

## L'HÔPITAL ET LE LYCÉE

Yves GRELLIER\*

*Sommaire. De nombreuses ressemblances existent entre la structure et le fonctionnement d'un établissement scolaire et ceux d'un établissement hospitalier, les deux organismes répondant à des besoins sociaux essentiels qui échappent en partie à la logique commerciale. On peut en raison de ces ressemblances, comparer utilement le rôle et les fonctions de la Direction dans les deux types d'établissement.*

*Des différences importantes apparaissent qui résultent principalement d'une moindre professionnalité, d'une moindre technicité des proviseurs et des enseignants. Mais c'est au niveau de la responsabilité du chef d'établissement que la distinction est la plus forte.*

*De plus en plus la responsabilité personnelle des chefs d'établissement scolaire (qui sont presque toujours des pédagogues, alors que le chef d'établissement hospitalier est le plus souvent un administrateur) est engagée vis-à-vis de l'intérieur comme de l'extérieur de l'établissement scolaire (parents d'élèves, élus locaux, professeurs dans le cadre d'un projet, etc.), ce qui donne à réfléchir sur la singularité de leur fonction et donc de leur formation.*

*Summary. The structure and running of a secondary school and a hospital present many similarities, both organizations meeting basic social needs that are partly beyond business logic. Owing to these similarities, the role and duties of management in the two types of establishment can be interestingly compared.*

*Important differences appear, mainly resulting from a lesser professionalism and technical skill of headmasters and teachers. But the distinction is most obvious as regards the headmaster's responsibility.*

*The personal responsibility of headmasters (most of whom are former teachers, whereas hospital managers are more often administrators) is committed inside as well as outside the school (pupils' parents, local councillors, teachers involved in a project, etc.), which makes one wonder about the singularity of their position, hence of their training.*

---

\* Yves Grellier est directeur du CRDP d'Orléans.

L'évolution rapide des publics scolaires, celle de la place du système scolaire dans l'économie et la société, amènent souvent à poser la question de l'efficacité ou des performances de l'école. Cette interrogation conduit – comme dans le monde de l'entreprise – à une autre question : celle de l'efficacité des agents, des personnes. D'où le thème actuel du professionnalisme. Partout, on vise à mieux professionnaliser. Les grands groupes industriels recherchent une identité malmenée à travers une redéfinition de leurs « métiers de base ». L'Université crée des IUP. Le ministère de l'Éducation nationale hésite sur la forme à donner à une épreuve professionnelle partie intégrante des concours de recrutement des enseignants.

Un établissement scolaire peut ainsi être décrit comme un lieu d'activité d'une collection de professionnels de la pédagogie. La recherche d'une amélioration de leur efficacité collective passe par une meilleure connaissance de « l'effet établissement », domaine de prédilection d'une série de travaux sociologiques récents.

Le sens commun – celui des parents d'élèves ou de la plupart des politiques – à la recherche d'une clef simple ou, parfois, d'un bouc émissaire, met en avant la fonction de chef d'établissement. Dans les lycées et collèges (1), on s'adresse de plus en plus au proviseur ou au principal comme à un véritable patron. Les uns pour lui demander de modifier telle ou telle pratique de professeur, d'autres pour l'ériger en maître-d'œuvre d'un projet d'établissement centré sur son activité essentielle, c'est-à-dire pédagogique. Quels sont les rapports entre l'administration d'un établissement scolaire et les professeurs qui y exercent ? La direction est-elle effectivement en mesure de diriger ?

L'ambition n'est évidemment pas de répondre ici à des questions aussi vastes. Mon propos est plus modeste. Il consiste à comparer l'établissement scolaire avec un autre type d'établissement, distributeur comme lui de service public et où, de façon similaire, des administratifs chargés d'appliquer une politique et de gérer des ressources, rencontrent des professionnels.

Certes, le raisonnement analogique a ses limites et ses dangers. La comparaison est cependant un exercice de la raison. Elle permet, le cas échéant, de considérer comme représentation particulière d'une forme

---

(1) Le champ sera limité ici à l'enseignement secondaire qui s'inscrit par tradition remontant à l'Université impériale dans une logique d'« unité commandée ». Ce qui n'est le cas ni du primaire ni du supérieur.

plus générale, ce que l'on pouvait percevoir comme caractère singulier et donc de mieux comprendre la réalité observée.

Existe-t-il une organisation comparable à l'établissement scolaire ? Une organisation missionnée pour répondre à un intérêt général, dont les services soient donc gratuits ou presque pour les usagers, dont le financement est donc assuré autrement que par la seule rémunération directe et individualisée de la prestation ? Une telle organisation existe : l'hôpital.

