

# Les coalitions dominantes, conditions initiales et processus émergent : Application au secteur hospitalier.

*Jean-Pascal PIERMÉ*

(Directeur JP3B Conseil, Professeur associé à l'IAE de Lille)

&

*Frédéric WACHEUX*

(Maître de Conférences à l'Université de Paris I)\*

## RÉSUMÉ

*Ce travail inductif propose une représentation du phénomène de coalition dominante, sur la base de trois cas contrastés dans l'univers hospitalier. Les concepts de polyarchie différentielle, d'autocratie et de collectivité caractérisent les situations et une typologie des comportements individuels dans le jeu collectif est proposée. Le processus de décision révèle les fonctionnements réels internes à l'organisation et se traduit par une cristallisation des relations entre les acteurs.*

**MOTS-CLÉS :** MANAGEMENT - ORGANISATION - ACTEURS - COALITION DOMINANTE

Observer une organisation dans « la mise en scène de la vie quotidienne » [Goffman, 1974] montre la réalité des processus de décisions et des jeux de pouvoirs. À partir des situations de gestion à l'intérieur de l'organisation et des interrelations foisonnantes, il est possible de repérer les « règles du jeu » fixées historiquement par un groupe dominant. Cet article explore comment certains acteurs s'érigent en coalition dominante, et comment ils arrivent à maintenir cette situation en accaparant le rôle de promoteur – défenseur de l'organisation.

L'observation des situations concrètes montre qu'elles ne recouvrent pas forcément les structures formelles. Dans cet état d'esprit, **une coalition dominante**

**régit l'organisation lorsqu'une cristallisation instable permet, à un ou quelques acteurs, de dominer la structure et d'orienter les choix stratégiques, managériaux et humains.** Elle porte le projet de l'organisation et les autres l'acceptent comme tel. Ce mécanisme structure le processus de décision et remet en cause les conditions de l'efficacité et de l'efficience de l'organisation. La gestion des hommes, dans une logique fonctionnelle, ne dispose pas des outils et des instruments susceptibles de restituer cette réalité pour la gérer.

La coalition dominante :

- Porte l'idéal-type identitaire de l'organisation et tente de le transmettre aux autres membres ;

- Délègue certains projets organisationnels, à condition de conserver un contrôle centralisé de la décision ;

- Se sent responsable de l'organisation et a la volonté de la défendre pour accroître le succès.

Ce travail inductif propose, sur la base de trois cas contrastés dans l'univers hospitalier, une représentation de ce phénomène. Ils ont été observés lors de la mise en oeuvre du projet d'établissement <sup>(1)</sup>, moment d'instabilité favorable pour l'aviver. Les concepts de polyarchie différentielle, d'autocratie et de collectivité coopérative caractérisent les situations et une typologie des comportements individuels dans le jeu collectif est proposée. Les trois cas ont été choisis en fonction d'une représentativité théorique [Glaser & Strauss, 1967], pour représenter la variabilité des situations où une coalition dominante agit.

À partir de cette observation, il s'agit de comprendre et d'expliquer, les conséquences organisationnelles et humaines de l'existence d'une coalition dominante. Intégrer les logiques informelles de régulation de la coalition dominante pour définir une politique de GRH apparaît comme une condition nécessaire, mais non suffisante, pour accroître l'implication des hommes dans l'organisation. Au delà de ces particularités du secteur hospitalier, deux hypothèses conclusives sont proposées pour aborder les situations cliniques dans les entreprises.

## 1. CONSTATS EMPIRIQUES ET QUESTIONNEMENT

Un centre hospitalier concorde avec la bureaucratie professionnelle, telle que Mintzberg [1982] la définit. La normalisation des compétences et la spé-

cialisation horizontale structure l'organisation dans un cadre réglementaire strict. Mais naturellement, des zones d'incertitudes importantes laissent une autonomie suffisante aux acteurs pour déployer une stratégie individuelle. C'est dans les interstices non – structurés des relations interindividuelles que la coalition dominante émerge.

### 1.1. DES MÉCANISMES INFORMELS...

Les éléments descriptifs de la structuration du pouvoir dans l'hôpital dans les trois contextes (Tableau 1) montrent des réalités organisationnelles différentes. Dans chacune des situations, une logique de personnalisation du pouvoir oriente les attitudes des acteurs vis à vis des décisions à prendre. La structure formelle ne recouvre pas la structure réelle [Crozier & Friedberg, 1977]. La décision est alors largement le résultat des contraintes perçues et des relations de pouvoir – dépendance [Pfeffer, 1990].

Chaque contexte peut être qualifié par une configuration particulière à partir des manifestations visibles de l'exercice du pouvoir. Cette logique de « gelstat » facilite le repérage des éléments essentiels pour décrire leur fonctionnement.

