



HAL
open science

L'externalisation dans le système de santé français : éléments d'explication d'un tabou

Bertrand Pauget, Mathieu Cabrol, Jérôme Lartigau

► To cite this version:

Bertrand Pauget, Mathieu Cabrol, Jérôme Lartigau. L'externalisation dans le système de santé français : éléments d'explication d'un tabou. *Recherches en sciences de gestion*, 2012, 1 (88), pp.55-71. hal-00951617

HAL Id: hal-00951617

<https://hal.science/hal-00951617>

Submitted on 25 Feb 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

L'externalisation dans le système de santé français : éléments d'explication d'un tabou

Bertrand Pauget¹
Professeur EBS Paris

Mathieu Cabrol
Professeur-assistant
Groupe Sup de Co Montpellier

Jérôme Lartigau
Docteur en sciences de gestion
Université de Montpellier

A l'aide d'une étude exploratoire, nous cherchons à comprendre pourquoi l'externalisation hospitalière est peu utilisée. Nous montrons que les acteurs ne sont en majorité pas hostiles au principe d'externalisation. Toutefois, celui-ci peut causer une rupture dans la conception que les professionnels de santé se font de la sacralité entraînant des situations parfois difficiles pour les acteurs dans les organisations.

Mots-clés : *externalisation, système de santé, hôpital, clinique, sacré.*

Using an exploratory study, we try to understand why the outsourcing is little used among french hospitals. We show that if the

1. Nous remercions les organisateurs du séminaire « atouts pour publier » de la FNEGE dans lequel cet article avant été initialement présente.

actors have nothing against the outsourcing process, it can be linked to the concept of sacrality. It can break their conception of the sacrality causing some difficult situations for the health professionals.

Keywords: *outsourcing, health care, hospital, private hospitals, sacrality.*

Gracias a un estudio exploratorio, tratamos de comprender por qué la externalización del hospital se utiliza muy poco. Se demuestra que si los actores no son en su mayoría hostiles a la idea de externalización, la externalización puede tener lios con el sagrado. Puede causar una ruptura en la concepción que los profesionales de la salud tienen del sagrado provocando así situaciones difíciles para los actores en las organizaciones.

Palabras claves: *la externalización, el sistema de salud, hospital, clínica, sagrado*

Introduction

Selon une étude de l'OCDE de 2009, chaque français débourse en moyenne environ 2418 euros par an pour se soigner. Le financement du secteur de la santé fait régulièrement débat (24 milliards d'euros en 2009, 30 milliards prévus en 2010).

Dans le même temps, de nouveaux efforts de rationalisation des moyens financiers et humains ont été une nouvelle fois entrepris pour contenir le déficit des hôpitaux : de 905 millions en 2007, le déficit s'est établi à 575 millions en 2008.

Or, ces dépenses hospitalières font naître des polémiques. Certains reprochent à l'hôpital d'avoir une culture exclusivement gestionnaire au détriment du patient ou des professionnels de santé (Smida et Gomez Meija, 2010). D'autres insistent sur les économies à effectuer (intérêt du contribuable et du maintien du système de sécurité social chroniquement déficitaire).

Face à cet effet « ciseau » (augmentation de l'activité, mais baisse des dépenses par activité effectuée), les Agences Régionales de Santé promeuvent une mutualisation des moyens au sein des structures sanitaires. Or, celle-ci semble commencer à poser problème, et l'on

peut être surpris du manque d'alternative proposée. Il faut dire que l'externalisation semble être encore plus problématique.

La littérature sur le sujet est lacunaire : il n'y a par exemple aucun chiffre précis. Ceci tranche avec l'Australie et l'Italie pour ne citer que ces deux pays, où l'externalisation est quantifiée et valorisée comme un moyen de recherche de productivité et de contrôle des coûts (Young, 2008 ; Mancinati et Young, 2009).

Face à ces insuffisances, tout juste peut-on esquisser deux vagues successives d'externalisation si l'on suit la littérature professionnelle : à partir des années 1970, ce sont des économies d'échelles qui sont recherchées. Ce mouvement concerne principalement des fonctions supports (le nettoyage, la restauration...).

Puis, ce sont les fonctions annexes au soin (stérilisation des instruments médicaux, entretien des machines,...) qui sont externalisées à la fin des années 1990 (Thiveau, 2000 ; Derrouch et Thiveau, 2003 ; Guillervet et al. , 2009, Brebant et al., 2009).

Mais il n'y a pas de vague d'externalisation du soin même vers les structures privées comme cela a pu se faire par exemple au Canada dans les années 2000.

Nous avons donc cherché à comprendre cette singularité française. Pourquoi l'externalisation provoque-t-elle de telles réactions ?

