

# **L'hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité à partir de l'analyse du coût des dysfonctionnements**

**T. NOBRE**

L'objectif de cette communication consiste à montrer comment l'analyse des dysfonctionnements de l'hôpital conduit à relativiser et à approfondir le modèle de la bureaucratie professionnelle comme idéal type, au sens wéberien, du modèle d'organisation que constitue l'hôpital. Après avoir rappelé brièvement les caractéristiques du modèle de Mintzberg, il s'agira, dans une partie méthodologique de montrer comment ont été :

- recensés (à partir d'entretiens auprès de toutes les catégories d'acteurs de l'hôpital),
- puis validés (par une présentation des résultats à tous les membres de l'hôpital),
- formalisés, puis quantifiés les dysfonctionnements d'un hôpital public de 350 lits et 500 personnes.

La mesure des coûts est utilisée comme un outil révélateur de la réalité profonde de l'hôpital. Il ne s'agit pas de proposer une méthodologie de calcul d'un objet de référence ( pathologie, patient, service, unité fonctionnelle )<sup>i</sup>. Les informations ainsi obtenues nous permettront d'apporter un nouvel éclairage sur la modélisation du fonctionnement de l'hôpital en intégrant, d'une part, certaines évolutions du contexte dans lequel évolue l'organisation hospitalière et, d'autre part, en examinant les comportements actuels de ses différents acteurs.

## 1. Le modèle de la bureaucratie professionnelle

L'analyse proposée par H. Mintzberg, découlant d'autres travaux analysant les différents acteurs de l'hôpital (Freidson 1984, Harris 1977, Huard 1977, Young et Saltman 1985, Pauly et Redisch 1973, Pauly 1980, Evans 1984), considère cinq éléments de base de l'organisation : le sommet stratégique, la ligne hiérarchique, le centre opérationnel, la technostructure, les fonctions de support logistique. La prise en compte de paramètres de conception et de facteurs de contingence aboutit à définir 5 configurations structurelles représentant des idéaux-types : la structure simple, la bureaucratie mécaniste, la bureaucratie professionnelle, la structure divisionnalisée, l'adhocratie.

Dans cette approche l'hôpital constitue une bureaucratie professionnelle ( B.P.) au même titre que les universités ou les cabinets d'expertise-comptable avec les caractéristiques présentées ci-dessous et résumées dans le tableau 1.

**Tableau 1 : Les caractéristiques organisationnelles de l'hôpital**

Mécanisme de coordination principal	Standardisation des qualifications
Partie clé de l'organisation	Centre opérationnel
Principaux paramètres de conception	Formation, spécialisation horizontale du travail, décentralisation horizontale et verticale
Facteur de contingence	Environnement complexe et stable, système technique non sophistiqué.

Le travail du centre opérationnel : Pour coordonner ses activités la bureaucratie professionnelle s'appuie sur la standardisation des qualifications à partir de la formation et de la socialisation. Les standards sont élaborés pour une large part en dehors de la structure, dans des associations professionnelles autogérées auxquelles les opérateurs de l'organisation adhèrent comme leur pairs. L'autorité découle du pouvoir de la compétence. Le professionnel, qui contrôle son propre travail, agit de façon relativement indépendante de ses collègues mais reste proche de ses clients(patients).

Le processus de classement : le fonctionnement de la B.P. repose sur un répertoire de programmes standards (des cas répertoriés, prédéterminés) où le travail du professionnel consiste à déterminer dans quel cas se situe le patient (le diagnostic) et à appliquer ensuite le programme standard correspondant au cas.

Le centre opérationnel étant la partie clé de l'organisation, la seule autre partie de l'organisation qui soit complètement développée est l'ensemble des fonctions de supports logistiques qui ont pour missions de servir le centre opérationnel. Compte tenu du coût élevé des professionnels, il est logique de leur accorder tout le support possible pour les aider et faire en sorte que d'autres accomplissent les travaux routiniers qui peuvent être formalisés.

La B.P. est une structure très décentralisée aussi bien verticalement qu'horizontalement.

Dans les B.P. il existe fréquemment deux hiérarchies, l'une pour les professionnels qui va du bas vers le haut qui est démocratique, l'autre pour les fonctions de support logistique qui va du haut vers le bas qui a la nature d'une bureaucratie mécaniste.

