet aussi au dirigeant et à ses proches collaborateurs de prioriser les tâches et de décider des modalités de réponse à apporter à chaque cas. Ce concept semble avoir un rôle précis dans cette deuxième fonction, dans le sens où il permet au dirigeant et à ses collaborateurs de réguler les périmètres de leur action au cas par cas et la répartition des tâches entre membres de la direction générale mais aussi avec les membres des directions fonctionnelles. On pourrait résumer cette répartition par la règle suivante : plus un dossier est sensible, plus il sera traité à un niveau hiérarchique élevé.

Ainsi, le dossier constitue un élément du système sur lequel les dirigeants peuvent agir. L'action sur un dossier mobilise une représentation du dossier mais aussi de sa place dans le système hospitalier. Un nouveau dossier est intégré dans l'ensemble du système et le système modifie un dossier. Ceci nous amène à décrire l'activité des dirigeants comme une activité de recomposition permanente des éléments du système selon une recherche d'unité ou d'« équilibre » entre des forces.

5.1.4. Le traitement des dossiers en réunion

Les réunions sont un espace et un moment de travail particulièrement représentatifs de la manière dont l'objet dossier est instrumenté comme objet de médiation pour agir avec les autres et sur les autres. Un certain nombre de dossiers sont mis à l'ordre du jour. Ils sont traités dans un certain ordre en cours de réunion. Le directeur prend la parole à l'occasion du traitement collectif de chaque dossier, qu'il le présente lui-même ou non.

On peut observer plusieurs phénomènes :

Les dossiers font l'objet d'une activité collective de qualification ou de requalification selon les critères que nous avons relevés un peu plus haut ; le directeur propose lui-même la dénomination qui qualifie le dossier ou la valide. Il accompagne toute qualification de ses conséquences en termes d'action et de responsabilités pour ceux qui sont présents : qui s'en

charge, dans quel délai, en faisant attention à quoi... Dans le cadre de cette communication, nous ne pouvons développer l'analyse dynamique du déroulement interactionnel. Toutefois, nous pouvons dire que, du fait de son statut, le dirigeant est amené à produire des actes de langage à buts déclaratifs. Un acte déclaratif vise la transformation effective d'un état du monde. Qualifier un dossier d'urgent, le prendre sous sa responsabilité ou le confier à tel acteur correspond à une transformation effective du contexte de l'action de ceux qui sont concernés et donc de la manière dont le dossier sera priorisé ou non, suivi, contrôlé, considéré par chacun.

Au cours des réunions les questions constitutives des dossiers sont exprimées ou expriment des points de vue, des intérêts, des enjeux particuliers. Particuliers parce qu'ils sont exposés par des acteurs qui occupent une certaine position dans un sous ensemble du système. Ils visent donc des buts propres à leur statut, position, buts, situation etc. Le dirigeant effectue plusieurs actes lorsqu'il intervient : tout d'abord, il cherche à faire exprimer des points de vue différents sur le dossier pour en élargir la portée au-delà du périmètre et de la signification proposés par un acteur particulier. Il sollicite des informations mais il peut en apporter lui-même pour élargir, modifier ou réduire, bref transformer la nature du dossier et le requalifier. Il va par exemple introduire une dimension économique dans un dossier technique, une dimension stratégique ou une dimension d'équilibre entre services, ramener le patient dans le jeu etc. Il peut aussi relier deux dossiers présentés sans lien ou les rapporter à des projets en cours, à des priorités, à des risques ou à des objectifs généraux de l'hôpital. Ce faisant, il opère une requalification des dossiers avec les autres.

En qualifiant un dossier, le dirigeant lui donne une orientation. Il suppose qu'elle va assurer la stabilité du système et permettre d'avancer dans une certaine direction. La plus grande valeur du dirigeant est d'opérer à partir d'une représentation fonctionnelle du système global. Sa principale ressource pour conduire les transactions est sa connaissance du tout et des parties qu'il est souvent le seul à avoir. Les réunions sont une source d'entretien et de transformation de son système de représentation et d'action. Elles sont aussi le principal espace d'action sur les autres par la médiation du travail collectif sur les dossiers et par les transactions qui s'opèrent avec les différents acteurs. Sa position l'amène à tenir le sens global et à assurer pour les autres la continuité et l'unité des actions particulières conduites au sein des sous-ensembles du système. Il le fait à partir de la conceptualisation qu'il a opérée au cours des années. On voit se dessiner les conditions de la construction d'un système fonctionnel de représentation et d'action. La participation répétée à un vaste ensemble de réunions et

d'échanges de toutes natures assure la construction et la mise à jour d'informations pertinentes, actualisées et redéfinies pour la conduite de l'ensemble du système. En l'état actuel de la recherche, il est plus difficile de percevoir comment le système de représentation parvient à se constituer à ce niveau de globalité, comment les éléments critiques sont identifiés et sélectionnés.

Nous montrons ici deux extraits de réunions de direction que nous avons analysés à l'aide du cadre de l'analyse interlocutoire (Trognon, 1999) afin de mettre à jour la dynamique du traitement collectif des dossiers et le rôle spécifique du dirigeant. Les deux extraits portent sur des comités de direction, réunions régulières (hebdomadaires dans la plupart des cas) où le dirigeant et les directeurs administratifs passent en revue un certain nombre de dossier en cours dans l'hôpital et décident d'actions à mener.

Encadré 21 : les dossiers traités en comité de direction (D2)

(Extrait de la réunion)

Sujet : un mail de protestation d'un médecin suite à une coupure des mails

Le DG qualifie la situation (« *problème récurrent* ») et énonce un directif pour que le service informatique « *fasse autrement* ». Cet énoncé vise un but d'action directe du service concerné.

Sujet : lettre d'un médecin qui se plaint du peu de suite données à son travail sur un dossier

Le DG énonce des assertifs sur le projet du médecin : « *courrier positif* », « *elle est prête à s'impliquer* », « *ce serait dommage de se passer de compétences comme ça* ». Il poursuit avec des énoncés directifs et commissifs qui l'engagent : « *donc je fais le courrier, il faut vraiment les impliquer* » et un nouvel assertif : « *c'est un projet majeur* ». Le DG énonce ensuite un assertif sur le même projet dans d'autres établissements : « *c'est lourd* », puis un commissif qui engage l'ensemble du personnel : « *on essaiera de faire mieux* ». Un directeur pose une question et énonce un assertif : « *c'est vaste* ». Le DG répond par un autre assertif « *c'est un travail pas suivi car les services n'ont pas joué le jeu* », en proposant une nouvelle interprétation de la situation. Il redonne l'objectif du dossier (baisser le temps

d'hospitalisation avant intervention) et énonce un nouvel assertif en guise de conclusion : « *c'est un travail intéressant* ».

Sujet : le contrat de remboursement des médicaments

Le DG, suite à un mail, demande une information à un directeur. Un directeur l'informe sur ce qu'il est prévu de faire. Le DGA continue le questionnement. Le DG énonce des directives : « *attention à ne pas rater la marche, on a intérêt à bien respecter le calendrier* », « *je voudrais voir le contenu ensemble en terme de % d'avancement* ». Il énonce aussi des assertifs : « *il s'agit de remboursement* » ayant des impacts importants. Il conclut par un directif : « *moi je ne voudrais pas qu'on ait de problèmes en interne, je veux être sûr de tenir nos engagements* ». Le directeur concerné énonce un assertif sur l'ARH et ses demandes. Le DG répond par un énoncé directif : « *moi je ne veux pas de problème en interne* », et des énoncés assertifs : « *ce n'est pas un document purement administratif* », « *ça nous engage* ». Il conclut par un directif : « *il faut qu'on en reparle* » et une date est fixée. Les qualifications du dossier ont amené le DG à justifier la nécessité d'avancer différemment sur ce dossier.

Sujet : une demande de création d'une douche dans un service de gynécologie

Le DG demande des informations à une directrice suite à un mail. Elle répond par la « surprise ». Elle rappelle des éléments du dossier (assertifs : le déménagement était prévu depuis longtemps, une seule douche pour le service de gynéco). Le DG énonce pourtant un assertif qui va dans le sens de la demande du service : « *c'est vrai que c'est un peu juste* ». La directrice propose une solution. Le DG demande une information complémentaire (combien de temps le service reste là). La directrice l'informe. Le DG utilise la réponse pour énoncer un directif (raisonnement conditionnel : si ils restent là un an, alors on ne va pas faire de gros travaux, mais il y a un effort à faire). Il le justifie par un assertif : « *dans le cadre concurrentiel local* ». Et s'interroge : « *quelle est la bonne mesure ?* ». La directrice : produit des assertifs pour nuancer le besoin de travaux : « *ça me paraît démesuré* », les membres du service ont la nostalgie des anciens locaux, « *c'est pas de la grande politique, c'est du constat* ». Puis elle produit un commissif : elle s'engage à faire une proposition de douche dans un mois. Le DG le valide en énonçant un assertif : « *attention, c'est un secteur sensible* » puis un directif : « *il faut faire attention* », en référence à un autre service, « *il ne faut pas que*

ça devienne une affaire d'état », « *il faut être méfiant et aller vite* ». Il le justifie par un autre assertif : « *ça prend vite des tournures qu'on n'arrive pas à maîtriser* ». Il énonce enfin un directif : « *le meilleur moyen est d'éviter le problème, c'est de travailler suffisamment à l'avance avec eux* ». Monographie D

Le dernier exemple illustre ce que peut être l'activité du dirigeant lors de la discussion d'un dossier en réunion : il sollicite une nouvelle information puis propose un choix (par un directif) en référence à d'autres éléments de la situation, extérieurs à l'hôpital (« *concurrence* »). Il sollicite aussi une information complémentaire (durée d'occupation des locaux), ce qui confirme son choix. Il le justifie auprès de la directrice, qui semble réticente, en référence à un autre dossier (un autre service où ça s'est mal passé), à une qualification de la situation (« *secteur sensible* ») et à un rappel de leurs objectifs : ne pas créer une « *affaire d'état* », « *maîtriser la tournure* ». Il en tire enfin une règle d'action pour la suite (anticiper). Il prend donc le choix au regard d'éléments sur la situation mais aussi de sa connaissance de l'environnement extérieur à l'hôpital et de dossiers passés. Il prend bien en compte l'implication d'une décision particulière sur l'ensemble de l'hôpital : « *ne pas créer une affaire d'état* ».