Postulant l'utilité d'une comparaison pour la compréhension de l'objet étudié – en l'occurrence la fonction de direction dans un établissement scolaire – je me livrerai, dans les pages qui suivent, à une comparaison la plus systématique possible de deux réalités – celle d'un établissement scolaire ordinaire, de type lycée, et celle d'un établissement hospitalier que j'ai eu l'occasion d'observer de près (2) et qui présente la caractéristique d'être un établissement psychiatrique de droit privé participant au service public. Implanté dans la région parisienne, il est géré par une mutuelle que j'appellerai ici l'Association et sera dénommé la Pépinière.

## PREMIÈRE PARTIE : CHOSSES VUES

### 1. DESCRIPTION DES ÉTABLISSEMENTS

#### 1.1. Les organigrammes centraux

##### 1.1.1. *L'équipe de direction*

Les documents de présentation de la Pépinière comptent dans l'équipe de direction, le directeur général, le directeur-adjoint médecin coordonnateur, le directeur-adjoint chargé des services économiques et financiers, l'adjoint au directeur chargé des ressources humaines, poste récemment créé, et l'infirmier général. S'y ajoutent les trois médecins chefs des différents sites, puisque la Pépinière comporte deux implantations annexes, l'une à Paris, l'autre à Rueil.

Cette équipe complète se réunit une fois par mois. Mais chaque site connaît une réunion hebdomadaire d'encadrement. Si l'on s'en tient au noyau dur, il comprend :

---

(2) Lors d'un stage de formation aux fonctions d'IPR-IA.

- le directeur général ;
- le médecin coordonnateur ;
- le directeur adjoint chargé de « l'intendance » et que tout le monde appelle d'ailleurs l'intendant.

Ces trois postes-là sont les seuls à être dénommés postes de directeurs, général ou adjoint.

Dans un lycée (3), on a le même trio de tête :

- le proviseur ;
- le proviseur adjoint ;
- le gestionnaire souvent agent comptable.

Lorsque le proviseur-adjoint était appelé, il y a peu, « censeur des études », le fonctionnement pédagogique était clairement sa priorité. Cette orientation demeure puisque le décret du 30 août 1985 signale que le chef d'établissement est secondé par un adjoint pour ses tâches administratives et pédagogiques et par le gestionnaire pour ses tâches de gestion matérielle.

C'est cependant bien une différence : le « premier » adjoint du directeur général est en lycée un administratif ; il est médecin à la Pépinière.

La professionnalité des médecins a donc une place explicite dans le trio de direction. Mais il est une autre différence qui est à l'inverse de la première : le directeur hospitalier est un administratif, le plus souvent formé comme tel. Alors que le proviseur est un ancien enseignant, dans la très grande majorité des cas, et il tient beaucoup à cette origine. D'autre part, sa fonction de direction n'est jamais, dans sa vie professionnelle, la première. On peut se former, en formation initiale, à être directeur d'hôpital. On ne peut qu'être promu, après un minimum d'ancienneté, dans des fonctions provisoires.

Il y a là une différence importante. L'hôpital insiste plus que le lycée sur une professionnalité de directeur, distincte de la professionnalité des « acteurs essentiels » que sont les médecins ou les professeurs. Au lycée, c'est plus une sorte de légitimité qui est recherchée pour assurer la fonction de directeur.

---

(3) Il est entendu que le lycée est pris ici comme exemple. On aurait pu dire exactement la même chose sur un gros collège ou un LP.

L'équipe de direction de la Pépinière comprend l'infirmier chef. Comme me l'a dit en souriant le directeur général, « c'est un peu notre conseiller principal d'éducation », le responsable des responsables des infirmiers et infirmières, lesquelles s'appellent précisément surveillantes générales.

Il y a dans les deux structures présence d'un corps qui a conscience de ne pas être au cœur de l'acte essentiel (médical ou pédagogique), et qui cependant ne se définit ni comme un administratif ni comme un service annexe.

Enfin, différence capitale, l'équipe de direction de la Pépinière, telle que je l'ai vue réunie, rassemble autant de médecins (quatre) que de non médecins (quatre) en incluant dans ces derniers l'infirmier général, du coup un peu isolé dans l'unicité de son statut, à côté des quatre médecins-chefs et des trois administratifs.

Dans une équipe de direction de lycée, il n'y a aucun enseignant. Au mieux des anciens enseignants.

### 1.1.2. *Les instances institutionnelles*

La Pépinière est ici atypique. Les établissements hospitaliers, établissements publics de droit commun, ont un conseil d'administration présidé de droit par le maire de la commune d'implantation, ou par un représentant de l'État. Ils ont donc leur autonomie financière et jouissent de la personnalité juridique.

