

Mihăi Dinu Gheorghiu, Frédéric Moatty, *L'hôpital en mouvement. Changements organisationnels et conditions de travail*

Rueil-Malmaison, éditions Liaisons, [Noisy-le-Grand], Centre d'études de l'emploi, coll. « Liaisons sociales », 2013

Frédéric Pierru

---



**Édition électronique**

URL : <http://journals.openedition.org/travailemloi/6730>  
DOI : 10.4000/travailemloi.6730  
ISSN : 1775-416X

**Éditeur**

DARES - Ministère du Travail

**Édition imprimée**

Date de publication : 1 juillet 2015  
Pagination : 75-78  
ISSN : 0224-4365

**Référence électronique**

Frédéric Pierru, « Mihăi Dinu Gheorghiu, Frédéric Moatty, *L'hôpital en mouvement. Changements organisationnels et conditions de travail* », *Travail et Emploi* [En ligne], 143 | juillet-septembre 2015, mis en ligne le 01 juillet 2015, consulté le 23 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/travailemloi/6730> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/travailemloi.6730>

---

Ce document a été généré automatiquement le 23 septembre 2020.

© Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares)

---

# Mihai Dinu Gheorghiu, Frédéric Moatty, *L'hôpital en mouvement. Changements organisationnels et conditions de travail*

Rueil-Malmaison, éditions Liaisons, [Noisy-le-Grand], Centre d'études de l'emploi, coll. « Liaisons sociales », 2013

Frédéric Pierru

---

## RÉFÉRENCE

Mihai Dinu Gheorghiu, Frédéric Moatty, *L'hôpital en mouvement. Changements organisationnels et conditions de travail*, Rueil-Malmaison, éditions Liaisons, [Noisy-le-Grand], Centre d'études de l'emploi, coll. « Liaisons sociales », 2013, 303 p.

## De l'impensé politique à la mise en visibilité sociologique : le travail hospitalier à l'épreuve des réformes

- 1 Voici un livre qui devrait permettre de clarifier, d'un point de vue sociologique, la question politiquement très controversée des conséquences de l'empilement des réformes hospitalières sur les conditions de travail des personnels soignants et, partant, sur la qualité des soins que ces derniers dispensent. Le débat public semble suggérer l'affrontement de deux camps bien délimités. D'un côté, les promoteurs gouvernementaux, administratifs et experts de la rationalisation et de la restructuration du parc hospitalier suggèrent que des gisements de productivité restent à exploiter sous l'épaisse couche bureaucratique et professionnelle des établissements hospitaliers, surtout publics. De surcroît, la mauvaise organisation du

travail hospitalier, au-delà de ses conséquences économiques néfastes, pénaliserait les soignants eux-mêmes et, plus gravement, diminuerait la qualité des soins : l'insuffisante ouverture de l'hôpital en amont (la médecine de ville) et en aval (les soins de suite et de réadaptation, le médicosocial), la « balkanisation » de l'hôpital en services de plus en plus spécialisés et mal coordonnés, l'insuffisante formalisation et évaluation des processus de soins seraient devenues des propriétés rédhibitoires à l'heure de l'impérative organisation du parcours de soins reçus par des patients qui sont de plus en plus souvent des malades chroniques. En face, le « camp » des soignants, des médecins au premier chef, dénonce l'empilement de réformes jamais évaluées, des cadences qui s'accroissent dans un contexte de réduction des effectifs, un environnement de travail qui se bureaucratise au nom des impératifs de réduction des coûts et de sécurité / qualité des soins, l'*hubris* des directeurs hospitaliers se rêvant en chefs d'entreprise aux dépens de l'expérience de la communauté médicale, la multiplication d'effets pervers qui feraient que, désormais, l'on soignerait davantage les indicateurs que les malades, des réorganisations internes en pôles médicoéconomiques sans cohérence clinique... Le dialogue de sourds semble donc être complet si l'on en croit les prises de position publiques et médiatiques des porte-paroles des uns et des autres. Le grand mérite de ce livre est de déplacer le débat de terrain, des arènes publiques vers les *lieux de travail*. Et ce détour sociologique s'avère fécond<sup>1</sup>.