Encadré 22 : autres exemples des dossiers traités en réunion

En réunion de pôles :

Sur un dossier (contrats aidés), présenté par un directeur, le DG qualifie l'état d'avancement : « *On a du retard, on n'est pas bon* ». Cette qualification a une valeur performative sur les personnes, elle porte une intention de provoquer une gestion plus rapide du dossier par les collaborateurs.

Sur un autre dossier (comparaison des avantages entre deux mutuelles) : un collaborateur expose les options entre deux mutuelles. Le DG fait préciser une information par un directif : « *il faut vérifier le plus de celle qui est plus chère* ». Un collaborateur répond : « *c'est plus cher, c'est 260 000€ plus cher, mais les retours sont plus élevés* » (parmi les retours : des aides pour les gardes d'enfants). Le DG met au regard une autre information qui recontextualise le dossier dans l'ensemble du système : il fait remarquer que l'hôpital dispose d'une crèche pour le personnel dont le prix de revient est très élevé. Il propose alors de

récupérer le différentiel sur la crèche : « *il faut vérifier le surcoût de la crèche* », « *je ne peux pas passer 260 000€ sur cette opération avec un hôpital en déficit* ». Par cette affirmation, il propose une solution pour garantir l'équilibre budgétaire (but) par un jeu entre les coûts des éléments du système. Il énonce un directif à son directeur adjoint : « *tu me récupère 260 000€ sur la crèche, après c'est un deal avec la CGT* », puis à l'ensemble de ses collaborateurs : « *Vous voyez pour faire différentes hypothèses* », « *il faut analyser l'effectif de la crèche, s'aligner sur (d'autres structures)* ».

Le deuxième exemple illustre ce que peut être l'activité du dirigeant lors de la présentation d'un dossier : il sollicite une nouvelle information, puis positionne le dossier au regard d'autres éléments du système, ce qui permet de déterminer les solutions envisageables (« *je ne peux pas passer 260 000 € sur cette opération avec un hôpital en déficit* ») au regard des buts globaux du système (« *hôpital en déficit* ») et de donner des directives précises à ses collaborateurs pour examiner une piste de solution, au regard de son acceptabilité potentielle (« *un deal avec la CGT* », « *s'aligner sur (d'autres structures)* »). Lui seul le fait car il a la légitimité pour et lui seul connaît le système dans son ensemble et est capable d'estimer l'implication des décisions sur cet objet global.

5.2. La posture

Les observations montrent que les dirigeants agissent sur un autre objet direct que nous avons appelé leur « posture ». Ce concept désigne le maintien d'une position dans l'espace ou dans un environnement, d'une manière dynamique – une posture est maintenue, adaptée et évolue. La posture fait alors référence à une manière constante – et néanmoins dynamique – de se tenir et de se positionner dans un ensemble.

5.2.1. La posture, un objet direct de l'activité ?

Nous avons regroupé sous ce terme un ensemble de préoccupations décelées chez les dirigeants, à savoir l'identification, le maintien et la création de leur marge de manœuvre – ou de leur pouvoir d'agir –, de leur « image » et de leur rôle. Ils se prennent ainsi eux-mêmes comme objet de l'activité. Ce « soi-même » n'est pas la totalité de leur personne mais est lié à leur fonction. C'est une spécificité de la situation des dirigeants que de devoir maintenir et/ou créer ses marges d'action. En effet, le dirigeant est à la fois pris dans une position qui lui est

conférée par son statut – et par les autres- mais qui n'est jamais assurée une fois pour toutes, ce qui en fait un objet direct de son activité car elle est une des conditions de sa réussite.

Nous avons identifié trois éléments qui se rattachent à l'activité sur sa posture :

- la gestion de son rôle au sein de la direction : identifier et définir en permanence ses attributions propres et celles des autres,
- la gestion de son image au sein de l'hôpital : identifier et créer une image qui crédibilise la fonction du dirigeant et lui permette d'agir
- la gestion de ses marges d'autonomie par rapport à la tutelle et aux personnels de l'hôpital : identifier et maintenir un pouvoir d'agir personnel dans un champ de contraintes serré et dynamique.

Nous faisons l'hypothèse que cet objet du travail laisse la part belle à différents styles selon les personnalités des directeurs, styles qui sont autant de variations sur un même thème – être dirigeant, c'est travailler sur et avec les autres, c'est assurer un pouvoir qui n'est pas donné une fois pour toutes mais se recrée à chaque interaction. Cet objet de préoccupation est un objet de souci mais aussi un espace de jeu qui permet la construction d'une identité au travail.

5.2.2. L'identification et la construction de son rôle au sein de la direction

Les dirigeants mènent un diagnostic récurrent de ce qui est de leur ressort et ce qui est du ressort de leurs collaborateurs. Ils gèrent le partage des tâches sur les dossiers. Ils identifient ce qui leur revient en propre – pour ne pas se laisser submerger et intervenir à bon escient, apporter une « *plus value* » (D3). Ils sont ainsi guidés par une certaine représentation de leur rôle, de leurs attributions et de ses limites, ainsi qu'une représentation du rôle des autres, en particulier de leurs proches collaborateurs. Les collaborateurs ont aussi une représentation du rôle spécifique du dirigeant.

Selon nos observations, les représentations du rôle du dirigeant sont centrées autour de la prise de décision qui in fine lui revient et dont il endosse la responsabilité. Ainsi, on voit qu'une partie de l'activité du dirigeant D3 consiste à identifier qui fait quoi à quel niveau pour répartir les tâches. Il définit son rôle par rapport à la conception qu'il en a mais aussi au rôle que lui attribuent les autres (« *arbitrer* »). La définition du périmètre de son action peut même surprendre, comme l'a montré le passage sur les visites de locaux (représentation extensive de

son rôle qui va jusqu'à être attentif à la « *qualité de vie des malades* » et leur « *quotidien* »). Le dirigeant exprime des représentations sur son rôle de directeur : « *D'abord c'est vous le responsable à un moment ou un autre, c'est pas votre adjoint c'est vous. Donc, il y a des moments où il faut prendre des décisions et vous êtes, à un moment donné c'est quand même vous qui les prenez, même si vous vous entourez d'avis. Les décisions c'est vous* ». Le métier est ici différent de directeur adjoint. « *. Ici quand on rentre chez soi, des fois on n'est pas encore complètement chez soi. C'est peut être ça la différence majeure.* »

5.2.3. L'identification et la construction de son image de dirigeant au sein d'un hôpital

De plus, les dirigeants sont attentifs à l'image que les autres se font d'eux en tant que directeurs. Cette image est importante car avec elle, c'est l'image de l'établissement qu'ils ont conscience d'engager. Ceci passe par des activités spécifiques de représentation (« *fonction chronophage* », selon le secrétaire général du dirigeant D2). La secrétaire de ce directeur est ainsi garante de cette image qu'elle contribue, par son activité, à entretenir : « *je fais toujours attention que les gens ne disent pas le DG n'est pas accessible alors que il l'est mais bon il faut aussi que je mette des priorités dans la mesure où il a un agenda très très chargé* » ; « *moi j'ai un peu un rôle quand le DG n'est pas là je peux pas dire « non il est pas là » tout dépend ce que c'est : « il est à l'extérieur », j'essaie de savoir et si on me dit c'est personnel j'essaie de savoir de façon à ce que l'interlocuteur ait quand même une réponse – je lui dit est ce que c'est dans un domaine médical ...* ».

Une des principales préoccupations liées à l'image est exprimée en terme de « *crédibilité* ». Témoin ce dirigeant, D3, qui, lors de son arrivée dans l'hôpital, a dû assurer la « *crédibilité* » de sa fonction, mise à mal par des directeurs précédents. Il est aussi attentif à la crédibilité de ses proches collaborateurs par des prises d'information sur ce thème (à propos d'une erreur d'une collaboratrice: « *Ca a circulé dans tout l'hôpital, ça l'a pratiquement grillée* »).

Assurer la crédibilité de sa fonction est une partie à part entière de l'activité du dirigeant car c'est une des conditions de réussite de ses actes. Il existe un faisceau d'attentes qui précèdent et accompagnent l'activité du dirigeant. Le dirigeant est ainsi attentif à :

- ce qui est dit de lui par différents acteurs
- ce qui est attendu de lui – orientation que les acteurs souhaitent donner aux décisions, selon leurs intérêts, et orientation que les acteurs pensent qu'il va donner aux décisions.

La situation du dirigeant d'hôpital explique l'importance de la crédibilité liée à son image : son pouvoir d'agir nécessite que les acteurs « *le suivent* » car il existe des contre-pouvoirs dans l'hôpital et que ses décisions ne sont pas automatiquement suivies d'effets. Ainsi, la crédibilité devient critique dans le sens où elle peut emporter la conviction des acteurs et favoriser l'impact des décisions. A contrario, l'exemple de ce directeur (D3) illustre les conséquences négatives d'une crédibilité entachée : lors de son arrivée, le dirigeant a mené – avec les autres – un diagnostic de « *l'image* » des directeurs précédents – et, par extension, de l'image de la fonction de direction – et de ses conséquences sur le fonctionnement de l'hôpital (« *c'était l'enfer* », *les gens ne travaillaient pas ensemble*, « *la CME ne suivait plus* » etc.). En ce sens, assurer la crédibilité du dirigeant est devenue une mission à part entière qui lui a été donnée oralement lors de son arrivée à l'hôpital. Comment a-t-il cherché à y répondre ? Il a identifié les attentes envers lui (« *intégrité* »), étant attentif à ce que les personnels disent de lui. Pourtant, pour lui, la gestion de l'« *image* » ne passe pas par une simple conformité aux attentes des autres. Il surprend (cf. la gestion de l'étonnement des personnels devant son attention aux détails) et a géré, lors d'un conflit, la « *confusion* » entre les attentes qu'on avait envers lui et ses intentions, de même que le fait de déplaire à certains et d'être attaqué personnellement, ce qui a été source de souffrance. Il énonce une conception sur la gestion de son image : « *On n'est pas là pour plaire à tout le monde* ».

5.2.4. Une marge d'autonomie par rapport à la tutelle et à l'établissement

Enfin, les dirigeants cherchent à maintenir ou accroître leur marge d'autonomie personnelle par rapport à la tutelle et aux personnels de l'établissement.