La Pépinière est une unité organisationnelle sans réalité juridique ni financière. Au plan juridique, la seule personne est l'Association administrée par son C.A. Au plan financier, les DASS ne connaissent que les établissements implantés sur leur territoire.

En l'occurrence, la Pépinière traite donc avec trois DASS : celle des Yvelines, des Hauts-de-Seine et de Paris, avec trois budgets totalement distincts, bien qu'intégrés dans le budget général de l'Association.

Il s'ensuit que le directeur, n'étant pas le directeur d'un établissement autonome, n'est pas l'ordonnateur de ses dépenses ; il est plus une sorte de super-chef de service qu'un « patron ».

La figure est inversée pour le chef d'établissement scolaire, puisqu'il est ordonnateur des dépenses et cumule trois fonctions : représentant de l'État et donc garant de l'application des dispositions nationales, président du Conseil d'Administration et exécutif de ce conseil.

Il faut ajouter que le directeur de la Pépinière est soumis à deux autres instances. D'abord la commission consultative de gestion et de surveillance, qui rassemble des représentants de l'Association propriétaire, de la CRAMIF (Caisse régionale d'assurance maladie) de la Préfecture, de la DASS, le tout en trois exemplaires, un par établissement. L'autre instance est la Commission Médicale Consultative, obligatoire dans les hôpitaux publics. Cette commission a un pouvoir important puisqu'elle doit approuver le budget annuel : le pouvoir propre des médecins est reconnu, organisé. L'Association n'était pas tenue de mettre cette instance en place, puisqu'il n'y a pas de budget autonome. Mais elle a mis une CMC en place, avec un médecin président élu par ses pairs.

Enfin, les effectifs de la Pépinière sont tels qu'il existe des délégués syndicaux, des délégués du personnel, régulièrement réunis dans chaque établissement, et un Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail en fonctionnement réel.

C'est dire que la direction passe une grande partie de son temps et de son énergie en rencontres, réunions, concertations. Le proviseur moyen se contente d'expédier les actes administratifs à ses autorités de contrôle, lesquelles, il faut bien le constater, exercent un suivi très lointain, très lâche, sur la conduite de l'établissement.

## 1.2. Le fonctionnement

Je me limiterai ici à quelques remarques.

1.2.1. L'extrême centralisation de l'Association fait que la direction de la Pépinière n'a guère d'autonomie. Par exemple, il faut en référer à l'échelon national pour acheter une machine à traitement de texte — laquelle tarde d'autant plus à venir que l'Association met en place un système informatique unique à date arrêtée. D'ici là, rien ne bouge. Résultat : un sous-équipement assez surprenant en matériels modernes. Les admissions et les fiches d'activité des établissements sont établies manuellement.

Sur ce point, l'autonomie d'un lycée est beaucoup plus grande que celle de la Pépinière. Mais celle-ci est un cas d'espèce. L'hôpital public se rapproche de l'établissement scolaire.

Mais la crainte est la même : celle de voir les grands systèmes informatiques, les applications nationales (tels EPP, AGORA... au ministère de l'Éducation nationale) ligoter les autonomies locales.

### 1.2.2. *Différence et ressemblance dans le « traitement » des élèves et des malades*

Ressemblance. Il faut savoir où l'on va affecter la personne. Dans quelle classe ? En fonction de son âge, de sa scolarité antérieure, de son projet d'avenir. Dans quel service ? En fonction du diagnostic établi par le médecin-traitant ou à l'arrivée du malade en consultation.

Bref, dans les deux cas, on a une phase d'orientation, en principe en fonction des seuls intérêts de la personne. En fait, il y a des structures stables qui ont un coût et qu'il faut bien utiliser ...

Différence. Le lycée compte plutôt en termes de stocks : tant d'élèves inscrits, tant d'heures dans la dotation horaire globale, tant de profs... L'analyse en termes de suivi de cohorte, ou même, de suivi personnel, tarde à venir. L'hôpital calcule ses malades en termes de « file active », en flux permanents, même si l'on tient compte, bien sûr, du pourcentage moyen d'occupation des lits.

Cette différence d'approche est liée à une différence de temps : contraint, mesuré, découpé à l'avance au lycée qui y inscrit collectivement ses élèves. Le temps est souvent imprévisible, variable selon la situation de chaque malade que l'hôpital traite individuellement.

1.2.3. L'enseignant qui observe le fonctionnement hospitalier – du moins dans l'exemple ici rapporté – est étonné par le nombre de réunions en tout genre. J'y ai insisté déjà en ce qui concerne la direction.