Les administrateurs professionnels et plus particulièrement la direction ont des rôles clés situés à la frontière de l'organisation entre les professionnels qui sont à l'intérieur de l'organisation et les parties prenantes externes ( tutelles, administration )

Les stratégies de la B.P., sont pour une large part celles des professionnels pris individuellement dans l'organisation ainsi que celles des associations professionnelles externes. Les stratégies des B.P. représentent l'effet cumulé au fil du temps des initiatives stratégiques que les membres ont réussi à amener l'organisation à entreprendre

## **2. Le constat :**

Au préalable, il est nécessaire de présenter la méthodologie qui a permis de collecter les éléments étayant la réflexion. Ensuite, nous exposerons ces informations collectées en différenciant deux étapes dans le processus de recueil de données. Une première démarche

statique, les informations sont obtenues durant un diagnostic du fonctionnement de l'hôpital ce qui permet d'avoir une vue relativement exhaustive à un instant précis. Ensuite, une démarche dynamique où les informations sont obtenues durant une phase de changement organisationnel s'étalant sur une période de deux années où le chercheur a observé en temps réel les réactions, stratégies et comportements des acteurs face aux évolutions en cours.

## **2.1. Méthodologie**

Notre démarche de recherche se place dans le cadre d'une méthodologie de recherche-intervention ou recherche clinique (Liu 1997, Lewin 1964 ). Le motif de la coopération entre le chercheur et l'hôpital réside dans un travail d'évaluation de l'accueil du patient à l'hôpital en procédant à un diagnostic dysfonctionnel comprenant une évaluations financière des dysfonctionnements recensés dans la perspective des procédures d'accréditation.

Cette tâche initiale a entraîné un travail de collecte de l'information par entretiens individuels d'une heure trente auprès d'une soixantaine de membres de l'hôpital appartenant à toutes les catégories professionnelles et de quelques partenaires extérieurs (C.f. tableau 2).

**Tableau 2 : Les entretiens réalisés**

	<b>Corps. médical</b>	<b>Cadres. Infirmiers</b>	<b>Secrétariat</b>	<b>Infirmières</b>	<b>Agents</b>	<b>Autres</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Services médicaux et chirurgicaux</b>	11	7	4	7			29
<b>Services médico-techniques</b>	5	6	3	4	3	2	23
<b>Administration et direction</b>		2	1			2	5
<b>Extérieur</b>	4						4
<b>TOTAL</b>	20	15	8	11	3	4	<b>61</b>

Une seconde phase a consisté à piloter différents groupes de travail chargés de définir les modalités des évolutions à mettre en place pour faciliter l'étape de l'accréditation. Cette seconde phase implique la participation du chercheur à certaines instances de la vie de l'hôpital

comme la Commission Médicale d'Établissement (CME) et l'animation de séances de travail regroupant les différents acteurs de l'hôpital.

Suite à ces travaux le chercheur a été impliqué dans une troisième étape visant un changement organisationnel majeur, la centralisation des consultations externes.

La première phase, le diagnostic, s'est déroulée sur une période de deux mois, la seconde sur une durée d'une année et la troisième phase est prévue pour l'étape d'analyse préliminaire sur une période de six mois.

Les informations ainsi obtenues ont été validées d'une part, lors de la présentation à la CME et aux autres membres du personnel et, d'autre part, par la volonté de l'hôpital de continuer l'intervention-recherche.

## **2.2. Le diagnostic**

Le recensement et la quantification financière des dysfonctionnements<sup>ii</sup> fait apparaître trois catégories d'acteurs principaux dont les comportements sont soit l'origine, soit régulateurs de dysfonctionnements :

- le corps médical (CM) ;
- le personnel soignant (c'est à dire les infirmières) et les cadres infirmiers (PS et CI),
- les agents administratifs (AA).

L'intérêt de la définition de ces catégories d'acteurs réside dans la possibilité ultérieure de comparer ces catégories à celles définies dans le modèle de Mintzberg.

D'autres dysfonctionnements trouvent leur origine dans l'insuffisance ou l'absence de système de coordination interne. Dans ce cas il est très difficile de localiser des comportements individuels ou catégoriels initiateurs.

Les dysfonctionnements, perçus<sup>iii</sup> par l'ensemble des catégories d'acteurs et collectés par l'intervenant-chercheur, sont présentés dans le tableau 3.

