

La réorganisation managériale à l'École et à l'Hôpital

LISE DEMAILLY,
OLIVIER DEMBINSKI,
IFRESI-CNRS,
Université de Lille, France

Ce texte est issu d'un dialogue entre deux chercheurs: l'un travaillant depuis de nombreuses années sur l'École, l'autre depuis huit ans sur l'Hôpital, avec une longue période d'observation participante. Les deux se sont intéressés aux transformations conjointes des métiers et des organisations dans leurs domaines respectifs d'intérêt.

Précisons le statut de ce texte pour éviter tout malentendu. Il ne s'agit pas de la présentation d'une recherche scientifique achevée ni même en cours, ni de résultats de recherche. Ce texte propose des thèses et des hypothèses au débat scientifique, dont nous avons pensé qu'elles pouvaient intéresser les chercheurs en éducation et les lecteurs de cette revue. Nous pensons en effet que la réflexion est toujours stimulée par la comparaison. La comparaison internationale bien entendu, mais aussi la comparaison entre domaines différents de la vie sociale, au sein d'un même espace sociétal.

Le texte justifiera d'abord l'intérêt heuristique de la comparaison de l'École et de l'Hôpital quant à une certaine évolution des organisations et des professionnalités, que nous résumerons sous le terme: réorganisation managériale. Nous montrerons qu'au-delà d'une évidence spontanée qui rapproche les deux domaines du soin et de l'éducation, la raison de cette comparaison ne va pas de soi et engage déjà des postulats théoriques que nous expliciterons.

Puis nous rentrerons dans le vif du sujet. Qu'est-ce que la réorganisation managériale des organisations de service public en France, tant dans sa rhétorique que dans son effectivité pratique? Quelles ressemblances et quelles différences entre ce qui se passe à l'École et ce qui se passe à l'Hôpital?

Enfin, notre confrontation ayant abouti à identifier des différences assez marquantes, nous nous sommes posé la question de leur origine. Nous proposons deux hypothèses : une différence anthropologique séparant les deux institutions, une différence organisationnelle favorisant des jeux d'acteurs différents.

Pourquoi comparer aujourd'hui la réorganisation managériale à l'École et à l'Hôpital ?

Une proposition pertinente ?

Quelle est la légitimité, ou plus précisément l'intérêt d'une comparaison entre l'École et l'Hôpital ? Un premier mouvement serait d'y trouver une sorte d'évidence. La question s'inscrit dans un cadre plus vaste qui est celui de la caractérisation de la "modernisation-rationalisation" des activités de services. Dans les deux secteurs, on entrevoit un processus de modernisation-rationalisation des activités (recherche de la qualité totale, individualisation de la relation au client-usager, flexibilité des structures, rationalisation des ressources pour parvenir à une maîtrise des coûts, autonomie des organisations de base...). Dans ces deux secteurs également, les transformations des activités affectent les agents, prestataires de terrain qui, pour la plupart, exercent des métiers qu'on pourrait définir comme à la fois relationnels et de classe moyenne, caractérisés par leur statut intermédiaire dans la société et leur lien aux politiques publiques (Demailly 1998b).

L'intuition d'une comparaison possible se heurte cependant à une critique que nous voulons nous donner le temps d'examiner. La comparaison École/Hôpital serait possible, mais pas spécialement pertinente, pour la raison suivante : parmi les organisations concernées par la modernisation-rationalisation se trouvent en effet, outre le secteur hospitalier et l'enseignement, bien d'autres entreprises : on pourrait y ajouter les grandes firmes de conseil, la banque, la SNCF, etc. L'ensemble des services marchands et non marchands serait soumis à une "rationalisation professionnelle" (Gadrey 1994). Ce serait donc l'ensemble des "services" qui constituerait l'objet pertinent, il serait plus intéressant, original et pertinent de comparer les transformations de l'École et celles du secteur bancaire par exemple.

Explicitons cette hypothèse. Il est vrai que toute une série d'activités sociales semblent pouvoir être identifiées et caractérisées par la notion de relation (ou de prestation) de service. On rencontre aujourd'hui cette notion dans les discours sociaux ordinaires, dans ceux des experts mais aussi dans les analyses produites par la sociologie, l'économie ou la gestion. La "relation de

service", en première approche, peut être définie comme une interaction entre un prestataire et un bénéficiaire, satisfaisant certains besoins du bénéficiaire par le biais d'une prestation de service.

La comparaison de l'École et de la banque, ou du garagiste et du médecin, serait alors plus productive, car plus décapante sociologiquement. Remettre ensemble, dans la même catégorie, de façon provocante, le garagiste et le médecin, tous deux "services de réparation", est, il est vrai, une opération scientifique tout à fait heuristique, comme l'ont montré les travaux des interactionnistes. L'étude des métiers peut alors échapper à l'enfermement dans les rhétoriques professionnelles et s'inscrire dans les traditions théoriques de la sociologie du travail et des organisations, par exemple, et traiter des pratiques concrètes des groupes professionnels.

Mais nous ferons une première critique à l'hypothèse selon laquelle l'objet pertinent à comparer à l'École serait l'ensemble des services, soit n'importe quel service marchand ou non marchand : les évolutions tendancielle, (augmentation de productivité, individualisation des prestations, développement de l'évaluation) ne séparent pas nettement l'univers industriel et l'univers tertiaire.

Nous nous inscrivons là en désaccord par rapport à la proposition de Gadrey (1994) qui distingue une rationalisation industrielle propre à la production de biens d'une rationalisation professionnelle propre aux services. L'intérêt de son point de vue est de montrer le caractère profondément conflictuel de la notion de rationalité économique. Mais sa limite est de reposer sur une division sectorielle de plus en plus discutable. Les conflits internes de la rationalité économique comme de la rationalité organisationnelle existent partout. La mise en œuvre des rationalisations a impliqué un phénomène similaire dans les univers industriel et tertiaire : la même tension, la même coexistence contradictoire entre des changements organisationnels néotayloriens et des changements d'un autre type, "toyotistes" ou participatifs pour aller vite. Du côté du néotaylorisme : la rationalisation des flux (de papiers, de décisions, d'informations...), la centralisation de l'information dans de puissants systèmes informatisés, l'intensification du travail, la standardisation continue des procédures ; les efforts d'évaluation des performances de chacun, l'émergence de nouveaux types d'experts et de nouveaux types de "chronomètres" pour mesurer le travail. Du côté du participatif : la décentralisation, l'appel à l'initiative, à l'autonomie, l'élargissement des tâches, la polyvalence valorisée des agents, l'appel à la capitalisation des savoirs collectifs et à l'enrichissement des compétences individuelles, la prise en compte de l'usager-client et de ses besoins individuels au cœur même de l'organisation, la débureaucratiation. Ce développement contradictoire des organisations provoque chez les agents de base des sentiments opposés de professionnalisation et de déprofessionnalisation (selon les postes de travail,

mais parfois aussi pour un même individu), observés séparément mais de façon tout à fait convergente par les sociologues du travail industriel et par ceux des services (Demailly 1998a).

