



HAL
open science

La gestion de l'activité de prise en charge des patients peut-elle devenir visible ?

Aurore Fierobe, Philippe Lorino, E. Minvielle, Joël Perez-Torrents

► **To cite this version:**

Aurore Fierobe, Philippe Lorino, E. Minvielle, Joël Perez-Torrents. La gestion de l'activité de prise en charge des patients peut-elle devenir visible ?. *Revue Française de Gestion*, 2024, 50 (318), pp.131-150. hal-04764347

HAL Id: hal-04764347

<https://hal.science/hal-04764347v1>

Submitted on 31 Dec 2024

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.

AUORE FIEROBE

I3-CRG, École polytechnique, CNRS, Institut polytechnique de Paris, Palaiseau, France

PHILIPPE LORINO

Essec Business School

ETIENNE MINVIELLE

~~*I3-CRG, École polytechnique, CNRS, Institut Polytechnique de Paris, Palaiseau, France*~~

JOËL PEREZ-TORRENTS

I3-CRG, École polytechnique, CNRS, Institut polytechnique de Paris, Palaiseau, France

La gestion de l'activité de prise en charge des patients peut-elle devenir visible ?¹

Malgré les ressources injectées dans le système, le malaise des professions de santé persiste. L'hypothèse avancée est qu'une grande partie des problèmes se situe au niveau de l'activité réelle. À partir d'une analyse sur le fardeau administratif, les hiérarchies hospitalières, et la coordination du parcours du patient, et en s'inspirant de la pensée pragmatiste, un diagnostic d'ensemble ressort : menée par des professionnels qui agissent sur le terrain, des solutions adaptées se bâtissent, mais restent assez invisibles, car éloignées de la mise en place des réformes officielles.

DOI:10.1684/rfg.2024.42 © 2024 JLE. Tous droits réservés

1. Les auteurs remercient l'ensemble des participants aux quatre séminaires organisés conjointement par l'Essec Business School et le Centre de recherche en gestion de l'École polytechnique (I3-CRG).

I – L'ACTIVITÉ AU CŒUR DES PROBLÈMES

Le système de santé est objet de débats permanents ces dernières années. Si les débats d'experts abordent des sujets de gouvernances (le rôle respectif des directeurs d'hôpitaux et des médecins ; la régulation par les tutelles et la décentralisation) et de structures à mettre en place (les groupes hospitaliers de territoire ; les communautés professionnelles territoriales de santé), les acteurs semblent exprimer des besoins d'une autre nature. Quand on les interroge, les médecins, infirmiers et autres soignants, directeurs d'hôpitaux, et encore patients, rapportent en effet des interrogations sur des sujets pratiques afin d'améliorer leurs conditions d'exercice et la qualité de leur travail.

Par exemple, lors de la pandémie, de nombreux soignants ont dénoncé les difficultés de leur mission. Comme un révélateur, la pandémie a exacerbé l'état de fatigue physique et mental dans lequel se trouvaient déjà nombre d'infirmiers, internes et autres soignants, depuis des années. Après deux ans de gestion de crise, le mal-être est devenu encore plus profond, les revalorisations financières n'y changeant pas grand-chose (rappelons que le Ségur de la santé a injecté plus de 12 milliards d'euros, une grande partie étant dédiée à une revalorisation salariale et une augmentation du nombre de soignants). La perte d'attractivité et les abandons de poste en cascade témoignent surtout d'un rejet des conditions de travail. Ce sont le remplissage des « fichiers Excel », le manque de reconnaissance du travail accompli ou les violences quotidiennes qui sont pointés du doigt, et désormais repoussés par un grand nombre de professionnels.

La coordination entre les acteurs le long du parcours du patient est un autre exemple de l'expression d'une interrogation sur des conditions pratiques. Si cette coordination progresse, elle le fait de façon laborieuse. Malgré les développements de structure favorisant cette coordination (on ne compte plus leur nombre : GHT, CPTS, CLIC, MAYA, MSP, DAC, etc.), on continue d'observer des failles. Les témoignages de patients qui vivent encore trop souvent un parcours du combattant perdurent. Certains viennent à l'hôpital d'une manière injustifiée, faute d'échanges préalables entre médecins. D'autres sont mal orientés, ou sont amenés à récupérer des erreurs de prescription liées à des manques de coordination. C'est ainsi que la mise en œuvre effective de la coordination entre professionnels est régulièrement pointée du doigt.

Ces deux exemples montrent que des signaux émis par les acteurs du terrain situent au moins une partie des problèmes actuels dans le cœur de leur activité. C'est l'activité réalisée lors de la prise en charge du malade qui est la source de préoccupations, c'est-à-dire l'ensemble des pratiques mises effectivement en œuvre pour répondre aux nouvelles évolutions de la prise en charge du patient.

Il faut avoir conscience que l'organisation de la prise en charge d'un malade n'a plus grand-chose à voir avec ce qu'elle pouvait être il n'y a même pas dix ans. Les nouvelles options thérapeutiques, la possibilité dans de nombreuses maladies chroniques d'éviter l'hospitalisation, ont introduit de nouvelles questions de coordination. Les professionnels, médecins, infirmières, pharmaciens doivent coopérer pour que le patient ait un parcours de santé cohérent. Les pressions économiques associées notamment à la tarification à l'activité réclament en outre de

l'assumer sous contrainte de temps (Minvielle, 2018). Les situations de crise sont en même temps devenues plus fréquentes (attaques terroristes, inondations, pandémie de Covid-19), créant plus d'incertitude. En parallèle, les associations de patients ont permis de développer l'engagement du patient dans sa propre prise en charge. Il est devenu un partenaire qui s'implique dans cette organisation, éclairé sur les choix thérapeutiques qui lui sont proposés. Le changement de l'activité est donc important, et pose la question des réponses qui ont été apportées pour le gérer collectivement. Dans l'analyse de cette question, nous nous inspirerons de la pensée pragmatiste des débuts du XX^e siècle, développée par des intellectuels américains en réponse à des défis très similaires à ceux de notre époque (transformations technologiques galopantes débouchant sur des redéfinitions radicales du travail et des métiers, grandes incertitudes économiques, géopolitiques et politiques, menaces sur l'organisation démocratique de la société).

II – POURQUOI LE PRAGMATISME ?

L'activité réelle, en situation, confrontée à des problèmes qui évoluent sans cesse, n'est en France un objet de réflexion prioritaire, ni pour les couches dirigeantes, marquées par une culture technocratique privilégiant les modèles d'expertise, ni pour une grande partie du monde de la recherche, très influencée par l'approche structurelle des organisations, les formes institutionnelles ou juridiques et les considérations macrosociales. Pour modifier la perspective et mettre l'action située et singulière au cœur de la réflexion, il nous

semble utile de prendre un certain recul par rapport aux présupposés rationalistes hérités de Descartes, de Max Weber, du cognitivisme et du structuralisme. La démarche consiste à chercher le moteur du développement social, non dans des modèles théoriques supposés « vrais » et transcendant toute forme d'expérience, mais dans l'interprétation collective de l'expérience toujours renouvelée face à des situations incertaines et mouvantes et dans l'expérimentation de solutions nouvelles. Lorsque les pragmatistes parlent d'« expérience », il s'agit à l'évidence d'une expérience collective, marquée par la division du travail et par les cloisonnements professionnels et institutionnels. Cette expérience ne peut être vécue et valorisée qu'à travers le débat pluraliste et parfois contradictoire, organisé, informé et outillé, visant à construire des compréhensions nouvelles, toujours hypothétiques et falsifiables, et à expérimenter de nouvelles pratiques professionnelles et organisationnelles. La quête d'un cadre théorique privilégiant la participation des acteurs de terrain, l'exploration d'explications hypothétiques du présent et des avenir possibles, la controverse ouverte et constructive, nous met logiquement sur la piste du pragmatisme américain du début du XX^e siècle, notamment de Peirce et al. (Lorino, 2020). Celles de leurs idées qui nous intéressent ici au premier chef sont donc celles qui permettent de théoriser une activité collective complexe (Lorino, 2013), comme la prise en charge des patients à l'hôpital : l'expérience collective (concept d'habitude) comme base incontournable des apprentissages nouveaux ; la nature exploratoire et hypothétique de recherche de solutions aux problèmes rencontrés (concept d'enquête) ;

l'inséparabilité de la pensée et de l'action ; le statut strictement instrumental des théories et des modèles, constituant des outils au même titre qu'un marteau ou une pince ; la nature dialogique des apprentissages collectifs : les savoirs nouveaux émergent des interactions multiples entre acteurs, institutions, techniques, etc. (concept de trans-action : Lorino, 2020, chap. 5), d'où l'importance de favoriser l'expression libre des différents types d'expérience concernés par un sujet donné.