Cela peut passer par l'entretien de bonnes relations avec l'ARH. Cela peut aussi passer par la participation à la définition des critères d'efficacité de leur action (avec le ministère) et se réserver la capacité de refuser certaines demandes. Par exemple, ce dirigeant (D3) est attentif aux situations qui génèrent des contraintes (« *piégées* ») et cherche à les éviter par l'organisation de ses modalités de travail avec les autres, par exemple refuser les RV « *en tête à tête* » avec les chefs de service. Il le justifie comme suit : « *les choses bougent avec la nouvelle loi de gouvernance, je recevais quand même assez régulièrement les chefs de service, maintenant je ne les reçois plus en tête à tête, ça aussi c'est très mal vécu. Le rendez-vous en tête à tête avec le chef de service il est piégé le directeur à chaque fois, le chef de service, c'est des gens intelligents, il arrive souvent avec des bons projets, ils viennent me voir en tête à tête dans mon bureau le soir à 18 heures, à 19 heures plutôt d'ailleurs, c'est*

normal c'est leurs horaires, quand ils ont fini dans leur service. C'est vachement dur de leur dire non, c'est un bon projet, donc je ne veux plus de ces têtes à têtes qui sont désagréables pour tout le monde. Donc maintenant les projets des chefs de service ils sont soumis au conseil exécutif, et je les vois une fois par an pas plus, les chefs de service dans mon bureau, ou je vais les voir d'ailleurs. »

5.3. L'action sur l'activité d'autrui : un objet indirect de l'activité du dirigeant

L'activité dirigeante à l'hôpital passe par des interactions entre le dirigeant et différents acteurs internes. Pour réaliser la transformation de nombreux objets (agir sur les dossiers), le dirigeant met en œuvre des actions qui visent à modifier (orienter, engager, limiter...) l'activité d'autrui. Nous inspirant des typologies classiques des modes d'exercice du pouvoir, développées en psychologie sociale (French et Raven, 1959 ; Cartwright, 1959) et largement reprises dans les sciences sociales et les sciences de l'éducation, nous avons recensé et analysé les modalités d'action sur l'activité d'autrui énoncées et utilisées par les dirigeants.

Pour atteindre ses objectifs et ceux qu'il assigne à l'établissement, le dirigeant n'a d'autres choix que d'agir, directement ou indirectement, sur l'activité des autres acteurs de l'établissement. Les modalités retenues font l'objet d'un discours de justification, de la part des dirigeants, qui en valorise certaines et en disqualifie d'autres. L'activité dirigeante, telle que nous avons pu l'objectiver³⁵ sur les différents terrains, ne recouvre qu'en partie la conception qu'en affichent les dirigeants. Les écarts sont à interpréter au regard des conceptions dominantes du rôle du dirigeant, des enjeux spécifiques de l'établissement, de la posture du dirigeant en relation avec sa propre histoire, des conditions de construction de sa légitimité.

Si toutes les formes possibles d'activité visant à orienter l'activité des autres sont observables chez les dirigeants des établissements de santé, elles ne sont pas toutes présentes dans les activités de chaque dirigeant et n'ont pas toutes le même poids relatifs pour chacun d'entre eux. Les choix opérés des modalités d'intervention à ce niveau ne semblent pas toujours faire l'objet d'un calcul tactique particulier. Les modalités mises en œuvre sont vécues par les

³⁵ Les faits ont été établis par triangulation en croisant des données d'observations, de témoignages, de traces de l'activité.

dirigeants sous l'ordre de la naturalité et sont interprétés par leur environnement comme un élément de leur personnalité. Pour autant, il est probable qu'une mise à distance du « naturel », dans ce contexte, soit une des conditions de la construction d'une professionnalité.

5.3.1. L'activité sur le cadre et l'environnement de l'activité des autres

Une des manières d'orienter l'activité d'autrui est d'en déterminer directement les cadres matériel et institutionnel, favorisant, limitant ou interdisant ainsi le déploiement de cette activité. Tout ce qui relève du domaine de l'organisation, de la délégation, de l'affectation de ressources et qui renvoie à la décision et à l'arbitrage du dirigeant, constitue cette première forme d'intervention. Ces activités dirigeantes sont diverses, s'exercent à différents niveaux et sont souvent mises en avant par les dirigeants.

5.3.1.1. Un espace revendiqué mais encadré des décisions et des arbitrages

L'activité du dirigeant sur le cadre et l'environnement de l'activité des autres est elle-même encadré sur le plan formel. Elle trouve à s'exprimer de manière circonscrite dans le jeu des relations au sein de l'établissement.

La décision est souvent présentée comme intimement liée à la responsabilité du directeur et fait l'objet d'une forte revendication, de la part des dirigeants, liée à la responsabilité à assumer.

« Les décisions, c'est vous qui les prenez même si vous vous entourez d'avis,..., la responsabilité, c'est vous »

L'espace de la décision du dirigeant est toutefois présenté de manière différente d'un établissement à l'autre. Pour un des dirigeants, la décision est circonscrite à des domaines délimités par d'autres niveaux de décision (le CA, la tutelle) ; pour un autre, des décisions qu'il peut prendre seul peuvent orienter l'avenir de l'établissement et si l'avis du CA est requis, le directeur est en mesure d'orienter l'avis du CA. La décision, même quand elle s'affiche prise individuellement est le fruit d'un processus d'élaboration collectif qui peut

varier. Un des dirigeants explicite que les décisions importantes font l'objet d'une élaboration pilotée par la direction fonctionnelle concernée avec en point d'orgue la décision du directeur.

Un autre insiste sur la nécessité de « faire partager » les décisions avec une volonté de travailler au consensus. Pour ce qui concerne les décisions stratégiques, cette conception de partage de la décision est présentée par un directeur comme une condition de réussite.

« De toute façon, on n'a jamais raison seul face contre tous ».

Dans le rapport au domaine médical, la co-élaboration des décisions s'impose dans une logique de négociation et de tentatives réciproques d'influence. La fonction de « décideur », si présente dans l'iconographie du chef d'établissement, est ici nettement relativisée au regard de son contexte de mise en œuvre. Les nouveaux modèles managériaux et les structures de gouvernance qui les accompagnent ont un impact direct sur l'exercice de cette fonction et les représentations mobilisées par les dirigeants.

Par ailleurs, plusieurs dirigeants font état d'une pression à la décision de la part de leurs collaborateurs. Face à un problème à régler, à des dissensions qui se font jour, le dirigeant est invité à trancher. Si la plupart des dirigeants assument explicitement ce rôle d'arbitrage,

« Le directeur est là pour décider s'il y a des désaccords »

un des dirigeants expose la prudence qu'il met dans ses décisions au nom de la nécessité dans laquelle se trouve le directeur de pouvoir fédérer au-delà des intérêts particuliers à ménager. Toutefois, une telle posture n'est pas exempte de mécontenter tout le monde. Un autre dirigeant aborde cette question d'un tout autre point de vue en considérant que le rôle d'un directeur « n'est pas d'arbitrer » ni de tout décider. Il affirme que ceux qui viennent lui demander d'arbitrer ont plus d'éléments que lui pour trouver la meilleure solution et lui proposer. De manière générale, il considère que beaucoup de décisions peuvent être prises au niveau d'organisation le plus proche de l'identification et du traitement du problème.

A défaut de pouvoir directement décider ou arbitrer dans de nombreux domaines, le dirigeant a recours à des aménagements de l'organisation favorisant l'atteinte de ses objectifs.

5.3.1.2. Des aménagements organisationnels comme tactiques de contournement

Les modifications explicites du cadre et de l'environnement par des décisions ou des arbitrages officiels étant limitées, le recours à des tactiques de contournement est privilégié. Il s'agit plus particulièrement d'aménager les situations pour obtenir l'effet voulu.

Différentes tactiques sont ainsi revendiquées :

- Face à des médecins qui résistent à un regroupement de leurs services ou qui défendent des intérêts sectoriels, plutôt qu'une logique frontale d'imposition est privilégiée la mise en place d'une structure d'élaboration de la décision à laquelle les protagonistes apportent leur concours. L'existence d'une telle structure est censée éviter l'opposition de face à face entre la direction et les chefs de service, limiter l'expression des intérêts sectoriels, faciliter la recherche d'accords plus collectifs et offre au dirigeant la possibilité d'influencer la décision voire de jouer un rôle d'arbitre. La mise en place des nouvelles structures de gouvernance vise notamment cet effet là en permettant une cogestion entre la sphère administrative et la sphère médicale, et des dirigeants l'ont anticipé.
- Face à des résistances se manifestant à l'égard de nouvelles orientations stratégiques, le repérage et l'isolement des leaders d'opinion adverse évitent la confrontation.
- Afin de maintenir la mobilisation interne pour une réorganisation, présenter des comptes en déficit permet de maintenir une pression.
- La création de structures ad hoc de gestion de projets, une nouvelle répartition de responsabilités sont autant d'actions qui permettent d'obtenir indirectement une orientation nouvelle d'activités dans l'établissement.
- Mais l'inaction, le retard apporté à prendre des décisions, participent aussi de ce type d'activités dirigeantes mises en valeur par certains dirigeants.

Des modalités concrètes d'activité sont rapportées :

- Donner un cadre à la décision pour l'orienter

« Faire participer à la décision tout en faisant en sorte de l'orienter »

« S'y prendre très habilement, très en amont et leur donner l'impression... enfin faire avec eux »

- Mettre en place des barrages pour l'accès direct au dirigeant - afin qu'il ne soit pas objet de pression lui-même - en est une autre.

« Le rendez-vous avec un chef de service, il est piégé : il arrive souvent avec de bons projets, c'est difficile de leur dire non » (ne pas être agi)

- Prévoir des circuits où s'élaborent les réflexions sur les décisions à prendre, procède de la même logique.

« Maintenant on ne passe plus un projet en CTE s'il n'a pas été discuté au préalable en conseil de service »

- Introduire une modification en mettant les collaborateurs devant le fait accompli sans effet d'annonce permet d'éviter le débat sur la nouvelle option tout en autorisant éventuellement le dirigeant à faire « marche arrière ».

A propos de la création d'une fonction d'adjoint :

« Cela s'est fait progressivement, sans annonce officielle ni modification de l'organigramme »

L'absence d'annonce officielle est à rapporter au fait que le dirigeant considère que cette nouvelle organisation n'est pas encore stabilisée : *« je souhaite vraiment qu'il se mette un peu en position... et pour l'instant je regarde comment il fait »*

- Composer une équipe de direction en recherchant une différenciation des compétences et des postures de manière à optimiser son fonctionnement

A propos d'un adjoint :

« Je vais le laisser en première ligne car il est plus directif que moi »

« Quand on constitue une équipe de direction, il n'y a pas que les qualités intrinsèques de la personne, il y a comment va se confronter cette personne dans l'équipe »

- Filtrer ou modifier une information afin de maintenir un engagement ou une activité constitue une autre voie de cette modalité.

