

*La rationalisation de l'organisation du travail et la gestion des connaissances en milieu hospitalier.*

Partie I : Comment le « Knowledge management » permet-il à l'hôpital de créer de la valeur ?

Partie II : Comment les nouvelles formes de rationalisation du travail en milieu hospitalier conduisent-elles à des mutations du travail social ?

Mémoire réalisé par  
**Hanane Zribi**

Promoteurs  
**Christian de Visscher**  
**Matthieu de Nanteuil**

Année académique 2017-2018  
**Master 60 en sciences du travail**

Université Catholique de Louvain  
**FACULTÉ DES SCIENCES ÉCONOMIQUES, SOCIALES, POLITIQUES ET DE  
COMMUNICATION**

Paper gestion

La rationalisation de l'organisation du travail et la gestion des connaissances en milieu hospitalier

Promoteur : Christian de Visscher

Remerciements :
-----------------

*Je remercie mon promoteur, le Professeur de Visscher, de m'avoir accompagné et conseillé pour structurer ce travail.*

*Je remercie aussi mon institution, le CHU-Brugmann, pour le soutien apporté lors de cette année académique.*

*Je remercie mon entourage pour sa patience et particulièrement Aaron et Camilla d'avoir laissé du temps à leur maman pour travailler sur son projet.*

## Sommaire

Introduction .....	- 5 -
1. Définition des concepts-clés .....	- 6 -
1.1 « Knowledge management » ou partage des connaissances.....	- 6 -
1.2 La mémoire organisationnelle .....	- 8 -
1.3 Création de valeur.....	- 8 -
2. Contexte environnemental et stratégies .....	- 9 -
3. L'innovation hospitalière .....	- 12 -
3.1 La qualité par les standards .....	- 12 -
3.2 La procédure d'accréditation .....	- 13 -
4. Standardisation et mémoire organisationnelle au CHU-Brugmann.....	- 14 -
4.1 La cellule qualité et sécurité .....	- 14 -
5. Stratégie de partage et de capitalisation des savoirs .....	- 15 -
5.1 Le modèle de Nonaka et Takeushi .....	- 16 -
5.1.1 Les quatre modes de conversion des connaissances .....	- 16 -
5.1.2 Conditions de réussite et obstacles .....	- 17 -
6. La standardisation appliquée au travail social : pertinence ou aberration ?.....	- 18 -
6.1 Méthodologie :.....	- 18 -
6.2 Analyse SWOT.....	- 19 -
6.3 Illustration.....	- 20 -
6.4 Evaluation.....	- 21 -
Conclusion :.....	- 22 -
Bibliographie.....	- 23 -

## Introduction

Travaillant depuis 15 ans dans un grand hôpital public bruxellois, le CHU-Brugmann, j'observe au fil des années des transformations considérables de mon environnement professionnel. Les pratiques de management ont donc aussi tout naturellement évoluées.

Partant d'une situation professionnelle qu'est le projet de standardisation et de gestions documentaires des procédures de travail au service social du CHU-Brugmann, je m'interroge sur les enjeux pour l'institution autour de la capitalisation des savoirs par la création d'une mémoire organisationnelle. N'étant pas à l'initiative du projet, mais ayant été désignée coordinatrice du projet, je souhaite cerner la vision de ma hiérarchie autour de ce mode de gestion des connaissances.

Jusqu'à présent, la transmission des savoirs et connaissances au service-social a été basée essentiellement sur une tradition orale. Ce projet implique donc de nouvelles habitudes de travail, de nouveaux modes de management, mais également une évolution de la culture d'entreprise.

La création d'une mémoire organisationnelle est un véritable processus qui, nous le verrons, est devenu un enjeu en raison d'un contexte environnemental précis dans lequel sont baignés les hôpitaux belges. Ce projet a une incidence directe sur les travailleurs. De leur adhésion et/ou leurs résistances dépendra le succès de celui-ci.

Mais ce processus doit également s'appuyer sur des outils pour la mise en œuvre concrète de la mémoire organisationnelle.

Je m'intéresserai dans ce paper au « Knowledge management » ou partage des connaissances comme levier de capitalisation des savoirs en entreprise.

Ma question de recherche sera donc : ***Comment le « Knowledge management » (ou partage des connaissances) permet-il à l'hôpital de créer de la valeur ?***

Je commencerai ce travail en plantant le cadre conceptuel de ma question de recherche.

Dans les pages suivantes, je décrirai la réforme du paysage hospitalier en Belgique. Ainsi, j'essaierai ainsi de dégager des éléments de réponse conduisant les établissements hospitaliers à s'orienter vers des méthodes de travail favorisant la standardisation et la création d'une mémoire organisationnelle.

Je décrirai une méthode de « Knowledge management » en me basant sur le modèle de deux précurseurs en la matière : Nonaka et Takeushi. Enfin, je terminerai ce paper par l'illustration de l'expérience du service social du CHU-Brugmann.

## 1. Définition des concepts-clés

Avant toute chose, et ce pour bien ancrer le sujet de ce travail, je voudrais définir les termes de ma question de recherche à savoir « Knowledge management » et « création de valeur ».

### 1.1 « Knowledge management » ou partage des connaissances

Je précise que dans la littérature, je n'ai pas perçu de distinction faite entre « partage des connaissances » et « knowledge management » (si ce n'est l'usage de langue utilisée). J'utiliserai donc ces 2 concepts pour parler de la même réalité.

Historiquement, c'est tout d'abord dans les pays anglo-saxons, dans les années'90, que l'on voit le concept de « Knowledge management » se développer. On verra apparaître, à partir de la deuxième moitié de cette même décennie, une littérature abondante autour de ce concept. [Nonaka et Takeuchi, 95], [Leonard-Barton, 95].

Précisons, que le « Knowledge management » se compose de :

- Des connaissances ou savoirs<sup>1</sup>.
- Des supports de mémorisation des savoirs (ou mémoire organisationnelle)

Comme le stipule la théorie évolutionniste<sup>2</sup>, la stratégie actuelle de la plupart des entreprises est « centrée sur les processus de création de savoirs ou sur la conception de créations de « routines organisationnelles » ». <sup>3</sup>

Les connaissances qui intéressent les organisations sont constituées des savoir-faire individuels et collectifs qui caractérisent ses capacités d'action, d'adaptation et d'évolution.

Notons qu'il existe dans ce champ deux types de connaissance :

**Connaissances tacites :** expérimentales, subjectives, renvoient à ce qui est observée par les acteurs, qui s'apprennent dans l'interaction avec d'autres, qui sont liées à l'expertise et au contexte.<sup>4</sup> Il s'agit par exemple des connaissances de l'historique et des contextes décisionnels, les connaissances de l'environnement (clients, concurrents, technologies, facteurs d'influence socio-économiques).

---

<sup>1</sup>Comme le propose Ph. Lorino, les termes « savoir » et « connaissance » seront utilisés dans ce travail comme synonymes.

<sup>2</sup> Nelson et Winter, 1982

<sup>3</sup>A. Bounfour : « Le management des ressources immatérielles : Maîtriser les nouveaux leviers de l'avantage compétitif », Paris, Dunod, année, p.78

<sup>4</sup> L. Taskin : cours de « Personnel et organisations », UCL 2017-2018

**Connaissances explicites :** sont celles qui sont formalisables, objectives et rationnelles, que l'on peut traduire sous une forme extérieure comme des données ou des manuels. Elles peuvent se matérialiser par des bases de données, des procédures, des plans, etc.

Les «connaissances individuelles explicites » s'expriment sous forme de discours, de métaphores, d'analogies, de représentations schématiques ; ou se matérialisent sous forme de notes personnelles, consignées sur des feuilles volantes, des carnets de notes, des aides mémoires, des ébauches de documents divers structurés ou non, des fichiers informatiques privés.

Les «connaissances individuelles tacites » se manifestent dans des talents, des habilités, des tours de main individuels, des croyances et des comportements partagés (routines, traditions, communauté d'intérêts et de pratiques, connivence, pensée unique,...).<sup>5</sup>

Les connaissances sont associées aux compétences. Selon Guy le Boterf, « une compétence est l'aptitude à mobiliser, combiner et coordonner des ressources dans le cadre d'un processus d'action déterminé, pour atteindre un résultat suffisamment prédéfini pour être reconnu et évaluable. Cette aptitude peut être individuelle ou organisationnelle ».6

La compétence mobilise de manière combinatoire différents types de savoirs et des savoir-faire. Elle renvoie à la manière dont sont mobilisées les connaissances par des individus placés dans des situations opérationnelles soumises à des contraintes techniques, économiques et psychosociologiques. La compétence est ce qui permet de créer de la valeur en répondant à des besoins sociaux et en passant par des combinaisons d'activités plus ou moins complexes, les chaînes de valeurs (de Michaël Porter). Les chaînes de valeurs sont constituées d'activités fondées sur des compétences.

Dejoux (2001) considère qu'il faut pouvoir distinguer compétences organisationnelles (compétences de l'entreprise), compétences collectives (compétences d'une équipe) ou de compétences individuelles (compétences professionnelles). Une organisation n'est efficace que si elle parvient à mettre en place des mécanismes destinés à développer le savoir collectif en jouant sur la fertilisation croisée des savoirs individuels.

---

<sup>5</sup><http://jean.heutte.free.fr/spip.php?article98>

<sup>6</sup> Ph. Lorino : « Méthodes et pratiques de la performance : Le pilotage par les processus et les compétences », Ed. d'organisation, p. 401

## 1.2 La mémoire organisationnelle<sup>7</sup>

La mémoire organisationnelle peut être appréhendée de deux manières :

- Approche « contenu » : la mémoire organisationnelle constitue un stock de connaissances hétérogènes (Levitt et March, 1988) ;
- Approche « processus » : la mémoire organisationnelle est à la fois un support cognitif et un processus qui permet de capitaliser et de développer les connaissances (Stein, 1989 ; Walsh et Ungson, 1991).

En théorie, parler de la mémoire organisationnelle c'est inscrire l'entreprise dans une perspective dynamique en considérant que sa finalité est de créer de la valeur à partir de savoirs cumulés et accumulés.

## 1.3 Création de valeur.

Je me permets d'avancer l'idée que la création de valeur constitue aujourd'hui un élément capital pour tout type d'organisation. En effet, j'ai pu remarquer que ce concept est central dans les cours de gestion dispensés à l'université, ainsi que dans la littérature. La création de valeur pour les actionnaires est devenue aujourd'hui « LA » règle des entreprises privées. Force est de constater que cet objectif atteint également le secteur public et non-marchand notamment les hôpitaux dans un objectif de performance.

Le concept de création de valeur peut être appréhendé de multiples manières selon la logique managériale qu'on lui applique : valeur d'échange, valeur comptable ou économique, valeur partenariale, valeur pour le client.

Nous retiendrons ici la logique d'intégration. Celle-ci analyse la création de valeur « comme le résultat d'une synthèse des différentes composantes de la valeur, qu'il s'agisse des aspects organisationnels, concurrentiels ou institutionnels. Elle met en avant des concepts comme ceux de compétences fondamentales, de savoir-faire de coopération et de coordination, d'avantage compétitif. Elle suppose une vision élargie de la performance et la mise au point d'un tableau de bord comprenant des aspects non financiers ».<sup>8</sup>

Comme le décrit Ph. Lorino<sup>9</sup>, le succès d'une organisation s'organise autour de trois éléments clés :

---

<sup>7</sup> Marlène Mermoud , « gestion des connaissances et dynamiques d'apprentissage : pour une reconsidération de la mémoire organisationnelle », thèse, Université de Nice.

<sup>8</sup>[https://www.memoireonline.com/10/06/215/m\\_creation-valeur-entreprise-gouvernance-leviers-financiers2.html](https://www.memoireonline.com/10/06/215/m_creation-valeur-entreprise-gouvernance-leviers-financiers2.html)

<sup>9</sup> Ph. Lorino : « Méthodes et pratiques de la performance. Le pilotage par les processus et les compétences », Ed. d'organisation, quatrième de couverture

- **La valeur** : la performance c'est créer de la valeur pour les clients (ou patients)
- **Les processus** : créer de la valeur, c'est maîtriser des processus d'action collectifs
- **Les compétences** : maîtriser des processus d'action organisés, c'est développer des compétences.

En termes de stratégie d'entreprise, la capacité d'une organisation, quelle qu'elle soit, à créer de la valeur lui procure un avantage concurrentiel. Cet impératif est d'autant plus grand avec le contexte de réforme du financement des hôpitaux que j'aborderai dans le point suivant.

Soumis à la concurrence, à des limitations budgétaires et au contrôle du patient quant à la qualité des soins (cf. réglementation sur droits des patients), l'hôpital doit se renouveler. Lieu par excellence de mobilisation d'acteurs de compétences et de lignes hiérarchiques différentes autour d'un objet unique : le patient, l'hôpital constitue l'archétype d'un processus dans lequel les problèmes de coordination latérale sont omniprésents, qu'il s'agisse de la coordination entre services et à l'intérieur des services, mais aussi entre les professions et au sein même de chaque profession.<sup>10</sup>

## 2. Contexte environnemental et stratégies

Pour rester viables sur le plan économique tout en continuant à remplir l'activité sociale qui leur incombe, un grand nombre d'établissements hospitaliers ont fait face ces dernières années à des restructurations, des restrictions budgétaires, mais aussi à une nouvelle conception des soins de santé qui elle concerne tout le secteur.

Depuis 2016, le paysage hospitalier en Belgique subit une réforme profonde du financement des hôpitaux sur l'initiative de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Maggie De Block.<sup>11</sup> En résumé, « l'objectif de la réforme est de miser sur des stratégies qui permettent d'affecter les moyens d'une manière plus intelligente, de créer plus de valeur avec les budgets disponibles (*value based care*) ». En d'autres termes, il s'agit de rationaliser l'offre hospitalière pour la rendre moins coûteuse et plus efficace. Concrètement, la réforme impose plusieurs mesures aux établissements.

Tout d'abord, on retrouve une réduction des lits « aigus » avec la possibilité pour ceux-ci d'être convertis en lits chroniques ou en formes de soins alternatives (lits pour soins chroniques, centres de convalescence, hospitalisation à domicile, hôtel de soins, ...), moins coûteux bien évidemment.

Il y a également une attention particulière portée aux durées de séjour à l'hôpital. En effet, le plan de la Ministre De Block veut que le financement des hôpitaux soit basé sur la durée moyenne de séjour. Les hôpitaux tentent donc de parvenir à cette moyenne ou de se trouver en-dessous, en réduisant les durées d'hospitalisation. La réduction des durées de séjour ayant

---

<sup>10</sup> Christophe Pascal : « La gestion par processus à l'hôpital entre procédures et création de valeur ». Revue française de gestion, 2003/5 no 146, p.192

<sup>11</sup>[http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/plan\\_approche\\_financement\\_hopitaux.pdf](http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/plan_approche_financement_hopitaux.pdf)

pour but de dégager de la marge pour affecter ailleurs les moyens en personnel. On assiste à un accroissement de nouveaux modes d'hospitalisations tels que les « one day » ou « same day » notamment dans les services de chirurgie.

D'autre part, cette réforme prévoit une profonde réorganisation du paysage des soins de santé avec la volonté d'accroître le réseau de soins extramuros. Sur ce point, la réforme promeut le recours aux soins de première de ligne afin de pouvoir éviter des (ré)hospitalisations. Les réseaux de soins ambulatoires se répandent, ne proposant plus uniquement des soins de suite, mais également de l'hospitalisation à domicile.