III – LA MÉTHODE DE RÉFLEXION

Placer l'analyse au niveau de l'activité de prise en charge, comprendre son organisation, invite à entendre « les gens qui vivent les choses ». À travers quatre séminaires où des professionnels de terrain sont venus témoigner sur leur expérience, une analyse s'est engagée dans cette direction. À chaque séance, réunissant une vingtaine de participants sur une durée d'une heure trente, une question était posée : que représente le « fardeau administratif » souvent incriminé comme facteur limitant le temps passé au lit du malade ? Quel équilibre peut-il y avoir dans les hiérarchies hospitalières, entre des demandes descendantes et la reconnaissance des initiatives locales ? Y a-t-il une différence entre les établissements publics et privés dans les types de travail et d'organisation mis en œuvre ? Quels sont les compatibilités et les antagonismes entre la coordination des parcours et l'optimisation de l'activité hospitalière ?

Lors des échanges, l'objectif était d'approfondir la compréhension de ces sujets, en croisant les points de vue de professionnels, entre eux, et avec des regards

de chercheurs. Les professionnels ont été sélectionnés en raison de leur action menée ces dernières années, jugée illustrative des thèmes abordés. Au niveau des chercheurs, un des quatre était spécialisé en management de la santé, deux autres étaient engagés dans cette même voie plus récemment, et le quatrième était externe au champ, mais spécialiste de l'application des concepts du pragmatisme aux théories des organisations. L'analyse s'inspire ainsi de la pensée pragmatiste et sa réflexion collective fondée sur l'expérience. La restitution qui en est proposée rapporte les faits saillants sur le sujet de l'activité de la prise en charge. L'accent est d'abord mis sur le « fardeau administratif ». Ce thème est emblématique de la question de l'activité, permettant d'examiner en profondeur certaines de ses facettes, et montrant comment elle peut se gérer. Dans un second temps, les questions des hiérarchies hospitalières et de la coordination le long du parcours du patient sont abordées dans une perspective confirmatoire. Leur analyse permet en effet de valider un diagnostic d'ensemble sur la gestion de l'activité de prise en charge : menée par des professionnels qui agissent sur le terrain, cette gestion propose des solutions très adaptées, mais assez invisibles, car éloignées de la mise en place des réformes officielles.

IV – LE « FARDEAU ADMINISTRATIF » : UN CONTENU À DÉCRYPTER

Ce voyage débute donc par l'analyse de ce qui est communément désigné comme « fardeau administratif ». Incriminé par presque tous, y compris hors de l'hôpital,

le temps requis pour traiter le travail administratif passe pour le principal facteur limitant du temps accordé aux patients. C'est dans ce contexte que le 8 février 2023, François Braun, ministre de la Santé et de la Prévention, annonce quinze mesures pour réduire les tâches administratives des médecins. La plupart des résolutions se centrent sur la généralisation du numérique et du zéro papier. La numérisation est présentée comme un rempart contre le « workflow » administratif. Mais ce fardeau en lui-même, que représente-t-il ? Est-il lié aux procédures médicales, à une prolifération des demandes de reddition de comptes (« les fichiers Excel »), à d'autres préoccupations ?

Comme ses collègues, B., infirmière et directrice des soins à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), fait face à une charge administrative importante. Contrairement à certains d'entre eux, elle ne la vit pas comme une contrainte. Cette charge s'impose à elle comme un temps sanctuarisé : il lui permet de se plonger dans l'écriture, la transmission narrative de son métier, dans laquelle elle « donne à voir » le travail. La charge administrative est pour elle une écriture de la qualité du travail infirmier. Car si, au quotidien, ce sont les patients qui évaluent la qualité du soin, c'est la hiérarchie qui évalue celle du travail des soignants. La transmission écrite est le meilleur outil pour rendre compte de ce travail. D'autant que les écritures ne concernent pas seulement l'exercice de reddition de comptes, mais aussi une activité d'organisation : Gestion des lits, connaissance des flux du service, tâches satellites sur la fluidité du parcours patient, etc. Depuis le début de sa carrière, ces activités sont inscrites dans son travail quotidien.

L'introduction du dossier patient informatisé (DPI) apparaît comme un élément clé dans son univers de travail. Elle réalise que pour construire un DPI intuitif pour tous, les techniciens ne suffisent pas. Il est important d'intégrer des soignants, des professionnels de terrain, au processus, sans quoi le DPI devient une contrainte, alors que, bien conçu, il permet d'accompagner les soignants jusqu'au lit du patient. B. voit donc en la validation et l'intégration des données une nécessité. Elles facilitent le travail, l'objectivent et le rendent visible. Elles légitiment les efforts accomplis.

B. admet que l'accompagnement des soignants est crucial dans la prise en main des outils numériques. Elle prend l'exemple des aides-soignants, peu formés à leur utilisation, et au travail administratif en général. Le cursus d'aide-soignant (un an seulement, contre trois pour les infirmiers) manque de ce qu'elle appelle une « philosophie de l'écriture » ; autrement dit, la formation passe par le geste médical et non la réflexion écrite ou la retranscription de l'activité. Les soignants peinent à s'approprier l'administratif, qui se transforme alors en contrainte. C'est pourquoi les outils numériques nécessitent un accompagnement spécifique, aussi bien pour les aides-soignants que pour les internes ou les médecins. Actuellement, aucune de ces professions ne bénéficie d'un suivi adapté. Faute de comprendre la valeur de l'administratif, et donc de l'outil, elles rencontrent des difficultés à l'intégrer dans leurs routines.

Aujourd'hui directrice de soins, B. promeut l'accompagnement administratif et numérique pour les soignants. Selon elle, l'outil de pilotage ne doit pas créer un poids, mais une valeur ajoutée : « Car soigner, c'est

aussi tracer : reconnaître le travail effectué, et pas seulement pour soi-même. Un résultat de bilan, par exemple, n'est pas seulement une feuille rangée dans un dossier. Le classer correctement, c'est se familiariser avec l'organisation du service, apprivoiser le patient et se renseigner sur son parcours. Un externe qui range une feuille dans un dossier prend aussi soin du patient. »

Pour B., l'administratif n'a donc rien à voir avec du secrétariat. Il s'agit d'une question de sens et de valeurs : comprendre le pourquoi du geste administratif, et en amont, la traçabilité des soins. L'administratif est logiquement lié à l'existence même du patient. C'est quand l'outil ne permet pas de tracer les soins que le bât blesse ; par exemple, quand les infirmiers du service doivent tracer un cathéter qu'ils n'ont pas posé. Le conflit de valeurs ne relève ici pas de l'administratif pur, mais de l'outil lui-même. Simplifié, inadapté, il ne représente pas la réalité du métier. D'où une décorrélation entre l'administratif et le soin, et la sensation que l'infrastructure n'évolue pas aussi vite que la technologie.