Pour le comprendre, nous avons mené une étude qualitative et exploratoire, présentant les deux formes d'externalisation les plus présentes en France. Le premier est une clinique spécialisée en néphrologie (cas 1). L'externalisation est bien acceptée par tous les membres de l'organisation mais se révèle être un échec. Le second est un hôpital du sud de la France (cas 2). On note une situation peu consensuelle autour de l'externalisation. On peut en imputer la cause à une absence d'outils permettant de la suivre et en mesurer les effets. Pourquoi dès lors l'externalisation se poursuit-elle ? Si elle apparaît parfois si polémique c'est qu'elle touche aux frontières de l'organisation. Or, le sacré² s'incarne dans les frontières matérielles et symboliques. Il est en effet un marqueur de l'espace (Augé, 2010). Toucher aux frontières de l'organisation, c'est toucher au sacré. Ce dernier est visible ici au niveau organisationnel et se manifeste dans les pratiques individuelles (Memmi, 2005).

2. Le sacré est utilisé à l'origine dans le cadre du religieux mais en excède désormais le cadre (Whutnow, 1995). Il désigne la division d'un espace pour le croyant entre ce qui doit être protégé (espace sacré) et ce qui ne l'est pas (espace profane). Il est caractérisé par des pratiques rituelles et une justification peu évidente du sacré aux yeux extérieurs (car évidents pour les croyants).

Dans le cas numéro un, il y a une unanimité autour de la sacralité (et sur le besoin d'externaliser), mais son échec oblige à recourir à des boucs émissaires pour sauvegarder l'unité du groupe. C'est donc une sacralité qui est interrompue et qui remet en cause l'organisation.

Dans le cas numéro deux, nous assistons à une confrontation des formes de sacré entre les dirigeants et certains membre du personnels. S'opposent ainsi une sacralité classique liée à l'état providence (l'hôpital est le représentant par excellence de la République et de l'Etat-providence, Furet 1977) et une autre sacralité qui se manifeste au travers de la gestion (Khella, 2004). La sacralité n'est pas le signe d'une croyance en une religion managériale, mais plutôt l'indice d'une relation au management qui intègre le sacré au sens large (Eliade, 2008) provoquant des conflits d'usage (Amirou et Pauget, 2011). Dans cette optique, l'externalisation est un tabou dans la mesure où elle oblige les acteurs à se confronter pour le contrôle du sacré.

1. – Qu'entendre par externalisation ?

Avant de voir en quoi l'externalisation relève aussi de la sacralité, venons-en à sa définition issue de la littérature. L'externalisation résulte d'un processus structuré autour de trois éléments : les raisons de l'externalisation, la gestion de la relation entre prestataires et donneur d'ordre et la mesure du résultat de ce processus.

1.1. L'externalisation dans les Sciences de Gestion

L'externalisation est couramment définie comme le fait de soustraire une activité à un prestataire externe (Alexander et Young, 1996 ; Barthelemy, 2004). Elle a été envisagée selon plusieurs perspectives : opportuniste, cela renvoie à la théorie des coûts de transaction ; à la théorie de l'agence pour l'augmentation de l'efficacité ; plus récemment à la théorie des ressources, l'externalisation est alors perçue comme une conséquence d'un choix stratégique³. La première raison évoquée pour justifier l'externalisation est économique. Elle se base sur la théorie des coûts de transaction (Williamson, 1975, 1986). Ce sont la fréquence, le degré de certitude, et la qualité des relations qui déterminent le choix d'une externalisation en l'occurrence guidée par l'opportunisme des acteurs (Dyer, 1997), soit une recherche d'intérêt personnel pouvant aller

3. Le choix de la présentation de cette revue liminaire de la littérature a été faite selon un angle organisationnel.

jusqu'à la tromperie. La seconde (Eisenhardt, 1989) considère l'externalisation comme un facteur de productivité, d'efficacité maximale en transformant les frontières de l'entreprise. Les agents, vecteurs de cette efficacité mais aux intérêts opposés de ceux de l'organisation, sont régis par des contrats tant sur le plan interne (le contrat régule le comportement des agents) qu'externe (il s'agit d'un moyen de se prémunir contre un prestataire indélicat). La troisième se base sur une critique des deux précédentes. Il s'agit de l'approche par les ressources (Barney, 1991, Dierickx et Cool, 1989, Prahalad et Hamel, 1990). Celle-ci fait valoir qu'en raison de la complexité croissante des organisations (Ang et Cummings, 1997), les organisations ont intérêt à déterminer leurs actifs stratégiques.

Nous considérons que c'est dans la combinaison de ces approches que nous pouvons saisir la notion d'externalisation. Young (2007) a résumé les principaux items qui ont servi à construire notre grille d'analyse pour comprendre sous quelle forme l'externalisation était présente sur nos terrains d'étude.

1.2. Comment est analysée l'externalisation dans les écrits des professionnels du secteur ?

La vision de l'externalisation a été assez peu traitée en management de la santé. Ce sont principalement des questions relatives à la pratique qui ont fondé la vision (positive ou négative) de l'externalisation dans le domaine de la santé.