L'idée d'une modernisation-rationalisation, foncièrement contradictoire, qui concerne toutes les organisations productives, industries ou services marchands et non marchands, offrant des biens ou des prestations, matériels ou relationnels, opérant sur les biens de la personne ou la personne elle-même, a une base empirique vérifiée. D'un côté, l'industrie se rapproche des services : importance de la figure du client comme membre à part entière de l'organisation productive, importance de la gestion et de l'esprit gestionnaire (Ogien 1995), développement de la production sur mesure, de la vente de services accrochés aux produits, des produits-services, des relations clients-fournisseurs internes. De l'autre, les activités de service sont bien le lieu d'une industrialisation : recherche des économies d'échelle (anciennement "inventées" dans l'industrie), compression du "travail vivant" au profit des machines, organisation de l'intensification du travail.

Notre raisonnement nous fait parvenir ici à un point paradoxal : l'absence de spécificité de l'École ou de l'Hôpital au regard de toutes les activités économiques. Dans ce cas, il ne serait pas plus pertinent de comparer l'École et l'Hôpital que l'École à la banque, l'Hôpital à un garage, ou l'École à une usine d'automobiles.

Les services relationnels entre éthique et économie

Nous allons cependant soutenir notre intuition initiale : il vaut la peine de comparer l'École et l'Hôpital en tant que représentants d'un type particulier d'organisations. C'est donc non seulement pour leur appartenance commune à la catégorie des organisations productives de biens et de services, mais aussi pour leurs caractéristiques spécifiques, que la comparaison École/Hôpital nous paraît avoir du sens, aussi bien pour les chercheurs que pour les professionnels de ces institutions.

Les amalgames opérés par les deux hypothèses explorées ci-dessus, la pertinence de la notion de relation de service d'une part et le modèle gestionnaire-managérial universel d'autre part, écrasent la spécificité des métiers relationnels de service public (éducation, soin, travail social...) sur les activités à finalité marchande privée. Entendons-nous. Nous ne nions pas qu'une part de ces métiers ne puisse être analysée en termes de relation de service, comme elle peut l'être également en termes d'activité technique, de processus cognitif ou d'échanges communicationnels. Toutes ces approches partielles, relevant de paradigmes disciplinaires ou de choix épistémologiques divers, sont légitimes et intéressantes tant qu'elles admettent explicitement leur caractère "réducteur" (Passeron 1991), autrement dit qu'elles reconnais-

sent ne pas chercher à saisir ce qui fait les dynamiques sociohistoriques propres des pratiques concernées.

De quelle spécificité voulons-nous parler? Il faut d'abord écarter quelques fausses pistes. Cette spécificité ne réside pas dans le fait que les métiers de l'éducation et du soin travailleraient le singulier et l'événement, argument défensif souvent avancé par les acteurs, mais qui ne tient pas à l'examen sérieux. Cette caractéristique en effet les différencierait mal de certains métiers industriels qui s'affrontent eux aussi à la gestion de l'événement, de l'inattendu, de l'aléatoire (l'industrie nucléaire, les industries de process par exemple). Il ne s'agit pas non plus d'une spécificité des modes de rationalisation que connaîtraient ces métiers: comme nous l'avons exposé plus haut, les activités relationnelles de service public sont bien le lieu d'une rationalisation du même type que les activités industrielles, c'est-à-dire d'une "rationalisation économique contradictoire et mixte", à la fois posttaylorienne et néotaylorienne, à la fois soucieuse de la qualité du service rendu et soucieuse d'une productivité et/ou d'une rentabilité à court terme qui conduit à économiser les coûts, les emplois, le travail vivant.

Leur spécificité est donc dans leur composante éthico-politique ou même plus essentiellement politique. (C'est cela qui serait dénié dans la réduction de ces métiers à la prestation de service). La pratique professionnelle en matière de santé ou d'éducation publique met en jeu des orientations sociopolitiques, en deçà et au-delà des débats procéduraux et techniques: conceptions de la citoyenneté, de l'égalité, du droit, de l'universel, du corps, de la sexualité, des rapports intergénérationnels, interethniques, de la mémoire historique, des rapports homme-femme, adulte-enfant, etc. Ces conceptions investissent massivement la pratique, tant au niveau collectif en construisant des "registres de légitimité" (Aballéa 1998) ou des "référentiels" de l'action publique (Jobert & Muller 1985) que pour singulariser celle de chaque praticien (Demailly 1991) dans ses actes quotidiens de travail, en en faisant l'expression d'un rapport particulier au monde social.

Chaque infirmière par exemple a une déontologie concrète de la relation soignant/soigné qui guide sa pratique, une éthique personnelle pétrie de représentations qui renvoient aux conceptions socioculturelles et politiques et à l'expérience des soignantes. Le travail de relation est finalisé par des valeurs et des visions du monde qui permettent de contrôler les situations interactionnelles avec les patients, mais sont aussi à l'œuvre avec les autres membres du collectif de travail (aides-soignantes, infirmières, internes). Leur enjeu est alors de fabriquer de la congruence entre les désirs de chacun, ses compétences et les tâches à accomplir, mais aussi le soutien, l'entraide, la solidarité, la lutte au sein des collectifs concrets.

Ce qui serait conjointement dénié dans la réduction de ces métiers à la prestation de service, c'est aussi la dimension "tierce", institutionnelle. On

voit pourtant bien que la dimension institutionnelle résiste à la socioéconomie des services, en ce qu'elle ne se laisse pas absorber dans un simple contrat (comme libre accord de volonté et d'échange), entre un prestataire et un consommateur. Les échanges entre êtres humains dans les institutions engagent la définition de biens collectifs surplombant les désirs individuels, la transmission intergénérationnelle, des actes de puissance publique, un lien au sacré, la place symbolique de la mort, des rites initiatiques, des valeurs.

L'École et l'Hôpital sont deux institutions. "Les institutions diffusent des biens et des services, elles sont les agents légitimes de la satisfaction de besoins humains légitimes. En même temps, elles définissent les normes des besoins que la population est censée avoir" (Hughes 1996). Elles disent le bien moral et politique pour les êtres humains, individuellement et collectivement. L'éducation et la santé sont des questions inséparables de l'institution de la nation dès la fin du XVIII^e siècle. Gouverner et soigner relèvent alors du même principe et obéissent aux mêmes lois, celles d'une "science de l'homme" qui doit perfectionner ou corriger la nature humaine. En inscrivant son action dans un projet de gestion des conduites, l'État manifeste sa dimension utopique et marque une rupture fondamentale dans la façon d'envisager les rapports de la société et de l'État. À partir de la fin du XVIII^e siècle, l'éducation se manifeste comme un enjeu social, une composante de la croissance économique, une organisation nationale, une idée régulatrice, un projet de gouvernement. Le XIX^e siècle verra se constituer en des corps d'instituteurs et de professeurs (les mots ont leur poids) les agents de cette institution. L'éducation c'est l'institution des éducatibles (organisation et intériorisation des manières de faire, de penser, de voir). C'est aussi une collection d'idées pédagogiques qui manifeste l'inconfort du va-et-vient entre réflexion et prospective, entre constat et prescription, entre utopie et réalisme. C'est enfin un répertoire de pratiques éducatives qui dévoile les doubles jeux de l'institution des éducatibles : instruire, reproduire, sélectionner, réprimer, affranchir, etc. L'Hôpital public, quant à lui, pièce maîtresse du système de santé (selon Bonnici 1998, la moitié des actes et dépenses de santé s'effectue en milieu hospitalier dont les trois-quarts en Hôpital public), a un aspect institutionnel qui s'affirme au niveau des structures et des fonctions, dans la définition générale ou très concrète de ce que peut être l'utopie de la santé publique. La quotidienneté à l'Hôpital fournit des exemples réitérés des choix éthiques opérés : la recherche, les transplantations, l'expérimentation, les organes artificiels, les erreurs, les choix médicaux en matière de distribution de molécules coûteuses, etc., mettent en cause des représentations fondamentales dans notre culture.

