

MAINTENIR OU CONSTRUIRE : LES CONSEQUENCES D'UNE REDEFINITION DU CONTENU DU TRAVAIL D'UN SERVICE TECHNIQUE AU SEIN DE L'HOPITAL PUBLIC

Thomas LE GALL
LISE - CNRS
le-gall.thomas@wanadoo.fr

Gaétan RUFFAULT
gaetan.ruffault@free.fr

Résumé :

L'hôpital public est un univers en perpétuel mouvement, soumis aux pressions conjuguées des contraintes économiques et du foisonnement réglementaire. Toutes ces évolutions de l'environnement impactent la vie au travail des professionnels qui oeuvrent pour le patient. Plutôt que d'étudier les conséquences de ces transformations sur les personnels soignants, les auteurs ont fait le choix, dans cette communication, de déplacer l'analyse auprès d'une population singulière et méconnue : les agents des services techniques. L'étude repose ainsi sur une vingtaine d'entretiens semi-directifs réalisés auprès des ouvriers, des cadres intermédiaires et de la direction du service technique d'un hôpital pédiatrique public francilien. Cet univers ouvrier, où travaillent plombiers, électriciens, peintres ou bien encore mécaniciens, s'inscrit depuis peu dans un contexte de redéfinition des objectifs et des missions du travail. Afin de garantir la sûreté de fonctionnement du site, la direction a effectivement mis en place une nouvelle politique visant à déplacer la mission des agents, initialement chargés de faire des travaux, autour d'un axe prioritaire de maintenance. Cette communication cherche à montrer en quoi cette évolution constitue un changement profond pour ces ouvriers qui accueillent ce projet de service avec méfiance et inquiétude. Le corps social étudié est d'autant plus perplexe que la nouvelle organisation entraîne le développement d'un modèle productif partagé public/privé où des ouvriers sous-traitants, appartenant à des corps de métiers identiques, sont chargés d'effectuer la partie travaux. Afin de bien identifier l'enjeu et les motifs du changement, la communication revient tout d'abord sur les manifestations visibles des transformations à l'œuvre. Ensuite, les auteurs discutent des conséquences des efforts de rationalisation successifs sur les processus de reconnaissance d'agents aux rôles obscurs et aux compétences méconnues. Enfin, la dernière partie détaille les incidences de cette stratégie de changement sur les notions de responsabilité et d'apprentissage. En fait, à l'aide de cette étude de terrain, les auteurs soulignent ainsi l'impératif de prendre en compte les dimensions socialisatrices et identitaires d'un univers professionnel singulier comme préalable indispensable à l'instauration d'une politique managériale.

Mots-clés : changement, métier, reconnaissance, hôpital, responsabilité

Depuis une vingtaine d'années, la question de la modernisation du service public et des stratégies pertinentes qu'elle implique continue à mobiliser les élus, administrations et experts. Les remèdes à apporter et les réformes à conduire semblent bien difficiles à trouver. De nombreux écrits ont été publiés sur cette question¹ mais le thème demeure d'actualité et l'accent est porté aujourd'hui sur l'effectivité et l'opérabilité du changement.

C'est en effet l'articulation entre nécessité de changement et politiques concrètes qui pose question aujourd'hui. Cela s'explique en raison de la position singulière des entreprises publiques en France qui engendre souvent des débats idéologiques. Ainsi, à l'occasion de ces grandes réformes, si certains mettent en avant « *un ré-enchantement de l'entreprise privée proposée comme modèle à un service public ringardisé* » [Tixier, 2002], d'autres dénoncent au contraire les tentatives de « marchandisation du service public » à l'occasion de l'introduction de la possibilité de rapports de concurrence là où l'Etat disposait d'une situation de monopole. En fait, tout semble laisser croire que les entreprises publiques apparaissent comme des marqueurs identitaires de la société française. Par conséquent, leurs transformations n'ont pas que des effets internes car elles remettent en cause les arrangements institutionnels et les mécanismes de régulation collective à travers une forme d'effet sociétal qu'il convient d'analyser pour conduire le changement paisiblement. C'est pourquoi aucune tentative de modernisation, plus encore peut-être dans le service public que dans le privé, ne peut s'affranchir d'une compréhension effective des structures. L'adaptation à l'évolution n'est jamais un chemin inéluctable. Pour que le changement soit concrètement mis en œuvre, il doit passer par une analyse des formes de travail, des socles culturels et des relations sociales et donc la mise en œuvre de nouvelles pratiques de gestion des ressources humaines ; préalable certainement indispensable à toute stratégie de modernisation.

Dans ce cadre de réflexion, le terrain de recherche que nous présentons ici concerne le service technique d'un hôpital public francilien engagé dans une démarche de changement. La tentative de modernisation impulsée par la direction vise à redéfinir les finalités du travail des agents de ce service pour qu'ils se consacrent à temps plein, en réaction aux contraintes réglementaires croissantes, aux problématiques de maintenance et de sûreté de fonctionnement. Notre étude tentera de montrer que cette réorientation constitue un changement profond pour ces ouvriers mobilisés jusqu'alors essentiellement pour des interventions travaux. Ce faisant, nous serons amenés à rendre compte des difficultés des politiques sociales et managériales à considérer les dimensions socialisatrices et identitaires des univers professionnels [Sainsaulieu, 1977] et d'opérer en faveur d'un processus de reconnaissance érodé par la succession d'efforts de rationalisation. Nous mettrons par ailleurs en évidence la dilution des responsabilités dans le cadre de ce changement qui contre toute attente pourrait apparaître comme une relative réussite dans la mesure où il n'a pas suscité un rejet massif de la part des ouvriers.