Une mesure quantitative liminaire fait apparaître un intérêt récent pour cette notion en France (neuf études entre 2008 et 2009 soit autant que pour la période s'étalant des années 1980 au milieu des années 1990).

L'analyse de cette littérature technique fait apparaître un mélange des principales approches décrites précédemment : le coût (Thalig, 2009 ; Cecile et al., 2002), la flexibilité (Kaiser, 2006), le recentrage sur le cœur de métier (Seunevel et Mignardot, 2008).

Elles se centrent en fait surtout autour de problématiques différentes suivant les décennies : l'externalisation des fonctions supports du soin dans les années 1990 et celle de la maintenance dans les années 2000. De fait, dans les structures sanitaires en France, l'externalisation touche principalement les fonctions de nettoyage, de restauration et de maintenance d'appareils ou de la stérilisation⁴.

4. Quelques autres services ont été en partie externalisés. Citons la gestion des relais de presse, l'offre de télévision ou encore les services téléphoniques.

C'est principalement sous cet angle afin d'améliorer la qualité de ces services et faire baisser la prévalence des maladies nosocomiales que le débat a été récemment posé. Il s'agit d'une vision moins politique et moins passionnée mais en partie en décalage avec les interrogations actuelles des hôpitaux comme des cliniques sommées de rationaliser leurs moyens humains et financiers.

Car l'externalisation suscite débats et interrogations comme en témoigne Barresi et al. (2005) posant la question du lien entre externalisation et licenciement. L'externalisation n'est pas un sujet neutre en France.

2. – Présentation des cas et de la méthodologie

2.2. Méthodologie

Ce travail s'inscrivait dans une démarche de comparaison internationale avec l'Italie et l'Australie centrée sur les processus d'externalisation et de ré-internalisation. Nous avons dressé grâce à notre questionnaire un panorama qui devait nous permettre de comparer les processus d'externalisation. Notre objectif était de les décrire pour comprendre comment ils étaient appliqués. Face au rejet relatif de l'externalisation en France comparativement aux autres pays de l'OCDE, nous avons sélectionné des cas extrêmes et ceci afin de permettre initialement une comparaison internationale. Le cas extrême a été défini par Gerring et al. (2008). Nous avons étudié l'externalisation lorsqu'elle est poussée au maximum de ce qu'un pays considère comme socialement acceptable. Celle-ci s'est malgré tout avérée impossible au regard de nos résultats (y compris avec un pays voisin comme l'Italie). Le discours des acteurs français insistait peu sur les outils et les techniques d'externalisation mais principalement sur les situations et les conséquences de celle-ci. La pauvreté du cas français comparativement à l'Australie aurait pu conduire à une explication sur le « retard » français. Or, une autre perspective était possible : une vision anthropologique prééminente servant à justifier l'externalisation émergeait, ce qui constitue une « exception française ».

Nos deux cas avaient été sélectionnés pour effectuer la comparaison internationale. Nous avons choisi un site au nord de la France et un site au sud. Il s'agit d'une clinique, d'une part, et d'un hôpital d'autre part, selon une logique exploratoire (Yin, 1994).

Pourtant, dans une perspective exclusivement française, ils apparaissaient incompatibles au regard d'une étude sur le processus d'externalisation. Il existe *a priori* peu de ressemblances entre elles :

- une structure au Nord de la France (cas numéro 1), une au sud (cas numéro 2) ;
- une clinique petite et spécialisée qui semble portée vers l'externalisation de tout ce qui ne constitue pas son cœur de métier d'autant qu'elle appartient à un groupe capitalistique spécialisé dans la santé et soucieux de son retour sur investissement ;
- une clinique ayant choisi d'externaliser les activités de support et la maintenance du matériel médical et un hôpital de taille moyenne sommé de compresser ses dépenses
- une organisation privée n'externalisant plus et une organisation publique qui continue à externaliser.

Cependant, ce qui les relie est une expérience plus ou moins réussie de l'externalisation. Ce sont les mêmes tendances sociales qui structurent leurs réactions face au processus d'externalisation. Leur comparaison apparaît légitime dans le cadre d'une étude de cas extrêmes (Gerring et al., *op. cit*) pour comprendre les causes sous-jacentes expliquant les difficultés de l'externalisation.

Nous avons sélectionné ces sites car nous avons été informés par des contacts personnels dans le secteur sanitaire que ceux-ci avaient connu une externalisation assez significative aux yeux des acteurs de santé eux-mêmes. Ce faisant, les explications autour de l'externalisation apparaissaient d'autant plus fortes ce qui n'aurait sans doute pas été le cas dans des organisations où l'externalisation connaissait un sort plus ordinaire.

La difficulté méthodologique était grande car le risque d'être perçus par nos interlocuteurs comme des partisans de l'externalisation (en raison de nos qualités de chercheur en Sciences de Gestion) aurait pu conduire à un mutisme ou à une autocensure de la part des acteurs (Favret-Sada, 1977).

