



**Houda Abdellaoui
Ghoul**

**Université de Tunis.
Faculté des Sciences
Humaines et Sociales
de Tunis.**

**La construction sociale de la culture
d'entreprise dans les institutions
hospitalières.**

Le 28 janvier 2015

08 SEP. 2015

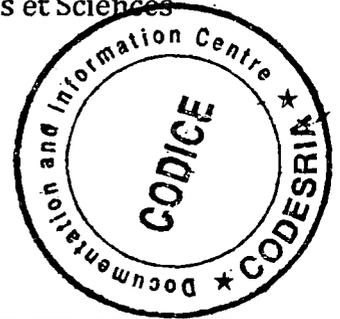
13.06.01

GHO

16165

Université de Tunis.
Faculté des Sciences Humaines et Sociales de Tunis.

Ecole Doctorale Structure, Système, Modèles et Pratiques en Lettres et Sciences
Humaines et sociales.



La construction sociale de la culture d'entreprise dans les institutions hospitalières.

Thèse en vue de l'obtention du Doctorat en Sociologie

Présentée par :

Houda Abdellaoui Ghoul

Soutenue publiquement : Le 28 janvier 2015

Membres du jury :

Mr. Fethi Rekik	Maître de conférences	Université de Sfax	Président
Mr. Moncef Ouannes	Professeur	Université de Tunis	Directeur de thèse
Mme Sihem Najjar	Professeur	Université de Tunis El Manar	Rapporteur
Mme Francine Tinsa	Maître de conférences	Université de Sfax	Rapporteur
Mr. Ridha Ben Amor	Maître de conférences	Université de Tunis Carthage	Membre

Dédicace

À ma famille et surtout à mes parents, pour leurs éternels sacrifices...

*À mon mari et mon enseignant en permanence,
R. I. D. H. A. E. L. F. A. O. U. L., pour sa générosité et sa noblesse...*

À mes enfants, R. A. H. M. A. et A. H. M. E. D., en leur souhaitant la réussite dans leur parcours scientifique...

À tous, avec une forte affection et un grand respect,

Je souhaite tout le bonheur du monde...

Houda.

Remerciements

Je tiens à exprimer mon profond respect et ma grande considération à mon encadreur monsieur le professeur MONCEF OUANNES pour ses précieux conseils et pour sa patience. Qu'il trouve dans ce modeste travail un témoignage de ma reconnaissance pour les séances d'encadrement à travers lesquelles il nous a initiés à la recherche.

Je voudrais remercier vivement CODESRIA qui m'a offert, en 2009, une bourse de 3000 dollars, dont 1500 dollars en liquide et plus qu'une trentaine d'ouvrages. Cette bourse m'a permis de bien mener l'enquête et de bénéficier de ces ouvrages.

Ma vive reconnaissance s'adresse aussi à tous ceux qui m'ont aidé pour que cette recherche voie le jour. Je cite notamment le directeur général et le documentaliste de la Direction Régionale de la santé du Gouvernorat de Nabeul.

Les enquêtés, dont les patients et le personnel de deux hôpitaux et de deux cliniques, qui ont volontairement collaboré lors de l'enquête, méritent toute ma gratitude et mes sentiments les plus distingués.

Last but not least, j'exprime les plus sincères de mes sentiments à l'infirmière YOSRA ELGHOUL qui m'a facilité l'accès aux institutions hospitalières et a su bien planifier mes rendez-vous avec les interviewés.

Sommaire

Introduction générale	6
Cadre théorique et orientation méthodologique	12
1) La problématique	12
2) Les hypothèses	13
3) Les objectifs de la recherche	13
4) Le choix paradigmatique	13
5) L'orientation méthodologique de la recherche	28
6) Définition des concepts	37
7) Revue analytique de la littérature	51
8) Les contraintes de la recherche	63
9) Plan sommaire de la recherche	65
Première partie:	
L'organisation du travail et la communication dans les institutions hospitalières	67
Chapitre premier :	
Organisation des hôpitaux et développement de la médecine dans le monde arabe	68
1) Histoire de la médecine dans le monde arabe	68
2) Aperçu historique sur les hôpitaux dans le monde arabe	70
3) Histoire de la médecine à Kairouan vers le IX e et le Xe siècle comme exemple du développement de la médecine en Tunisie	70
4) Le développement de l'infrastructure sanitaire en Tunisie après l'indépendance	73
4-1) L'Infrastructure sanitaire publique en Tunisie	74
4-2) L'Infrastructure sanitaire privée en Tunisie	75
4-3) Etat des lieux du secteur sanitaire dans le gouvernorat de Nabeul	76
4-3-1) le secteur public à Nabeul	79

4-3-2) Le secteur privé à Nabeul	80
5) Les recettes et les dépenses de deux hôpitaux	82
5-1) Les recettes	82
5-2) Les dépenses	85
Chapitre deuxième : l'organisation du travail dans les institutions hospitalières.	88
1) L'organisation comme concept fondamental de la sociologie du travail	88
2) L'organisation du travail appliquée aux institutions hospitalières	89
2-1) La division du travail dans les deux hôpitaux	90
2-2) L'organigramme des services dans le deux hôpitaux	93
3) Répartition des tâches et pouvoir des médecins	96
4) Division des tâches et pouvoir des cadres paramédicaux	99
5) L'organisation du travail dans les deux cliniques	105
5-1) une organisation différente de celles des hôpitaux	105
5-2) Division des tâches et pouvoir des cadres dans la clinique	109
Chapitre troisième : La communication dans l'institution hospitalière : un processus social	111
1) La communication dans les organisations	112
2) Le rôle de la communication organisationnelle	114
3) Les composantes du système de communication dans l'organisation	115
4) Les réseaux de la communication	119
a) le réseau formel	119
b) le réseau informel	120
5) La communication dans les deux hôpitaux	122
5-1) La communication entre les médecins et les infirmiers	126
5-2) La communication entre les médecins et les patients	127
5-3) La communication entre les infirmiers et les patients	132
5-4) La communication de l'assistante sociale avec les patients et	134

avec les cadres paramédicaux	
6) La communication dans les deux cliniques	137
6-1) La communication entre les médecins et les patients	139
6-2) La communication entre les infirmiers et les patients	140
6-3) La communication entre les médecins et les infirmiers	142
7) Difficultés de communication et conflits entre les acteurs sociaux	142
Deuxième partie :	
Comportements organisationnels, liens sociaux et construction de la culture d'entreprise dans les institutions hospitalières.	148
Chapitre premier:	
Comportements organisationnels, interaction et construction des liens sociaux dans les institutions hospitalières.	149
1) Interaction et comportement organisationnel.	149
2) Difficultés d'interaction et conflits entre les acteurs sociaux	153
3) La construction des liens sociaux dans l'institution hospitalière	156
3-1) Le lien social chez les sociologues classiques :	157
a) l'exemple de Durkheim	157
b) L'exemple de Max Weber	159
c) L'exemple de Habermas	160
3-2) Les liens sociaux et l'identité au travail	161
4- L'identité au travail dans les hôpitaux et les cliniques.	165
Chapitre deuxième:	
La notion de culture d'entreprise appliquée aux institutions hospitalières	173
1) La naissance du terme culture d'entreprise	176
2) Le développement du terme culture d'entreprise	178
3) La culture d'entreprise d'après Renaud Sainsaulieu	181
3-1) L'entreprise comme système de sociabilité	181
3-2) La fonction identitaire de l'entreprise	182
4) Les composantes de la culture d'entreprise	183

4-1) La tradition	183
4-2) Le métier	184
4-3) Les valeurs	184
4-4) Les rituels	185
4-5) Les symboles	186
5) La culture d'entreprise dans l'institution hospitalière.....	187
6) Les résultats de l'enquête	189
A) La culture d'entreprise dans les deux hôpitaux :	189
B) La culture d'entreprise dans les deux cliniques	194
Chapitre troisième :	198
Acteurs sociaux et représentations de la santé et de la maladie	
1) Les représentations sociales des acteurs sociaux de la santé et de la maladie.	201
1-1) La représentation de la santé et de la maladie par les médecins	202
1-2) La représentation de la santé et de la maladie par les cadres paramédicaux.	204
2) Perception de la santé et de la maladie par les enquêtés	206
a) la santé est la principale source du bien-être	206
b) les maladies sont les principales sources de dépenses	209
c) Etre en bonne santé et ne pas être malade dépend des pratiques alimentaires et corporelles.	214
d) La santé et la maladie dépendent de la culture des sociétés et des méthodes de socialisation	216
Chapitre quatrième :	
L'appartenance à l'institution hospitalière et la construction de l'identité au travail	222
1) La construction de l'esprit-maison.	222
2) L'identité au travail	227
2-1) L'appartenance des médecins à l'institution hospitalière	231

2-2) L'appartenance des cadres paramédicaux à l'institution hospitalière	232
3) L'identité au travail et la culture d'entreprise.	235
4) Place de la communication dans la construction de la culture d'entreprise et dans la formation de l'identité	238
Conclusion générale.	242
Bibliographie	247
Liste des tableaux.	260
Liste des schémas	262
Annexes	263
Annexe n°1 : Questionnaire adressé aux patients.	264
Annexe n°2 : Protocole d'entretien avec les médecins.	272
Annexe n°3 : Protocole d'entretien avec les cadres paramédicaux.	276
Annexe n° 4 : Quelques données statistiques de l'enquête.	280
Annexe n°5 : Quelques données statistiques du secteur sanitaire dans le gouvernorat de Nabeul.	291

Introduction générale

Nombreuses sont les disciplines qui ont abordé les institutions hospitalières, dont les hôpitaux et les cliniques. La démographie, l'anthropologie, la philosophie, la psychologie, la sociologie des organisations, la sociologie du travail et la sociologie de la santé sont parmi ces disciplines. Objets d'étude de la plupart des sciences humaines et sociales, les hôpitaux et les cliniques sont des espaces sociaux dotés, chacun d'eux, d'une culture d'entreprise spécifique. D'où l'intérêt que les chercheurs, dans ces disciplines, ont toujours porté à l'étude des hôpitaux et des cliniques en tant qu'institutions sociales.

Il serait utile d'ajouter, cependant, que les institutions hospitalières, aussi bien publiques que privées, sont des espaces sociaux qui se caractérisent par une forte interaction entre les acteurs sociaux. Cette interaction est, entre autres, à l'origine de la spécificité des institutions hospitalières. Il s'agit d'une interaction entre diverses catégories d'acteurs sociaux : les cadres médicaux, les cadres paramédicaux et les patients.

Appartenant à de catégories socioprofessionnelles différentes, les cadres médicaux et les cadres paramédicaux se trouvent quotidiennement en face des patients. Leurs métiers consistent, en effet, à rencontrer cette catégorie sociale particulière des acteurs, à savoir la catégorie des patients. La rencontre et l'interaction entre ces acteurs sociaux sont à l'origine de la spécificité de l'institution hospitalière.

Le chercheur François Steudler considère, dans ce cadre, l'hôpital comme « *une entreprise d'un type particulier* »¹ dans laquelle les acteurs agissent sur un « *matériau humain* »². La rencontre entre acteurs sociaux et patients est, nous semble-t-il, intéressante pour être étudiée sociologiquement. Il est à signaler, en outre, que deux catégories d'acteurs sociaux se partagent le pouvoir dans l'institution hospitalière : les cadres médicaux et les cadres paramédicaux. La première catégorie se compose des médecins. La seconde catégorie, quant à elle, se compose des agents administratifs, des techniciens supérieurs et des infirmiers. Chaque catégorie jouit d'une sorte de pouvoir différent de celui de l'autre.

Le pouvoir des médecins est, selon Claudine Herzlich, est un pouvoir de type charismatique, les cadres paramédicaux, notamment les surveillants et les secrétaires, ont, en revanche, un pouvoir de type bureaucratique. Les infirmiers, quant à eux, ont un pouvoir « *de savant* » qu'ils n'exercent que sur les patients³. Néanmoins, ceci n'est pas « *généralisable* » dans le secteur public et privé. Il y a certaines différences observables entre les institutions hospitalières publiques et privées, notamment en ce qui concerne l'organisation du travail et les liens tissés entre les acteurs sociaux, ou entre ceux-ci et les patients. Ces liens entre les acteurs sociaux se révèlent dans de multiples formes et

¹ Steudler F, *La Profession médicale*, Paris, Payot, traduit de l'américain par Lyotard M, et Malamoud C, 1972.

² *Ibid.*

³ Herzlich C, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan, 2000.

peuvent se construire soit sur les coopérations ou les collaborations, soit sur les conflits ou les compétitions. Ces coopérations ou ces conflits contribuent à la formation des appartenances collectives à l'institution hospitalière

Par ailleurs, nous avons choisi de faire une enquête par questionnaire avec les malades et une autre enquête par entretien avec les médecins et les cadres paramédicaux. Ces deux enquêtes ont été réalisées dans deux hôpitaux et dans deux cliniques dans la région de Nabeul. Bien que nous ayons souhaité élargir l'enquête à d'autres régions, nous n'avons pu la faire, avec beaucoup de difficultés, que dans cette région entre 2008 et 2010.

Il est à signaler, cependant, que ces deux hôpitaux et ces deux cliniques sont les institutions sanitaires les plus importantes dans cette région. Cette importance est due à leur ancienneté, d'une part, et à l'importance du secteur sanitaire dans ce gouvernorat d'autre part. En ce qui suit, nous allons présenter un aperçu sur l'état de ce secteur dans ce gouvernorat.

Le gouvernorat de Nabeul se compose de 16 délégations et sa population a compté en 2009, selon l'Institut National de la Statistique (l'INS)⁴, 744200 habitants contre 693890 en 2004 enregistrant ainsi une évolution de 54610 personnes, avec un taux d'accroissement démographique de 1,20%.

⁴ Institut National de la Statistique, Données démographiques et sociales. Répartition de la population par gouvernorat de 2009 à 2013.

Toutefois le nombre du personnel exerçant dans les secteurs sanitaires public et privé a évolué entre 2008 et 2009 comme suit :

1) Le secteur public

- Le nombre de médecins généralistes a régressé entre 2008 et 2009 de 139 à 133.
- Le nombre de médecins spécialistes tunisiens a régressé entre 2008 et 2009 de 92 à 91 médecins.
- Le nombre de médecins spécialistes étrangers a régressé entre 2008 et 2009 de 5 à 2 médecins.
- Le nombre de techniciens supérieurs a régressé entre 2008 et 2009 de 4 personnes en passant de 498 à 494.
- Le nombre d'infirmiers et auxiliaires a enregistré, dans la même période, le recrutement d'une seule personne et en passant ainsi de 1107 à 1108.

2) Le secteur privé

- Le nombre de médecins généralistes exerçant dans le secteur privé a augmenté entre 2008 et 2009 de 51 médecins et a passé ainsi de 140 à 191 selon les sources du CNSS⁵.

⁵Site Web du ministère de la Santé publique, www.santetunisie.rns.tn consulté le 25/6/ 2011.

- Le nombre de médecins spécialistes tunisiens a passé entre 2008 et 2009 de 160 à 190, enregistrant ainsi une augmentation de 30 médecins.
- Le nombre de pharmaciens est passé dans la même année de 145 à 153.
- Le nombre de techniciens supérieurs est passé de 67 à 68.
- Le nombre d'infirmiers et auxiliaires recrutés est 8 personnes seulement dans les deux années.

Ces chiffres que nous allons analyser ultérieurement témoignent de l'importance du secteur sanitaire dans ce gouvernorat. Néanmoins, l'aspect quantitatif de ce secteur ne nous intéresse pas autant que l'aspect qualitatif de la santé. Pour ce, notre ambition dans cette recherche est de mettre l'accent aussi bien sur les interactions sociales entre les acteurs sociaux, sur leurs comportements organisationnels que sur la communication entre les cadres médicaux et les cadres paramédicaux d'une part et entre ceux-ci et les patients d'autre part. Le comportement organisationnel des acteurs sociaux dans les institutions hospitalières prouve, en effet, qu'ils sont des institutions sociales créatrices de culture, des règles, des normes et des identités spécifiques.