Au terme de cette réflexion préliminaire, précisons que ce qui vient ici d'être présenté et qui justifie pour nous l'expérience que constitue ce texte, est très clairement un postulat théorique, ou plus exactement une position ou

une thèse dans un champ théorique conflictuel, puisque d'autres chercheurs, comme nous l'avons vu, nieraient la spécificité des métiers relationnels au sein des métiers de service ou accentueraient la spécificité des métiers de services (marchands ou non) par rapport à ceux de l'industrie (Cf. Weller 1998 qui déploie le champ du travail scientifique sur les services selon quatre espaces théoriques).

C'est donc la place centrale que doit occuper l'analyse des orientations sociopolitiques, tant au niveau macro des organisations et institutions qu'au niveau micro des interactions quotidiennes au travail qui fonde pour nous la pertinence spécifique de la comparaison École-Hôpital. Leur modernisation-rationalisation doit être analysée en fonction du caractère mixte et contradictoire des processus aujourd'hui "universels" de rationalisation économique que nous avons présenté ci-dessus, mais aussi des incontournables choix éthico-politiques opérés, qu'ils soient conscients ou de fait.

Rajoutons cependant une précaution concernant ce travail de comparaison que nous allons maintenant aborder. L'ampleur des transformations de l'organisation du travail est très variable selon les sous-secteurs, en terme à la fois de progression de la division du travail, de formalisation des méthodes, de standardisation des actes, de recours à des outils et infrastructures technologiques, qu'il s'agisse de technologies cognitives, immatérielles ou matérielles. Un Centre Hospitalo-Universitaire (CHU dans la suite du texte) n'est pas un Hôpital public périphérique; dans un CHU les services techniques et logistiques n'évoluent pas de la même façon que les services d'hospitalisation; l'École primaire n'est pas le collège ou l'université. La comparaison ne peut se faire qu'autour de dénominateurs communs et de grandes tendances qui s'expriment avec plus ou moins de force selon les cas.

Les ressemblances

Nous commencerons par exposer les ressemblances des évolutions conjointes des organisations, des professionnalités et des politiques, dans les deux institutions.

Une inspiration commune quant au changement organisationnel

Il est indiscutable que, dans les deux cas, l'ancien modèle bureaucratique et étatique du service public n'est plus crédible. Les nouvelles rationalisations qui cherchent (au moins dans les discours) à concilier efficacité économique et justice sociale sont nées justement de cet épuisement symétrique de l'ancien modèle marchand de la rentabilité et du modèle non marchand de l'État Providence.

L'École et l'Hôpital sont touchés par une série de préoccupations communes, à analyser à la fois au niveau des discours et des changements effectifs, qu'on peut grouper sous trois points :

- augmenter la productivité du travail (maîtriser les coûts, rationaliser les organisations, dégager des marges de productivité en diminuant les erreurs, les pagailles, les manières artisanales de travailler, les personnels en excédent, etc.) ;
- individualiser les prestations et augmenter leur qualité pour répondre à une demande des consommateurs-usagers plus informée, plus exigeante, plus diversifiée ;
- développer une connaissance précise et facilement disponible concernant l'état de l'organisation, ses opérations, ses stocks, ses ressources, ses flux, ses usagers. Mettre, si possible en temps réel, ces informations à disposition du niveau supérieur de l'organisation mais en principe aussi des agents de base. Le but de ce développement des descriptions informatisées est l'évaluation de l'efficacité, et par là l'accroissement de la productivité et l'individualisation des prestations.

La modernisation se déploie, comme nous l'avons dit, sous la double contradiction du néotaylorisme et de la participation, au niveau organisationnel, de l'éthique et de l'économie, au niveau politique. Elle touche de manière conjointe les organisations, les professionnalités et les politiques.

Transformer les professionnalités

Les professionnels des métiers relationnels de service public sont actuellement tous confrontés à des exigences de changement. Leurs employeurs les incitent par diverses voies (formation, culpabilisation, appel aux usagers ou contribuables) à renoncer à la référence artisanale sous laquelle étaient le plus souvent pensés ces métiers pour passer à une professionnalité managérialisée (Demailly 1998b). On peut la décrire ainsi en éducation :

- la capacité à s'inscrire dans des projets, ce qui renvoie à des techniques organisationnelles et à des techniques de mobilisation particulières ; l'obéissance et la loyauté ;
- la relation de service individualisé (constitution de l'utilisateur comme client individuel) ;
- la capacité à s'inscrire dans des réseaux et des partenariats ;
- la territorialisation des compétences, autrement dit la définition locale des problèmes à résoudre et des solutions possibles, l'accumulation locale de l'expérience ;

- l'acceptation de l'évaluation permanente aussi bien des agents que des dispositifs, appuyée sur le développement des outils statistiques et informatiques ;
- l'augmentation du temps de travail contraint et contrôlé (Demailly 1999a) ;
- la flexibilité des statuts et la précarisation de l'emploi.

En ce qui concerne l'Hôpital, la rationalisation néolibérale et les formes organisationnelles qu'elle produit depuis les années 1980 affectent le contenu même de l'activité soignante et plus généralement l'institution sanitaire. Mise en œuvre au début des années 1990, elle se traduit par des changements organisationnels néotayloriens (rationalisation des parcours de patients, centralisation de l'information, standardisation des protocoles de soins, intensification du travail, chronométrage des "soins-tâches" des soignants, sectorisation et planification des activités des différents prestataires de soins) et par des changements de type participatif qui visent à faire passer dans les faits la logique comptable et à la faire intérioriser (gestion prévisionnelle des emplois, des consommables, du taux d'occupation des lits, des examens, des procédés thérapeutiques, recentrage de l'activité des services autour de pathologies rentables définies à partir d'une démarche stratégique sur laquelle repose le projet de service médical et infirmier).

Symbolisée par la mise en place d'outils comme le Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) ou de notions comme le projet d'établissement, de service ou de département médical, la mobilisation des personnels soignants les incite par diverses voies à renoncer à la référence artisanale pour passer à une professionnalité managérialisée.