1. L'hôpital public et son service technique : deux univers différents aux objectifs partagés

Au sein de l'hôpital public, le service technique constitue un monde à part, éloigné du soin et considéré à ce titre comme un service support. Pourtant, dans un contexte de nouvelle gouvernance, cet univers ouvrier est engagé, lui aussi, dans une dynamique de changement visant à adapter son organisation aux évolutions de l'environnement.

¹ Décret sur les rapports entre usagers et administration de 1983, circulaires de 1989 sur le renouveau du service public et celle de 1995 sur la réforme de l'Etat et des services publics

1.1. Des efforts de rationalisation déclinés à l'hôpital et dans les services techniques

Peu d'activités sont concédées au sein de l'hôpital. Cela pose la question de l'adaptation des politiques de changement aux caractéristiques spécifiques des corps de métiers singuliers.

1.1.1. Entre désenchantement et réorganisations

Bien au delà du service technique que nous étudierons en détail, c'est l'hôpital public dans son entier qui constitue un champ d'étude particulièrement pertinent car même si les tentatives de réforme ont été nombreuses, l'hôpital public doit faire face au mécontentement de ses différents acteurs, des praticiens aux agents, qui dénoncent le « désenchantement hospitalier² » caractérisé selon eux par une « *dégradation permanente des conditions de travail* » et « *une réduction continue de l'offre de soins* ». C'est donc dans ce contexte de tensions conjuguées avec des marges de manœuvre limitées des pouvoirs publics et des règles de nouvelle gouvernance, que s'inscrit notre étude. L'environnement dans lequel nous sommes intervenus était largement traversé par des recherches de rationalisation des dépenses, par des volontés d'assouplissement d'organisations rigides et de diminution des dysfonctionnements pour réduire le cloisonnement et la dispersion des tâches. À ce titre, les dépenses d'intendance (qui n'ont pas de lien avec le soin) sont logiquement les premières visées et les initiatives sont nombreuses sur ces différents secteurs. En effet, l'hôpital public est une organisation originale qui possède en son sein diverses structures dites « support » (on entend par support tout ce qui n'est pas directement du soin) et si de nombreux travaux universitaires s'intéressent à l'avenir et au sens du service public hospitalier vu du côté du soin, rares sont ceux qui s'attardent aux autres corps de métier, les « non-soignants ». Or, ces derniers obligent les directions à élaborer des politiques originales, à développer des articulations et des synergies avec les autres problématiques de l'hôpital afin de conserver une cohérence d'ensemble. C'est en ce sens qu'elles interrogent les dimensions Ressources Humaines de manière innovante. Ces corps de métier à la marge impliquent une réflexion profonde lorsque se posent - ou s'imposent – des nécessités de changement. Comment construire une stratégie de modernisation incluant les caractéristiques propres aux métiers support ou périphériques ? Comment concilier logiques de service, travail ouvrier et mission de service public ? Quelles formes de relations de travail découlent de cette articulation ? Les services support sont-ils des puits de productivité et de rationalisation ? Voici les questions auxquelles les directions d'établissements sont régulièrement confrontées et tentent de répondre en redéfinissant les modalités de travail de ces structures.

1.1.2. Une mutation qui concerne autant les activités support que le soin.

Ainsi, notre propos s'inscrit dans cette perspective de modernisation et de nouvelle gouvernance à laquelle l'hôpital doit se confronter et qui vaut certes pour la gestion des activités de soins mais concerne tout autant les activités supports qui regroupent la logistique hospitalière, l'hôtellerie et les services techniques. Confronté à une logique de réduction des coûts et des dépenses, l'hôpital public a suivi l'évolution du secteur hospitalier privé et s'est interrogé sur la pertinence d'une stratégie d'externalisation des activités supports. La restauration et l'entretien des parcs et des jardins ont par exemple été partiellement concédés au privé mais quelques activités périphériques, essentiellement à vocation de services ou logistiques, semblent résister à ces orientations. Pour des raisons complexes et plurielles, l'hôpital ne s'est toutefois pas totalement et uniquement recentré autour du soin, son cœur de métier. En effet, parmi les freins à l'externalisation, toute dimension idéologique mise à part, on peut citer les obstacles suivants :

2 Expression utilisée par René Couanau, Président de la mission d'information parlementaire sur l'organisation interne de l'hôpital, dans un rapport publié en mars 2003.

- contexte social difficile avec pression syndicale forte,
- difficulté de reclassement des agents concernés,
- prestations à façons non réalisées par le secteur privé,
- volume considérable de l'activité empêchant une reprise par des prestataires privés
- compétence spécifique nécessitant une connaissance précise de l'hôpital
- enjeu de sécurité ou de sûreté

1.2. Le service technique : un univers ouvrier en mouvement dans un monde de soignants.

À l'instar de l'hôpital, les services techniques apparaissent régulièrement soumis à des interrogations quant à leurs finalités et aux moyens dont ils disposent pour les atteindre. Ainsi, si le changement actuel semble cristalliser une réelle tension, il n'est que la prolongation d'efforts antérieurs et de transformations préalables. Dès lors, les tensions émergentes ne sont que le résultat d'un processus de long terme.