Il serait nécessaire, donc, d'étudier la culture d'entreprise de l'institution hospitalière. L'étude de cette culture nécessite une analyse de la construction sociale de la maladie et de la santé à partir des représentations sociales des acteurs sociaux et des

patients. En analysant la construction sociale de la réalité, Peter L. Berger et Thomas Luckman, écrivent que « *la réalité est construite socialement et la connaissance se doit d'analyser les processus à l'intérieur desquels elle apparaît* »⁶. Quant à nous, nous entendons par construction sociale de la maladie et de la santé le « déchiffrement » des comportements et des représentations sociales, aussi bien des malades que des médecins, de la maladie, du soin et de la signification sociale de la santé.

L'analyse des comportements et des représentations sociales des acteurs nous permet d'identifier la culture d'entreprise. Par culture d'entreprise nous entendons un mode de pensée, un ensemble de valeurs, des normes communes, des comportements partagés par les acteurs et des pratiques professionnelles qui les orientent vers la réalisation de leurs objectifs communs⁷.

Dans cette introduction, nous avons tenu à présenter le cadre générale dans lequel s'inscrit cette recherche. Dans la partie suivante, nous allons présenter le cadre théorique et méthodologique de la recherche.

⁶ Berger L& Luckman B, *La construction sociale de la réalité*, Paris, Meridiens Klincksieck, traduit de l'américain par Pierre Taminiaux, 1986.

⁷ Sainsaulieu R, *L'Identité au travail*, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, Paris, 1977, 3^e édition.

Cadre théorique et orientation méthodologique

1) La problématique

La construction de la culture d'entreprise dans les hôpitaux et les cliniques est un sujet qui renvoie à d'autres sujets, qui ne manquent pas d'importances dans les différentes sciences du travail, à savoir l'organisation du travail, la communication entre les acteurs sociaux, les liens sociaux. Il va sans dire que chacun de ces sujets pourrait être l'objet d'une thèse de doctorat. Néanmoins, les hôpitaux et les cliniques sont des espaces sociaux dans lesquels les acteurs sociaux communiquent, entrent en interaction et construisent des liens sociaux. C'est sur la base de la communication, de l'interaction et des liens sociaux tissés entre les acteurs que la culture de l'entreprise se construit.

En fait, dans la plus simple de ses définitions, la culture d'entreprise, est un mode de pensée, de valeurs et de normes culturelles partagés par les différentes catégories des salariés. Ces salariés ne pourraient partager un mode de pensée, des normes culturelles ou bien des valeurs qu'après une longue expérience de cohabitation commune au sein de la même entreprise et après la consolidation des liens sociaux qui les unies. Partant de cette idée, nous centrerons cette recherche autour de la problématique suivante :

Dans quelle mesure les acteurs sociaux dans les hôpitaux et les cliniques privées se partagent-ils un même mode de pensée, des valeurs et des normes culturelles

communes qui contribuent à la construction d'une culture d'entreprise spécifique à ces institutions?

Pour mieux analyser cette problématique nous proposons les hypothèses suivantes.

2) Les hypothèses

- Les liens sociaux tissés entre les acteurs sociaux dans l'institution hospitalière diffèrent d'un service à l'autre. La nature de la communication et des comportements organisationnels détermine la force ou la faiblesse de ces liens.
- La culture d'entreprise se construit essentiellement sur la nature des liens tissés entre les acteurs sociaux d'une part et entre eux- même et les patients d'autre part.

3) Les objectifs de la recherche

Nous avons l'ambition en nous engageons dans cette recherche de réaliser les objectifs suivants :

- Comprendre le fonctionnement de l'institution hospitalière.
- Etudier les comportements des acteurs sociaux et comment ils contribuent à la naissance et au développement des liens sociaux et par-là à la construction d'une culture d'entreprise.

4)Le choix paradigmatique

Dans ce cadre théorique, nous allons utiliser deux paradigmes : le paradigme de l'interactionnisme symbolique et

le paradigme de l'entreprise. Notre choix pour ces deux paradigmes se justifie par « la nature » du sujet. En fait notre recherche se centre autour de la construction de la culture d'entreprise dans l'institution hospitalière. Trois thèmes principaux sont à aborder pour étudier la culture d'entreprise : l'organisation du travail, la communication et la construction des liens sociaux. Par ailleurs, l'institution hospitalière est une entreprise qui a des caractères un peu spécifiques. Elle a pour mission de soigner des patients et donc de leur offrir un service un peu spécial.

D'autre part, espaces sociaux dans lesquels les acteurs sociaux communiquent, entrent en interaction et construisent des liens sociaux les hôpitaux et les cliniques, sont des institutions sociales qui se caractérisent par une remarquable culture d'entreprise. Une culture d'entreprise qui se construit sur la base d'une méthode spécifique d'organisation du travail, d'un type particulier de communication et d'interaction entre les acteurs. En effet, étant une entreprise « d'un type particulier », selon François Steudler, l'hôpital (et la clinique aussi) produit sa propre culture et construit ses propres liens sociaux et, par-là, sa propre culture.

L'étude de trois principaux aspects de cette entreprise, à savoir : l'organisation du travail, la communication et la culture d'entreprise nécessite un « mariage » entre le paradigme de l'interactionnisme symbolique et le paradigme de l'entreprise. Le recours à ces deux paradigmes, en même temps, nous permet d'étudier ces trois aspects et d'établir une corrélation entre eux.

Par ailleurs, depuis la fin des années 1970, on assiste à un renouvellement organisationnel qui accompagne l'introduction de nouvelles technologies dans les entreprises. Depuis lors, l'entreprise devient un système d'interaction, entre les acteurs, ouvert et non plus un système hiérarchique cloisonné. Ceci est observable, partout dans le monde, aussi bien dans les entreprises industrielles que dans les hôpitaux et les cliniques.

C'est dans ce cadre que le paradigme de l'entreprise est né. Le paradigme interactionniste, quant à lui, se caractérise principalement par l'idée que l'interaction entre les acteurs contribue à la construction d'un sens commun entre eux. Ce sens commun n'est, en quelque sorte, que l'esprit-maison qui intéresse les sociologues de l'entreprise.

C'est dans cette perspective que nous avons opté pour la conciliation entre ces deux paradigmes. Quant à la notion de paradigme nous l'utilisons dans le sens d'une représentation du monde et d'une manière de voir les choses. C'est sur la base de cette représentation qu'un modèle cohérent de vision du monde est né⁸.

Nous entendons par paradigme, donc, un modèle théorique ou une méthode de pensée, voire un modèle de vision du monde qui oriente la recherche. « *Dans les sciences sociales, le terme est employé pour décrire l'ensemble d'expériences, de croyances et de valeurs qui influencent la façon dont un individu perçoit la*

⁸ Angele Kremer Marietti, « Le paradigme scientifique : cadres théoriques, perception, mutation » in www.dogma.lu/pdf, consulté le 12/03/2008

réalité et réagit à cette perception. Ce système de représentation lui permet de définir l'environnement, de communiquer à propos de cet environnement, voire d'essayer de le comprendre ou de le prévoir »⁹.

D'autre part, dans *La structure des révolutions scientifiques*,¹⁰ Thomas Khun a développé une idée qui se résume comme suit :

- Le paradigme est un ensemble d'observations et de faits avérés,
- un ensemble de questions en relation avec le sujet qui se posent et doivent être résolues,
- des indications méthodologiques (comment ces questions doivent être posées),
- comment les résultats de la recherche scientifique doivent être interprétés.

C'est dans ce cadre d'idée que nous allons présenter, dans les pages suivantes, les deux paradigmes qui nous orienteront dans notre recherche. Nous allons essayer également de nous limiter, tout au long de la recherche, à ces deux paradigmes.

⁹ *Ibid.*

¹⁰ Khun Thomas, *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion, 1962/1983.

4-1) Le paradigme de l'entreprise et sa place dans l'analyse des hôpitaux et des cliniques

Nombreux sociologues s'accordent à considérer que le thème du travail a connu, pendant le XX^e siècle trois paradigmes, à savoir :

- le paradigme travail pendant les années 1960,
- le paradigme organisation pendant les années 1970 et 1980,
- le paradigme de l'entreprise pendant les années 1980 et 1990¹¹.

Le premier paradigme qui remonte aux années 1960, date de l'affirmation de la sociologie du travail en tant que discipline indépendante, a été traversé par nombreux courants sociologiques. En fait, des sociologues influents ont pu construire autour d'eux des courants sociologiques. En France par exemple, Georges Friedmann a développé, dans ses différents ouvrages, des idées portant sur le côté « humaniste » du travail. Les thèmes qui se dégagent des ouvrages de Georges Friedmann et de Pierre Naville, à titre d'exemple, se centrent autour des mutations technologiques et de leurs impacts sur l'organisation du travail et les conditions de vie dans l'entreprise¹².

¹¹ Durand J- P, Gaspirini W, *Le travail à l'épreuve des paradigmes sociologiques*, Paris, Octares, 2007.

¹² Tripié Pierre, « La sociologie du travail à travers ses paradigmes » in Michel de Coster (sous la direction de), *Traité de sociologie du travail*, Bruxelles, De Boeck Université, 1994.

Evoquant ce paradigme, Pierre Tripier écrit que « *Friedmann affirma le caractère stratégique de l'étude du travail pour connaître la société* »¹³ et il cite Friedmann : « *observons que dans cette interaction entre l'homme et son milieu à travers la technique – c'est-à-dire le travail- semble bien résider, en fin de compte, l'élément moteur qui explique l'évolution des structures sociales. Elle seule peut apporter une réponse valable au problème demeuré obscur (même dans des systèmes aussi fortement pensés que celui de Durkheim) de la dynamique sociale* »¹⁴.

Le second paradigme qui s'est « confronté » à la sociologie du travail, depuis la fin des années 1950, c'est le paradigme de l'organisation. Chacun de deux courants a essayé de s'imposer comme l'héritier des chercheurs qui ont instauré une étude scientifique du travail : Taylor, Fayol, Elton Mayo, March et Simon, etc. Les thèmes qui ont été abordés par l'école de l'analyse stratégique, comme principale école sociologique de l'organisation sont :

- L'individu, ses pouvoirs et ses stratégies au sein de l'organisation. C'est Michel Crozier, dans *Le phénomène bureaucratique*¹⁵, qui a bien développé cette idée.
- L'entreprise en tant que système d'interaction et non comme organisation hiérarchique cloisonnée dans laquelle la

¹³ *Ibid*

¹⁴ Friedmann G, *Traité de sociologie du travail*, Paris, Armand Colin, 1962.

¹⁵ Crozier Michel, *Le phénomène bureaucratique*, Paris, Seuil, 1963.

communication est faible, sinon absente, entre les différents acteurs.

- La fin de l'organisation taylorienne avec sa rationalité absolue et l'apparition du paradigme de l'organisation comme modèle alternatif dans lequel la rationalité est limitée.
- Le passage du déterminisme culturel à l'autonomie de l'acteur social.¹⁶

Le troisième paradigme qui s'est imposée aux années 1980 c'est le paradigme de l'entreprise¹⁷. Ce paradigme est apparu comme réponse à la crise que le fordisme a connu depuis les années 1970. En ce qui suit nous allons, dans un premier temps, rappeler les caractéristiques du fordisme. Dans un deuxième temps, nous allons évoquer la crise du fordisme en quelques points.

Après la fin de la deuxième guerre mondiale, les pays industrialisés ont connu une période de croissance économique qui s'est achevée au début des années 1970. C'est la période dite les «trente glorieuses ». Cette période est marquée par le développement du fordisme qui se caractérise par 3 dimensions¹⁸ :

¹⁶ Crozier Michel, *L'acteur et le système*, Paris, Seuil, 1977/ 1992.

¹⁷ Bernoux Philippe, *La sociologie des entreprises*, Paris, Seuil, 2^e édition, 1999.

¹⁸ Boyer Robert; Durand Jean- Pierre, *L'Après- fordisme*, Paris, Syros, 2^e édition, 1998.

a) Le système de production de masse :

Il se distingue par la fabrication en série des biens standardisés, à l'aide de longues chaînes d'assemblage alimentées par des travailleurs peu qualifiés. Le travail dans les entreprises fordistes a procuré de bons revenus pour une grande masse d'ouvriers non spécialisés. Néanmoins, la rigidité de la production est parmi les plus importants inconvénients de ce système, puisqu'il était difficile de changer de modèle de production rapidement.

b) Le rapport salarial :

L'époque des trente glorieuses s'est caractérisée sur le plan du travail par le fondement du rapport salarial sur le travail par contrat à durée indéterminée et par la présence de garanties d'emploi. D'un autre côté les salaires augmentent suivant le rythme de gain de productivité de l'entreprise. La présence des syndicats forts est à l'origine des négociations entre les ouvriers et les patrons. Ces négociations ont contribué à l'amélioration des situations sociales dans les entreprises.

c) Le régime d'accumulation de la richesse :

Il se caractérise par l'augmentation du pouvoir d'achat des salariés et la mise en place de mécanismes étatiques de distribution de la richesse, particulièrement, par la voie de programmes de sécurité sociale (un système de santé, d'éducation et de mesures sociales d'aides). Néanmoins, les nouvelles exigences du marché

modifient ce système de production de masse. C'est le début de la crise du fordisme¹⁹.

d) La crise du fordisme

Au milieu des années 1970, les principaux pays industrialisés ont été confronté à une crise économique liée aux chocs pétroliers de 1973-1974 et de 1979-1980 d'une part et à la forte concurrence en provenance des pays asiatiques nouvellement industrialisés (les pays dragons) d'autre part²⁰. Parmi les conséquences de cette crise économique c'est que le système fordiste fonctionne peu, voire ne fonctionne plus et le taux de chômage, dû au dysfonctionnement du système de production de masse, s'élève par rapport à la décennie 1960. Ainsi le fordisme est entré dans une crise aiguë marquée par les traits suivants :

- **La crise de productivité** : à partir du milieu des années 1970 les marchés commencent à exiger des entreprises de produits diversifiés. Les entreprises ont été obligées, donc, d'innover leurs technologies et d'adopter un système de production sur commande afin de pouvoir résoudre ce problème.
- **La transformation structurelle de l'économie** : cette transformation a accompagné la crise de la productivité. Selon l'économiste Nuala Beck, « une nouvelle » économie émerge particulièrement dans les sociétés industrialisées. Cette

¹⁹ Daniel Mercure a bien développé ces trois dimensions dans «Logiques du capital et vulnérabilités sociales : les effets de l'impartition flexible » in Châtel Viviane et Marc-Henry Soulet (dir), *Agir en situation de vulnérabilité*, Québec, PUL, 2003

²⁰ Boyer Robert; Durand Jean- Pierre, *Ibid.*

économie s'appuie essentiellement sur 4 pôles stratégiques de croissance, à savoir :

- le secteur des ordinateurs, semi-conducteurs et logiciels.
- le secteur de soin, de la santé et de produits pharmaceutiques.
- le secteur de communication et de télécommunications.
- le secteur de l'instrumentation et de l'optique²¹.

Par ailleurs, les grandes entreprises dans nombreux secteurs ont connu un renouvellement organisationnel et une importante innovation technologique dans cette période. C'est l'ère de l'informatisation qui s'annonce depuis les années 1970 pour les pays développés et depuis les années 1980 pour les pays en développement. Une « nouvelle » économie, l'économie du savoir, se diffuse en parallèle avec les nouvelles technologies informatisées. Il va de soi sans dire qu'un renouvellement organisationnel a accompagné l'introduction de nouvelles technologies dans les entreprises. C'est dans ce cadre que le paradigme de l'entreprise est né. Ces défenseurs, dont Renaud Sainsaulieu, le considère comme le seul paradigme capable d'analyser la nouvelle situation dans les entreprises²². Il vient selon eux pour pallier les insuffisances des paradigmes classiques : le paradigme travail, le paradigme organisationnel.