Avec cette nouvelle conception, l'hôpital ne constitue plus qu'un maillon dans le paysage des soins de santé.<sup>12</sup> Il n'est plus un lieu de séjour, il devient un lieu de « transit », ce qui modifie significativement son rôle.

Autre point important de la réforme: la constitution en réseaux pour les établissements.

En effet, il est prévu que chaque hôpital général et universitaire devra faire partie d'un réseau clinique locorégional d'ici 2020. Les réseaux comprendront les soins qui devront être proposés à proximité du domicile du patient (comme les soins des personnes âgées ou les soins pédiatriques courants, par exemple). Chaque réseau devra disposer d'une personnalité juridique et de son propre organe de gestion afin de pouvoir assumer les missions qui lui seront confiées. Les réseaux devront se situer dans une zone géographiquement continue. Les entités fédérées seront chargées d'organiser cette continuité géographique sur le terrain.<sup>13</sup>

Les technologies médicales et les traitements personnalisés évoluant très rapidement, la constitution en réseaux permettra qu'une technologie coûteuse, par exemple, sera attribuée à un réseau au lieu d'un hôpital en particulier. On comprend ici une volonté de faire des économies d'échelle.

D'après le gouvernement, la réforme des hôpitaux est indispensable, car ces dernières années, de plus en plus d'établissements ont clôturé leurs comptes dans le rouge. Son origine est d'une part liée aux conditions démographiques : le nombre de personnes âgées et de malades chroniques ne cesse de croître. D'autre part, les habitudes consuméristes de la population en matière de soins de santé.

Dans un tel contexte, des stratégies financières sont donc développées par les hôpitaux pour « survivre ». C'est notamment le cas de l'association du CHUB en crée en 2015.

*« Le CHUB a été créé pour répondre aux besoins liés notamment à la qualité des soins et au financement hospitalier. La ville de Bruxelles, le CPAS de Bruxelles et les quatre hôpitaux qui en dépendent, ont décidé d'unir leurs forces et ainsi privilégier « une stratégie de plus grande intégration entre hôpitaux et de développement de services partagés ».<sup>14</sup>*

---

<sup>12</sup>par ex. les soins intégrés et chroniques, l'AR n° 78, les soins de première ligne, le plan de soins de santé mentale

<sup>13</sup><https://www.healthcare-executive.be/fr/actualites/socio-professionnel/ziekenhuisnetwerken-en-laagvariabele-zorg-de-block-zet-licht-voor-hervorming-op-groen-op-het-nippertje.html>

<sup>14</sup>[https://fr.wikipedia.org/wiki/Centre\\_hospitalier\\_universitaire\\_de\\_Bruxelles](https://fr.wikipedia.org/wiki/Centre_hospitalier_universitaire_de_Bruxelles)

Cette fusion est une première réponse stratégique du CHU-Brugmann à cet environnement en pleine évolution. En effet, avec la réforme, les hôpitaux bruxellois sont encouragés à développer un réseau dans lequel leurs compétences seraient partagées. Si l'objectif général de la réforme est d'atteindre une plus grande efficacité et une meilleure qualité, il se traduit avant tout par une maîtrise des croissances des dépenses. Désormais, les autorités et les hôpitaux appliquent un tout nouveau système de financement. Ce changement doit donner lieu à un financement correct de soins justifiés et encourager une amélioration de l'efficacité comme de la qualité.<sup>15</sup>

Il est évident de comprendre que ces mesures de régulation des dépenses hospitalières ont des répercussions importantes sur les établissements. Elles conduisent les gestionnaires des hôpitaux à repenser les activités des professionnels en tenant compte des contraintes et des évolutions du secteur, ce qui n'est pas sans conséquences sur les pratiques professionnelles.

Les mesures de la réforme des hôpitaux imposent aux établissements d'être efficaces afin d'éviter le transfert de certaines activités vers d'autres établissements. Pour garantir cette efficacité, les hôpitaux doivent créer un contexte où le parcours du patient est le plus fluide possible. En effet, comme je l'ai déjà dit, la durée moyenne de séjour fixe que telle pathologie est égale à autant de jours d'hospitalisations, ce qui impose de rationaliser les prises en charge.

Christophe Pascal (2003) précise que l'enjeu majeur de la rationalisation consiste à passer de processus à méthodologie fixe, c'est-à-dire de garantir une normalisation du processus et par là-même des résultats qu'il est censé obtenir. Cela « implique notamment de mettre fin au règne de l'oralité qui caractérise le fonctionnement hospitalier pour élaborer des procédures et des protocoles permettant de standardiser les processus de prise en charge, c'est-à-dire de fixer leur déroulement au moyen d'une méthodologie précise. Cette normalisation permet de déterminer et de stabiliser les conditions optimales de production tant en termes de coûts que de critères de performance (délai, qualité). L'introduction de procédures garantit ainsi un contrôle par les moyens, seul mode possible et acceptable de contrôle pour tous les processus dont le produit est difficilement définissable comme les processus de soins. »<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup><http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/hopitaux/financement/Pages/default.aspx#.WvahWGiFPIU> consultée le 12 mai 2018 à 10h32.

<sup>16</sup> Christophe Pascal : « La gestion par processus à l'hôpital entre procédure et création de valeur », Revue française de gestion, vol.n°146, no.5, 2003, pp.191-204

### 3. L'innovation hospitalière<sup>17</sup>

Quand je parle d'innovation, je ne fais pas référence aux principes qui sous-tendent une organisation de travail rationnelle qui en soit n'ont rien de nouveaux. Comprenons ici l'innovation comme un processus de rupture par rapport aux pratiques préexistantes et notamment par rapport à une rupture avec la culture de la tradition orale qui a constitué pendant longtemps le vecteur de partage de connaissances en milieu hospitalier.

L'innovation implique une dimension organisationnelle et un changement de comportement par l'ensemble des acteurs. C'est ce que March et Simon (1991) nomment les nouvelles routines organisationnelles ou les nouveaux programmes d'actions.

Un processus d'innovation implique la mise en œuvre de trois types de compétences simultanées :

- **Les compétences technologiques** : maîtrise de différents types de savoirs tacites et explicites, acquisition de savoirs externes ;
- **Les compétences entrepreneuriales** : vision à long terme permettant la valorisation de ces savoirs ;
- **Les compétences d'adaptabilité et de flexibilité** : il s'agit de mettre en œuvre des organisations apprenantes c'est-à-dire qui sont susceptibles d'introduire de nouvelles routines à côté ou à la place des routines existantes.

L'innovation se justifie par le poids de l'évolution de l'environnement conduisant les entreprises à procéder à des changements sur différentes composantes de la chaîne de valeur dont les principales concernent la formation permanente, une nouvelle culture d'entreprise et de nouvelles techniques et meilleurs procédés de travail.

#### 3.1 La qualité par les standards

Le contexte environnemental des hôpitaux décrit aux pages précédentes, nous éclaire sur l'impératif qu'ont les établissements à rompre avec les pratiques anciennes et à déployer de nouvelles méthodes de gestion afin d'assurer la maîtrise des coûts tout en garantissant un niveau de qualité de soins élevé.

A cette fin, la standardisation des protocoles et procédures apparaît comme un outil de gestion managériale apportant une réponse à cette double exigence.

---

<sup>17</sup>A.Bounfour, *op.cit.*, p.102-109

« Les pratiques discursives deviennent un levier de changement sur lequel le manager peut agir (...). Acteurs, outils et représentations s'articulent à travers des pratiques discursives variées, qui peuvent s'appuyer sur des règles écrites (par exemple celles inscrites dans le référentiel d'accréditation) ou sur des échanges verbaux plus ou moins encadrés (échanges informels ou échanges formalisés dans le cadre de « groupes de travail » autour de la qualité) ». <sup>18</sup>

Standardiser les procédures revient à suivre une liste fine d'instructions devant être suivies dans un ordre donné. En suivant pas à pas la liste d'instructions, on doit aboutir au résultat après un nombre fini d'étapes, résultat que l'on sera capable de reproduire pour une infinité de cas particuliers qui seront tous traités de la même manière. Le caractère explicite et codifié de la procédure est ce qui garantit le caractère transférable de celle-ci au sein des équipes, entre services, entre professionnels, ou encore entre établissements. De cette manière, l'organisation permet de réduire la « dispersion » des comportements.

La rédaction d'une procédure apparaît comme la concrétisation d'une réflexion *collective* sur la meilleure façon – c'est-à-dire la plus efficace et la plus efficiente – de réaliser un processus de prise en charge ou une étape de ce processus : elle s'impose à tous comme le produit d'un consensus entre professionnels prudents et avisés. Elle n'est pas imposée depuis l'extérieur par des individus étrangers à la pratique locale. Cette conception de la régulation des pratiques par les participants va à l'encontre des conceptions tayloriennes qui sont pourtant souvent présentées par les détracteurs de la gestion par les processus comme sous-tendant la démarche.<sup>19</sup>

### **3.2 La procédure d'accréditation**

Aussi, la standardisation des pratiques en milieu hospitalier est encouragée par un dispositif gouvernemental qui est la procédure d'accréditation.

Comme nous le rappelle Stéphane Fraise « l'accréditation se définit comme visant à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein des établissements ». Bien que la recherche de qualité a toujours été une préoccupation centrale en milieu hospitalier, il y a une évolution dans la manière de l'évaluer. De nos jours, la qualité est fondée sur des outils qui permettent de l'objectiver : indicateurs, tableaux de bord, etc.

---

<sup>18</sup>Stéphane Fraise, Magali Robelet et Didier Vinot : « La qualité à l'hôpital : entre incarnations managériales et traductions professionnelles », *Revue française de gestion*, vol. n°146, no.5, 2003, pp.155-166

<sup>19</sup>Pascal Christophe, « La gestion par processus à l'hôpital entre procédure et création de valeur », *Revue française de gestion*, 2003/5 (n° 146), p. 191-204. DOI : 10.3166/rfg.146.191-204. URL : <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2003-5-page-191.htm>

C'est ainsi que l'on voit se répandre au sein des organisations hospitalières les procédures d'accréditation. Les accréditations remplissent un double avantage pour les établissements, elles donnent à la fois lieu à des subsides du gouvernement, mais elles permettent aussi d'asseoir la réputation du service de l'hôpital qui l'a obtenu et ainsi de développer un avantage concurrentiel.

Comme le définit M.Setbon (2000) :

« L'accréditation des établissements de santé est une méthode d'évaluation externe, généralement volontaire. Elle fait référence à une démarche professionnelle par laquelle un établissement de soins apporte la preuve qu'il satisfait, dans son fonctionnement et ses pratiques, à un ensemble d'exigences formalisées et présentées sous forme de manuel, c'est-à-dire « le référentiel » préconisé par un organisme d'accréditation. L'organisme d'accréditation ainsi que son manuel sont validés par un organisme extérieur indépendant, reconnu des professionnels au niveau hospitalier. »<sup>20</sup>

« L'accréditation est perçue comme un outil de changement dans les établissements de santé censée produire de l'action collective allant dans le sens d'une plus grande rationalisation des comportements : homogénéisation des pratiques soignantes, développement des actions transversales et amélioration de la coordination entre les différents services,... Elle vise aussi une plus grande participation de tous : élaboration collective des solutions aux « dysfonctionnements » rencontrés dans le travail quotidien ».<sup>21</sup>

## **4. Standardisation et mémoire organisationnelle au CHU-Brugmann**

### **4.1 La cellule qualité et sécurité**

Depuis quelques années, les initiatives pour améliorer la qualité de prise en charge en milieu hospitalier s'accroissent. Le soutien financier du gouvernement dans le cadre des accréditations, ainsi que le contexte de concurrence entre hôpitaux sont des éléments expliquant cette tendance<sup>22</sup>. Une véritable culture de la qualité atteint donc les institutions hospitalières. C'est dans cette lignée que s'inscrit la « cellule qualité et sécurité » du CHU-Brugmann.

---

<sup>20</sup>[http://www.gbsvbs.org/fileadmin/user\\_upload/Unions/intensivisten/L\\_accréditation\\_des\\_hopitaux\\_en\\_Wallonie\\_et\\_a\\_Bruxelles.pdf](http://www.gbsvbs.org/fileadmin/user_upload/Unions/intensivisten/L_accréditation_des_hopitaux_en_Wallonie_et_a_Bruxelles.pdf)

<sup>21</sup> Stéphane Fraisse *et al.*, *op.cit.*, p.156 « La qualité à l'hôpital : entre incantations managériales et traductions professionnelles », *Revue française de gestion* 2003/5 (no 146), p.156

<sup>22</sup> SPF créé en 2007 les plans pluriannuels « patient safety ». Le CHU-Brugmann a signé contrat avec SPF

*« La « cellule qualité et sécurité » a pour missions de développer une culture institutionnelle axée sur la sécurité du patient et la qualité des soins , mettre en place un système de gestion des risques ; favoriser l'implication du patient dans la démarche en soins qui lui est proposée, promouvoir l'interdisciplinarité, la transversalité et le partage des compétences. »<sup>23</sup>*

Ce qui est important de souligner, c'est que dans cette optique, la transversalité et le partage des compétences sont perçus comme les moteurs de la qualité. Cette cellule est en charge de recenser les événements indésirables survenus à l'hôpital (qui le plus souvent concernent la pratique soignante au sens large), ainsi que d'élaborer des standards de procédures et protocoles internes de travail. L'évènement désigne tout fait qui vient perturber le système (Zarifian 1995). La notion d' « événements indésirables » renvoie d'une part, aux erreurs liées aux comportements humains et d'autre part, aux aléas qui peuvent être d'ordre techniques (pannes d'appareil d'examen), logistiques ou émotionnels <sup>24</sup> . Je rajouterai qu'outre le fait de réduire les erreurs, les standards permettent également d'être performant (au sens économique du terme), car ils permettent de maîtriser les durées de séjour et l'occupation des lits.

Le second axe de travail de la « cellule qualité et sécurité » est la gestion documentaire des procédures et protocoles dans une application informatique disponible sur l'intranet de l'hôpital. Cela signifie concrètement que les « bonnes pratiques » élaborées à partir des savoirs collectifs, sont traduites sous forme de procédures et partagées sur cet outil appelé « Ennov ». « Ennov » constitue donc le support de mémoire organisationnelle des procédures et protocoles au CHU-Brugmann.

Par l'implémentation de nouvelles routines organisationnelles, la cellule qualité et sécurité procède à un tournant dans les pratiques, mais également à un changement de la culture d'entreprise sur la question spécifique du partage des connaissances. Ainsi, la standardisation se généralise à toutes les professions de l'hôpital.