**Tableau 3 :**

Récapitulatif des quantifications de dysfonctionnements

		Heures	Francs
Tableau 1	Manque d'informations médicales	859	188 069
Tableau 2	Interruptions et retards des consultations	736	119 426
Tableau 3	Interruptions et retards au bloc	3 818	702 148
Tableau 4	Programmation du bloc	686	153 007
Tableau 5	Non planification des examens internes	165	48 333
Tableau 6	Relations entre les services	759	224 531
Tableau 7	Matériel	413	60 460
Tableau 8	Agencement des locaux	1 253	177 244
Tableau 9	Urgences	633	129 416
Tableau 10	Gestion des dossiers	281	43 661
Tableau 11	Standard	154	23 411
Tableau 12	Procédures administratives	2 845	674 975
Tableau 13	Non programmation des visites dans les services	624	100 498
Tableau 14	Absence de réactualisation des protocoles de laboratoire	18	392 252
Tableau 15	Non programmation des sorties	363	41 134
Tableau 16	Communication avec le patient	236	35 604
	<b>Sous-total</b>		<b>3 114 169</b>
Tableau 17	Absence de lits de convalescence	37	1 154 154
	<b>Total</b>	<b>13 280</b>	<b>4 268 323</b>

Ces dysfonctionnements sont ensuite classés dans le tableau 4 et résumés dans le tableau 5. Le premier tableau permet de regrouper les dysfonctionnements par thèmes ou par activités en précisant les acteurs ou les causes qui en sont à l'origine et en évaluant, financièrement et en temps, le coût de la régulation nécessaire pour y faire face, tout en précisant les acteurs qui effectuent ces régulations. Les acteurs concernés sont : le corps médical (CM), le personnel soignant et les cadres infirmiers( PS/CI), les agents administratifs (AA)

**Tableau 4 : Classement par acteur et par activité des dysfonctionnements**

**CM** : Corps médical                      **PS** : Personnel soignant (infirmières)

**CI** : Cadres infirmiers                      **AA** : Agents administratifs

**SCI** : Système de communication interne.

Thèmes	TOTAL	Dysfonctionnements	Montants	Heures	Origine	Régulations
<b>Activités médicales</b>						
Manque d'informations médicales	188 069	Manque d'info. sur la prise en charge post-opératoire Non-information sur la prise de rendez-vous Informations médicales imprécises Radios inutilisables	188 069 70 017 35 897 80 177 1 978	859 303 173 373 10	CM CM CM Externe	PS/CI PS/CI PS/CI PS/CI
Interruptions et retard dans la consultations	119 425	Non respect de la programmation des activités	119 425	736	CM	PS/CI
Interruptions et retard au bloc	702 748	Retards en début de programme non justifiés Interruptions non justifiées dans le programme opératoire	702 748 365 683 336 465	3 818 1 712 1 506	CM CM	PS/CI PS/CI
Programmation du bloc	153 007	Changement de programmation sans information Absence de communication des interventions Mauvaise programmation	153 007 55 732 8 075 89 200	686 294 40 352	CM CM CM	PS/CI PS/CI PS/CI
Non planification des examens internes	48 333	Non planification des examens internes	48 333	165	SCI	CM/PS/CI
Non programmation de la visite dans les services	100 498	Absence de programmation ou non respect de la programmation de la visite dans les services	100 498	624	CM	PS/CI
Non programmation des sorties	41 134	Non préparation des dossiers des patients	41 134	363	CM	PS/CI
Relation avec le patient	35 604	Communication insuffisante avec le patient	35 604	236	SCI	PS/CI
<b>Coordination entre services</b>						
Relations entre les services	224 231	Communication et coordination défaillante entre services	224 231	759	SCI	PS/CI
Absence de réactualisation des protocoles	392 252	Sortie des patients retardés Recherche de l'information	388 762 3 490	18	SCI	PS
Fonctionnement des urgences	129 416	Mauvaise coordination des U. avec les autres services Tâches réalisées inutilement par les U.	66 764 62 652	352 281	SCI CM (int. et externe)	PS/CI CM/PS/CI
<b>Activités administratives</b>						
Gestion des dossiers	43 661	Recherche et corrections des dossiers	43 661	281	SCI	PS/CI/AA
Fonctionnement du standard	23 411	Perturbations dues à la mauvaise orientations des appels téléphoniques	23 411	154	SCI	PS/AA
Procédures administratives (P.A.)	674 975	Non respect des P.A. par le corps médical * Non respect des P.A. dans les relations entre services Non utilisation de la procédure de saisie des entrées aux urgences Non-respect des P.A. diverses	629 600 343 249 190 538 95 813 45 375	1 087 876 659 223	CM PS/CI PS/CI CM/PS/CI	PS/CI/AA PS/AA PS/AA PS/AA
<b>Conditions de travail</b>						
Matériel	60 460	Manque de matériel ou matériel inadapté	60 460	413	Matériel	PS/CI
Agencement des locaux	177 244	Agencement des locaux inadapté	177 244	1 253	Locaux	PS/CI
<b>Choix stratégiques</b>						
Absence de lits de convalescence	1 154 154	Journées d'hospitalisation supplémentaires dans des S. Surcoût journalier Recherche d'information pour les disponibilités	874 714 272 494 6 947	37	Choix stratégiques	hôpital
<b>Total</b>			4 268 323	13 280		