« Les résultats financiers sont encore meilleurs que je ne le pensais (retour à l'équilibre). Mais c'est moi qui recommande (à la directrice des finances) de ne pas les afficher en équilibre, je préfère qu'on ait un petit déficit... A la limite c'est pas bon (d'afficher de bons résultats) sur le plan pédagogique parce que ça va justifier des revendications ».

Au delà de ces exemples, la formalisation des rôles des collaborateurs et de leurs attributions constituent des activités relevant de cette modalité.

5.3.1.3. Une délégation fondée sur la confiance mais à géométrie variable

L'autonomie laissée aux collaborateurs est à interpréter comme une dimension de l'action du dirigeant sur l'activité d'autrui. Laisser des secteurs entiers d'activités hors de son champ d'intervention, alors qu'il en assume la responsabilité, consiste pour le dirigeant à conférer cette responsabilité à d'autres acteurs sans tout à fait s'en départir.

Les dirigeants rencontrés au cours de l'étude revendiquent, en général, la mise en place d'une large délégation. Pour ce dirigeant qui réfute un rôle privilégié d'arbitrage, cela suppose de bien choisir ses collaborateurs ; ainsi un dirigeant « qui passe son temps à arbitrer » n'a pas fait les choix adéquats. C'est d'ailleurs, au nom du fait qu'il n'a pas pu choisir ses collaborateurs, qu'un autre dirigeant regrette de ne pas pouvoir déléguer davantage. Pour tous, la délégation fonctionne sur la base de la confiance mais elle suppose aussi un système de retour d'informations. Pour l'un d'entre eux la question centrale de la délégation est celle de la responsabilité du directeur. Le dirigeant doit assumer tout ce qui se passe dans son établissement même s'il n'en est pas la cause directe. Il doit pouvoir couvrir ses collaborateurs s'ils ont fait une erreur, « il faut une certaine générosité » affirme t-il. Mais s'il

est nécessaire de déléguer beaucoup, c'est aussi, pour le dirigeant, la condition pour ne pas être enfermé dans la gestion des dossiers au quotidien et pour pouvoir prendre de la hauteur, réfléchir à la stratégie, développer des réseaux à l'extérieur de l'établissement souvent sources de reconnaissance interne et de renforcement de la légitimité du dirigeant.

L'observation montre que la délégation donnée aux membres des équipes de direction est, en général, très large pour ce qui concerne le pilotage des activités relevant de leurs domaines respectifs d'intervention. Ceci est vrai dans tous les établissements observés. La plupart des directeurs fonctionnels en témoignent par l'évocation de « la grande autonomie » dont ils disposent. Il peut même arriver que le dirigeant n'intervienne pas du tout sur un domaine délégué.

« Je sens parfois un décalage entre le champ de préoccupation du directeur et mon domaine d'activité »

Cette autonomie se développe toujours dans un cadre d'objectifs ou d'orientations qui peut être plus ou moins large.

L'espace d'autonomie par domaine est délimité en fonction de la définition des « dossiers » considérés par le dirigeant comme étant sensibles ou prioritaires³⁶. D'ailleurs les membres de l'équipe de direction sont généralement chargés de faire connaître au dirigeant toute information, de rendre compte de tout projet de décision, relevant de leur secteur et susceptibles d'avoir des répercussions sur des enjeux concernant l'institution dans sa globalité. Pour le dirigeant, il s'agit d'anticiper sur toute question qui pourrait se traduire rapidement en « dossier sensible ».

« Il attend en revanche que nous on l'informe de tout et qu'il ne soit pas informé d'un problème par une voie détournée »

« Il est en attente d'initiatives de notre part mais on sait que nous devons le tenir informé pour tout ce qui peut avoir une portée stratégique vis-à-vis du corps médical, des représentants du personnel... »

³⁶ Voir p. 51

« Il revient à chaque collaborateur d'informer le directeur des problèmes rencontrés » L'interpellation du dirigeant se fait « selon les enjeux, selon les personnes en présence, selon les connotations politiques ou les enjeux de pouvoir qu'il peut y avoir avec un médecin »

Le dirigeant peut alors être amené à intervenir directement : « Certains dossiers s'inscrivent dans le quotidien... A un certain moment un sujet qui est dans le quotidien peut déraiper,..., et à ce moment la direction générale est amenée à intervenir »

Par ailleurs, le dirigeant peut à tout moment interférer sur un domaine lorsqu'un nouveau « dossier sensible» impacte ce domaine ou lorsque une décision concerne un « dossier sensible» délégué au responsable d'un domaine. Dans ce dernier cas, le retour d'informations sur le dossier s'impose au collaborateur.

« Soit ce sont des consignes qui viennent des tutelles,..., soit ce sont de nouvelles consignes données lors de nos entretiens... Il me dit « on avait fixé ça, il faudrait prendre en compte de nouvelles données », on réajuste le dossier ; ça peut être aussi par le biais de réunions de direction »

« Quand ce sont des décisions importantes, c'est forcément le directeur... Pour moi, ce qui est important c'est quand ça implique des choix différents de ceux qui ont été pris »

« De tous les dossiers qu'il délègue, il y a forcément du reporting où il est amené à être au courant de l'avancement de tel ou tel dossier et il y a parfois des décisions à prendre et c'est là qu'il intervient »

Si une forte autonomie est concédée dans chaque secteur ou domaine d'intervention aux collaborateurs du dirigeant, celle-ci est circonscrite au fonctionnement quotidien, en routine, à la gestion de dossiers n'ayant pas de caractères sensible ou prioritaire. A l'inverse, dès qu'un dossier est doté, par le dirigeant, de ces caractères, il est l'objet d'un traitement direct ou d'une délégation sous tutelle. Les zones d'autonomie des collaborateurs, ainsi définies, dessinent les frontières toujours singulières et évolutives de la sphère d'intervention du dirigeant ; singulières, car c'est le dirigeant qui qualifie les dossiers ; évolutives, car de multiples déterminants internes ou externes sont susceptibles de faire varier l'appréciation que

porte le dirigeant sur les caractères sensibles ou prioritaires des dossiers. Corrélativement, de nombreuses activités de l'hôpital ne sont pas l'objet d'interventions de la part du dirigeant.

Dans l'autonomie laissée aux collaborateurs, il est ainsi nécessaire de bien différencier celle qui porte sur des activités non investies par le dirigeant et celle qui porte sur des activités stratégiques déléguées (dossier sensible ou gestion de projets). Pour la première, un simple devoir d'alerte est attendu ; pour la deuxième, des retours d'information réguliers peuvent être demandés et des consignes données. Dans tous les cas, les collaborateurs insistent sur la confiance que suppose, pour le dirigeant, les délégations et l'autonomie accordées. Cette confiance doit pouvoir être confortée, au risque sinon de voir limiter la marge d'autonomie

« Il nous fait confiance, il attend de nous de la loyauté »

La marge d'initiative est très importante : « son souhait n'est pas d'interférer dans la gestion quotidienne et les grands projets ».

Mais ceci reste vrai avec les personnes auxquelles il accorde effectivement sa confiance.

Un collaborateur se plaint ainsi du manque de délégation

« C'est à la limite de l'intrusion, il est attentif à tout, au moindre détail... il faut qu'on pense à l'informer, il veut être au courant de tout ».

Un des membres de l'équipe note d'ailleurs que la forte délégation donnée ne peut fonctionner « qu'avec des collègues très impliqués et très loyaux »

Dans un autre établissement, la même idée s'exprime sur un plan plus fonctionnel

« Si ça lui convient, je pense qu'il reste sur cette voie ; si effectivement, il se rend compte qu'il n'y a pas de suivi ou que ça ne correspond pas, je pense que dans ce cas là, il prendrait d'autres mesures et qu'il déciderait peut être plus à la place de la personne elle-même ».

La nécessité de se fier à ses collaborateurs est d'autant plus forte pour le dirigeant que la marge d'autonomie laissée est importante et que le suivi est non systématique dans un contexte où la responsabilité du dirigeant est nécessairement toujours engagée.

Dans les faits, diverses pratiques aux effets contrastés peuvent être observées.

Encadré 23 : Les diverses formes de délégation

Cas 1 : une délégation à visée stratégique

Le dirigeant engage ses collaborateurs dans une forte responsabilisation, y compris dans la gestion des ressources affectées à leur secteur. La gestion du fonctionnement quotidien des services est laissée aux responsables et il évite toute intervention considérant qu'il n'est pas le plus compétent pour y régler les problèmes. Il favorise les prises d'initiatives chez ses collaborateurs mais s'autorise à intervenir dans leurs champs respectifs sur des dossiers qu'il considère sensibles ou stratégiques. La régulation s'opère, si nécessaire, lors des réunions de direction. Il demande à ses collaborateurs d'entrer dans les grandes orientations définies pour l'établissement et favorise une dynamique de projets. L'autonomie laissée aux responsables des différents secteurs lui permet de s'investir beaucoup dans des activités extérieures à l'établissement. Une partie de ces activités sert à trouver des appuis pour orienter la stratégie de l'établissement, d'autres ont des effets de légitimation interne. Les collaborateurs reconnaissent l'impact de cet investissement à l'externe sur la valorisation de l'établissement. Ils se sentent investis et engagés auprès de leur dirigeant dans une stratégie partagée mais regrettent de ne pas bénéficier de tout le soutien qu'ils souhaiteraient de sa part.

La délégation est ici pensée comme un moyen d'orienter l'activité du directeur vers le développement et le pilotage stratégique.

Cas 2 : une délégation contractuelle à visée fonctionnelle

Le dirigeant définit un cadre dans lequel l'autonomie de ses collaborateurs peut s'exprimer avec, d'une part, une définition précise du territoire d'intervention de chacun et, d'autre part, des objectifs annuels soumis à évaluation. Une très large autonomie est laissée dans ce cadre avec toutefois, pour les collaborateurs, la nécessité de rendre compte des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des objectifs ou de toute autre question susceptible d'affecter le fonctionnement de l'établissement au-delà de la sphère d'intervention du collaborateur. La porte du dirigeant est constamment ouverte et les collaborateurs n'hésitent pas à aller lui exposer leurs préoccupations dans un rapport qu'ils qualifient de confiance. Les échanges avec le dirigeant sont libres et les collaborateurs peuvent exprimer des avis divergents de ceux du dirigeant mais c'est lui qui tranche, sur la base de ses convictions. Les réunions de direction n'ont pas de cadre calendaire fixe et la régulation dans les différents secteurs se réalise dans des rapports interindividuels avec les responsables de ceux-ci. Il en

résulte un certain cloisonnement, « chacun restant sur ses terres », le dirigeant restant le seul garant de la transversalité.