Notre méthodologie a consisté à repérer des informateurs au sens anthropologique du terme (Laplantine, 1998 ; Kilani, 2009), c'est-à-dire des personnes permettant de reconstituer le processus d'externalisation (de son origine à son résultat pour l'organisation) en sachant l'expliquer (Grenier, 2006). De ce fait, le choix des personnes à interviewer s'est porté sur des personnes qui ont soit décidé, soit participé activement au processus d'externalisation. En l'espèce, un médecin-chef de service, la personne en charge de l'externalisation avec les sous-traitants (cas numéro un) ; les responsables logistiques et

administratifs (deux personnes), la personne en charge du personnel à externaliser (cas numéro deux)⁵.

Nous avons réalisé un entretien semi-directif par personne interrogée (d'une heure trente à deux heures), à l'automne 2009, enregistré et retranscrit intégralement puis codé ces entretiens selon l'approche préconisée par Miles et Huberman (2003). Les données secondaires ont consisté en divers documents écrits et sites web sur les sites concernés et sur l'externalisation dans le secteur sanitaire français.

2.2. Présentation des cas

Le cas numéro un est une clinique spécialisée en néphrologie créée il y a près de trente ans traitant des patients atteints d'insuffisances rénales. Elle est située dans une ville de taille moyenne (près de trois cent mille habitants) et vit « à l'ombre du CHU » (un médecin). Elle est de taille modeste par la taille de son personnel (cinquante employés, un directeur, cinq médecins dont deux titulaires spécialisés en néphrologie, huit personnes spécialisées dans la restauration et le nettoyage : le reste se divisant entre infirmières, aides-soignantes, et personnels administratif) mais elle représente trois fois la moyenne nationale en terme de patients traités (cent vingt patients reçus sept jours sur sept).

Le temps de son personnel médical se divise à part égales entre consultations et traitements. Mais la consultation permet l'intégration des patients dans le processus de soins de la clinique. Très chronophage, elle permet le « *recrutement de nouveaux clients* » (*même source*). Les traitements (principalement des dialyses) représentent en effet 90% du chiffre d'affaires de la clinique. Il s'agit de son cœur de métier.

L'organisation étudiée a connu deux grandes phases d'externalisation. La première est l'entretien du matériel médical nécessaire à la dialyse de ses patients. Dans le cas du traitement de la dialyse, l'utilisation de l'eau est nécessaire. Mais pour des questions sanitaires et réglementaires, il est interdit d'injecter directement de l'eau courante dans le corps des patients. Un traitement de l'eau doit être effectué. La clinique a mandaté un sous-traitant pour prendre en charge la supervision du filtre traitant l'eau afin de la rendre compatible avec son utilisation dans le cadre de la dialyse. Cette externalisation a eu lieu il y a dix ans. Après huit ans, le filtre n'avait

5. La saturation des données est arrivée précocement conduisant à stopper notre série d'entretiens.

toujours pas été changé alors qu'il aurait dû l'être au bout de cinq années. Un début de contamination a été constaté parmi les patients en raison de ce défaut de maintenance. Une catastrophe sanitaire a été évitée de peu en raison de la vigilance d'un médecin qui a fait le lien entre le défaut de maintenance et les symptômes des patients.

Il y a trois ans, une nouvelle phase d'externalisation a été décidée. Le directeur de la clinique a confié le service de restauration à un des leaders mondiaux du secteur. Trois personnes ont été de fait rattachées au sous-traitant. Un début de rationalisation a été constaté (nouveaux horaires de travail, fermeture d'une des deux cuisines présente sur le site) mais aux dires des acteurs, la recherche de la maîtrise des coûts a entraîné une dégradation de la qualité de la prestation. Le contrat n'a pas été renouvelé et aucun autre sous-traitant n'a repris le contrat et la clinique s'est vue dans l'obligation de licencier les trois personnes externalisées ; le directeur a été remercié. La clinique n'envisage pas d'autre externalisation.

Le cas numéro deux est un centre hospitalier (CH) de taille moyenne situé dans le sud de la France. Il est divisé en huit pôles de compétence couvrant les besoins basiques de la population (plus de deux cent mille habitants) ; il dispose pour ce faire de plus de près de neuf cents lits et comptabilise chaque année quarante-quatre mille interventions. Il est réparti en six établissements et emploie près de 1900 personnes (dont deux cents professionnels médicaux, médecins ou infirmières) auxquels s'ajoutent une centaine d'employés en sous-traitance. L'hôpital a un budget de plus de cent millions d'euros et est le premier employeur de la commune où il se situe.

Il y a trente ans, l'hôpital a décidé de se lancer dans une politique très volontariste d'externalisation - au maximum de ce qui était alors possible d'un point de vue réglementaire. Ainsi, toute la fonction nettoyage jusqu'au bloc opératoire a été confiée à un sous-traitant⁶. Celui-ci a été remplacé il y a sept ans avec la mise en place d'un nouveau suivi de la part de l'hôpital. La phase de rationalisation des services supports se poursuit (externalisation de la restauration le dimanche par exemple) mais l'hôpital n'envisage pas d'autre externalisation importante.