Pour avoir une vue plus synthétique, le tableau 5 regroupe dans chaque ligne les dysfonctionnements générés par une catégorie d'acteurs et chaque colonne représente les régulations de dysfonctionnement opérées par chaque catégorie d'acteurs. Il est ainsi possible de définir un mécanisme agissant au sein de l'hôpital où apparaissent la totalité des dysfonctionnements classés par origine (en ligne) et la totalité des acteurs régulateurs (en colonne). L'intérêt de cette formalisation n'est évidemment pas de définir des coupables ou des boucs émissaires mais de préciser les catégories d'acteurs agissant au sein de l'hôpital à partir d'une observation du fonctionnement réel de celui-ci pour pouvoir les comparer au modèle théorique.

**Tableau 5 : Synthèse des dysfonctionnements.**

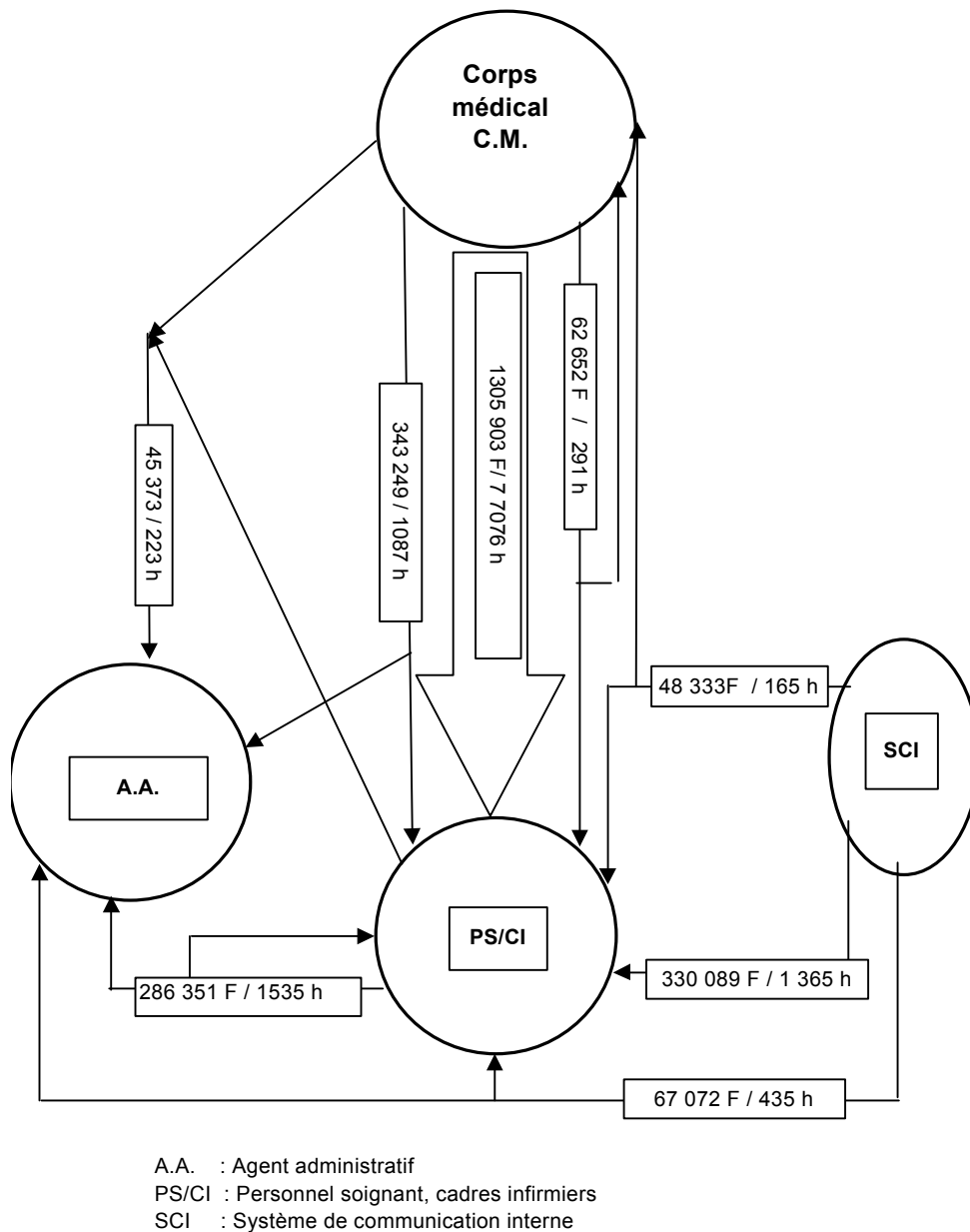
Régulateurs Origine	CM		PS/CI		AA		TOTAL
	Montants	heures	Montants	heures	Montants	heures	Montants
CM	31 326	145,5	1 508 854	7765	194 311	655	1 743 056
PS/CI	0	0	143 176	767,5	165 862	879	310 684
AA	0	0	0	0	0	0	0
SCI	24 167	82	387 792	1665	33 536	217,5	447 459
Autres	0	0	237 704	1666	0	0	239 370
<b>TOTAL</b>	<b>55 493</b>	<b>228</b>	<b>2 277 525</b>	<b>11 864</b>	<b>393 709</b>	<b>1751,5</b>	<b>2 740 569</b>