1.2.1. Les conditions d'enquête

C'est dans ce cadre interrogatif, voire incertain, des services techniques que le management central a souhaité recourir à un dispositif d'enquête à même de rendre compte des régulations à l'œuvre dans cet univers singulier. En répondant favorablement à la possibilité d'organiser une enquête, le responsable de l'établissement faisant l'objet de cet article désirait élargir sa réflexion et la confronter à une lecture fondée méthodologiquement. Au-delà de cette curiosité préalable, il fut nécessaire d'affiner l'intérêt initial pour le formuler en une demande intégrant les véritables attentes d'un management local soucieux de faire évoluer sa politique de ressources humaines. Il s'agissait donc de déterminer les transformations concrètes de cet univers de métiers périphériques au soin, métiers concernés directement ou indirectement par les multiples changements opérés dans le cadre des réformes hospitalières. En définitive, il convenait de répondre à un paradoxe apparent : alors que l'évolution des finalités des services techniques tend, selon la direction, à renforcer leurs fonctions, pourquoi les agents semblent s'interroger sur leur rôle, sur leur reconnaissance et sur le devenir de leur compétence professionnelle, ainsi que sur le sens donné à leur action ?

Sensibilisé aux contraintes méthodologiques et déontologiques d'une telle enquête, le management a organisé la présentation de la démarche auprès de la population concernée. Ainsi, nous avons insisté sur les modalités de cette enquête orientée vers leur vécu professionnel, ses objectifs et sa méthode qui repose notamment sur trois critères essentiels : l'anonymat des propos, la confidentialité des entretiens et le volontariat. Au terme de cette communication auprès des trente agents des services techniques, vingt deux se sont portés volontaires pour participer à l'enquête.

Profil	Femme	Homme	Total
Direction Centrale	0	2	2
Direction Locale	1	1	2
Maîtrise Locale	0	2	2
Administratif Local	1	0	1
Electriciens	0	3	3
Plombiers	0	2	2
Climaticiens	0	2	2
Serruriers	0	2	2
Menuisiers	0	2	2
Mécaniciens	0	2	2
Electromécaniciens	0	1	1
Electrotechniciens	0	1	1
Total	2	20	22

Tableau 1 : Panel d'entretiens par métiers et par sexe.

1.2.2. Des transformations déjà engagées

Le service technique sur lequel repose notre étude est un exemple particulièrement représentatif de service support engagé dans cette dynamique d'évolution du service public. Au cœur de l'hôpital pédiatrique qui emploie un millier d'agents environ et peut accueillir 600 patients, le service est composé d'une vingtaine d'ouvriers issus de corps de métiers différents. On y retrouve ainsi des électriciens, des peintres, des menuisiers, des plombiers, des mécaniciens, des électromécaniciens, des électrotechniciens ou bien encore des serruriers. Tous ces agents sont encadrés par trois cadres de proximité qui rapportent eux-mêmes à un ingénieur maintenance. Ce dernier est l'adjoint du chef de Département Travaux et Maintenance ; lui-même ingénieur et membre du comité de direction de l'hôpital. La conduite des transformations des services techniques s'est appuyée sur cette ligne hiérarchique qui a eu la charge de mettre en œuvre un nouveau dispositif organisationnel. Toutefois, ainsi que nous le laissons entendre, cette entité est, de longue date, concernée par des transformations.

1.2.3. L'évolution du principe hiérarchique

Lors de notre intervention, les responsables du service nous ont sensibilisés aux conditions de management, selon eux, bien particulières. Il est vrai que ce service est en marge des activités classiques de l'hôpital et les blouses blanches sont remplacées par des bleus de travail. Au sein de cet hôpital récent construit en monobloc, les ouvriers, relégués aux sous-sols, occupent une place à part³. Pour les autres catégories socioprofessionnelles de l'hôpital, cet univers ouvrier méconnu est perçu comme un monde vindicatif où l'ancienneté est considérée comme le seul critère pertinent de promotion. Au sein du groupe, l'image de l'ouvrier devenu agent d'encadrement intermédiaire ou même ingénieur après avoir appris sur le tas est

³ L'architecture monobloc s'oppose aux constructions pavillonnaires plus anciennes où les services techniques sont souvent regroupés à la périphérie.

encensée fréquemment. Ce modèle d'évolution est toutefois mis à mal par les évolutions successives des conditions d'accès à ces grades de cadres intermédiaires. En devenant de plus en plus contraignantes en terme de diplômes requis, elles favorisent les profils jeunes issus des formations initiales au détriment des parcours à l'ancienneté ; que l'on retrouve majoritairement chez les cadres intermédiaires dits « à l'ancienne ». Dans la monographie que nous présentons, les trois cadres intermédiaires, qui ont tous autour de trente ans, disent être souvent comparés « aux anciens chefs ». Tous trois disent fréquemment rencontrer des difficultés d'encadrement. Cette ambiance délicate transparait également dans le discours des ouvriers qui ne se retrouvent pas dans la manière de faire de leurs « nouveaux chefs ».