Les autres personnels (4), principalement les personnels médicaux et soignants, se réunissent très fréquemment. Les médecins se rencontrent une fois par semaine. L'équipe pluridisciplinaire du centre de soins ou du pavillon se réunit quotidiennement : médecin, infirmiers, ergothérapeute, sociothérapeute, psychologue, kiné... Il est vrai que la multiplicité des intervenants sur un même patient oblige à cette concertation. On pourrait faire le même raisonnement pour les profs. Et cependant les profs détestent la « réunionnite » et travaillent avec une même classe de façon juxtaposée, non concertée. La seule rencontre institutionnelle, le conseil de classe, n'est même plus obligatoire, paradoxalement, depuis la création de l'ISO (indemnité de suivi et d'orientation) que touche le prof même s'il ne participe pas au conseil. Le président du Conseil de classe

---

(4) Et pas seulement les personnels : les patients des services ou pavillons ont leurs délégués – comme les élèves ont les leurs.

est apprécié par la majorité des profs en fonction de la brièveté de la réunion. Pour tout dire, les enseignants, plus dans le secondaire que dans le primaire, exercent leur métier de façon infiniment plus individualiste que les personnels médicaux et soignants dans un hôpital.

## 2. LES PROJETS D'ÉTABLISSEMENT

La loi du 31 juillet 1991 impose à l'hôpital d'élaborer son projet comme celle du 10 juillet 1989 l'impose au lycée. Motivations et objectifs sont les mêmes, et le cœur du projet est (ou devrait être) médical d'un côté, pédagogique de l'autre.

Dans les deux cas, la difficulté est la même. La direction, chargée d'élaborer un projet puis d'en suivre l'application, se heurte à la question de l'évaluation des « acteurs essentiels » : qui êtes-vous, disent ceux-ci, pour juger notre pratique ? Tout cela – ajoutent-ils – n'est que la rationalisation d'une gestion de la pénurie. L'administration est au-dessous de ce qu'elle devrait être comme pourvoyeuse de moyens. Elle est illégitime en tant qu'évaluatrice des résultats. Et pourtant force est de constater qu'un cadre commun élaboré ou au moins reconnu par les acteurs locaux, est d'autant plus nécessaire quand dans les deux mondes de la santé et de l'école, la tendance est identique à donner aux établissements et à leurs personnels des missions de plus en plus nombreuses et ouvertes. Pour l'un la formation continue, l'orientation, l'insertion professionnelle sont venues s'ajouter à la formation initiale. Pour l'autre la prévention, la réadaptation, la réinsertion sociale doivent accompagner les services de soins *stricto sensu*. Le risque est grand de ne plus savoir où commencent ni où s'arrêtent les domaines de responsabilité.

De façon complémentaire, une autre tendance commune est de déspecialiser les établissements. Les organisations particulières, les structures « adaptées », les filières distinctes sont abandonnées au profit d'établissements uniques et polyvalents qui, au lieu d'affirmer leur spécificité, proclament la centralité de l'élève ou du malade.

Là où le schéma traditionnel mettait en scène le médecin traitant la maladie d'une part, l'enseignant traitant son programme disciplinaire d'autre part, on évolue vers un même cas de figure où la « personne en évolution » (élève, malade) jouerait le premier rôle, l'important étant la mesure ou l'évaluation de cette évolution. Dès lors l'institution, l'établissement scolaire ou hospitalier, devient beaucoup plus important comme lieu de cette évolution et comme acteur collectif de cette évaluation. Dans

cette perspective, le chef d'établissement a une fonction beaucoup plus importante que dans le fonctionnement traditionnel où son rôle est de simple gestion des moyens.

Par ailleurs, les contraintes de fonctionnement sont similaires pour les deux types d'établissement. Je ne peux ici qu'énumérer les principales, arsenal surabondant et complexe de textes normatifs (cf. BOEN et BOSP\*), Sectorisation géographique, du moins pour le service public : car la concurrence privé-public existe de part et d'autre. Budgets soumis à la même règle de la dotation annuelle globale depuis une dizaine d'années.

Dans le cas de la Pépinière très nettement, l'établissement est soumis au double contrôle des DASS et de l'Association, comme le lycée dépend à la fois du Rectorat et de la Région de façon certes asymétrique.

En bref les points de comparaison ne manquent pas. On pourrait aussi mettre en parallèle la réforme des études infirmières et celle de la formation initiale des enseignants, la montée de la formation continue et ses modalités, ou encore la gestion des personnels. La Pépinière recrute, mais sur postes affectés. L'Association s'interdit de licencier. Comme dans l'Education nationale, la promotion d'emploi est rarissime. Si bien que la notation des personnels, lourde et coûteuse, est très largement vaine.

Puisque les similitudes entre hôpital et lycée sont nombreuses, on peut chercher à ranger les deux organisations dans une même catégorie qui nous éclairera peut-être dans l'analyse de l'instance de direction.