La délégation est ici mobilisée pour répartir les responsabilités dans une logique fonctionnelle. La délégation est établie de manière contractuelle et suppose de rendre compte au dirigeant des effets de l'activité déployée.

Cas 3 : une délégation, dévolution

La délégation donnée par le dirigeant ne donne pas lieu à un suivi systématique sauf dans le secteur des affaires médicales. Il revient à chacun d'informer le dirigeant des options prises dans chacun des secteurs ou des problèmes rencontrés. A défaut de réunions bilatérales régulières, chacun peut l'interpeller, si nécessaire, dans le cadre de rencontres informelles. Il n'est pas directif sur la gestion des dossiers et n'impose que rarement une solution. Il se positionne en évaluateur des propositions d'action, voire de stratégie, de ses collaborateurs plus qu'en offreur d'orientations, de solutions, ou en arbitre. Il attend que ceux-ci trouvent eux-mêmes les solutions car, pour lui, chaque directeur fonctionnel dispose d'une meilleure expertise dans son domaine. La réflexion critique sur l'action à mener s'applique aux autres, au collectif et à lui-même. Il ouvre ainsi une brèche dans l'autorité du directeur dans laquelle peuvent s'engouffrer ses détracteurs. Dans tous les cas, il couvre ses collaborateurs même s'il n'est pas d'accord avec les options prises. La forte autonomie donnée avec un pilotage faible contribue à une gestion individualisée des dossiers sans que ceux-ci ne soient portés collectivement. Le dirigeant est le seul à avoir une vision globale et c'est au nom de cette vision globale qu'il tente d'influer sur chacun des secteurs.

La délégation fonctionne ici comme un transfert de responsabilités dont la mise en œuvre est couverte par le directeur

Cas 4 : une délégation encadrée et conditionnelle

Le dirigeant gère très peu de dossiers directement et délègue à ses collaborateurs le suivi de ceux-ci. Les collaborateurs disposent d'une large autonomie dans leurs domaines respectifs avec une attente forte de reporting de la part du dirigeant. S'il ne gère pas les dossiers en direct, le dirigeant se tient informé de tous les dossiers qu'il délègue ; il arbitre et prends des décisions sur ces dossiers le cas échéant. C'est au collaborateur d'apprécier la nécessité de soumettre une option à la décision du directeur en fonction de la sensibilité perçue du dossier.

Les critères de « sensibilité » renvoient aux impacts budgétaires, institutionnels ou politiques (particulièrement par rapport à la sphère médicale) du dossier. Le dirigeant conçoit son intervention à un niveau stratégique et oriente son activité principalement vers les tutelles, en externe, et les médecins, en interne. Son intervention sur les dossiers gérés par ses collaborateurs est liée à ces préoccupations stratégiques. Il est par ailleurs très réactif par rapport aux dysfonctionnements internes et intervient pour organiser les réponses à apporter avec ses collaborateurs. Si l'autonomie donnée aux collaborateurs est large, elle peut être à tout moment délimitée par l'anticipation d'effets à caractères stratégiques perçus par le dirigeant.

La délégation suppose ici de fréquents retours d'information et peut être, à tout moment, limitée par une reprise en main du dirigeant.

La délégation s'exprime, en définitive, sous des figures diversifiées, relatives à la posture du dirigeant.

5.3.2. L'activité visant à modifier la signification qu'autrui donne à son activité

Une autre manière d'orienter l'activité d'autrui consiste, pour le dirigeant, à produire une offre de significations portant sur l'interprétation de la réalité, le sens à y attribuer, l'activité souhaitable ou attendue, les gratifications ou les pénalisations à en attendre, la valorisation ou la dévalorisation associée. Tout ce qui relève des tentatives d'influence, d'offre de compensation, de coercition, de « manipulation »³⁷, constitue cette seconde forme d'intervention

5.3.2.1. Une « force de conviction » relative au cœur des activités dirigeantes

Les activités qui visent à orienter l'activité des autres en tentant de modifier leurs conceptions ou leurs perceptions de la réalité sont les plus transversalement revendiquées par les dirigeants hospitaliers. Un bon directeur doit savoir convaincre, amener les autres acteurs à partager ses idées, idées présentées comme les plus pertinentes pour la réussite de l'établissement. Ainsi les énoncés « faire partager les décisions » ou « discuter et emporter les décisions par

³⁷ La manipulation renvoie, ici, à toutes formes d'intervention visant à obtenir un comportement d'autrui en l'associant à des images de soi positives ou négatives.

consensus » ne laisse aucun doute sur l'activité de conviction déployée par le dirigeant. Cette activité langagière, d'offres de significations portant sur les objectifs, les décisions, les moyens à mobiliser, est même considérée comme au cœur de la compétence du chef d'établissement

« Un dirigeant qui n'est pas capable d'expliquer les enjeux, qui n'est pas capable de convaincre ses interlocuteurs de manière claire et nette,..., ce n'est pas un bon dirigeant »

Plus que l'offre de signification en tant que telle, c'est bien l'efficacité de cette activité qui est alors objet d'évaluation. Or les conditions qui rendent une telle activité efficace ne se trouvent pas nécessairement dans l'activité elle-même. Les enjeux sous-jacents aux représentations des acteurs de l'établissement supposent parfois pour « convaincre » d'utiliser en fait d'autres formes d'activité dirigeante que de simples arguments justifiant l'orientation à prendre.

Lorsque l'intention présentée est celle de convaincre, de modifier des manières de se représenter les visées de l'établissement ou les actions à mener, il est fait quelquefois référence à la pédagogie. L'activité dirigeante est alors comparée à celle d'un maître ou d'un professeur qui a pour mission de faciliter l'acquisition d'une connaissance nouvelle.

« J'étais toujours dans une relation, on va dire, pédagogique. La pédagogie explique, intégrant à la fois l'empathie pour la volonté d'expliquer, intégrant également la communication pour la clarté du discours et intégrant également l'analyse du différentiel de compétences et de connaissances, surtout la connaissance du sujet dont on parle, c'est-à-dire savoir ce que l'autre ne sait pas, ce que nous on sait et comment on peut fonder le discours sur la base de ce que l'autre est capable de comprendre »

Une telle conception instruit le rapport de celui qui sait à celui qui ne sait pas encore et qui est invité à apprendre et à comprendre ; dans un tel modèle, celui qui n'adhère pas est identifié à un individu qui n'a pas compris. En terme d'activité du dirigeant les opérations évoquées sont alors : la simplification, la clarification, la reformulation, l'explicitation... Mais des dirigeants considèrent que la réussite de cette activité est aussi conditionnée par leur capacité d'écoute qui permet de mieux cibler leur explication et leur argumentation. L'un d'eux insiste

même sur l'importance de se laisser influencer et convaincre afin d'accroître son efficacité dans cet exercice, la possible réciprocité des influences rendant plus acceptable celle du dirigeant.

Les cibles visées par cette activité dirigeante qui cherche à convaincre sont multiples et marquées par une forte disparité culturelle même si cette activité s'exerce de manière plus intense sur le premier cercle des principaux interlocuteurs du dirigeant

« Je ne vais pas convaincre mille agents, mais après chacun dans son cercle doit en convaincre d'autres »

La variété des cultures impose alors un travail de traduction qui suppose d'anticiper la compréhension des messages dans les différents milieux qui cohabitent au sein de l'hôpital.

Le plus souvent, les dirigeants hospitaliers revendiquent volontiers les activités qui visent à orienter l'activité des autres en tentant de modifier leurs conceptions ou leurs perceptions de la réalité. De nombreux témoignages et observations permettent d'attester la mise en œuvre de ces activités. Le travail de qualification des dossiers opérés par le dirigeant, les priorités données pour le traitement de ces dossiers relèvent de ce type d'activité. Les positions ainsi prises par le dirigeant structurent une représentation de l'activité à déployer par les acteurs de l'hôpital. Elles sont génératrices d'activités mais sont aussi le produit d'un processus d'élaboration où différents points de vue ont pu se confronter et où les jeux d'influence ont pu être réciproques entre le dirigeant et les acteurs internes de l'hôpital.

Encadré 24 : Des jeux réciproques d'influence dans une relation asymétrique

Témoignages d'un DG et de ses collaborateurs

DG

« Je crois avoir par expérience un niveau de réflexion qui me permet de voir plus loin. Mais c'est vrai qu'on a besoin les uns des autres. J'ai besoin de leurs compétences techniques, ils ont besoin de sens »

« Je les écoute et, in fine s'il le faut, je tranche si on n'est pas d'accord. Je sais assumer les différences de points de vue »

Collaborateur 1

« Il n'est pas forcément d'accord avec nous, c'est tout à fait logique. Il nous explique son point de vue et ses raisons en nous disant pourquoi ça doit être comme ça »

« Il ne va pas dire « non, parce que c'est comme ça, je ne peux pas vous donner d'arguments ou je n'ai pas d'arguments à vous donner », non, quelquefois il est très clair, il dit « c'est plus politique » mais il donne toujours ses arguments »

« Il est convaincant..., je vais faire le maximum dans le sens qu'il m'a donné, dans la mesure où je n'ai pas réussi à faire passer le message, je vais aller dans sa direction »

« J'essaie au maximum de faire part des raisons pour lesquelles j'oriente mon choix plutôt dans un sens que dans un autre, donc j'essaie au maximum d'argumenter. Quand je vois effectivement que le directeur n'est pas d'accord avec moi, bon j'estime que c'est quand même lui qui dirige l'hôpital et qu'il a sûrement d'autres raisons »

Collaborateur 2

« S'il a de nouvelles orientations à nous donner, il explique les éléments du contexte, les raisons pour lesquelles cette décision a été prise »

« J'essaie d'argumenter, je ne lâche pas tout de suite, mais au bout du compte, c'est lui qui décide. Mais en amont, il propose des pistes de réflexion, des orientations... qui nous amèneraient à la décision qu'il aimerait prendre »

L'activité déployée par le directeur pour orienter l'activité de ses collaborateurs en recherchant à les convaincre se heurte aux convictions établies chez ceux-ci qui, eux-mêmes, tentent d'influencer le dirigeant. Toutefois, derrière l'équilibre apparent des argumentations, la position occupée par chacun des acteurs n'est pas neutre sur le déroulement du débat et surtout sur sa conclusion. En dernière instance, c'est le directeur qui tranche et c'est bien comme cela que l'entendent les collaborateurs. La capacité « à convaincre » du dirigeant dans cette relation tient en fait à l'acceptation, par les collaborateurs, d'un ordre dans lequel ils sont contraints.

