

**Quelle contribution des collectifs soignants à l'innovation hospitalière ?**  
**Healthcare teams contribution to innovation inside hospitals**  
**La contribución de los colectivos sanitarios a la innovación hospitalaria**

Ivan Sainsaulieu

Number 53, Fall 2012

Sociologie et innovation

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1023190ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1023190ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Athéna éditions

ISSN

0831-1048 (print)

1923-5771 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Sainsaulieu, I. (2012). Quelle contribution des collectifs soignants à l'innovation hospitalière ? *Cahiers de recherche sociologique*, (53), 33–48.  
<https://doi.org/10.7202/1023190ar>

Article abstract

The most part of time, innovation inside organizations is the leaders' matter. How approaching collective innovation from the bottom ? Inside hospitals, we face a particular mobilization that we named consensual before. It is about a collective ability of improving caregiving by a special interaction among nursing staff. Therefore, care givers are both object and subject of innovation : as far as they do change social relationship at working, especially hierarchic ones, they are able to bring improvement in caregiving, both for patients and organization. This is going on through special occasions of cooperation, interdisciplinary coordination, participation that are here analysed, as well as phenomenons of representations that come together. Underlining difficulties of such interactions, we ask ourselves how far that kind of mobilization is collective or individual, élitist or démocratic.

# Quelle contribution des collectifs soignants à l'innovation hospitalière ?

IVAN SAINSAULIEU

## Introduction

Que ce soit dans le domaine de l'expérimentation de la dynamique de groupe, dans ceux des communautés du Net ou des bricoleurs de nouvelles machines offertes aux publics, l'innovation se situe davantage du côté des décideurs ou de jeunes dotés d'un certain capital culturel. La découverte scientifique, le portage d'une idéologie alternative, tout comme la réalisation de nouveaux objets techniques : autant d'objets qui mettent la focale sur des groupes d'élite, tout comme les méthodes de stimulation de l'imagination visent d'abord les sommets – plus on monte dans la hiérarchie, plus on se réunit pour décider, plus on a besoin d'imagination, notamment pour anticiper<sup>1</sup>. Ainsi l'approche la plus répandue de l'innovation dans la littérature scientifique traite-t-elle davantage des leaders que des personnels, des relations entre les instances que de celles entre les instances et les autres acteurs<sup>2</sup>.

1. Le *brainstorming*, la *synectique* ou les *jeux de rôle* ont ainsi pour fonction de libérer l'imagination par l'interaction collective, afin de trouver des solutions innovantes à un problème donné : Dominique Oberlé, et Verena Aebischer, *Le Groupe en psychologie sociale*, Paris, Dunod, 1998 ; Ivan Sainsaulieu, *Les collectifs de travail : source ou conjuration des risques au travail ?*, dans Zawieja Philippe et Guarnieri Franck (dir.), *Dictionnaire des risques psycho-sociaux*, Paris, Seuil, à paraître.
2. Réjean Landry, Nizar Becheikh, Nabil Amara, Norrin Halilem, Jabila Jbilou, Elaine Mosconi et Hajer Hammami, *Innovation dans les services publics et parapublics à vocation sociale. Rapport de la revue systématique des écrits*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 2007.

Que dire alors de la créativité des groupes de travail ordinaires ? La notion de collectif innovant sur le plan technologique concerne plutôt la recherche scientifique – à l'exception peut-être du secteur des *software*<sup>3</sup>. Pourtant, en milieu hospitalier, elle ne peut se limiter au périmètre trop étroit du plateau technique ou de l'innovation-produit<sup>4</sup>. On ne cherche pas non plus ici à préciser les compétences individuelles dont l'organisation pourrait tirer parti, par exemple celles des travailleurs âgés<sup>5</sup> ou encore celles des ingénieurs créatifs<sup>6</sup>. Si l'innovation collective implique de tirer parti des ressources d'un groupe, il s'agit d'une créativité sociale, organisationnelle, plutôt que technologique. Mais en quoi consiste-t-elle ?

La notion d'innovation organisationnelle est sujette à caution. S'il existe une tradition de la sociologie des organisations, y compris avec l'hôpital pour objet<sup>7</sup>, la localisation de l'innovation à l'hôpital comporte, comme ailleurs, le risque d'être aspiré par le néant propre à un terme indéfini<sup>8</sup>, dont les décideurs usent et abusent. À l'hôpital comme ailleurs, le terme s'est banalisé et se décline selon toutes les dimensions organisationnelles, grâce à la conjoncture de coordination « et » : innovation et management, innovation et formation, etc.<sup>9</sup>. D'un point de vue économique<sup>10</sup>, l'hôpital fournit une gamme large de prestations de services de différentes natures, qui accompagnent et influencent la qualité des soins : l'amélioration de l'accueil et de la prise en charge des patients, l'apparition de nouveaux services dans les secteurs non médicaux, le développement de coopérations nouvelles et de réseaux de soins innovants, etc.