- 2 Pour une première raison, essentielle : si le travail réel tend à devenir invisible dans le cadre d'une économie financiarisée promettant la « rente pour tous<sup>2</sup> », il l'est particulièrement dans le secteur hospitalier. Les auteurs soulignent, à la suite d'autres, que le travail demeure l'impensé des restructurations hospitalières. L'on se dispute beaucoup au sujet du travail hospitalier mais, finalement, on en connaît assez mal les mutations récentes, hormis quelques études sociologiques ponctuelles. Cet ouvrage apporte donc des éléments empiriques essentiels à la compréhension de la façon dont les réformes hospitalières ont percuté le travail hospitalier. Issu de trois enquêtes, quantitatives et qualitatives (entretiens semi-directifs), menées à compter de 2003, pour le compte de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) mais aussi dans le cadre de l'extension de l'enquête *Changements organisationnels et informatisation (COI)* au secteur hospitalier, il atteste d'une volonté des pouvoirs publics de clarifier ce débat public passionné. L'ouvrage est important pour une deuxième raison : en revenant vers les sites concrets de travail, il permet d'offrir une vision plus complexe des lignes de fracture qui traversent le monde hospitalier : loin d'opposer deux camps, gestionnaire et soignant, les réformes ont eu des impacts différenciés – qu'il n'est d'ailleurs pas toujours aisé d'isoler au regard d'autres variables comme les mutations technologiques ou celles des caractéristiques des patients – selon les types d'établissements (centres hospitaliers universitaires [CHU] / centres hospitaliers, public / privé) ou selon les services / pôles (les propriétés du travail dans un service d'urgence sont très différentes de celles d'un service de chirurgie orthopédique). De même, le rapport aux réformes ne se réduit pas au couple refus / adhésion, qu'il s'agisse des directeurs d'établissement ou des soignants, comme a pu pourtant le suggérer le sociologue Nicolas Belorgey<sup>3</sup>. Les deux auteurs montrent plutôt que l'engagement dans les réformes est un continuum où l'adhésion aux principes des réformes peut, par exemple, aller de pair avec une critique de leur mise en œuvre, comme en attestent les nombreux entretiens réalisés auprès des chefferies d'établissement. De même, certaines spécialités médicales sont plus enclines à se

reconnaître dans la rationalisation industrielle du travail hospitalier et à jouer le jeu de l'intégration hospitalière que d'autres, plus attachées à la défense de l'exercice professionnel « artisanal » traditionnel. Enfin, troisième, et non des moindres, mérite de ce livre : une appréhension résolument collective du travail hospitalier, à rebours d'approches plus individualisantes. Mihăi Dinu Gheorghiu et Frédéric Moatty, initialement spécialistes de l'industrie, s'intéressent particulièrement à la dimension coopérative du travail. Un tel intérêt est fort bienvenu dans un monde hospitalier où l'on sait l'importance, tant pour l'identité que pour les activités quotidiennes des soignants, des *collectifs de travail*. La défense des services et de leurs équipes montre à quel point le travail soignant est d'emblée collectif, coordonnant, souvent de manière informelle, les activités de très nombreux métiers, allant des plus médicaux aux plus techniques. C'est ici que le bât des réformes blesse : elles déstabilisent ces collectifs de travail sans toujours parvenir à leur en substituer de nouveaux aussi robustes et efficaces.

- 3 Les réformes, on l'a dit, se sont succédé à un rythme effréné pour tenter de résoudre une « crise de l'hôpital » toujours plus aiguë. On distingue, à la suite des auteurs, trois vagues. La première est celle de la réduction du temps de travail au début des années 2000, dans un contexte émergent de pénuries locales de certaines compétences médicales. La deuxième est certainement la plus structurante : à compter de 2004, la tarification à l'activité (T2A) est introduite progressivement pour remplacer le financement au budget global des activités dites de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique). Désormais le budget de l'établissement dépendra de la nature et du volume de son activité médicale et non d'un financement *a priori*. La T2A fait changer l'hôpital de monde : de « bureaucratie professionnelle », il doit se transformer en entreprise devant se positionner stratégiquement sur les différents segments du marché local de soins<sup>4</sup>. Dans le même temps, les services sont appelés à fusionner en entités plus larges dénommées « pôles » à vocation médicoéconomique : dirigés par un médecin assisté par un cadre de santé et un cadre administratif, ils doivent enrôler la profession médicale dans la logique gestionnaire grâce à une large délégation de gestion. Dans le cadre de cette « nouvelle gouvernance » fondée sur le principe de « cogestion », le conseil d'administration cède son pouvoir, en 2005, à un conseil exécutif composé pour moitié par la direction de l'établissement et pour l'autre par les médecins. Enfin, dernier étage de la fusée réformatrice : alors que la T2A commence à produire ses pleins effets, faisant plonger dans le rouge les finances de nombreux établissements, à commencer par les plus gros d'entre eux (les CHU), et que le gouvernement annonce sa volonté d'accélérer la restructuration du parc hospitalier *via* des opérations de fusions, de reconversions ou de fermetures, la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) de 2009 réforme à nouveau la gouvernance de l'hôpital, pour assurer la prééminence du chef d'établissement. Les conseils exécutifs sont ainsi remplacés par des directoires dominés par le chef d'établissement, présenté comme un « patron » duquel procède la nomination des autres membres, y compris les représentants du corps médical... La mobilisation de l'élite hospitalo-universitaire contre cette dernière réforme, très symbolique dans la mesure où elle consacre officiellement la dynamique au long cours de montée en puissance du corps des directeurs sur le corps médical, est en réalité le résultat de l'accumulation des innovations organisationnelles et instrumentales depuis dix ans.
- 4 Au-delà de la présentation factuelle de ces réformes successives et de la façon dont les différents protagonistes de l'organisation hospitalière les ont appréhendées (dans tous