Cette analyse fait ressortir le rôle prépondérant du personnel soignant et des cadres infirmiers, en montrant un mécanisme d'auto-régulation des dysfonctionnements totalement intégré par les différents acteurs (représenté dans le schéma 1) alors que ceux-ci considèrent tous, y-compris les médecins, que cette situation est en décalage par rapport à un orthofonctionnement considéré comme implicitement efficace et légitime.

Globalement le personnel soignant, infirmier et cadres infirmiers, sert de tampon régulateur interne et incarne la notion de slack organisationnel (Cyert et March, 1963). Il apparaît ainsi clairement que si le personnel infirmier respecte le règlement de l'hôpital (horaires, réglementation), les contraintes juridiques et les normes de références des différents acteurs, l'hôpital s'arrête de fonctionner.



## Schéma1 :La régulation des dysfonctionnements



### 2.4. Une tendance despotique contrariée

L'étude en profondeur de ce cas expérimental, c'est dire le diagnostic et la collaboration sur une longue période, nous conduit à qualifier l'hôpital de bureaucratie professionnelle à tendance despotique contrariée.

#### **2.4.1. Une tendance despotique.....**

Suivant le dictionnaire le despote exerce une autorité arbitraire et absolue. Cela se traduit dans notre cas par la persistance de dysfonctionnements (cf. tableaux ci-dessus) dans l'activité courante interne de l'hôpital qui sont générés par le centre opérationnel et pour lesquels il n'existe pas de moyens efficaces et effectifs modifiant des pratiques soit contraires aux textes ( par exemple, signatures des ordonnances par les infirmières), soit contraires aux bonnes pratiques (non respects des normes du bloc opératoires), ce qui illustre le caractère arbitraire, et par le mode relation que le corps médical et plus particulièrement les chirurgiens peuvent instaurer avec le personnel soignant sans que quiconque puisse intervenir dans des situations très conflictuelles d'où le caractère absolu. Il existe ainsi un fonctionnement des services (médicaux et chirurgicaux) impliquant la création de zones et de territoires fortement hermétiques dans lesquels les responsables exercent leur pouvoir sans aucune restriction cela se traduit par exemple par des usages sémantiques très révélateurs utilisant très fortement le possessif ( ma secrétaire, mes infirmières, mon personnel) ou par des comportements proche de la féodalité.

Si l'hôpital est une bureaucratie professionnelle à tendance despotique cela ne veut pas dire que tous les médecins et chirurgiens sont des despotes, mais ils évoluent dans un système qui, jusqu'à présent, leur permettait de le devenir.

Ce terme de despotique est un terme très fort qui découle de pratiques et de modes de fonctionnement qui sont l'héritage du passé mais qui sont loin d'avoir disparu, notre cas expérimental l'illustre parfaitement.

#### **2.4.2.....contrariée**

Cette tendance despotique s'avère être contrariée à différents niveaux, par les collaborateurs directs du corps médical, le personnel soignant, mais aussi par les instances dirigeantes de

chaque hôpital qui elles mêmes sont soumises à un contrôle grandissant de la part des autorités de tutelles.

La tendance despotique au sein de l'hôpital est progressivement remise en cause **par le personnel soignant** qui accepte de plus en plus difficilement la perpétuation du passé. La tradition d'abnégation et de dévouement total qui provient, entre autre, du rôle historique joué par les bonnes sœurs,<sup>iv</sup> est progressivement remise en cause dans les valeurs du personnel soignant pour être remplacée par des notions de professionnalisme, de technicité et de prise en charge du patient. L'évolution de la formation et du niveau culturel et éducatif du personnel soignant explique entre autre cette transformation. Les exemples des diverses crises récentes du monde infirmier ne reposent pas que sur des problèmes matériels, même si cela joue un rôle non négligeable, mais ils traduisent aussi une insatisfaction profonde sur un mode de fonctionnement qui jusqu'à présent les maintenait dans une servilité peu valorisante et de plus en plus mal vécue. Le rôle moteur joué par les cadres infirmiers dans les procédures actuelles d'accréditation, au delà de la nécessaire évolution concernant la prise en compte de la qualité dans l'hôpital, permet de mesurer le désir de changement de cette catégorie d'acteurs.