M., anesthésiste-réanimateur de formation, expose pour sa part un paradoxe : le fardeau administratif ressenti par les médecins hospitaliers est supérieur à celui de la médecine de ville. Cette dernière implique pourtant la gestion du cabinet, la prise de rendez-vous, l'entretien des locaux... tandis qu'à l'hôpital, la direction se pose en gestionnaire. Pourquoi ce décalage ? M. y voit d'abord un problème de perception. Pour les médecins hospitaliers, la notion de « fardeau administratif » renvoie au syndrome d'épuisement professionnel. Le nombre d'heures, la pression, l'hyper-sollicitation participent d'un ras-le-bol, qui ne concerne pas seulement

l'administratif mais le métier dans son ensemble. D'autre part, l'hôpital vit une « mutation de transparence » : un changement culturel qui impose la traçabilité, la certification, et une charge mentale accrue de la communauté médicale, sans compter des parcours hospitaliers de plus en plus complexes. Afin de réduire la durée de séjour des patients, la prise en charge est morcelée et la vitesse obligatoire. Il en résulte une surcharge d'activité dans laquelle les soignants acceptent de plus en plus mal le « fardeau administratif ». Car qu'est-ce que l'administratif pour un médecin d'hôpital, sinon l'impératif de traçabilité ?

Quelques soignants boudent le *reporting* des activités, qui selon eux, n'est pas de leur ressort. Mais, pour M., les comptes rendus hospitaliers ou opératoires font partie de la prise en charge du patient. La tâche est dense, mais médicale. Le compte rendu instille du sens dans les activités hospitalières, il est primordial, et même nécessaire à l'exercice de la médecine. Ce sont les médecins réticents qui manquent de sens collectif, ou ce que M. appelle une « attitude corporate » vis-à-vis de leur établissement. L'hôpital est un lieu de coopération. Les tâches administratives contribuent au maintien de la collectivité. Trop nombreux sont les médecins qui voient encore leur établissement à la troisième personne.

La charge administrative révèle donc les mutations sociologiques de la profession médicale. Face à ces mutations, l'hôpital fait preuve de conservatisme, teinté d'une peur de la déshumanisation des soins – parfois peut-être à juste titre. « Le ras-le-bol administratif traduit le fardeau du changement sociologique », affirme M. « Beaucoup associent encore le médecin à une éminence grise, armée de son stéthoscope, qui

provoque l'émerveillement des internes. » Certes, l'hôpital évolue. Mais cette évolution repose sur la Faculté et l'enseignement, encore relativement figés. L'enseignement de la médecine ne s'effectue pas dans un cadre spécialement propice à l'innovation. Derrière ce conservatisme se cachent aussi des soucis techniques. Parmi les outils numériques déployés à l'hôpital, beaucoup sont inadaptés aux patients et aux contextes. Pourtant, leur nombre continue de croître. Par exemple, l'établissement où il travaille compte la bagatelle de 144 logiciels différents. Comment gérer une telle quantité d'outils numériques ? Chez les médecins, la sensation de « fardeau administratif » traduit aussi ce vertige, celui d'un retard pris sur la technique. Les difficultés d'organisation du travail y contribuent : « Ce qui ennuie les soignants, c'est d'être dérangés dans leur activité de soins : par exemple, être appelés auprès d'un patient en pleine rédaction de compte rendu. Beaucoup vivent mal ce télescopage, cette sensation de non-qualité. Mais bien sûr, tout n'est pas noir et l'hôpital s'améliore. »

Quelles sont les solutions possibles ? M. souligne la nécessité de conduire une étude qualitative sur le sujet dans chaque hôpital ; ensuite, créer des aides à l'exercice – il existe pour la médecine de ville des assistants médicaux dont le bilan est très positif ; enfin, un travail sur les mentalités s'impose. Il convient de sortir de l'association automatique entre numérique et déshumanisation. Cela passe d'abord par l'excellence technique des outils numériques : « Il faut créer les bons outils, former les gens à leur utilisation et étudier les résistances. Par exemple, l'IMM dispose d'un logiciel de reconnaissance vocale très performant, mais certains

médecins des vieilles générations s'entêtent à le rejeter : à cause des pannes, des fautes d'orthographe... Comme si les humains ne faisaient jamais de fautes ! »

Au regard de ces expériences, les recherches menées par W., responsable d'un département management dans une université prestigieuse, fournissent un éclairage théorique.

Les témoignages de B. et M. soulignent que le caractère péjoratif associé à la charge administrative est question de perception. À la suite de différentes études de terrain, W. aboutit au même constat. En découle la question suivante : d'où vient cette négation de la tâche administrative comme travail médical ?

Selon ses travaux, les soignants semblent s'être construits un idéal-métier d'où l'administratif est exclu. En 2014, Allen mentionne déjà l'« invisible work of nurses : 70 % du travail infirmier n'est pas inscrit dans la représentation idéale du métier. Au sens d'Allen, il existe quatre sortes de tâches invisibles : « creating working knowledge » (écriture, rédaction des dossiers), « articulation work » (coordination), « bed management » (gestion des lits) et transfert des soins. Pour Allen, ces tâches, bien qu'exclues du *nursing mandate*, sont importantes.

La recherche comparative menée en réanimation et en soins de longue durée dans quatre unités en France et aux États-Unis identifie sept types de tâches administratives : une moitié est relative à des exercices de reddition de comptes (*i.e.* les fichiers Excel, la traçabilité informatique ou papier), l'autre se rattache à une activité d'organisation (*i.e.* gestion des lits, actualisation des plannings de travail, transfert des maladies, coordination avec les autres professionnels). L'analyse confirme

que la question est essentiellement celle de la perception de ces activités. Le travail administratif apparaît comme très intégré en réanimation, indépendamment du pays d'exercice. Les soignants ne ressentent pas de charge administrative. Les tâches correspondantes s'effectuent au fil de l'eau, directement auprès des patients. En soins de longue durée, le constat est tout autre. Le travail administratif est totalement déconnecté du soin. Il est réalisé en-dehors du temps de travail, loin du lit du patient. Le temps dédié à ces tâches est pourtant à peu près le même partout.

La conclusion de ces échanges apparaît dès lors de manière consensuelle : selon le contexte et le mode d'organisation du travail, la perception des tâches administratives diffère. Lorsqu'elles sont intégrées, elles sont vues comme un vrai travail de soin. Un tel constat soulève la question des solutions à adopter.

La tendance actuelle est à la délégation de ces tâches administratives plutôt qu'à leur appropriation. Les hôpitaux investissent dans de nouveaux métiers dédiés : Infirmières de coordination, parfois pharmaciens... Le numérique apparaît également comme un rempart. Mais à quel prix ? Un tel choix coûte cher, aussi bien financièrement qu'en termes de qualité. En outre, l'intégration du numérique pose à nouveau la question des besoins de management. Enfin, de telles options dévalorisent des tâches administratives pourtant incompressibles. Il convient donc de repenser le mandat des soignants, grâce à la formation et l'organisation du travail : instaurer des cours de management, en *bachelor* pour les infirmiers ou en formation initiale pour les médecins ; jouer sur le contexte local pour améliorer la perception des

tâches administratives, en distinguant ce qui relève d'un exercice de reddition de comptes et ce qui correspond à une activité managériale de travail en équipe.

V – HIÉRARCHIES HOSPITALIÈRES : EST-IL POSSIBLE DE DÉLÉGUER ?

Les relations hiérarchiques établies entre les directions de l'établissement et les équipes de soins expriment une autre facette de l'activité souvent incriminée à l'heure actuelle. C'est le caractère pesant de ces lignes hiérarchiques, essentiellement descendantes, qui est pointé. Il alimente une perte du sens des missions pour les soignants, surtout lorsque le rapport introduit un exercice régulier de reddition de comptes. L'expression d'une autorité excessive comme le manque de soutien en cas de harcèlements ou de violences confortent le sentiment d'une faible reconnaissance des difficultés rencontrées sur le terrain, et d'un manque d'accompagnement pour les résoudre. « Peut-on déléguer dans ces conditions ? » paraît être une question clé.