## **5. Stratégie de partage et de capitalisation des savoirs**

Pour Grundstein (1995), capitaliser les connaissances de l'entreprise c'est considérer les connaissances utilisées et produites par l'entreprise comme un ensemble de richesses constituant un capital et en tirer des intérêts contribuant à augmenter la valeur de ce capital. Les stratégies de partage des connaissances sont définies en fonction du type de connaissances transférées, des objectifs à atteindre et des publics à rejoindre. Elles consistent soit en une stratégie de diffusion de données, soit d'appropriation qui visent à faciliter l'intégration et l'application de connaissances dans un contexte donné.<sup>25</sup>

---

<sup>23</sup><https://www.chu-brugmann.be/fr/admin/quality>

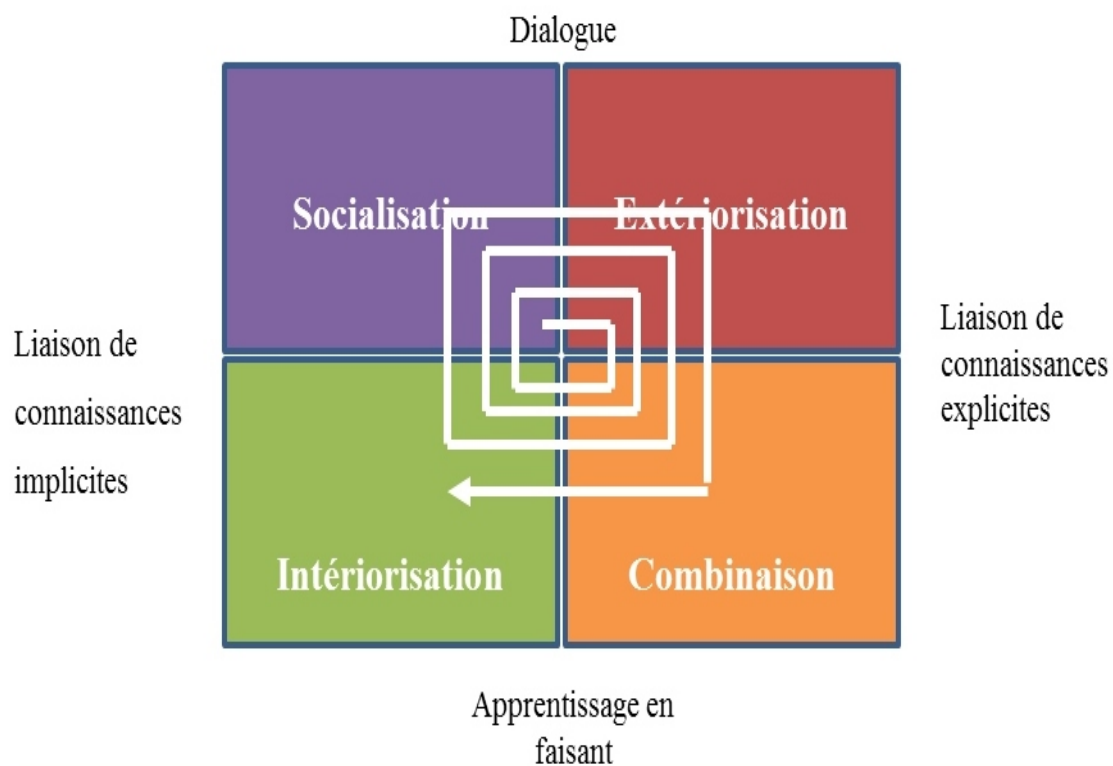
<sup>24</sup> Elle est également en charge du recensement des agressions physiques ou verbales à l'égard du personnel

<sup>25</sup> Linda Cambon, François Alla : « Transfert et partage de connaissances en santé publique : réflexions sur les composantes d'un dispositif national en France », Santé publique 2013/6 (Vol.25), p.758

## 5.1 Le modèle de Nonaka et Takeuchi<sup>26</sup>

Pionniers en « Knowledge management » Ikujiro Nonaka et Hirotaka Takeuchi (1994), deux auteurs japonais qui, se référant à Michael Polanyi, proposent une approche de création de savoirs dans l'organisation et donc de l'innovation. Ils ont développé en tenant compte de la double nature des connaissances, tacite et explicite, quatre modes de conversion de la connaissance au sein d'une organisation. Ce modèle est défini dans une perspective universelle, c'est-à-dire pour tout type d'organisation, privées ou publiques, à vocation économique ou pas.

Le schéma ci-dessous illustre le modèle développé par Nonaka et Takeuchi : la spirale des connaissances.



### 5.1.1 Les quatre modes de conversion des connaissances<sup>27</sup>

**Du tacite au tacite :** c'est la socialisation (socialization) où les connaissances tacites des uns (notamment celui de l'expert) sont transmises directement aux autres (notamment à l'apprenti) sous forme de connaissances tacites, par l'observation, l'imitation et la pratique. Au cours de ce processus aucun des protagonistes n'explique son art pour le rendre directement accessible à tous. Ces connaissances ne pourront donc pas être exploitées au niveau collectif de l'entreprise. Ce mode de conversion rappelle le compagnonnage dans les corporations anciennes. C'est ce

<sup>26</sup>A. Bounfour, *opcit*, p.82-81

<sup>27</sup> A. Bounfour *ibid* + M. Mermoud, *opcit*

qu'on appelle de manière plus moderne le « mentoring ». Il s'applique par exemple pour des nouveaux engagés auxquels un ancien présente l'institution (localisation des différents services, présentation de personnes-clés, fonctionnement général,..).

**Du tacite à l'explicite :** c'est l'extériorisation (externalization) où l'individu essaie d'expliquer son art et de convertir son expérience en connaissances explicites. Il s'agit de transformer des routines de travail en procédures institutionnelles.

**De l'explicite à l'explicite :** c'est la combinaison (combination) où l'individu combine divers éléments de connaissances explicites pour constituer de nouvelles connaissances, explicites elles aussi. La création d'un carnet d'adresse électronique partagé, disponible sur l'application « Ennov » répondra à ce mode de conversion pour notre service social.

**De l'explicite au tacite :** c'est l'intériorisation (internalization) où, peu à peu, les connaissances explicites diffusées dans l'organisation sont assimilées par le personnel. Ces nouvelles connaissances viennent compléter la somme des connaissances dont dispose l'individu. Ceci passe par l'expérience accumulée.

Pour ces auteurs, les connaissances débouchant sur des innovations majeures sont les connaissances tacites, c'est-à-dire les connaissances acquises par l'expérience et difficilement exprimables.

### **5.1.2 Conditions de réussite et obstacles**

Pour Nonaka et Takeuchi il y a cinq conditions qui favorisent la création des savoirs organisationnels: l'intention, l'autonomie, le chaos créatif, la redondance et la variété requise. L'organisation devra fournir le contexte nécessaire pour l'accumulation du savoir individuel, ainsi que pour les activités de groupe.<sup>28</sup>

#### Le concept de « Bâ » : un espace et un temps de création de connaissances<sup>29</sup>

Le concept de « bâ » a été introduit en 1998 par Nonaka et Konno qui le définissent comme un « contexte partagé ». Le « bâ » est ainsi compris comme un espace partagé de relations émergentes entre des individus et entre des individus et leur environnement (Fayard, 2002). Il leur permet de partager du temps et de l'espace ; il peut être physique (le bureau ou des lieux de travail dispersés), mental (expériences, idées, idéaux) ou une combinaison des deux. Pour Nonaka, le « bâ » est le cadre favorable dans lequel peut s'exercer la « spirale de création de connaissances ».

---

<sup>28</sup> A. Bounfour, *opcip*.83-85

<sup>29</sup><http://jean.heutte.free.fr/spip.php?article98>

## **6. La standardisation appliquée au travail social : pertinence ou aberration ?**

Je vous propose à ce stade de revenir sur le cas de notre service social et sur le projet que je coordonne au sujet de la standardisation et de la gestion documentaire des procédures de travail. Une analyse SWOT nous permettra de faire un état des lieux de la situation au service social au démarrage de ce projet, fin 2017. L'objectif est de mettre en lumière les phénomènes ayant un impact sur la qualité de la prise en charge sociale des patients au CHU-Brugmann. Je décrirai la mise en pratique du projet et je ferai ensuite le bilan de cette expérience.

### **6.1 Méthodologie :**

J'ai tout d'abord procédé au recensement des procédures utilisées auprès de 32 collaborateurs, répartis sur 3 sites de l'hôpital (Laeken, Schaerbeek, Neder-Over Hembeek).

Les collaborateurs du service social sont présents dans des services d'hospitalisation et d'ambulatoire très variés : médecine, chirurgie, revalidation, psychiatrie (divers spécialités), gynécologie et maternité, gériatrie, soins palliatifs, consultations générales, consultations psychiatriques. Après ce recensement, dont je décrirai les observations ci-dessous, les collaborateurs ont été invités à participer à des groupes de travail de 5 à 6 personnes en fonction des matières dont ils ont le plus l'expertise. Les groupes de travail ont démarré en mars 2018 et l'objectif fixé par notre hiérarchie est la finalisation de deux procédures par mois. Je reviendrai sur ces groupes de travail dans la phase d'évaluation du projet.

#### Observations :

Je retiens trois aspects des routines de travail :

Tout d'abord, chaque collaborateur du service social mobilise, pour ses spécialités, des matières différentes : la législation sociale générale (assurance maladie, assurance chômage, loi des CPAS,...), l'aide médicale urgente, la réglementation sur l'administration des biens et de la personne, la réglementation sur les mises en observation des personnes atteintes de maladie mentale, les infos et les réseaux en matières de droit des étrangers, en matière d'aide à la jeunesse, la procédure sur les IVG, etc.

Ensuite, en fonction des matières qu'ils traitent le plus régulièrement, les travailleurs sociaux entretiennent des contacts plus ou moins étroits avec un réseau professionnel spécifique : services juridiques spécialisés en droit des étrangers, bureaux d'aides aux victimes, directions de maisons de repos, centres de revalidation, centres de soins de postcure pour les patients de psychiatrie, contacts directs auprès des greffiers des juges de paix, dans les CPAS, collaborations avec des services de soins et d'hospitalisation à domicile, etc.

Enfin, chaque collaborateur dispose d'un « carnet d'adresse » et de documents de travail lui permettant de mettre en route l'une ou l'autre procédure (document de requêtes judiciaires, attestations de demande d'aide sociale, compte électronique pour demande d'aide à la fondation contre le cancer,...).

## Constat

En me basant sur les définitions données plus haut, je tire la réflexion suivante : l'équipe du service social dispose de « connaissances individuelles explicites » importantes. Celles-ci s'expriment sous forme de discours, de métaphores, d'analogies, de représentations schématiques ; ou se matérialisent sous forme de notes personnelles, consignées sur des feuilles volantes, des carnets de notes, des aides mémoires, des ébauches de documents divers structurés ou non, des fichiers informatiques privés. Mais également de « connaissances individuelles tacites » qui se manifestent par des relations, des habilités, des tours de main individuels, des croyances et des comportements partagés (routines, traditions, communauté d'intérêts et de pratiques, connivence, pensée unique,...).<sup>30</sup>

## Contexte

Au démarrage du projet, le service social est dans une période « critique » depuis quelques années: plus de responsable directe (l'équipe dépend directement du N+2), les réunions d'équipes reprennent seulement après de très nombreux mois (très peu d'occasions de rencontre et d'échanges), turn-over et absentéisme de longues durées très important. De plus, l'équipe est fragmentée par sites et par spécialités, ce qui ne favorise l'esprit d'équipe et le partage.

## 6.2 Analyse SWOT

<b>Strength (forces) :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- le service social est une « mine » de connaissances : ensemble et variétés de connaissances et d'expertises dans différentes matières.</li><li>- le partage des connaissances et le développement des compétences sont favorisés par l'institution.</li></ul>	<b>Weaknesses (faiblesses) :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- procédures de travail non-documentées et non-partagées,</li><li>- équipe de travailleurs sociaux « éclatées »<sup>31</sup>,</li><li>- turn-over et absences de longues durées importants → « fuite » de savoirs,</li><li>- transmission basée sur tradition orale, pas de « manuels » pour les nouvelles recrues.</li></ul>
<b>Opportunities (opportunités) :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- outils et méthodes variées disponibles.</li></ul>	<b>Threats (menaces) :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- contexte réglementaire et budgétaire,</li><li>- transformations de la société, législation sociale se complexifie.</li></ul>

<sup>30</sup>[https://www.researchgate.net/profile/Michel\\_Grundstein/publication/46432494\\_De\\_la\\_capitalisation\\_des\\_connaissances\\_au\\_management\\_des\\_connaissances\\_dans\\_l'entreprise](https://www.researchgate.net/profile/Michel_Grundstein/publication/46432494_De_la_capitalisation_des_connaissances_au_management_des_connaissances_dans_l'entreprise)

<sup>31</sup> Hôpital multi-sites, peu de rencontres entre l'ensemble de l'équipe

### 6.3 Illustration

Afin de savoir si le partage des connaissances et la création d'une mémoire organisationnelle pour notre service social permet d'améliorer la qualité de la prise en charge et donc de créer de la valeur pour notre service et l'institution, je prendrai à titre d'exemple, la prise en charge sociale dans le cadre d'une IVG<sup>32</sup> au CHU-Brugmann.

La réglementation sur les IVG n'étant pas le problème. Il s'agit d'une information à la portée de tout travailleur social. Cependant, il existe une « procédure » ou plutôt une routine organisationnelle développée en concertation par les intervenants ayant instauré, à l'époque (il y a plus de 15 ans), ce type de prise en charge dans l'institution.

Cette « procédure » mobilise le travailleur social du service de gynécologie, l'infirmière de gynécologie, le gynécologue, ainsi que les secrétaires de la salle d'opération.

Chacun des acteurs intervient à des moments précis du processus et pour des tâches bien spécifiques. L'assistante sociale est, entre autres, en charge de la programmation de l'intervention auprès du secrétariat après s'être assurée que l'échographie a bien été réalisée par le gynécologue pour dater la grossesse, que les 6 jours de réflexion ont bien été observés,... Une coordination de tous les acteurs est importante, car les IVG étant réglementées tant au niveau du procédé (par médicament ou par curetage en fonction de l'âge de la grossesse) qu'au niveau des délais.<sup>33</sup>

Pour les travailleurs sociaux de l'institution, ce fonctionnement est jusqu'à ce jour connu seulement d'une poignée des collaborateurs (environ 6 sur les 32).

Il est arrivé qu'en période de fêtes de fin d'année, aucun des collaborateurs ayant cette connaissance ne soit présent. Ce genre de situation met à mal la qualité du service proposé aux patientes et ne nous permet pas de répondre pleinement aux missions de l'institution.

De plus, cette attribution a longtemps été entre les mains d'une collègue qui a développé un réseau à l'étranger avec des établissements aux Pays-Bas et en Angleterre vers lesquels il nous était possible d'orienter les patientes qui avaient dépassé le délai légal en Belgique. Lorsqu'elle a quitté l'institution, ces infos n'ont pas été partagées et il a fallu réinvestir du temps et de l'énergie à développer ce type de collaborations.

---

<sup>32</sup> Interruption Volontaire de Grossesse

<sup>33</sup> Délai légal= 12 sem.d'aménorrhée. Myféquine jusqu'à 7 sem . sinon curetage

L'exemple des IVG illustre, selon moi, la pertinence du projet. En effet, le service social doit être en mesure d'assurer de manière continue ses missions et ce indépendamment des personnes qui le composent.

Dans un souci de transversalité, le travailleur social des urgences par exemple, qui rencontre une patiente dans le cadre de violences intrafamiliales peut aussi se voir poser la question de la procédure IVG. Il doit être en mesure de renseigner et orienter correctement la patiente. Cette compétence lui est donc utile au même titre que le collègue de gynécologie.