²¹ Mercure D, *Ibid*.

²²Sainsaulieu Renaud, *Sociologie de l'entreprise. Organisation, culture et développement*, Paris, Presses de Sciences Po et Dalloz, 2^e édition, 1995.

4-2) Le paradigme interactionniste comme modèle théorique pour l'étude des hôpitaux et des cliniques.

a) Les origines de l'interactionnisme.

Les origines de ce paradigme s'enracinent dans la sociologie de la ville développée, depuis les années 1920, par l'école de Chicago. Fondée à l'Université de Chicago, cette école a connu deux générations de chercheurs :

- Celle des précurseurs qui sont à l'origine de la naissance de cette école, dont notamment, William I. Thomas, Robert E. Park, Ernest W. Burgess
- Celle des fondateurs de l'école de l'interactionnisme symbolique qui s'étend des années 1930 aux années 1960. Parmi les principaux noms de sociologues qu'on doit retenir de cette génération c'est : Georges Herbert Mead, David Blumer, Everett C. Hughes, Erving Goffman, Howard Becker et Anselm Strauss.

Du point de vue sources théoriques, le paradigme interactionniste trouve ses origines dans la philosophie pragmatique de John Dewey et dans la psychosociologie de Georges Herbert Mead. Ces deux auteurs, et bien d'autres, ont une grande importance dans la construction du paradigme de l'interactionnisme symbolique dont les principaux auteurs, sont notamment, David Blumer et Erving Goffman. En effet on peut constater facilement que Blumer a suivi les cours de Mead et que Goffman est l'étudiant de Blumer.

Toutefois, il faut signaler que « *Blumer développe la pensée de Mead et invente, en 1937, l'expression « interactionnisme symbolique»*. Blumer considère que les acteurs agissent en fonction du sens qu'ils attribuent aux choses et que ce sens s'élabore dans et par les interactions, de sorte qu'au fil de ces dernières, les interprétations se modifient continuellement. Cette conception s'appuie sur trois postulats : le sens n'est jamais indépendant des interactions ; les interactions se développent suivant une dynamique propre, bien qu'elles se justifient par des besoins naturels et des données culturelles ; la notion de « société » correspond à un processus d'actions plutôt qu'à une structure²³.

b) Goffman et l'ordre de l'interaction.

Sociologue américain (1922-1982), Erving Goffman est connu par ses études de « *l'interaction en face à face, c'est-à-dire (dans) les situations où deux personnes sont physiquement en présence l'une de l'autre* »²⁴

Il s'est également interrogé dans de nombreux ouvrages et articles sur « *les formes que prennent ces interactions, sur les règles dont elles se dotent sur les rôles que mettent en scène les acteurs qui y sont impliqués, sur l'« ordre » spécifique qu'elles constituent* »²⁵.

²³ Jean Nizet, Nathalie Rigaux, *La sociologie de Goffman*, Paris, La Découverte, Collection Repères, 2005, p 77.

²⁴ *Ibid* p 2.

²⁵ *Ibid* p 3

Par ailleurs, en étudiant l'interaction des individus dans la vie quotidienne, il utilise des métaphores théâtrales : scène, public, personnage, mise en scène, coulisses. En fait il considère les interactions comme des représentations théâtrales et la vie quotidienne comme une scène²⁶ : Les individus évoluent dans un « décor », portent un masque et jouent un rôle. Il a également étudié dans les rencontres ordinaires des individus ce qu'il appelle *l'ordre de l'interaction*, c'est-à-dire « un domaine de la vie sociale analysable de manière autonome »²⁷

Dans une conférence qu'il a donné en 1982 intitulée « *L'ordre de l'interaction* ». Goffman a mis en cause « le point de vue réductionniste selon lequel les éléments macro- sociologiques de la société, comme la société elle-même, seraient des composés, existant de manière intermittente, de ce qui peut être repéré dans la réalité des rencontres, en quelque sorte une agrégation et une exploration d'effets interactionnels »²⁸

En outre, dans son ouvrage intitulé *La présentation de soi*²⁹, il considère la vie sociale comme une scène théâtrale à laquelle participent des acteurs et assiste un public. L'individu- acteur « mène une représentation face à un public et adopte des expressions en vue de contrôler les impressions de ce public. Ces expressions sont de différents types : Goffman identifie les

²⁶ Goffman E, *La mise en scène de la vie quotidienne*, Paris, Minit, collection « le sens commun », traduit par A. Accardo, 1973.

²⁷ Corcuff Philippe, *Les nouvelles sociologies*, Paris, Nathan, 1995, p 98.

²⁸ *Ibid* p 98.

²⁹ Goffman E, *La présentation de soi*, édit; Minit, coll. « Le sens commun », Paris, 1973.

expressions explicites (le langage verbal), les expressions implicites (des gestes, des postures corporelles); il attire particulièrement notre attention sur ce qu'il appelle les objets (les éléments matériels que l'individu emporte avec lui : vêtements, accessoires) et enfin le décor (les éléments matériels plus stables : mobilier, décoration). Mais que cherche ainsi l'acteur qui mène une représentation ? Pour Goffman, l'enjeu de celle-ci est de proposer une définition de la situation qui présente une certaine stabilité, qui n'introduise pas de rupture dans l'interaction. »³⁰

La thèse goffmanienne se résume dans l'idée que « l'effectivité, au cœur de l'interaction, d'un sens commun qui est en même temps un sens pratique. Ce sens commun manifeste la présence du social au sein même de la psychologie individuelle sous forme d'une certaine compétence. Ce dépassement de l'opposition entre individu et société est hérité du père fondateur de l'Ecole de Chicago, Robert Ezra Park, qui se réclamait lui-même de la sociologie de Tarde.»³¹ Goffman tente dans ses différents ouvrages de dégager les principes généraux de l'ordre de l'interaction au sein des situations particulières³². Toutefois il étudie ces situations « pour ce qu'elles révèlent quant aux modes de fonctionnement du type d'ordre social qu'est l'interaction. Pour ce faire, il s'efforce de trouver un schéma qui permette de

³⁰ Nizet; Rigaux, *ibid*, p 19

³¹ Nizet; Rigaux, *ibid*

³² Voir par exemple Goffman E, *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Éditions de Minuit, 1968 ou aussi Goffman E, *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, Paris, Éditions de Minuit, 1975.

dégager la signification de situations aussi disparates que les poignées de main, les excuses quand on marche sur le pied de quelqu'un, ou encore quand on dit à sa boulangère, « il fait beau aujourd'hui »³³.

Pour mieux éclaircir cette théorie, disons que la sociologie goffmanienne est une sociologie compréhensive qui focalise, notamment, sur l'analyse du sens commun « qui ordonne les interactions en les constituant en ordre social autonome »³⁴. Par le sens commun Goffman entend un ensemble de représentations collectives assurant :

« 1) le partage du même idiome rituel qui rend capable d'attribuer la même signification aux actions. Les participants à l'interaction interprètent les comportements de la même manière.

2) le partage de la même syntaxe qui rend capable de produire par son propre comportement des énoncés cohérents. Le sens commun doit être qualifié dans le même temps de sens pratique. Chacun sait se comporter en fonction des exigences de la situation, exigences qui existent sous la forme d'attentes normatives »³⁵

Il insiste en outre sur le fait de considérer les individus interactants comme des acteurs partageant un sens commun. Ce sens commun leur permet d'interpréter les situations dans lesquelles ils se trouvent de la même manière. Autrement il n'y

³³ Céline Bonicco, « Goffman et l'ordre de l'interaction. Un exemple de sociologie compréhensive », Philonsorbonne n° 1/ Année 2006- 07 pp 31- 48.

³⁴ *Ibid*

³⁵ *Ibid*

aura pas d'interaction digne d'être étudiée sociologiquement. Par ailleurs, « *la compréhension intervient à un double niveau dans son analyse comme :*

- *forme de savoir immédiat déployé par les participants à une interaction.*

-*élucidation de cette forme de savoir immédiat par le sociologue »³⁶.*

5) L'orientation méthodologique de la recherche.

Les sociologues qui se sont intéressés à la méthodologie se sont divisés, depuis longtemps, entre deux clans : les adeptes des méthodes quantitatives et les adeptes des méthodes qualitatives. Peu d'entre eux sont pour l'utilisation simultanée de deux méthodes. En revanche, certains méthodologues n'ont pas hésité à signaler qu'il y a un conflit de méthodes³⁷. Quant à nous, nous pensons qu'il serait nécessaire de concilier, dans la recherche, entre les deux méthodes quantitative et qualitative.

La conciliation entre l'approche qualitative et l'approche quantitative est, nous semble-t-il, plus fiable pour étudier ce genre de sujet. En effet, il s'agit ici d'étudier la construction sociale de la culture d'entreprise dans l'institution hospitalière à travers l'organisation du travail, le processus communicationnel et les liens sociaux tissés entre les différents acteurs. Pour bien analyser ces différents sujets, nous avons mené une enquête par

³⁶ *Ibid*

³⁷ Grawitz Madelaine, *Méthodes des Sciences Sociales*, Paris, Dalloz, 9^e édition, 1993.

questionnaire auprès de cent vingt patients et une autre enquête par entretien auprès de 40 médecins et cadres paramédicaux travaillant dans deux hôpitaux et deux cliniques dans la région de Nabeul. Nous avons, également, consacré beaucoup du temps pour observer les rapports sociaux entre les acteurs, leurs comportements organisationnels et le déroulement du travail dans les différents services de deux hôpitaux ainsi que dans les deux cliniques.

5-1) L'enquête par questionnaire.

a) L'enquête par questionnaire dans les deux hôpitaux.

Pour l'enquête par questionnaire, nous avons sélectionné nos enquêtés parmi ceux qui suivent des traitements dans deux hôpitaux publics et deux cliniques privées dans la région de Nabeul. Ces deux hôpitaux sont l'hôpital Mohamed Taher Maamouri que je nomme l'hôpital (A) et l'hôpital Mohamed Tietli (B). Les deux cliniques sont Les Violettes (C) et Ibn Roched (D).

Dans le tableau suivant nous présentons l'échantillon des patients que nous avons entretenu par questionnaire.

Tableau n° 1 :L'échantillon des patients

institution	effectif	pourcentage
hôpital	70	58,3%
clinique	50	41,7%
Total	120	100%

Source : L'enquête sur terrain, 2009- 2010.

Est- il nécessaire de signaler, en ce qui concerne l'échantillon, que nous sommes conscient que le nombre d'enquêtés est relativement peu. Nous n'avons pu, cependant, élargir l'échantillon à cause de difficultés que nous avons rencontrés et que nous allons développer ultérieurement.

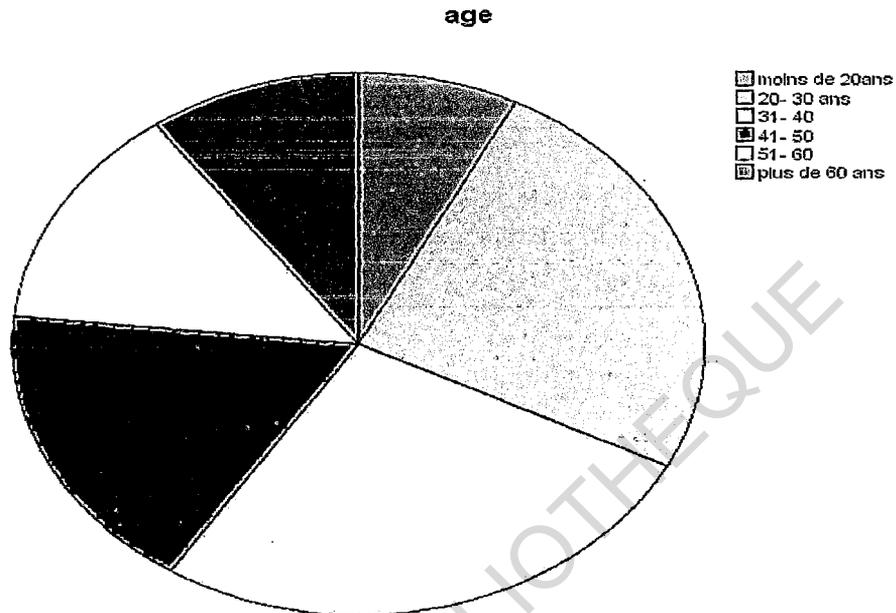
Il s'avère de ce tableau que le nombre d'enquêtés, parmi ceux qui suivent des traitements dans l'un de deux hôpitaux, est 70 individus dont 33 hommes et 37 femmes. Nous avons également réparti les enquêtés sur 6 tranches d'âge qui varient, comme il est indiqué dans le tableau suivant, entre moins de 20 ans et plus que 60 ans.

Tableau n°2 :Répartition des enquêtés par tranche d'âge et par type d'institution.

Tranches d'âge	hôpital	clinique	Total
moins de 20ans	4	5	9
20- 30 ans	19	11	30
31- 40	18	14	32
41- 50	11	10	21
51- 60	11	5	16
plus de 60 ans	7	5	12
Total	70	50	120

Source :L'enquête sur terrain, 2009- 2010.

Représentation graphique n° 1 : Répartition des enquêtés par tranche d'âge



Par ailleurs, et pour sélectionner l'échantillon des patients, nous avons suivi les étapes suivantes :

- Nous avons consulté, durant une semaine, les registres des « services » internes des différents services : il s'agit d'un registre dans lequel l'infirmier enregistre les noms des patients hospitalisés, les médicaments qui leur ont été prescrits et la date de leur entrée et de leur sortie.
- Nous avons tenu à sélectionner, parmi les patients les mieux portants, (c'est-à-dire ceux qui puissent répondre à nos questions sans aucun problème), un échantillon représentatif des enquêtés. Nous avons décidé de choisir l'échantillon en utilisant un taux de sondage égal à 10% mais nous n'avons pas pu respecter ce taux dans tous les services. Ceci est dû à la

difficulté de trouver des patients dont leur état de santé leur permet de répondre à nos questions. Et parfois ceci est dû au refus de certains patients de répondre à nos questions. Dans ce cas nous nous trouvons dans l'obligation de remplacer, dans l'échantillon, ce patient par un autre.

- La représentativité de l'échantillon est toujours présente dans notre esprit. Ainsi nous avons tenu à choisir les enquêtés, dans les différents services, en suivant une méthode de quotas. Dans le tableau suivant nous expliquons les quotas des enquêtés parmi les patients hospitalisés dans les deux hôpitaux.

Tableau n°3 : Quotas des enquêtés parmi les patients hospitalisés dans les deux hôpitaux.

Services	Capacités d'hospitalisation	Nombre d'hospitalisés	Quotas sélectionnés
Cardiologie	18lits/femmes 18lits/h	20	3
Orthopédie	38 lits/h 30 lits/f	68	6
Chirurgie	30 lits/h 30 lits/f	35	6
Maternité : gynécologie & accouchement	60	30	6
Médecine interne	60	30	4
Pneumologie	50	15	2
Ophthalmologie	30	8	2
ORL	30	10	2
Total		216	31

Il faudrait remarquer que les services Ophtalmologie, Maternité et ORL faisaient partie, lors de l'enquête, de l'hôpital Mohamed Tletli (B). Ces services ont été mutés, entre 2008 et 2010, à l'hôpital Mohamed Taher Maamouri (A).

En outre, nous avons suivi dans le choix des enquêtés, qui fréquentent les services externes de deux hôpitaux, la même procédure, c'est-à-dire suivre la méthode de quotas en essayant de respecter un taux de sondage de 10%. Dans le tableau suivant nous présentons les quotas des enquêtés qui se soignent dans les services externes de deux hôpitaux.

Tableau n°4 : Quotas des enquêtés parmi les patients non hospitalisés et qui fréquentent les services externes de deux hôpitaux.