L'étude menée en période de crise de Covid par G., professeur de management dans une grande université française apporte un premier éclairage. La crise montre qu'il y a une possibilité d'adaptation importante, écrasant les hiérarchies, les acteurs acceptant de tenir de nouveaux rôles. Les cadres de santé ont un rôle clé. L'accent est mis sur le partage d'information. Certains individus – pas forcément à un haut niveau hiérarchique – ont les moyens de partager l'information de façon plus pertinente que la direction. On constate également des sur-engagements. Des acteurs soignants ou

administratifs acceptent des tâches qui ne sont pas habituelles (par exemple des administrateurs donnent à manger aux malades). Faire face à la crise renforce l'idée somme toute assez classique qu'un établissement hospitalier ne fonctionne bien que lorsque l'équipe gestionnaire et les médecins, malgré les inévitables tensions, travaillent bien ensemble (Dumez et Minvielle, 2021). Mais comment cette structuration peut-elle être conservée ? Lors du retour à l'état normal, on revient aux codes traditionnels : les lignes hiérarchiques réapparaissent ; il y a une division en silos ; chacun reprend son fonctionnement propre. Pour certains, ce retour à la normale est regretté. Ils auraient souhaité poursuivre la dynamique qui prévalait pendant la gestion de la crise. On assiste alors à l'expression d'une nostalgie : certains regrettent la façon dont cela s'était passé et souhaitent une transformation du système. Ce sont des gestionnaires, des médecins, des infirmiers, d'autres professionnels, qui ont en commun de rester ancrés dans la situation qu'ils ont vécue en temps de crise. Ils n'adoptent pas une position de proposition, mais de repli. Ils se désengagent.

Poser la question : « comment assurer des formes hiérarchiques d'un nouveau genre ? » conduit à s'intéresser au centre hospitalier de T. Cet établissement est en effet identifié comme ayant fait preuve d'innovation en remettant en cause les formes de hiérarchies traditionnelles, sans attendre d'être en période de crise Covid-19 :

« Au-delà de la période Covid, il faut voir que nous avons des modes hiérarchiques particuliers depuis pratiquement 12 ans. Chaque chef de pôle a une totale autonomie (pas une indépendance) financière. Il y a un cadre supérieur et un contrôleur de gestion

pour aider et accompagner les chefs. Ce sont les pôles qui recrutent : c'est de leur propre initiative et prérogative. Tous les quadrimestres, nous avons une comptabilité fine avec une transparence totale sur les matières médico-administratives. Parfois cela suscite des frictions, par exemple faire comprendre à une RH qu'elle n'est pas là pour recruter. » (L., directeur général adjoint, Dr. E.B, président de la commission médicale d'établissement, et VO., cadre de santé.)

Le système semble performant, ses modalités étant présentées comme une source d'attractivité. On observe une attirance des praticiens pour le rôle de chefs de pôle. Les jeunes professionnels sont aussi très impliqués, leurs idées étant rendues le plus souvent opérationnelles. Sur le plan budgétaire, l'établissement a été excédentaire ces dernières années. En revanche, les tutelles semblent ne pas comprendre cette dynamique et introduisent parfois des règles antagonistes à ce fonctionnement.

Inévitablement, la question se pose des raisons pour lesquelles les autres hôpitaux n'adoptent pas les mêmes pratiques. La réponse, d'après les acteurs de T., se trouve dans les jeux de pouvoir. « Avec notre expérience et notre façon de fonctionner, notre gestion n'est pas descendante et hiérarchisée. Nous, tous ces codes-là, on les balaie. »

Le *turn-over* des acteurs ne semble pas être un facteur limitant. « Ce problème s'est posé il y a 11 ans, quand on a eu un changement de chef d'établissement. On a demandé que le nouveau chef d'établissement s'engage à ne pas changer le mode de gestion... » « Tout le monde s'est acculturé à ce modèle. On est déjà à la quatrième génération, on attire des gens grâce à ce modèle, on fidélise... » Il y a des choix de distribution du pouvoir qui

parfois sont mal compris par les acteurs extérieurs. « C'est une révolution plus qu'une évolution. On n'est pas bien vu par les autres. Certains directeurs d'hôpitaux craignent que l'on fasse jurisprudence en donnant plus de pouvoir aux médecins. Des membres de l'ARS ne comprennent pas non plus notre démarche, trouvant qu'on ne suit pas les règles habituelles. »

Dans cette évolution des formes hiérarchiques, la question des objectifs est essentielle, rappelle G., Chef de service de Médecine intensive d'un hôpital parisien. Il y a des situations de tension entre un directeur qui veut équilibrer un budget et des équipes qui veulent fournir de la qualité pour chaque patient. « On a vu ces dernières années que pour combler le déficit, on essaie de faire du volume, mais avec le mécanisme de la tarification à l'activité (T2A), une spirale délétère s'est mise en place. Les cibles des différents acteurs ne sont pas les mêmes. On n'est pas d'accord sur un certain nombre de missions de l'hôpital. Le flux des malades non programmés et celui programmé par exemple. On ne sait pas aussi mobiliser les expertises des agents de terrain. Or, tout le monde contribue au système. » Les relations hiérarchiques dépendent d'un accord sur des objectifs communs.

Les échanges mettent pour leur part en lumière un besoin de formation en management pour mieux travailler ensemble entre administratifs et professionnels de santé. « Je pense que c'est au cours du 3^e cycle pour les médecins. Comment ? J'aime bien les mises en situation. Il faut apprendre à se connaître. Vous demandez à un interne à quoi sert un directeur, il ne sait pas. » « On a organisé une formation avec la faculté sur le management de proximité.

Cela aide à avoir une culture de travail en équipe. La formation en commun permet un meilleur travail ensuite. Au niveau des infirmières, on rencontre des difficultés, chacun reste ancré et craint de perdre du pouvoir. » « Aujourd'hui, personne ne travaille seul. J'ai vu que les cadres avaient cette culture du travail d'équipe, même les infirmières, alors que nous médecins on l'apprend sur le terrain. Cela s'apprend. »

VI – COORDINATION DU PARCOURS ET OPTIMISATION HOSPITALIÈRE : UNE ÉQUATION EN PASSE D'ÊTRE RÉSOLUE ?

Dans la recherche de parcours de patients mieux coordonnés, ce n'est pas tant le principe que sa mise en œuvre qui soulève des questions. Le principe d'une meilleure coordination entre l'hôpital, la ville, le domicile et le médico-social a en effet été acté depuis longtemps et s'inscrit dans de multiples réformes. La question actuelle est bien plus de développer les outils et les démarches collaboratives nécessaires. Elle pose la question de leur cohérence avec une optimisation de l'activité hospitalière qui est ancrée dans les mœurs de longue date. Avec la tarification à l'activité et l'hospitalo-centrisme historique, l'objectif de rendre plus performante l'étape hospitalière peut s'avérer antagoniste à celui de coordination du parcours. Certaines actions sont moins déléguées, les questionnements sur ce qui se passe en amont ou en aval de l'hospitalisation sont moins présents à l'esprit que tout ce qui concerne le parcours intra-hospitalier. Comment alors résoudre le dilemme ?

L'expérience de l'équipe gériatrique d'un établissement situé en Seine Saint-Denis démontre que cela est possible sur le terrain. Le Professeur de gériatrie ST. et l'infirmière de coordination SC. ont œuvré depuis des années pour organiser une équipe mobile gériatrique intra-hospitalière. Des demandes informatisées sur le logiciel ORBIS sont adressées et déclenchent une intervention dans les services pour des patients dits complexes (dans les cas dits simples, les services assument la prise en charge sans intervention). Au chevet du patient, une évaluation s'engage pour définir une prise en charge intra et extra-hospitalière. Toutes les informations pertinentes sont partagées entre tous les professionnels concernés par le parcours du patient.