Par contre, lorsque le dirigeant ne défend pas de positions a priori, il peut se laisser convaincre par un collaborateur.

« On voit comme ça avec la personne responsable du secteur et puis elle me dit ce qu'il faut faire, je lui demande pourquoi et quand les explications me paraissent claires et qu'elle cadrent avec ce que je sais, je dis OK et je fais confiance, et quand

ça ne me convient pas, je creuse et demande qu'on m'explique jusqu'à ce que je me sente capable d'avoir pu éviter les plus grosses bourdes mais je ne suis pas sûr. Je ne peux pas. »

Lorsque les dirigeants des établissements de santé évoquent la nécessité de convaincre, c'est plus fréquemment dans le rapport à la sphère médicale ou aux autorités de santé. En l'absence de lien hiérarchique, convaincre devient un objectif exigeant. Les dirigeants évoquent alors souvent la recherche du consensus, ce qui ne signifie pas le renoncement à toute tentative d'influence.

« Dans le conseil stratégique, nous on ne vote pas.... On essaie de réfléchir, de discuter et d'emporter les décisions au consensus après réflexion »

Cette activité du dirigeant est à l'œuvre dans les temps d'échange entre la sphère administrative et la sphère médicale.

Encadré 25 : Des offres de transactions sous les échanges d'arguments

Réunion avec des médecins sur les plages additionnelles. Les plages additionnelles correspondant à un dépassement du temps de service des médecins qui est payé (pour certains médecins, c'est une opportunité pour augmenter leur revenu); l'établissement essaie de les contrôler et de les contractualiser à la demande du ministère.

Sont présents le directeur général (DG), la directrice des affaires médicales (DAM), un médecin président de la commission de la permanence des soins (Dr CPS), le vice président de la CME (Dr VPCME).

DAM explique où en est le dossier. "12 services sont concernés par les plages additionnelles". Elle a du mal à avoir les données pour certains services. Par exemple un chef de service lui répond : "qu'il transmet au service adéquat l'organisation du service" [or le service adéquat c'est celui de DAM]

Echanges plutôt consensuels sur l'attitude d'un médecin (DG ne s'expose pas).

DAM continue :

DG : "pouvez vous rappeler l'arrêté concernant le délai de carence ?"

DAM explique puis continue,

DG : "en fait, ce n'est pas dit dans les textes, donc on fait ce que l'on veut ;"

DAM lit ce qu'elle propose pour la contractualisation.

DG intervient : « attention, ce n'est plus la même chose que ce qu'on avait dit ».

Dr VPCME va dans son sens

Ils corrigent.

DAM prend note, reprend : « si on fait un suivi de ces 12 services en terme d'effectifs, si on crée un poste, le nombre de plages additionnelles devrait baisser. »

DG : il faut poser le principe : « pas de création de poste s'il n'y a pas de baisse de plages additionnelles. »

Acquiescement de tous.

Dans de nombreux cas, comme celui-ci, derrière les échanges d'arguments, se profile la gestion d'intérêts spécifiques pour les acteurs en présence. Il ne s'agit plus alors seulement de modifier des conceptions ou des perceptions d'une réalité mais de mettre en perspective des gains ou des pertes possibles pour les interlocuteurs.

Chacune des sphères en présence, administrative et soignante, porte des rationalités et des valeurs spécifiques, ancrées dans des identités professionnelles, qui ne sont pas toujours compatibles. Cela limite la conversion des conceptions d'un « monde »³⁸ à l'autre et rend peu opérante la volonté de convaincre, sinon en montrant la compatibilité des références. Ne pas prendre en compte cette dimension peut conduire à de nombreuses désillusions.

« Si le personnel a le sentiment qu'on le force à faire des choses qui sont contre ses valeurs, que ce sont les mécanismes de facturation qui déterminent les stratégies thérapeutiques, là le personnel va partir »

Pour un dirigeant, les valeurs de service public devraient être « le vrai ressort ». « Un médecin de l'hôpital public doit quand même avoir une mentalité qui ne soit pas une mentalité libérale. S'il a une mentalité libérale, purement individualiste, il n'a rien à faire à l'hôpital, il faut quand même qu'il ait une vision de l'institution ». Ces arguments n'ont toutefois pas produit les effets escomptés.

Pouvoir convaincre dans ce contexte suppose pour le dirigeant de prendre en compte les différentes rationalités, de se montrer consistant dans l'expression de ses valeurs, de créer une relation favorable avec les différents interlocuteurs.

« La difficulté du métier, son intérêt aussi, mais ce qui fait qu'à mon avis on s'en sort bien ou on s'en sort moins bien, c'est ce côté culturel et relationnel,..., c'est un

³⁸ Voir Thévenot et Boltanski, l'économie des conventions

problème de relations, de confiance qu'on peut établir avec ses patrons et les équipes médicales, avec qui on est en relations régulières. »

« Mais moi, j'applique ce que je dis, j'applique beaucoup mes discours sur justement le sens, les raisons pour lesquelles on travaille. »

« Il faut convaincre, il faut convaincre que votre dossier est un bon dossier. Si vous n'êtes pas capable de le présenter ou si vous n'êtes pas capable d'écouter ce qu'on vous dit, si vous venez en disant « je suis le plus beau, regardez, j'ai fait un beau dossier », ça ne passe pas. Si on n'est pas capable d'établir un climat de confiance, et bien ça ne passe pas »

Dans les instances qui mettent face à face les différentes sphères de l'hôpital, mais aussi autour des questions qui peuvent opposer la sphère administrative et la sphère médicale, la capacité à convaincre, à faire valoir un point de vue, n'est pas réductible à la force de conviction du seul dirigeant mais aussi à la cohésion de l'équipe de direction.

« Il faut arriver, nous, avec des idées un peu élaborées, arriver avec des choses préparées, et moi ce que j'aimerais, et c'était l'objectif de ces réunions préparatoires, c'est de préparer l'ensemble des documents. »

« L'équipe de direction qui se déchire face au corps médical, c'est la paralysie, en plus, c'est une perte de temps et d'énergie. La parole est libre, y compris par rapport à moi qui accepte le fait de me tromper et qui trouve les gens plus compétents que moi sur certains sujets, mais une fois que la chose est arrêtée, il ne peut y avoir de fissures au sein de l'équipe... C'est très important pour nous. Notre pouvoir, si on regarde bien, est faible. Quelqu'un qui décide de s'opposer à nous, médecin ou pas, on a très peu de moyens. Notre pouvoir est issu de notre capacité de convaincre, elle-même issue de notre compétence et notre dynamisme. Si on passe notre temps à se tirer dans les pattes on perd tout ça, et on perd notre pouvoir à tous. »

En définitive, l'activité du dirigeant qui vise à orienter l'activité des autres en tentant de modifier leurs conceptions ou leurs perceptions de la réalité se déploie à différents niveaux mais se trouve en prise avec des activités de même type mises en œuvre par ses interlocuteurs. Ces jeux contribuent à co-construire des significations partagées qui ne couvrent pas

l'ensemble des activités de l'établissement de santé et qui n'influencent que partiellement le sens que les acteurs donnent à ces activités.

Tout en cherchant à orienter l'activité d'autrui par la conviction à laquelle il essaie de le faire adhérer, le dirigeant mobilise souvent une autre activité visant le même effet en faisant référence, explicitement ou implicitement, à des gains ou des pertes possibles.

5.3.2.2. Un rapport ambigu aux sanctions et des espaces de négociation

Les activités dirigeantes qui visent à orienter l'activité des autres par la mise en relation artificielle de celle-ci avec des gains et des pertes pour ceux-ci, sont, dans les faits, peu mises en avant, à l'exception notable des relations avec la sphère médicale.

Le chef d'un établissement de santé dispose, de par son statut, d'une capacité réelle de sanctions positives ou négatives. Cependant cette capacité est présentée comme peu mobilisée, voire mobilisable, pour orienter l'activité des acteurs de l'établissement alors qu'elle pourrait permettre de valoriser les investissements importants dans le travail consentis par certains agents, de pénaliser les comportements de retrait d'autres agents, ou encore de sanctionner les comportements préjudiciables à l'institution. Dans les faits la capacité de sanctions des dirigeants est marginale et très contrainte. Les dirigeants expriment d'ailleurs souvent le regret de ne pas pouvoir récompenser davantage ou éventuellement punir, voire se séparer d'un agent, si nécessaire. Pour un des directeurs, l'impossibilité de recourir à la compensation rend parfois difficile la mobilisation d'agents à l'occasion d'une réforme alors que ces agents ont le sentiment qu'on leur en demande toujours plus. A l'inverse, sauf cas exceptionnel, l'impossibilité pour un directeur de se séparer d'un agent, s'il n'est pas volontaire lui-même pour une mutation, est maintes fois évoquée. Le pouvoir des syndicats et la prévention des autorités publiques et des responsables politiques à l'égard d'une possible médiatisation du conflit sont des causes identifiées de la prudence des dirigeants qui anticipent les conséquences de leur possible décision, en renonçant à sanctionner, afin de ne pas se retrouver eux-mêmes en difficulté.

Alors que les dirigeants sont en position d'orienter l'activité par la contrainte liée à leur position dominante et qu'ils utilisent leur position hiérarchique pour faire passer un certain nombre de consignes, ils ne revendiquent pas ce mode d'activité dirigeante.

Un des dirigeants le concède presque à regret « c'est vraiment de la conviction que j'essaie de faire passer,..., en même temps c'est moi le directeur, donc je suis bien obligé à un moment donné de donner mes instructions ».

Le mode d'intervention autoritaire n'est guère valorisé mais il ne s'agit pas non plus d'abandonner la position occupée et d'accepter une inversion du rapport.

« Le directeur tyran, c'est fini,..., par contre il ne faut pas donner de signes de faiblesse ».