les sens du terme), les auteurs les caractérisent, à la suite d'autres<sup>5</sup>, sociologiquement : l'hôpital est aux prises avec un processus multidimensionnel d'intégration institutionnelle, au sens donné à ce terme par les travaux en économie et en histoire de la firme<sup>6</sup>. En effet, l'hôpital voit ses frontières traditionnelles remaniées : réseaux et filières de soins, coopérations interétablissements (voire fusions) tendent à « ouvrir » l'hôpital sur son environnement. Simultanément, en interne, le processus d'intégration induit de la verticalité là où prévalaient des arrangements plutôt horizontaux et informels (l'« ordre négocié » d'Anselm Strauss), à agréger des territoires professionnels qui avaient tendance à se différencier sous l'impulsion de la rationalité clinique, à promouvoir de la coordination et de la transversalité dans un monde réputé cloisonné et balkanisé, à formaliser le travail et les processus de soins et à impulser la mise en place de systèmes d'information là où régnait plutôt une certaine opacité des pratiques. Autant sur le plan externe que sur le plan interne, ce processus transversal d'intégration déstabilise les collectifs de travail historiques que sont les services et, partant, selon l'expression du sociologue François Dupuy, alimente la « déprotection organisationnelle du travail »<sup>7</sup>. Il fait aussi émerger de nouvelles lignes d'alliance et d'opposition au sein du monde hospitalier. D'une façon générale, la sociologie du travail hospitalier met en exergue les tensions entre l'hôpital-institution, l'hôpital-organisation et l'hôpital-profession (en tant que l'hôpital est historiquement structuré autour des valeurs et des caractéristiques du professionnalisme au sens où l'entend la sociologie des professions)<sup>8</sup>.

- 5 À partir de cette problématique sociologique, l'ouvrage s'organise en trois grandes parties empiriques. La première est consacrée à l'engagement des directions hospitalières dans les réformes dont elles sont censées être le relais. Alors même que les auteurs admettent qu'il existe un biais de sélection dans les agents interrogés du fait que les établissements ont été choisis en fonction de leur engagement dans les réformes, il est remarquable que les directeurs rencontrés se montrent plus critiques que ce que l'on aurait pu attendre. Peu discutées dans leurs principes, les réformes le sont dans leur mise en œuvre. À cet égard, la T2A cristallise les récriminations pour plusieurs raisons. La première est la convergence des tarifs entre secteurs public et privé, laquelle nierait les spécificités du secteur public (cette convergence, d'abord repoussée, a d'ailleurs été abrogée après 2012). La deuxième réside dans le jeu de dupes que constituerait une T2A mise en œuvre dans une enveloppe fermée de l'Objectif national des dépenses d'assurance-maladie (Ondam) : en effet, les établissements sont individuellement incités à développer le nombre de séjours effectués mais en cas de dérapage au niveau collectif, les tarifs sont revus unilatéralement à la baisse de façon à « tenir l'enveloppe » (p. 120) ! Enfin, et de façon connexe, les tarifs de chaque séjour s'éloignent de plus en plus des coûts réels et font, de la part des tutelles administratives, l'objet de manipulations à la fois opaques et insécurisantes pour les établissements. De la même façon, les pôles sont l'objet de critiques nombreuses de la part des médecins qui en assurent la direction, tant la délégation de gestion se fait attendre et que leur rôle consiste essentiellement à « gérer la pénurie » de moyens et de personnels.
- 6 La deuxième partie empirique, plus novatrice du point de vue de ses constats, analyse les transformations de la coopération au cœur du travail hospitalier. Comme ils l'avaient observé dans l'industrie, les définitions de la coopération varient substantiellement entre les directions et les soignants. Là où la vision managériale vante la coopération opérationnelle au sein d'une équipe formelle liée par une forme de