3. Des idées de pratiques collectives informelles se développent en effet dans le sillage des *software*. Elles s'inspirent d'une idéologie *open source*, quête de liberté et d'égalité par le biais de l'accessibilité aux nouvelles technologies ainsi que d'une nouvelle donne organisationnelle (Didier Demazière, François Horn et Marc Zune, *Les développeurs de logiciels libres: militants, bénévoles ou professionnels ?*, dans Demazière Didier et Gadéa Charles, *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte, 2009, p. 285-295). Sous l'injonction d'impératifs économiques, une ligne de conduite organisationnelle vise à intégrer l'utilisateur du produit en amont, à donner le pouvoir à l'équipe, à raccourcir les délais, à supprimer des coûts, en développant les principes de l'apprentissage, du mentorat et de l'essaimage. Il découle de ces modèles des applications citoyennes, comme le développement des « fablab » en libre accès, ces lieux de rencontre et d'usage, mettant notamment des imprimantes 3D à disposition.
4. Faridah Djellal, Camal Gallouj et Faïz Gallouj, « De l'hôpital-fonction de production à l'hôpital service complexe et nœud de réseaux. Les différentes facettes de l'innovation hospitalière », *Revue française des affaires sociales*, vol. 1, n° 1, 2004, p. 223-248.
5. Marie Lavoie, « Aging Population and Innovative Skills », *Relations industrielles/Industrial Relations* vol. 64, n° 4, 2009, p. 641-661.
6. Kobe Carmen et Ina Goller, « Assessment of product engineering creativity », *Creativity and Innovation Management*, vol. 18, n° 2, 2009, p. 132-140.
7. François Steudler, *L'hôpital en observation*, Paris, Armand Colin, 1974 ; Marianne Binst, *Du mandarin au manager hospitalier*, Paris, L'Harmattan, 1990.
8. François Aballéa, « Innovation », dans Bevort Antoine, Jobert Annette, Lallement Michel et Mias Arnaud (dir.), *Dictionnaire du travail*, Paris, PUF, 2012, p. 378-384.
9. Lors d'un colloque à l'École de santé publique de Rennes, consacré à l'innovation : [www.ehesp.fr/2012/06/25/journee-des-innovations-manageriales-a-lhopital-26-octobre-2012](http://www.ehesp.fr/2012/06/25/journee-des-innovations-manageriales-a-lhopital-26-octobre-2012).
10. Faridah Djellal, *L'hôpital innovateur*, Paris, Masson, 2004 ; Fredricka L. Stoller, « Innovation in a Non-Traditional Academic Unit: The Intensive English Program », *Innovative Higher Education*, vol. 19, n° 3, 1995, p. 177-195.

C'est bien dans le domaine de l'amélioration de la qualité de soins que nous pouvons ancrer la problématique du rôle innovant des groupes de salariés soignants ordinaires. L'innovation du collectif de travail se comprend comme une coopération entre salariés peu payés en retour, un don invisible appelant (en vain) un contre don<sup>11</sup>. Karl Marx ne disait pas autre chose à propos de la coopération de l'ouvrier collectif, ignorée du patron par le biais d'une rémunération salariée individuelle<sup>12</sup>. Le thème récurrent de l'absence de reconnaissance des infirmières en France suffit à souligner l'actualité du problème. Mais l'attente de reconnaissance n'est que la conséquence de ce qui nous intéresse ici : l'investissement collectif visant à améliorer la qualité de soins, qui va de pair avec une meilleure gestion et un meilleur accès aux soins pour le patient, soit les trois côtés du « triangle de fer » du soin : *cost, access and quality*<sup>3</sup>.

## Méthodologie

Cet article est une proposition théorique qui repose sur les matériaux d'enquête cumulés de sept recherches sur les divers métiers et services de soin hospitaliers<sup>14</sup>, précédées par de l'observation participante, lors de grèves du secteur hospitalier. C'est à l'issue de ces terrains successifs que nous est apparue la pertinence de la distinction entre deux types de mobilisations contestataire et consensuelle, en tant que systématisation des modalités de travail et des rapports à la mobilisation de différents professionnels de la santé. Ainsi, nous avons pu aborder au fur et à mesure différents contextes interdépendants de coopération au travail, de coordination interprofessionnelle, de participation et de représentation des agents hospitaliers.

Au cours de nos enquêtes, nous avons interrogé un large spectre de professionnels, médicaux, soignants et non soignants pour rendre compte d'un « monde du travail » hospitalier et non de professions isolées. Une enquête comparative a également pris place dans le contexte canadien-anglais, en

11. Norbert Alter, *Donner et prendre. La coopération en entreprise*, Paris, La Découverte, 2009.

12. Karl Marx, « La coopération », *Le Capital*, Livre 1, section 4, chap. 13, 1867.

13. John Bachman, « What do retail clinics mean for family medicine? », *Family Practice Management*, vol. 13, n° 5, 2006, p. 19-20.

14. Ces recherches sont surtout qualitatives (voir l'encadré méthodologique) : rapport Laboratoire sociologique du changement des institutions/CNRS – Ministère du Travail, Assistance publique des hôpitaux de Paris, Fédération des hôpitaux privés (FHP), *Les mondes sociaux de l'hôpital* (2002); Laboratoire interdisciplinaire en sociologie économique ou LISE/CNRS – FHP, *La participation paramédicale à l'occasion de l'accréditation des établissements hospitaliers publics et privés* (2003); LISE – Haute Autorité en Santé, *Les facteurs contextuels favorisant l'application des recommandations médicales* (2005); partenariat LISE – McMaster University, pour l'analyse des communautés de soin dans les services hospitaliers d'un établissement régional en Ontario (2005-2007); rapport LISE – Confédération française démocratique du travail, *Les cadres hospitaliers entre métier et gestion* (2007); partenariat LISE – CHRU de Lille, *L'impact des équipes gériatriques mobiles dans les services de soin hospitaliers* (2010). Enfin, la mobilisation consensuelle a fait l'objet de notre mémoire d'habilitation à diriger des recherches, soutenu à l'Université de Paris Ouest Nanterre La Défense en octobre 2009.

### Encadré méthodologique: enquêtes sur les relations de travail à l'hôpital

| Intitulés et caractéristiques enquêtes | Mondes sociaux de l'hôpital      | Participation dans l'accréditation hospitalière | Application des recommandations médicales          |
|--|----------------------------------|---|--|
| <i>Année (fin enquête)</i>             | 2002                             | 2003  | 2005   |
| <i>Nombre entretiens</i>               | 360                              | 54  | 38   |
| <i>Nombre enquêteurs</i>               | 4                                | 2   | 3  |
| <i>Nombre et types d'établissement</i> | 7 CH<br>1 CHU<br>4 cliniques     | 2 cliniques<br>2 CH<br>1PSPH                    | 6 établ. publics (1 CHU,<br>4 CH, 1 ét. militaire) |
| <i>Durée du terrain</i>                | 2 ans                            | 12 mois   | 14 mois  |
| <i>Lieu d'enquête</i>                  | Régio. paris.<br>Rouen<br>Rennes | Nord<br>Paris<br>Lyon                           | Bordeaux Aquitaine                                 |
| <i>Exploitation des données</i>        | Analyse thématique               | Analyse thématique                              | Analyse thématique                                 |
| <i>Commanditaires*</i>                 | AP-HP<br>DHOS<br>FHP             | ANAES (future HAS)                              | HAS (Haute Autorité en Santé)                      |

\* Les commanditaires sont publics (Direction hospitalière de l'organisation des soins, Haute Autorité en Santé, Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, Institut national de prévention et d'éducation en santé, Centre hospitalier de recherche universitaire, McMaster University) ou semi-privés (Fédération des hôpitaux privés, Confédération démocratique du travail).  
 APHP: Assistance Publique des hôpitaux de Paris; CH: Centre hospitalier; CHU: Centre hospitalier universitaire; CHRU: Centre hospitalier régional universitaire; DHOS: Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins (ministère de la santé); FHP: Fédération des hôpitaux privés; INPES: Institut national de prévention en santé; PSPH: Établissement privé participant au service public hospitalier.