Toutefois, si les dirigeants des établissements de santé considèrent que la possibilité de mobiliser des sanctions négatives à l'égard du personnel ou de leurs collaborateurs est limitée et s'ils affichent une prise de distance à l'égard des pratiques autoritaires, l'activité consistant à donner des consignes et des injonctions a pu être observée sur quasiment l'ensemble des terrains, essentiellement dans les rapports aux collaborateurs directs.

Encadré 26 : Des injonctions ciblées vers la sphère administrative

Entretien avec un collaborateur

« Si tu peux passer un coup de fil à M. P. ... »

« Il serait bien que M. M. fasse une note sur... »

« J'aimerais mieux que ce soit toi qui présente... »

Comité de direction

« Il faut vraiment les impliquer, c'est un projet majeur »

« Attention à ne pas rater la marche, on a intérêt à respecter le calendrier... »

« Je voudrais voir le contenu ensemble en termes de pourcentages d'avancement. Je veux qu'on voit ça en petit comité avant le passage en interne. »

« Tout ce qui ne sera pas facturé un trimestre sera perdu... On va leur redire mais ce n'est plus possible ; maintenant il faut faire un suivi mois par mois »

« Pas la peine d'arroser tout le CHU à cause d'un service, il faut pas stigmatiser un service ; »

« Il faut le préparer dans le cadre du projet de soin et du projet d'établissement. Il faut qu'il soit prêt quand on déposera le projet d'établissement, On est bien d'accord ? »

....

Conseil stratégique

La seule injonction s'adresse à un membre de l'équipe de direction.

Les demandes exprimées par le dirigeant à l'égard de ses collaborateurs, prises dans leur contexte, ne laissent guère de doute sur la nécessité pour ces derniers d'y apporter réponse. Si la sanction encourue est toute hypothétique, ne pas répondre à la demande comporte malgré tout un risque. La limite donnée aux sanctions mobilisables ne suppose pas qu'il n'en existe aucune, notamment la mise à l'écart de responsabilité, le retard apporté à des avancements... Les éléments modérateurs du discours (« si tu peux... », « il serait bien... », « j'aimerais mieux... »,...) permettent de limiter une expression qui pourrait être perçue comme ouvertement autoritaire.

La comparaison du nombre d'injonctions prononcées par le dirigeant dans le comité de direction (ne comprenant que des cadres administratifs) et dans le conseil stratégique (composé pour moitié de cadres de direction et pour moitié de chefs de service médicaux) confirme que le dirigeant sélectionne des modes d'action différents dans chacune des sphères.

Un collaborateur d'un dirigeant exprime, par un paradoxe, cette différence

1 : « Il dit : « il faut que vous fassiez ça » et au moment où il faut exprimer le truc devant les médecins, il lâche. »

2 : « Quand il décide, il ne lâche plus. »

Chacune des observations se rapporte à une des sphères auxquelles est confrontée le dirigeant.

Dans les rapports à la sphère médicale, les logiques de transactions sont par contre prises en référence par les dirigeants. Des accords sont passés dans les pôles et les services ; en contrepartie d'une nouvelle organisation, il leur est proposé des avantages pour que chacun puisse s'y retrouver, « c'est du donnant-donnant ». Avec la sphère médicale, le dirigeant est dans un rapport d'égal à égal et à défaut de pouvoir convaincre, il doit être en mesure de négocier en prenant en compte les intérêts des services médicaux concernés. Les contreparties peuvent être de différentes natures : un nouvel équipement en cours d'achat, une anticipation d'un recrutement de médecin, une nouvelle organisation... Parfois, l'absence de compensation rend plus difficile la participation de tel ou tel chef de service.

L'activité visant à orienter l'activité des médecins se décline, pour le dirigeant essentiellement en deux axes : convaincre et/ou proposer des contreparties.

Encadré 27 : Les transactions privilégiées avec la sphère médicale

« C'est les accords que l'on passe avec les uns et les autres, dans leurs pôles, dans leurs services, c'est-à-dire qu'en contrepartie de telle organisation, ils obtiennent un avantage, ils gagnent quelque chose... Si la chirurgie doit par exemple laisser place, dans une unité, à de la médecine, il faut qu'en contrepartie ils obtiennent soit des lits ailleurs, soit une unité de chirurgie ambulatoire quelque part... enfin il faut les entendre, voir ce qu'ils imaginent comme solution de rechange... C'est du donnant donnant. »

« Il faut qu'ils puissent sortir la tête haute, avec une compensation, qu'ils ne soient pas contraints, forcés, battus, c'est du donnant donnant, c'est du gagnant gagnant. »

« Il y a des domaines où j'ai des enjeux de négociations en cours... j'ai des leviers... tel ou tel équipement en cours d'achat, telle ou telle anticipation de recrutement de médecins à faire, tel ou tel changement d'organisation, donc ils sont intéressés... là, j'ai des atouts. »

« Il m'a dit oui, puis finalement les médecins ont fait pression dans l'autre sens et c'est vrai quand je suis retourné le voir, il m'a avoué qu'il avait cédé aux médecins »

« Nous on va lui expliquer toutes nos raisons pour qu'il conçoive parfaitement et qu'il accepte et puis derrière il y a le médecin qui va faire un forcing qui voit sa secrétaire alors que à la limite ce n'était peut être pas prioritaire tout de suite, qu'il peut peut-être encore attendre ou se satisfaire d'un mi-temps, ou etc. Et puis le médecin passe avec un tel forcing que au bout de compte M. (dirigeant) va avoir tendance peut être à lui dire d'accord »

Compte tenu des nouveaux modes de régulation de l'hôpital et de la place reconnue au corps médical dans les instances, le dirigeant se trouve obligé de faire des concessions s'il veut obtenir des appuis pour faire valoir ses projets pour l'hôpital, pour que « ça passe ».

5.3.2.3. Un usage prudent et différencié de la « manipulation »

Les activités dirigeantes qui visent à orienter l'activité des autres par la mise en relation de leurs images de soi ou de leurs caractéristiques identitaires avec cette activité, sont plus controversées et le plus souvent non conscientisées et donc non revendiquées. Des dirigeants expriment leur prévention à intervenir sur ce registre ou en délimitent les conditions, singulièrement lorsqu'il s'agit de renvoyer des images négatives.

« Faire attention à ce qu'il ne perde pas la face », « Je ne veux surtout pas l'abaisser. »

Le caractère privé de l'interaction semble toutefois rendre plus acceptable une intervention de ce type.

Valoriser les personnes, mobiliser des images positives, afin de les engager dans une activité, fait partie du discours managérial dominant et pour autant ces interventions sont rarement revendiquées par les dirigeants comme une modalité d'action sur l'activité d'autrui. Sans doute faut-il y voir une intuition concernant les conditions d'efficacité de ce mode d'action : une valorisation attachée trop directement à l'intérêt perçu de celui qui l'énonce perdrait en crédibilité. Dit autrement, la valorisation peut orienter l'activité d'autrui à condition qu'elle n'apparaisse pas trop instrumentale. Ainsi la valorisation des personnes pour susciter leur motivation peut être revendiquée au nom du besoin de reconnaissance sociale de tout individu mais ce même type d'action pour susciter une activité particulière est moins publiquement défendable car elle apparaîtrait clairement comme une tentative de manipulation.

La mise en relation des images de soi et de l'identité avec l'activité à produire est aussi à l'œuvre dans les logiques d'identification suscitées par la posture du dirigeant. Ainsi en est-il du charisme revendiqué comme un mode d'action sur l'activité d'autrui par certains dirigeants.

Le charisme est présenté comme « ce qui fait la différence entre un bon directeur et un autre » mais dont les ressorts sont indicibles (« on ne sait pas exactement ce qu'il a en plus »)³⁹.

L'effet d'entraînement opéré par le dirigeant charismatique ne s'appuie pas sur une rationalité mais sur une croyance et sur l'effet d'identification suscitée auprès de ceux qui le suivent. Leur activité se trouve ainsi modifiée par une adaptation liée à leur dynamique identitaire.

Au total, les activités du dirigeant qui vise à orienter l'activité d'autrui par la mise en relation de l'activité attendue avec son image de soi ou son identité sont inégalement distribuées. Elles mobilisent des images positives comme des images négatives alors que l'usage de ces dernières est plus soumis à controverse. Elles peuvent être directes ou s'appuyer sur une adhésion identitaire à l'établissement en y associant des valeurs positives ou négatives.

« On a du retard (par rapport aux autres), on n'est pas bon. »

³⁹ La définition donnée par Max Weber du charisme va dans ce sens : qualité extraordinaire, réelle ou supposée, ou encore prétendue. M. Weber (1971), *Economie et société*, Paris, Plon.

« On se fait rouler par les cadres. »

« On est un établissement pilote, on ne peut pas ne pas y être » (dans la nouvelle gouvernance).

L'utilisation du pronom personnel indéfini « on », dans lequel le locuteur (ici le dirigeant) s'inclut, permet de rendre plus acceptable l'offre de signification en même temps qu'elle invite à une réaction du collectif.

Sur un autre plan, le renvoi constant d'images négatives, non compensé par des images positives, est perçu comme peu opérant pour mobiliser l'activité d'autrui.

« Il ne sait pas féliciter les gens... Il faudrait être aussi bon dans la remontrance que dans la congratulation. Les gens ne retiennent que les images négatives renvoyées. »

Par ailleurs, certains appels à la responsabilité peuvent contenir implicitement une pression sur l'image de soi d'autrui.

« Chaque fois que l'un d'entre nous prend une décision, il engage l'ensemble » (à propos de l'attribution des postes).

Enfin, l'adhésion identitaire favorisée par le charisme du dirigeant peut être favorable à l'engagement de l'activité des collaborateurs dans le sens souhaité par le dirigeant.

« Il a un certain talent pour emporter l'adhésion, une force de conviction. Il fonctionne à l'enthousiasme, il joue beaucoup sur l'affect, l'émotion »

Les dirigeants mobilisant les pressions sur l'image de soi des collaborateurs paraissent très sensibles à la propre image qu'ils construisent pour autrui. Le recours privilégié à ce mode de mobilisation de l'activité d'autrui pourrait être recherché dans l'histoire personnelle du dirigeant.

Synthèse du chapitre 5.

L'action des dirigeants d'hôpitaux porte sur un système dont ils tentent de maintenir l'équilibre au regard de différentes opportunités et contraintes perçues. Concrètement, cette action s'exerce par et sur des objets intermédiaires, objets directs de leur travail qui ont la particularité de pouvoir être transformés dans et par leur activité. Deux ensembles de ces objets ont pu être identifiés et semblent couvrir l'essentiel des objets transformés par leur action directe :

- des « dossiers » représentant la base unitaire de leur travail et qui peuvent s'appliquer à des objets très divers, reconnus comme devant être traités ou suivis par le dirigeant.
- une « posture » conditionnant leur capacité à agir et qui concerne la gestion, toujours à renouveler, de leur rôle, de leur image et de leur marge d'autonomie à l'égard des acteurs internes et externes.