consensus (« on est tous dans le même bateau »), les opérateurs de terrain défendent plutôt une vision informelle et « identitaire » de la coopération, non exempte de conflits en dépit de l'importance réaffirmée de l'esprit d'équipe, qui vise d'abord à se protéger de la hiérarchie et des contraintes de travail. Le grand intérêt de cette partie est de mettre à jour la diversité des mobiles et la pluralité des formes que prend la coopération, laquelle est le résultat contingent de la rencontre entre la nature du travail à réaliser, la trajectoire socioprofessionnelle et les attentes des acteurs et, enfin, le caractère négocié de l'ordre hospitalier. Les deux auteurs illustrent la diversité de la coopération en choisissant d'enquêter sur trois lieux de coopération « intense » : les blocs opératoires, les centres de jour des hôpitaux psychiatrique et les services d'urgence (p. 115 et s.). De même, ils soulignent, à travers l'exemple de la délégation de tâches, combien le ressort de la coopération varie selon la position socioprofessionnelle (médecins / infirmières / aides-soignants) et les rétributions matérielles et symboliques que les acteurs peuvent en retirer. Partant, ils en viennent à distinguer plusieurs figures de la coopération en milieu hospitalier : contrainte, hiérarchique, stratégique, organisée et instituée, négociée ou encore entraide entre pairs ou coopération avec le malade. La coopération, pour être bénéfique, doit s'inscrire dans la durée, s'appuyer sur la confiance et la reconnaissance réciproque des acteurs. À l'inverse, le renforcement de la charge de travail et des cadences dans un contexte plus global de non-reconnaissance des efforts de chacun mine les ressorts d'une coopération perçue de plus en plus comme subie et « extorquée » au nom de l'intérêt supérieur du malade.

- 7 Dans sa dernière partie, l'ouvrage revient sur les relations houleuses entre les réformes des dix dernières années et l'emploi. Le constat est clair : le travail hospitalier s'est intensifié car, après l'introduction de la T2A, la croissance de la productivité a été plus élevée que la croissance des effectifs, notamment infirmiers (p. 200). Ces cadences plus élevées voient leurs conséquences aggravées par les transformations du profil des patients, souvent plus âgés et/ou présentant des problématiques médicales, psychologiques et sociales souvent complexes. La T2A est ici la réforme la plus structurante puisqu'elle fait de l'emploi, qui représente les deux tiers des coûts des établissements, la variable d'ajustement pour revenir rapidement à l'équilibre financier. Les personnels les plus touchés ont été les services administratifs et logistiques, via le recours à la sous-traitance et à l'externalisation, mais les services de soins n'ont pas toujours été épargnés. La T2A génère aussi des paradoxes. En effet, la « ressource » médicale devenant cruciale pour des établissements qui cherchent à développer leur activité, ils en viennent à se faire concurrence pour attirer certains praticiens devenus, *numerus clausus* aidant, rares (comme les anesthésistes). Mais, de l'autre, les soignants sont aussi des coûts qu'il faut minimiser via la « rationalisation », la « mutualisation » et la « flexibilisation » (qui se traduisent par une exigence de polyvalence et de mobilité) du travail sur un mode quasi industriel, au risque de provoquer leur insatisfaction et donc de renforcer leur disposition à la défection. Ce phénomène ne concerne pas que les médecins puisque l'accélération du *turn-over* peut être observée chez les autres soignants dont le vieillissement percute l'intensification du travail. La défection prend de multiples formes allant de la recrudescence de l'absentéisme à la banalisation du recours à l'intérim, en passant par les demandes de réaffectation dans des services jugés plus « accueillants ». L'auteur de ces lignes a ainsi observé, au cours de ses propres enquêtes, que des infirmières statutaires démissionnaient pour revenir en tant qu'intérimaires dans les mêmes services de

chirurgie. D'un côté, l'intégration croissante de l'organisation hospitalière déstabilise profondément l'organisation professionnelle traditionnelle tant dans sa dimension symbolique (les valeurs et l'identité des professions soignantes) que collective et coopérative (mise à mal des équipes par exemple) alors que, de l'autre, elle exige des soignants une plus grande loyauté à l'égard de leur établissement et un fort engagement dans les réformes (par exemple, accepter de nourrir des systèmes d'information et de *reporting* chronophages ou encore une plus grande polyvalence) sans toujours se voir dispenser des gratifications matérielles et symboliques. La montée de l'absentéisme, devenu une préoccupation majeure des directions de certains établissements où il peut atteindre 10 % de l'emploi global, donne souvent lieu à des « bricolages organisationnels » (pp. 216-218) qui aggravent parfois le mal : la mise en place de *pools* de remplacements infirmiers ou encore le recours accru à l'intérim déstabilise encore plus les collectifs de travail, dont la solidité s'inscrit dans la durée et appelle la confiance et l'interconnaissance de leurs membres.