De plus, l'équilibre traditionnel des rapports de pouvoir qui laissait une très grande marge de manœuvre au corps médical par rapport à la direction de l'hôpital commence à évoluer. Cette tendance despotique s'avère ainsi remise en cause **par la direction** qui est elle même de plus en plus contrainte par les autorités de tutelle à cause des contraintes financières et budgétaires et doit, par conséquent, s'immiscer plus énergiquement dans des débats et conflits desquels elles pouvait jusqu'à récemment se tenir à l'écart.

Ces conclusion tirées de notre cas expérimental peuvent paraître parcellaires ou anecdotiques mais des contacts et interventions avec d'autres centres hospitaliers généraux ou universitaires semblent montrer que le cas présenté ici n'est ni marginal ni exceptionnel.

Ce constat nous conduit à approfondir le modèle théorique de Mintzberg pour savoir ce qui a changé et quelles en sont les conséquences.

### **3. L'approfondissement du modèle**

L'approfondissement du modèle de la bureaucratie professionnelle appliquée à l'organisation que constitue l'hôpital nécessite, dans un premier temps, la prise en compte d'éléments constitutifs du modèle théorique qui ont été insuffisamment pris en compte dans le modèle initial où dont les évolutions viennent remettre en cause les postulats initiaux. Cet approfondissement du modèle organisationnel théorique de l'hôpital implique de fortes conséquences sur le rôle et les comportements du corps médical dans l'hôpital dans une perspective d'accroissement de l'efficacité et de l'efficience de l'hôpital public.

#### ***3.1. L'évolution du modèle de la bureaucratie professionnelle***

Deux éléments plaident pour un approfondissement du modèle de Mintzberg. Le premier est inhérent aux caractéristiques propres du modèle, l'autre découle de l'évolution de l'environnement de l'hôpital.

##### **3.1.1. Le rôle du personnel soignant**

Dans les autres bureaucraties professionnelles ( université, sociétés de conseil) les professionnels exercent leur activité principale quasiment **sans intermédiaires**. Comparé à celles-ci l'hôpital offre la particularité du rôle très important joué par le personnel soignant (cf. schéma 1) qui constitue un véritable prolongement du corps médical. La notion de centre opérationnel nous semble donc trop restrictive. Par exemple, dans le chapitre consacré à la bureaucratie professionnelle<sup>v</sup> il est fait référence au corps médical 36 fois alors que le personnel soignant n'est mentionné qu'à deux reprises. Le personnel soignant ( infirmières et cadres) apparaît transparent dans le modèle.

De même, le modèle de la B.P. de Mintzberg fait référence à la notion de **démocratie**<sup>vi</sup>, mais il existe le même réductionnisme que fait apparaître l'analyse de la démocratie grecque qui ne concernait que les citoyens<sup>vii</sup>.

Par ailleurs, le mécanisme de l'ajustement mutuel dans l'hôpital ne considère que le corps médical alors qu'une grande partie des tâches consommatrices de ressources sont effectuées par d'autres catégories d'acteurs<sup>viii</sup>. Dans notre cas expérimental cela s'est traduit, par exemple, par des médecins qui nous ont exprimé de vive voix leur grand étonnement de travailler pour la première fois avec des cadres infirmiers, des infirmières et des administratifs au sein d'une même réunion. De plus les nouvelles caractéristiques de la pratique médicale hospitalière incitent à reconsidérer la place du personnel soignant au sein du centre opérationnel.

### **3.1.2. Evolution de l'activité hospitalière**

L'évolution de l'activité hospitalière doit être définie et relativisée en fonction des facteurs de contingence définis dans le modèle théorique principalement l'environnement ( complexe et stable) et les système technique (non sophistiqué)<sup>ix</sup>.

Si **l'environnement** est toujours aussi complexe il s'avère que la stabilité n'est plus toujours aussi forte. Les évolutions de la carte sanitaire, les modifications structurelles latentes ( suppression de lits, de services, regroupement avec d'autres établissements) constituent des menaces, au sens stratégique du terme, faisant prendre conscience de la relativité de certaines positions acquises.

Le **système technique** a très fortement évolué aussi bien dans les moyens d'investigation et d'imagerie, dans les possibilité d'examen réalisés par le laboratoire que dans les techniques thérapeutiques et opératoires. Toutes ces évolutions nécessitent une coopération grandissante entre les différentes spécialités et entre les différents acteurs.