Avec cet exemple, on comprend plus aisément que l'enjeu de capitalisation des connaissances du service social soit aussi important. En effet, il s'agit de garantir, quelques soient les évènements (départ, absence de longue durée,..) toute perte de savoirs, et ce pour continuer à assurer une qualité et une transversalité de la prise en charge. Toutefois, ne perdons pas de vue que chaque patient, chaque situation sociale est singulière. Il est nécessaire d'avoir une approche adaptée aux spécificités de chacun et à son parcours. Pour cette raison, la prise en charge sociale à l'hôpital ne peut toutefois être complètement planifiée et codifiée.

#### **6.4 Evaluation**

Les groupes de travail destinés à concrétiser le projet mobilisent les collaborateurs deux heures et sont animés par la coordinatrice de projet. L'objectif étant d'extérioriser en partant des connaissances tacites des collaborateurs de l'équipe et de créer des procédures ou routines organisationnelles communes en partageant à la fois les connaissances, les contacts et les documents. Nous avons, au départ, prévu de programmer deux groupes de travail par mois afin de pouvoir finaliser deux procédures sur la même période.

En faveur de notre projet, il y a le fait qu'il entre dans une stratégie institutionnelle d'innovation et de capitalisation des connaissances. La diffusion progressive de la culture du partage des connaissances au sein de l'institution et l'existence d'une application servant de mémoire organisationnelle constituent des atouts. La mise à disposition par la direction des moyens matériels (locaux, matériels,...) pour nous réunir et travailler sur le projet.

Cependant, les obstacles rencontrés sont nombreux : la difficulté à tenir deux rencontres par mois tant pour les participants que pour la coordinatrice du projet, le manque de participation suffisante à ces groupes de travail (à chaque rencontre il manquait au moins la moitié des invités). Les raisons évoquées sont le manque de temps, la difficulté de se rendre d'un site à l'autre, la surcharge de travail en raison des remplacements fréquents à assurer suite à l'absentéisme très fréquent dans l'équipe, l'absentéisme des participants eux-mêmes,...

Après cinq mois de mise en route des groupes de travail, deux procédures ont été finalisées, mais doivent encore être validées par notre direction.

En conclusion, des éléments nous ont, jusqu'à maintenant, manqué pour la réalisation du projet.

Des conditions matérielles de temps et de facilité d'accès à un autre site, ainsi que des conditions

mentales (motivation pour le projet, méfiance,...) ne nous ont pas permis de rencontrer de manière optimale l'objectif de départ. Le rythme fixé était vraisemblablement très optimiste et n'a pas tenu de certains paramètres.

## **Conclusion :**

J'ai essayé de démontrer dans ce travail comment le contexte réglementaire et budgétaire impose aux hôpitaux de se renouveler et d'innover. Ce contexte a suscité au niveau du top-management des hôpitaux un intérêt plus important pour les ressources immatérielles que constituent les connaissances. Les seules ressources/richesses qu'une organisation possède de manière exclusive sont les connaissances accumulées, et plus précisément, les connaissances organisationnelles. D'où le challenge pour les hôpitaux de coordonner la capitalisation des savoirs par diverses approches de gestion telle que la constitution d'une mémoire organisationnelle.

Les enjeux de capitalisation des connaissances à l'hôpital sont nombreux : éviter la fuite des connaissances, ne pas devoir les réinventer en fonction des aléas (turnover, absentéisme de longue durée,...), assurer la qualité des prestations en maîtrisant les durées de séjour et donc les coûts qui en découlent, etc. En bref, assurer la flexibilité de l'organisation et sa valeur.

Le modèle de Nonaka et Takeushi illustre très explicitement la valeur ajoutée au partage des connaissances. Il permet aux institutions de s'approprier de manière progressive les savoirs de leurs membres pour en faire des connaissances organisationnelles qui, comme le rappellent Taskin et Dietrich (2016), sont le plus génératrices de l'avantage concurrentiel. En effet, les nouvelles technologies s'acquièrent et les travailleurs sont nomades, mais les connaissances organisationnelles sont conservées.

Dans ce travail, j'ai appréhendé le « Knowledge management » comme levier de création de valeur pour l'organisation. Cependant, je m'aperçois qu'il crée aussi de la valeur pour les collaborateurs des institutions qui le pratiquent. En effet, il constitue un processus de formation continuée des travailleurs qui, par les interactions organisées, les procédures mises à leur disposition, les expériences partagées ; ils développent des compétences qui les rendront également concurrentiels sur le marché de l'emploi. Il aurait été intéressant de développer cet aspect là dans le cadre d'un travail plus approfondi.

Toutefois, comme nous l'avons vu avec le projet du service social, les conditions organisationnelles ne sont pas suffisantes pour la concrétisation du partage des connaissances. Des conditions socioculturelles (culture d'entreprise, méfiance à l'égard du projet,...) entrent en ligne de compte dans l'atteinte de cet objectif.

## Bibliographie

- Bounfour Ahmed, « Le management des ressources immatérielles : Maîtriser les nouveaux leviers de l'avantage compétitif », Paris, Dunod, année, pp.254
- Cambon Linda, Alla François, « Transfert et partage de connaissances en santé publique : réflexions sur les composantes d'un dispositif national en France », Santé publique 2013/6 (Vol.25), p.758
- Fraisse Stéphane, Robelet Magali et Vinot Didier, « La qualité à l'hôpital : entre incarnations managériales et traductions professionnelles », *Revue française de gestion*, vol. n°146, no.5, 2003, pp.155-166
- Lorino Philippe, « Méthodes et pratiques de la performance : Le pilotage par les processus et les compétences », Ed. d'organisation, p. 401
- Mermoud Marlène « gestion des connaissances et dynamiques d'apprentissage : pour une reconsidération de la mémoire organisationnelle », thèse, Université de Nice [www.strategie-aims.com/events/...gestion-des-connaissances.../download](http://www.strategie-aims.com/events/...gestion-des-connaissances.../download)
- Pascal Christophe, « La gestion par processus à l'hôpital entre procédure et création de valeur », *Revue française de gestion*, vol.n°146, no.5, 2003, pp.191-204
- Taskin Laurent, cours de « Personnel et organisations », UCL 2017-2018
- Taskin Laurent, Dietrich Anne, « Management humain », de boeck supérieur, Louvain-la-Neuve, 2016, pp.227
- [https://www.memoireonline.com/10/06/215/m\\_creation-valeur-entreprise-gouvernance-leviers-financiers2.html](https://www.memoireonline.com/10/06/215/m_creation-valeur-entreprise-gouvernance-leviers-financiers2.html), consulté le 26 mai à 11h15
- [http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/plan\\_approche\\_financement\\_hopitaux.pdf](http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/plan_approche_financement_hopitaux.pdf), consulté le 12 mai 2018 et le 26 mai 2018.
- <https://www.healthcare-executive.be/fr/actualites/socio-professionnel/ziekenhuisnetwerken-en-laagvariabele-zorg-de-block-zet-licht-voor-hervorming-op-groen-op-het-nippertje.html>
- [https://fr.wikipedia.org/wiki/Centre\\_hospitalier\\_universitaire\\_de\\_Bruxelles](https://fr.wikipedia.org/wiki/Centre_hospitalier_universitaire_de_Bruxelles)
- <http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/hopitaux/financement/Pages/default.aspx#.WvahWGiFPIU> consultée le 12 mai 2018.
- [https://www.researchgate.net/profile/Michel\\_Grundstein/publication/46432494\\_De\\_la\\_capitalisation\\_d\\_es\\_connaissances\\_au\\_management\\_des\\_connaissances\\_dans\\_l'entreprise](https://www.researchgate.net/profile/Michel_Grundstein/publication/46432494_De_la_capitalisation_d_es_connaissances_au_management_des_connaissances_dans_l'entreprise), consulté le 28 juillet 2018 et le 29 juillet 2018.

Université Catholique de Louvain  
**FACULTÉ DES SCIENCES ÉCONOMIQUES, SOCIALES, POLITIQUES ET DE  
COMMUNICATION**

Paper sociologique

La rationalisation de l'organisation du travail et la gestion des connaissances en milieu hospitalier

Promoteur : Matthieu de Nanteuil

Remerciements :
-----------------

*Je remercie mon promoteur, le Professeur de Nanteuil, de m'avoir accompagné et conseillé pour structurer ce travail.*

*Je remercie aussi mon institution, le CHU-Brugmann, pour le soutien apporté lors de cette année académique.*

*Je remercie mon entourage pour sa patience et particulièrement Aaron et Camilla d'avoir laissé du temps à leur maman pour travailler sur son projet.*

## Table des matières

Introduction .....	5
1. Le travail social:.....	6
1.1 Les dynamiques de la sociabilité .....	6
1.2 Le « social-assistanciel » : tout un concept ! .....	6
2. Les genèses du travail social.....	7
2.1 Les actions philanthropiques .....	7
2.2 L’institutionnalisation du travail social .....	8
2.3 La professionnalisation du travail social .....	8
3. Sociologie des professions .....	8
3.1 Le concept de « profession » .....	9
3.2 Le concept de groupe professionnel .....	10
4. Les théories de la sociologie des professions .....	11
4.1 Le courant fonctionnaliste .....	11
4.2 Le courant interactionniste .....	12
5. Les travailleurs sociaux comme groupe professionnel .....	13
5.1 L’ingénierie sociale .....	14
6. Le service social dans la division du travail à l’hôpital .....	15
6.1 Le regard d’un interactionniste : Hughes (1897-1983) .....	15
7. Quand le social rencontre le médical .....	17
7.1 Squelette de l’organisation hospitalière.....	17
7.2 Facteurs de contingence.....	18
7.2.1 Cadre financier et réglementaire .....	18
7.2.2 Cadre social.....	19
7.3 Les formes d’organisation du travail .....	19
7.4 La place du service social à l’hôpital.....	20
7.5 Tensions entre deux logiques .....	20
8. La rationalisation, sens et compétence : .....	23
8.1 Rationalisation et sens au travail .....	23
8.2 Rationalisation et compétence .....	24
Conclusion.....	25
Bibliographie .....	27

## **Introduction**

Le secteur des soins de santé connaît depuis quelques années des transformations considérables dans la conception et l'organisation des prestations de soins et ceci en raison de politiques sociales imposant une maîtrise des dépenses des soins de santé. Ces transformations structurelles (sur lesquelles je reviendrai) donnent lieu, aujourd'hui, à de nouveaux cadres de travail, à de nouvelles rationalités guidant la gouvernance des hôpitaux. Ces évolutions ont comme conséquence des mutations importantes sur les métiers des soins de santé.

Le travail social n'est pas non plus épargné par les l'intervention des « politiques ». Prenons pour exemple la loi adoptée par la Chambre en 2017 sur la limitation du secret professionnel des travailleurs sociaux.

Etant assistante sociale de formation et exerçant en milieu hospitalier, je choisis de traiter le sujet suivant : **Comment les nouvelles formes de rationalisation du travail en milieu hospitalier conduisent-elles à des mutations du travail social ?**

L'objectif de ce paper sera de décrire les évolutions, ainsi que les diversifications qu'a connu le travail social tout au long de l'histoire. Je vous proposerai tout d'abord un bref historique de l'évolution du travail social ; de ses prémices à sa professionnalisation.

Nous verrons comment celui-ci entretient un lien étroit avec la problématique du travail, notamment à l'époque industrielle.

Je définirai le travail social à travers le concept du « social-assistanciel » afin de dégager les principes de base qui sous-tendent l'intervention sociale.

Je ferai ensuite une synthèse des différents courants de la sociologie des professions et j'essaierai d'analyser le travail social en milieu hospitalier au travers de l'approche interactionniste.

Enfin, je chercherai à démontrer les points de rencontre et de clivage existants entre le social et le médical et leurs impacts sur les pratiques professionnelles des travailleurs sociaux.

## **1. Le travail social:**

### **1.1 Les dynamiques de la sociabilité**

Pour assurer la subsistance des personnes vulnérables physiquement et/ou économiquement, les sociétés humaines ont déployé diverses formes de sociabilité. Nous verrons que le travail social est une de ces formes. Cette forme de sociabilité sera une réponse à la « question sociale » pendant la période de la révolution industrielle.

Robert Castel (1996) définit la « question sociale » comme une inquiétude sur la capacité de maintenir la cohésion d'une société, une rupture portée par des groupes qui ébranlent la cohésion de l'ensemble.

Cette menace qui pèse sur la cohésion sociale est, d'après l'analyse de Castel, une conjugaison entre la précarité du travail et la fragilité des supports de proximité. Ces supports de proximité étant assurés par ce que Castel nomme le « social-assistanciel ». Cette notion renvoie à une configuration spécifique de pratiques de la sociabilité se distinguant de la sociabilité primaire (liée à son appartenance à un groupe, une communauté, une famille,...). Le « social-assistanciel » repose sur des institutions spécifiques, des instances de prise en charge spécialisées venant renforcer les vulnérabilités des systèmes de sociabilité primaire et la complexification de la structure de la société.

Je vais tenter de décrire comment le « social assistanciel » s'est étendu depuis le milieu du 19<sup>ème</sup> siècle en Occident et comment progressivement il a donné naissance à une profession.

### **1.2 Le « social-assistanciel » : tout un concept !**

Le « social-assistanciel » répond à un certain nombre de caractéristiques formelles. Tout d'abord, c'est une construction d'ensemble de pratiques à fonction protectrice, intégrative et préventive. Il résulte d'une intervention de la société sur elle-même, contrairement aux institutions existant par la tradition et par la coutume. Il correspond à un système de sociabilité secondaire.

Deuxièmement, ces pratiques présentent des éléments de spécialisation et l'exigence d'un mandat délimitant la sphère d'intervention sociale. Ceci renvoie à la professionnalisation de l'intervention sociale.

Troisièmement, le « social-assistanciel » repose sur une technicisation. La pratique du mandat doit être ritualisée, reposée sur des savoirs, des expertises et une technicité propre : des

connaissances sur les populations concernées, les manières de les prendre en charge ou de les exclure de la prise en charge, etc.

Quatrièmement, les pratiques doivent être intra-institutionnelles c'est-à-dire qu'elles répondent à un mandat et à des missions précises.

Enfin, le « social-assistanciel » entretient un lien étroit avec la territorialisation. L'assistance dépend du domicile de secours, il faut donc avoir une place marquée dans la société pour être assisté.

## **2. Les genèses du travail social**

Henri Pascal (2014) situe les prémices du travail social dans la deuxième moitié du 19<sup>ème</sup> siècle (sans qu'une date précise ne puisse être donnée).

Les origines du travail social sont intimement liées aux ravages, en matière sociale, de la révolution industrielle en Europe (Grande-Bretagne, Allemagne, États-Unis, France, Belgique et quelques autres).

En effet, à cette époque, le développement du capitalisme donne lieu à une forte précarisation du prolétariat : susceptibilités accrues au chômage, à la maladie,... De plus, les salaires sont insuffisants pour se loger et il n'existe pas encore de système de protection sociale (H.Pascal, 2014, p.6)

La précarisation du prolétariat devient la question sociale de l'époque.

### **2.1 Les actions philanthropiques**

Face à la précarisation de la classe ouvrière, les formes de sociabilité primaire ne suffisent plus. La société tentera donc de développer d'autres solutions.