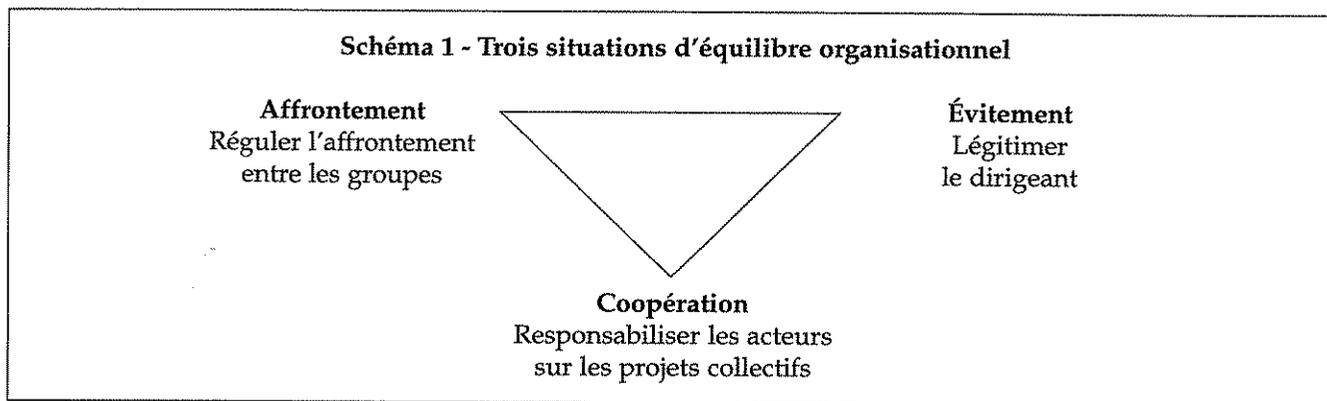
Dans le premier cas, la polyarchie différentielle, on observe un retrait prudent des Chefs de service par rapport aux projets de développement de l'hôpital qui ne les concernent pas. De même, dans le second cas, l'autocratie, les acteurs ne semblent pas avoir d'opinion sur le devenir de l'organisation et se réfèrent au directeur. Dans le troisième cas au contraire, la collectivité coopérative, les médecins connaissent l'idéal – type anticipé de la structure et la partagent largement. Ces différences ne s'expliquent pas par le déterminisme de l'environnement, la structure formelle ou les règles administratives. Ils sont similaires dans les trois contextes.

Tableau 1 - Éléments descriptifs des trois études de cas en milieu hospitalier

Cas	1 - La polyarchie différentielle	2 - L'autocratie	3 - La collectivité coopérative
Taille	Grand centre hospitalier 400 millions	Centre Hospitalier moyen 250 millions	CHU 1 milliard
Avantage concurrentiel	Quasi monopole sur la zone géographique, mais la proximité d'un grand CHU capte certains patients	Monopole sur la médecine, mais une forte concurrence sur la chirurgie (centres hospitaliers urbains à proximité)	La dimension universitaire permet une meilleure qualification des opérateurs et plus de personnel. Une très grande clinique se crée à proximité et concurrence directement le CHU
Management	Le pouvoir médical est omniprésent dans la gestion de l'établissement, la direction ne fait que suivre	Le directeur est venu pour réorganiser l'établissement. Il dispose, directement ou indirectement, de la quasi-totalité du pouvoir formel	Le nouveau directeur impulse un mode de management participatif. Le président de CME <sup>(2)</sup> partage cette vision et accepte une direction bicéphale.

Les manifestations visibles dans chacune des situations peuvent s'expliquer par l'existence d'une coalition dominante. Cette hypothèse se vérifie dans les trois situations. L'organisation ne peut pas supprimer les contradictions internes, la multiplicité des objectifs individuels ou les paradoxes. Mais, dans certaines situations de décision ou d'action, les choix stratégiques particulièrement, les structures formelle et informelles se doublent de phénomènes de réti-

culations<sup>[9]</sup> à partir desquels une coalition dominante s'érige en décideur. Ce groupe détient le pouvoir pour des raisons diverses (sources réelles, acceptation par les autres, défaillances des autres membres). Son existence n'est possible que si les enjeux organisationnels entrent en résonance avec l'identité affichée par la coalition pour parvenir à une situation d'équilibre (Schéma 1).



**1.2. ... RÉVÉLATEURS D'UNE LOGIQUE SPÉCIFIQUE**

La négociation pour le projet d'établissement permet souvent de révéler l'existence d'une coalition dominante. Le centre opérationnel étendu de la bureaucratie professionnelle alimente de multiples revendications individuelles. Le processus de négociation doit réussir la tâche complexe de définir une stratégie institutionnelle (logique globale de l'établissement), à partir des stratégies locales de chaque service ou individu. Un projet satisfaisant doit être plus que la juxtaposition des projets individuels, mais sans discuter les compétences professionnelles de chaque médecin. La coalition dominante intervient alors comme une instance de régulation informelle. C'est à dire qu'une multitude de transactions interindividuelles entre le centre et la périphérie permet de diffuser le modèle dominant et d'enregistrer les demandes spécifiques. La consolidation dans un projet cohérent avec la vision suggérée émerge de manière incrémentale par des transactions informelles [Charreaux, 1990].

Dans ces conditions, le processus de formulation du projet d'établissement suppose l'articulation entre quatre logiques : l'acceptation individuelle, l'ajustement mutuel (deux à deux), la constitution d'un clan et une action collective finalisée. Il dépend de :

- L'antériorité des situations relationnelles ;
- L'état du système à l'intérieur duquel la situation émerge ;
- La négociation en dehors de la formalisation officielle du processus de décision ;
- Les enjeux et l'implication de chacun des acteurs dans la situation.