La transformation d'un objet hospitalier en dossier est due à un acte de désignation et de qualification opéré par le dirigeant. Plus le dossier est jugé sensible et plus il est suivi, voire approprié, par le dirigeant. La gestion des dossiers organise l'agenda et délimite la répartition des tâches entre les membres de l'équipe de direction.

La posture du dirigeant conditionne cette délimitation des dossiers à traiter, la répartition des tâches dans l'équipe de direction, la logique de délégation, et donc le rôle spécifique du directeur. Elle est très variable d'un dirigeant à l'autre et explique la diversité des pratiques observées. Le dirigeant déploie une activité propre à définir sa posture afin d'optimiser l'usage du pouvoir qui lui est conféré par son statut et d'en assurer la légitimité. Elle porte notamment sur l'identification et la construction d'une image du dirigeant au sein de l'hôpital mais aussi par les modes de relation et d'interaction que le dirigeant instruit avec les acteurs externes et internes.

Afin de produire des effets sur les objets désignés comme dossier ou de consolider sa posture, le dirigeant met en œuvre des modalités d'action visant à modifier ou à orienter l'activité des autres acteurs. Ces modalités font l'objet d'un discours de justification de la part des dirigeants, valorisant certaines pratiques (l'influence, la négociation, l'induction) et en disqualifiant d'autres (l'injonction, la sanction, la dévalorisation). Les modalités d'action observées sont en décalage avec ce discours et se déclinent de manières différentes à l'égard de la sphère administrative et de la sphère médicale. Les modalités d'action mises en œuvre sont vécues par les dirigeants sous l'ordre de la naturalité et sont interprétées par leur environnement comme un élément de leur personnalité.

Conclusion

Les dirigeants mènent une forme d'activité intériorisée qui consiste à poser des diagnostics répétés sur l'hôpital, à s'en construire une représentation en ce qui concerne ses finalités ; l'état de « fonctionnement » de l'établissement ; les positions et stratégies des acteurs en présence.

Ces diagnostics leur permettent d'arbitrer entre plusieurs options et de déterminer dans quel sens l'institution va « *bouger* », la manière dont elle peut « *tourner* » de manière aussi efficace, légale et efficiente que possible, et la façon de « *faire passer* » des changements.

La construction de cette représentation fonctionnelle est finalement ce qui donne une unité à l'activité d'un dirigeant. Pour le dirigeant, le sens de chaque situation particulière, de chaque événement, de chaque action découle de sa place, de son importance, de son rôle dans le système, dans sa dynamique et dans la direction que cela peut contribuer à donner au système global. On voit ainsi que le travail n'est pas réduit à son immédiateté et à sa particularité du moment et qu'il est interprété dans le système et en fonction du système général. Les différentes composantes du système et ses éléments, même les plus infimes sont ordonnés, pour le dirigeant, aux finalités du système dans son ensemble. Ainsi, les dirigeants ont une représentation déformée et finalisée de l'hôpital qui grossit certains traits pertinents pour le diagnostic et l'action et en diminue d'autres.

Ils tentent ainsi de maintenir l'équilibre au regard de différentes opportunités et contraintes perçues. Concrètement, cette action s'exerce par et sur des objets intermédiaires, objets directs de leur travail qui ont la particularité de pouvoir être transformés dans et par leur activité. Deux ensembles de ces objets ont pu être identifiés et semblent couvrir l'essentiel des objets transformés par leur action directe : des dossiers et une posture.

Le dirigeant met alors en œuvre des modalités d'action visant à modifier ou à orienter l'activité des autres acteurs. Ce faisant il valorise certaines pratiques (l'influence, la négociation, l'induction) et disqualifie d'autres (l'injonction, la sanction, la dévalorisation). Les modalités d'action observées sont parfois en décalage avec le discours sur la pratique et se déclinent de manières différentes à l'égard de la sphère administrative et de la sphère médicale. Les modalités d'action mises en œuvre sont vécues par les dirigeants sous l'ordre de la naturalité et sont interprétées par leur environnement comme un élément de leur personnalité.

Trois axes d'approfondissement nous apparaissent, à ce stade, pertinents.

1. Une partie de l'activité des dirigeants consiste à travailler sur l'image de l'organisation. Cette activité sur l'hôpital est une manière de communiquer sur soi. Nous avons ainsi exploré les différentes stratégies de communication et de structuration de leur propre mise en scène en tant que dirigeants, visant à maintenir une image rassurante et positive d'eux-mêmes et de leur organisation. Cette dimension de l'activité du dirigeant consiste en quelque sorte à se prendre soi-même, en tant que dirigeant, comme objet de travail. C'est une activité qui prend du temps mais qui se déroule de façon cachée, en parallèle de l'activité « officielle ». Elle est la part invisible de l'activité du dirigeant : il s'agit de donner à voir sans être vu. « Faire voir » cette activité permet de souligner le caractère polyfonctionnel de l'activité du dirigeant.

Cela nous conduit à nous questionner de manière plus fine sur le processus de construction de ce que le dirigeant donne à voir de leur activité de manière explicite ou implicite ? Qu'est-ce qu'ils cachent intentionnellement ? Quelles informations diffusent-ils ou au contraire gardent-ils pour eux-mêmes ? Comment se débrouillent-ils pour répondre aux attentes fortes dont ils font l'objet ? Comment cette activité de communication et d'ostension de soi est-elle une façon de répondre à ces attentes ? Comment transigent-ils avec les contraintes relationnelles et institutionnelles dans lesquelles s'inscrit leur activité ? Qu'est-ce qu'ils donnent à voir selon leurs interlocuteurs ?

2. Au delà de leurs actions directement observables, de la succession des paroles, des réunions, des dossiers, il apparaît que les dirigeants mènent une activité implicite, pas directement visible, qui consiste à construire du sens pour orienter et piloter l'ensemble de leurs actions. Ce sens est celui qu'ils donnent à l'ensemble de leur activité, celui qu'ils construisent seul mais aussi avec d'autres et pour d'autres. Quel sens les dirigeants donnent-ils à leur activité ? Qu'est-ce qui les oriente, les tient, donne unité et cohérence à l'ensemble de leurs actes ? Quels sont les finalités qu'ils visent, les mobiles propres qu'ils poursuivent, les compromis qu'ils réalisent, les « valeurs » auxquelles ils se réfèrent ? Existe-t-il des tensions entre les différents sens possibles de leur activité, voire des sources de souffrance potentielle entre ce qu'il leur est demandé de faire, ce qu'ils peuvent faire, ce qu'ils cherchent à faire et les justifications ou valeurs qui peuvent donner sens à leurs actes ?

3. Pour finir il nous semble utile de proposer quelques pistes de travail concernant la formation et la professionnalisation des dirigeants hospitaliers.

L'activité du dirigeant est dominée par la production d'offres de signification d'une part. Il nous semble à ce titre nécessaire de donner toute sa place à la formation en sciences humaines et sociales et notamment sur les sujets suivants : cultures et comportements, système de représentations et logiques d'action, communication et institution, gestion des relations interpersonnelles.

D'autre part, l'analyse de l'activité du dirigeant hospitalier témoigne de la nécessité de construire de façon permanente de la légitimité, un système de justification de son action. Une réflexion sur le métier et ses conditions d'exercice au regard des différents niveaux d'action peut accompagner les différentes étapes clés de la trajectoire du dirigeant (des premiers stages, au premier poste, puis au moment des mobilités géographiques et fonctionnelles, et enfin lors de la première prise de fonction d'un poste de chef d'établissement). Cet entraînement à la réflexivité passe notamment par des apprentissages sur les méthodes et des expérimentations individuelles ou en petits groupes.

Enfin, à cela peut être faudrait il ajouter une dimension plus personnelle dans la formation des dirigeants. Il semble bien que les éléments liés à la posture du dirigeant, à sa conception même de sa fonction, à la manière d'intervenir pour engager l'action des autres, soient largement déterminés par la trajectoire et l'histoire de la personne. Un travail plus personnel sur ces deux aspects pourrait aider le dirigeant à s'en distancier.

Bibliographie

- BARBIER J.-M. (2000), *L'analyse de la singularité de l'action*, Paris, PUF
- BEAUVOIS, J.-L. (1994), *Traité de la servitude libérale*, Paris, Dunod
- BERTHELOT, J.-M. (1990), *L'intelligence du social*, Paris, PUF.
- BLAU, P., (1964), *Exchange and Power in Social Life*, New York.
- BOLTANSKI L. ; THEVENOT, C. (1991) : *Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard.
- BRIZAIS, R. ; CHAUVIGNÉ, C. (1994), *Typologie des méthodes d'intervention dans une séquence interactionnelle*, Bulletin de psychologie, Tome XLVII- N° 417.
- COOK, K.S. ; RICE, E.(2003), "Social Exchange Theory", *Handbook of social psychology*, edited by John Delamater, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York.
- DAHL, R.A (1957). The Concept of Power. *Behavioral Science*, 2
- FRENCH, J. ; RAVEN, B., (1959), «The Basis of Social Power», in D.CARTWRIGHT, *Studies of Social Power*, Institut of Social Research, Ann Arbor, Michigan
- HOC, J.M. (1990). Les activités de diagnostic. In Richard, J.F., Bonnet, C. & Ghiglione, R. (dir) *Traité de psychologie cognitive 2*. Paris : Bordas, 158-165.
- MINTZBERG, H., (1986), *Le Pouvoir dans les organisations*, Paris, Les éditions d'organisation.
- MONTMOLLIN DE, M. (1986). *L'intelligence de la tâche, Eléments d'ergonomie cognitive*. Bern : Peter Lang.
- PASTRE, P., MAYEN, P. & VERGNAUD, G. (2006). Note de synthèse sur la didactique professionnelle. *Revue Française de Pédagogie*, n°154.
- PASTRE, P. (1999). La conceptualisation dans l'action : bilan et nouvelles perspectives. *Education Permanente*, n° 139, 13-36.
- TROGNON, A. (1999). *Eléments d'analyse interlocutoire. Apprendre dans l'interaction*. Nancy, Presses Universitaires de Nancy.