C'est ainsi que dans la seconde moitié du 19<sup>ème</sup> siècle, en France notamment, de nombreuses institutions philanthropiques issues de la bourgeoisie catholique vont se mettre en place.

Le catholicisme social a joué un rôle prépondérant dans le développement du travail social. On retrouve encore de nos jours des établissements sociaux (comme la plus connue, la société benévole de St-Vincent existant encore aujourd'hui en Belgique et en France) issus du courant confessionnel.

## **2.2 L'institutionnalisation du travail social**

La charité et la philanthropie ne parviennent pas à résoudre la question sociale de l'époque industrielle.

Peu à peu, en France, l'Etat devient un acteur du social. Il revendique une responsabilité sociale et prône la solidarité. Entre la chute du second Empire et la première guerre mondiale, l'Etat social développera de très nombreuses réformes sociales améliorant les conditions d'existence des personnes les plus pauvres, la classe ouvrière. Cette époque sera marquée par la multiplication de la législation sociale et par l'instauration des cadres institutionnels.

Ainsi, le travail social rompt avec la bienfaisance qui consistait à faire l'aumône. Il s'agit désormais d'introduire des législations et des institutions qui ont pour objectif de transformer les conditions d'existence soit de catégories de population, soit de l'ensemble de la population (Henri Pascal, 2014).

## **2.3 La professionnalisation du travail social**

Au 20<sup>ème</sup> siècle, entre les deux guerres, on assistera à un fort développement des actions sanitaires et sociales et à la naissance de titres professionnels pour les activités de travail social : diplôme d'infirmière visiteuses en 1922 et d'assistantes sociales en 1932 en France.

En Belgique, la première école de service social a été inaugurée le 23 janvier 1920. Durant cette période, les champs et les activités du travail social s'élargissent. Le service social à l'hôpital naît en 1922 en France.

Avec ce développement des champs du travail social, apparaît également une scientificité de l'action sociale. L'expansion du secteur social donnera lieu à de nombreux congrès internationaux sur la question sociale et sur les méthodes et techniques d'assistance.

C'est dans ce contexte que se développent notamment les techniques d'enquêtes sociales qui constituent une démarche d'investigation et des méthodes d'observations en amont de l'action sociale. Les sciences sociales alimenteront les formations des travailleurs sociaux.

## **3. Sociologie des professions**

La sociologie des professions est une synthèse de plusieurs paradigmes issus de courants sociologiques différents : fonctionnalisme, interactionnisme et d'autres.

Ces courants ont émergé les uns par rapport aux autres et ont été réceptionnés de manière différente dans des pays libéraux de type anglo-saxon et des pays, tels que la France, dans

lesquels l'État joue un rôle important dans la régulation et la légitimation des groupes professionnels (Le Bianic, Vion, 2008).

L'intérêt pour moi de m'intéresser aux courants et aux éléments qui fondent une profession est de démontrer en quoi et comment le travail social répond à cette définition.

Comment il trouve sa légitimité dans une structure professionnelle et scientifique tel que l'hôpital ?

### **3.1 Le concept de « profession »**

Comme nous le précise Michel Autès (2013), dans le langage commun, les termes professions et métiers se confondent.

Le premier est lié au rapport salarial, à la hiérarchisation des emplois dans le cadre des relations professionnelles. La profession est du côté de la position sociale, du statut.

Le métier quant à lui est davantage lié au contenu, aux arts de faire. En d'autres termes, le métier renvoie aux tâches et aux compétences.

La profession est une réalité triple qui possède :

- un axe identitaire : subjectif, affirmation du partage d'une certaine vision du rapport au travail, de ses missions et de son sens ;
- un axe économique : objectif, celle de l'activité productrice de revenu ;
- un axe social : collectif, celle de l'appartenance à un groupe défini par un savoir-faire commun (Dubar et Triper, 1998).

Selon Pierre-Michel Menger (2003) « les « professions » constituent (...) une élite de travailleurs dotés de compétences élevées, d'une forte autonomie pour exercer leur activité, en indépendants ou au sein d'une organisation. Elles recourent à un ensemble de règles et de mécanismes de contrôle pour garantir le contenu et la valeur des compétences revendiquées, leur transmission, leur cotation économique, leur prestige social, et la rigueur éthique de leur mise en œuvre. Elles protègent ainsi le monopole d'expertise dont elles se prévalent, et l'autonomie des groupes professionnels qui les constituent ». Pour Carr-Saunders et Wilson (cités dans Dubar, 1998), « les professions impliquent une technique intellectuelle spécialisée, acquise au moyen d'une formation prolongée et formalisée et permettant de rendre un service efficace à la communauté ».

Si l'on se réfère à ces deux dernières définitions, on peut en conclure que les professions répondent à des caractéristiques spécifiques : qualification, compétences, savoir-faire, valeurs ou déontologie, etc.

La profession a acquis, dans le vocabulaire du travail et de l'organisation sociale, quatre valeurs complémentaires :

- elle constitue l'unité élémentaire de la spécialisation des métiers ;
- elle doit être appréhendée comme une fonction distincte dans l'architecture d'une organisation
- elle est inscrite dans un ensemble classificatoire qui catégorise l'ensemble des activités de travail ;
- elle est un marqueur identitaire, qui renseigne, avec précision et parcimonie, sur la position individuelle dans le monde des actifs, et elle se déclare comme un trait constitutif de l'identification sociale. La profession garantirait donc, selon Dubar et Tripier, une certaine unité (Dubar et Tripier, 1998).

Or, certains sociologues comme Anselm Strauss rejettent cette idée d'unité communautaire des professions qui seraient organisées autour des mêmes valeurs. Il les définit plutôt comme « un conglomérat de segments en compétition et en restructuration continue ». Strauss nomme « segments » des groupes qui se constituent à l'intérieur des professions, qui développent des activités spécifiques et se distinguent des autres membres de la profession. Il fait ici référence aux « groupes professionnels » (Fabienne Imbert, 2010).

### **3.2 Le concept de groupe professionnel**

Le concept de groupe professionnel désigne « des ensembles de travailleurs exerçant une activité ayant le même nom, et par conséquent dotés d'une visibilité sociale, bénéficiant d'une identification et d'une reconnaissance, occupant une place différenciée dans la division sociale du travail, et caractérisés par une légitimité symbolique. » (Demazière, Gadéa, 2009).

La sociologie des groupes professionnels est un courant nouveau (2010), développé par Demazière et Gadéa. Il opère une rupture avec les théories classiques fonctionnalistes et interactionnistes que je développerai plus loin.

Ce courant s'est développé dans le contexte français dans lequel les professionnels sont majoritairement des salariés, c'est-à-dire qu'ils sont par conséquent plus ou moins éloignés de la profession libérale à l'origine des théories (fonctionnalistes notamment) des professions.

Aussi, l'intérêt de la sociologie des groupes professionnels est qu'elle permet une extension du domaine d'étude et donc d'étudier des groupes professionnels encore non reconnus puisque soit

émergents, soit problématiques, qui sont restés jusque-là hors du champ de la sociologie des professions.

La sociologie des groupes professionnels s'intéresse au contenu du travail du groupe professionnel : l'objectif ici, sur le plan sociologique, est d'analyser ce qui se passe dans le groupe professionnel en ne perdant pas de vue les spécificités liées au travail. Pour comprendre ce qui permet à une occupation de passer au statut de profession, il faut étudier empiriquement et en profondeur les situations de travail (Demazière et Gadéa, 2009).

Toujours selon les mêmes auteurs, l'autre élément important de la sociologie des groupes professionnels est qu'elle permet de mobiliser la notion de « professionnalisation » pour étudier les dynamiques professionnelles comme « des processus évolutifs, vulnérables, ouverts, instables ».

D'un point de vue sociologique, l'intérêt des groupes professionnels est qu'ils peuvent être analysés selon différentes échelles :

- Au niveau microsociologique: nous éclaire sur les conditions, l'activité de travail, les pratiques professionnelles et comment celles-ci se répandent au sein d'un groupe professionnel.
- Au niveau méso sociologique : met en lumière ce qui au niveau de l'organisation ou des associations professionnelles conduisent les groupes professionnels à se centrer sur une part de leur activité au détriment d'une autre, transformer le cœur de leur activité
- Au niveau macrosociologique : se centre sur la régulation des groupes professionnels et leur rôle dans la société. Comment les contraintes extérieures, les transformations de l'environnement font évoluer le groupe professionnel. (Nadège Vézinat, 2016).

## **4. Les théories de la sociologie des professions**

Deux grandes écoles s'opposent : interactionniste et fonctionnaliste.

### **4.1 Le courant fonctionnaliste**

Ce courant naît en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis dans les années 1920. Ce champ domine la recherche sur les professions jusque dans les années 1960. Le courant fonctionnaliste produit une vision des sociétés où l'ordre et l'harmonie dominent, les entités qui les composent étant liées par des entités fonctionnelles (Florent Champy, 2012).

Les deux grands précurseurs de ce courant sont Talcott Parsons (1937), qui développe une « théorie générale de l'action » visant à dépasser les clivages disciplinaires et à saisir les relations entre personnalité, culture, système social et économie et Robert K. Merton qui

propose un fonctionnalisme « modéré ». Parsons s'inspire des idées de Weber, Marshall, Pareto et Durkheim.

Ce courant s'attache aux processus historiques qui ont conduit certaines occupations à obtenir le statut de profession. La création de cursus académiques, de reconnaissance par l'État, des savoirs - diplômes, « licences », certifications - sont autant de reconnaissances légitimes. Les professionnels obtiennent, par ces processus de professionnalisation, un monopole légal d'exercice de leur activité. En plus d'une formalisation des savoirs, c'est la reconnaissance de ces savoirs par l'État et le public qui va conférer à une profession sa légitimité (N.Vézinat, 2010).

Le courant fonctionnaliste s'est surtout attaché à l'étude des professions « prestigieuses ». En effet, le fonctionnalisme considère que les professions exigent des savoirs de haut niveau acquis lors de formations prolongées. Ils excluent de leur champ de recherche les « petits » métiers. De plus, ce courant défend l'idée d'unité (de valeurs, de pratiques,...) au sein des professions.

Comme le rappelle Florent Champy (2012), « les auteurs fonctionnalistes expliquent, par des nécessités techniques et fonctionnelles, la délimitation des domaines d'intervention des différentes professions et des statuts qui les protègent de la concurrence interprofessionnelle.

Aussi, ils considèrent que le cadre institutionnel procure une certaine autonomie aux professions dans l'exercice de leur pratique ».

#### **4.2 Le courant interactionniste**

Naît dans les années 1950, aux Etats-Unis avec la seconde Ecole de Chicago. Ce courant s'oppose au courant fonctionnaliste et s'exportera, notamment en France où il se développe à partir des années 1980. La sociologie des groupes professionnels est issue de ce courant. L'approche interactionniste s'intéresse à l'étude des processus sociaux. Elle s'attache à étudier l'activité professionnelle comme un processus biographique, mais également identitaire.

Dans cette idée, les groupes professionnels sont des collectifs à l'intérieur desquels les membres d'une même activité de travail tendent à s'auto-organiser, à défendre leur autonomie et leur territoire et à se protéger de la concurrence par l'obtention d'un monopole.

La sociologie interactionniste développe donc ses théories à partir de données empiriques (principe de grounded-theory)<sup>1</sup> notamment par la pratique de comparaison de données soit pour les vérifier, soit pour déduire de nouvelles théories.

Contrairement aux fonctionnalistes, les interactionnistes démentent l'idée d'unité au sein des professions. Ils reconnaissent la diversité des valeurs, des intérêts et des pratiques des membres d'une activité. Cette diversité est vue comme un obstacle à la stabilité des identités professionnelles.

Les travaux de recherche des interactionnistes portent davantage sur les « petits » métiers, méprisés par les fonctionnalistes (F.Champy, 2012).

## **5. Les travailleurs sociaux comme groupe professionnel**

Les travailleurs sociaux représentent un très large panel de professions basées sur des parcours de formations différents. Cette appellation renvoie à des savoir-faire souvent mal définis, difficiles à appréhender et qui semblent être liés à l'institution où ils sont exercés.

Les travailleurs sociaux sont souvent soit des employés du service public ou travaillent dans le monde associatif. Toutefois, les services sociaux intègrent de plus en plus le secteur privé, essentiellement au niveau du service du personnel des entreprises.

« Le travail social permet de recenser une quinzaine de métiers et qualifications en travail social : assistant social, infirmier social, aide médico-psychologique, éducateur spécialisé, technicien de l'intervention sociale et familiale, éducateur technique spécialisé, conseiller en économie sociale familiale, médiateur familial, fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale, ingénierie sociale, directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale, ... » (Sandrine Dauphin, 2009).

Pour ce travail, je m'intéresserai uniquement au groupe professionnel qui compose les services sociaux des hôpitaux belges, à savoir les assistants sociaux et infirmiers sociaux.

On peut déjà à ce stade dégager une première réflexion : il ne s'agit pas de la même profession. En effet, les qualifications, les compétences, les savoir-faire des uns et des autres ne sont pas identiques.

---

<sup>1</sup>Théorie fondée

Les assistants sociaux ont un parcours académiques basés essentiellement sur des matières générales en sciences sociales : droit, psychologie, sociologie, économie, sécurité sociale, etc. Les infirmiers sociaux quant à eux ont une formation d'infirmiers, essentiellement basées sur le médical, à laquelle se rajoute une année de spécialisation en santé communautaire.

Cependant, au sein des hôpitaux belges, assistants sociaux et infirmiers sociaux constituent un seul et même groupe professionnel avec les mêmes missions et le même contenu de travail. De qualifications différentes, ils développent sur le terrain des compétences et des savoir-faire identiques dans le champ du médico-social.

Au sein de ces fourmilières que sont les hôpitaux, le groupe de professionnel qui compose le service social est une minorité. Au CHU-Brugmann, par exemple, il est constitué d'une trentaine de collaborateurs répartis sur 3 sites, comptabilisant au total 2400 ETP<sup>2</sup>. Les enjeux de visibilité et de (re)connaissance sont alors fort présents pour le service-social.

### **5.1 L'ingénierie sociale**

Un « nouveau profil » professionnel dans le champ du travail social prend de l'ampleur depuis une quinzaine d'années, celui de l'ingénierie sociale.

L'ingénierie sociale s'appuie sur des techniques de management pour coordonner divers collectifs professionnels et assurer des fonctions de chef de projet, de chargés de mission, de responsables d'observatoires, d'agents de développement, etc. (Alain Vulbeau, 2011).

Pour Monique Legrand *et al.*(cités dans J-Noel Chopart, 2000), ces fonctions d'expertise et d'encadrement sont les plus significatives des transformations des emplois et qualifications de l'intervention sociale. Ils représentent la naissance d'une nouvelle technostructure. Ces profils tendent à être les vecteurs de pratiques professionnelles fondées sur la quantification et l'évaluation des actions menées sur une méthode de travail formalisée.

Le développement des métiers de l'ingénierie sociale peut s'expliquer par les transformations du modèle de l'action de l'action publique (qui repose sur le « contrat »), mais également par la pénétration dans le champ de l'intervention sociale des logiques institutionnelles au détriment des logiques professionnelles en raison du rapprochement entre décideurs politiques et institutions sociales.