Services	Nombre de patients /jour	Quotas sélectionnés
Cardiologie	40 à 50	4
Orthopédie	200 à 220	9
Chirurgie	90 à 100	8
Maternité : gynécologie et accouchement	gynécologie : 30 à 35 accouchement : 6 à 8	6
Médecine interne	60 à 70	6
Pneumologie	40 à 50	3
Ophtalmologie	50 à 60	3
ORL	50 à 60	0
Total		39

Source : Registres des hospitalisés dans les deux hôpitaux

b) L'enquête par questionnaire dans les deux cliniques.

Le nombre d'enquêtés choisis parmi les patients qui suivent de soins dans les deux cliniques est 50 individus, dont 25 hommes et 25 femmes. La sélection des enquêtés dans ces deux cliniques n'était pas facile étant donné que le nombre de patients est, par rapport aux deux hôpitaux, restreint. En fait, durant l'enquête le nombre de patients hospitalisés dans la clinique Les Violettes (C) n'a pas dépassé 13 individus. Alors que dans la clinique Ibn Roched (D) n'a pas dépassé 8 patients. Il faut signaler, cependant, que la plupart de ces patients, dans les deux cliniques, sont des femmes qui viennent pour accouchement. Nous avons choisi parmi ces patients 7 enquêtés de la clinique C et 3 de la clinique D. Pour les autres enquêtés, soit 40 individus, qui font partie de l'échantillon nous l'avons choisi parmi « les clients » des médecins qui exercent, à temps partiel, dans les deux cliniques. Une vingtaine de malades a été sélectionné de chaque clinique parmi ceux qui s'y soignent. Il nous a fallu, par ailleurs, choisir ces enquêtés parmi ceux qui viennent à la clinique pour faire des analyses, des radios ou des scanners. Nous avons tenu à repérer ces enquêtés parmi les patients des principaux médecins qui exercent dans les deux cliniques.

Toutefois, l'enquête par questionnaire, dans les deux hôpitaux et dans les deux cliniques, a porté sur les principaux sujets suivants :

- Les variables qui servent à identifier les enquêtés,

- La distance entre le lieu de résidence et l'institution hospitalière,
- La taille de la famille,
- Le revenu mensuel,
- L'affiliation à la CNAM,
- la fréquentation de l'institution hospitalière,
- la durée de consultation,
- les relations entre médecins et patients,
- les conflits entre patients, cadre médicaux et paramédicaux,
- L'utilisation des médicaments,
- le recours à la médecine traditionnelle,
- la dignité et le respect du patient,
- la durée d'attente d'un rendez-vous avec le médecin,
- les rapports entre la connaissance d'un médecin ou d'un cadre paramédical et la qualité du service,
- les rapports entre l'aisance du patient et la qualité de service,
- les erreurs médicales.

Par ailleurs, nous avons utilisé, pour le dépouillement et l'analyse des données du questionnaire, le logiciel SPSS.

5- 2) L'enquête par entretien semi- directif

Nous avons fait également une quarantaine d'entretiens semi directifs auprès de médecins et cadres paramédicaux travaillant dans les quatre institutions. L'échantillon des enquêtés par entretien se répartit comme suit :

- Dans les deux cliniques les enquêtés sont une dizaine qui sont comme suit : médecin chirurgien, médecin généraliste,

médecin spécialiste en ORL, gynécologue, médecin spécialiste, biologiste, 2 surveillants et 2 infirmiers.

- Dans les deux hôpitaux les enquêtés sont : 6 médecins spécialistes, 3 médecins résidents, 3 médecins internes, 9 infirmiers, 1 infirmier polyvalent principal, 2 secrétaires médicales, 2 techniciens supérieurs, 2 anesthésistes, 1 pharmacien et 1 assistante sociale.

Quant à l'analyse des entretiens nous avons bénéficié de certains ouvrages de méthodologie qualitative dont, notamment, Jean- Claude Kauffman, *L'entretien compréhensif*³⁸ et Alain Blanchet, *Dire et faire dire : l'entretien*³⁹. Quant à l'analyse des entretiens, nous avons particulièrement bénéficié de l'ouvrage d'Alain Blanchet. Il écrit : « *L'unité de l'objet, concernant un entretien, est un ensemble composé de deux interlocuteurs ; c'est donc avant tout l'histoire des participants à ce dialogue particulier que nous décrivons* »⁴⁰.

5-3) L'observation participante.

Outre le questionnaire et l'entretien nous avons aussi mené des observations participantes, sur plusieurs jours, dans différents services dans les deux hôpitaux et les deux cliniques. Cette observation nous a permis d'enrichir les données collectées par le questionnaire et par l'entretien. D'autre part, nous avons testé nos outils d'enquête dans une pré- enquête. Ce qui nous a permis de modifier le questionnaire et le guide d'entretien.

³⁸ Kauffman J- C, *L'entretien compréhensif*, Paris, Armand Colin, 2004.

³⁹ Blanchet A, *Dire et faire dire : l'entretien*, Paris, Armand Colin, 1997.

⁴⁰ Blanchet, *ibid*, p 126.

Par ailleurs, le recours à trois techniques d'enquête en même temps se justifie par notre souci de collecter le maximum de données nécessaires pour appréhender ce sujet « délicat ». Egalement, l'usage de ces techniques communément nous permet de vérifier la fiabilité des réponses des interviewés et ce à partir d'un recoupement entre leurs réponses.

6) Définition des concepts.

6-1) La culture d'entreprise.

La naissance de la notion de culture d'entreprise remonte aux années 1950. Elle s'inscrit dans le cadre des recherches du Tavistock Institute for Human Relations. Ces recherches reprennent la tradition antitaylorienne de l'école des relations humaines. Le Tavistock Institute a été créé à Londres en 1946 par des chercheurs qui avaient utilisé les méthodes de la dynamique de groupe pour résoudre les problèmes de recrutement de l'armée pendant la Seconde Guerre mondiale. Par la suite des chercheurs de cet Institut (F. Emery ; L. Trist) mettront l'accent sur la relativité des formes d'organisation du travail associées à l'utilisation d'une technologie bien déterminée. Avec la notion de « système socio- technique », les chercheurs du Tavistock tentent de concilier les deux dimensions humaine et technique, en privilégiant leurs interactions. A la différence de la tradition des relations humaines, les mesures préconisées dans cette perspective s'appliquent à modifier le contenu même du travail⁴¹.

⁴¹ Nathalie Diaz, *La culture d'entreprise et sa représentation sociale*, in [http ; // marketing.Thus.ch/loader.php](http://marketing.Thus.ch/loader.php), consulté le 23 juillet 2010.

Toutefois, c'est le psychologue Elliot Jaques, fondateur du Tavistock Institute à Londres, qui est considéré comme le premier à avoir utilisé cette notion. Il a fait des recherches en psychologie et en psychanalyse dans le Glacier Metal Company. Il a étudié dans ses recherches le comportement humain dans les organisations et il a publié en 1951 ses recherches dans un livre intitulé *The culture change of the factory*. Dans cet ouvrage il a jeté les bases de l'étude de la culture d'entreprise. En effet, distinguée officiellement et appliquée, pour la première fois, à l'entreprise, la culture d'entreprise « suppose tout un processus de socialisation consistant en une série d'ajustements mutuels à l'intérieur et entre les différents groupes hiérarchiques de l'entreprise, en fonction d'impératifs administratifs et techniques précis »⁴²

Par ailleurs, l'utilisation du terme corporate culture, traduit par culture d'entreprise, par Elliot Jaques s'inscrit dans une perspective sociotechnique. En fait le Tavistock Institute of Human relations, dite l'école sociotechnique, a favorisé les études portant sur la structure et le fonctionnement des organisations en établissant une relation étroite entre l'aspect technique et l'aspect social du travail. Pour cette école la technologie définit et impose des contraintes du travail qui doivent être traitées et organisées selon des règles sociales et psychologiques.

Par ailleurs, il définit la culture d'une entreprise comme « son mode de pensée et d'action habituelle », « plus ou moins

⁴² Diaz, *ibid*

partagé » et « qui doit être appris et accepté »⁴³. Il s'avère de cette définition qu'Elliot Jaques, et par là tout l'institut de Tavistock, considère qu'il y a « *un lien puissant entre le changement technique et le changement social. Plus exactement l'évidence est faite que tout changement au sein d'une organisation entraîne des changements sociaux et qu'existent également des systèmes socio- techniques* »⁴⁴.

Après la fondation de la culture d'entreprise aux années 1950, on assiste, aux années 1960, à l'entrée du culturel dans les études, notamment américaines, du management des entreprises. En effet, nombreuses études ont mis l'accent sur l'importance du facteur culturel dans la variabilité des modes de gestion des entreprises dans des contextes socio- économiques et culturels différents. Peu après, des études japonaises ont repris l'étude du rôle du facteur culturel dans le succès des industries modernes. Ces études ont considéré que ce succès se fonde sur la transplantation de valeurs traditionnelles de solidarité et de respect de la hiérarchie dans l'entreprise.

Par ailleurs, la notion de culture d'entreprise a été largement répandue dans le domaine de la gestion et de la sociologie du travail pendant les années 1980. En fait, nombreux sociologues, psychologues du travail et gestionnaires ont abordé la question de la culture de/ dans l'entreprise par différentes approches et ont donné, par conséquent, différentes définitions de cette notion.

⁴³ The culture change of the factory, 1951, cité in «Qu'est-ce que la culture d'entreprise ? » *Sciences Humaines, hors-série n° 20, Mars / Avril 1998.*

⁴⁴ Diaz, *ibid.*

Toutefois, il nous serait impossible, en traçant l'itinéraire du développement de la culture d'entreprise, de ne pas évoquer un livre largement cité dans le domaine managérial. C'est *Le prix de l'excellence : les secrets des meilleures entreprises*⁴⁵. Les auteurs de cet ouvrage affirment que : « *les entreprises innovatrices non seulement réussissent exceptionnellement bien dans la production de nouveautés viables sur le plan commercial, mais sont aussi particulièrement habiles à réagir aux moindres changements de l'environnement* »⁴⁶

Il faut ajouter, cependant, qu'un large débat a opposé de nombreux sociologues du travail et gestionnaires travaillant sur la culture d'entreprise pendant les années 1980 et 1990. Jean-Pierre Hierle⁴⁷ affirme que trois principales positions se dégagent de ce débat :

- La position de ceux qui refusent cette notion : la vie sociale des salariés est structurée, à l'extérieur de l'entreprise, par « la législation sociale, l'appartenance de classe, les luttes ouvrières (qui) inscrivent le personnel de l'entreprise dans un champ plus vaste qui rend cette catégorie de regroupement inopérante ». Ces éléments qui structurent la vie du salarié ne favorisent pas la création d'une culture spécifique à l'entreprise.

⁴⁵ Peters Thomas, Robert Waterman, *Le prix de l'excellence : les secrets des meilleures entreprises*, Paris, Inter édition, 1994

⁴⁶ *Ibid* p 33.

⁴⁷ Jean-Pierre Hierle, « *Culture d'entreprise ou culture d'établissement ?* », RESS106, Décembre 1996, pp 23- 33.

- La position des sociologues des organisations qui introduisent la notion de culture d'entreprise dans le corpus sociologique. Ces sociologues, dont notamment Michel Crozier, Renaud Sainsaulieu et Denis Segrestin, ont défendu l'idée que la culture d'entreprise est l'ensemble des règles de gestion proche de celles du management participatif. Ces sociologues insistent, par ailleurs, sur la prise en compte des particularités locales de l'entreprise dans son fonctionnement et sa gestion.
- La troisième position considère la culture d'entreprise comme « une culture ouvrière d'usine fondée sur des savoirs et pratiques spécifiques difficilement valorisables à l'extérieur de l'entreprise ainsi que sur des formes de sociabilité, des acquis sociaux et des luttes propres à une entreprise particulière. »⁴⁸

a) La culture d'entreprise d'après Renaud Sainsaulieu

Renaud Sainsaulieu considère que l'entreprise est un système de sociabilité qui s'articule autour des rapports sociaux tissés entre les individus. Autrement dit, il considère les rapports sociaux comme les principaux facteurs de prospérité de l'entreprise. Il admet donc que l'entreprise est « une société en soi » capable de fonder ses rapports de production sur sa propre culture.

La culture d'entreprise signifie d'après Sainsaulieu « *le liant symbolique de valeurs partagées qui confèrent sentiment d'appartenance, capacité collective à produire, consensus autour de projets, voire même esprit démocratique et convivial des*

⁴⁸ *Ibid.*

rapports entre acteurs, transformés en une véritable communauté de travail »⁴⁹. (*Liant : un lien symbolique qui donne de la consistance aux rapports sociaux*)

b) La fonction identitaire de l'entreprise.

Sainsaulieu pense que l'entreprise fournit une base mobilisatrice du processus identitaire, c'est-à-dire qu'elle fournit de références d'appartenance communautaire : les individus qui appartiennent à un même corps de métier se référant aux mêmes valeurs culturelles qui se construisent petit à petit et parallèlement avec l'ancienneté de l'individu dans l'entreprise. Ces valeurs elles-mêmes servent de base pour la formation de l'esprit-maison (un sentiment fort d'appartenance à l'entreprise). L'esprit-maison se manifeste dans un lexique unifié entre le personnel de l'entreprise. Il se manifeste également dans les liens forts de solidarité et de convivialité entre eux⁵⁰.

Par ailleurs, Sainsaulieu fait de la notion d'identité une catégorie pertinente d'analyse au sein de la sociologie du travail. Il aborde la question de l'identité à partir de la question des relations de travail dans les organisations et sur la base des observations approfondies et participantes du fonctionnement des administrations et des entreprises.

Renaud Sainsaulieu considère, en outre, que l'entreprise est un système de sociabilité c'est à dire qu'elle est un système qui

⁴⁹ Sainsaulieu R, Segrestin D, « *Vers une théorie sociologique de l'entreprise* », Sociologie du travail n° 3, 1986.

⁵⁰ Sainsaulieu R, *L'Identité au travail*, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, Paris, 1977, 3^e édition.

s'articule autour des rapports sociaux tissés entre les individus. Autrement dit, il considère les rapports sociaux comme les principaux facteurs de prospérité de l'entreprise. Il admet donc que l'entreprise est « une société en soi » capable de fonder ses rapports de production sur sa propre culture⁵¹.

Toutefois, nous allons dans cette recherche utiliser la notion de culture d'entreprise dans le sens de l'ensemble des connaissances acquises qui influencent le comportement du facteur humain dans l'entreprise. Il s'agit, autrement dit, « *de l'ensemble des valeurs, des comportements communs, des mentalités et des pratiques professionnelles qui orientent les efforts de personnel vers la réalisation d'objectifs communs* ».

Nous étudions dans cet axe l'institution hospitalière, tout comme l'entreprise, en tant que « monde en soi », qui a sa propre culture. D'où l'émergence de la culture d'entreprise en tant que thème spécifique de la sociologie et de l'anthropologie du travail.

Nous mettrons l'accent dans cet axe sur la création d'une culture spécifique à l'institution hospitalière et sur la construction des liens sociaux entre les différents acteurs au sein de cette institution. Nous étudierons, également, la question de l'innovation organisationnelle, technologique et sociale et son rôle dans le développement de l'institution hospitalière.

⁵¹ Sainsaulieu a développé cette idée principalement dans les ouvrages qu'il a publiés après *l'Identité au travail*, Voir par exemple *L'entreprise une affaire de sociétés* ou *Sociologie de l'entreprise*.

Etudiant les appartenances collectives à l'hôpital, Ivan Sainsaulieu écrit : « *Malgré les contraintes gestionnaires, différentes formes d'appartenance collective se dégagent du travail coopératif à l'hôpital. Au niveau de l'unité de soins, des appartenances collectives de service se constituent de manière forte, du fait d'une interaction intense de type technique ou relationnelle.* » ⁵²

6-2) L'hôpital comme institution

L'entreprise est considérée comme institution sociale parce qu'elle est un construit social qui porte la marque des rapports sociaux et des luttes sociales propres à chaque société⁵³. L'entreprise n'est donc pas, dans ce sens, le produit d'un consensus mais l'expression d'une hégémonie, c'est-à-dire de la domination d'un groupe social sur un autre groupe⁵⁴. « *A cet égard, l'entreprise n'est ni un effet direct ou la transcription immédiate de la domination du capital, ni une unité autonome devant s'adapter à des contingences ou à un environnement "externes", ni un simple produit des groupes sociaux internes. Ce produit social est cependant codifié par les conventions collectives, le code du travail ou d'autres lois concernant les actionnaires, etc. Ces codes ou normes qui assurent la continuité ou la stabilité des pratiques*

⁵² Sainsaulieu I, « Les appartenances à l'hôpital », *Sociologie du travail* 42, 2006, pp 72- 87.