Ontario<sup>15</sup>. C'est ce qui nous permet de relier les mobilisations aux contextes de travail et non pas seulement aux caractéristiques d'une catégorie professionnelle.

### L'ambiguïté du rôle d'acteur des personnels et de leurs mobilisations

Les occurrences de ce genre de mobilisation à l'hôpital, univers bureaucratique et professionnel, où la hiérarchie est donc redoublée, ne vont pas de soi. La littérature scientifique souffle d'ailleurs le chaud et le froid sur la place investie par les personnels. La définition de l'innovation dans le secteur public ou parapublic comprend une multiplicité de dimensions qui semble-

15. Ivy Lynn Bourgeault, Christine Hirshkorn et Ivan Sainsaulieu, « Relations between Professions and Organization: More fully Considering the Role of the Client », *Professions and professionalism*, vol. 1, n° 1, 2011, p. 67-86.

| Communautés de service          | Cadres de l'hôpital « gestion et métier » | Inégalités sociales de santé   | Équipes mobiles gériatriques |
|---------------------------------|---|--------------------------------|------------------------------|
| 2006                            | 2007                                      | 2008                           | 2010                         |
| 52                              | 25  | 34                             | 45                           |
| 1                               | 2   | 4                              | 1                            |
| 1 grand hôpital régional        | 2 CHU                                     | 1 hôp<br>5 ét. Medico<br>socio | 2 CH<br>1 CHRU               |
| 8 mois                          | 16 mois                                   | 10 mois                        | 14 mois                      |
| Hamilton (Ontario Canada)       | Réseau National CFDT                      | Centre Rhône Alp Bretagne      | Lille Roubaix                |
| Logiciel QSR Nudist Quantitatif | Analyse thématique quantitative           | Analyse thématique             | Analyse thématique           |
| McMaster University             | CFDT                                      | INPES                          | CHRU Lille                   |

raient leur laisser un espace important<sup>16</sup>. Sur un axe temporel du processus d'innovation<sup>17</sup>, le collectif peut en effet apparaître à la fois en amont, au niveau de la création de nouvelles idées par un groupe de personnes travaillant ensemble<sup>18</sup> et en aval, où l'innovation consiste dans l'introduction de pratiques nouvelles ou « l'adoption pour la première fois par une organisation donnée d'idées déjà existantes<sup>19</sup> ».

Sur un plan spatial, le collectif innovant peut être de nature externe ou interne : l'innovation extrinsèque suppose des réseaux capables d'interagir<sup>20</sup>, et plus encore si l'on élargit la focale à des acteurs macrosociologiques,

.....

16. R. Landry *et al.*, *op. cit.*

17. Gérald Gaglio, *Sociologie de l'innovation*, Paris, PUF, 2011.

18. Teresa M. Amabile, Regina Conti, Heather Coon, Jeffrey Lazenby et Michael Herron, « Assessing the Work Environment for Creativity », *The Academy of Management Journal*, vol. 39, n° 5, 1996, p. 1154-1184. Les auteurs proposent comme éléments clés de l'apport du groupe de travail la diversité des personnalités, leur ouverture d'esprit et l'engagement des membres. Voir aussi Keng Siau et Jake Messersmith, « Analyzing ERP Implementation at a Public University Using the Innovation Strategy Model », *International Journal of Human-Computer Interaction*, vol. 16, n° 1, 2003, p. 57-80; Sandford Borins, « Loose Cannons and Rule Breakers, or Enterprising leaders? Some Evidence About Innovative Public Managers », *Public Administration Review*, vol. 60, n° 6, 2000, p. 498-507.

19. R. Landry *et al.*, *op. cit.* Nous discutons dans les pages suivantes des analyses rassemblées dans ce rapport synthétique.

20. Marc Granovetter, *Le marché autrement. Les réseaux dans l'économie*, Paris, Desclée de Brouwer, 2000.

comme dans les métathéories des acteurs réseaux<sup>21</sup>, des groupes de pression, voire des cadrages institutionnels<sup>22</sup>. Si l'on privilégie ce qui se passe en interne dans les groupes de travail, on rétrécit et l'on complique le champ d'investigation : l'innovation intrinsèque est plus complexe à mesurer que celle qui est introduite de l'extérieur. Le changement induit est de réputation moins objectif, plus relatif à sa perception par les acteurs.

Sur le plan thématique, se focaliser sur les groupes de base soignants signifie de mettre à distance la dimension politique de l'innovation, qui relève des accès aux sommets par définition plus rares dans ce cas ainsi que les dimensions sociétales macrosociales ou macro-économiques (au moins dans leurs effets directs), pour se concentrer sur les dimensions microsociologiques, qu'elles soient « instrumentales » ou « non instrumentales », c'est-à-dire en faveur de l'organisation ou des seuls salariés<sup>23</sup>.

D'aucuns pensent que l'innovation résulte davantage des personnels intermédiaires ou de base que des dirigeants<sup>24</sup>. Les catégories d'innovation répandues laissent pourtant peu de place aux personnels soignants, qu'il s'agisse de penser ou de mettre en œuvre un nouveau produit médical, ou commercial, de mettre à la disposition des patients de nouveaux services (par exemple à domicile) ou de nouvelles prestations (dans Internet), d'offrir aux salariés de nouveaux procédés de communication (par Intranet) ou de penser de nouvelles méthodes de gestion (des eaux, des déchets), de créer un nouveau département, de lancer une nouvelle mission stratégique ou un nouveau concept... Force est de constater que les éléments cités font penser à une division du travail classique, avec la capacité d'initiative et de décision des sommets et le devoir d'exécution des groupes de base.