1.3. Un nouveau projet de changement

Le projet de changement s'inscrit donc dans un espace social en interrogation depuis plusieurs années. Il en résulte une ambiance tendue qui se perçoit assez aisément dès les premiers contacts. Cette impression de tension est renforcée par les transformations en cours au sein du service. Ce service technique est, en effet, une entité en pleine mutation, au cœur de réflexions stratégiques et de changements de pratiques. Ces transformations, impulsées par la direction soucieuse de rationaliser les fonctions supports pour se conformer aux objectifs de la nouvelle gouvernance, peuvent être synthétisées en quatre composantes essentielles :

1.3.1. Une fonction stratégique garante de l'équilibre économique et budgétaire.

Les dirigeants semblent d'abord considérer que la gestion des moyens techniques n'est plus un mal nécessaire ou une dépense incontournable mais au contraire une fonction stratégique qui participe pleinement aux objectifs de l'hôpital et à son équilibre économique. Ainsi, la position de ce service au cœur de l'hôpital a profondément évolué. Dans le contexte des réformes inspirées de la nouvelle gouvernance hospitalière, le service s'est mué progressivement d'une position complexe, au périmètre d'activité très contraignant face aux exigences variables des utilisateurs, en une véritable entité décisionnaire. Le temps où le client interne (souvent le service de soin) pouvait se substituer aux services techniques pour définir ses besoins et la façon dont il devait être satisfait pour ne leur laisser que des tâches d'exécution semble être dépassé. Le rôle nouveau des services techniques consiste à effectuer une analyse critique des besoins de l'hôpital, bien aidé en cela par les impératifs d'imputations directes des dépenses engendrées aux services demandeurs. Dans ce contexte, la problématique financière s'est quasiment inversée puisque le service technique est désormais considéré par la direction de l'hôpital, non plus comme une source de dépenses obligatoires et incontrôlables, mais plutôt comme le véritable garant du respect des besoins et des budgets. Il est ainsi hissé vers un nouveau pouvoir, celui d'un interlocuteur stratégique, capable - beaucoup plus qu'auparavant - d'anticiper les moyens à mettre en place pour contribuer au développement de l'hôpital.

1.3.2. Une volonté nouvelle de communiquer dans un univers historiquement secret.

Pour accompagner ce changement, il est de plus en plus demandé à ces services de développer une stratégie de communication. Derrière ce souhait de transmettre des informations se cache l'ambition de casser une image souvent lourde et ancestrale de « *repaire de fainéants* » où la valeur travail n'est pas toujours au centre des priorités. Cette mauvaise réputation au sein de l'hôpital se confirme dans les propos d'un cadre intermédiaire du secteur qui nous confiait que « *pour les vieilles infirmières, on est des magouilleurs ou des mafieux. C'est pourtant fini tout ça mais l'image reste* ». L'ambition de la direction, consiste à briser ce poids du passé qui mine l'équipe. Pour y parvenir, la direction locale cherche à quantifier le nombre d'interventions réalisées, à développer des indicateurs pertinents et opposables ; tout ceci afin de redresser l'image et de justifier la présence d'une équipe de techniciens au service de

l'hôpital. Cependant, même si l'esprit de cette ouverture vers le demandeur est louable, il n'est pas si aisément accepté par les ouvriers qui y voient une tentative de « *séduction déplacée* ». Pour beaucoup, cette impulsion est vécue comme une révolution dans un univers historiquement très secret.

1.3.3. La redéfinition partielle des finalités du travail : maintenir un état, ne plus construire.

L'orientation la plus sensible touche aux finalités mêmes du travail. En raison des contraintes réglementaires croissantes pesant sur l'hôpital, les dirigeants semblent considérer désormais que l'objectif de ce service technique consiste surtout à assurer la maintenance et la sûreté de fonctionnement du site. C'est la redéfinition la plus bouleversante car elle s'oppose aux missions précédemment – et historiquement - confiées aux agents de ce secteur puisque leurs tâches consistaient auparavant à effectuer également les petits travaux et les petites installations. Pour synthétiser cette redéfinition des missions, un agent nous disait : « *notre travail c'est maintenir, et non plus améliorer* ». En effet, jusqu'alors, les agents étaient investis dans la qualité infrastructurelle des hôpitaux notamment à travers des travaux de plomberie, d'électricité ou encore de maçonnerie pour lesquels ils avaient été formés. Cette activité avait érigé leurs compétences et reposait sur un socle de savoir-faire requis et utilisés qui produisaient des résultats visibles aux soignants et aux patients : installation d'une douche ou mise en place d'un système électrique par exemple. Un chef d'atelier nous indiquait ainsi que « *dans le passé, on confiait des petits travaux aux ouvriers car cela permettait de montrer ce dont on est capable* ». Or, dans le cadre de la nouvelle politique, les agents des services techniques ont désormais pour mission exclusive de contribuer à proposer des conditions sanitaires optimales dans le cadre de la mission de soin de l'hôpital public. Pour y parvenir, la totalité de leur mission est consacrée à la maintenance.

1.3.4. Le développement d'un modèle productif partagé public / privé.

Ce repositionnement stratégique engendre ainsi des évolutions sensibles qu'il convient de mentionner. Ainsi, puisque l'objectif unique affiché est de maintenir, les travaux sont désormais effectués par des prestataires privés (aux compétences identiques) qui co-existent avec les équipes publiques. Cette concomitance produit des modèles productifs tout à fait originaux d'autant plus qu'elle a favorisé le développement de prestataires spécialisés (dits « multiservices »), phénomène qui entraîne une pression concurrentielle et oblige donc à une veille technologique permanente et une vigilance budgétaire accrue. En conséquence, ces mutations sont accompagnées d'avancées technologiques majeures. Sur ce sujet, un ouvrier de 50 ans nous confiait l'impression suivante : « *On a modernisé toutes les installations en peu de temps : toute la technique a évolué. Alors, il a fallu évoluer. [...] D'ailleurs, il faut dire qu'avec les entreprises privées, on apprend. On les regarde, ils font parfois différemment. Tout a beaucoup évolué en peu de temps. C'est plus complexe désormais. C'est pour ça qu'il ne faut pas oublier l'importance de bien connaître l'hôpital pour réaliser un bon entretien. Ça, c'est à mon avis la force d'une équipe publique* ». De fait, il ne s'agit plus de faire fonctionner les machines mais bien d'intégrer un souci de veille technologique tout en augmentant productivité, rentabilité et connaissance pointue de l'environnement de travail. A ce titre, le maintien d'une structure interne se justifie particulièrement.