Les trois cas montrent une combinaison originale de ces quatre logiques (Tableau 2)

**Tableau 2 - Éléments représentatifs des trois études de cas**

Cas	1 - La polyarchie différentielle	2 - L'autocratie	3 - La collectivité coopérative
<b>Processus de décision</b>	Répartition implicite de zones d'influences entre quatre personnes, quel que soit l'objet de la décision	Centralisation des décisions et parcellisation des tâches pour la réalisation	Impulsion par la direction, Préparation de la décision par les responsables opérationnels dans une logique de consensus
<b>Coalition dominante</b>	Un groupe de quatre médecins à l'origine du redéploiement des activités	Le directeur à partir d'un système héliocentrique	Des groupes variables selon les sujets, mais autour d'une coalition de trois personnes
<b>Modalités de l'implication</b>	Pas de projet collectif partagé	Délégation sous surveillance directe de l'autocrate	Délégation réelle pour favoriser l'initiative

À partir de cette première description, on peut proposer une définition des trois formes organisationnelles repérées :

- **La polyarchie différentielle** : C'est une organisation dans laquelle l'équilibre est assurée par des règles et des normes portées par un groupe restreint informel. Chaque problème avive une procédure implicite pour prendre une décision, ou régler un conflit. Cette structuration se surajoute à l'organisation formelle. Le groupe s'anime selon les moments et la nature des problèmes. L'organisation réinvente la fonction de tournoi moyenâgeux dans lequel un combat singulier entre des chevaliers choisis pour leurs qualités évite une guerre meurtrière et globale. Le chevalier gagnant impose sa loi à l'ensemble de la communauté du chevalier perdant. Ce mécanisme permet de prendre les décisions importantes. En quelque sorte, la coalition dominante prend en charge le problème, les négociations se déroulent alors entre les quelques acteurs influents. Et la décision s'impose à l'ensemble de l'organisation.

Par exemple, dans une réunion de CME, où pourtant tous les services sont représentés par des mandataires élus, la quatre acteurs de la coalition dominante tolèrent rarement que leur rôle soit remis en cause. Les contestataires sont systématiquement rabroués, et les « discutants » reprennent vite un rôle de spectateurs.

- **L'autocratie** : L'autocrate utilise sa position formelle, la direction par exemple, pour regrouper tous les pouvoirs (référénts dominants, manipulation des symboles, puissance financière, nomination des agents, conservation de l'information). Il pense être le seul à posséder une vision institutionnelle pertinente. Le seul à pouvoir agir pour préserver cette vision dans les projets, sans exclure les équilibres partiels locaux. Dans ce système centralisé, les acteurs n'ont plus une vision claire de la stratégie menée par l'autocrate. Le responsable affiche une volonté de développement, par un discours unique et une centralisation des responsabilités sur l'avenir de l'organisation. Il se renforce à l'intérieur de l'unité par une légitimité acquise à l'extérieur. Le primat de l'action sur la réflexion, conduit souvent l'autocrate à surdévelopper le système informations pour pouvoir continuer à imposer sa domination sur l'organisation.

Par exemple, au moment de la redéfinition des capacités d'accueil (le nombre de lits), le directeur a reçu chaque chef de service individuellement. Il a ensuite proposé au président du CME son projet global, et finalement l'a imposé à l'organisation sans transaction formelle. Le directeur est à l'origine de la décision sans supporter la responsabilité légale. Il procède aux ajustements et à la consolidation sans une réelle concertation.

- **La collectivité coopérative** : Dans une collectivité coopérative, la recherche de consensus apparent est permanente, quelque soit la nature du problème à

résoudre. Chaque enjeu organisationnel active un processus coopératif, dans lequel des acteurs s'impliquent à différents niveaux. Si les rôles sont répartis, la responsabilité est collective. Cette forme organisationnelle nécessite deux mécanismes intégrateurs pour se concrétiser. Premièrement, un groupe restreint, la coalition dominante en l'occurrence dans le cas étudié, accepte de prendre en charge l'animation de la structure. Deuxièmement, une vision partagée sur l'avenir de l'organisation, un consensus sur « ce qui est bon » pour la collectivité. Néanmoins, cette agencement organisationnel pour prendre des décisions évolue très lentement, et les événements extérieurs n'entraînent pas de réactions rapides et d'adaptation.

Par exemple, au moment du projet de développement des activités vers le segment de la gériatrie, les trois membres de la coalition dominante ont décidé, de manière informelle, de porter à la connaissance du corps social cette option en engageant des discussions. Jusqu'à l'obtention d'un consensus, les trois membres agissent par ajustements mutuels pour convaincre les acteurs.

Les trois formes organisationnelles résultent d'une confrontation des fait aux théories. Les cas sont choisis en fonction d'une différence perçue dans le mode d'animation et dans la spécificité des processus de décision. Elles simulent un construit théorique inductif. La partie suivante formalise les pratiques observées, pour comprendre la téléologie sous-jacente. Il s'agit en premier lieu des conditions favorables à l'émergence d'une coalition dominante, en second lieu des conditions nécessaires à leur pérennité.

## 2. PROCESSUS DE FORMATION D'UNE COALITION DOMINANTE

La coalition dominante prend forme lorsqu'un événement, interne ou externe, l'avive (définition d'une stratégie, obligation de changement, survie de l'organisation, ...). Elle intervient comme un mécanisme de régulation de la structure formelle. La coalition dominante ne s'active que lorsque des événements la provoquent. Elle révèle les fonctions latentes de l'organisation à se pérenniser au moment de la manifestation des enjeux importants. Peu de travaux exposent l'émergence, le fonctionnement et les conséquences pour l'individu ou l'organisation d'une domination clanique, acceptée ou subie, dans l'organisation. Cette partie expose d'abord les contextes des trois cas, avant de proposer une formalisation théorique pour l'expliquer.