## SECONDE PARTIE : DIRIGER DES PROFESSIONNELS

### 1. BUREAUCRATIES PROFESSIONNELLES

H. Mintzberg (*Structure et dynamisme des organisations*, 1982) propose une grille d'analyse des organisations que je me contente de résumer ici (5).

---

\* Bulletin officiel de la Santé publique.

(5) Cf. Denis BAYART : Le lycée polyvalent, organisation et gestion - in *Le fonctionnement des lycées : Étude de cas - Dossiers de la DEP (MEN) n° 10*, avril 1991.

Instance dominante de l'organisation	Mode de coordination du travail	Type d'organisation	Exemple
Sommet stratégique	Supervision directe	Structure simple	Petite entreprise
Technostructure	Standardisation des procédés de travail	Bureaucratie mécaniste	Grande entreprise industrielle
Ligne hiérarchique	Standardisation des résultats	Forme divisionnalisée	Grande entreprise de services
Centre opérationnel	Standardisation des qualifications	Bureaucratie professionnelle	Hôpital
Logistique	Ajustement mutuel entre individus ou entre groupes	Adhocratie	NASA

La bureaucratie professionnelle est le type auquel se rattachent les établissements hospitaliers comme les établissements scolaires.

Le sommet hiérarchique y est faible numériquement. En outre, il n'a généralement pas (hôpital) ou plus (lycée) de légitimité professionnelle à juger et à superviser l'activité de ceux que j'ai appelés les acteurs essentiels.

Du coup, il n'y a pas de ligne hiérarchique entre ce sommet stratégique quelque peu croupon et le centre opérationnel. De ce point de vue, le lycée français présente une situation particulièrement « pure ». Le chef d'établissement n'a pas d'autorité légitime en matière pédagogique, puisqu'il y a une inspection pour cela. On verra plus loin que par compensation, on lui donne d'autres grains à moudre, beaucoup plus que dans les pays où, pédagogue parmi les pédagogues, *primus inter pares*, il a moins de tâches de gestion et où, précisément, existe une ébauche de ligne hiérarchique : les écoles anglaises ont leurs « seniors teachers » membres de l'équipe de direction, aux USA les « chiefs of department » font partie du staff, en Italie les « collaboratori del presidente » sont des professeurs élus (deux à quatre par établissement) pour coopérer avec la direction, au Japon les « shunins » sont partiellement déchargés de cours pour remplir des tâches particulières à la demande des partenaires de la direction. Ces situations correspondent assez bien à celles des médecins-

chefs de service des hôpitaux, à la fois praticiens et coordinateurs disposant d'autorité professionnelle sur leurs confrères.

La direction, sans ligne hiérarchique, est d'autant plus isolée qu'elle ne dispose pas non plus de technostructure. À cet égard, le service d'évaluation mis en place à la Pépinière est une sorte d'embryon de technostructure, vécu comme tel par les médecins qui y voient donc une certaine menace pour leur liberté individuelle.

Dans le fonctionnement habituel de l'établissement scolaire, la technostructure est inutile puisque les enseignants définissent eux-mêmes leurs méthodes de travail : c'est la sacro-sainte liberté pédagogique de l'enseignant, héritage du *magister ex cathedra*.

On pourrait, pour rester dans le schéma de Mintzberg, dire que les médecins hospitaliers sont eux-mêmes leur propre technostructure car ils échangent sur leurs pratiques, se communiquent leurs résultats, se réunissent très fréquemment dans et hors l'hôpital. Ce que ne font pas les enseignants. Dans les deux cas, on est bien en présence de personnels très autonomes dans l'exercice de leur travail, très qualifiés, très professionnels, dont les tâches sont par nature impossibles à standardiser, dont les résultats individuels sont très difficilement évaluables (beaucoup plus difficilement que les résultats collectifs), et dont la légitimité repose sur une certification *ex ante* : standardisation des qualifications dans une organisation où le centre opérationnel est le plus prestigieux, car l'administration, dans les deux cas, n'est pas perçue comme une direction par les acteurs essentiels. Un professeur, un médecin, un pharmacien hospitalier, ne parlent jamais de la direction, mais de l'administration. *Ad moneo*. Je reste à côté. De côté. Il ne faut pas pousser beaucoup certains pour s'entendre dire que l'administration, c'est ce qui empêche de travailler correctement...

Car c'est elle qui rappelle la règle, le minimum de standards communs élaborés à l'extérieur de l'établissement (c'est ce qui distingue la bureaucratie professionnelle de la bureaucratie mécaniste qui élabore elle-même ses standards – fonction de la technostructure dont ne dispose justement pas la bureaucratie professionnelle) : dates, lieux, imprimés, procédures..., bref tout ce qui paraît insupportable à des acteurs autonomes.