Cette redéfinition des finalités n'est pas sans conséquences et interroge voire inquiète les ouvriers. En premier lieu, ils expriment de fortes craintes pour l'emploi. Avec cette réforme, que vont-ils devenir ? Qu'est-ce qui garantit que la direction ne va pas décréter à terme que l'entretien doit également être concédé ? N'est-ce pas un premier pas vers la sous-traitance complète des services techniques ? Autant de questions que se posent les ouvriers.

2. L'invisibilité croissante des ouvriers techniques.

La localisation des agents d'entretien aux sous-sols de l'hôpital révèle une problématique centrale de ces professionnels soumis à des transformations profondes. En effet, ces individus dotés de qualifications, de compétences et d'une certaine éthique de métiers semblent vivre cet effort de rationalisation comme une entrave à leur reconnaissance dans un univers de soin dont ils sont à la périphérie. La prééminence de la maintenance dans leur activité, l'évolution du principe hiérarchique et la transformation des relations que ces deux changements impliquent tendent à positionner ces ouvriers techniques dans un monde de plus en plus invisible.

2.1. La remise en cause de relations à l'origine de l'engagement professionnel.

Pour les ouvriers, voir l'activité évoluer d'une dimension initiale de service vers une dimension d'entretien a une conséquence directe : cela rend le travail plus obscur. On ne rend plus service directement au demandeur. « *A la différence des travaux, la maintenance, on ne nous voit pas. Jamais. Personne ne sait où on est dans l'hôpital. Ce n'est pas gratifiant comme travail. Il n'y a pas de reconnaissance* ». Il en découle ainsi un sentiment de dévalorisation unanimement ressenti par les ouvriers. En effet, dans l'esprit des agents, si l'aspect travaux (ou « *création* » selon le terme qu'ils utilisent parfois) revêt une connotation noble ou gratifiante, la thématique maintenance ou entretien est au contraire davantage perçue comme une tâche peu valorisante, répétitive et apportant moins de valeur ajoutée tout en demandant moins de savoir-faire. Pour certains, de plombier, on devient « *déboucheur de chiottes* ». Ainsi, le sens global du projet de changement vient en contradiction avec l'espace de reconnaissance historique de ces agents : l'utilisateur final de leur prestation. Or, « le destinataire final d'un service ou du produit joue le rôle de miroir de ce procès de subjectivation au travail. Le jugement porte sur la forme finale du produit ou du service, et non sur les étapes intermédiaires du travail » [Osty, 2003, p. 214]. Les processus de production et d'apprentissage font que le savoir-faire se destine, essentiellement, vers une quête de reconnaissance externe. Dans le système de production, la sphère de reconnaissance est double, elle est externe (l'utilisateur, le patient, le client) et interne (le groupe professionnel, la hiérarchie, l'institution), mais le juge de paix est assurément l'utilisateur final.

La co-existence d'équipes publiques et privées composées de corps de métiers identiques dans le même environnement de travail brouille la répartition des tâches et les ouvriers regrettent que le « beau rôle » soit confié au privé. Ils vivent alors une remise en cause d'une composante centrale de leur identité professionnelle : l'identité pour autrui [Dubar, 1996]. A ce titre, l'absence de prise en compte des services de soin lors de la conduite du projet conduit à ce que ces derniers traduisent l'intervention du privé lors des travaux comme un indice des carences des ouvriers techniques. Cette réforme qui offre « *le meilleur aux gens de l'extérieur* » est perçue comme « *blessante car au contact des soignants, on passe pour des branleurs* ». Le changement est vécu avec d'autant plus de difficultés que « *les entreprises extérieures, quand elles sont installées, elles sont encore plus laxistes que le fonctionnaire de base. C'est pas la bonne solution le recours au privé car c'est la gestion du service public qui génère le problème [...] En fait, on a trouvé de fausses solutions à un vrai problème* ». Dès lors, les agents des services techniques se vivent comme les victimes d'une action publique aveugle qui méconnaît leur investissement et en définitive remet en cause l'autre composante de l'identité professionnelle : l'identité pour soi [Dubar, 1996], laquelle se forge notamment au travers d'un processus de professionnalisation.

2.2. Des compétences non utilisées, les ressorts de l'apprentissage mis à mal

L'activité des agents de service technique semble à première vue correspondre à celle de métiers identifiés, sanctionnés par des qualifications et répandue dans le secteur privé. Pour autant l'exercice de ces qualifications requiert des apprentissages tant l'hôpital constitue un espace d'intervention particulier. Les infrastructures sont sollicitées continuellement (par exemple les portes n'ont qu'une durée de vie limitée), les impératifs de soins et d'hygiène s'accompagnent de précautions supplémentaires, la relation aux soignants et celle indirecte aux malades imposent une capacité à anticiper les problèmes à venir ou à déterminer l'urgence dans un volume conséquent de demandes d'interventions : *« Le problème, c'est que nous avons que des bons urgents alors c'est dur de faire la place à la véritable urgence. Des fois on sait à l'intitulé ou au nom du service mais des fois c'est indiqué urgent et c'est une porte de placard qui est par terre et la surveillante avait indiqué : « danger d'accident pour les agents » ! ils ne vous ont pas raconté les gars qu'ils se sont pointés pour une circulation ? et bien, le gars avait un bon pour changer un néon. Il se pointe, il y avait huit néons grillés en même temps ! Personne n'a fait le bon tant qu'il ne faisait pas complètement sombre et un jour, quand le dernier claque, ça devient urgent ! »*