Seule « l'innovation dans les systèmes d'interactions », catégorie définie comme « nouvelle façon d'interagir avec d'autres organisations », semble ouvrir un espace, et cela malgré l'exemple retenu par ses auteurs, qui suggère davantage, là encore, un rôle du décideur<sup>25</sup>. Par contre, nombre des attributs de l'innovation recensés (« complexité, expérimentation, lisibilité, légitimité, adaptabilité, acceptabilité, compatibilité ») impliquent au contraire une participation large des personnels et il en va de même de l'énumération des « déterminants » de l'innovation : la culture ou l'héritage de l'organisation,

21. John Law et John Hassard, *Actor Network Theory and After*, Oxford, Blackwell and Sociological Review, 1999.

22. Harold Silver, « Managing to innovate in higher education », *British Journal of Educational Studies*, vol. 47, n° 2, 1999, p. 145-156.

23. Julie Cloutier, *Qu'est-ce que l'innovation sociale?*, Montréal, Centre de recherche sur les innovations sociales (CRISES), 2003.

24. Sandford Borins, « Encouraging innovation in the public sector », *Journal of Intellectual Capital*, n° 2-3, 2001, p. 310-319.

25. « La signature d'un accord de coopération qui soit nouveau dans son contenu et sa philosophie par rapport aux accords précédents », *ibid.*, p. 32.

l'autoévaluation, la capacité réceptive, la structure hiérarchique, les structures d'encouragement. Bref, dès que l'on s'éloigne de la conception en amont (principe actif) et que l'on se rapproche de la diffusion en aval (principe passif), le collectif reprend ses droits, mais il demeure des impressions mitigées sur la question de savoir si l'innovation est descendante ou émergente.

C'est plutôt dans le sens descendant que le rôle des cadres intermédiaires, gestionnaires ou leaders d'opinion locaux semble avoir été souligné, notamment dans la dernière phase de l'implantation de l'innovation ou dans les cas d'innovations complexes, pour favoriser son appropriation par le groupe. Un type de « leader transformationnel » a été proposé, caractérisé par ses capacités d'animateur d'organisation, son aptitude à instaurer « un climat de collectivisme » et à favoriser le développement professionnel des individus<sup>26</sup>. Nous avons proposé, dans le même ordre d'idées, la figure du « cadre animateur<sup>27</sup> ».

Côté personnels, le niveau de qualification, la motivation des soignants et la convertibilité organisationnelle des valeurs professionnelles, d'une part, l'homogénéité des groupes professionnels, d'autre part, les prédisposent favorablement à l'égard de l'amélioration de la qualité de soins<sup>28</sup>, permettant une innovation émergente et plurielle<sup>29</sup>. Si une telle mobilisation consensuelle est pensable ailleurs qu'à l'hôpital, les facteurs et conditions favorables y sont particulièrement réunis, malgré les contraintes de taille, de budget et surtout de temps. Car il y a une différence entre l'alliance minimale entre membres pour qu'une organisation existe et l'existence d'une forte coopération entre les personnels : les relations de travail ont un impact fort sur leur engagement ou leur mobilisation consensuelle dans l'innovation, même si l'on ne peut exclure que l'adaptation au changement relève parfois de la simple routine<sup>30</sup>.

Telle que nous l'entendons, la mobilisation consensuelle (autrement dit sans finalité contestataire explicite) relève au contraire du volontarisme propre à l'action collective :

Contrairement à la mobilisation contestataire, elle est sans adversaire explicite (ni même implicite), mais se trouve conforme à l'institution qu'elle sert, collective (largement participative) et volontaire (contrairement à un effet d'agrégation

26. Femke Geijsel, Peter Slegers, Rudolf van den Berg et Geert Kelchtermans, « Conditions Fostering the Implementation of Large-Scale Innovation Programs in Schools: Teachers' Perspectives », *Educational Administration Quarterly*, vol. 37, n° 1, 2001, p. 130-166.

27. Ivan Sainsaulieu, « Le cadre animateur, figure fragile d'une conciliation légitime », dans Ivan Sainsaulieu (dir.), *Les cadres hospitaliers. Représentations et pratiques*, Rueil Malmaison, Lamare, 2008, p. 46-86.

28. Ivan Sainsaulieu, *L'hôpital et ses acteurs. Appartenances et égalité*, Paris, Belin, 2007.

29. S. Borins, *op. cit.*

30. James R. Thompson, « Devising Administrative Reform That Works: The Example of the Reinventing Lab Program », *Public Administration Review*, vol. 59, n° 4, 1999.

tion involontaire). Elle se déploie sur une variété d'échelles (organisationnelle et institutionnelle), comprend une dimension transversale, interprofessionnelle ou interinstitutionnelle, relève de la répétition ordinaire du quotidien aussi bien que de l'événement extraordinaire (exceptionnel ou périodique) et s'inscrit dans le cadre prescrit du travail (et non dans l'espace public), ce qui limite son contenu en termes démocratiques<sup>31</sup>.

Nous nous appuyons donc sur des travaux récents pour dégager des rapports différents à l'innovation selon le type de collectif mobilisé (communautaire, participatif, interdisciplinaire, imaginaire). Il se dégage les pistes suivantes, que nous allons emprunter tour à tour dans cet article.

- *Primo*, si la communauté coopérative ne favorise pas nécessairement l'initiative individuelle, elle se montre par contre fort capable d'intégrer le changement organisationnel proposé d'en haut pour améliorer la qualité de soins. L'apprentissage ou la création de nouveaux acteurs semble davantage intervenir dans le cadre des dispositifs participatifs ou de coordination interprofessionnelle ou coordination interdisciplinaire<sup>32</sup>.
- *Secundo*, cette dernière, dont la formule est innovante, requiert un acteur militant prédisposé à surmonter les obstacles rencontrés par les projets à dimension transversale. L'innovation peut être portée aussi par des « anciens combattants », nous entendons par là ceux qui veulent faire revivre des mobilisations innovantes, comme la participation à la « révolution sida » (pour les services infectieux) ou à des opérations militaro-humanitaires dans la « brousse » (selon l'expression de médecins militaires). Au total, il se dégage une alchimie complexe entre individus et collectifs, tradition et innovation, sur laquelle nous reviendrons en conclusion.