### 2.1. TROIS CONTEXTES FAVORABLES...

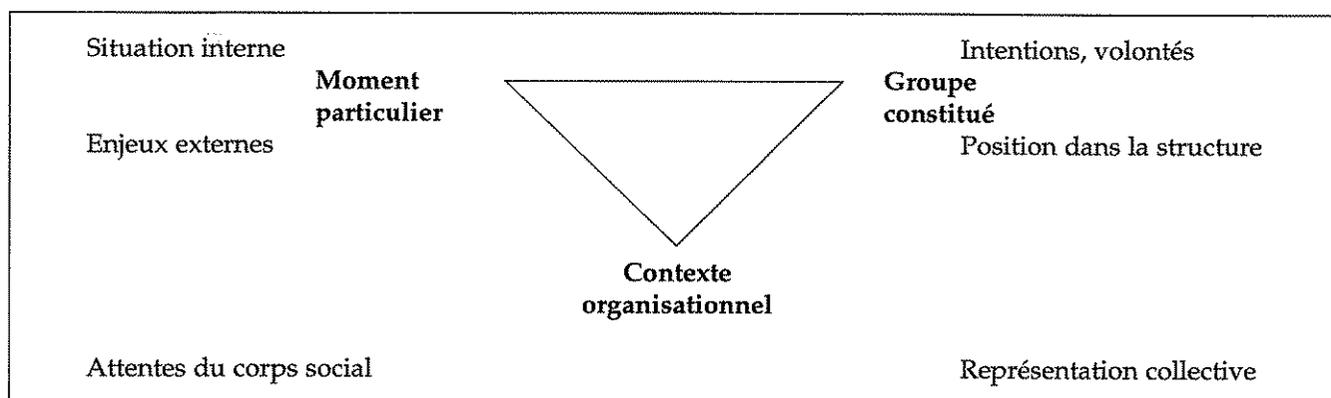
Le secteur médical est actuellement confronté à de profondes mutations. Les missions, les modes de financement, l'aménagement du territoire, tout comme les tentatives de réformes organisationnelles,

créent un environnement turbulent. Dans le secteur hospitalier, cette instabilité se traduit par la redéfinition des activités, la mise en place de contrôle de gestion et l'application de la réforme structurelle (Loi du 31/07/91 numéro 91-748, portant réforme hospitalière). La prise en compte des déterminismes de l'environnement dans le comportement organisationnel de l'hôpital sont donc à l'origine d'une logique plus entrepreneuriale des activités médicales.

Ces mutations supposent des changements de la part des acteurs. Le personnel médical (médecins, infirmiers, soignants) et les administratifs (direction principalement) vivent actuellement un impératif éco-

nomique et une redéfinition de la mission du service public de santé. Les concepts de concurrence, de stratégie, de management ou de contrôle de gestion, inconnus jusqu'alors, influencent les attitudes et les comportements des acteurs. Dans les réunions, la « rhétorique économique » se diffuse dans l'organisation et agit comme une norme (positive et négative) de jugement sur les pratiques et les projets des acteurs. Si les facteurs externes apparaissent structurants, les réponses organisationnelles dans les trois situations observées diffèrent nettement. C'est donc qu'il existe des facteurs internes à l'origine d'une dynamique (Schéma 2).

Schéma 2 - Conditions de l'émergence d'une coalition dominante



- **La polyarchie différentielle** s'est constituée dans un contexte de développement des activités et de risque d'une direction administrative puissante. Dans ce premier cas, un groupe de quatre médecins se forme et contourne la direction de l'hôpital (défaillance du leadership institutionnel) pour définir un projet pour l'organisation et recueillir des financements supplémentaires. Ils ont des stratégies individuelles opposées. Mais, la contrainte externe cristallise leur alliance, sans toutefois supprimer les conflits interpersonnels. La coalition dominante s'auto-légitime par la vocation de défenseur de l'institution.

- **L'autocratie** est apparue dans un contexte de restriction budgétaire et de remise en cause de la qualité des soins par la tutelle. Au contraire, dans le second cas, le directeur renforce son leadership grâce aux négociations avec la tutelle. Il obtient, d'ailleurs, des moyens supplémentaires. Le directeur de l'hôpital utilise à plein ses pouvoirs formels pour créer une situation de dépendance des acteurs. Sa légitimité se renforce par les mécanismes de la bureaucratie professionnelle et l'absence de communications transversales dans la structure.

- **La collectivité coopérative** s'est formée au moment de la nomination d'un nouveau directeur et d'un nouveau chef de mission, chargé du projet d'établissement. L'alliance objective de trois acteurs permet d'éviter des conflits dévastateurs et de mettre en œuvre les changements nécessaires pour répondre

aux risques de restrictions budgétaires. Les trois acteurs de la coalition jouent un rôle d'impulsion et de coordination des projets. Les incertitudes externes et les indéterminations du corps social trouvent dans l'activité de la coalition dominante un facteur de stabilité à l'origine d'un équilibre par le consensus.

L'émergence d'une coalition dominante dans un contexte de changements organisationnels forts n'est pas seulement le fait du hasard ou du chaos.

## 2.2. ... À L'ÉMERGENCE DU GROUPE INFORMEL

Les situations d'actions dépendent du système social dans lequel les décisions se prennent. Le processus de décision révèle la structuration réelle de l'organisation et se traduit par une cristallisation des relations entre les acteurs. Il provoque des conflits entre les représentations individuelles et collectives. Un groupe occupe le rôle de pilote (officiel et officieux), et substitue la logique clanique à la logique collective. Il s'érige en coalition dominante, et représente les intérêts collectifs. Les conséquences de cette structuration implicite de l'organisation se révèlent importantes pour les individus.