6. Cette situation est inhabituelle pour les hôpitaux. Car ceci comprend en effet le nettoyage des chambres des patients, une tâche traditionnellement dévolue au personnel de l'hôpital.

3. – Résultats

Pour expliquer le pourquoi de la singularité française vis-à-vis de l'externalisation, nous avons cherché à tracer le processus de son origine à son dénouement en fonction des dires des acteurs. Il s'agit de leur explication *a posteriori* du phénomène. Nous exposons leurs propos tel quel en montrant deux formes d'externalisation (économique pour le cas numéro un ; de flexibilité et économique pour le cas numéro deux).

Il est apparu progressivement une autre explication : face à l'absence d'outils permettant de comprendre les bénéfices ou menaces de l'externalisation, elle a fait affleurer un enjeu autour du sacré qui a créé des conflits dans les organisations.

3.1. Origine et déroulement de l'externalisation

Dans le cadre du cas numéro un (clinique), l'origine de l'externalisation est à rattacher aux coûts de transaction (Williamson 1975). Le directeur de l'époque a clairement exposé une volonté de limiter les coûts pour justifier l'externalisation du service de restauration. Il a ainsi expliqué que la clinique ferait l'économie de trois postes sur huit qui travaillaient en cuisine qui seraient reprises par le sous-traitant. On peut y voir là une vision opportuniste du directeur. .

Toutefois, le sous-traitant, en l'absence de contrôle régulier fait régulièrement baisser la qualité de ses prestations (produit et service) pour améliorer son profit. Ainsi, le nettoyage des cuisines est-il réalisé *a minima*, la nourriture est jugée trop mauvaise par le personnel soignant qui délaisse progressivement le prestataire.

Le deuxième exemple d'externalisation (la maintenance du filtre à eau) participe de la même logique : un fort contrôle *a priori* et une gestion autonome par le sous-traitant de ses activités. Le prestataire a parfaitement répondu aux exigences légales du contrat lors des cinq premières années du contrat avant de repousser les opérations de maintenance lourde pour des questions budgétaires. La pharmacienne en charge du contrôle du sous-traitant, faute d'une formation adaptée, n'a pu s'acquitter de sa tâche de supervision.

Dans le cas numéro un, la logique de réduction des coûts primait. Pour autant, l'absence de pilotage de l'externalisation a amené deux situations particulièrement dramatiques :

- La sécurité des patients a été compromise en raison d'une maintenance défectueuse qui aurait pu être évitée. Une formation a

finaleme nt été donnée à la pharmacienne de la clinique pour qu'elle supervise la qualité de la maintenance mais après qu'une contamination des patients a été enregistrée.

- Trois personnes ont été licenciées suite au départ du sous-traitant. L'absence d'outillage au sens des Sciences de Gestion dans la conduite de l'externalisation a mené à une surestimation des bénéfices attendus et *a contrario* à une minimisation des risques.

Face à ces cas, nous pourrions nous poser la question suivante : pourquoi alors que le sous-traitant est défaillant et met en danger l'organisation et les malades, le dirigeant poursuit-il sa politique d'externalisation à l'identique ?

Ici, les frontières de l'organisation sont modifiées sans trop de heurt. Mais il semble que ce soit à partir du moment où une nouvelle externalisation se révèle infructueuse que les membres de l'organisation réagissent.

Le cas numéro deux (hôpital) peut être rattaché à une volonté de flexibilité procurée par l'externalisation (soit une externalisation par la recherche de productivité et d'efficacité, Eisenhardt, 1986). Selon le directeur adjoint de la logistique, l'externalisation apporte de la souplesse face à la gestion parfois problématique des agents publics et des syndicats perçus comme des freins à l'efficacité organisationnelle : « *Les sociétés (privées) sont obligées de se remettre en cause, ce que l'on n'aurait pas fait nous (...) (les patients) ne comprennent pas qu'il n'y ait pas de personnel qu'on ne remplace pas* ». L'hôpital est resté dans une logique d'efficacité (recherche de productivité) avec un fort contrôle *a posteriori* de la qualité du nettoyage effectué. Celui-ci prend deux formes :

- Un cahier de liaison pour s'assurer du suivi des tâches réalisées suivi de réunion trimestrielle entre les représentants des sous-traitants et de l'hôpital.

- Un contrôle rigoureux de la part du laboratoire et de l'équipe de maintenance de l'hôpital pour vérifier l'hygiène des sites sensibles (notamment le bloc opératoire).

Cet exemple montre un suivi certes efficace mais limité, car organisé de manière artisanale. On est très loin de ce qui a lieu dans les pays anglo-saxons où des outils comptables permettant un suivi financier précis ont été mis en œuvre.