## 2. QUELS PROFESSIONNALISMES ?

Si la professionnalité est définie par le nombre, le degré d'élaboration et la rationalisation des savoirs et des savoir-faire utilisés dans l'exercice de la profession, et si le professionnalisme est l'état de ceux qui manifestent leur adhésion aux normes collectives de la profession (6), alors les médecins sont beaucoup plus professionnels que les enseignants.

Leur formation initiale est plus longue. Leur certification (le doctorat) est unique, nécessaire et suffisante. Au-delà, le corps se hiérarchise de façon interne. Chez les enseignants, les diplômes sont très variés, les concours de recrutement divers et les auxiliaires nombreux. On n'imagine pas un médecin qui n'aurait pas le doctorat. L'expertise médicale est dès lors beaucoup plus précise que l'expertise enseignante. Il n'y a pas d'exercice illégal de l'enseignement. La délégation d'autorité ou de compétence que reçoit du corps social toute profession digne de ce nom (7) est évidemment plus marquée, plus légitime pour les médecins que pour les enseignants.

Hôpital et lycée sont plus ou moins isolés de leur environnement, pour exercer correctement leur mission, leur mandat. On a du mal, par exemple, à y admettre l'intrusion de la police. Mais cette limite entre le professionnel et le commun – entre le sacré et le profane ? – est beaucoup plus nette pour la médecine que pour l'enseignement. Le proviseur doit parfois prendre en charge, plus que le directeur hospitalier, cette fonction de protection d'acteurs essentiels relativement fragiles.

Combien d'enseignants s'estiment-ils liés par un secret professionnel ? Ni les Commissions Paritaires, ni le SNES n'ont le statut ni le pouvoir du Conseil de l'Ordre.

L'identité collective du corps enseignant est beaucoup plus floue, incertaine, que celle du corps médical ; sa vision de l'avenir plus pessimiste. Son patrimoine de savoir-faire commun, répertorié, transmissible et effectivement transmis, est très faible. Son image subjective est dévalorisée : les professeurs croient, par exemple, que le proviseur gagne plus qu'eux (ce qui est souvent faux) ; les médecins savent que le directeur d'hôpital gagne moins qu'eux.

---

(6) R. BOURDONCLE : La fascination des professions in *Revue Française de Pédagogie*, n° 94, janv.-mars 1991.

(7) Cf. Max WEBER ou E. HUGHES.

La professionnalité du médecin est enfin beaucoup mieux reconnue que celle du professeur par l'usager. Parce que la norme est claire, établie, mesurée. Pour le sens commun, i. c. pour la demande sociale, le bon médecin est celui qui ramène le plus rapidement le malade à l'état normal, à l'état qui précédait l'état pathologique.

La définition d'un bon professeur est beaucoup plus difficile : on touche ici aux limites de l'exercice.

Ces différences n'effacent cependant pas les points communs d'un professionnalisme reconnu et sanctionné par un diplôme, garant d'une très grande autonomie de diagnostic, de pratiques (8), (liberté de prescription, liberté pédagogique), qui enracine l'identité au travail dans la discipline, sans grande identification à l'établissement. Le cadre, que le prof envie souvent pour son salaire, dira « je travaille chez Untel » ou « dans une boîte d'audit ». Il est difficile de lui faire dire ce qu'il y fait. Un prof dira : je suis prof de biologie. Il faudra le questionner à nouveau pour savoir s'il est en collège ou lycée, en faculté, ailleurs... De même le médecin dira : je suis ORL ou ptuisio. Mais où ? En clinique privée, en hôpital public, en clientèle ? Les trois à la fois ? Cela a quelques conséquences sur le management des cadres ou des professionnels, notamment en matière de projet. Il est assez facile d'élaborer un projet d'entreprise avec les cadres, pour les cadres, porté par les cadres. Il est beaucoup plus difficile de le faire avec des médecins ou des professeurs qui, au fond d'eux-mêmes, connaissent leur discipline, aiment leur métier, mais ignorent l'établissement vécu comme une pure contrainte matérielle.

L'aspiration identitaire (9) première des professeurs comme des médecins, c'est l'autonomie. D'où, pour finir, la question de la direction : comment diriger des professionnels autonomes ?

### 3. QUELLE DIRECTION D'ÉTABLISSEMENT ?

Un proviseur de ma connaissance, arrivant dans un nouveau poste où il succédait à un homme efficace et bien accepté, prit le parti de démarquer profil bas. À Noël, les représentants des professeurs, élus au Conseil d'Administration et animateurs de l'Amicale, le félicitèrent : très bien, bravo ! On avait peur du changement, mais on est rassuré. Pendant quatre mois, le proviseur n'avait rien fait ou presque.