### **Intégration du changement ou fabrication de nouveaux acteurs ?**

La communauté (ou groupe partageant un fort sentiment d'appartenance du fait d'une coopération intense) paraît peu disposée à la créativité : il s'agit d'un corps fortement organisé qui se suffit à lui-même et entend faire respecter ses normes par ses membres. Nombre de travaux ont d'ailleurs mis en exergue la résistance des groupes professionnels au changement. Pour autant, on peut penser que l'efficace du petit groupe soudé est à même d'intégrer de nouvelles données organisationnelles plus rapidement que les autres.

31. Ivan Sainsaulieu, « La mobilisation collective à l'hôpital : contestataire ou consensuelle ? », *Revue française de sociologie*, vol. 53, n° 3, 2012, p. 461-492.

32. Il y a un continuum entre interprofessionnalité et interdisciplinarité dans le monde du travail, où les différentes disciplines scientifiques s'incarnent dans des professionnels en chair et en os.

Telles des fourmis dont la fourmilière a été dérangée, les communautés s'appliquent avec efficacité à se repositionner sur un nouvel objectif qui leur permette de fonctionner selon leurs habitudes collectives. Si l'homogénéité disciplinaire minimise les possibilités de création, « les idées se diffusent plus rapidement au sein de groupes dont les besoins et les attentes sont relativement homogènes<sup>33</sup> ». On en veut pour preuve les dispositifs participatifs mis en place à l'occasion de l'accréditation des hôpitaux durant laquelle ces groupes cohésifs ont montré leur capacité d'adoption de la nouvelle organisation<sup>34</sup>.

Alain Coulomb, ex-président de la Haute Autorité de Santé, réagissait ainsi en 2005 à l'exposé des résultats de notre enquête sur la participation à l'accréditation des établissements: « Ce sont toujours les meilleurs qui embrayent le mieux ! » En effet, la participation collective la plus conséquente était intervenue dans les cadres organisationnels, d'hôpitaux publics ou privés, mais de taille limitée, au sein desquels la coopération était déjà une habitude. Cette habitude à coopérer ne s'invente pas en un jour, mais elle se transmet par contre ensuite dans les autres occasions.

Il s'agit bien de communautés au sens de groupes restreints et fermés: une autre enquête en Ontario a confirmé combien la collectivité suppose des frontières. Le degré de satisfaction au travail avait deux corollaires dans cet hôpital de dimension régionale: un fort sentiment d'appartenance collective et la forte dépendance du patient aux professionnels<sup>35</sup>. Dans un autre article, nous avons mis en exergue cette dépendance en titrant: « le bon patient est sous contrôle<sup>36</sup> ». Dans les services dits « fermés » au sens où les contrôles d'hygiène sont d'autant plus exigeants que la dépendance est plus forte, la fermeture existe aussi sur un plan sociologique, comme une corrélation entre le fait que le patient n'intervienne pas dans le contrôle de sa maladie et le sentiment de responsabilité collective à son égard, lui-même corrélé avec le degré de satisfaction du personnel dans son travail. Et l'efficacité du groupe mobilisé en d'autres occasions tend à renforcer les mécanismes d'adhésion en son sein. Les rôles, aussi égaux soient-ils, ne sont pas véritablement nouveaux: dans un bloc opératoire, il existe toujours un cadre, un chirurgien, des infirmières, des brancardiers, etc. Il est cependant possible que ces acteurs professionnels rentabilisent leur capital social dans d'autres domaines, où ils font figure de nouveaux acteurs: ainsi telle infirmière ou tel

.....

33. R. Landry *et al.*, *op. cit.*, p. 52.

34. Ivan Sainsaulieu, « Les formes d'appartenance collective à l'hôpital », *Sociologie du Travail*, vol. 48, n° 1, 2006, p. 72-87.

35. I. Bourgeault, C. Hirshkorn et I. Sainsaulieu, *op. cit.*

36. Ivan Sainsaulieu, « Le bon patient est sous contrôle. Communautés de service et pratiques soignantes à l'hôpital », *Revue suisse de sociologie*, vol. 35, n° 3, 2009, p. 551-570.

cadre infirmier avaient su réinvestir leur expérience sociale dans le cadre de mandats municipaux<sup>37</sup>.

L'idée que des dispositifs d'action publique puissent créer de l'apprentissage et par ce biais de nouveaux métiers ou de nouveaux acteurs n'est pas nouvelle, plus précisément elle est consubstantielle à la définition théorique de l'action publique, quelles que soient les limites de cette dernière<sup>38</sup>. En la rapportant aux formes de mobilisation collective repérées à l'hôpital, on voit néanmoins comment elle opère plus concrètement au travers des mécanismes de l'interdisciplinarité (ou de coordination interprofessionnelle) et de la participation.

La participation et l'implication des employés se révèlent être particulièrement importantes comme mécanismes d'adhésion au changement dans le cas des services publics, en favorisant « l'apprentissage par l'action<sup>39</sup> », voire en développant une « stratégie d'apprentissage par les erreurs », basée sur une définition large de l'innovation laissant une marge de manœuvre, du fait de la « nature systémique de l'innovation » qui fait que la résolution d'un problème peut engendrer un autre problème ailleurs dans un système complexe<sup>40</sup>. D'où les conceptions participatives et auto-évaluatives de l'accréditation des hôpitaux en France, du moins dans leur première mouture<sup>41</sup>. La motivation quotidienne du personnel vis-à-vis de son organisation a un effet positif et significatif sur les changements impulsés par en haut<sup>42</sup>.