L'encadrement soignant (surveillantes de soins et surveillantes chefs) est aujourd'hui considéré comme responsable de l'opérationnalisation de la rationalisation des services impulsée par le haut encadrement (infirmière générale, directeurs d'établissement, directeur des ressources humaines). Depuis une quinzaine d'années, la totalité de ces agents a vu ses missions, le contenu de ses tâches et ses méthodes de travail transformés. Ce faisant, les équipes de direction s'élargissent aux infirmières générales, aux ingénieurs, aux médecins experts, aux chefs de services, aux surveillantes-chefs qui deviennent les acteurs de projets transversaux (en matière d'équipement et d'orientation thérapeutique) initiés par le directeur général en fonction des contraintes externes (exigences des tutelles, des agences régionales de l'hospitalisation, concurrence avec les autres établissements). Réunions, groupes de projets, formations en gestion contribuent progressivement à modifier les pratiques et les discours de ces nouveaux partenaires de la direction dont le degré d'implication et les alliances contingentes deviennent déterminants pour l'évolution de l'organisation du travail hospitalier. Ce mouvement est exactement

parallèle aux efforts faits dans l'Éducation Nationale pour impulser une "nouvelle" et homogène "culture de l'encadrement".

Quant aux chefs d'établissements publics (hospitaliers, scolaires, universitaires, et autres), il s'agirait plutôt pour eux de passer d'une professionnalité bureaucratique à une professionnalité entrepreneuriale, définie par l'autonomie et la capacité à se "positionner" sur un marché concurrentiel des services. La publicité, la transparence, la théâtralisation de l'action, le marketing, l'entretien des réseaux politiques et économiques locaux font partie de la professionnalité. Metteur en scène et acteur principal, chef d'entreprise et homme politique, le directeur est présenté comme le porteur d'une conception globale de l'activité des établissements (de soins ou d'enseignement), auxquels il doit imposer une dimension prospective dans l'activité et la coopération dans l'organisation du travail.

Politiques publiques et inégalités sociales

Autre ressemblance entre l'École et Hôpital: les deux institutions semblent se résigner dans la période récente à laisser se produire et reproduire, voire même augmenter, des inégalités sociales quant à l'accès à l'éducation ou au soin, inégalités qu'on peut mesurer par rapport à l'origine sociale des publics, mais aussi, en qui concerne l'Hôpital, aux variables régionales.

L'institution École adopte certaines réglementations de type marché, dans lequel les acteurs sont en concurrence (privé/public, bonnes Écoles/mauvaises, filières classiques/professionnelles) avec corrélativement une nécessité, pour les établissements, de se construire une clientèle. Progressivement, le mythe de l'École républicaine qui fabrique des citoyens rationnels s'efface devant l'adaptation au marché de l'emploi et à la demande des familles (Ballion 1982, Ball & van Zanten 1998). Les filières, les disciplines se voient attribuer des coefficients de prestige et d'efficacité scolaire, les établissements entretiennent des relations de concurrence afin de s'attacher les meilleurs élèves et tentent d'asseoir une réputation qui leur permette d'attirer les meilleurs publics (jeux des matières optionnelles, voyages, actions de communication auprès des "bonnes" écoles primaires, etc.).

De la même façon, au sein des établissements de soins en général, des CHU en particulier, le modèle professionnel technico-scientifique qui caractérise l'élite hospitalière se hiérarchise dans un rapport de concurrence où les déclassements sont synonymes de réduction d'activité ou de descente vers le malade "tout venant". Les médecins dont les services étaient menacés ont tenté de lutter contre cette "déviation", en réaffirmant les missions de l'Hôpital public comme centre de soins gratuits et ouverts à la population environnante (offrir des soins de première nécessité qui réclament pour des raisons économiques, psychologiques, sociales ou médicales une hospitalisation;

apprécier la gravité des cas traités et réorienter les patients vers un service plus adapté). Mais ces reproches formulés à l'encontre d'une médecine scientifique, productiviste et élitiste peuvent freiner, mais ne peuvent empêcher le regroupement des services imposé par les fractions hégémoniques des médecins hospitaliers et les gestionnaires hospitaliers. Enfin les très fortes inégalités régionales d'équipement et d'accès aux soins ne semblent pas en voie de diminuer.

Aussi, s'agissant de ces "mauvais" patients (pas "rentables" ou aux comportements indésirables) comme des mauvais élèves, l'École ou l'Hôpital n'ont pas grand-chose à proposer et se trouvent même désarmés avec ce type de clientèle. C'est le cas des lycéens et des collégiens en déshérence, ainsi que des toxicomanes, des alcooliques, des suicidaires accueillis dans les services d'urgences, parfois hospitalisés, mais sans pour autant bénéficier d'une prise en charge sociosanitaire susceptible d'atténuer le rythme des réhospitalisations successives. Le secteur de la santé mentale de même se caractérise par une exclusion des "vieux" et des "pauvres", confiés de plus en plus aux services sociaux (Demailly, Desmons, Roelandt 2000). Il n'y a alors rien d'étonnant à ce que les conclusions des récentes assises pour la santé mettent en évidence des données parfois alarmantes sur l'état sanitaire de certaines fractions de la population et évoquent sans détour le manque d'efficacité de la politique sanitaire.

Les différences

Après avoir exposé les ressemblances de la réorganisation managériale à l'École et à l'Hôpital, tant au niveau du discours (quasiment identique dans ses maîtres mots) que dans les pratiques, nous nous arrêterons sur deux différences profondes.

Une interprétation différente de l'obligation de résultats

Un point commun à l'École et à l'Hôpital est l'émergence d'une certaine "obligation de résultats" comme nouvelle prescription quant à la régulation de l'action professionnelle, sur un fond de prégnance ancienne de l'obligation de moyens. De plus, dans les deux cas, comme ailleurs, le développement récent de cette culture de la redevabilité est de tonalité techniciste. "La culture de l'évaluation promeut une technique de rationalisation de l'action organisée indépendamment du débat public sur les visées et les valeurs de celle-ci et indépendamment des spécificités professionnelles. Elle contribue à la censure du politique au sein des politiques publiques" (Demailly 1998b). Mais en fait l'obligation de résultats ne se développe pas de la même façon à l'École et à l'Hôpital.

À l'École, malgré un certain nombre de résistances, il s'agit bien d'une transformation ou d'un élargissement du cadre normatif de l'action : prendre en compte les effets de l'action éducative dans la mise en œuvre de celle-ci. Du côté des enseignants, la problématique de l'évaluation des établissements et de l'action pédagogique ne peut être séparée de celle de la qualité du service rendu et de la lutte contre l'échec scolaire. De plus, un enseignant qui admet la légitimité de l'évaluation se révolte souvent contre les formulations trop technicistes, il ne réduit pas l'évaluation à celle des résultats scolaires : il voudra penser aussi en termes de socialisation, développement de la curiosité et du jugement, équilibre personnel de l'enfant, donc efficacité par rapport à des missions sociales et culturelles de l'École etc.