Ces préoccupations sont d'autant plus prégnantes qu'il s'agit de concevoir des solutions techniques adaptées et durables. Si en termes techniques, les compétences de ce personnel sont assimilables à celles rencontrées par ailleurs, il convient de souligner leur singularité au niveau relationnel et infrastructurel. Force est de constater que l'ouvrier en entrant en fonction, intègre un processus d'apprentissage au cours duquel il va découvrir les spécificités de l'univers de soin dans lequel il évolue. Or, la maîtrise progressive des particularismes productifs de l'hôpital constitue un vecteur de reconnaissance par la hiérarchie, par les collègues et par les utilisateurs. Vecteur qui tend à être altéré dans le cadre des transformations en cours. Aussi, le processus de professionnalisation est remis en cause puisque, selon eux, les tâches d'entretien ou de maintenance mobilisent des savoir-faire moins pointus que les travaux et le recours à des entreprises privées, pour réaliser ces derniers, renforce le sentiment de non reconnaissance de leur engagement.

Ainsi, cette réforme voulue par les responsables locaux entraînerait une perte des acquis et serait donc à l'origine d'une forte démobilitation. Le passage de l'activité de création à celle de maintenance intervient alors que dans un univers professionnel dépourvu de perspectives réelles, l'apprentissage, l'acquisition d'une maîtrise supérieure et reconnue du métier apparaissent comme des vecteurs d'un investissement subjectif de l'ouvrier. Eloigné de la préoccupation centrale du soin, il parvenait à compenser cette mise à distance par la mise en œuvre de gestes professionnels dont l'efficacité se mesurait à l'aune du service rendu aux personnels soignants.

Par ailleurs, notre enquête fait apparaître une véritable éthique professionnelle chez certains de ces agents. Les dysfonctionnements de l'organisation sont en partie pris en charge par les agents qui entendent contribuer au bon fonctionnement de l'institution : *« il arrive que quand on va dans un service, on s'auto-donne une demande de travail dans Idem. On se rend compte d'un truc qui déconne et on se fait nous-même une demande. »*. Pour autant cette démarche semble également participer de l'invisibilité des agents puisque dans l'organisation, seuls les dysfonctionnements sont visibles : *« on s'intéresse à nous quand ça ne marche pas. Je reçois peu d'appels pour me dire : « tiens, au fait, ça marche » ! Or, l'organisation est régulièrement à l'origine de situations problématiques : « Le problème, c'est les portes qui n'appartiennent à aucun service ; les communs quoi. Dans ces cas-là, personne ne nous signale que la porte est malade. Alors, là, on répare quand on s'en rend compte »*. Lorsqu'elles sont réglées, elles n'apparaissent pas et ne font donc l'objet d'aucune procédure officielle de résolution. Si ces

interventions confèrent éventuellement aux agents un espace de pouvoir grâce à la maîtrise d'une zone d'incertitude [Crozier, Friedberg, 1992], l'intervention souligne surtout la volonté de certains agents de répondre au mieux aux besoins de l'institution bien que cet engagement soit peu vu.

2.3. Une projection et une référence professionnelle hypothéquées.

L'évolution de l'accès aux postes d'encadrement de proximité agit comme un révélateur des tensions engendrées par le changement progressif de cet univers professionnel. La figure du chef qui jusqu'à récemment était régulièrement incarnée par un professionnel issu du rang auquel les ouvriers pouvaient s'identifier est devenue l'incarnation d'une politique de rationalisation où le responsable, recruté à l'extérieur, revêt les habits de la rationalité économique et organisationnelle de l'hôpital. Le chef issu du corps de métier recouvrait une double dimension selon les ouvriers. Il agissait comme un vecteur d'identification et une perspective professionnelle, d'une part. Il illustrait l'existence d'une reconnaissance de la spécificité et de la compétence de l'activité des agents par l'institution d'autre part. Le compromis antérieur parvenait à légitimer l'existence et l'activité d'un groupe professionnel ad hoc à ceux, fondamentaux, des soignants. L'effort de rationalisation de l'hôpital, ses préoccupations en matière de soins, de sûreté et de sécurité ont semble-t-il mis en cause ce compromis.

Ainsi, les relations hiérarchiques ne parviennent plus à légitimer l'action, les contraintes et les pratiques des ouvriers et finalement à les reconnaître : *« c'est bien les chefs avec des diplômes, mais il faut aussi des connaissances techniques sinon on peut vous raconter n'importe quoi »*. La prise en compte de la singularité de l'agent et de son professionnalisme s'estompent et engendrent un sentiment de démotivation fondé sur l'absence de reconnaissance de l'éthique professionnelle : *« ça finit par démotiver à la longue. L'écoute est inexistante ici. Et puis, le fonctionnement est trop long. C'est toujours plein de temps pour un tout petit machin. On n'est que des numéros ! »*

2.4. Un système d'interaction à l'origine de deux univers aux représentations opposées

Notre analyse des ressorts de la professionnalisation des ouvriers techniques n'entend pas démontrer que l'action de la direction vise une déqualification des ouvriers. Au contraire, celle-ci estime que les transformations à l'œuvre ne remettent en cause ces qualifications et considèrent que l'activité de maintenance peut être l'occasion de valoriser l'action de cette population. Il convient de distinguer deux types de travaux de maintenance : d'une part, ceux sensibles et directement liés aux conditions de soin (changement de filtres laminaires de chambres stériles, prélèvements d'eau afin de veiller à l'inexistence de bactéries dans les réseaux, fonctionnement des groupes électrogènes) ; d'autre part, ceux éloignés de cet impératif de sûreté à savoir la réparation de circuits électriques, de robinetteries ou simplement le changement d'ampoules. Les décideurs affirment qu'en confiant les travaux du premier type aux ouvriers, ils agissent en faveur de leurs compétences.