- 8 Au final, cet ouvrage verse des pièces sociologiques importantes au dossier de la crise de l'hôpital. Il en met à jour les différentes facettes, en s'adossant à une revue de littérature assez exhaustive. Il pose un certain nombre de constats qui devraient participer de la clôture d'un certain nombre de controverses publiques (notamment celle afférente à l'insuffisance de l'emploi hospitalier et à l'intensification du travail). On peut lui adresser néanmoins quelques critiques. Tout d'abord, la cohérence de son contenu n'est pas toujours évidente. Issu de plusieurs enquêtes successives réalisées dans une logique d'expertise et en fonction de questionnements différents, il multiplie non seulement les angles d'attaque sur le travail hospitalier (engagement des directions dans les réformes, formes et mobiles de la coopération dans le travail hospitalier, transformations de l'emploi, informatisation des établissements) mais aussi les « styles » d'analyse. Certaines parties sont ainsi plus sociologiques que d'autres ; par exemple, la partie consacrée à la coopération est davantage problématisée d'un point de vue sociologique que celle sur l'engagement des directions dans les réformes. De façon connexe, l'objectif de tenir ensemble les trajectoires sociobiographiques des acteurs interrogés avec les prises de position à l'endroit des réformes n'est pas toujours tenu : les extraits d'entretiens sont souvent livrés « à plat » et on peine à relier les propos aux propriétés de leurs auteurs. À cet égard, l'objectivation sociologique demeure souvent inachevée. Ces limites mises à part, l'ouvrage vient utilement corroborer les résultats des enquêtes plus ponctuelles menées par d'autres sociologues sur le même thème des relations entre réformes et travail hospitalier et, surtout, nourrir des réflexions théoriques plus transversales de la sociologie du travail et des professions<sup>9</sup>.

---

## NOTES

1. Sur les fondements théoriques d'un tel déplacement, cf. Abbott A. D. (1988), *The system of professions. An essay on the division of expert labor*, Chicago, University of Chicago Press.
2. Gomez P.-Y. (2013), *Le travail invisible. Enquête sur une disparition*, Paris, F. Bourin.

3. Le sociologue objective et oppose les caractéristiques socioprofessionnelles de ceux qu'il appelle, à la suite de Norbert Elias, les « établis » (plutôt disposés à s'opposer aux réformes) à celles des *outsiders* (plutôt pro-réformes) : voir Belorgey N. (2010), *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte.
  4. Sur l'histoire de la T2A, les conditions concrètes et les difficultés de son déploiement, on lira la thèse importante de Pierre-André Juven (2014), *Une santé qui compte ? Coûts et tarifs dans la politique hospitalière française*, Thèse de doctorat mention « socioéconomie de l'innovation », Paris, École des mines.
  5. Benamouzig D., Pierru F. (2011), « Le professionnel et le "système" : l'intégration institutionnelle du monde médical », *Sociologie du travail*, vol. 53, n° 3, pp. 327-333.
  6. Lefebvre P. (2003), *L'invention de la grande entreprise. Travail, hiérarchie, marché, France, fin XVIII<sup>e</sup>-début du XX<sup>e</sup> siècle*, Paris, Presses universitaires de France.
  7. Dupuy F. (2005), *La fatigue des élites : le capitalisme et ses cadres*, Paris, Seuil.
  8. Sur ce point, cf. Clot Y., Gollac M. (2014), *Le travail peut-il devenir supportable ?*, Paris, Armand Colin, pp. 130-201.
  9. On pense notamment aux développements récents de Florent Champy sur la notion de professions à pratiques prudentielles et sur les entraves à cette forme spécifique de connaissance qu'est la prudence (*phronesis*). Cf. Champy F. (2011), *Nouvelle théorie sociologique des professions*, Paris, Presses universitaires de France.
- 

## AUTEURS

### FRÉDÉRIC PIERRU

Ceraps (Centre d'études et de recherches administratives, politiques et sociales ; CNRS, université Lille-2)