Il y a deux ans néanmoins, sous la pression budgétaire, l'hôpital a commencé à agir selon une vision opportuniste. La fréquence de nettoyage a baissé. Le sous-traitant a connu un fort taux de rotation de son personnel. Si la notion d'efficacité reste toujours présente dans les discours, elle semble désormais coexister avec une autre logique

moins bien acceptée localement, notamment par certains syndicats. La fermeture prévue de la cuisine le dimanche (seulement une dizaine de repas servis) au profit d'un coin cuisine aménagé au sein du relais presse de l'hôpital laissait présager des tensions possibles tirant leur origine dans la survenue d'une logique d'externalisation non assumée. Ainsi, contrairement à la clinique, l'hôpital semble à la base vouloir une externalisation mais qui divise le management en charge de l'externalisation et certains syndicats et personnels.

Au total, dans les deux cas, nous constatons des protestations lorsque l'on touche aux frontières de l'organisation. Faute d'outils probants permettant de mesurer l'efficacité réelle de l'externalisation, nous ne pouvons imputer la cause à un refus du changement mais à des croyances fortes des membres de l'organisation et qui sont parfois opposées. Ceci renvoie à la sacralité caractérisée par des frontières symboliques fortes, des croyances (faisant figure pour les non croyants d'idéologie) et dont la contestation peut provoquer des débats.

3.2. L'autre origine de l'externalisation : repenser les cas au regard de la sacralité

La rupture dans l'espace du sacré

Dans les dires des acteurs en effet, nous retrouvons en filigrane la division ou la distinction entre espace sacré et espace profane (défini au sens de Durkheim, 1912), qui se retrouve de manière implicite dans la distinction inversée d'une bonne organisation à l'extérieur des frontières de la clinique et qui demande à être intégrée. Cette vision semble partagée par la majorité des membres du personnel. Dans le cas numéro un en effet, la contamination du filtre aurait dû amener à une contestation forte de l'externalisation ou du directeur de la clinique. Or, il n'en est rien.

De même, la fermeture d'une cuisine et la rationalisation des horaires semble bien acceptées malgré des protestations « *de pure forme* » (un médecin). Au contraire, le sentiment dominant parmi les acteurs en place est que l'externalisation de la restauration est une opportunité : les employés externalisés auront des possibilités de carrière grâce à leur appartenance à un grand groupe de la restauration. L'externalisation est compatible avec la forme de sacré existante.

En revanche, dès que la qualité fournie des repas par le prestataire se dégrade, la majorité des employés manifestent de la colère. Ils vont

jusqu'à « *boycotter* » les repas et organiser leur déjeuner en dehors du cadre décidé par la structure.

Il est intéressant de noter que ces attitudes surviennent lors des déjeuners, qui sont un instant intense de ritualisation de l'espace sacré. C'est dans ces moments que le sacré se répète et se renforce.

Ce qui est surprenant ici c'est la violence des réactions causée par l'arrêt des repas pris en commun. Le dirigeant réagit mal et considère qu'il s'agit d'une « *fronde* » de la part des employés. Refuser de manger la nourriture, c'est ne pas vouloir incorporer le sacré et provoquer une rupture de son espace.

Il est difficile de dire ce qui a constitué le *casus belli* autour de la nourriture. L'équipe fait-elle « payer » avec retard (un an après) au dirigeant son manque de discernement dans la gestion de la maintenance de la dialyse ? Peut-être s'agissait-il de la rupture de trop dans l'espace sacré (les deux externalisations se sont révélées néfastes et donc contraire à la forme du sacré promue par l'organisation, manifestée dans la réduction des coûts mais sans dommage pour les équipes en place) ?

Une dernière explication peut être retenue : le sacré doit contenir la violence (y compris symbolique) des organisations (Tarot, 2008). Or, c'est ici le contraire qui s'est produit. Comment peut-on expliquer autrement des colères et des attitudes de défiances causées par le fait de ne pas prendre ses repas auprès d'un prestataire ? Le retour à l'équilibre (donc à la forme antérieure de sacré) nécessitait le recours à des boucs émissaires (Girard, 2008). Il s'agit en l'occurrence du dirigeant mais aussi des trois employés externalisés qui sont licenciés. Ces derniers étaient porteurs des espérances déçues dans le sacré. Ils sont exclus de l'organisation.

Les combats pour des formes de sacré

Dans le cas numéro deux, l'externalisation agit comme la manifestation d'une forme différente de la forme de sacralité traditionnelle et provoque des ruptures dans son espace.