Dans les CHU, d'une part, l'obligation de moyens est souvent le cadre normatif exclusif, de l'autre, la culture de la redevabilité, quand elle devient dominante, fonctionne depuis les années quatre-vingt avec une obligation de résultats déconnectée de l'efficacité sociale. La lutte contre l'échec à l'Hôpital est peu thématisée. Bien au contraire, sous le couvert de la modernité, on entretient une confusion entre rémission et guérison, entre innovations à but thérapeutique (moins nombreuses et à indication plus réduite), à but diagnostique (imagerie médicale par exemple) et les nouveaux traitements utiles à la masse des malades. Enfin, trop souvent, les discours ésotériques des médecins et le secret médical masquent l'ignorance, l'erreur ou l'incompétence, comme dans le cas des infections nosocomiales, des transfusions, etc.

Deux raisons peuvent être avancées ici à la résistance du corps médical à l'idée d'une lutte contre l'échec des soins ou à celle de qualité totale du service rendu qui viserait l'élévation du niveau de santé des populations de leur secteur.

- En premier lieu, les professionnels y verraient un signe de déprofessionnalisation (Tripiier 1998). Leur statut de professionnels (au sens nord-américain) est lié à l'obligation de moyens : avoir tout tenté pour sauver le malade. Les CHU disposent à cet égard d'un arsenal de moyens d'investigation et de traitement permettant au soignant d'éviter le sentiment de culpabilité face aux échecs éventuels. Il faut dire que l'utilisation de ces techniques est gratifiante. Face à l'urgence d'un arrêt cardiaque, la machine devient salvatrice. Faire "repartir" un patient qui en est à sa troisième crise de delirium (même si au cours des hospitalisations précédentes personne n'a eu le temps, l'énergie ou l'envie d'aborder avec lui ou son entourage "son problème d'alcoolisme") apporte des satisfactions immédiates. Certes, les échecs introduisent parfois le doute, mais la technologie doit permettre au soignant de les dépasser en affirmant encore plus sa maîtrise des techniques, telle est sa vision des choses. Dans ce contexte, l'erreur ne peut être que technique

et renvoie à un problème d'adéquation (l'image peut être plus nette, le laboratoire faire une erreur, etc.). "Tout faire pour le malade" c'est surtout "ne pas passer à côté" (du diagnostic), ce qui nécessite des moyens de plus en plus sophistiqués et coûteux développés et produits par l'industrie.

- De façon plus récente, la productivité du travail est devenue l'étalon de mesure de la performance interne des services. "La difficulté vient en réalité moins de la complexité des services que de la tendance à ne les évaluer que d'un point de vue unilatéral – celui de la valeur marchande – sans voir la contradiction croissante entre leurs valeurs d'usage et les tendances privative, élitiste, uniformisatrice, appauvrissante que recèlent les critères d'évaluation marchande et capitaliste de l'efficacité économique" (Lojkin 1996). L'étude du CERC sur "la productivité globale dans les services publics" résume fort bien l'enjeu social crucial de la distinction entre productivité apparente du travail et productivité globale, auxquelles il faudrait de plus articuler les impacts sociaux à long terme sur la population concernée par l'hospitalisation. Les économètres hospitaliers se bornent à une estimation simplifiée du coût hospitalier. La domination du discours technico-gestionnaire qui privilégie les performances intrinsèques et les gains de productivité directs, pousse à faire abstraction des autres dimensions liées aux soins, (continuité des soins, observance, confort du malade, etc.), à faire abstraction du rôle du patient et des personnels dans l'organisation et le déroulement de la prise en charge, ainsi que de l'impact social du service rendu dans cette optique. Aussi, toute politique de modernisation des services aboutit-elle à une réduction des capacités d'accueil et du nombre de soignants, avec une accélération de la rotation des patients. Pourtant les études du Service Statistique des Études et des Systèmes d'Information, les SIAM (regroupant des informations individuelles de séjours et reconstituant les parcours des patients sur six mois), les Résumés Standardisés de Sortie (recueils d'informations médicales et administratives sur les malades hospitalisés en court séjour) utilisent ce type de critères. De même, les GRAIH (groupements régionaux d'animation et d'information hospitalière articulant données hospitalières et données régionales centralisées par une Agence Nationale d'Information Médicale) pourraient contribuer à une évaluation des effets indirects et de l'impact social à long terme des actes hospitaliers. Mais la mise en place d'une telle politique ne pourrait être menée au sommet sans remettre en cause l'efficacité sociétale elle-même des dépenses publiques. La logique marchande stimule l'offre d'instruments médicaux de plus en plus lourds et spécialisés, la consommation de médicaments, d'actes médicaux et d'heures de machines augmente pour le plus grand profit du pouvoir

médical et de l'industrie en technologie médicale et en pharmacie. Les malades sont de plus en plus assistés et dépendants, la demande de soins se nourrissant de la dégradation du mode de vie que les techniques médicales ne contribuent pas à guérir. On aboutit ainsi à un divorce accompli entre utilité sociale et recherche de la rentabilité (Aglietta & Brender 1984). Cette contre-performance se mesure à l'accroissement des inégalités sociales devant la santé (Bélangier & Lévesque 1990, Fox 1988).

Si, à l'École, l'obligation de résultats a le sens d'une lutte contre l'échec, à l'Hôpital, elle a le sens d'une lutte contre le gaspillage.

La recherche du meilleur rapport qualité-prix s'est imposée aux établissements hospitaliers comme un moyen de s'affirmer sur un marché de soins. Les directeurs ont alors tenté d'optimiser le couple coût-produit : indicateurs en soins infirmiers, indicateurs de charge de travail, sous-traitance de certaines fonctions hospitalières, actions alternatives à l'hospitalisation, réseau de soins coordonnés (c'est-à-dire regroupement sous une forme conventionnelle d'un Hôpital ou une clinique, un assureur et une entreprise). Ces "innovations" introduites par la réforme de 1991 et les ordonnances de 1996 permettent d'orienter le projet médical et le projet d'établissement pour qu'ils soient compatibles avec le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS). Les autorités de tutelle n'hésitent plus à faire appel à des compétences extérieures à l'administration pour apprécier l'opportunité d'un projet hospitalier, avec pour les établissements la crainte de l'interdiction administrative d'une activité ou celle de la fermeture d'un service qui seraient jugés non rentables.

Une taylorisation et une technologisation plus poussées à l'Hôpital

Le mot de taylorisation convient mal au travail enseignant, même si les enseignants, devant l'extension de la place du "prêt à enseigner" (manuels, fiches, logiciels) et l'affinement des contrôles exercés sur leur travail, peuvent ressentir une crainte quant à la diminution de leur autonomie professionnelle. Il a là une valeur descriptive surtout métaphorique. Ce n'est pas le cas à l'Hôpital où le mot renvoie à un néotaylorisme effectif pour les activités soignantes.