Si, comme nous venons de le voir, des prédispositions collectives permettent aux groupes cohésifs de rentrer plus facilement dans le dispositif participatif, il en va autrement des individus isolés. Dans leur cas, les nouvelles occasions qui se présentent sont en lien avec leur parcours et compétences antérieures et vont leur donner l'occasion de jouer un rôle pionnier

.....  
37. Concernant les médecins, l'exemple récent d'un chirurgien devenu ministre du Budget en France (avant de démissionner) pourrait confirmer les vertus de l'expérience collective du bloc opératoire, mais, d'une part, les médecins ont une position sociale leur assurant traditionnellement des relations avec le personnel politique (même si le changement de majorité en France a fait chuté la proportion de médecins parmi les députés et monter celle des professeurs); d'autre part, l'accès au pouvoir des médecins avait déjà été limité par l'ancienne majorité, dans le cadre des mesures de rationalisation de la santé.

38. Patrick Hassenteufel, *Sociologie politique: l'action publique*, Paris, Armand Colin, 2011.

39. Sergio Fernandez et Hal G. Rainey, « Managing Successful Organizational Change in the Public Sector », *Public Administration Review*, vol. 66, n° 2, 2006, p. 168-176.

40. Plus l'organisation allait dans le sens de ces pratiques de gestion des ressources humaines et plus les employés se sentaient concernés par l'organisation, sa performance et son innovation. Dans le même ordre d'idées, Bjorn Willy Amo (« Employee innovation behaviour in health care: the influence from management and colleagues », *International Nursing Review*, vol. 53, n° 3, 2006, p. 231-237) considère l'implication des membres du personnel comme une forme d'encouragement qui considère que les « gestionnaires tiennent compte de l'avis des membres de l'organisation, qui leur donne la possibilité de discuter et qui encourage les individus à réaliser leurs actions de manière plus efficace » (Per Koch et Johan Hauknes, « Innovation in the public sector », *Public Research Project*, 2005 [en ligne] cité par R. Landry *et al.*, *op. cit.*, p. 67).

41. I. Sainsaulieu, *op. cit.*

42. K. Siau et J. Messersmith, *op. cit.*; B. W. Amo, *op. cit.*

et donc de se réinventer dans le cadre de leur travail. Des personnes ayant acquis des expériences dans le cadre participatif peuvent se voir ainsi proposer ensuite en interne un rôle plus transversal, notamment sur l'amélioration de la qualité de soin ou dans les ressources humaines. Quant à la promotion paramédicale qui en résulterait, elle est incertaine. En effet, les cadres hospitaliers sont pris entre deux logiques de management : celle de l'animation consiste à prendre des initiatives et à assister les équipes de soin dans leur travail ; celle du contrôle, plus *top down*, consiste à veiller au bon respect de l'application des nouvelles normes et à ne pas « faire de vagues » pour ne pas perturber l'ordre hiérarchique. Les cadres sont parfois incertains sur l'attitude à prendre, car leur promotion obéit à des logiques contradictoires, tantôt méritocratiques, tantôt bureaucratiques<sup>43</sup>. Les cadres ayant fait leurs preuves dans des structures transversales peuvent donc se heurter aux structures verticales de la bureaucratie.

Il ne faut cependant pas trop réduire aux mécanismes *top down* les expériences de participation : il y a aussi parfois des stimuli extérieurs forts, comme les catastrophes naturelles (tempêtes, tremblements de terre) et les crises sociales (appauvrissement de la population), ou les problèmes propres au domaine de la santé : épidémies (sida, grippe aviaire), infections chroniques (grippes, bronchiolites). Pour autant qu'ils comportent un risque sanitaire générant de l'incertitude, ces stimuli peuvent provoquer des expériences participatives intenses, à fort contenu égalitaire. Dans ce cadre, les agents voient non seulement s'améliorer leur intégration dans le collectif, comme dans toute équipe de travail soudée, mais ils sont également mis en demeure de trouver des solutions nouvelles par leurs propres moyens.

L'interdisciplinarité peut également produire de nouveaux acteurs, sous certaines conditions. Certains auteurs parlent de multidisciplinarité, c'est-à-dire de la présence des diverses disciplines au sein d'une équipe de travail et jugent son influence positive et significative sur le processus d'innovation<sup>44</sup>. Mais l'hétérogénéité des équipes est plutôt rare dans le secteur public<sup>45</sup>, elle relève plutôt de l'expérimentation et elle rencontre des résultats mitigés. Nous avons pu ainsi constater à propos des équipes gériatriques mobiles que les médecins éprouvaient des réticences, dans cette expérience consistant à visiter les services tenus par d'autres collègues. Au contraire, les paramédicaux (psychologues, infirmiers, assistantes sociales, secrétaires) y trouvaient

.....  
43. I. Sainsaulieu, *op. cit.*

44. Doris Fay, Carol Borrill, Ziv Amir, Robert Haward et Michael A. West, « Getting the most out of multidisciplinary teams: A multi-sample study of team innovation in health care », *Journal of Occupational & Organizational Psychology*, vol. 79, n° 4, 2006, p. 553-567.

45. S. Borins, *op. cit.*

l'occasion d'élargir leur horizon et de progresser dans leur profession<sup>46</sup>. Ce cercle vertueux n'est pas limité au secteur hospitalier, ni même au secteur public. Dans le secteur privé, des ingénieurs peuvent aussi éprouver un intérêt spécifique à exercer des compétences « non techniques », dans le management de projet où ils s'efforcent de faire interagir les personnes d'horizons professionnels différents du leur<sup>47</sup>.

Cependant, les expériences de transversalité et de rencontre entre les secteurs ou entre les professions peuvent aussi relever de l'affichage, pur contenu protocolaire, peu interactif ou d'intérêt inégal : dans le travail social, il en va ainsi de réunions officielles de coordination, où le professionnel du social se rend à contre-cœur, tout en regrettant l'absence de concertation avec ses collègues dans le cadre du travail quotidien... Autre volet interdisciplinaire, la collaboration interprofessionnelle est inégale au sein des « magistratures sociales », en charge de statuer sur les dossiers de candidatures des requérants<sup>48</sup>.