Les discours sur l'engagement ou l'implication ne peuvent plus recevoir le même écho. Le management participatif, la collégialité disparaissent, au profit d'une centralisation, dans les deux premiers cas. Même dans la collectivité coopérative, le processus de

participation est destiné à faire partager les choix de la coalition dominante, plutôt qu'à initier une discussion réelle. D'une certaine manière, il s'agit d'une prise de pouvoir. Dès lors, les acteurs adoptent un comportement en fonction de la coalition dominante dans les décisions importantes et se réfugient dans des logiques de compétences professionnelles. C'est le système qui crée les conditions favorables à l'émergence d'une coalition dominante. Mais, elle ne peut émerger que si la volonté des acteurs centraux permet la mise en oeuvre des intentions.

La coalition dominante apparaît dans les trois hôpitaux, mais elle se traduit par des modalités organisationnelles différentes :

- L'absence de leadership et le recours à quelques acteurs clés dans la polyarchie différentielle ;
- L'anomie de l'organisation et les pouvoirs réglementaires dans l'autocratie ;
- La procédure dans la collectivité coopérative.

La première mise en ordre du réel (contexte et émergence) justifie la proposition théorique suivante, **Hypothèse 1 : La prise de conscience par un individu ou un groupe de la nécessité d'engager des changements dans l'organisation cristallise certains acteurs autour d'un projet pour l'institution. Ils s'érigent en coalition dominante, mais doivent tirer leur légitimité d'une manière ou d'une autre pour être acceptés par le corps social.**

### 3. CONDITIONS DE LA PÉRENNITÉ DES COALITIONS DOMINANTES

L'analyse des conditions de la pérennité des trois systèmes passe par la compréhension des mécanismes qui le renforce et des événements qui risquent de l'affaiblir. Cependant, la formulation tautologique précédente, n'est pas neutre. Pour appréhender l'orga-

nisation par le concept de coalition dominante, il apparaît nécessaire de comprendre les conditions d'un équilibre transactionnel du système.

La rationalité sous-jacente à l'existence d'une coalition dominante repose largement sur des mécanismes de régulation informels [Friedberg, 1992]. Les membres de l'organisation n'ont pas une conscience immédiate de la présence d'un groupe dominant. Cette partie a donc pour objet de mettre en évidence les raisons pour lesquelles l'équilibre se maintient, et pourquoi les acteurs participent, sans mesurer les processus récurrents coercitifs dans lesquels ils sont impliqués.

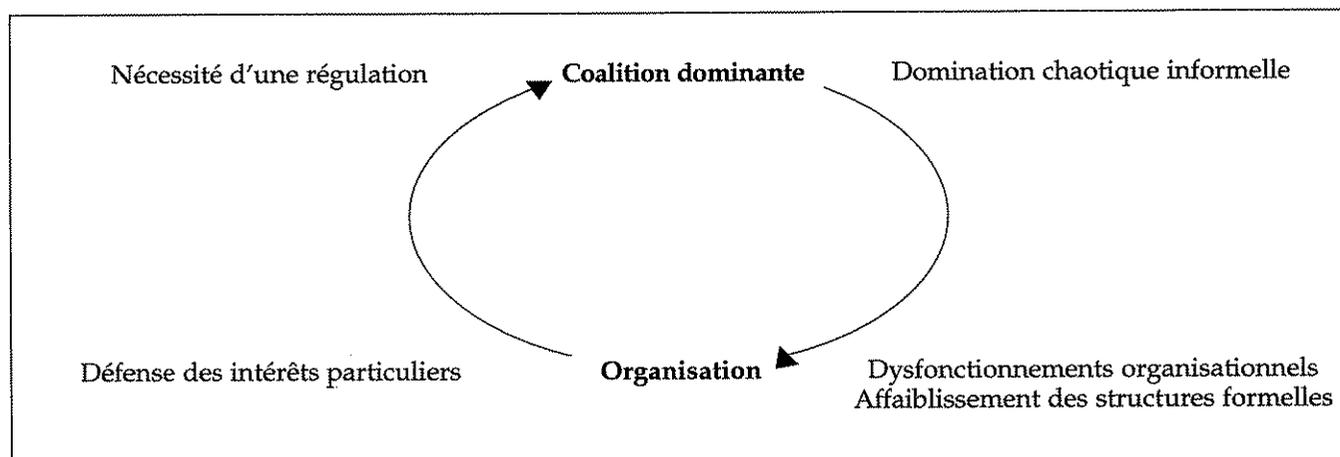
#### 3.1. TROIS LOGIQUES RÉCURSIVES...

Dans les trois études de cas, on identifie facilement les conditions de renforcement et d'auto - légitimation de la coalition dominante. Autrement dit, elle se justifie par la nécessité de réguler le désordre organisationnel qu'elle introduit dans l'institution, ou par la captation des responsabilités, au détriment des acteurs.

- **La polyarchie différentielle** : La discussion sur les problèmes généraux de l'hôpital est organisée entre les quatre médecins du groupe dominant. Les membres de l'organisation doivent accepter cette délégation pour permettre au système de prendre des décisions. Les conflits sont donc centrés à l'intérieur de la coalition dominante. Les autres acteurs attendent des contreparties de la confiscation du pouvoir de discussion. La transaction porte donc sur un accroissement des moyens, techniques ou logistiques, justifié par le projet d'établissement et imposé par la coalition dominante (Schéma 3). Le théorie des transactions informelles [Charreaux, 1990] explique que ce système se reproduit tant que l'échange, respect des règles contre ressources supplémentaires, est possible entre la coalition et les acteurs.