Dans les CHU, les examens et les protocoles prescrivent la pratique soignante, fractionnée entre intervenants multiples qui appliquent des protocoles définis selon leurs propres normes professionnelles. Ces protocoles n'excluent pas le principe de réaction à l'urgence, mais favorisent les réponses immédiates codifiées et normalisées, comme l'observation rigoureuse de règles prescrites. D'où des soins identiques, réalisés en série pour un

même groupe de patients et un sentiment de routine dans leur exécution. L'aspect relationnel du travail hospitalier ne vient ponctuer que de façon épisodique cet ordonnancement régi par la rationalisation des transferts de machine à machine et la gestion des files d'attente. Dominée par la technologie, la vie à l'Hôpital s'organise en fonction de ces impératifs. Les pratiques de soins non technologisées sont négligées ou déclassées. Le retard voire l'archaïsme qui caractérisent le domaine de l'accueil, la vie quotidienne des malades, l'environnement général des soins, y compris la sécurité des agents, sont tout à fait révélateurs. D'une façon générale, les besoins fondamentaux de la personne humaine trouvent, pour partie, une prise en charge médicalisée, pour partie, sont minorés, voire ignorés. Accentué par la réduction des durées de séjours, ce phénomène amenuise encore "le temps relationnel" sur lequel pourtant les soignants structurent leurs discours professionnels. Certes les improvisations pour pondérer ou modifier tel aspect du protocole existent, mais le temps qui y est consacré n'est pas valorisé par l'encadrement soignant. Ce qui tient des rapports entre les hommes dans l'exercice infirmier est aujourd'hui considéré comme improductif. Au même titre que les temps de pause, la "parlotte" avec les patients est chronométrée par les surveillantes, programmée si nécessaire et insérée dans le tableau de planification des soins. Le travail de relation est parcellisé, quantifié et évalué par les ergonomes hospitaliers sous la forme d'items : salutation, présentation des soins, explication de la procédure de soins, etc. Au total l'infirmière dispose de quinze à vingt minutes par patient et par jour pour réaliser ce travail. Dans cet environnement où "parler n'est pas travailler", l'improvisation relationnelle devient clandestine (Dembinski 1999).

Conclusion, les deux différences que nous venons d'exposer peuvent être rassemblées autour d'un thème unique : la sensibilité plus grande de l'Hôpital aux normes marchandes (au sens strict et non métaphorique du terme marchand). La question qui se pose alors à nous est d'essayer de comprendre ce décalage qui s'est créé entre deux institutions qui pourtant, dans l'entre-deux-guerres, avaient été considérées comme les supports des deux piliers jumeaux de la conception républicaine de l'État et de la société française : l'instruction publique et la santé publique.

Explications des différences

Passons maintenant à l'explication de cette étonnante juxtaposition de ressemblances et de différences entre l'École et l'Hôpital quant à l'évolution du management des organisations. Les hypothèses explicatives que nous avons pu construire renvoient à la fois aux ordres anthropologiques et aux jeux d'acteurs (professionnels et profanes).

Des statuts anthropologiques différents : l'éducation est un investissement, la santé a un coût

L'enfant et le malade n'ont pas le même statut dans nos sociétés. L'enfant, lié à notre futur, est sacralisé. La maladie est souvent associée à l'idée de vieillesse (notons que l'enfant malade bénéficie de beaucoup plus de précautions, d'émotions positives et d'engagement thérapeutique que le malade ordinaire). Le malade pauvre et vieux, cumulant les handicaps symboliques, est abandonné par l'Hôpital à l'action des associations privées, caritatives ou à l'intervention sociale. Nous pourrions dire, en caricaturant, qu'il y a toujours un parent pour défendre un enfant devant l'École, quelle que soit sa classe sociale. Il n'y a pas souvent un parent pour défendre un malade devant l'Hôpital, sans même parler du cas du "fou". Il n'est pas légitime de "faire des économies" sur l'éducation, on "ne compte pas" pour "l'avenir de nos enfants" ; à l'inverse, il n'est pas légitime que les malades (qui parfois, en plus, "ont tout ce qu'il faut pour l'être", par exemple les fumeurs, les alcooliques, les obèses...) coûtent trop cher aux proches ou aux descendants. Les usagers du système de soins devraient se prendre davantage en charge.

Cette différence anthropologique se traduit dans les différences d'approche économique de l'École et de l'Hôpital. Si on met de côté leur nature d'institutions, l'École ou l'Hôpital peuvent être considérés comme des organisations de production qui reçoivent des flux d'entrée (inputs: hommes, connaissances, moyens matériels et financiers), les soumettent à des activités de transformation (processus éducatif, action de soins) en vue d'objectifs qui doivent normalement être atteints grâce au flux de sortie (élèves et patients qui quittent le système). L'économie de l'éducation peut alors appliquer les analyses classiques en matière d'investissement matériel et calculer le taux de rentabilité de la dépense. Cette démarche a été particulièrement illustrée par les auteurs anglo-saxons suivis par les Français (Schultz, Becker, Eicher, Levy-Garboua), mais traditionnellement les dépenses d'éducation restent considérées comme un investissement. L'éducation joue un rôle positif sur la production et, par là même sur les revenus qui en découlent. On peut calculer la rentabilité des dépenses d'éducation (rentabilité pour l'individu, rentabilité pour la collectivité) et la liaison entre éducation et développement économique. Celle-ci est couramment admise pour les pays développés comme pour les pays sous-développés.

L'approche économique de la santé est différente. L'Hôpital moderne français (mélange de haute technologie et d'exercice médical de plus en plus sophistiqué) public ou privé, doit sa place dans la politique et dans le système de santé à l'apparition d'une part de la notion d'assurance, d'autre part à l'édification de la Sécurité sociale bâtie sur le socle du tiers-payant, qui a largement contribué à la qualité du système de soins français. Le système de santé

et l'organisation hospitalière sont inséparables donc du régime de protection sociale qui les nourrit financièrement. Quand l'assurance-maladie, le système de protection sociale et l'État-providence connaissent des difficultés, l'Hôpital et le système de santé en subissent obligatoirement le contrecoup, l'entretien de la santé apparaît comme une dépense excessive. Dans ce contexte, les impératifs économiques ont accredité la diminution régulière de la durée de séjour, les restrictions budgétaires cycliques, le rationnement des services et des soins les moins rentables¹.

L'Hôpital est soumis à l'épuisement du capital solidarité, c'est-à-dire aux limites du coût social qu'une société est prête à payer pour avoir encore plus d'images diagnostiques, d'examen et d'interprétations. Face à cette situation, la régulation administrative s'est révélée insuffisante et une régulation économique fondée sur la maîtrise médicalisée quantitative et qualitative des coûts est apparue indispensable. Le chemin choisi par les décideurs publics est pour cela celui d'une plus grande autonomie des établissements, tout en réprimant de façon bureaucratique les dérives du libéralisme hospitalier, en colmatant les insuffisances trop voyantes, en sauvegardant les apparences avec des incantations rituelles sur l'humanisation, le droit des patients, le rôle des soignants, le progrès des sciences médicales et des techniques, les alternatives à l'hospitalisation.