Si l'initiative s'inscrit désormais dans l'environnement médical, son implantation se heurte à des difficultés de compréhension de ce que peut signifier la coordination sur le terrain. « On a l'impression que le système de soins, ce sont des couches qui cohabitent, mais jusqu'à peu ne communiquaient pas entre elles. On le voit tous les jours. Il y a 2 jours une patiente d'Ehpad est venue à l'hôpital pour un motif qui aurait très bien pu être réglé sans déplacement par l'équipe gériatrique. Les services sont cloisonnés, même au sein de l'hôpital. » DP, médecin dans un centre de lutte contre le cancer, et co-président d'un Réseau de soins, avec un médecin généraliste libéral, partage le diagnostic. La prise de conscience d'un besoin de coordination autour du parcours du patient est réelle. La raison est simple : c'est mieux pour le patient. Les démonstrations s'accumulent comme l'expérience Capri, qui montre dans le cas des patients sous thérapie orale

l'intérêt d'un suivi alliant outil numérique et infirmières de coordination.

Le défi est de faire changer les mentalités. « Ce n'est pas toujours simple, notamment en cancéro. Comment travaille-t-on avec les patients ? Il y a aussi la place des pros de santé libéraux : médecin gé, infirmier libéral, pharmacien d'officine. Comment faire pour qu'ils puissent jouer leur rôle ? Il faut informer, communiquer. » Le numérique offre de grands espoirs. Mais ce n'est pas non plus une réponse miraculeuse. « Le numérique sans organisation, sans Infirmière de coordination, ne sert à rien. » Pour SG., représentant d'associations de patients, ces expériences montrent bien le besoin de raisonner à partir des demandes du patient et avec lui. « On n'est pas un objet mais une partie prenante. » Les outils numériques, notamment sur les pathologies chroniques, sont devenus un moyen de suivi à distance. Cela permet de mieux impliquer le patient. « Moi ça m'intéresse de regarder ma glycémie sous le bras, on n'est plus passif, on devient actif, c'est l'expertise profane qui dialogue avec celle des professionnels de santé. J'ai tendance à dire que je connais mieux mon diabète que le diabétologue, et vice versa. »

Ce qui manque ? « Il faut créer un cadre, et dans ce cadre, aller à la personne. Il faut cadrer la personne dans son parcours particulier, régime alimentaire, sport etc. Mon parcours et mes relations avec l'équipe traitante qui m'accompagne seront adaptés à mes besoins et mes attentes. Ce qui me paraît compliqué aujourd'hui, c'est le parcours en libéral : il n'y en a pas. Je choisis mon médecin, infirmier, kiné, je suis content quand je peux en avoir un... Est-ce que ces gens peuvent se coordonner ? »

VII – L'ÉCLAIRAGE PAR LE PRAGMATISME

Cet éclairage permet de tirer trois constats sur la manière de lire l'activité de prise en charge des patients.

Premier constat, dans les trois exemples, les réponses apportées se font au niveau de l'expérience des acteurs. Dans le cas de la charge administrative, la lecture à ce niveau pointe une question de clarification, de perception et de reconnaissance du contenu de la charge et donc des activités. Dans certains cas, la charge est perçue comme utile et même nécessaire. Sa gestion se traduit alors par une intégration dans les pratiques quotidiennes du métier. Dans d'autres cas, la perception négative et le manque d'identification conduisent à ne pas la gérer. Il existe donc une variété d'interprétations du « fardeau administratif », c'est-à-dire des activités qui l'occasionnent, conduisant à considérer sa gestion comme plus ou moins pertinente. De même, la mise en œuvre de hiérarchies hospitalières plus horizontales est observable sur le terrain, soit en raison d'une crise, soit en raison d'un accord collégial. Des formes de délégation s'observent lorsque des pratiques coopératives sont admises entre administratifs et professionnels. Lorsque les pratiques sont plus conservatrices, les hiérarchies descendantes traditionnelles sont maintenues. La combinaison de formes de coordination horizontale le long du parcours du patient et de « l'optimisation hospitalière » apparaît également possible dans certaines expériences. En revanche, elle semble impossible lorsque les acteurs de terrain ne se mobilisent pas en faveur d'une gestion transversale des parcours.

Tout converge donc pour montrer que les trois problèmes potentiels, le « fardeau

administratif », les hiérarchies pesantes, et les coordinations du parcours du patient, ont des traductions variables lorsqu'elles sont étudiées dans le cours de l'expérience vécue du travail. Le diagnostic n'est pas univoque. Il ressort clairement qu'un élément-clé d'amélioration est de centrer les efforts d'organisation et de management sur l'activité réelle et le retour d'expérience. Il ne s'agit pas ici de l'activité de chaque acteur pris isolément, mais bien de l'activité collective et coopérative permettant d'aboutir à des résultats valorisés socialement, donc faisant sens, un processus tel que la prise en charge et le traitement adéquat d'un patient, son parcours complet, dans l'hôpital mais aussi hors de l'hôpital, donc une définition intermétier et interinstitution, portée par la réalité du flux d'action et intégrant le patient lui-même comme acteur-clé de son propre parcours. La définition du collectif concerné (qui ? jusqu'où ?) et l'analyse de ses facteurs de réussite et des obstacles à franchir ne peuvent être assurées qu'à travers un débat pluriel, outillé, informé, disposant de pouvoirs d'expérimentation et libéré des prédéterminations liées à des contraintes hiérarchiques ou bureaucratiques trop pesantes.

En tout état de cause, ce débat exige que soient définies de manière pertinente, reconnues et analysées les activités à accomplir, quels qu'en soient les porteurs, en tentant de se dégager au maximum des préjugés liés à la définition traditionnelle des métiers. Par exemple, il est certainement important d'avoir un débat ouvert sur les activités liées à la traçabilité des soins, leur utilité, la charge qu'elles représentent, qui est le mieux placé pour les assurer, la manière de les instrumenter, et le sens qu'on peut leur assigner, en en tirant les conséquences



dans les parcours de formation des diverses catégories de professionnels.

Deuxième constat, les trois exemples dégagent une perception commune de la part des acteurs de terrain, celle d'une déconnexion de l'environnement extérieur lorsqu'il est trop éloigné de l'activité. Ce constat est souvent rencontré dans le cas d'une approche technocratique des politiques publiques. En 1922, le philosophe John Dewey entretint aux États-Unis un débat resté célèbre, et encore d'une grande actualité, avec l'éditorialiste et politiste Walter Lippmann sur le thème de la démocratie et de son public de citoyens. Tous deux partageaient d'une critique similaire de la démocratie américaine de l'époque (critique qui conserve beaucoup de sa pertinence aujourd'hui, aux États-Unis, mais aussi dans bien d'autres nations démocratiques telles que la France) : la démocratie, au-delà des formes institutionnelles et juridiques qu'elle impose, doit se concrétiser dans des pratiques, sous peine de ne constituer qu'une coquille vide. Or, elle se concrétisait alors outre-Atlantique dans des pratiques insatisfaisantes, souvent manipulatoires, du fait de la complexité des problèmes à traiter, du manque de formation et d'information du public sur ces problèmes, et du contrôle des grands moyens d'information par des groupes de pression économiques ou politiques. Lippmann en tirait la conclusion que l'idée de base de la démocratie, à savoir confier le pouvoir au peuple, n'était pas viable et qu'il fallait s'orienter vers une sorte de compromis consistant à confier au public le soin de choisir périodiquement des experts dans chacun des domaines concernés, et de déléguer le pouvoir de décision à ces experts. Le modèle ainsi défendu par Lippmann pourrait être qualifié aujourd'hui

de « technocratique ». Dewey se montra très sceptique vis-à-vis de ce modèle, car sa confiance dans la transparence et la loyauté durables des experts était limitée. Surtout, il reprochait au modèle de Lippmann son caractère statique : certes, au jour J, la compétence du public sur les questions complexes en débat était réduite, souvent insuffisante, mais il considérait que, dans une perspective dynamique, la compétence de gouvernance s'acquiert et se développe en gouvernant, et qu'au fil du temps le public, s'il est associé à la gouvernance de questions complexes avec des méthodes d'information, de formation et de débat adéquates, renforce sa compétence, jusqu'à devenir une partie prenante pertinente et efficace. Les faits semblent lui avoir donné raison dans les rares secteurs où une telle participation à la gouvernance a pu être testée, notamment dans le domaine de la santé, avec le rôle des associations de patients dans des cas tels que le Sida ou les myopathies. À l'inverse, Dewey se montrait persuadé que le modèle technocratique tend plutôt à se dégrader avec le temps, car les experts acquièrent de plus en plus d'autonomie vis-à-vis du public, jusqu'à désirer s'affranchir aussi complètement que possible de leur obligation de rendre des comptes (Dewey, 2010 [1927]).