---

<sup>2</sup> Equivalent temp plein

## 6. Le service social dans la division du travail à l'hôpital

### 6.1 Le regard d'un interactionniste : Hughes (1897-1983)

Hughes est issu du courant interactionniste. Il a mené des recherches sur le travail et son environnement afin d'examiner les processus d'acceptation, de tolérance et de valorisation face aux autres. Pour Hughes, les statuts ne sont pas définis à priori, ils naissent de l'interaction des acteurs qui ont des rôles sociaux différents.

Simon Lanher (2016), nous éclaire sur le regard que Hughes porte aux professions.

Chez Hughes, les professions répondent à une structure typique : un savoir ésotérique, un enseignement codifié, une déontologie contraignante, une solidarité entre praticiens, des organisations de représentation et de défense des professionnels. Cette structure renseigne sur *le niveau de professionnalisation* d'une profession et donc sa légitimité auprès du public. Il y a pour Hughes de « grandes » et de « petites » professions. Cette distinction correspondant à la manière dont une profession est perçue par l'opinion publique est ce qui détermine la division du travail selon Hughes. Les « grandes » professions sont celles qui sont les plus avancées dans le processus de professionnalisation. Dans le cas, de l'hôpital, on retrouve tout naturellement dans cette catégorie, le médecin. Sa longue formation universitaire et son expertise lui permettent d'asseoir socialement sa position et lui donnent une légitimité considérable auprès du public. Les « petites » professions sont celles qui ne sont pas allées au bout du développement typique, c'est par exemple le cas de l'accueillante hospitalière.

Hughes distingue également les tâches viles des tâches nobles et développe la notion de « sale boulot ». L'hôpital est un lieu où la division entre tâches nobles et « sale boulot » est observable. On y retrouve des activités ingrates, sales au sens propre du terme - comme les soins de corps aux patients- dispensées par les « petites » professions comme les aides-soignantes.

Cependant, Hughes insiste sur l'idée que toute profession se voit contrainte d'accomplir des tâches viles. Mais les professionnels chercheront à masquer au public les tâches salissantes, immorales ou peu reluisantes, le « sale boulot » (*dirtywork*) afin de continuer à dégager une image flatteuse de leur activité.

*« Les professions de médecin et d'avocat ] ont toujours (...) nécessité une sorte d'alliance, ou du moins de relation, avec les métiers les plus bas et les plus méprisés. (...) Tout comme l'activité de l'avocat appartient à un système qui plonge jusqu'aux enfers du moins respectable et s'étend jusqu'aux limbes de la fourberie et de la violence – ce que l'on peut juger nécessaire sans pour autant l'admirer –, celle du médecin est*

*aussi en contact avec l'univers de l'impur, au sens moral et rituel, mais surtout avec la saleté physique. Là où s'achève son travail commence celui de l'entrepreneur de pompes funèbres (...). Si le médecin jouit d'un grand prestige (...), ce n'est pas tant sui generis qu'en vertu de sa place dans la structure spécifique de la division du travail médical de la période. » (HUGHES E., « Division du travail et rôle social », in *Le regard sociologique*, cité dans S.Lanher, 2016).*

### **Analyse de cas: le regard de Hughes appliqué au service-social à l'hôpital**

Je vous propose à ce stade de mobiliser les concepts de Hughes : grandes et petites professions et « sale boulot » et de les appliquer aux travailleurs sociaux en milieu hospitalier. Je précise que cette analyse repose essentiellement sur mon expérience professionnelle et sur les confrontations de points de vue avec des collègues de mon institution ou d'autres institutions lors de rencontres de groupes de travail.

Dans le paysage hospitalier, le travail social est-il une « grande » ou une « petite » profession ? Si, comme nous l'avons vu dans l'historique, le travail social a été un temps une « occupation » philanthropique, il répond aujourd'hui complètement au concept de profession.

Le processus de professionnalisation selon la typicité de Hughes est totalement applicable aux travailleurs sociaux. En effet, ceux-ci ont bénéficié d'une formation supérieure reconnue, ils possèdent des savoirs et des compétences propres à la profession, ils s'appuient sur un code de déontologie spécifique et sont représentés par un comité de vigilance des travailleurs sociaux.

Toutefois, pour répondre à la question de « grande » ou « petite » profession précisément dans le contexte hospitalier, il me semble important de tenir compte de l'évolution de l'organigramme de l'hôpital et des interactions sociales dans cet environnement. La hiérarchie hospitalière de nos jours s'est fortement alourdie. Des niveaux intermédiaires sont venus se rajouter à la structure traditionnelle : directeur- chef opérationnel- acteur de terrain. On retrouve désormais toute une série de N+ (N+1, N+2,...). Dans ce schéma, multipliant les niveaux intermédiaires, l'autonomie des acteurs de terrain tend à se limiter et leur participation aux orientations stratégiques de l'hôpital est faible.

« Les professions subissent des menaces croissantes susceptibles de remettre en question leur autonomie dans le travail (...). Ces menaces émanent des organisations et du management(...) et des organisations supranationales de régulation d'échanges : pressions économiques, (...), indicateurs (...) bureaucratisation des contextes de travail... » (Florent Champy, 2018).

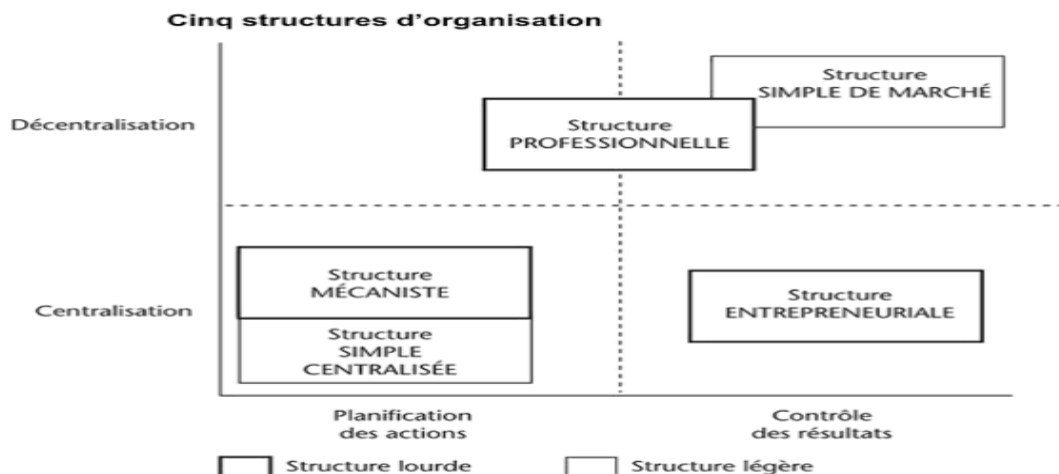
Bien que les travailleurs sociaux constituent une profession à part entière, ils peuvent ressentir un manque de reconnaissance de la part des « grandes » professions. Les « grandes » professions à l'hôpital aujourd'hui, mis à part les médecins, sont à comprendre comme celles qui ont les compétences de diriger et gouverner.

La notion de « sale boulot » peut, dans certaines circonstances, s'appliquer au ressenti des travailleurs sociaux du milieu hospitalier. D'autant que cette notion a évolué. Alors qu'à l'origine le concept de « sale boulot » relevait d'une approche sociologique, étant associé à une souillure physique, sociale ou morale, on reconnaît aujourd'hui qu'il est une construction sociale prenant son sens dans la perception qu'ont des employés quant à la valeur ou à la teinte que les autres attribuent à leur emploi (Pinel et Paulin, 2005 ; Guerrero et Maisy-Marengo, 2012). Les transformations du contexte social et politique d'accès aux soins de santé étant de plus en plus réglementé et contrôlé. Le travailleur social à l'hôpital peut avoir le sentiment de faire un « sale boulot » lorsqu'il enfile sa casquette d'agent de contrôle, c'est notamment le cas lors de la réalisation des enquêtes financières afin de prouver l'indigence du patient.

## 7. Quand le social rencontre le médical

### 7.1 Squelette de l'organisation hospitalière

Florence Osty *et al.* (2007) décrivent cinq types de structures.



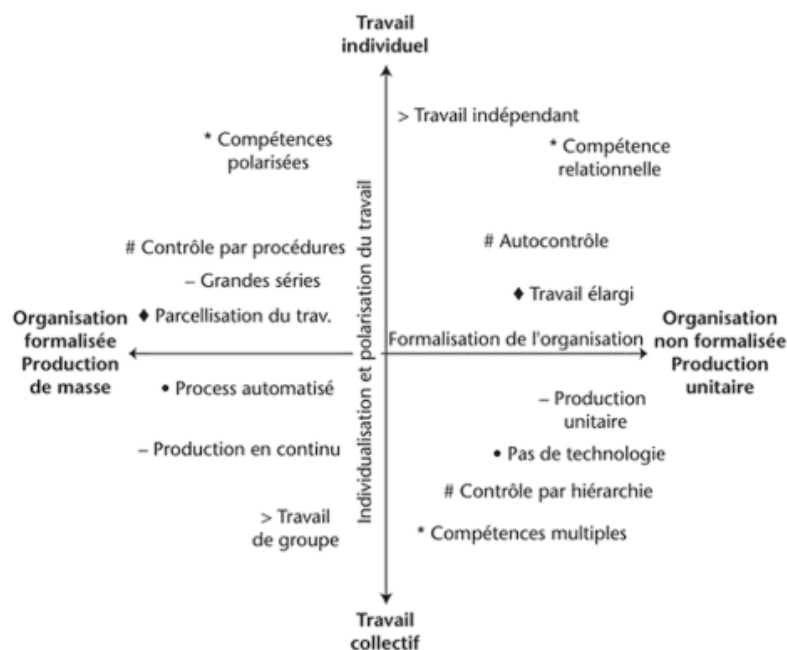
En me basant sur leur analyse, je peux conclure que l'hôpital correspond à une structure professionnelle.

La structure professionnelle se distingue par une hiérarchie structurée et une certaine autonomie et participation aux échelons opérationnels. Une évolution de ce type de structures est

l'introduction récente d'une logique gestionnaire dans l'univers du « métier » qui se traduit par un renforcement des procédures de contrôle de performances en lieu et en place d'un système de contrôle basé sur la planification des actions.

Pour appréhender le cas de l'hôpital et la place du service social en son sein, je m'intéresserai à une autre dimension des situations de travail : l'organisation du travail (division, coordination et contrôle du travail). On peut distinguer différentes logiques d'organisation de travail qui se répartissent sur deux axes majeurs : la formalisation des procédures et l'individualisation du travail.

Ci-dessous, le schéma d'analyse factorielle des paramètres d'organisation d'unités de travail.



## 7.2 Facteurs de contingence

La maîtrise des contraintes d'environnement est une préoccupation généralisée des organisations. Elles doivent tenir compte des évolutions du secteur, mais également des transformations juridiques, sociétales dans lesquelles elles baignent et être en mesure de s'y adapter pour rester sur le marché.

### 7.2.1 Cadre financier et réglementaire

La réforme du paysage hospitalier et du financement des hôpitaux initiée par la Ministre De Block a radicalement transformé le paysage des soins de santé en Belgique.

Des restrictions budgétaires drastiques (réduction des lits « aigus », réduction des durées de séjour, mise en réseau des établissements,...), une mise en concurrence entre les établissements

et un nouveau parcours pour le patient sont d'autant d'éléments imposant aux hôpitaux d'optimiser leur fonctionnement. La réforme a pour objectif de rationaliser l'offre hospitalière, de la rendre moins coûteuse et plus efficace.

### **7.2.2 Cadre social**

Les éléments du contexte social qui selon mes observations ont une influence sur le management des hôpitaux sont de plusieurs ordres.

En premier lieu, la précarisation des patients. L'hôpital public, qui a l'obligation de prodiguer des soins à tous dans le cadre de l'aide médicale urgente, est confronté à bon nombre de patients insolvable : les personnes en séjour illégal, non assurées à la sécurité sociale, les difficultés financières dans les ménages pour diverses raisons,

Aussi, l'accès plus aisé à l'information, l'élévation du niveau d'éducation de la population et le cadre juridique ont comme conséquence un contrôle plus important exercé par le patient sur la qualité des soins. Effectivement, l'entrée en vigueur de la loi sur les droits du patient depuis 2002 avec la possibilité pour celui-ci de consulter son dossier médical, d'avoir accès aux informations concernant le traitement proposé,...sont autant de paramètres qui réduisent l'autonomie des soignants.

En bref, le contexte sociopolitique contraint les hôpitaux à mettre en place de nouvelles formes d'organisation du travail pour répondre à la double contrainte imposé par l'environnement : maîtrise des coûts et qualité des soins.

### **7.3 Les formes d'organisation du travail**

En me basant sur les types d'organisation du travail décrits par F. Osty *et al.* (2007), je vais tenter d'illustrer celle qui s'opère à l'hôpital.

J'annonce qu'il est difficile de dégager un modèle unique, car des éléments de plusieurs formes d'organisation du travail interviennent probablement en raison de la diversité du monde hospitalier. En effet, l'hôpital est la rencontre entre d'une part, une logique gestionnaire et d'autre part, une logique professionnelle. Cette dernière étant elle-même soumise à une diversité de métiers avec leurs caractéristiques et leurs valeurs propres.

Néanmoins, il ressort un modèle dominant d'organisation du travail qui s'applique à l'hôpital dans le contexte actuel. Tout d'abord, l'hôpital se définit par une division du travail extrêmement marquée ce qui rappelle les *organisations rationnelles*: plusieurs directions

(médicale, financière, paramédicale, administrative). La division verticale est très forte : plusieurs niveaux hiérarchiques. Mais, on retrouve aussi une division horizontale basée sur la complémentarité des fonctions. Cependant, l'hôpital de nos jours, présente essentiellement les traits de *l'organisation professionnelle de process*. Celle-ci se caractérise par des interdépendances, des multi-compétences et une organisation procédurière.

Les *organisations professionnelles de process* font l'objet de procédures codifiées, de modes opératoires étant définis dans des « gammes » établies et constamment remis à jour (Osty, Uhalde, 1992).

La logique gestionnaire que subissent aujourd'hui les hôpitaux nous renvoie à ce modèle dans le sens où elle place les interventions des individus dans des logiques de plus en plus rationalisées. La généralisation de la standardisation des procédures et protocoles de travail s'étendent à toutes les professions de l'hôpital. D'autre part, au sein de ces organisations, la professionnalisation des agents intègre la dimension des relations d'équipe, elle s'appuie très fortement sur la coopération horizontale. Le service repose sur l'intervention et la confrontation de différents regards spécialisés. En effet, l'organisation du travail à l'hôpital repose sur la pluridisciplinarité des équipes et la transversalité de la prise en charge entre services.

Les compétences individuelles sont développées grâce à la construction de référentiels communs. Le partage des connaissances et la création de protocoles en sont des leviers. Mais les compétences des agents ne sont pas uniquement techniques, elles nécessitent aussi des compétences relationnelles de coopération. Nous reviendrons sur la notion de compétences ultérieurement.

#### **7.4 La place du service social à l'hôpital**

Dans cette logique d'organisation basée sur la formalisation des procédures, le service social à l'hôpital reste quant à lui régi par une autre logique ; celle de la responsabilité individuelle.

De ce fait, le service social répond davantage au modèle d'*organisation personnalisée*. Ce type d'organisation du travail abandonne le caractère procédurier. L'agent bénéficie d'une grande autonomie dans l'organisation du travail, il a peu recours aux technologies et gère de nombreuses relations. La dimension relationnelle est une composante essentielle de son travail.