Elle a atteint ses objectifs de flexibilité. Elle a été réalisée sur des bases simples, presque artisanales. La personne en charge de la logistique citait le cas – à ses yeux emblématiques – d'une inondation où le personnel en sous-traitance a spontanément arrêté toutes ses tâches pour gérer cette urgence. Voilà donc un autre aspect de l'externalisation : une sorte de fantasme managérial de la flexibilité, face au repoussoir que représente le personnel hospitalier enfoncé dans des statuts trop rigides. Le sacré valorisé ici vient une nouvelle fois l'extérieur de l'organisation. A travers l'externalisation, les

dirigeants se plaignent de la forme de sacré dominante à l'hôpital défendue entre autres par certains syndicats. Peut-être faut-il expliquer la difficulté de parler de l'externalisation en raison de notre histoire nationale ?

Les historiens de la Révolution Française (Furet, 1977) ont montré que la fin de l'Ancien Régime correspondait aussi à un transfert de la sacralisation de Dieu vers la République ; du roi vers l'assemblée nationale. Cette croyance est très forte à l'hôpital qui est un représentant par excellence de l'Etat Républicain (Rosanvallon, 1995). En raison du poids de l'Etat dans la construction de notre société, l'externalisation, au moins dans le service public, constitue une rupture de l'espace sacré, une coupure avec l'Etat protecteur, vécue par certains comme une trahison envers l'unité nationale. A l'inverse, les chantres de l'externalisation relèvent d'une autre presque opposée. La sacralité républicaine laïque apparaît comme une désacralisation aux yeux des dirigeants de l'hôpital et réciproquement. Nous avons donc ici deux formes de sacralité opposées et qui se confrontent.

Au total, ces deux cas mettent en évidence que l'externalisation contient potentiellement des sources de contestations... Elle agit comme une figure attractive ou de repoussoir suivant les personnes et oblige à un questionnement souvent conflictuel sur les limites symboliques des organisations en santé.

Ce qui apparaît frappant est que dans les deux cas, tout ce qui est bon et sacré doit venir de l'extérieur pour les dirigeants. Doit-on s'étonner dès lors que les personnels se sentent selon leurs propres dires « *un peu perdu* » (cas numéro deux) ? Peut-être a-t-on ici une explication du besoin de reconnaissance souvent manifesté par les professionnels de santé ? Si le bon et le sacré viennent de l'extérieur, doit-on implicitement comprendre que le mauvais et le profane tirent leurs origines des organisations en santé ? Il y a là un rite d'inversion problématique et qui peut être au moins dans le cas numéro deux à la source des contestations.

Conclusion

A la différence de nombreux pays, l'externalisation occupe une place minoritaire dans le débat sur les modes de management des organisations sanitaires. L'externalisation semble cantonnée à des activités de support jugées non stratégiques pour les organisations.

Elle repose dans les cas observés sur deux logiques : une logique de coûts et une logique d'efficacité (avoir plus de flexibilité). Cette étude qualitative et exploratoire mériterait d'être approfondie. Dans le cas de la clinique, nous avons vu que le partage d'une même idée de la sacralité n'est pas le gage d'une externalisation réussie car la croyance seule (c'est-à-dire non outillée) ne suffit pas à sa réussite.

Dans le cas de l'hôpital, l'externalisation représente sans doute un alignement managérial vers des valeurs plus Anglo-Saxonnes (valorisation de la performance individuelle, de la flexibilité, de la maîtrise des coûts par une recherche opportuniste). Nous avons montré que ceci produisait des conflits d'usages autour de l'espace sacré dans les organisations. Toute rupture de cet espace ou la production d'un autre sacré engendre des conflits.

On notera à cet égard que bien souvent le type de management soutenu par les personnels (par exemple le management de proximité) peut être interprété comme la valorisation du sacré produit par les hôpitaux. Les professionnels de santé ne sont donc pas contre le management mais à la recherche d'une forme compatible avec une forme de sacré traditionnelle qui se perpétue depuis deux siècles. La mutualisation qui constitue une addition des espaces sacrés est moins problématique que l'externalisation. Paradoxalement, une mutualisation même mal conçue ou dommageable peut être acceptée en ce qu'elle ne bouleverse pas l'espace sacré des organisations en santé. Lorsque la mutualisation aura atteint ses limites, sans doute assisterons-nous à un questionnement sur les autres moyens de faire des économies en lançant un débat sur l'externalisation. En restera-t-on alors à un combat pour le contrôle du sacré véhiculées et générées par les organisations du secteur de la santé ?

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AUGE M., "Espace et sacralité," *Cahiers d'études africaines*, N° 198-199-200, 2010/2-3-4, pp 853-856.
- ALEXANDER M. et YOUNG D., "Strategic outsourcing", *Long Range Planning*, 29, 1996, p. 116-119.
- AMIROU R. et PAUGET B., « La Nature comme sacralisation postmoderne », *5th isrich conference*, Paris, 2011-6 may.
- ANG S. et CUMMINGS L., "Strategic response to institutional influences on Information systems Outsourcing", *Organization Science*, 8, 1997, p. 235-255.