Dans les faits, la coalition dominante s'empare des sujets qu'elle considère comme importants pour

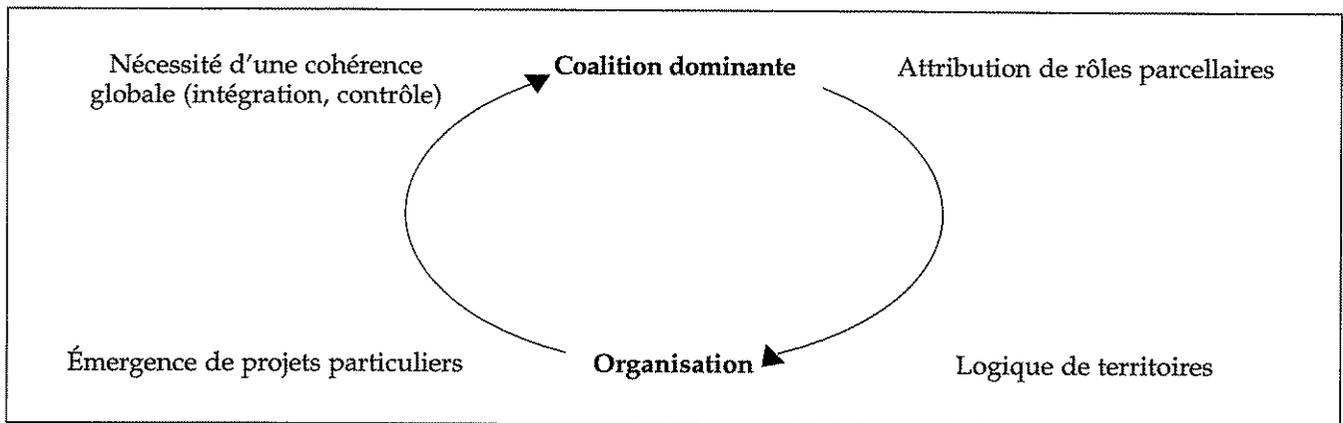
Schéma 3 - Renforcement de la polyarchie différentielle



l'organisation et ne laisse aucun acteur intervenir dans le processus de décision. Même dans des réunions ouvertes, la discussion s'organise entre les quatre membres. La polyarchie différentielle suppose un système d'informations informelle, très développé et centralisé par la coalition dominante pour affaiblir les structures formelles. La légitimité n'est pas remise en cause tant qu'elle peut obtenir des ressources supplémentaires auprès de la tutelle et donc répartir un surplus entre les différents services.

- **L'autocratie** : Toute décision est obligatoirement négociée avec le directeur dans une relation hiérarchique binomiale. De même, le contrôle procédural a posteriori est très développé pour lui permettre de maîtriser le système et de freiner les attentes des acteurs. Le directeur utilise son pouvoir discrétionnaire pour maintenir un flou organisationnel et donc continuer à pouvoir imposer son leadership (Schéma 4). Lorsqu'un acteur tente de le contourner, la sanction est immédiate : la non - application de sa décision.

Schéma 4 - Renforcement de l'autocratie

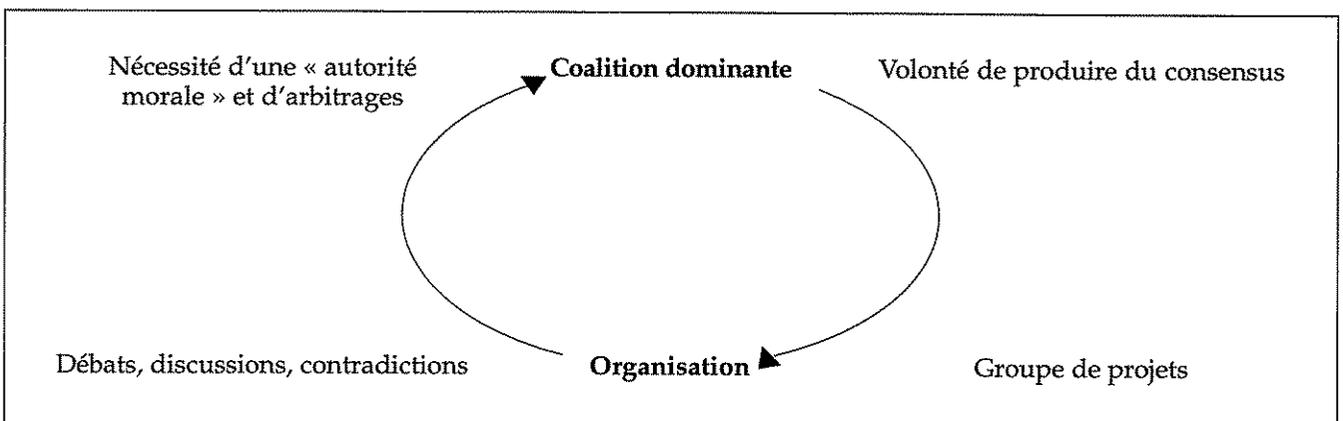


L'autocratie conduit souvent à l'éclatement de l'organisation dans de multiples territoires de compétences spécialisées. Le directeur consolide les intérêts des acteurs par une régulation informelle de coordination par ajustements mutuels et par un contrôle fort.

- **La collectivité coopérative** : La recherche d'un équilibre harmonieux est permanente dans la collectivité coopérative. La coalition dominante valide les « idées stratégiques » émergentes dans le corps social si elle les considère comme satisfaisantes par rapport au projet

global. Le groupe organise la discussion interne entre les acteurs en déléguant le processus de réflexion à des équipes transdisciplinaires (Schéma 5). Cette situation suppose une entente parfaite entre les trois membres de la coalition dominante, c'est le cas dans l'hôpital étudié. Même une décision contraire aux attentes du corps social n'est pas abandonnée, des mécanismes pour forcer la discussion sont activés jusqu'à l'acceptation par les acteurs. Le langage politique et les actions symboliques rationalisent la décision [Pfeffer, 1990].