(8) On publie parfois des bulletins de santé, comme on distribue des bulletins scolaires.

(9) C. DUBAR, *La Socialisation*, A. Colin, Coll. U, 1991.

Un psychiatre s'exprime sur son directeur : il est très bien. Je demande pourquoi : « Il écoute les médecins ».

Le directeur, l'administration, sont là au service des acteurs essentiels. Ils ont tendance parfois à l'oublier. On a souvent tendance à le leur faire oublier, en voulant transformer par exemple les chefs d'établissement en chefs d'entreprise.

Sans développer ici la question du statut et des missions des chefs d'établissement, il faut répéter que se pose le problème de savoir quelle doit être leur professionnalité. Les fonctions dirigeantes seraient-elles étrangères à une définition en termes de profession ? On peut, traditionnellement, considérer que le directeur est un polyvalent qui n'a pour tâche propre que celle de coordonner les tâches des autres. Un bon instituteur peut faire un bon directeur. Un bon enseignant peut devenir un bon proviseur. Un bon professeur du supérieur peut devenir, du jour au lendemain, un bon recteur.

Cette tradition est fortement remise en cause. On va choisir les directeurs parmi les gestionnaires dont la compétence est reconnue. On forme à Rennes les cadres hospitaliers. En dix ans, la formation des chefs d'établissements scolaires est passée de presque rien à six mois, et celle des inspecteurs d'académie ou des inspecteurs pédagogiques régionaux de rien du tout à un an.

Bref, on professionnalise. Et on distingue donc un peu plus la profession du directeur de celle des professionnels qu'il est censé diriger.

En lycée, je l'ai déjà suggéré, le phénomène est particulier en France. Les proviseurs, sans autorité statutaire sur la pédagogie (10), se « replient » sur l'intendance. Mintzberg dirait : le centre opérationnel étant autonome (et même conglomérat d'autonomies individuelles), la ligne hiérarchique inexistante, la technostructure absente, que peut bien faire le sommet stratégique ? Il peut essayer de développer un embryon de ligne hiérarchique : profs coordonnateurs de discipline par exemple ; il peut essayer de faire naître un début de technostructure : groupe d'élaboration et de suivi du projet, groupe d'évaluation... Il se tourne surtout vers la logistique. Il y rencontre l'intendant qui a, lui, sa professionnalité affirmée surtout s'il est agent comptable. Un certain nombre d'intendants passent donc une partie de leur temps (surtout quand ils se rencontrent) à maugréer contre leurs chefs d'établissement. Car par bonheur, le

---

(10) Laquelle est sous le regard (intermittent) de l'inspection pédagogique.

système français donne du grain à moudre : internats, demi-pension, collecte de la taxe d'apprentissage, travaux petits et grands, achats divers... Les tâches ne manquent pas.

Le sommet est atteint quand la Région délègue la maîtrise d'ouvrage des gros travaux au Proviseur. Celui-ci se transforme alors presque totalement en entrepreneur. Les proviseurs parlent entre eux infiniment plus d'argent que de pédagogie, et s'ils parlent des professeurs, c'est le plus souvent pour en dire du mal. En Allemagne, référence à la mode, le proviseur n'a ni intendant, ni budget propre. En revanche, il enseigne et émet un jugement sur ses collègues.

C'est là qu'est le vrai problème. La direction doit être en mesure de donner la direction, de tenir le cap. Vers quels objectifs ? Avec quels moyens de contrôle, de mesure, d'évaluation ?

Et d'abord qu'évaluer ?

Un médecin psychiatre, chef de service, me dit : « c'est un problème très difficile de savoir ce qu'on fait ». Qu'a fait un prof dans sa journée ? Quelles sont les unités de compte de l'activité ?

L'acte médical est codifié. La consultation ? L'entretien ? La journée d'hospitalisation ? La durée et le nombre de participants aux ateliers thérapeutiques ? L'acte d'enseignement est en partie codifié : tant de l'heure, en fonction de la qualification et non du résultat, tant la copie, aux examens et concours. Mais on sent bien que le flou l'emporte. Et si l'on veut chercher à être plus rigoureux, on se heurte à l'autonomie individuelle. Évaluer les élèves, c'est évaluer les enseignants. C'est chercher à dire que certains sont meilleurs que d'autres. Les médecins psychiatres sont dans la même position. Antoine Prost le souligne : « il n'y a pas plus d'indicateurs extérieurs du mérite d'un médecin qu'il n'y en a pour un enseignant » (11).