⁵³ Sur l'entreprise comme construit social, voir S. Erbes-Seguin, *Le travail dans la société. Bilan de la sociologie du travail*, Grenoble, PUG, 1988, chapitre I: l'entreprise.

⁵⁴ A. Lipietz, Accumulation, crises et sorties de crise : quelques réflexions méthodologiques autour de la notion de « régulation » in lipietz.net/spip.php consulté le 21/11/2013.

sociales s'incorporent dans des habitudes. Ces règles du jeu constituent l'espace qui permet aux individus d'entrer en rapport. »⁵⁵

6-3) L'hôpital comme organisation

L'analyse sociologique de l'hôpital en tant qu'espace s'inscrit dans la sociologie des organisations. En ce qui suit nous présentons les origines et les principes de la sociologie des organisations. Ensuite nous présentons une approche de l'hôpital en tant qu'organisation. Les origines de la sociologie des organisations s'inscrit dans l'analyse wébérienne de la rationalité et de la bureaucratie ainsi que dans les recherches de l'école des relations humaines.

a) La rationalité wébérienne

Max Weber (1864- 1920) a cherché à comprendre la situation de l'Allemagne en particulier et du monde occidental en général à la fin du 19^e et au début du 20^e siècle. En essayant de comprendre le changement qui caractérise ce monde, il constate qu'il est un changement de pensée. Cette pensée est marquée par deux caractéristiques : l'emprise de la rationalisation et de l'action, et le développement d'une organisation d'un type particulier. Il distingue ensuite entre deux grands types d'actions : celles qui sont rationnelles par rapport aux valeurs et celles qui sont rationnelles par rapport aux buts. Lorsque l'individu agit en

⁵⁵ Paul R. Bélanger & Benoît Levesque, "Éléments théoriques pour une sociologie de l'entreprise: des classiques aux "néo-classiques", Cahiers de recherche sociologique, no 18-19, 1992, pp. 55-92. Montréal : département de sociologie, UQAM.

fonction d'une valeur qu'il considère comme fondamentale, il fait une action de premier type. Pour clarifier cette idée il donne l'exemple suivant : un capitaine se laisse couler avec son navire. Il fait cette action pour rester fidèle à une conception de l'honneur qu'il a intériorisé au point d'accepter de lui consacrer sa vie.

Les actions de second type sont faites en fonction d'un but extérieur, clairement défini. Il donne dans ce cas l'exemple d'un ingénieur qui construit un pont. Dans cette action il combine des moyens pour cette construction et sans s'interroger sur la valeur que représente ce pont pour lui. Il ne s'interroge pas, non plus, sur l'usage du pont après avoir achevé sa construction.

Par ailleurs, Weber remarque que l'une des conséquences de la multiplication du second type d'actions est que nous vivons dans un monde désenchanté, où la capacité de faire des actions gratuites, pour une valeur tend à disparaître. A ce mode d'action correspond un mode de légitimité, c'est-à-dire des raisons de l'acceptation pour les individus du pouvoir de ceux qui les dominent. Toute société suppose en effet une domination de certains sujets sur d'autres et une hiérarchie des relations de pouvoir. Le modèle de légitimité qui correspond à la société industrielle, selon lui, est la légitimité de type légal-rationnel. Dans *Le savant et le politique*, il écrit que l'autorité s'y oppose « en vertu de la légalité, en vertu de la croyance en la validité d'un statut légal et d'une compétence positive fondées sur des règles établies rationnellement »⁵⁶.

⁵⁶ Ibid, p 102

A ce type de rationalité correspond un type d'organisation bureaucratique de l'entreprise et de l'Etat. Ce type d'organisation se caractérise, selon Philippe Bernoux, par les éléments suivants :

« - l'individu n'est pas propriétaire de sa fonction et il ne peut la transmettre

- la bureaucratie fonctionne selon des règles impersonnelles.

- Les postes de travail sont rigoureusement définis.

- Chaque fonction est remplie par un seul individu compétent et spécialiste.

- L'organisation bureaucratique est toujours organisée hiérarchiquement.

- Une bureaucratie emploie des fonctionnaires, c'est-à-dire des spécialistes à plein temps et pour une longue période. »⁵⁷ .

En peu de mots, l'analyse wébérienne de la bureaucratie repose sur trois concepts qui expliquent le développement des sociétés européennes industrialisées à savoir : la bureaucratie, la légitimité et l'organisation.

b) L'école des relations humaines et la découverte du facteur humain.

La majorité des sociologues s'accordent à considérer que la sociologie industrielle, parent de la sociologie du travail et la

⁵⁷ Bernoux Philippe, *La sociologie des organisations*, Paris, Le Seuil, Coll. Points, 1985.

sociologie des organisations, est née pendant les années 1930 en se basant sur les enquêtes de l'école des relations humaines. En effet, Elton Mayo, chef de file de cette école s'est intéressé à l'étude des relations humaines dans l'atelier. Une équipe de chercheurs de l'Université de Harvard a mené entre 1924 et 1932 des enquêtes à l'usine Hawthorn Works de la Western Electric Company aux Etats Unis d'Amérique. Depuis 1928 cette équipe sera conduite par Elton Mayo⁵⁸.

Mayo et ses collaborateurs commencèrent par constituer deux groupes de travailleurs. Le premier est un groupe expérimental qui travaille dans des conditions variables du travail. Le deuxième est un groupe de contrôle, dont les membres travaillent dans des conditions ordinaires du travail. Les enquêteurs ont remarqué que le rendement de deux équipes a augmenté de la même façon.

Pour résumer, l'école des relations humaines a considéré l'entreprise comme un système social⁵⁹. D'où l'intérêt qu'elle a donné à la culture professionnelle de l'ouvrier, à ses habitudes de travail et à ses relations interpersonnelles dans l'entreprise. Ceci contredit, bien entendu, les principes de Taylor qui considère que l'appât de gain est le principal facteur motivant l'homme dans le travail.

⁵⁸Demarez Pierre, *La sociologie industrielle aux États-Unis*, Paris, Armand Colin, 1986.

⁵⁹*Ibid*, voir, notamment, page 37 et suivantes.

Par ailleurs les sociologues du travail ont pu déduire trois conséquences majeures des expériences de la Western Electric Company :

- L'importance de la vie du groupe et son influence sur le comportement de chacun de ses membres.
- Le facteur financier a moins d'importance dans cette école que chez Taylor⁶⁰.

Mayo a également critiqué le type idéal wébérien de la bureaucratie. Il a montré que ce dernier a négligé les organisations informelles. Quant à lui, il a expliqué les comportements des individus dans l'entreprise, en se référant à des facteurs sociaux. En outre il considère l'entreprise comme un système social en étroite relation avec son environnement. Cette relation fait naître une culture que les individus se partagent dans l'entreprise.

c) L'application des principes de la sociologie des organisations à l'hôpital.

L'organisation hospitalière a suscité aux Etats-Unis, tout comme les différentes organisations industrielles, de nombreuses recherches. Influencée par l'école des relations humaines, la sociologie industrielle a étudié, parmi d'autres organisations, l'organisation des hôpitaux⁶¹. Les premières recherches qui s'inscrivent dans ce cadre, « consistait à transposer à l'hôpital

⁶⁰ Rabier Jean- Claude, *Introduction à la sociologie du travail*, Paris, éditions Erasme, 1989.

⁶¹ Adam Philippe & Herzlich Claudine, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan, 1994.

les problématiques et les techniques développées dans le monde industriel. Ont ainsi été étudiés la nature du pouvoir et de l'autorité, les prises de décision, les attitudes face au changement, la division du travail, la satisfaction au travail, l'absentéisme, etc. Par exemple, dans l'ouvrage que T. Burling, E. Lentz et R. Wilson ont consacré à six hôpitaux dans l'Est des Etats-Unis (1956), l'hôpital est appréhendé dans un cadre socio-historique et les auteurs s'intéressent à la structure du pouvoir-jeux d'alliance et conflits-, à l'activité des différents groupes professionnels (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, employés, auxiliaires, etc.) et aux multiples services médicaux qui constituent déjà la diversité d'une institution hospitalière confrontée à la technicisation de la médecine, à la spécialisation et à la bureaucratisation.»⁶²

Par ailleurs, l'hôpital a été analysé suivant un modèle organisationnel bureaucratique jusqu'à la fin des années 1970. Cette période se caractérise selon Mintzberg par l'affirmation d'un corps médical autonome par rapport à la gestion administrative et financière de l'institution hospitalière⁶³. La sociologie de la santé, qui s'est développée dans cette période, a largement « bénéficié » de la sociologie des organisations comme signalé précédemment. En ce qui suit, nous allons présenter une revue critique des principaux auteurs et ouvrages portant sur la sociologie de la santé.

⁶² Carricaburi, D, Ménoret M, *Sociologie de la santé*, Paris, Armand Colin, 2004, p 27.

⁶³ Mintezberg H, *Structure et dynamiques des organisations*, traduit de l'américain par Pierre Romelaer, Paris, Les éditions des organisations, 1998.

7) Revue analytique de la littérature.

7-1) Le développement de la sociologie de la santé.

Les institutions hospitalières étaient depuis le début du XX^e siècle objet de nombreuses recherches en sciences humaines et sociales. En fait la sociologie, l'anthropologie, la psychologie, l'histoire et la philosophie ont étudié, non seulement les institutions hospitalières mais aussi la santé et la maladie, avec des approches différentes. Dans cette revue analytique de la littérature relative à ce sujet nous allons, en ce qui suit, présenter les principaux ouvrages « fondateurs » de la sociologie de la santé. Il serait utile de signaler, cependant, que les principaux auteurs dans ce domaine sont des américains dont, notamment, Talcott Parsons.

a) Talcott Parsons comme fondateur de la sociologie de la santé et de la maladie.

T. Parsons est l'un des précurseurs des études portant la santé et la maladie. Dans une approche structuro- fonctionnaliste, il présente un modèle de relation médecin- malade consensuel fondé sur le cas des maladies aiguës, selon Claudine Herzlich. Il conçoit dans ce cadre la maladie comme une déviance sociale que la société doit contrôler⁶⁴. Il considère, en revanche, que « *la santé est nécessaire au fonctionnement de toute société et qu'un haut taux de maladie représente, sur le plan collectif, une menace*

⁶⁴ Parsons Talcott, « Social structure and Dynamic Process: the case of modern Medical Practice », in *The social system*, Glencoe, Illinois, The Free Press, 1951.

que les sociétés ne peuvent tolérer sans dommage. »⁶⁵ Et pour sortir de cette déviance il définit les rôles du médecin et du malade. Le rôle du médecin c'est de convaincre le patient d'accepter ce qu'il (le médecin) considère comme sa fonction : le soin, le suivi et la guérison du patient. Le rôle du malade, quant à lui, est de chercher l'aide d'un compétent (le médecin) et de coopérer avec lui⁶⁶.

En analysant le modèle de Parsons, Steudler considère que :

* « le malade est exempt des responsabilités normales (selon la gravité de son cas).

* il ne peut pas s'en tirer seul par un acte de décision, de ce fait il n'est pas tenu pour responsable de son incapacité.

* la maladie est indésirable et le malade doit souhaiter aller mieux. C'est une légitimation conditionnelle du rôle du malade.

* le malade doit rechercher une aide compétente et coopérer avec ceux qui ont la charge de soigner »⁶⁷.

Pour sa part, Claudine Herzlich pense que « l'intérêt du modèle élaboré par Parsons est triple : il réside d'abord dans la reconnaissance de la signification de la santé et de la maladie au point de vue sociétal ; il est aussi d'avoir mis en évidence, pour la première fois, la place centrale que la médecine occupait dans la société moderne, et, enfin, d'avoir montré que sa fonction n'est pas

⁶⁵ Herzlich Claudine, *Médecine, maladie et société*, Paris- la Haye, Mouton, 1970.

⁶⁶ Herzlich C, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan, 2000, p 78.

⁶⁷ Steudler F, *La Profession médicale*, Paris, Payot, 1972/ 1984.

seulement une fonction technique mais aussi une fonction de régulation sociale. »⁶⁸.

Il faut signaler, en outre, que Parsons a jeté les bases d'une sociologie médicale qui s'est développée à partir des années 1950 aux Etats Unis d'Amérique, tout d'abord, puis dans d'autres pays européens comme la France ou l'Angle terre.

b) Eliot Freidson et le développement de la sociologie de la santé.

Disciple de Parsons, Eliot Freidson propose un autre modèle d'analyse sociologique de la maladie. Dans son ouvrage intitulé *La profession médicale* il analyse dans les deux premières parties l'organisation sociale de la profession médicale « *en insistant sur la façon dont s'organise son monopole et son contrôle sur ses propres activités* »⁶⁹. Ensuite il se penche sur l'étude de la maladie comme déviance sociale. Bien qu'il utilise le même terme que Parsons, il conçoit la maladie comme un trouble biologique qui nécessite de recourir au savoir du médecin pour le soigner. Il compare, en outre, dans cet ouvrage entre la profession médicale et la profession paramédicale. Il considère cette dernière comme des métiers qui « *s'appliquent aux métiers relatifs à l'administration des soins qui tombent finalement sous le contrôle du médecin* »⁷⁰. Il constate que le métier paramédical est

⁶⁸ Herzlich, op.cit

⁶⁹ Eliot Freidson, *La profession médicale*, ibid, p 211

⁷⁰ Ibid

« reconnu par son absence relative d'autonomie, de responsabilité, d'autorité et de prestige. »⁷¹

c) François Steudler, comme précurseur de la sociologie médicale en France.

Steudler considère que l'hôpital a une fonction sociale. Cette fonction « est passé d'une fonction de contrôle social à une fonction technique, d'une fonction à la fois humanitaire et répressive à une fonction médicale et scientifique. »⁷². En étudiant le développement des hôpitaux à travers l'histoire, il constate que l'hôpital est passé d'un système traditionnel à un système professionnel libéral. La fonction qui domine toute les activités hospitalières dans les deux systèmes est l'hébergement des patients.

Dans le système traditionnel l'hôpital a été destiné principalement aux soins des pauvres. Il donne l'exemple de la France au XVIII^e siècle où il y avait 1200000 indigents pour 24000000 d'habitants. A la fin du XIX^e siècle le système hospitalier passe d'un système traditionnel à un système professionnel libéral. Ce système « est caractérisé par l'entrée du médecin dans le système hospitalier, par le développement de la médecine hospitalière qui conserve, au sein d'une administration qui se bureaucratise, une structure libérale »⁷³

⁷¹ *Ibid*

⁷² Steudler F, *Sociologie médicale*, Paris, Armand Colin, 1972, p 13.

⁷³ *Ibid* p 40

Par ailleurs, dans la société contemporaine, caractérisée par son système professionnel libéral, l'hôpital devient une organisation bureaucratique et complexe. En fait d'un lieu d'hébergement il tend à être « *un centre de soins où travaillent des professionnels* ». Ce centre (l'hôpital) « *devient un lieu privilégié pour les médecins* »⁷⁴.

Se conformant à une logique libérale, ces professionnels contribuent à l'évolution de l'hôpital qui se caractérise par trois caractéristiques :

- L'hôpital est un système technique dans lequel les nouvelles sciences médicales et techniques bouleversent son système d'organisation.
- « *L'apparition d'une logique rationalisatrice, visant à contrôler le processus de développement du système hospitalier et qui se heurte à des obstacles fondamentaux* »⁷⁵.
- Le système consultatif : le corps médical jouit d'une relative autonomie technique, mais qui tend à diminuer et qu'il cherche à conserver, et ne participe en fait, en règle générale, que de façon consultative aux décisions administratives⁷⁶.