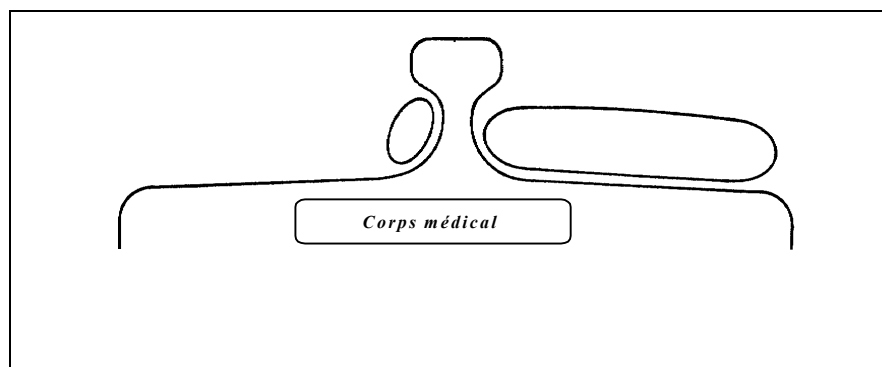
De plus il faut souligner le raccourcissement des durées de séjour qui entraîne une intensification des actes sur des périodes plus courtes.

Tous ces éléments font que simultanément les besoins de coordination sont de plus en plus importants alors que le degré de complexité du mode de fonctionnement augmente. Il s'avère ainsi que l'organisation hiérarchique traditionnelle ne correspond plus exactement aux contraintes et en particulier, la non reconnaissance et la transparence du personnel soignant et des cadres infirmiers n'est plus possible.

### **3.1.3. Une nouvelle configuration organisationnelle**

Ce constat nous conduit à approfondir le modèle de Mintzberg en proposant un schéma formalisant la situation réelle actuelle (schéma 2) dans laquelle le centre opérationnel comprend une partie sous-estimée, voire transparente, semblable à la partie immergée d'un l'iceberg. En effet, cette partie, les cadres infirmiers et les infirmières, joue un rôle fondamental dans le fonctionnement courant alors qu'elle est notoirement passée sous silence. La différenciation du centre opérationnel en deux catégories le corps médical et personnel soignant permet ainsi de mieux rendre compte de l'activité effective curative au sein de l'institution hospitalière.

#### **Schéma 2 : La partie oubliée du centre opérationnel, le personnel soignant**



Ce constat qui concerne uniquement le fonctionnement interne nous incite à souligner deux évolutions indispensables pour permettre à l'hôpital de continuer d'assumer sa vocation au sein du système de santé. Ces évolutions concernent le corps médical.

### **3.2. L'évolution du rôle du corps médical**

L'évolution du contexte de l'hôpital, socioculturel pour ses acteurs, technologique et thérapeutique pour l'activité curative (Chandernagor et Dumond 1996) induit des changements profonds dans les deux composantes du rôle stratégique du corps médical, à savoir, la participation à la définition des objectifs stratégiques de l'organisation et la mise en œuvre de cette stratégie.

<sup>22</sup> Le choix des objectifs stratégiques : Le poids des contraintes financières et budgétaires implique un accroissement du contrôle des autorités de tutelle qui se traduit par une plus faible marge de manœuvre du corps médical dans les décisions stratégiques (choix des matériels et de investissements, choix des spécialités) au niveau de chaque établissement (Contandriopoulos et Souteyrand 1997). Le corps médical est ainsi amené à développer une coopération plus importante avec les autorités de tutelle via la direction de l'établissement .