Un autre chef de service pose la question autrement. Constatant que sa « file active » n'est en 1992 que de 707 patients alors que, selon la taille de son secteur et les chiffres nationaux, elle devrait atteindre les 900, il s'interroge. « Soit on ne fait pas ce qu'il faut, soit l'air est bon, soit tout le monde ne compte pas de la même façon. Et après tout c'est bien de n'avoir pas plus de clients ». On peut ainsi retourner la question de l'évaluation, en considérant l'échec.

---

(11) Interview au *Nouvel Observateur* n° 1477, 1993.

Il me semble qu'il y a une sorte de renversement, quand on compare enseignement et médecine du double point de vue de la nature des relations professionnel-usagers et de l'imputation des échecs éventuels.

En matière de santé, la relation médecin-malade ou infirmière-malade est, dans l'exercice professionnel, individuelle. En matière d'enseignement, elle est collective : le prof est devant une classe plus ou moins nombreuse.

S'il y a échec, si la maladie n'est pas guérie, on incrimine presque toujours la maladie (trop puissante) ou la médecine en général dans ce qu'elle a de limité. Le procès du sang contaminé est exceptionnel en ce qu'il concerne une situation où la médecine, au sens large, a dit qu'elle soignait alors qu'elle tuait. Mais c'est aussi exemplaire puisque le Conseil de l'Ordre, en amenuisant considérablement la sanction infligée au Docteur Garetta, a réaffirmé que les limites de la médecine sont plus explicatives que la faute des hommes. S'il y a échec scolaire, inversement, c'est une responsabilité personnelle : celle de l'élève, qui n'a pas assez travaillé ou qui est « limité », celle de l'enseignant qui est « nul », ou encore la médecine a une réalité propre, distincte de ses agents, l'enseignement se confond avec les enseignants.

On recherche donc (on = les parents, les politiques) une responsabilité personnelle dans l'établissement scolaire, en s'adressant de plus en plus souvent à son directeur. Celui-ci ne peut qu'être amené, dans les années qui viennent, à diriger plus directement ses acteurs essentiels : est posée la question de sa responsabilité pédagogique.

Au contraire, les professionnels de la médecine étant les professionnels par excellence, ils n'ont besoin que d'administrateurs.

\*

\*\*

T. Parsons observait que « dans notre société, c'est la science qui constitue la tradition culturelle essentielle ». Les médecins et les professeurs sont ceux qui savent. Mais les ingénieurs aussi, savent. Ce qui réunit enseignement et médecine est qu'ils répondent tous deux à des besoins sociaux essentiels, qu'ils assurent des fonctions sociales vitales et qu'ils échappent donc à la logique commerciale et financière fondée sur la solvabilité des individus. Ces fonctions sont confiées à des acteurs « orientés vers la collectivité », agissant dans des institutions spécifiques. Ces

institutions rassemblent des professionnels autonomes dont l'identité s'enracine dans le savoir disciplinaire, et des administratifs chargés de répartir des moyens.

Au terme de cette rapide comparaison entre l'hôpital et le lycée, les deux types d'établissement apparaissent bien comme comparables. Au-delà d'évidentes différences, on a pu énumérer une assez longue liste de caractères communs, de ressemblances entre organigrammes et fonctionnements.

La conclusion la plus nette est que, dans les deux cas, l'évolution du rapport entre l'organisation (lycée, hôpital) et l'utilisateur (l'élève, le malade) entraîne une réévaluation du rapport entre l'organisation et le professionnel-type (ou l'acteur essentiel : le professeur, le médecin), affirmant plus nettement la fonction d'évaluation des résultats. Dans la définition des objectifs, dans l'évaluation des résultats, dans l'allocation des ressources, bref dans l'exercice des fonctions stratégiques de l'organisation, la direction joue son rôle, parfois mal compris par les professionnels.

La question qui demeure est celle de l'accompagnement de cette évaluation en terme de « profil » du personnel de direction. Doit-on rechercher pour lui une légitimité qui soit d'abord celle de ses ex-pairs ? Ou bien une légitimité fondée sur des compétences propres à sa fonction (12) ?

D'un côté, le chef d'établissement allemand ou ibérique, qui conserve un service d'enseignement, qui est désigné par des instances locales, voire élu par ses pairs.

De l'autre, le directeur d'hôpital français, formé dès le départ à ses tâches d'administrateur, qui ne prétend évidemment pas à la moindre compétence médicale – mais dont les compétences sont presque aussi nettement reconnues que celles des médecins.

Le chef d'établissement scolaire français a (depuis peu) un statut hybride. Parce que le professionnalisme des enseignants manque de netteté. Les missions et les fonctions de l'un et des autres sont en définitive étroitement liées.

---

(12) Cette question est abordée par G. Couturier : *Diriger un hôpital in Éducation et management* n° 12, octobre 1993.