Schéma 5 - Renforcement de la collectivité coopérative



Ce système n'exclut pas les conflits, ou les oppositions. Si des tensions existent, les mécanismes destinés à produire du consensus sont renforcés par la coalition dominante. La régulation informelle intervient entre les projets initiés par le groupe coordinateur.

La mise à jour d'un processus récursif spécifique à chaque contexte confirme le déterminisme contextuel fonctionnaliste propre à chaque organisation, évoqué dans la partie précédente. Il peut être formalisé par le concept de réticulation organisationnelle.

3.2. ... RENFORCENT LE POUVOIR INFORMEL

Dans la réalité organisationnelle quotidienne, la coalition dominante ne manifeste pas son pouvoir, si elle est légitime. Si les acteurs se conforment, naturellement, à cette structuration implicite, les ajustements mutuels suffisent à maintenir l'équilibre du système. Chaque chef de service construit ses projets particuliers, de manière à se fondre dans le projet collectif. Il espère maintenir l'autonomie de son territoire de compétences par conformisme.

Ce processus de réticulation devient possible lorsque :

- Le corps social accepte une représentation collective par délégation. Le passage de la sphère individuelle à la sphère collective, du domaine de l'analyse rationnelle au système de représentation de l'institution, légitime la volonté d'un acteur ou d'un groupe

d'acteur pour créer l'identité organisationnelle et pour animer le processus de décision.

- Les dispositifs organisationnels (réels et formels) autorisent l'exercice du pouvoir par le clan. Le groupe dominant se forme pour durer. Il dispose des leviers d'action directs et indirects pour prendre les décisions. Quand il ne possède pas directement les pouvoirs, il s'arrange pour que les acteurs prennent les décisions voulues sous contraintes, sans vrai degré de liberté (la polyarchie différentielle, notamment).

**La coalition dominante agit comme une fonction de régulation de la structure formelle et réelle des processus de décision.** Mais, elle n'a pas d'obligation de résultat formel, pas de responsabilité devant une instance, pas d'obligation de présence et de permanence. Les acteurs renforcent la légitimité de la coalition dominante par leurs attitudes (Tableau 3).

Tableau 3 - Équilibre de l'organisation

Cas	1 - La polyarchie différentielle	2 - L'autocratie	3 - La collectivité coopérative
Attitude des acteurs	Soumission psychologique	Recherche des agréments officiels	Demande de coordination
Pouvoir de la coalition	Réguler les conflits	Donner la cohérence, la vision long terme	Organiser le débat interne
Compétences des acteurs	Faire reconnaître ses compétences	Capacité de négociation	Volonté de convaincre

La seconde mise en ordre du réel (pérennité) justifie l'**Hypothèse 2 : Dans une situation stable, en l'absence d'événements extérieurs chaotiques, la coalition dominante renforce en permanence son pouvoir de décision par une boucle réursive auto-légitimante.** Une décision stratégique ou une réorganisation transversale des services, de type reconfiguration, est d'autant plus facile à mettre en oeuvre que la coalition dominante cristallise un projet collectif en résonance avec les attentes individuelles.

4. IMPLICATIONS THÉORIQUES ET MANAGÉRIALES

Les manifestations visibles de l'existence d'une coalition dominante sont multiples. Elles apparaissent autour des positions prises par les acteurs sur certains sujets sensibles. L'étude des réactions des individus, a priori, non intéressés par le sujet, d'une part, l'attention et l'implication qu'apportent les personnes intéressées par ces sujets, d'autre part, révèlent « qui parle et agit », sans entraîner de réticences, et en impliquant les acteurs. La légitimité de certains acteurs à parler au nom de l'établissement, à emporter

l'adhésion ou à imposer un point de vue à l'ensemble de la communauté intervient comme un facteur structurant de l'identité organisationnelle. Néanmoins, des difficultés surviennent si elle ne recouvre pas la représentation officielle à l'extérieur de l'établissement.

Pour les appréhender, il est important de prendre en compte dans l'étude des organisations :

- les logiques d'ajustement et de coercition par des transactions informelles, voire la dimension affective des acteurs dans leur lien à l'institution ;

- les interstices non-structurés et les dispositifs organisationnels implicites supplémentaires.

**Le mécanisme de la coalition dominante n'est pas formalisé dans l'organisation.** Cette « instabilité institutionnelle » permet la résolution des problèmes génériques de l'organisation. La coalition reproduit les débats internes latents, les autres acteurs deviennent alors des spectateurs. Dans les situations décrites, il ne sert à rien d'officialiser le mécanisme implicite des coalitions dominantes. On peut simplement améliorer le processus de décision

en introduisant des mécanismes correctifs des dérives naturelles.

Sans tenir compte des particularités du secteur de la santé, les contextes dans lesquels les structures organisationnelles aboutissent à la formation de coalition dominante sont nombreux. Beaucoup d'administrations centrales, d'organismes consulaires, d'institutions locales et de grandes entreprises reproduisent les mécanismes repérés :

- Les conflits de représentations et les logiques d'action territoriales ;

- Les ajustements mutuels continus dans la vie de l'organisation ;

- La constitution du clan dominant et les relations à l'extérieur.