Des jeux d'acteurs différents : l'univers professionnel de l'École est moins hiérarchisé, moins segmenté, plus solidaire

Qu'en est-il de la capacité des organisations professionnelles, sans rester fixées à une nostalgie pour des formes bureaucratiques dépassées, à combattre avec succès les dérives du modèle néolibéral, tout en contribuant à l'invention de nouvelles formes de régulation démocratiques et citoyennes ? Là aussi École et Hôpital diffèrent quant à la capacité de leurs acteurs à maintenir ou développer des logiques citoyennes dans les politiques publiques d'éducation et de santé.

Les résistances des personnels soignants à l'Hôpital sont faibles. Il suffit de constater les succès de la carte sanitaire, de la réduction parfois drastique des lits dans les hôpitaux, de la diminution du personnel, de la précarisation des emplois, avec la recherche de rendement à court terme dans tous les

1. En France, le rapport des dépenses de santé au PNB dépasse les 6% et augmente plus vite que lui. Les dépenses hospitalières correspondent à la moitié environ des dépenses globales de santé. Deux millions de personnes travaillent dans le secteur de la santé (9% de la population active occupée). Un million de personnes travaille à l'Hôpital dont une sur deux a une profession de santé (320 000 infirmières en 1995 dont 16% en libéral). 93% des soins de long séjour se font à l'Hôpital. Entre 1984 et 1994, 40 000 lits ont été supprimés.

services et ce, malgré la contreproductivité de la marchandisation techniciste de la santé.

Cette faiblesse des résistances provient de ce que les enjeux pour les professionnels dépassent l'opposition entre standardisation-spécialisation et polyvalence artisanale pour concerner la logique économique elle-même qui innerve ces différentes organisations du travail (Lojkine 1996). On peut légitimement douter qu'une action purement défensive ou corporative des organisations de professionnels sur leurs conditions de travail (infirmières, médecins, internes, enseignants et étudiants) puisse à elle seule faire reculer ou échouer ce mouvement de fond de rentabilisation du service public. Les syndicats n'ont pas encore proposé une alternative d'ensemble crédible aux yeux de l'opinion publique et des décideurs en termes d'efficacité (efficacité qui devrait dépasser les limites tant de la logique bureaucratique de l'État Providence que de la logique néolibérale actuelle). Restent quelques alternatives marginales (comme les unités de soins palliatifs) pour lesquelles il faut s'interroger sur les raisons qui les ont amenées à être mises en place et les conditions, souvent liées à des engagements militants individuels, qui les ont favorisées.

La réorganisation managériale de l'Hôpital est légèrement plus ancienne mais surtout plus rapide que celle de l'École, car non seulement elle n'a pas rencontré de résistances fortes ni de contre-projet, mais elle s'est inscrite dans une culture émergeant chez les infirmières cadres (de la surveillante contre-maître à l'infirmière générale adjointe du directeur d'établissement), élite du corps. Le choc a été si violent pour les soignants de base et les autres personnels hospitaliers qu'ils ont sombré dans la résignation: la durée de vie professionnelle moyenne des infirmières est repassée à dix ans. La réorganisation managériale a aussi joué des concurrences au sein de groupes professionnels fragmentés et hiérarchisés, notamment les médecins, et a été favorisée par les appétits de puissance des grands patrons hégémoniques qui trouvaient là des ouvertures stratégiques favorables à leurs intérêts, au moins immédiats.

Certes, les résistances existent: la multiplication des mouvements sociaux depuis les années 1980 chez les personnels de santé traditionnellement peu engagés sur le front social est à cet égard exemplaire. Au-delà des formes originales qu'elles ont pu prendre, ces actions collectives traduisent une évolution des pratiques sociales qui jusque-là valorisaient le service et l'engagement vocationnel au détriment de l'engagement politique et de toute action collective. Les infirmières ont démontré lors de ces mouvements une prise de conscience par rapport à un environnement professionnel plus global. Au-delà même des revendications matérielles ou des frustrations liées au statut, ces mouvements soulèvent la question du système de valeur qui fonde la légitimité de leur pratique et leur utilité sociale.

Par comparaison, l'École présente un aspect beaucoup plus unifié : une seule catégorie de professionnels de première ligne, les enseignants, qui prennent en charge la quasi-totalité de la pratique éducative (même si quelques personnels en assument leur part), alors qu'à l'Hôpital, la pratique soignante est divisée entre médecins, infirmières, aides-soignantes, étudiants et techniciens. Un groupe professionnel beaucoup plus uni, malgré ses divisions syndicales, que chacun des groupes professionnels exerçant à l'Hôpital. La faible division du travail et la solidarité professionnelle aident ainsi le corps enseignant à garder une certaine maîtrise des évolutions et à éviter les dérives néolibérales brutales.

Enfin, les enseignants sont aidés par les usagers, depuis longtemps organisés en associations. Même si leur intervention peut être socialement ambiguë et teintée de consumérisme, les parents empêchent la fermeture des classes de l'École élémentaire, des écoles rurales, dénoncent les locaux vétustes, le manque d'enseignants et le manque de moyens... Dans le même sens, les habitants d'une commune rurale en France viennent d'obtenir la réouverture d'une gare que la SNCF, anciennement service public, venait de fermer pour satisfaire aux normes de la rationalité marchande qui lui sont maintenant imposées.

En parallèle, l'Hôpital pendant très longtemps, n'a connu aucune action collective de ses usagers, seulement le consumérisme individuel revendicatif de quelques membres des classes populaires (dans le cadre d'une mentalité d'assistance) et le consumérisme discret des membres des classes supérieures qui savent choisir les bons médecins et les bonnes solutions. La situation est peut-être en train de changer. La thématique de lutte contre l'échec à l'Hôpital est émergente dans le cadre du droit des usagers et des associations de malades (alcooliques, diabétiques, hémophiles, myopathes, handicapés, malades du Sida, du cancer). Ces groupes sont de plus en plus nombreux et actifs : parfois réunis en fédérations, ils tendent à devenir des partenaires des pouvoirs publics pour les problèmes de santé. De nombreuses associations se sont institutionnalisées, avec des services sociaux, juridiques et parfois financiers. Le Sida réactualise la dimension collective de la maladie et a aussi mis en évidence les limites d'un système médical exclusivement centré sur l'intervention technique ; grâce aux associations, il y a eu dans ce cas une remise en cause la relation médecin/malade, l'émergence d'un droit des personnes atteintes, dans le cadre de la recherche, de la prévention et de la participation au pouvoir de décisions (Herzlich & Pierret 1988).

Conclusion

Nous avons montré que l'évolution de l'École et de l'Hôpital était soumise au processus de rationalisation économique qui affecte l'ensemble des organisations productives de biens et de service, caractérisée par le contradictoire développement du management participatif et d'éléments de néotaylorisation; qu'elle était d'autre part soumise à la nécessité, propre aux institutions qui traitent de l'humain dans le cadre de politiques publiques, de s'inscrire dans des orientations sociopolitiques, qui investissent la pratique des professionnels. D'où une double tension pour les organisations, les politiques et les professionnalités: participation/néotaylorisme, économie/politique.