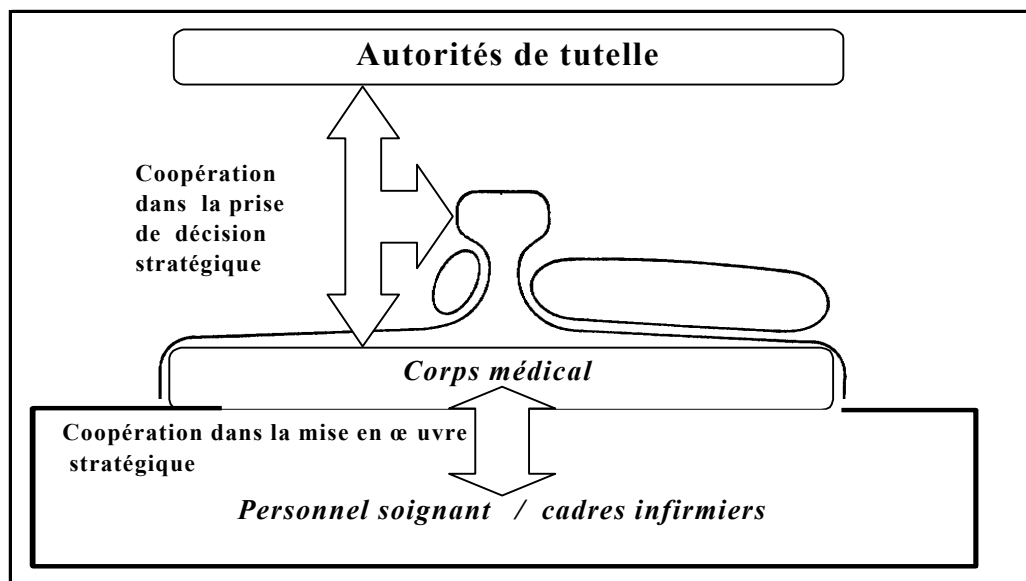
#### La mise en œuvre stratégique

Le nouveau mode de fonctionnement opérationnel nécessite une coopération plus importante avec le personnel soignant représenté par les cadres infirmiers pour développer des modes d'organisation adaptés au nouveau contexte de l'activité curative.

En reprenant le modèle de Mintzberg, il s'agit pour l'hôpital de passer d'une bureaucratie professionnelle à tendance despotique contrariée à une bureaucratie professionnelle coopérative et éclairée cf. Schéma 3. L'objectif ne doit pas être la remise en cause du poids des médecins mais au contraire, par une meilleure coopération avec des partenaires naturels, les

cadres infirmiers et la direction, de produire des solutions organisationnelles adaptées<sup>x</sup> prenant en compte le savoir-faire des différents catégories d'acteurs. Cela concerne aussi bien la prise de décision concernant les objectifs avec les autorités de tutelle par l'intermédiaire des directions d'établissement que la mise en œuvre effective avec une collaboration avec le personnel soignant .

**Schéma 3 : Vers une bureaucratie professionnelle coopérative et éclairée**



## Conclusion

L'analyse d'un cas concret nous a conduit à approfondir le modèle de la bureaucratie professionnelle proposé par Mintzberg appliqué au cas de l'hôpital. La mise en évidence du rôle d'un acteur sous-estimé par le modèle, le personnel soignant, le constat du mode de relation et de coordination ainsi que la prise en compte des évolutions auxquelles est confronté l'hôpital incitent d'une part à relever la tendance despotique contrariée propre à ce type d'organisation et d'autre part le besoin de transformation des modes de fonctionnement, et de comportement qui touche principalement le corps médical. Cela touche aussi bien la dimension stratégique



que la dimension opérationnelle dans le cadre de la mise en œuvre effective de cette stratégie. En effet, les enjeux auxquels est confronté l'hôpital nécessite de la part du corps médical une plus grande coopération avec les autorités de tutelle via la direction de l'hôpital dans la définition des objectifs et par conséquent dans la négociation des ressources nécessaires. De même les transformations organisationnelles impliquent une plus grande coopération et concertation avec les autres acteurs internes de l'hôpital pour favoriser l'adaptation au nouveau contexte, technologique, thérapeutique et socio-culturel. Le modèle théorique de référence se doit de tenir compte de l'évolution du système réel qu'il représente ce qui justifie d'une part le schéma 2 pour représenter l'état du système actuel et d'autre part le schéma 3 pour représenter un état du système souhaitable.

---

<sup>i</sup> Voir la remise en cause du calcul du coût des produits dans l'hôpital, Escaffre et Alii (1994).

<sup>ii</sup> Pour une description de la méthodologie de recensement et de quantification cf. H. Savall et V Zardet (1993)

<sup>iii</sup> Il est raisonnable de penser que les dysfonctionnements perçus doivent être multipliés par un coefficient supérieur à un pour être plus proche de la réalité. Les dysfonctionnements présentés sont ceux qui ont été mesurés avec certitude.

<sup>iv</sup> En allemand par exemple infirmière est traduit "Krankenschwester" ce qui littéralement pourrait être formulé par la sœur s'occupant des malades.

<sup>v</sup> Chapitre 19 p 309 à 335 Mintzberg 1982

<sup>vi</sup> p 328 Mintzberg 1982

<sup>vii</sup> Suivant les auteurs Finley (1984), Garland (1984) la démocratie concernait de 20 000 athéniens pour 430 000 personnes ( 10 000 métèques et 400 000 esclaves) à 100 000 sur 300 000 personnes.

<sup>viii</sup> C.f. aussi l'étude de M.Petit (1989)

<sup>ix</sup> P.309 Mintzberg.

<sup>x</sup> Pour faire face à une "jachère organisationnelle" (Chandernagor 1996)