Par ailleurs, selon la direction, les agents des services techniques n'ont jamais mis en œuvre une véritable compétence professionnelle dans la mesure où leur activité était en partie invisible et ils n'avaient pas à réaliser des systèmes techniques intégraux (circuits électriques, réseaux de tuyauteries ...). De plus, les représentations des décideurs quant à la réalité des métiers techniques se sont construites sur des indicateurs émanant de la hiérarchie, des utilisateurs et du système d'information qui ignorent les dysfonctionnements et les aléas réglés par les agents et retiennent les problèmes non résolus. Aussi, la perception de la direction n'a pu se fonder que sur une lecture partielle du métier.

3- Le changement et la déresponsabilisation partagée

Le changement mis en œuvre interroge quant à la responsabilité des professionnels dans l'organisation. Management, encadrement de proximité, soignants, entreprises privées et agents techniques semblent se dessaisir ou être dessaisis des effets des transformations.

3.1. Le recours au privé comme mode de déresponsabilisation

Nous l'avons vu, les représentations divergentes quant à la nature de l'activité des ouvriers ne peuvent être imputables aux dirigeants. Néanmoins, bien qu'ils indiquent que la réorganisation est susceptible de fournir aux agents des services techniques de nouveaux vecteurs de compétences, le caractère sensible de certaines missions de maintenance les conduit à avoir recours à des entreprises sous-traitantes. Cette pratique semble trouver trois facteurs explicatifs. Elle permet de justifier d'une réduction de la masse salariale. Elle externalise le risque en cas de problème sanitaire. Elle rassure les responsables qui estiment les agents techniques locaux insuffisamment impliqués dans leur travail pour prendre en charge de telles missions.

Néanmoins, cette pratique tend à remettre en cause l'engagement des ouvriers et l'idée qu'ils se font des finalités de leur activité qu'ils inscrivent dans une mission de service public et à l'origine d'un sentiment de responsabilité qui s'étiolé : « *Le privé, ils nous foutent des barbouilleurs, pas des peintres. Nous on peut pas faire n'importe quoi, on revoit les gens derrière. Si tout le monde s'en fout, pas nous. Nous, on a une conscience professionnelle, une valeur ajoutée, une mission de service public, une envie de construire* ». Dès lors, si l'utilisation de la sous-traitance permet de limiter la responsabilité de la direction, elle entache celle des ouvriers. Aussi, alors que la politique de rationalisation entendait valoriser l'activité des agents de service technique et se prémunir contre leur désengagement, elle tend à produire des effets inverses.

En sus de participer d'un sentiment de déqualification, le développement de l'emploi privé n'est pas sans conséquence pour l'encadrement de proximité qui apparaît comme un acteur particulièrement soumis aux tensions nées du changement.

3.2. Un encadrement de proximité démunie et unique comptable de l'histoire sociale.

Si la politique de ressources humaines conduite lors du projet a souhaité redéfinir les prérogatives des ouvriers, il semblerait qu'elle ait négligé le rôle de l'encadrement de proximité ainsi que les relations qu'il entretient avec les agents. Tout laisse à penser que la difficile coopération entre le « moins deux » (les chefs) et « le moins trois » (les ouvriers) - en référence aux étages de localisation de cet univers souterrain - existait bien avant le projet de redéfinition des modalités du travail notamment au travers d'une certaine perte de légitimité de l'encadrement que nous avons évoquée. En ne s'attaquant pas à ces tensions – ou pire encore en les niant – elle semble avoir construit une organisation qui l'exacerbe.

En effet, en confiant l'encadrement des équipes privées aux chefs en place et déjà critiqués pour leur manque d'adaptation aux spécificités du monde ouvrier public, elle les a placés en situation délicate. Les cadres deviennent eux aussi « *des traîtres* » au sens où ils participent à cette politique en partie contestée par les ouvriers. En encadrant « *les privés* », les cadres sont vus comme des moteurs de cette réorganisation. Tout porte à croire pourtant que le vécu des chefs est bien plus complexe et nuancé. Si cette réorganisation leur offre de nouvelles perspectives et un espace supplémentaire d'action (matérialisé par exemple par les négociations avec les entreprises extérieures), elle complique en revanche leur positionnement d'encadrant et brouille les contours de leur légitimité en faisant appel à des compétences nouvelles qu'ils ne maîtrisent pas nécessairement.

Ce positionnement en porte-à-faux qui découle de la réorganisation est en outre accentué par la demande croissante de travaux dans l'hôpital public. Et en ce sens, tous les témoignages convergent : l'hôpital est un univers en perpétuel mouvement. En fait, en répartissant travaux et maintenance à des équipes privées et publiques, la politique de ressources humaines ne s'est pas suffisamment attardée sur le sort de ses agents de maîtrise qui conservent la double mission ; c'est-à-dire non seulement maintenir l'état de l'hôpital mais également l'améliorer voire le développer. En imposant la perte de mission à une partie de l'équipe seulement – les ouvriers mais pas leurs chefs -, la direction locale a sans doute mésestimé une dimension bloquante non négligeable et mis ainsi en péril les chances de réussite du projet. Elle a en outre fait peser une part importante de succès sur une population déjà contestée au sein même de l'univers en transformation.