L'organisation personnalisée qualifie rarement l'ensemble de l'entreprise, mais est souvent présente dans l'un ou l'autre de ses services.

#### **7.5 Tensions entre deux logiques**

Tout d'abord, notons que le travail social se distingue du médical dans le sens où il ne s'agit pas d'un domaine technique, mais bien d'un domaine où le relationnel prend une place prépondérante. Rationnaliser l'organisation du travail social paraît moins évidente que pour d'autres professions du monde hospitalier.

Mais surtout, comme l'a indiqué Mintzberg « Le professionnel tend à s'identifier plus avec sa profession qu'avec l'organisation où il la pratique »<sup>3</sup>. Il y a donc un clivage entre identité professionnelle et identité institutionnelle. L'identité professionnelle se définit comme la constellation d'attributs, de croyances et de valeurs que les personnes utilisent pour se définir elles-mêmes sur les plans des compétences spécialisées, des habiletés, de l'instruction et de leur emploi (Benveniste, 1987 ; Ibarra, 1999 ; Schein, 1978). L'identité institutionnelle renvoie au fait de s'identifier davantage à l'institution où l'on travaille qu'au métier. Or, la logique gestionnaire des hôpitaux est loin du système de valeurs des travailleurs sociaux. Les travailleurs sociaux ont une identité professionnelle reposant sur un système de valeurs fort : secret professionnel, déontologie, une identification importante au métier et une place centrale accordée à l'utilisateur.

Par ailleurs, dans la dimension relationnelle qu'ils entretiennent avec leur public, l'écoute et l'accompagnement psychosocial constituent des normes professionnelles pour les travailleurs sociaux, davantage encore dans le champ médico-social où la maladie vient fragiliser des situations sociales et administratives déjà précaires. L'écoute et l'accompagnement psychosocial sont d'ailleurs repris dans les missions décrites par le SPF santé publique dans le « guide du travail social à l'hôpital », ainsi que sur les mantras des pages intranet des services sociaux d'hôpitaux. Ils constituent des outils servant à alimenter la construction d'un projet de réinsertion post-hospitalisation qui répond aux difficultés et à la singularité du patient. Or, les nouvelles conceptions des soins de santé et la limitation des durées de séjour à l'hôpital négligent cet aspect fondamental du travail social, car il nécessite un temps certain. Cette norme professionnelle s'accommode difficilement avec une présence brève du patient à l'hôpital, mais aussi avec une rationalisation des activités. L'objectif de maîtrise des durées de séjours conduit à rationaliser le travail à l'hôpital, y compris celui du service social. Parmi les pratiques gestionnaires impactant les travailleurs sociaux hospitaliers, notons par exemple, la tenue de dossiers sociaux informatisés dont sont extraits automatiquement des indicateurs statistiques

---

<sup>3</sup> Cité dans

[http://www.robertholcman.net/public/documents/these/chapitre\\_2\\_hopital\\_analyse\\_strategique\\_organisations\\_these\\_robert\\_holcman.pdf](http://www.robertholcman.net/public/documents/these/chapitre_2_hopital_analyse_strategique_organisations_these_robert_holcman.pdf)

concernant le type d'activités, pour chacune d'elles le nombre de démarches réalisées et les formes d'intervention du service social. Sur base de ces statistiques, la charge de travail et donc la productivité du collaborateur est évaluée. Il y a aussi le renforcement des procédures, c'est-à-dire des processus prédéfinis à appliquer pour répondre à telle ou telle forme de demande sociale. Ces différents éléments renvoient au travail chiffré et objectif. Se pose alors la question de l'instrumentalisation du travail social : est-il envisageable de rationaliser, formaliser toutes les tâches et activités des travailleurs sociaux ?

Comme le précise Michel Foudrait (2007), aussi formelle que soit l'organisation du travail, il existe toujours un déficit de rationalité dans les organisations, des zones peu ou mal réglementées ou les acteurs peuvent agir autrement que dans le strict respect des procédures. L'organisation ne peut décrire tous les comportements à adopter dans telle ou telle situation de travail, ni anticiper tous les aléas. Les individus se saisissent des déficits de rationalité et cherchent à atteindre d'autres objectifs en développant des stratégies. En travail social, des comportements non-formels se justifient ne fût-ce que parce-que certains contextes, certaines situations ne sont que très difficilement définissables et auxquels des modes opératoires prédéfinis ne peuvent toujours répondre.

Aussi, la dimension relationnelle du travail (notamment l'empathie que l'on peut avoir par rapport à telle ou telle situation de patient) conduit les travailleurs sociaux à saisir les déficits de rationalité de l'organisation. Les objectifs peuvent être nombreux : répondre prioritairement à la demande du patient qu'à la demande de l'institution, respecter la déontologie du métier, l'appréciation donnée à la situation,... Le non-conformisme fait penser à la lecture interactionniste qui, comme on l'a vu, définit les groupes professionnels comme des collectifs qui cherchent à défendre leur autonomie. Différentes théories existent sur le recours à des comportements informels alors que le formel est prescrit. D'après l'école des relations humaines, les individus poursuivent des buts qui ne peuvent pas être totalement instrumentalisés. Les motivations multiples des individus se traduisent par des comportements qui sont en décalage avec l'ordre imposé par l'organisation. Deux logiques s'opposent : la logique de rationalité et de l'efficacité à laquelle correspondent les règles et les structures et la logique des sentiments à laquelle correspond des comportements apparemment irrationnels. Formel et informel constituent deux faces opposées, mais irréductibles du phénomène organisationnel (M.Foudrait, 2007).

## **8. La rationalisation, sens et compétence :**

### **8.1 Rationalisation et sens au travail**

La rationalisation à l'hôpital s'exprime de différentes manières. Tout d'abord comme nous l'avons vu, on y retrouve une division verticale du travail très marquée.

On reconnaît par là les traits de l'OST avec les concepteurs d'une part (technocrates et gestionnaires) et les exécutants d'autre part (les professionnels de terrain). Un contrôle du temps et des rythmes qui se manifeste par des pressions sur les équipes autour du respect des durées minimum de séjour, de l'occupation optimale des lits, des indicateurs de productivité basés sur des statistiques pour les différentes professions y compris le travail social. Il y a aussi, comme le fait remarquer Marie-Chantal Pouchadon (2017), le renforcement des écrits et des procédures comme pour contrôler les comportements. Ces pratiques de rationalisation ont pour objectif de répondre à la double contrainte qu'ont les hôpitaux : maîtrise des coûts et qualité de la prise en charge.

Si en effet, ils permettent de rencontrer le premier objectif par l'optimisation des durées de séjour (grâce à la standardisation des protocoles) et l'occupation des lits, en ce qui concerne la qualité, la littérature consultée à ce sujet est moins précise. La prise en charge des patients constitue un processus, mais les caractéristiques personnelles des patients (pathologie, âge, état psychologique, culture,..) et de leur entourage définissent des formes de prises en charge différentes (Etienne Minivelle, 1999). C'est ce qui correspond à la trajectoire. Même si l'anticipation de combinaisons spécifiques d'étapes, fondée sur des bases scientifiques, permet d'atteindre dans une certaine mesure la qualité des prises en charge, la complexité de l'être humain, n'en fait pas une garantie. D'autre part (mais ce ne sera pas l'objet de ce travail), il serait intéressant de définir les critères de qualité pour les différents acteurs de l'hôpital : gestionnaires, professionnels, patients.

Avec l'ampleur de ces pratiques de rationalisation les travailleurs sociaux trouvent-ils encore du sens à leur travail ? La rationalisation laisse-t-elle encore place à l'autonomie et à l'accompagnement individualisé pour les travailleurs sociaux ?

Dans une étude réalisée par Marie-Laure Pouchadon (2017) - faisant la synthèse d'une démarche participative menée auprès de travailleurs sociaux pendant deux ans - il en ressort notamment que ceux-ci ont le sentiment que les données quantitatives et circonstanciées deviennent aux yeux des sphères directionnelles les seules formes de visibilité du travail social. Il en découle chez les travailleurs sociaux un sentiment de déperdition et de méconnaissance de

la réalité du travail qualitatif engagé au quotidien. La crainte est que cette logique gestionnaire ne finisse par provoquer une déqualification professionnelle et la montée en force des pratiques purement exécutives.

## **8.2 Rationalisation et compétence**

Un autre axe des logiques gestionnaires concerne, la rationalisation des compétences. La compétence est un élément clé, facteur de régulation pour tous les types d'organisation. La compétence correspond à la capacité à mobiliser des capacités théoriques et empiriques à bon escient (F.Osty et al.). Dans ce sens, les activités de création de modes opératoires, de codification des protocoles et procédures de travail prennent tout leur sens. Dans le cas de l'hôpital, elles reposent de plus en plus sur des pratiques de partages des connaissances visant à mettre en commun les savoirs et l'expérience pour développer les « bonnes pratiques ». Ainsi, l'hôpital s'assure une certaine flexibilité fonctionnelle puisque ces « bonnes pratiques » sont reprises dans des référentiels ou sur un support de mémoire organisationnel accessible et utilisable par tous les collaborateurs. Mais la compétence est avant tout ce que l'organisation définit comme telle, ce qu'elle estime être nécessaire à la performance (L.Taskin, A.Dietrich, 2016).

La compétence repose sur au moins trois dimensions : cognitive, sociales (ou relationnelle) et organisationnelle (F. Osty *et al.*2007).

*La dimension cognitive d'interprétation des situations* : si l'on s'intéresse à la relation entre l'individu et son travail, il en ressort que l'absence des modes opératoires a comme conséquence une implication cognitive dans la situation. Cela signifie que l'individu doit être capable de faire des ajustements entre une demande personnalisée et une catégorie abstraite, un principe général. Il doit réaliser une dynamique cognitive qui se traduit par une série d'opérations mentales de comparaison, d'analogie et de rapprochement pour produire une décision rationnelle. Réaliser un ajustement de qualité en l'absence de mode opératoire fait partie de la compétence de l'agent. Cette dimension cognitive est essentielle à l'hôpital, car elle permet de tenir compte de la trajectoire (déjà abordé plus haut). « Chaque patient suit au sein du système hospitalier une *trajectoire propre* qui ne se réduit pas au cours naturel de la maladie, mais qui est la résultante complexe des interactions des différents acteurs participant à la prise en charge de cette maladie, des actions qu'ils entreprennent pour tenter d'en maîtriser le déroulement et l'évolution naturelle » (Christophe Pascal, 2003).

*La dimension sociale de l'interdépendance* : cette dimension concerne l'interdépendance des spécialités techniques. Cette obligation de coopération rompt l'isolement des individus. L'effort de coopération sous-tend une dynamique sociale qui dépasse la rationalité instrumentale. La coopération raisonnée est une réponse collective à une situation de risque, le groupe devenant un moyen au service de l'individu pour maîtriser son angoisse (C. Dejours, 1980). La coopération renvoie à un mode de définition du travail fondé sur une éthique de l'efficacité et de la maîtrise technique. A l'hôpital, cette compétence correspond à la capacité qu'ont les professionnels d'agir en équipe, la capacité de solliciter l'expertise d'un confrère spécialisé dans une discipline soit différente, soit similaire à la leur.

*La dimension organisationnelle d'une compétence « enrichie »* : cette dimension concerne les organisations où l'efficacité gestionnaire est constitutive des pratiques professionnelles des opérateurs notamment en ce qui concerne la gestion des délais et des coûts. Dans ces organisations, on assiste à une évolution de la division du travail entre des exécutants chargés de la réalisation de la production et le management qui veille à l'optimisation des ressources. Intégrer des impératifs gestionnaires (délais, atteinte d'objectifs de productivité, ...) dans le travail des opérateurs/exécutants à une incidence directe sur les résultats économiques de l'entreprise. Cette vision de la compétence vise une normalisation des comportements. L'optimisation des ressources peut aussi se comprendre en termes de ressources humaines et donc de compétences et connaissances dont elles disposent. Les compétences sont inventoriées, déclinées et rangées dans des référentiels. Cette approche favorise une vision abstraite et universaliste de l'Homme au travail. Il est conçu comme un agrégat de connaissances permettant la gestion (L. Taskin, A. Dietrich, 2016).

## **Conclusion**

Tout au long de ce paper, j'ai essayé d'illustrer les différentes logiques qui ont guidé le travail social à travers l'histoire. La revue de la littérature nous a montré que ce champ professionnel n'est pas resté imperméable aux transformations de son environnement. Pour répondre à ma question de recherche « *Comment les nouvelles formes de rationalisation du travail en milieu hospitalier conduisent-elles à des mutations du travail social ?* », je reprendrai les 3 échelles d'analyse proposées par la sociologie des groupes professionnels. On constate, en effet, des mutations du travail social à différents niveaux. Ces mutations s'appliquant au contexte institutionnel de ceux exerçant en milieu hospitalier.

- Tout d'abord au niveau microsociologique : le travail social connaît des transformations dans les approches et les pratiques professionnelles. D'une logique d'assistance sociale, en passant par une logique d'accompagnement social, le travail social a évolué de nos jours vers un principe d' « empowerment » des usagers.
- Deuxièmement, au niveau mésociologique : on assiste à des transformations des profils et des compétences des travailleurs sociaux avec l'accroissement depuis environ une quinzaine d'années des métiers de l'ingénierie sociale, se centrant sur des missions de gestion, éloignés du terrain.
- Enfin au niveau macrosociologique : le contexte réglementaire et financier, mais également, le public changeant ; d'une part plus précaire, mais aussi plus « contrôlant » poussent les institutions dans lesquelles exercent les travailleurs sociaux à exiger de ces derniers d'adapter leurs actions et de justifier leurs activités au travers d'indicateurs chiffrés.

Malgré tout, il ressort une certaine méfiance à l'égard des pratiques de rationalisation du travail par les travailleurs sociaux. Leur identité professionnelle, constituée de valeurs fortes et humanistes, continue à vouloir placer la dimension relationnelle et l'utilisateur au centre de la pratique et à combattre une (totale) instrumentalisation de l'intervention sociale.

De plus, les principes qui sous-tendent le « social-assistanciel », définis par Castel, restent aujourd'hui encore les fondements de l'intervention sociale. Le travail social évolue, mais ne se perd pas !

Je reconnais toutefois deux limites à mon travail. La première est qu'il ne comporte pas d'études empiriques. Je crois qu'il aurait été intéressant d'interroger les gens de terrain et de voir dans quelle mesure les pratiques rationnelles constituent des normes professionnelles auxquels ils se réfèrent. A quels niveaux les placent-ils par rapport aux principes qui sous-tendent le travail social ? La deuxième est relative au lien entre rationalisation et qualité des prises en charge en milieu hospitalier. Une étude plus approfondie aurait peut-être permis de dégager des éléments de réponses concrets à cette question venant légitimer ou infirmer le discours managérial des hôpitaux.