### **Grandissement du leader et rôle des représentations agissantes**

Le décalage, le déphasage, le déplacement, aux sens propre et figuré, de l'expérience interprofessionnelle ou interdisciplinaire, mettent en exergue quelque chose qui n'est pas nouveau en tant que tel mais qui est essentiel à la réalisation des expériences novatrices : la foi du missionnaire. On vise ici les chevilles ouvrières, sorte de missionnaires du social ou du sanitaire, leaders locaux dont les troupes sont maigres, voire irrégulières.

Dans une enquête réalisée sur les campagnes de promotion de la santé en milieu populaire, nous avons observé des actions de prise en charge sanitaire et sociale. Les actions concernées dans l'enquête étaient diverses : il s'agissait tantôt de monter une épicerie solidaire, tantôt d'initier le voisinage d'un centre social à une meilleure alimentation, tantôt de prendre en charge des migrants dans un réseau de santé ville-hôpital, tantôt de prise en charge de « toxicos ». Chaque fois, le travail entrepris par l'acteur était difficile, requérant beaucoup de patience, autant du point de vue du contact avec les populations en aval que du point de vue du soutien institutionnel en amont. Le noyau permanent des équipes mobilisées se caractérisait par l'acquisition d'expériences préalables et souvent de collaborations préalables, réinjectées et évolutives.

.....  
46. I. Sainsaulieu, *op. cit.*

47. Thomas Jammet et Ivan Sainsaulieu, *Les compétences non techniques des ingénieurs*, Lausanne, EPFL, 2011 (en ligne).

48. Marie-Christine Bureau et Ivan Sainsaulieu, *Reconfigurations de l'État social en pratique*, Lille, PUL-Septentrion, 2012.

Dans la littérature savante, l'accent a été mis sur les caractéristiques du leader avant l'action, notamment l'âge et le niveau d'éducation<sup>49</sup>. Le travail de pionnier requis pour devenir un leader n'est pas souvent mis en exergue : ce travail obéit à des temporalités que les termes officiels de « pratiques de proximité », « d'actions de prévention » ou encore « d'innovation sociale » mésestiment<sup>50</sup>. La temporalité signifie que le leader croît ou décroît avec l'action menée, au gré des succès et des échecs, eux-mêmes variant avec le degré d'implication des autres acteurs concernés, à des titres variés.

Le grandissement du leader dans l'action est une conséquence et une cause de la réussite de cette dernière. Concernant les équipes mobiles évoquées plus haut, le contraste était marqué entre pessimistes et optimistes, entre les gériatres usés dans la confrontation avec leurs collègues, déprimés par le difficile exercice qui consiste à donner des conseils aux collègues qui ne seront pas appliqués la plupart du temps, et le ou les gériatres qui rayonnent à l'idée qu'ils ont pu apporter un supplément d'âme aux malades visités.

Nous avons pu accompagner une équipe dans ses déplacements dans divers services de soin (notamment aux urgences, en neurologie et en chirurgie orthopédique) et constater par exemple comment, aux urgences, l'on pouvait rire en toute humanité des propos décalés de « petites mamies » ne comprenant pas qu'elles étaient à l'hôpital mais mises en gaieté et en confiance par le souci d'autrui manifesté par les trois membres de l'équipe les entourant, leur donnant la main, leur parlant fort pour qu'elles entendent. Certains gériatres vivent le sentiment de la mission accomplie, par-delà les mesquineries et les impossibilités majeures, par-delà surtout le sentiment de frustration dans son autonomie médicale, du fait de l'impossibilité de guérir et de suivre les malades visités. Sans doute avaient-ils une plus grande distance au rôle ou plus d'une corde à leur arc, d'autres ressources que celles de la profession ; toujours est-il que cette foi de missionnaire leur permet en quelque sorte de survoler les contingences pour raisonner autrement que dans le cadre étroit de la défense d'un rôle médical attitré (un gériatre « usé » disait ainsi de son collègue « oh, lui, c'est un saint... »). On insiste ici sur les conditions d'élaboration des types « pionnier » ou « légaliste »<sup>51</sup>, se découvrant comme tels dans l'exercice. Autrement dit, si l'expérience instruit les néophytes dans certaines conditions, elle nourrit aussi des mission-

49. Les auteurs notent aussi que le rôle du leader (ainsi d'ailleurs que celui des réseaux) diminuent à mesure que l'innovation se diffuse: Gary J. Young, Martin P. Charns et Stephen M. Shortel, « Top manager and network effects on the adoption of innovative management practices: a study of TQM in a public hospital system », *Strategic Management Journal*, vol. 22, n° 10, 2001, p. 935; S. Borins, *op. cit.*

50. Anne Guichard, Valéry Ridde, Ivan Sainsaulieu, « Micro mobilisations para institutionnelles dans le domaine de la prévention en santé », dans M.-C. Bureau, I. Sainsaulieu (dir.), *op. cit.*, p. 45-61.

51. Norbert Alter, *L'innovation ordinaire*, Paris, PUF, 2000.

naires expérimentés pour mener à bien des entreprises à risque, construire des ponts entre des rives, ou plonger et sauver Boudu des eaux, comme dans le film de Renoir du même nom.

Un peu différentes sont les capacités susceptibles d'inspirer des expériences ultérieures. Se distinguant d'un côté de l'humanisme importé dans le travail (et nourri par lui en retour) et de l'autre des prédispositions communautaires ou des compétences acquises, les représentations peuvent jouer un rôle structurel important. Moscovici avait déjà montré le caractère personnalisé des représentations, contrairement à Durkheim qui y voyait un fonctionnement normatif indifférencié<sup>52</sup>.

Nous distinguons les représentations des valeurs au sens où il nous semble que les valeurs sont plutôt héritées d'une socialisation primaire (orientations religieuses et politiques) ou d'une socialisation secondaire initiale (les valeurs organisationnelles et professionnelles acquises en formation ou « avec le job »), tandis que d'autres représentations peuvent tout autant être émergentes, résulter d'interactions changeantes, comme pour les représentations ordinaires de la politique<sup>53</sup>. Si par exemple le consensus sur des valeurs comme la sécurité ou le respect des règles peut faiblement disposer des agents du service public à l'innovation, c'est que ces valeurs se confondent avec le fonctionnement de la bureaucratie<sup>54</sup>, structure organisationnelle complexe inhibant les initiatives et donc les réformes du fonctionnement, qui viennent plutôt du guichet ou de la relation de service<sup>55</sup>. Dans les situations de coopération collective qui nous intéressent, individus et collectifs se forment des représentations qui sont autant de gains pour préparer les mobilisations futures<sup>56</sup>.