Par ailleurs, les agents de maîtrise, qui n'ont pas vu leur fonction évoluer (ils conservent la double attribution travaux et maintenance), sont paradoxalement confrontés à une réalité qui a considérablement évolué puisqu'elle consiste désormais à, d'une part animer une équipe interne chargée des interventions de maintenance et d'autre part, superviser des équipes privées chargées des travaux. Les compétences et les qualifications requises pour manager une équipe d'ouvriers employés par la même institution sont bien différentes de celles mobilisées pour superviser l'état d'avancée d'un chantier confié à un prestataire. Les agents de maîtrise expriment d'ailleurs cette difficulté : « *il faut des compétences pour contrôler une équipe du privé. C'est pas le même boulot qu'encadrer une équipe : il va peut-être falloir qu'ils réfléchissent à ça là-haut, non ?* ». Alors qu'ils étaient censés vivre une certaine continuité malgré le projet, ils se révèlent finalement comme les porteurs réels d'un changement fragilisant la légitimité de leur fonction et de leur action.

Conclusion :

Nous avons ainsi constaté que le secteur de la santé, soumis à un accroissement de normes et à la médiatisation de certains dysfonctionnements, tente de mettre en œuvre des processus de travail à même de garantir des soins de qualité et des conditions efficaces d'accueil des patients et d'hygiène des espaces de soins. C'est dans ce contexte qu'une politique de redéfinition des objectifs s'est opérée pour déplacer la mission des agents des services techniques. Si un consensus semble réunir les niveaux centraux et locaux de l'administration concernant les axes prioritaires de ces missions impératives à accomplir, notre analyse souligne les difficultés rencontrées par le milieu social directement concerné et méconnues des décideurs. Toutefois, alors que nous aurions pu nous attendre à des formes spectaculaires voire rédhitoires de rejet, le projet prend progressivement corps dans le système social. Il est de fait probable que l'on assiste paradoxalement à la création d'espaces annexes de reconnaissance qui favorisent une recomposition de l'engagement au travail des agents. Pour beaucoup d'entre eux, maintenir un état participe en effet d'une réelle mission de service public car cela permet de garantir des conditions d'hospitalisation optimale pour le patient. Or, en milieu pédiatrique, l'identification au malade est d'autant plus forte qu'il s'agit nécessairement d'enfants. Cette relation indirecte mais devenue centrale vient compenser l'affaiblissement des vecteurs de professionnalisation antérieurs en offrant aux ouvriers un espace vivace de reconnaissance et d'engagement. Ainsi, même si le système social s'autorégule partiellement, notre étude a néanmoins eu vocation à initier une évolution des politiques de ressources humaines autour de deux grands axes afin d'endiguer cette tendance à la dé-professionnalisation. Le premier touche aux formations des cadres intermédiaires, population pour laquelle notre étude a permis d'identifier des difficultés de positionnement. Pour y remédier partiellement, l'institution s'oriente progressivement vers une modification des profils de recrutement en privilégiant désormais autant l'orientation administrative que les

compétences techniques. Parallèlement, l'offre de formation continue sera remodelée pour l'adapter aux exigences nouvelles du métier. En outre, conscient de la nécessité de souligner l'importance d'une politique de maintenance et de sûreté aux yeux de toutes les populations de l'hôpital – et les soignants particulièrement -, le deuxième grand axe a consisté en une vaste campagne de communication interne visant à valoriser les métiers de la maintenance.

Bibliographie :

Ancelin M., Laine A., Olivier Y., Roussey A., (2000), *Les métiers et les enjeux des services généraux*, Paris, Editions d'organisation.

Benanteur Y., Rollinger R., Saillour J-L., (2000), *Organisation logistique et technique à l'hôpital*, Rennes, ENSP.

Crozier M., Friedberg E. (1992), *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Paris, Le Seuil

Carricaburu D., Menoret M. (2004), *Sociologie de la santé : institutions, professions et maladies*, Paris, A. Colin.

Couanau R. « Le désenchantement hospitalier : les propositions pour sortir de la crise », in *Revue Fondamentale des Questions Hospitalières*, n°8, 2003, p. 55-84.

Debrosse D., Perrin A., Vallancien G. (2003), *Projet Hôpital 2007, mission sur la modernisation de l'hôpital public et de sa gestion sociale*, Paris, Ministère de la Santé.

Dubar C. (1996), *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, A. Collin

Ecole Nationale d'Administration. (2003), *L'avenir de l'hôpital : rapport n°12, séminaire « les politiques de santé »*, Strasbourg, E.N.A.

Osty F. (2003), *Le désir de métier, Engagement, identité et reconnaissance au travail*, Rennes : PUR

Sainsaulieu R. (1977), *L'identité au travail, Les effets culturels de l'organisation*, Paris, Presses de la FNSP

Stingre D. (1997), *Le service public hospitalier*, Paris, PUF

Tixier P-E. (2002), *Du monopole au marché. Les stratégies de modernisation des entreprises publiques*, Paris, La Découverte

Tournoud D., Montigny A. (2004), *La réduction du temps de travail dans un hôpital public : l'autonomie des services en question*, Paris, Ecole des Mines de Paris Centre de Gestion Scientifique.