Fondant son approche sur les différentes idées précédentes, François Steudler considère l'hôpital comme une entreprise d'un type particulier. En fait l'hôpital possède des caractéristiques qui les distinguent d'autres catégories d'entreprises. La principale

⁷⁴ *Ibid p 25*

⁷⁵ *Ibid*

⁷⁶ *Ibid p 26.*

caractéristique se résume dans le fait que l'activité des hôpitaux est spécifique. Il s'agit d'agir sur un matériau qui n'est pas matériel : l'être humain. Par ailleurs, « *l'activité matérielle et l'activité hospitalière en particulier jouissent par rapport à d'autres types d'activités d'une valorisation affective. Le but de l'institution est noble et la collectivité le valorise* »⁷⁷.

d) Claudine Herzlich et l'approche psychosociologique de la santé et de la maladie.

Psychosociologue de formation, Claudine Herzlich étudie, depuis les années 1960, les réactions des individus à l'égard de la maladie et de la santé et constate que la maladie est un fait psychosocial. En 1970 elle entra en contact avec Eliot Freidson et collabora avec lui. Elle pense qu'être en bonne santé ou être malade « *est une expérience individuelle qui ne peut être partagée... Pourtant nous savons que l'incommunicabilité est déjà un rapport aux autres ; on est malade ou bien portant pour soi, mais aussi pour la société et en fonction de la société* ». La maladie a donc, selon elle, « *une définition sociale et est entourée d'actes sociaux qui la conditionnent* »⁷⁸ (1994). En outre dans *Le sens du mal*, un ouvrage co-dirigé avec Marc Augé, elle insiste encore une fois sur la dimension sociale de la maladie. Elle écrit que « *Toutes les sociétés s'emploient à marquer un lien de l'ordre*

⁷⁷ *Ibid* p 197

⁷⁸ Herzlich, *Sociologie de la maladie et de la santé*, *ibid.*

biologique à l'ordre social. Dans toutes les sociétés, la maladie peut être rapportée à des causes d'ordre social. »⁷⁹

Par ailleurs, elle retrace l'histoire du développement de la médecine moderne en insistant sur les changements sociaux qui sont à l'origine de sa naissance. Elle analyse en fait « *l'évolution historique des maladies en Occident qui aboutit à la situation sanitaire actuelle et, d'autre part, nous nous intéressons à l'émergence de la médecine scientifique moderne pour mieux comprendre son rôle prédominant dans la prise en charge des maladies. »⁸⁰*

7-2) Les ouvrages tunisiens dans le domaine de la sociologie de santé

Les principaux ouvrages tunisiens portant sur le domaine de la santé en général et que nous avons eu l'occasion de consulter sont principalement trois livres et deux thèses de doctorat.

a) Salah Mezgui, *Introduction à la sociologie de la santé*⁸¹

Ce livre est un manuel de sociologie de la santé dans lequel l'auteur a regroupé 50 cours qu'il a donnés aux étudiants de l'Institut Supérieur des Sciences et Techniques de la santé à Tunis. Les sujets traités dans ce livre sont nombreux. Ces différents sujets sont répartis en huit thèmes :

⁷⁹ Marc A & Herzlich C, (sous la direction de), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, éditions des archives contemporaines, 1984, p 189.

⁸⁰ Herzlich, *Sociologie de la maladie*, *ibid*, p 8

⁸¹ المازقي صالح، مدخل إلى علم اجتماع الصحة، مركز النشر الجامعي، تونس، 2008.

- définition de la sociologie de la santé
- La santé et les rôles sociaux
- La médecine dans les conceptions sociales à travers l'histoire
- Le suivi des soins et des traitements
- La politique sanitaire en Tunisie
- L'Homme, la médecine et la technologie bio- médicale
- La santé et la procréation en Tunisie
- La santé psychique en Tunisie

Par ailleurs, dans l'introduction (p 6) l'auteur présente le livre, d'une part comme « une nouvelle lecture des phénomènes de la santé, de la maladie, des traitements, des remèdes et de la mort. ». D'autre part comme une lecture sociologique des phénomènes qui sont considérés, dans la perception sociale, comme des phénomènes qui ne sont compréhensibles que par les médecins et par la médecine. Ce livre analyse, en suivant une démarche historique, le développement des sciences médicales et de leurs techniques depuis l'antiquité dans les plus importantes civilisations : la civilisation grecque antique, la civilisation musulmane, les civilisations du moyen- âge et les civilisations modernes. Il serait utile de signaler, toutefois, que l'auteur a essayé, à travers tout l'ouvrage, de donner une explication sociologique à tous les phénomènes qu'il a traités.

D'autre part une importante partie du livre (de la page 341 à la page 428) analyse la politique sanitaire en Tunisie. Le rôle de différents intervenants, publics et privés, est analysé dans cette

partie. Néanmoins les chiffres présentés dans cette partie ne dépassent pas l'an 2004 alors que le livre est publié en 2008 !

b) Saïd Mestiri, *Le médecin dans la cité*⁸².

Médecin de formation et ancien professeur à la Faculté de Médecine à Tunis, Saïd Mestiri affirme, à travers ce livre, que « *le médecin doit être un élément déterminant dans la vie de la cité. Quiconque est jugé, à un moment de sa vie, digne de prêter le serment d'Hippocrate, sait qu'il doit répondre à l'appel de son prochain, délivrer des soins compétents, prendre en charge la santé physique de son patient, son équilibre psychologique et son bien-être, qu'il doit souvent recueillir ses confidences et celles de son entourage et, parfois, devenir son conseiller et son ami.* »⁸³ C'est ainsi que l'auteur explique, sans le dire, ce qu'il entend par le titre de ce livre : le médecin dans la cité.

Par ailleurs, ce livre évoque les origines et l'évolution de la médecine arabo-islamique. Sans être ni historien ni sociologue, l'auteur prouve, tout au long du livre, qu'il maîtrise l'histoire de la médecine, arabe et autres, d'une part et qu'il analyse avec un esprit sociologique les faits qu'il étudie. Dans le préambule du livre il présente une analyse fine et condensée des changements permanents du statut du médecin dans la cité. Il écrit : « *Les siècles passent et les sociétés humaines se diversifient et se transforment. Grâce à l'émergence des concepts d'hygiène et de santé publique, la médecine va se trouver confrontée aux*

⁸²Saïd Mestiri, *Le médecin dans la cité. Origines et évolution de la médecine arabo-islamique*, Tunis, Sud Editions, 2006.

⁸³ Ibid

impérieux problèmes de la prévention et découvrir le chemin de la longue durée. Le médecin découvre celui de l'action collective. Il devient tout naturellement l'acteur central des divers organismes qui vont prendre en charge l'état de santé de la collectivité. »⁸⁴

En outre, l'auteur analyse, dans le dernier chapitre, les nouvelles questions auxquelles les médecins se trouvent confronté aujourd'hui. Parmi ces questions, la question bioéthique. Cette question, et d'autres, « *dessinent les contours d'une nouvelle médecine, d'une nouvelle vision de la bioéthique, de l'environnement et de la philosophie de l'acte médical.* »⁸⁵

C) Tinsa Francine, *La maladie chronique en Tunisie : Approche sociologique*⁸⁶

Ce livre traite la question de la maladie chronique en Tunisie. En utilisant une méthode de recherche qualitative, l'auteur a essayé de « *saisir le vécu de la maladie chronique, à travers différentes techniques d'investigation qualitative, (en s'appuyant) sur les règles de la théorisation ancrée* »⁸⁷. Se référant, principalement à Glaser et Strauss, elle entend que la théorisation ancrée « *ne vise pas tant la description du phénomène que l'élaboration d'une théorie pertinente à partir de celle-ci* »⁸⁸.

⁸⁴ *Ibid* p 10.

⁸⁵ *Ibid* p 179.

⁸⁶ Tinsa Francine, *La maladie chronique en Tunisie : Approche sociologique*, Faculté de Médecine de Tunis, 2011.

⁸⁷ *Ibid* p 43. C'est nous qui soulignons dans le texte.

⁸⁸ *Ibid* p 44.

La démarche qu'elle a suivie, lors de l'enquête, consiste à subdiviser la recherche en deux étapes : en premier lieu, « *le chercheur s'applique à formuler et vérifier différentes hypothèses sur les relations entre les catégories et entre les catégories et leurs propriétés* ». En deuxième lieu, « *le travail consiste à étudier les variations d'un même phénomène dans différentes conditions structurelles ou à partir des actions et des stratégies des acteurs ou encore en référence aux conséquences liées au phénomène à l'étude* ».

D'autre part, la chercheuse Francine Tinsa opte pour l'ethnométhodologie comme cadre théorique pour cette recherche. Selon elle, l'ethnométhodologie s'inscrit dans le cadre générale de la sociologie compréhensive. L'apport de ce paradigme « *se précise au niveau de l'appréhension des catégories du sens commun.* »⁸⁹ L'auteur justifie ce choix paradigmatique par le fait qu'il peut étudier la vie quotidienne des individus « *confrontés à différents problèmes de santé évolutifs* »⁹⁰.

d) Les thèses de doctorat

- Ridha Abdemouleh, *Conduites face aux maladies et aux médecines en Tunisie*⁹¹.

Dans cette recherche l'auteur étudie les comportements ou les conduites des malades face à la maladie d'une part et le

⁸⁹ *Ibid* p 51.

⁹⁰ *Ibid* p 51

⁹¹ Thèse pour l'obtention de doctorat en psychologie sociale, présentée par Ridha Abdemouleh et dirigée par Benjamin Matalon à l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris, 1990.

développement de la médecine moderne en Tunisie d'autre part. Après la présentation du cadre théorique, de la problématique, des hypothèses et des techniques d'enquête qu'il a utilisés pour le recueil des données il passe à la présentation de la situation sanitaire en Tunisie en premier lieu et la situation sanitaire à Sfax, ville dans laquelle il a fait l'enquête, en deuxième lieu. Ensuite il consacre deux chapitres à l'analyse de la médecine traditionnelle en Tunisie d'hier à aujourd'hui. Dans la dernière section il analyse les conduites des malades face aux maladies et aux médecines en recourant, pour certains d'entre eux, à l'automédication et à la médecine traditionnelle et pour d'autres en recourant aux médecins spécialistes modernes.

- Tinsa Francine, *La construction socio- culturelle de la maladie cancéreuse en Tunisie*⁹².

Dans cette recherche l'auteur tente d'analyser, avec une approche interactionniste, l'expérience du sujet (le patient) de la maladie cancéreuse. Quant au cadre méthodologique l'auteur a eu recours à une approche qualitative qui s'articule autour de la « *théorisation ancrée* » élaborée par Glaser et Strauss en 1967. En ce qui concerne la collecte de données et leur analyse, elle insiste sur le fait que « *l'analyse débute donc en même temps que la collecte des données. Cette collecte (...) se base sur un ensemble de méthodes sélectionnées pour leur complémentarité*

⁹² Thèse pour l'obtention de doctorat en sociologie, présentée par Francine Tinsa et dirigée par Ridha Boukraa, Faculté des Sciences Humaines et Sociales, Université de Tunis, 2003.

aussi bien que leur capacité à offrir cette possibilité de nous rapprocher du phénomène à l'étude » (p 41)

8) Les contraintes de la recherche.

- Nous avons rencontré nombreuses contraintes et difficultés durant toutes les étapes de la recherche. Pendant l'étape de l'enquête sur terrain, par exemple, nous avons perdu assez de temps en attendant l'accord des hôpitaux et des cliniques dans le grand Tunis et à Sfax. Notre désir de faire une enquête dans des institutions hospitalières dans ces deux régions, outre la région de Nabeul, se justifie par l'importance du secteur sanitaire dans ces deux capitales.

Il faut signaler que le choix du grand Tunis se justifie par le fait que les hôpitaux et les cliniques de la capitale sont les plus grands, les plus anciens et les plus dotées des médecins spécialistes. Quant à la ville de Sfax, son importance se manifeste dans le fait qu'elle est la capitale du Sud, non seulement en matière économique, mais aussi en matière sanitaire puisque les hôpitaux universitaires Hédi Chaker et Habib Bourguiba sont les plus importants dans tout le sud. Quant au secteur privé, l'ampleur de nombreuses cliniques à Sfax touche un grand espace géographique qui arrive jusqu'à la Libye. Néanmoins, il nous a été impossible de faire l'enquête dans ces deux villes suite au refus des administrations de ces institutions. En revanche, dans le gouvernorat de Nabeul nous avons pu réaliser l'enquête grâce à l'intervention de certaines personnes dont notamment une infirmière.

Remarquons, cependant, que le secteur sanitaire dans le gouvernorat de Nabeul ne manque pas d'importance, par rapport aux régions de Sfax ou de Tunis. C'est pourquoi nous nous sommes contentés, finalement, de faire l'enquête dans cette région.

- La deuxième difficulté que nous avons rencontrée consiste au peu de disponibilité des médecins et des cadres paramédicaux aussi bien dans les institutions publiques que privées. En fait il nous a fallu dans beaucoup de cas diviser l'entretien sur deux ou trois rencontres.

- La troisième contrainte majeure se résume dans le fait que nous avons rencontré beaucoup de difficultés lors de la passation des questionnaires ou lors des entretiens. En fait, en ce qui concerne les questionnaires nous avons tenu, suite à une convention avec les administrations des quatre institutions, à poser nos questions seulement aux patients, que ce soit hospitalisés ou non, « bien portants », c'est-à-dire ceux qui peuvent répondre à nos questions sans difficultés. D'autant plus, nous avons fait l'enquête par questionnaire avec les enquêtés (les patients) soit dans les chambres pour les hospitalisés d'entre eux, soit dans les salles d'attentes pour les non hospitalisés. Dans les deux cas il nous a été difficile, dans beaucoup de cas, d'assurer la concentration des enquêtés étant donné que nous n'étions pas seules (tête à tête). C'est ainsi nous étions obligés, beaucoup de fois, de modifier notre échantillon. En ce qui concerne les entretiens, la plus grande difficulté que nous avons rencontrée est que nous n'avons pas pu, sauf dans de cas

rarissimes, interviewé les médecins ailleurs de l'hôpital ou de la clinique. La plupart des entretiens se sont déroulés dans les bureaux des médecins. Nous avons donc été obligés de diviser l'entretien en plusieurs séances étant donné que les médecins sont toujours occupés.

9) Plan sommaire de la recherche

Nous avons divisé la recherche en deux parties et sept chapitres :

- La première partie porte sur l'organisation du travail et la communication dans les institutions hospitalières. Cette partie se compose de trois chapitres :

- Le premier chapitre analyse l'organisation des hôpitaux et le développement de la médecine dans le monde arabe.

- Le deuxième chapitre porte sur l'organisation du travail dans les institutions hospitalières.

-Le troisième chapitre porte sur la communication dans l'institution hospitalière : un processus social

La deuxième partie est intitulée : comportements organisationnels, liens sociaux et construction de la culture d'entreprise dans les institutions hospitalières. Cette partie se compose de quatre chapitres :

1° Comportements organisationnels, interaction et construction des liens sociaux dans les institutions hospitalières.

- 2° La notion de culture d'entreprise appliquée aux institutions hospitalières
- 3° Acteurs sociaux et représentations de la santé et de la maladie.
- 4° L'appartenance à l'institution hospitalière et la construction de l'identité au travail

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Première partie:

L'organisation du travail et la communication dans les institutions hospitalières.

« Privilégier un raisonnement sociologique orienté vers les divisions du travail, c'est admettre le fait que le système est rationnel et qu'il parvient, par conséquent, en s'appuyant sur ses diverses compétences, à atteindre ses buts et à accomplir ces différentes fonctions (...) »

Francine Tinsa, *La maladie chronique en Tunisie : approche sociologique*, page 12.