Dans le cas du « fardeau administratif », c'est l'ambition d'une réforme misant sur le numérique comme rempart qui paraît illusoire aux yeux des acteurs de terrain, si elle n'aborde pas la question de son implantation concrète dans l'activité. La méfiance est de mise, les outils des « systèmes d'information » ayant plutôt généré des contraintes par le passé, ce qui éloigne les acteurs de toute croyance en un solutionnisme technologique. De plus,

ce type de réforme néglige les possibilités d'intégration de la charge administrative, qui sont pourtant réelles dans certaines expériences. Dans le cas des hiérarchies hospitalières, les tutelles se montrent parfois incrédules devant des pratiques de terrain où la délégation est de mise, avec, dans ce cas, le risque qu'elles introduisent des règles contre-productives par rapport aux promesses des expérimentations. Dans le cas de la coordination, c'est d'une manière similaire la difficulté des administrations à accompagner les initiatives locales qui est mal ressentie. Les trois cas pointent un même constat : celui du risque d'agir sans une connaissance précise de l'activité telle qu'elle se pratique réellement et d'imposer alors des règles et des normes déconnectées, voire contreproductives, par rapport aux besoins de l'activité.

Ce constat a également des implications pour la recherche sur le travail dans le domaine de la Santé. Comme on l'a vu dans l'analyse du « fardeau administratif », le maintien de définitions sans doute en partie obsolètes des activités conduit à subir des tâches nécessaires à la bonne gestion du soin, comme les tâches liées à la traçabilité, comme une charge indue. Et ce, d'autant plus que ces tâches, jugées périphériques, voire inexistantes par une institution trop éloignée du terrain, ne font pas l'objet d'une reconnaissance, donc d'une allocation de temps et de ressources pourtant indispensable. Cette remarque sur la nécessaire redéfinition, au moins périodique, sinon continue, du travail et des activités le constituant vaut pour toute la société, au-delà des métiers de santé : « Une grande partie de la littérature sociologique s'appuie sur une image dépassée du travail – comme un effort physique et comme l'affaire de groupes de pairs (exerçant la

même activité, n. d. a.). Une tâche urgente peut consister à reformuler le travail dans un nouvel ensemble de symboles et d'images (sous peine de voir) un large éventail de professions et d'activités, leurs capacités et leurs défis, rester en dehors du champ d'action du public, et peut-être même ne pas être reconnues comme du travail ».

Troisième constat, centrer l'analyse sur l'activité telle qu'elle se vit, et sur les questionnements que les acteurs ont à l'esprit, oriente différemment les solutions. C'est sans doute l'idée première du pragmatisme, mise en avant par Charles Peirce dans sa fameuse « maxime pragmatiste » : « Considérer quels sont les effets pratiques que nous pensons pouvoir être produits par l'objet de notre conception. La conception de tous ces effets est la conception complète de l'objet » (Peirce, 1998 [1879], p. 135), également formulée : « une conception, c'est-à-dire le sens rationnel d'un mot ou d'une autre expression, réside exclusivement dans l'influence qu'il peut avoir de manière concevable sur la conduite de la vie » (Peirce, 1998 [1905], p. 332) (définitions citées et commentées dans Lorino, 2020, p. 70). En d'autres termes, la signification d'un mot, d'un concept, d'une règle, d'une norme, d'un modèle logique, n'est jamais que la somme de ses effets pratiques réels ou potentiels, donc la totalité de ses applications effectives ou possibles. C'est l'affirmation de la prééminence de l'expérience pratique sur toute forme d'abstraction, qui, hors impact pratique, se résume en un dogme creux. Cela ne conduit pas à nier l'importance des théories ou des concepts, mais simplement à les situer comme outils de l'expérience humaine, en permanence soumis au renouvellement de cette expérience, et de notre position

comme humanité dans le monde : une position écologique, puisqu'elle critique toute prétention à une maîtrise absolue des situations rencontrées. Prétendre soumettre l'expérience à une détermination et un contrôle sans faille par des modes de pensée théoriques jugés rationnels et vrais à l'instant t conduit, selon cette vision pragmatiste, inmanquablement à des déceptions, voire, dans les cas extrêmes, à des désastres.

C'est donc aussi admettre que l'expérience peut mettre nos attentes en échec et nous étonner. Dans ce cas, nous dit Peirce (1998), il faut savoir tenir des raisonnements abductifs, c'est-à-dire ne pas se crispier, de manière dogmatique, sur les modèles auxquels nous avons cru et qui semblent remis en question, mais explorer la situation, les explications possibles, les divers scénarios potentiels pour la transformer, forger des hypothèses nouvelles permettant de changer les pratiques sociales, dans le vocabulaire pragmatiste : dépasser la boucle logique induction-déduction (généraliser des observations empiriques dans des lois jugées vraies, puis imposer ces lois aux nouvelles situations concrètes rencontrées) et tenir des raisonnements abductifs (inventer de nouvelles lois potentielles) (Lorino, 2020, chap. 7). De nouvelles croyances doivent être testées au niveau des pratiques et entraînent des démarches d'apprentissage par l'action (Dewey, 1911). Par exemple, la charge administrative peut être envisagée avec des perspectives différentes, d'une manière **moins plus** ou moins péjorative ; ces perspectives peuvent être testées sur le terrain, ce qui aboutit à cibler des actions de gestion différenciées pour mieux l'intégrer. Mais la démarche suppose que les divers acteurs, y compris les détenteurs de pouvoir, acceptent de se laisser temporairement

déstabiliser par le retour d'expérience et s'engagent dans la voie de l'enquête pragmatiste : s'étonner, explorer, supposer, expérimenter, dans un dialogue pluriel où aucune voix ne réduit les autres au silence.

Dans le cas des hiérarchies, c'est justement la gestion d'un débat contradictoire entre des objectifs multiples, relevant de la discipline budgétaire ou de la qualité des soins, qui apparaît comme une méthode déterminante. Il s'agit d'organiser ce débat de manière efficace et ouverte, en s'assurant que toutes les parties prenantes, y compris les patients, se manifestent, et en garantissant un éclairage sur chaque objectif, équilibre budgétaire, qualité des soins, en regard de l'expérience. De même est mise en question la distribution des pouvoirs. Dans un système qui s'appuie sur de fortes expertises et une expérience complexe, en permanente évolution, le « pouvoir avec » paraît bien préférable à un « pouvoir sur » pour reprendre une distinction proposée par Mary Parker Follett, une proche des pragmatistes : « Il me semble qu'alors que le pouvoir signifie généralement le pouvoir-sur, le pouvoir d'une personne ou d'un groupe sur une autre personne ou un autre groupe, il est possible de développer la conception du pouvoir-avec, un pouvoir développé conjointement, un pouvoir co-actif et non coercitif. » (Follett, 2013, p. 101, traduit par les auteurs). En d'autres termes, il s'agit de privilégier le pouvoir d'agir collectivement plutôt que le pouvoir de dominer les autres acteurs. Lorsque le recours à des expertises multiples apparaît évident aux yeux des acteurs, comme dans le temps d'une crise telle que la pandémie de Covid-19, cette distribution s'impose naturellement.