- BARRESI V., BANGA B., ENGEL F. et LEHALLE D., "L'hôpital doit-il licencier", *Décision santé*, 220, 2005, pp. 6-13.
- BARNEY J., "Firm resources and sustained competitive advantage", *Journal of Management*, vol. 17, 1991, p. 99-120.
- BREBANT A., « La sous-traitance d'un service de stérilisation central par une entreprise industrielle », *Interbloc*, 28 (1), 2009.
- CECILE L., CONTOUX M. et al., « Les enjeux de l'externalisation des activités : réflexions pour le service biomédical », *ITBM-RBM*, 2002, pp. 6-8.
- DIERICKX I. et COOL K., "Asset stock accumulation and sustainability of competitive advantage", *Management Science*, vol. 35, 1989, p. 1504-1511.
- DYER J., "Effective interfirm collaboration : how firms minimize transaction costs and maximize transaction value", *Strategic Management Journal*, vol. 18, n° 7, 1997, p. 535-556.
- DOWNES E., *Inside a bureaucracy*, Boston : Little Brown, 1967.
- DERROUCH P. et THIVEAU D., Stérilisation : l'alternative de l'externalisation, *Décision santé*, 2003, pp. 25-37.
- DURKHEIM E., *Les Formes élémentaires de la vie religieuse*, Paris, 1912.
- ELIADE M., *Le sacré et le profane*, Paris, reed. 2008.
- EISENHARDT KM., "Agency theory: an assessment review", *Academy of management review*, 14 (1), 1989, pp. 57-74.
- FAVRET-SADA J., *Les Mots, la Mort, les Sorts. La sorcellerie dans le Bocage*, Paris, Seuil, 1977.
- FURET F., *La révolution française*, Gallimard, 2007.
- GERRING J., MAC DERMOTT R., An experimental case template for case study, *American Journal of political Science*, Vol. 51, 3, 2007, pp. 688-701.
- GIRARD R., *Les origines de la culture*, Hachettes Littératures, 2008.
- GRENIER C., "Apprentissage de la coordination entre acteurs professionnels – le cas d'un réseau de santé », *Revue Gérer et Comprendre*, mars, n° 83, 2006, pp. 25-35.
- GUILLERVET A., GAVOILLE E., et al., « dossier stérilisation », *technique hospitalières*, 713, 2009, pp. 11-39.
- KAISER J.M., Externaliser ou non la stérilisation. Approches technique et stratégique, *Gestion hospitalière*, 458, 2006.
- KHALLA S., « Le sacré comme nouvelle approche du consommateur postmoderne », *Management & Avenir* (n° 2), 2004, p. 65-81.
- KILANI M., *Anthropologie du local au global*, Paris, coll. « U » Colin, 2009.
- LLHOENCY R., *La notion de sacré : un aperçu critique*, l'Harmattan., 2008.
- MACINATI M. et Young S., "International Perspectives in Backsourcing: Is it just a Merry-go-round?", *Health Care Management Review*, Vol 34, No 4., 2009.
- MILES M. B. et HUBERMAN M. A., *Analyse des données qualitatives*, (2^{ed.}), De Boeck, 2003.

- PRAHALAD C. K. et HAMEL G., "The core competence of the corporation", *Harvard Business Review*, May-June, 1990, p. 79-91.
- ROSANVALLON P., *La crise de l'Etat providence*, Paris, Seuil, 1995.
- SEUNEVEL M., MIGNARDOT H., « A trop externaliser la maintenance hospitalière ». *La Gazette santé social*, 45, 2008, pp. 58-59.
- SMIDA A. et GOMEZ MEJIA A., « Le stress des organisations sanitaires et médico-sociales en France : une approche par la théorie enracinée », *colloque International à l'ISERAM*, 25 mars 2010.
- THALIG H., BOUCHRIHA H., JEBALI A., LADE P. et TAGGIASCO N., « L'hôpital en action. Externalisation du secteur de stérilisation hospitalière. Une analyse par les coûts », *Gestion hospitalière*, 2009.
- TAROT C., *Le symbolique et le sacré*, Paris, Editions La découverte, 2008.
- THIVEAU D., « Externalisation de la stérilisation », *Hygiène en milieu hospitalier*, 2000, 2000, pp. 19-27.
- WHUTNOW R., *Rethinking materialism : perspectives on spiritual dimensions on the economic behavior*, Princeton, 1995.
- WILLIAMSON O.E., *Market and Hierarchies, Analysis and Antitrust Implication*. The Free Press, New York, (réed., 1984).
- WILLAMSON O.E., "Transactions costs economics: the governance of relations", In Barney J. et Oushi W., *Organizational Economics*, Josey-Bass, 1986.
- YIN R., *Case Study Research: Designs & methods*, Sage publications, 1994.
- YOUNG S., "Outsourcing: Uncovering the Complexity of the Decision", *International public Management -Journal*, Volume 10, Issue 3, July pp. 307-325, 2007.
- YOUNG S., "Outsourcing in Public Health: A Case Study of Contract Failure and its Aftermath", *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 22, Issue 5, pp. 446-464, 2008.
-