Chapitre premier :

Organisation des hôpitaux et développement de la médecine dans le monde arabe.

Dans ce chapitre nous allons suivre l'historique du développement de la médecine, la naissance et l'organisation des hôpitaux dans le monde arabe et en Tunisie.

1) Histoire de la médecine dans le monde arabe

Le monde arabe a connu depuis longtemps une importante médecine et des célèbres médecins, dont notamment Ar-razi, Ibn Sina, Ibn Nafis, Ibn Eljazar. Ces médecins ont participé au développement de la médecine mondiale. Vers le moyen âge la civilisation arabe a joué le rôle d'intermédiaire entre différentes civilisations. En fait au début de la naissance de la médecine arabe les médecins arabe ont commencé par la traduction des principaux ouvrages écrits par des médecins grecs, indiens, byzantins, iraniens ou égyptiens. Saïd Mestiri écrit dans ce cadre que *« le transfert des connaissances scientifiques, des idées philosophiques et des valeurs éthiques qui s'effectue vers le monde arabe à travers les traductions des livres majoritairement grecs, accessoirement persans et indiens, atteint dans un laps de temps relativement bref une ampleur jamais connue auparavant et marque à coup sûr une étape de civilisation d'une portée considérable⁹³. »*

⁹³ Mestiri S, *Le médecin dans la Cité. ibid*, p 51.

Grace à la traduction des principaux ouvrages de médecine qui s'étend principalement du XIII^e au XIV^e siècle, « *les médecins et philosophes arabes ont réussi avec intelligence à gérer ce vaste patrimoine intellectuel et à faire une œuvre novatrice. L'Occident leur doit une réflexion intelligente dans le domaine de l'enseignement médical, appuyée sur une solide pratique et une pharmacopée originale. Les médecins arabes ont approfondi les connaissances en chirurgie, en ophtalmologie, en pharmacopée et en physiologie*⁹⁴. »

Par ailleurs, de nombreux médecins, qui sont aujourd'hui de renommée internationale, ont laissé un héritage scientifique très important et qui est étudié, jusqu'à aujourd'hui, dans les Facultés de médecine. Parmi ces médecins on cite Abou Baker Mohamed Ibn Zakaria ar-Razi (855- 927). Outre des précieux ouvrages de médecine qu'il a laissés, il a « *inauguré l'enseignement clinique, formant les étudiants de manière critique tandis qu'il examinait et soignait les malades. L'hôpital de Bagdad où il a exercé fut le premier à remplir une fonction analogue à celle des centres hospitaliers universitaires (les CHU) modernes, où toutes les disciplines médicales et paramédicales de l'époque sont enseignées de manière à la fois théorique et pratique sous la conduite d'un maître*⁹⁵. »

⁹⁴ Halioua B, Histoire de la médecine, Paris, Masson, 2004, 2^e édition, page 79.

⁹⁵ Brelet C, *Médecine du monde. Histoire et pratiques des médecines traditionnelles*, Paris, Editions Robert Laffont, 2002, p 445.

2) Aperçu historique sur les hôpitaux dans le monde arabe

Bruno Halioua résume l'histoire des hôpitaux dans le monde arabe. Il écrit : « *les Arabes ont établi un système hospitalier à la fois performant et original. Ils étaient en avance sur les Occidentaux. Dès le VIII^e siècle, un calife Omeyyade fondait une maison des malades. Par la suite les arabes ont perfectionné et multiplié les établissements charitables destinés à délivrer les soins. Ils ont créé des hôpitaux sur le modèle de ceux qui avaient été fondés par les Chrétiens de Constantinople au IV^e siècle. Entre le IX^e et le XIII^e siècle, on a assisté à la construction de grands hôpitaux comme ceux de Damas, de Bagdad et surtout ceux du Caire qui constituaient des modèles d'originalité. Haroun Al Rachid a construit le plus grand hôpital du monde islamique au début du IX^e siècle à Bagdad : « Al Adud »⁹⁶.*

Par ailleurs, Sleïm Ammar écrit qu'il existait, dans la même époque, « *des organisations professionnelles médicales (sinf), qui se constituèrent progressivement en relation avec l'école (madrasa) et avec l'hôpital (maristan). Dès 931, l'autorisation d'exercer est subordonnée à l'obtention d'un diplôme (ijaza). Les études n'étaient pas seulement théoriques mais comportaient également des stages hospitaliers. Les élèves examinent les malades puis les confient à des assistants plus expérimentés, avant que le maître ne confirme le diagnostic et ne prescrive la thérapeutique. Il existait un contrôle des connaissances générales des médecins surveillés par le muhtasib, pour des spécialités telles l'ophtalmologie, cependant que*

⁹⁶ Halioua, *Ibid*, p 84.

les pharmacies étaient surveillées pour dépister les fraudes dans les préparations des prescriptions. Les titres des médecins étaient par ordre décroissant: hakim, tabib, mutabbib (médecin praticien), et mudawi. Ces examens furent appliqués à l'Espagne musulmane puis graduellement à toute l'Europe. Toutes ces précautions n'étaient pas toujours suffisantes, ainsi en 932, le Calife de Bagdad fit contrôler 880 médecins et expulsa ceux dont les connaissances étaient trop approximatives (...)

Les hôpitaux étaient construits si possible près d'une mosquée ou d'une école. Chaque établissement était construit en forme de croix, il comportait des services différents pour les différentes spécialités. Une salle était réservée aux troubles oculaires et aux fièvres, une autre salle recevait les malades atteints de troubles digestifs, une autre était réservée aux chirurgiens. Les femmes étaient traitées dans un quartier qui leur était réservé, enfin les aliénés et les vieillards occupaient un autre quartier. La direction était confiée à un médecin-chef. Les soins aux patients alternaient avec l'enseignement aux étudiants qui étaient logés avec les professeurs dans une dépendance, comportant bibliothèque et salle de cours⁹⁷. »

Il serait utile de signaler là que nous avons tenu à citer ce long paragraphe étant donné qu'il présente d'une manière synthétique l'organisation de la médecine dans les hôpitaux du monde arabe vers le X^e siècle notamment. Nous devons ajouter là que « les soins étaient généralement gratuits pour les

⁹⁷ Sleim Ammar, *Extrait de l'Histoire de la psychiatrie maghrébine*, sur le site - L'héritage Grec et Arabe. Entretien avec Danille Jacquart de Jean-Luc Terradillos.

indigents, mais pouvaient faire l'objet d'honoraires très élevés pour les plus fortunés. Les médecins attachés aux souverains, princes ou ministres étaient comblés et parfois même appelés à tenir un rôle politique, ce qui n'était pas sans risque⁹⁸.»

3) Histoire de la médecine à Kairouran vers le IX^e et le Xe siècle comme exemple du développement de la médecine en Tunisie.

Depuis le IX^e siècle des écoles médicales sont apparues à Fez, à Marrakech et à Kairouran. C'est dans la période aghlabide, notamment, qu'une école médicale a été constituée dans cette ville. Cette école s'est basée au début autour de deux célèbres médecins, qui étaient formés en Orient : Ishaq Ibn Omrane et Ishaq Al Israeili. Le premier a publié un Traité sur la mélancolie et a instauré « une tradition d'enseignement et de pratique de la psychiatrie à l'Université de Kairouan à Beit El Hekma » et le deuxième a publié nombreuses Traités de médecine, dont, *Le traité des fièvres*. Après ces deux médecins vient Ibn Al Jazzar (898- 980). « *Il publia 27 ouvrages de médecine dont Le Zad Al Musafir inspiré des notes d'Hippocrate et de Galien, mais plein d'idées personnelles⁹⁹* »

Après ce bref aperçu historique sur le développement de la médecine dans le monde arabe, en général, et en Tunisie, en particulier, nous allons, dans la section suivante, présenter un « état des lieux » du secteur sanitaire actuellement en Tunisie.

⁹⁸ *Ibid.*

⁹⁹ *Ibid*

4) Le développement de l'infrastructure sanitaire en Tunisie après l'indépendance.

La Tunisie n'a pas cessé depuis l'indépendance de développer l'infrastructure hospitalière et sanitaire publique et privée. Ce développement a permis d'étendre, progressivement, la couverture sanitaire à toutes les régions du pays. L'Etat a promulgué nombreuses lois qui organisent le secteur sanitaire. Citons dans ce cadre et à titre d'exemple la loi n° 91-63 du 29 juillet 1991 relative à l'organisation sanitaire et qui dispose en son article premier que toute personne a droit à la santé dans les meilleures conditions possibles. En plus L'Etat assure « l'accessibilité de toute la population aux soins grâce à la révision en 1998 des modalités de fixation des catégories des bénéficiaires de la gratuité totale des soins et des tarifs réduits dans les structures sanitaires publiques relevant du ministère de la santé publique, ainsi que les modalités de prise en charge et les tarifs auxquels ils sont assujettis.

- *L'assistance médicale gratuite dans les structures sanitaires relevant du ministère de la Santé publique. Elle concerne les familles nécessiteuses (160.900 familles), ainsi que les enfants abandonnés et les personnes atteintes par un handicap profond.*
- *Des tarifs réduits dans les structures sanitaires relevant du ministère de la Santé publique pour les citoyens qui ne sont*

affiliés à aucun des régimes de sécurité sociale, et dont la situation ne permet pas l'affiliation à l'un de ces régimes¹⁰⁰. »

D'autre part les efforts déployés dans le domaine sanitaire ont contribué à améliorer les indicateurs de santé. Nous pouvons déduire à partir des statistiques de l'INS que :

- L'espérance de vie est passée de 68,3 ans en 1987 à 74,2 ans en 2007
- La mortalité infantile s'est réduite de 51,6‰ des naissances à 17 ‰ en 2007.
- Le taux de couverture médicale est passé de 1 médecin pour 2384 habitants en 1987 à 1 médecin pour 930 habitants en 2007.
- Le taux de couverture vaccinale contre les six maladies concernées par le programme vaccinal mondial a dépassé les 95% des enfants jusqu'à l'âge de 1 an.
- Les dépenses dans le domaine de la santé ont atteint, en 2007, 7,5% du budget de l'Etat¹⁰¹.

4-1) L'Infrastructure sanitaire publique en Tunisie.

Le secteur public demeure le principal fournisseur des soins de santé particulièrement préventifs et hospitaliers. Il est basé sur trois niveaux de recours complémentaires :

- Le premier niveau est constitué de 2080 centres de soins de santé de base et de 121 hôpitaux de circonscription.

¹⁰⁰ Institut National de la Statistique, "Octobre 2007", cité dans info@tunisie.com, consulté le 10/12/2009.

¹⁰¹ Ibid.

- Le deuxième niveau est couvert par 33 hôpitaux régionaux installés le plus souvent au niveau du chef-lieu de chaque gouvernorat en l'an 2000.
- Le troisième niveau est comblé par les hôpitaux universitaires, au nombre de 23, totalisant 196 services avec 40 spécialités en l'an 2000.

Les hôpitaux publics ne relevant pas du Ministère de la Santé Publique : 3 hôpitaux militaires et un hôpital des forces de sécurité intérieur à Tunis. A côté de cette infrastructure publique, il existe une infrastructure paraétatique :

- 6 polycliniques de la Caisse nationale de la sécurité sociale (CNSS) où sont dispensés des soins ambulatoires de type général, des soins spécialisés et des services de diagnostic aux affiliés sociaux. La proportion de la population ayant accès à un personnel qualifié pour le traitement des maladies courantes et pouvant se procurer les médicaments essentiels est supérieur à 90%.

4-2) L'Infrastructure sanitaire privée en Tunisie.

Elle est constituée d'un réseau ambulatoire de médecine générale ou spécialisée, de soins paramédicaux et de structures d'hospitalisation. Cette infrastructure est composée notamment de:

- 104 cliniques à vocation multidisciplinaire ou mono-disciplinaire privée
- 1533 cabinets de médecine dentaire
- 99 centres de dialyse
- 4979 cabinets médicaux privés dont 50,9% des spécialistes

- 1492 pharmacies : 1259 officines de jour et 133 officines de nuit;
- 107 radiologues de libre pratique
- 159 laboratoires d'analyses médicales : 149 laboratoires de biologie médicale et 10 laboratoires d'anatomie biologie ;
- 56 services de transport sanitaire ;
- 99 centres d'hémodialyse contenant 815 machines ;
- 567 cabinets paramédicaux de libre pratique¹⁰²

Si les chiffres que nous avons présentés dans cette section témoignent de l'importance du secteur sanitaire, avec ces deux volets public et privé, en Tunisie, qu'en est-il du gouvernorat de Nabeul ? Dans la section suivante nous allons présenter l'état de ce secteur dans ce gouvernorat. Rappelons que c'est dans ce gouvernorat que nous avons fait l'enquête.

4-3) Etat des lieux du secteur sanitaire dans le gouvernorat de Nabeul

Le gouvernorat de Nabeul se compose de 16 délégations et sa population a compté en 2009, selon l'INS¹⁰³, 748500 individus contre 693890 individus en 2004 enregistrant ainsi une évolution de 54610 personnes, avec un taux d'accroissement démographique de 1,20%. Cette population s'est répartit en 2005 comme suit : 359990 individus de sexe masculin et 345310 individus de sexe féminin. Elle s'est répartit aussi dans la même année entre 465310 individus habitants dans les zones

¹⁰² INS, Octobre 2007, *ibid.*

¹⁰³ Enquête population- emploi 2009

communales et 240293 individus habitants dans les zones non communales. Dans le tableau suivant nous récapitulons la répartition de la population dans le gouvernorat de Nabeul par délégation en 2007.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Tableau n° 5 : Présentation de la population du gouvernorat de Nabeul

DELEGATIONS	POPULATION	F M A R	ETB. HOSP	LITS BUDG.	C.S. BASE	POINT DE RASS.
NABEUL	64 172	8 984	2 HOP.REG	468	6	
DAR CHAABANE	42 584	5 962	MAT.	6	2	
BENI KHIAR	38 364	5 371			6	
KORBA	65 330	9 146	HOP.C	40	8	1
MENZEL TEMIME	64 143	8 980	HOP.REG	140	13	
EL MIDA	25 530	3 574	MAT.	6	10	
KELIBIA	57 870	8 102	HOP.C	50	7	
HAMMAMGHEZAZ	15 451	2 163			5	
EL HAOUARIA	42 477	5 947	HOP.C	20	12	2
TAKELSA	21 756	3 046			8	
SOLIMAN	45 139	6 320	HOP.C	30	5	
MENZEL BOUZELFA	36 243	5 074	HOP.C	30	4	
BENI KHALLED	36 565	5 119	HOP.C	30	3	7
GROMBALIA	59 856	8 380	HOP.C	61	10	2
BOU ARGOUB	30 038	4 205			8	
HAMMAMET	102 981	14 417	HOP.C	24	7	
TOTAL	748 500	104 790		905	114	12

Source : INS, juillet 2007

Légende :

- FMAR : Femmes mariées en âge de reproduction
- ETB.HOSP : Etablissements hospitaliers
- Lits budg : lits budgétaires
- C.S. Base : Centre de santé de base
- Point de rass. : Point de rassemblement
- Hop. REG : Hôpital régional
- Mat : Maternité
- Hop. C : Hôpital de circonscription

Par ailleurs, à l'instar d'autres gouvernorats tunisiens, le gouvernorat de Nabeul a eu sa part dans le développement du secteur sanitaire dans les deux domaines publics et privé. L'infrastructure de base dans ce secteur est relativement importante. En fait le nombre des hôpitaux régionaux est de l'ordre de 3 avec une capacité d'hospitalisation de 608 lits. Il y a 8 hôpitaux de circonscription dont la capacité d'hospitalisation est 285 lits. Quant au secteur privé le nombre de cliniques est 5 avec une capacité d'hospitalisation de 245 lits. Tandis qu'il n'existe aucun hôpital universitaire dans toute la région du Cap Bon.