L'examen de la mise en œuvre de la réorganisation managériale dans les deux institutions montre une forte similitude tant au niveau des discours et modèles qu'au niveau des mises en œuvre concrètes dans les organisations et les pratiques.

Au-delà de ressemblances manifestes dans les deux processus, l'Hôpital semble plus soumis aux normes marchandes. Cette particularité est à la fois à référer au statut anthropologique différent de l'enfant et du malade dans notre société, et à des jeux d'acteurs différents: l'Hôpital se caractérise par une plus grande fragmentation de ses professionnels et une moindre capacité d'intervention de ses usagers.

La différence de vitesse ou de nature entre la réorganisation managériale à l'École et à l'Hôpital peut donner lieu à deux scénari prospectifs différents.

Premier scénario. L'École rattraperait son "retard" sur l'Hôpital en termes de rationalisation marchande, car celle-ci, dans le cadre de la globalisation des échanges, serait irrésistible. L'École connaîtrait donc aussi bientôt, sur le modèle de l'Hôpital, une maîtrise accrue des coûts, l'élimination des établissements non performants, la réduction du nombre d'enseignants au profit de technologies éducatives, la précarisation du travail enseignant, une division du travail accrue dans les établissements scolaires et entre les établissements scolaires.

Deuxième scénario. En matière de soin, la rationalité économique finirait par démontrer son caractère limité par rapport à la rationalité sociale globale, parce que se mettrait en lumière le caractère insupportable de certains effets pervers au sein des politiques sanitaires néolibérales. Cette mise en lumière serait favorisée par les professionnels, dénonçant les tensions éthiques accrues, et par les usagers qui se constitueraient en acteurs collectifs. Leur mobilisation et leur capacité à formuler un projet alternatif redonneraient une place à la réflexion politique et éthique dans la gestion de l'Hôpital public, et une place à l'éthique au cœur de la pratique de soins.

Ce que nous retenons finalement de cette comparaison, c'est le rôle décisif des acteurs collectifs, professionnels et usagers, dans le fonctionnement futur de ces grandes institutions qui "nous veulent du bien".

Bibliographie

- ABALLEA F., BRAEM S. 1998 "Identités et registre de légitimité : le cas des techniciens-conseil des CAF en France", XIVe congrès mondial de sociologie, Montréal, juillet
- AGLIETTA M., BRENDER A. 1984 *Les métamorphoses de la société salariale*, Paris, Calman-Lévy
- BALL S., van ZANTEN A. 1998 "Logiques de marché et éthiques contextualisées dans les systèmes scolaires français et britannique", *Éducation et sociétés* n1. 47-71
- BALLION R. 1982 *Les consommateurs d'École*, Paris, Stock
- BELANGER P. R., LEVESQUE B. 1990 "Le système de santé et de services sociaux au Québec", *Sociologie du travail*, 2/1990, 237
- BINST M. 1990 *Du mandarin au manager hospitalier*, Paris, L'Harmattan
- BONNICI B. 1998 *L'Hôpital, enjeux politiques et réalités économiques*, Paris, La documentation française
- BOURDONCLE R., DEMAÏLLY L. 1998 *Les professions de l'éducation et de la formation*, Lille, Les Presses Universitaires du Septentrion, 483p
- CERC 1992 *La productivité globale dans les services publics*, Paris, La Documentation Française
- COURPASSON D. 1997 "Régulation et gouvernement des organisations. Pour une sociologie de l'action managériale", *Sociologie du travail* 1/39-61
- DEMAÏLLY L. 1991 *Le collège : crise, mythes et métiers*, Lille, Presses universitaires de Lille, 373p
- DEMAÏLLY L. 1998a "La restructuration des rapports de travail dans les métiers relationnels", *Travail et emploi*, n76, 3-14
- DEMAÏLLY L. 1998b Évaluation, éthiques professionnelles et cadre normatif, in Thoenig J.-C. & Perret B., dir, *L'évaluation en développement 1997*, Paris, Conseil Scientifique de l'évaluation
- DEMAÏLLY L. 1999a "Conflits autour de l'usage du temps dans les métiers à double régulation temporelle: le cas des enseignants", *Sociologica del Lavoro*, Bologne, Italie
- DEMAÏLLY L. 1999b "Les métiers relationnels de service public: approche gestionnaire/approche politique", *Lien social et politiques*, avril
- DEMAÏLLY L., DESMONS P., ROELANDT J.-L. 2000 Usagers et mésusagers en santé mentale, in Schweyer F. & Cresson G., coord, *La place de l'utilisateur dans les systèmes de soin*, Rennes, ENSP
- DEMBINSKI O. 1999 *L'organisation du travail hospitalier, le point de vue de ceux qui vivent l'Hôpital*, thèse de doctorat en sociologie, Université de Lille I
- FRANKFORT I., OSTY F., SAINSAULIEU R., UHADE M. 1995 *Les mondes sociaux de l'entreprise*, Paris, Desclée de Brouwer
- FOX A.-J. 1988 *Inequalities in health within Europe*, Aldershot, Gower Press

- GOFFMAN E. 1968 *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, éd. de Minuit
- HERZLICH C., PIERRET C. 1988 "Une maladie dans l'espace public. Le sida dans six quotidiens français", *Annales ESC*, sept-oct., 1109-1134
- HUGHES E. C. 1996 *Le regard sociologique*, Essais choisis, textes rassemblés et présentés par Chapoulie J.-M., Paris, EHESS
- JOBERT B. 1994 *Le tournant néo-libéral en Europe*, Paris, L'Harmattan
- JOBERT B & MULLER P. 1985 *Les référentiels de l'action publique*, Paris, PUF
- LOJKINE J., avec la collaboration de DELACROIX R., DEMBINSKI O., LE DANTEC E., LEVY C., ROCHEFORT T. 1996 *Le tabou de la gestion. La culture syndicale entre contestation et proposition*, Paris, Les Éditions de l'Atelier-Les Éditions Ouvrières
- OGIEN A. 1995 *L'esprit gestionnaire, une analyse de l'air du temps*, Paris, EHESS
- PASSERON JC 1991 *Le raisonnement sociologique*, Paris, Nathan
- TRIPPIER P. 1998 De l'éthique puritaine au voleur professionnel, in BOURDONCLE R. & DEMAILLY L. *Les professions de l'éducation et de la formation*, Lille, Les Presses Universitaires du Septentrion, 483p
- WARIN P. 1998 "La citoyenneté de guichet. Éléments de définition et discussion", colloque de l'IFSA *Le service public et le lien social*, Lille, 23-24 octobre
- WELLER J.-M. 1998 "La modernisation des services publics par l'usager: une revue de la littérature (1986-1996)", *Sociologie du travail* n3, 365-392