Au delà des récurrences observées, peut-être faut-il interroger un certain nombre de concepts de GRH et des théories de l'organisation. La coalition dominante semble à mi-chemin entre la structure réelle et la structure formelle. Elle peut donc expliquer pourquoi des organisations paradoxales survivent, ou comment les contradictions apparentes entre la logique identitaire et les intérêts particuliers n'entravent pas les fonctionnements organisationnels. **La coalition dominante intervient comme un facteur explicatif d'une médiation entre les choix stratégiques et le management des hommes pour permettre à l'organisation de maintenir une ambivalence acceptée entre la différenciation et l'intégration.** Il s'agit maintenant de savoir s'il est possible et/ou nécessaire de rationaliser par des instruments de GRH la réalité des mécanismes qui l'anime.

#### Annexe : Justification de la méthode inductive

Les représentations et les propositions de ce travail ont été obtenues à partir d'une logique inductive raisonnée par la notion de coalition dominante. À partir du constat de la réalité des mécanismes implicites dans les trois cas, il a été procédé à une description des différences dans les situations, puis à une construction explicative autour du concept central. Notre volonté première est d'expliquer les mécanismes organisationnels de la coalition dominante communs aux trois cas.

La méthode inductive s'impose dans cette étude pour trois raisons :

- La difficulté de repérer les fonctions latentes de l'organisation sans disposer a priori des concepts de l'analyse.

- Donc, pour découvrir ces formes un travail pour mettre en relation des éléments sans rapport a priori entre eux a été réalisé.

- Les construits résultants peuvent être comparés, pour formuler des propositions théoriques.

Les propositions restent hypothétiques. Les limites concernent, bien sûr, la conséquence du petit nombre de cas, choisi dans un secteur particulier, et l'utilisation sélective des éléments théoriques.

Reste que cette approche laisse au chercheur la liberté de proposition. Néanmoins, la validité suppose, d'une part, une saturation plus fine des concepts; d'autre part, une acceptation interne (selon les critères de Glaser & Strauss [1967]).

## 6. RÉFÉRENCES

ALLISON G., Essence of decision making, Boston Little Brow, 1971.

BERGER P. & LUCKMANN T., La construction sociale de la réalité, Méridiens Klincksieck, 1986.

CHARREAUX G., « La théorie des transactions informelles », *Économies & Sociétés, Série Sciences de gestion*, Numéro 15, 1990, p. 137-161.

CROZIER M. & FRIEDBERG E., L'acteur et le système, Seuil, 1977.

CYERT R. & MARCH J., Processus de décision dans l'entreprise, Dunod, 1970.

ETZIONI A., Modern Organizations, Foundation of Modern Sociology Series, 1964.

FRIEDBERG E., « Les quatre principes de l'action organisée », Sociologie du travail, Volume 33, 1992, p. 531-557.

GIDDENS A., La constitution de la société, PUF, 1987.

GIRIN J., « Analyse empirique des situations de gestion : Éléments de théorie et de méthode », in *Épistémologie et Sciences de gestion, Economica*, 1990.

GLASER B. & STRAUSS A., The Discovery of grounded Theory. Strategies for Qualitative Research, Aldine Publishing company, 1967.

GOFFMAN E., Les rites d'interaction, Éditions de Minuit, 1974.

JOFFRE P. & KOENIG G., Gestion stratégique, Litec, 1993.

KOENIG G., Management Stratégique, Nathan, 1990.

LEBAS M. & WEIGENTSTEIN J., « Management Control : The Roles of Rules, Market and Culture », Journal of Management Studies, Volume 23, Number 3, 1986, p. 59-272.

LOUART P., « Le décideur et ses modèles », Cahier de la Recherche, IAE de Lille, 1993.

MARCH J. & SIMON H., Les organisations, Dunod, 1979.

MINTZBERG H., Structure et dynamique des organisations, Les Éditions d'organisation, 1982.

MINTZBERG H., Le pouvoir dans les organisations, Les Éditions d'organisation, 1986.

MOULLET, Le management clandestin, Inter-Éditions, 1992.

OUCHI W., « Markets, Bureaucraties and Clans », Administration Science Quartely, Volume 25, 1980, p. 129-141.

PFEFFER J., « Management as Symbolic Action : The Creation and Maintenance of Organizational Paradigms », in Information and Cognition in Organization, Jai Press inc., 1990.

RAELIN J., « A Policy Output Model of Intraorganizational Relations », Organizations Studies, Volume 3, 1982, p. 243-267.

RING P. & VAN DE VEN A., « Formal and Informal Dimensions of Transactions », in Research on the Management of Innovation, Harper & Row, 1989, p. 171-192.

## NOTES

\* Bénéficiaire d'une bourse FNEGE - AGRH

<sup>1</sup> Projet d'établissement (à partir de la loi du 31/07/91 sur la réforme hospitalière) : Regroupement du projet médical, du plan directeur, du projet de soin, du projet social et du projet de système d'information dans un document unique. Il s'agit, en quelque sorte de la définition de la stratégie et des moyens de sa mise en œuvre.

<sup>2</sup> CME : Commission médicale d'établissement, elle réunit les chefs de service élus. Dans toute décision sur l'organisation médicale, le CME (pouvoir constitué du corps médical) donne un avis consultatif. Le conseil d'administration est le seul décideur offi-

ciel. Dans les faits, les préconisations du CME sont souvent suivies.

<sup>3</sup> Des événements, internes ou externes, entraînent la création de sous-groupes à l'intérieur de l'organisation.

<sup>4</sup> CME : Commission médicale d'établissement, elle réunit les chefs de service élus. Dans toute décision sur l'organisation médicale, le CME (pouvoir constitué du corps médical) donne un avis consultatif. Le conseil d'administration est le seul décideur officiel. Dans les faits, les préconisations du CME sont souvent suivies.