Le sujet de la coordination sur le parcours du patient met pour sa part en lumière la

question du dialogue entre acteurs afin de développer un travail en équipe et, concomitamment, celle de l'émergence de solutions à partir d'un réseau de coopérations, de concertations et d'échanges multiples. Un tel dialogue n'est pas spontané. Il suppose que les différentes parties prenantes acceptent de se manifester avec des attitudes particulières, de doute, d'ouverture au point de vue de l'autre et de rejet des oppositions dualistes entre « vrai » et « faux », « légitime » et « illégitime ». Mary Parker Follett (1995 [1933]) identifie trois types de coordination : la domination de A par B, le compromis entre les positions de A et B exigeant des sacrifices de la part des deux parties, et l'intégration, c'est-à-dire la recherche de solutions innovantes à travers un dialogue ouvert permettant à chacun de découvrir des aspects ignorés de la situation à la lumière des propos et des discours de l'autre. Avec ce concept d'intégration, elle rejoint les pragmatistes classiques Dewey et Bentley qui, dans leur ouvrage « *Knowing and the Known* » (Dewey et Bentley, 2008 [1949]), développent le concept de trans-action : une action multi-agents (acteurs humains, institutions, dispositifs techniques, normes) qui, en se déroulant, transforme chacun de ses participants, les relations qu'ils entretiennent entre eux, et, ce faisant, se transforme elle-même, ses buts et ses scénarios, en permanence. Il s'agit, avant Mintzberg (1978), de mettre l'accent sur la notion d'*émergence* : les pratiques nouvelles permettant de surmonter les difficultés rencontrées ne sortent pas d'un cerveau isolé et surdoué, mais se forment progressivement dans les interactions complexes entre les participants à une situation, dotés de visions différentes et s'engageant dans des

échanges créatifs générateurs de compréhensions nouvelles.

Cet éclairage par le pragmatisme n'est évidemment pas exclusif d'autres approches également centrées sur l'activité, et les ressources qu'elle peut puiser dans l'expérience individuelle et collective pour s'adapter aux situations nouvelles. C'est notamment le cas de la théorie de l'activité, en psychologie du travail et en ergonomie (Clot, 2015, 2024), inspirée des travaux des psychologues russes Vygotski (2003 [1934]) et Leontyev (1981 [1948]). Cette approche présente de réelles convergences avec le courant pragmatiste américain et tente, comme lui, de mettre en lumière l'activité, le travail et son organisation tels qu'ils sont vécus. Il existe certainement des liens enrichissants à établir également avec des recherches menées sur le travail en santé, notamment dans le contexte français. Comprendre comment les concepts mobilisés – comme l'enquête collective, le « pouvoir avec », ou encore la trans-action – viennent dialoguer avec ceux développés dans les recherches sur le travail représente certainement un enjeu. Par exemple, il serait intéressant d'analyser comment l'approche pragmatiste peut contribuer aux recherches actuelles sur les relations de travail entre soignants et les risques psychosociaux qu'elles peuvent engendrer (Abord de Chatillon *et al.*, 2017), le rapport à l'autorité et les possibilités d'espace dialogique au sein de l'hôpital (Detchessahar *et al.*, 2015) ou encore le rôle des modes d'organisation dans la qualité de vie au travail (Commeiras *et al.*, 2019).

En parallèle, les voies d'action prodiguées – assurer un dialogue, gérer un débat contradictoire, ou encore établir un diagnostic sur l'utilité de la charge

administrative par un apprentissage dans l'action – orientent différemment les enjeux de l'organisation du travail. Ils témoignent d'une caractéristique fondamentale : des solutions (dialogue, travail en équipe, expérimentation) peuvent être trouvées, mais elles sont tâtonnantes et nécessitent un effort de management sur le terrain, car elles ne se construisent pas spontanément, comme on le croit trop souvent. En fait, elles sont le fruit d'une somme d'attitudes et de règles qui se cultivent dans le cours de l'activité et constituent une forme de travail managérial : un management de terrain.

VIII – UN BESOIN DE MANAGEMENT DE TERRAIN

Évoquer un management de terrain n'est pas une démarche aisée. Le management n'a généralement pas bonne presse, notamment à l'hôpital. La proposition de loi Ségur, promulguée en avril 2021, visait par exemple à « améliorer le système de santé par la confiance et la simplification » et son article 11 évoquait le projet managérial de l'établissement. Mais le sénateur Alain Milon (Les Républicains), reflétant sans doute une vision traditionnelle, techniciste, du métier médical fit retirer le mot « managérial », arguant que « le seul objectif à atteindre est celui du soin des patients et non la logique de rentabilité sous-entendue à travers la logique managériale importée du privé lucratif »². « Gérer » signifierait ainsi pour l'hôpital « obérer la prise en charge des patients du fait d'étroites considérations de coûts ou de profit ». Le

dilemme serait alors : soit on gère à l'hôpital, et donc on soigne mal ; soit on soigne bien, et il faut donc faire fi de toute considération gestionnaire. Pourtant, un service, un hôpital, doit s'organiser, c'est-à-dire gérer, pour bien soigner. Si une équipe se coordonne mal, comment peut-elle soigner bien ? Organiser les activités, mettre en place des protocoles de coordination, animer l'équipe, qu'est-ce, sinon gérer ?

Cette réticence à adopter une lecture managériale dans le traitement des sujets n'est pas sans conséquence. Elle limite l'analyse des problèmes sous l'angle de l'organisation. Si l'on ouvre cette possibilité, les questions posées apparaissent alors sous un jour nouveau. En soulignant les difficultés pratiques entravant l'activité de prise en charge des patients, les aspects de mise en œuvre au niveau de l'activité tels que décrits dans les trois exemples sont mis en lumière. Ils renversent une logique historique où la mise en œuvre des stratégies diagnostiques et thérapeutiques constituait une « logistique qui va de soi ». Au contraire, ils admettent que, à l'instar d'autres secteurs, l'activité a profondément évolué, obligeant à des adaptations. C'est un hôpital engagé dans la résolution des problèmes liés à son activité telle qu'elle se déroule qu'il convient de construire. Les thématiques précédentes : perception de la charge administrative, gestion des débats contradictoires et distribution des pouvoirs, dialogue au sein d'une communauté d'enquête, sont des exemples qui ouvrent la voie. Ces problèmes exprimés par les acteurs révèlent les besoins d'un management de terrain. Reste à comprendre comment un tel modèle peut émerger.

2. Dépêche Agence de presse médicale. 21 février 2021. <https://www.apmnews.com/depeche/0/363320/les-senateurs-retouchent-en-commission-la-proposition-de-loi-segur>

IX – UNE POLITIQUE INCITATIVE PEUT-ELLE VOIR LE JOUR PROCHAINEMENT ?

Pour qu'un tel modèle managérial émerge, une prise de conscience est nécessaire. Or, de ce point de vue, rien n'est acquis. On l'a évoqué : le management n'a pas bonne presse. Certains acteurs insistent bien sur la nécessité de cette approche, portant des démarches plus participatives et bienveillantes au niveau des équipes de soins (Colombat, 2020). D'autres proposent d'engager des projets managériaux pour favoriser l'inclusion entre les niveaux hiérarchiques. Mais il n'existe pas de cadre général qui permette d'opérationnaliser la vision proposée à grande échelle.

On peut, à la lumière des sujets étudiés, identifier quelques lignes directrices que pourrait encourager une politique incitative. La première est la formation aux compétences contribuant aux pratiques d'un management de terrain. Ces compétences que l'on peut nommer organisationnelles sont diverses, allant de la coordination, à la gestion de projet en passant par la gestion des conflits et la réaction à un évènement imprévu, ou encore l'emploi pertinent d'outils d'analyse de l'activité comme le Lean. Elles sont mal identifiées dans un monde habitué à apprendre la clinique. Les formations à l'acquisition de ce type de compétences n'existent pas par exemple dans le cursus des médecins (elles sont absentes dans les formations initiales et ne sont pas reconnues dans les référentiels actuels de formation continue). Elles sont pourtant primordiales pour gérer l'activité de prise en charge qui est de plus en plus complexe et riche en incertitudes. Le public concerné par ces formations est large, médecins, mais aussi infirmiers, pharmaciens,

kinésithérapeutes, et autres, qu'ils pratiquent à l'hôpital ou en ville.