Les individus ayant une expérience collective novatrice n'ont pas seulement des habitudes de fonctionnement communes ou de nouvelles compétences individuelles, ils ont aussi des représentations émergentes d'interactions particulières. Ils peuvent même rester marqués par une époque de leur vie, comme ces professionnels hantés par les expériences égalitaires de la « révolution sida » (en service infectieux) ou des commandos dans « la brousse » (pour les médecins militaires ayant été « en opération sur le terrain »). Tels des anciens combattants, ils vivent avec le souvenir ému de leur

52. Serge Moscovici, *Psychologie des minorités actives*, Paris, PUF, 1979.

53. Ivan Sainsaulieu et Muriel Surdez, *Sens politiques du travail*, Paris, Armand Colin, 2012.

54. Florence Osty, Renaud Sainsaulieu et Marc Uhalde, *Les mondes sociaux de l'entreprise. Penser le développement des organisations*, Paris, La Découverte, 2007.

55. Jean-Marc Weller, *L'État au guichet. Sociologie cognitive du travail et modernisation des services publics*, Paris, Desclée de Brouwer, 1999.

56. Ivan Sainsaulieu, « La mobilisation collective à l'hôpital : contestataire ou consensuelle? », *Revue française de sociologie*, vol. 53, n° 3, 2012, p. 461-492.

engagement passé, et préfigurent un type d'individu n'arrivant pas démuni devant l'innovation sociale mais au contraire avec un *a priori* favorable lié à l'envie de revivre un moment d'exception. Ils savent la différence entre la routine et l'événement, et ils la font connaître autour d'eux, ils sont donc des propagandistes dormant ou actifs de la rénovation, susceptibles de réactiver son souvenir ou sa pratique au moment adéquat.

### **Conclusion : un processus collectif ou des compétences individuelles ?**

L'innovation comporte une forte connotation normative. Dans un Nord devenu moins industriel et fortement impliqué dans l'économie de marché, ce terme valorisé socialement suggère tout à la fois la reconquête des marchés face au Sud, la création nationale de nouvelles entreprises pour combattre le chômage, la nécessité de trouver de nouvelles applications (comme celles pour les *smartphones*) à la recherche fondamentale, voire le remplacement de cette dernière par des passerelles entre laboratoires et entreprises, ayant pour caractéristique d'être centrées sur l'élaboration de produits capables de créer des marchés plutôt que l'émanation d'une découverte scientifique ou d'une prouesse technologique.

Dans le fonctionnement collectif des soignants hospitaliers, il est peu question de science et de technologie, et encore moins de normes marchandes. Comment des collectifs de travail arrivent-ils à innover ? Ils peuvent le faire à la fois sur l'organisation et sur l'objet de leur travail, autrement dit dans le cadre de l'organisation hospitalière et de leur marge de manœuvre dans l'amélioration de la qualité de soins. À leur endroit s'opère donc une valorisation d'un autre genre, moins objective que subjective : ils sont autant le sujet que l'objet de l'innovation à laquelle ils contribuent. Quels changements s'opèrent donc dans les rapports entre acteurs, et en eux-mêmes, pour quelles améliorations du soin prodigué ?

En se focalisant sur les mobilisations au travail, on a pu répertorier des apports différents, tantôt collectifs, tantôt individuels. Ainsi, si la coopération est plébiscitée par les participants, elle permet le plus souvent d'assimiler (collectivement) le changement plutôt que de l'impulser. Et si des montées en puissance se repèrent dans les parcours individuels, c'est plutôt à l'extérieur qu'au sein du cadre habituel de travail, qui reste fortement normatif du fait du poids du collectif en son sein, y compris sur le cadre intermédiaire – voire sur le médecin.

Par contraste, la mobilisation participative, qu'elle soit impulsée par en haut ou par des événements pressants, de même que la coordination inter-

disciplinaire, qui se met en œuvre dans des logiques organisationnelles par projet dites transversales (donc sur un mode moins hiérarchique), permettent à de nouveaux acteurs d'émerger, de se révéler dans leur métier en se confrontant à d'autres situations et à d'autres intervenants. La dimension collective de l'action est cependant toujours relative, dans la mesure où il est difficile de savoir si la capacité à prendre l'initiative est très largement répandue : tous s'y mettent ou peuvent s'y mettre à l'occasion, du fait que la curiosité échoit à chacun en partage, sur fond de valeurs professionnelles communes ; certains sont en même temps plus volontaires ou plus audacieux, du fait de prédispositions et de représentations plus favorables, forgées dans les expériences antérieures.

Le collectif se présente donc comme sujet à la fois passif et actif de l'innovation organisationnelle, entendue ici comme procès d'amélioration de la qualité de soin. En tant que sujet passif, il fait figure de condition culturelle préalable (habitudes de fonctionner ensemble, représentations de la possibilité du changement), plus ou moins partagé au sein du groupe de référence. En tant que principe actif, le collectif contribue à transformer les personnes concernées par une campagne de participation ou par un projet de collaboration interprofessionnelle. Là encore, il agit préférentiellement sur les individus les plus engagés, grandissant les leaders ou révélant de nouveaux acteurs. Ainsi, le collectif innovant ne se conçoit pas sans que l'on puisse mettre en exergue à un moment ou à un autre une dimension individuelle, sorte de butte témoin de l'innovation organisationnelle. Et bien sûr les compétences individuelles, que nous avons mises de côté au départ, constituent, également, un ingrédient *sine qua non* de la synergie collective innovante. Pour autant, elles ne sont pas seulement le fait d'une élite armée de pied en cap avant le processus d'innovation : elles peuvent aussi se développer au cours de l'action collective chez toute sorte de participants.