## Bibliographie

- Autès Michel, « Les paradoxes du travail social », collection Santé social Dunod, Paris, 2013,p.336
- Castel Robert, « Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat », Fayard, Paris, 1996, pp.474
- ChampyFlorent, « La sociologie des professions », Presses universitaires de France, 2012, pp.336.
- Chopart Jean Noel « Les mutations du travail social : dynamique d'un champ professionnel », 2000, URL : [https://www.persee.fr/doc/caf\\_1149-1590\\_2000\\_num\\_62\\_1\\_930](https://www.persee.fr/doc/caf_1149-1590_2000_num_62_1_930)
- Dauphin Sandrine, « Le travail social : de quoi parle-t-on ? », Informations sociales, 2009/2 (n° 152), p. 8-10. URL : <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2009-2-page-8.htm>
- Demazière Didier et Gadéa Charles, « Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis », La Découverte, coll. « Repères », Paris, 1995, 2006, pp.464, p-13-24
- Dietrich Anne, Taskin Laurent, « Management humain », de boeck supérieur, Louvain-La Neuve, 2016, pp.227
- Foudrait Michel « Sociologie des organisations : La pratique du raisonnement », Pearson Education France, Paris,2007,pp.372, p.57-59
- Henri Pascal, « La naissance du travail social (fin XIXe siècle-1913) », Histoire du travail social en France. De la fin du XIXe siècle à nos jours, sous la direction de Pascal Henri. Presses de l'EHESP, 2014.
- Imbert Fabienne, « Qui sont les travailleurs sociaux ? Sociologie des professions », Les Cahiers Dynamiques 2010/3 (n° 48), pp.128-136, p. 134
- Lanher Simon,« L'estime professionnelle selon E C. Hughes », *Terrains/Théories* [En ligne], 4 | 2016, mis en ligne le 19 août 2016, consulté le 18 juillet 2018. URL : <http://journals.openedition.org/teth/694> ; DOI : 10.4000/teth.694
- Menger Pierre-Michel : « Les professions et leur sociologie », Ed.de la Maison des sciences et de l'homme, Paris, 2003, consulté le 25 juin 2018. URL : <https://books.openedition.org/editionsmsmh/5715?lang=fr>
- Minvielle Etienne. Les politiques d'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital. Quel fondement organisationnel ?. In: *Politiques et management public*, vol. 17, n° 4, 1999. pp. 59-84. [www.persee.fr/doc/pomap\\_0758-1726\\_1999\\_num\\_17\\_4\\_2252](http://www.persee.fr/doc/pomap_0758-1726_1999_num_17_4_2252)
- Osty Florence, Sainsaulieu Renaud, Uhalde Marc, « Les mondes sociaux de l'entreprise : penser le développement des organisations », Collection « Entreprise et Société », 2007, pp.408, p.7-50
- Pascal, C. (2003). La gestion par processus à l'hôpital entre procédure et création de valeur. *Revue française de gestion*, n° 146,(5), 191-204. doi:10.3166/rfg.146.191-204.
- Pouchadon Marie-Laure: « Evolutions des pratiques d'intervention et des pratiques professionnelles des travailleurs sociaux », *Revue Sciences et actions sociales*, n°7 (en ligne), année 2017mis en ligne le 3 mai 2017, consulté le 03 août 2018 , URL : <http://www.sas-revue.org/index.php/n-conception/41-n-7/dossiers-n-7/actes-n7/114-evolutions-des-principes-d-intervention-et-des-pratiques-professionnelles-des-travailleurs-sociaux>
- Vezinat Nadège, « Une nouvelle étape dans la sociologie des professions en France. Bilan critique autour des ouvrages de Didier Demazière, Charles Gadéa (2009) et Florent Champy (2009) », *Sociologie*, 2010/3 (Vol. 1), p. 413-420. DOI : 10.3917/socio.003.0413. URL : <https://www.cairn.info/revue-sociologie-2010-3-page-413.htm>
- Vulbeau Alain, « Contrepoint – L'émergence de l'ingénierie sociale », Informations sociales, 2011/5 (n° 167), p. 51-51. URL : <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2011-5-page-51.htm>
- [https://fr.wikipedia.org/wiki/Everett\\_Hughes](https://fr.wikipedia.org/wiki/Everett_Hughes) (Florent Champy, 2012)<sup>4</sup>

- Discours du Ministre socialiste de la justice, Emile Vandervelde lors de l'inauguration de l'École centrale (temporaire) de service social de Bruxelles, le 23 janvier 1920
- [http://www.robertholcman.net/public/documents/these/chapitre\\_2\\_hopital\\_analyse\\_strategique\\_organisations\\_these\\_robert\\_holcman.pdf](http://www.robertholcman.net/public/documents/these/chapitre_2_hopital_analyse_strategique_organisations_these_robert_holcman.pdf)

Note d'articulation : La rationalisation de l'organisation du travail et la gestion des connaissances en milieu hospitalier.

## **Introduction**

J'ai essayé de démontrer dans les deux papers réalisés, comment le contexte environnemental pousse l'organisation hospitalière à devoir adapter ses pratiques de management et faire preuve d'innovation dans son organisation du travail. Afin d'atteindre la performance, l'hôpital généralise la rationalisation de l'organisation du travail à tous les domaines de la prise en charge hospitalière afin de se prémunir des « événements indésirables », telles que les erreurs humaines coûtant de l'argent et impactant la qualité de la prise en charge, mais également afin de pouvoir s'adapter aux aléas dû aux ressources humaines : turnover important et absentéisme de longue durée. Dans le cadre de ces deux préoccupations, des pratiques sont au centre du management à l'hôpital : la standardisation des processus de travail et la constitution d'une mémoire organisationnelle favorisées par des pratiques de partages des connaissances.

Rappelons que l'organisation hospitalière est *une organisation professionnelle de process* (selon F. Osty et al) ou une bureaucratie professionnelle (selon Mintzberg). Les traits essentiels de ce type d'organisation s'expriment notamment par un haut degré de formalisme, de modes opératoires prédéfinis, mais également une division du travail verticale très marquée. En tant que bureaucratie, les hôpitaux sont attentifs à la formation et au développement de leurs membres constituant des ressources intangibles. Une attention toute particulière est alors portée au management des connaissances.

## **La rationalisation contemporaine du travail**

La rationalisation contemporaine du travail s'appuie sur les mêmes principes que le taylorisme, mais c'est s'exprime sous des traits modernes.

### **Séparation conception-exécution**

Bien plus qu'avant, la conception du système est la grande affaire de l'encadrement (Boyer & Durand, 1998, p. 95). Mais de nos jours, le travail de conception associe le travailleur par des techniques de gestion participative, de coopération pour l'amélioration du processus de production. Ce que le travailleur communique contribue à la collecte, au traitement et à la coordination des savoir-faire (*knowledge management*), cédant ainsi aux directions

d'entreprise les bribes de leur propre chaîne de montage (Schméder, 2003).<sup>5</sup> Cette description illustre le procédé mis en place au service social du CHU-Brugmann pour le projet de standardisation et de gestion documentaire des procédures de travail. Un projet défini dans son contenu et dans sa forme par le management et « proposé » aux collaborateurs de terrain. Le projet pour le service social rentre dans le cadre d'un projet organisationnel d'amélioration de la qualité des prises en charge et de la capitalisation des connaissances qui devrait se concrétiser par la création d'une mémoire organisationnelle. La gestion participative dans ce cas s'exprime par la constitution de groupes de travail pour l'élaboration de procédures s'appuyant sur les expertises de la trentaine de collaborateurs dans des matières très variées. Ainsi, l'hôpital devrait pouvoir de faire face aux situations de turn-over et d'absentéisme très fréquents dans l'équipe.

Taylor soulignait déjà le rôle de l'initiative et de la coopération des travailleurs dans l'amélioration du processus de production. Ce qui est nouveau c'est que le manager post-taylorien s'inspire non du savoir-faire de l'ouvrier isolé, mais du savoir-faire né de la coopération immédiate entre les travailleurs, du savoir-faire collectif. Le rendement de la coopération, du travail collectif ne résulte plus de la sommation de ses parties individuelles mais de la qualité des échanges et de la communication, du dynamisme de la coopération entre les opérateurs (Baronian, 2013).

Comme je l'ai décrit dans le paper de sociologie, *l'organisation professionnelle de process* s'appuie non seulement sur les compétences techniques de ses membres, mais favorise de la même manière les compétences relationnelles de coopération. Dans le cas de l'hôpital, la pluridisciplinarité des équipes en est l'illustration. C'est cette capacité de collaboration qui permet à l'organisation d'être compétente. « Là où primait l'efficacité de l'opération, note-t-on, prime l'efficacité de l'inter-opérations » (Veltz&Zarifian, 1993, p. 15).

Malgré que la compétence puisse s'apprécier de différentes manières (notamment au travers des dimensions cognitives, relationnelles), la revue de la littérature semble démontrer que l'organisation met surtout l'accent sur la compétence organisationnelle. Toutes les facultés que le travailleur mobilisera au cours de son activité seront évaluées suivant leur conformité avec les objectifs et les résultats prescrits à l'avance par le management (Koshi,

---

<sup>5</sup>Laurent Baronian, « L'âge du nouveau taylorisme », *Revue de la régulation* [En ligne], 14 | 2e semestre / Autumn 2013, mis en ligne le 12 décembre 2013, consulté le 06 août 2018. URL : <http://journals.openedition.org/regulation/10324> ; DOI : 10.4000/regulation.10324

1994).L'exploitation du travail social (au sens de Durkheim) passe désormais par l'appropriation d'un sur-savoir que le management cherche à mobiliser en permanence (Laville, 1993, p. 32).

« Cela signifie que le management exproprie un savoir résultant de la combinaison des savoirs mobilisés par les individus travaillant en coopération. Le sur-savoir est une force productive sociale qui ne coûte rien à l'ouvrier pas plus qu'il ne coûte au capitaliste qui se l'approprie en tant que simple possesseur des moyens de travail. Bref, le savoir qui intéresse le manager n'est pas celui que l'individu isolé porte en lui, ni même le savoir qu'il met en œuvre dans son travail, mais le savoir généré par le travailleur collectif, indissociable des conditions objectives et de l'environnement dans lesquels s'accomplit le procès de production ».<sup>6</sup>

## **Guider les comportements**

Nous l'avons vu (dans le paper de gestion) , si elle constitue un avantage concurrentiel, la construction d'une mémoire organisationnelle est bien plus complexe que le simple stockage de savoirs ou de connaissances. Il s'agit un d'un véritable processus, passant par la culture d'entreprise et devant aboutir à un changement dans les comportements de travail.

Les « pratiques discursives prennent corps dans des ensembles techniques, dans des institutions, dans des schémas de comportement, dans des types de transmission et de diffusion, dans des formes pédagogiques qui à la fois les imposent et les maintiennent » (Knights et Morgan, 1991; Giroux, 1997). Elles portent en elles des normes de comportement. Les stratégies adoptées par les travailleurs, que j'ai tenté d'illustrer avec l'échec des groupes de travail dans le cadre de la standardisation et la gestion documentaire des procédures du service social au CHU-Brugmann, sont des indices nous rappelant le refus de conformité aux normes institutionnelles. Ces résistances ne sont pas sans fondement, sans explication. Elles laissent transparaître la question du sens au travail. Sainsaulieu (1977) rappelle que le sens au travail est producteur d'identité. Pour lui, le sens au travail varie selon les métiers, il faut tenir compte des contenus de métiers ; à savoir des activités précises, plus ou moins nombreuses,

---

<sup>6</sup>Laurent Baronian, « L'âge du nouveau taylorisme », *Revue de la régulation* [En ligne], 14 | 2e semestre / Autumn 2013, mis en ligne le 12 décembre 2013, consulté le 06 août 2018. URL : <http://journals.openedition.org/regulation/10324> ; DOI : 10.4000/regulation.10324

plus ou moins qualifiées, mobilisant plus ou moins de compétence, dans des environnements plus ou moins stimulants.<sup>7</sup>

J'ai aussi, dans ce travail, développé le fait que les professions du champ du travail social place leur identité professionnelle avant l'identité institutionnelle. Dans ces conditions, on comprend davantage les résistances à l'égard des pratiques discursives.

### **La qualité : une question de représentations**

Les pratiques de rationalisation de l'organisation du travail, dans le cas de l'hôpital, entrent dans une stratégie organisationnelle autour du développement de la qualité des soins et de minimisation des coûts (maîtriser les enveloppes gouvernementales). Obtenir l'implication des travailleurs suppose que les managers et les gens du terrain parlent le même langage, qu'ils aient la même conception de la qualité. Dans cette perspective, l'analyse des « façons de parler de la qualité » dans les établissements de santé peut nous permettre de cerner la façon dont les mobilisations collectives se développent autour de la qualité dans les établissements de santé<sup>8</sup>.

Mais ce principe de qualité n'est-il pas utilisé par les organisations pour combler le manque de sens au travail imposé par des appréciations essentiellement portées sur des aspects objectifs du travail tels les indicateurs, la charge de travail, la productivité, etc ?

Le principe de qualité constitue un levier de motivation au travail, il affecte directement le sens que l'on donne au travail. Mais les critères de qualité imposés par les processus de normalisation ne rejoignent pas vraiment ceux auxquels le travailleur accorde de l'importance. La qualité normée est celle relative au coût du produit, elle s'immisce dans des secteurs d'activité dont elle pervertit les finalités, comme le secteur de la santé<sup>9</sup>

Pour obtenir une mobilisation collective autour de la qualité des soins à l'hôpital, il faut s'intéresser à la traduction qui en est faite. Celle-ci peut s'appuyer sur une mobilisation du langage de la qualité qui ne correspond pas nécessairement « mot pour mot » à celui des textes écrits mais intègre les représentations et les aspirations parfois divergentes des opérateurs. La traduction est conduite par des acteurs particuliers que sont les « traducteurs ». Dans ce cas, l'analyse des façons de parler de la qualité dans les établissements de santé peut

---

<sup>7</sup> L. Taskin, A. Dietrich, « Management humain », De Boeck Supérieur, 2016, p.119

<sup>8</sup> Stéphane Fraisse et al., « La qualité à l'hôpital : entre incarnations managériales et traductions professionnelles », 2003

<sup>9</sup> L. Taskin *et al.*, *opcit*

nous permettre de cerner la façon dont les mobilisations collectives se développent autour de la qualité<sup>10</sup>.

## Conclusion

Les enjeux autour de la création de valeur dans les organisations hospitalières sont importants. Ceux-ci s'organisent autour de pratiques visant à innover. Le grand challenge pour les hôpitaux reste l'implication des travailleurs dans ces changements. Le discours managérial doit pour cela parvenir à atteindre les représentations des travailleurs portant sur le fonctionnement idéal de l'organisation, sur le rôle de chaque acteur dans le changement, c'est ce qui correspond au modèle d'action collective, et sur un ensemble d'outils de changement (Vinot, 1999,2001).

## Bibliographie

- Baronian Laurent, « L'âge du nouveau taylorisme », *Revue de la régulation* [En ligne], 14 | 2e semestre / Autumn 2013, mis en ligne le 12 décembre 2013, consulté le 06 août 2018. URL : <http://journals.openedition.org/regulation/10324> ; DOI : 10.4000/regulation.10324
- Fraisse, Stéphane, Magali Robelet, et Didier Vinot. « La qualité à l'hôpital : entre incantations managériales et traductions professionnelles », *Revue française de gestion*, vol. n° 146, no. 5, 2003, pp. 155-166.
- Taskin Laurent, Dietrich Anne, « Management humain », de boeck supérieur, Louvain-la-Neuve, 2016,pp.227

---

<sup>10</sup> Stéphane Fraisse *et al. opcit*