Une deuxième ligne directrice consiste à évaluer et recruter des responsables hospitaliers (managers, médecins ou cadres de santé) sur la base de leur capacité managériale. Amy Edmondson décrit cette capacité comme celle permettant de travailler en équipe d'une manière dynamique, ou « teaming », se composant d'aptitudes à fédérer et à créer un climat psychologiquement serein au sein des équipes. Ces capacités sont rarement mises en avant dans les critères actuels, l'exemple le plus caricatural étant celui de la sélection des médecins responsables de service ou département sur leurs titres et travaux de recherche, ce qui, on l'admettra, ne garantit pas de posséder les attitudes managériales nécessaires pour fédérer une équipe.

Un troisième axe concerne la révision des formes hiérarchiques présentes à l'hôpital. Les relations hiérarchiques habituelles ne favorisent pas la reconnaissance du travail accompli et le partage dans la décision du niveau inférieur. Comme on l'a vu, il est possible de construire des rapports plus horizontaux à tous les échelons du système hospitalier. L'enjeu n'est évidemment pas de faire disparaître les hiérarchies actuelles, mais de les aménager pour redonner de l'autonomie aux acteurs de terrain. Les outils de gestion correspondants restent à inventer (par exemple, au niveau des outils du dialogue de gestion, terme au demeurant assez ambigu). Ce sont essentiellement les formes de contrôle qui sont ici à repenser pour aller vers plus de participation, plus de transparence et des formes de rendu de compte à la fois plus souples, moins formelles, et plus intelligentes quant à la gestion de l'activité (Child, 2019).

Une quatrième ligne consiste à rechercher des financements plus collectifs incitant à améliorer le management exercé sur le terrain. Les modes de financements actuels sont peu raisonnés dans cette perspective. Ils sont plutôt déterminés par des questions de productivité (paiement à l'acte ou tarification à l'activité), ou de résultats des soins (paiement à la qualité). Les incitations restent par ailleurs individuelles ou par institution. Bien au contraire, elles devraient récompenser les efforts organisationnels menés en équipes (coordination hôpital-médecine de ville, pluridisciplinarité de la décision, etc.). Ces lignes n'épuisent certainement pas le sujet, et leur articulation est à étudier plus en profondeur. Leur identification permet en revanche de montrer que des solutions existent, convergeant vers la reconnaissance d'un management de terrain, fondé sur l'expérience des acteurs, et déterminant une nouvelle politique. Reconnaître l'importance d'une telle politique est difficile, car son besoin est

invisible aux yeux de nombre d'acteurs. Les enjeux sont pourtant de taille. Elle peut améliorer la qualité des soins (70 % de la non-qualité s'expliquent par des défauts d'organisation) et supprimer des surcoûts (entre 5 et 10 % des dépenses de santé sont liés à des défauts de mise en œuvre des soins).¹ De plus, elle peut contribuer à rétablir l'attractivité des métiers. Ne pouvoir garantir des conditions de travail décentes aux acteurs de ce secteur est une source d'insatisfaction. L'opinion publique s'accorde à reconnaître l'importance des professionnels de la santé et leur témoigne régulièrement son soutien. La pandémie Covid a aussi rappelé avec force combien l'on doit à ces mêmes professionnels. Il est donc nécessaire de réduire l'écart existant entre la reconnaissance dont bénéficient les soignants et leurs conditions d'exercice. Pour toutes ces raisons, cette politique a du sens. Il faut rendre l'hôpital pragmatiste, en introduisant un management de terrain.

BIBLIOGRAPHIE

- Allen Davina (2014). *The Invisible Work of Nurses: Hospitals, Organisation and Healthcare*, London, Routledge.
- Bidet A. et Chave F. (2015). "From pragmatism to today's work dramas. The ethicized and public dimensions of work", *European Journal of Pragmatism and American Philosophy*, VII-1. p. 13.
- Child J. (2019). *Hierarchy. A Key Idea for Business and Society*, London Routledge.
- Chatillon A. (de), Blondet E., Branchet B., *et al.* (2017). « La prévention des risques psychosociaux : le cas du secteur hospitalier privé et public », *Études, Recherche et Débat*, février, DGAFP, ministère de la Fonction publique.
- Clot Y. (2015). *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris, La Découverte.
- Clot Y. (2024) avec Bonnefond J-Y., Bonnemain A., Zittoun M. *Le prix du travail bien fait. La coopération conflictuelle dans les organisations*, Paris, La Découverte.

- Colombat P. (2020). « La démarche participative dans services de soins », *Actualités de Santé Publique*, 110, p. 41-43.
- Commeiras N., Eggrickx A. et Georgescu I. (2019). « Changements, incertitudes et qualité de vie au travail : Le cas d'un regroupement de laboratoires de biologie médicale », *@GRH*, 31, p. 35-63.
- Detchessahar M., Gentil S., Grevin A. et Stimec A. (2015). « Quels modes d'intervention pour soutenir la discussion sur le travail dans les organisations : Réflexions méthodologiques à partir de l'intervention dans une clinique », *@GRH*, 16, p. 63-89.
- Dewey J. (2010 [1927]). *Le public et ses problèmes*, Paris, Gallimard (Folio/Essais).
- Dewey J. (1911). *Experimentation, Logic of A Cyclopedic of Education*, New York, The Macmillan Company, 2, p. 554-555.
- Dewey J., Bentley A. F. (2008 [1949]). "Knowing and the known", *The Later Works, 1925-1953*, J.A. Boydston (Ed.), Carbondale: Southern Illinois University Press, vol. 16 (1949-1952), p. 1-294.
- Dumez H., Minvielle E. (2021). *Voyage au cœur du système de santé. 100 témoignages pour apprendre à gérer avec la crise*. Paris, Eska.
- Edmondson A. (2012). *Teaming: How Organizations Learn, Innovate, and Compete in the Knowledge Economy*, John Wiley & Sons.
- Follett M. P. (2013 [1925]). *Dynamic Administration*, The Collected Papers of Mary Parker Follett. Mansfield Centre (Connecticut) : Martino Publishing.
- Follett M. P. (1995 [1933]). "Coordination", *Mary Parker Follett: Prophet of Management*, P. Graham (Ed.), Washington D.C, Beard Books, p. 183-199.
- Leontyev A. N. (1981 [1948]). *Problems of the Development of the Mind*, Moscou, Progress Publishers.
- Lorino P. (2020). *Pragmatisme et Étude des Organisations*, Paris, Economica.
- Lorino P. (2013). « L'activité collective, processus organisant : Un processus discursif fondé sur le langage pragmatiste des habitudes », *Activité*, vol. 10, n° 1, p. 221-242.
- Michel L., Waelli M., Allen D., Minvielle E. (2017). *The Content and Meaning of Administrative Work: A qualitative study of Nursing Practices*. doi: 10.1111/jan.13294
- Mintzberg, H. (1978). "Patterns in strategy formation", *Management Science*, 24, p. 934-948.
- Minvielle E. (2018). *Le patient et le système*, Paris, Seli Arslan.
- Mir O. Ferrua M.A. et Minvielle E. (2022). "Digital remote monitoring plus usual care vs usual care in patients treated with oral anticancer agents: The randomized phase 3 CAPRI trial", *Nature Medicine*, <https://doi.org/10.1038/s41591-022-01788-1>
- Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières confiée au Pr Olivier Claris (2020). Disponible sur le site du ministère de la Santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/>

Peirce CH. S. (1998 [1879]). "The maxim of pragmatism", *The Essential Peirce*, vol. 2, édité par The Peirce Edition Project, Bloomington, Indiana University Press.

Peirce CH. S. (1998 [1879]). "What pragmatism is", *The Essential Peirce*, vol. 2, édité par The Peirce Edition Project, Bloomington, Indiana University Press.

Vygotski L. (2003 [1934]). *Pensée et langage*, Paris, La Dispute.