Le nombre d'habitant par lit a évolué entre 2000 et 2005 comme suit : de 640700 habitants a passé à 693890 habitants. En 2000 le nombre d'habitant /lit est 789 pour une capacité de 812. En 2005 le nombre d'habitant /lit a baissé à 777 pour une capacité de 893¹⁰⁴. Toutefois, le nombre du personnel exerçant dans les secteurs public et privé a évolué entre 2008 et 2009 comme suit :

4-3-1) le secteur public à Nabeul

- Le nombre de médecins généralistes a régressé entre 2008 et 2009 de 139 à 133.
- Le nombre de médecins spécialistes tunisiens a régressé entre 2008 et 2009 de 92 à 91 médecins.
- Le nombre de médecins spécialistes étrangers a régressé entre 2008 et 2009 de 5 à 2 médecins.

¹⁰⁴ Source : Base de données de la direction régionale de la santé du gouvernorat de Nabeul, 2010.

- Le nombre de techniciens supérieurs a régressé entre 2008 et 2009 de 4 personnes en passant de 498 à 494.
- Le nombre d'infirmiers et auxiliaires a enregistré le recrutement d'une seule personne et en passant ainsi de 1107 à 1108¹⁰⁵.

4-3-2) Le secteur privé à Nabeul

- Le nombre de médecins généralistes exerçant dans le secteur privé a augmenté entre 2008 et 2009 de 51 médecins et a passé ainsi de 140 à 191 selon les sources du CNSS.
- Le nombre de médecins spécialistes tunisiens a passé entre 2008 et 2009 de 160 à 190, enregistrant ainsi une augmentation de 30 médecins.
- Le nombre de pharmaciens est passé dans la même année de 145 à 153.
- Le nombre de techniciens supérieurs est passé de 67 à 68.
- Le nombre d'infirmiers et auxiliaires est 8 personnes seulement dans les deux années.

Nous devons remarquer, toutefois, que nous n'avons pas pu connaître le nombre du personnel travaillant dans les deux cliniques dans lesquelles nous avons réalisé l'enquête. Ceci s'explique par le fait que la quasi-totalité des médecins travaille à temps partiel dans les deux cliniques. Un nombre inconnu de ces médecins travaillent dans les hôpitaux publics et travaillent « des

¹⁰⁵ *Ibid*

heures supplémentaires » dans les cliniques. D'autres médecins privés qui possèdent leurs propres cabinets collaborent avec les cliniques. Ils emmènent leurs propres patients pour les hospitaliser, leur faire une opération chirurgicale ou pour un accouchement.

Toutefois, nous avons signalé précédemment que nous avons réalisé l'enquête dans deux hôpitaux du gouvernorat de Nabeul, à savoir : l'hôpital régional Tahar Maamouri (A) et l'hôpital régional Mohamed Tletli (B). Dans le tableau suivant nous récapitulons le nombre du personnel exerçant dans les deux hôpitaux.

Tableau n° 6 : Récapitulation du nombre du personnel exerçant dans les deux hôpitaux de l'échantillon en 2009.

	Hôp. M Tletli	Hôp. T Maamouri
Médecins spécialistes	9	53
Médecins généralistes	8	15
Médecins dentaires	3	0
Sage-femme	19	0
anesthésistes	9	29
laborantins	12	18
radiologues	7	20
infirmiers	94	255
Autre techniciens	16	41
auxiliaires	4	16
ouvriers	79	143

Source : Base de données de la direction régionale de la santé de Nabeul, 2010.

Il est à noter, cependant, que deux services (le service de médecine dentaire et le service de la maternité) existent seulement dans l'hôpital Mohamed Tletli. C'est pourquoi on a enregistré l'absence des médecins dentistes et de sages-femmes dans le deuxième hôpital.

5) Les recettes et les dépenses de deux hôpitaux

5-1) Les recettes

Les recettes des hôpitaux se composent généralement des :

- subventions de l'Etat,
- participation des patients aux coûts d'hospitalisation et des consultations externes,
- participation des patients aux coûts des radiographies et des analyses médicales
- participation de la CNAM aux coûts d'hospitalisation et des consultations externes,
- ventes des équipements obsolètes
- location des locaux (la buvette par exemple).

Ces différentes recettes sont résumées dans les documents de la direction régionale de la santé de Nabeul par les caisses et les recettes propres. Il faut signaler cependant que les données relatives à la subvention de l'Etat s'arrêtent à l'année 2001 pour les trois hôpitaux régionaux. En fait dans cette année les subventions de l'Etat pour les différentes institutions hospitalières

publiques est 2685000 dinars, dont 180000 dinars pour l'hôpital Mohamed Tletli et 260000 dinars pour l'hôpital Tahar Maamouri. Ces subventions ont régressé en 2006 à 2616306 dinars. L'année suivante ces subventions ont légèrement évolué pour atteindre 2669739 dinars. En 2008 elles sont passées à 2758420 dinars et en 2009 elles ont atteint la somme de 2911405 dinars¹⁰⁶. Dans le tableau suivant nous récapitulons les recettes de deux hôpitaux de l'échantillon.

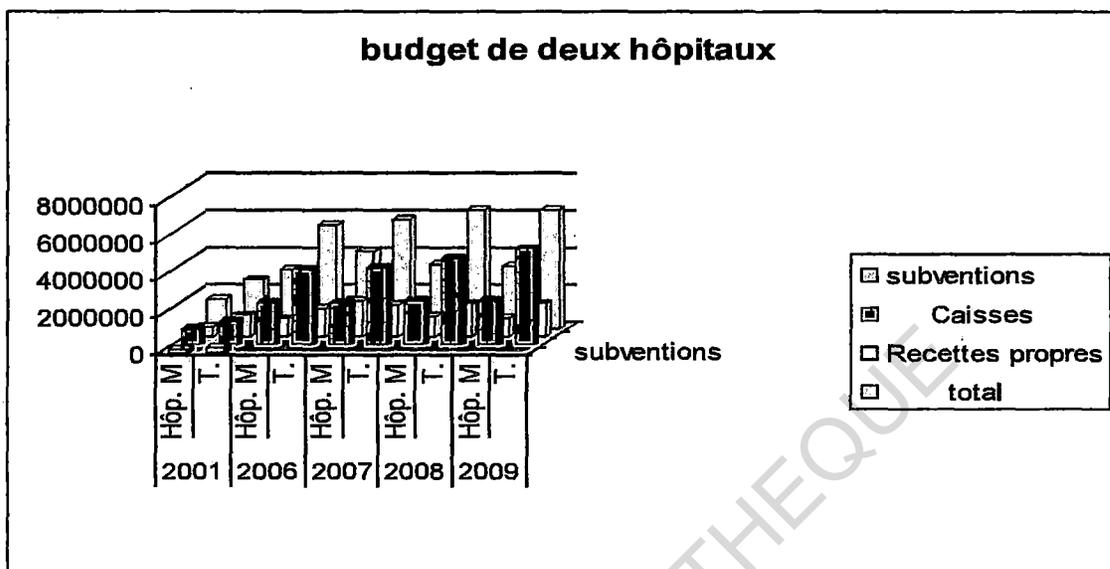
Tableau n° 7: Evolution des recettes de deux hôpitaux de 2001 à 2009 en dinars

Année	établissements	subventions	Caisses	Recettes propres	total
2001	Hôp. M Tletli	180000	850000	500000	1530000
	T. maamouri	260000	1200000	1140000	2600000
2006	Hôp. M Tletli		2200000	950000	3150000
	T. maamouri		4000000	1500000	5500000
2007	Hôp. M Tletli		2250000	1913435	4163435
	T. maamouri		4150000	1700000	5850000
2008	Hôp. M Tletli		2350000	1100000	3450000
	T. maamouri		4630000	1735000	6365000
2009	Hôp. M Tletli		2350000	1000000	3350000
	T. maamouri		5160000	1740000	6365000

Source : Base de données de la Direction Régionale de la Santé de Nabeul, 2010.

¹⁰⁶ Ibid

Représentation graphique n°2 :recettes de deux hôpitaux de 2001 à 2009 en dinars



Nous remarquons, à partir du tableau et de la représentation graphique, que les subventions de l'Etat en 2001 est de l'ordre de 180000 dinars pour l'hôpital Mohamed Tletli, soit environ le 1/8 des recettes totales de cette année. Ces subventions sont de l'ordre de 260000 dinars pour Taher Maamouri soit le 1/10 des recettes totales. Les caisses et les recettes ont évolué entre 2001 et 2009 d'une manière considérable. En fait les recettes des caisses sont passées, pour le premier hôpital de 850000 dinars en 2001 à 235000 dinars en 2009. Et pour le deuxième hôpital ces mêmes recettes sont passées de 120000 dinars à 5160000 dinars. La deuxième source de recettes des hôpitaux c'est les recettes propres. Ces recettes ont doublé pour le premier hôpital et ont ainsi passé de 500000 dinars à 1000000 dinars. Et pour le deuxième hôpital les recettes propres sont passées de 1140000 dinars à 1740000 dinars.

5-2) Les dépenses

Les dépenses des hôpitaux sont nombreuses, parmi lesquelles nous pouvons citer :

- Les salaires de base, les primes de rendement et des heures supplémentaires.
- Les allocations familiales.
- Les frais divers dont les frais de l'eau, de l'électricité, du gaz et des communications téléphoniques.
- Les équipements médicaux.
- es équipements de la cuisine et d'hygiène.
- L'acquisition des moyens de transport et leur amortissement.
- Les frais des vaccins, des analyses médicales, des radiologies.
- Les médicaments...

Ces différentes dépenses, que nous venons de citer, sont résumées dans la base de données précitée en deux grandes catégories : médicaments et accessoires et autres dépenses.

Tableau n° 8 : Evolution des dépenses de deux hôpitaux de 2001 à 2009 en dinars

Année	établissement	Médicaments & accessoires	Autres dépenses	Part médicaments en %
2001	Hôp. M Tletli	720500	809500	47,1%
	T. maamouri	1303500	1296500	50,1%
2006	Hôp. M Tletli	1031000	2119000	32,7%
	T. maamouri	1770600	3729400	32,2%
2007	Hôp. M Tletli	1227000	2936435	29,5%
	T. maamouri	2780000	3070000	47,5%
2008	Hôp. M Tletli	1172000	2278000	34,0%
	T. maamouri	3059300	3305300	48,1%
2009	Hôp. M Tletli	1190000	2160000	35,5%
	T. maamouri	3268000	3632000	47,4%

Source : Base de données de la Direction Régionale de la Santé de Nabeul, 2010.

Nous remarquons, à partir de ce tableau, que la part des médicaments dans les dépenses de deux hôpitaux est variable entre les cinq années. Ces dépenses varient entre 29,5% et 47,1% pour le premier hôpital et 32,2% et 50,1% pour le deuxième hôpital. Il faut signaler cependant qu'en 2001 les dépenses pour l'achat des médicaments dans les deux hôpitaux étaient respectivement comme suit : 47,1% et 50,1%. Ces taux baissent considérablement à partir de 2006. Ceci pourrait être expliqué par le « désengagement » de l'Etat dans le secteur

sanitaire : les subventions baissent et l'hôpital devient une entreprise qui fonctionne avec ses propres moyens¹⁰⁷.

Pour conclure, signalons que nous avons tenu dans ce chapitre de présenter un aperçu historique sur le développement de la médecine aussi bien dans le monde arabe qu'en Tunisie. Certes, dans les premiers siècles de l'hégire la médecine arabe était bien développée par rapport à d'autres nations. Aujourd'hui aussi cette médecine est relativement développée par rapport à d'autres pays en voie de développement. En ce qui concerne la Tunisie la médecine est bien développée par rapport à d'autres pays arabe ou africain. Elle souffre cependant d'une infrastructure peu développée, notamment dans les institutions régionales, et du manque des technologies développées. Quant aux cadres médicaux et paramédicaux ils sont reconnus dans certains pays arabes et africains par leurs compétences.

¹⁰⁷ Nous allons développer cette idée dans un chapitre ultérieure.

Chapitre deuxième :

L'organisation du travail dans les institutions hospitalières.

1) L'organisation comme concept fondamental de la sociologie du travail.

Depuis Max Weber jusqu'à nos jours les sociologues du travail et les sociologues des organisations ont donné nombreuses définitions de l'organisation. La plupart de ces définitions partagent l'idée que l'organisation est un construit humain qui se caractérise par la division des tâches. C'est la principale caractéristique qui fonde la différence entre un groupe structuré (une organisation) et un groupe non structuré (une foule). Cette division des tâches suppose d'une part une distribution des rôles entre les acteurs et d'autre part des relations entre eux fondées sur la communication. Ainsi Crozier et Friedberg nous donnent- ils, dans *L'acteur et le système*¹⁰⁸, une analyse stratégique sur l'organisation du travail qui est basée sur les postulats suivants :

- L'organisation est un construit, en aucun cas une réponse aux contraintes. Ce sont les acteurs qui construisent ensemble les réponses à ces contraintes. Il s'agira d'expliquer comment se fait pareille construction.

¹⁰⁸ Crozier M & Friedberg, *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Paris, Seuil 1977/ 1992.

- Les hommes n'acceptent jamais d'être traités comme des moyens au service des buts des organisateurs. Chacun a ses buts, ses objectifs propres.

- L'accent est mis sur la liberté de l'acteur et sur son autonomie. Ici, le rôle n'est pas défini selon la manière classique en sociologie comme une attente de comportements dans des positions sociales définies socialement. Le rôle est vu ici non sous son aspect contraignant, mais sous l'aspect de la liberté d'interprétation de l'acteur qui en modifie toujours profondément la définition et le contenu.

- Les stratégies des acteurs, on retient le terme d'acteur, éliminant celui d'individu sont toujours rationnelles, mais d'une rationalité limitée et contingente¹⁰⁹.

2) L'organisation du travail appliquée aux institutions hospitalières.

La sociologie des organisations et la sociologie du travail ont étudié nombreux domaines du travail. Parmi ces domaines on cite le domaine de la santé. Dans ce cadre l'hôpital est étudié comme une organisation dans laquelle la question de l'organisation du travail a attiré l'attention de nombreux sociologues notamment aux Etats-Unis d'Amérique. En fait c'est depuis l'école des relations humaines que « *l'organisation hospitalière a suscité aux Etats-Unis de nombreuses recherches (...)* La perspective consistait à *transposer à l'hôpital les problématiques et les techniques*

¹⁰⁹Bernoux P, *La Sociologie des organisations*, Paris, Le Seuil, 1994, p 342.

développées dans le monde industriel. Ont ainsi été étudiés la nature du pouvoir et de l'autorité, les prises de décision, les attitudes face au changement, la division du travail, la satisfaction au travail, l'absentéisme, etc. »¹¹⁰

C'est dans ce même cadre des idées que nous allons, dans la section suivante, étudier la question de l'organisation du travail dans les deux hôpitaux de l'échantillon. Nous allons étudier la division du travail au sein des services, les rapports hiérarchiques entre les différentes catégories socioprofessionnelles, le pouvoir des acteurs sociaux, leurs stratégies et leurs comportements organisationnels (...).

2-1) La division du travail dans les deux hôpitaux

D'une manière générale, la division du travail dans les hôpitaux ressemble, dans une large mesure, à la division du travail dans les entreprises. En fait si les entreprises tayloriennes divisent le travail entre des directions, des ateliers ou des services, le travail dans les hôpitaux est réparti entre différents services. Autrement dit le travail dans l'entreprise taylorienne est divisé suivant une méthode pyramidale. Au sommet de la hiérarchie on trouve le directeur général qui détient entre ses mains tous les pouvoirs. Ensuite on trouve au sommet de chaque direction un directeur qui a un pouvoir sur le personnel qui travaille sous sa direction et qui, lui-même, se trouve d'autre part sous le commandement du directeur général.

¹¹⁰Carricaburu, *ibid*, p 27.

Dans l'hôpital chaque service a sa propre spécialité et il est indépendant des autres services. Par conséquent il est organisé d'une manière qui diffère parfois de l'organisation d'autres services du même hôpital. Il faut signaler cependant que le savoir-faire, la compétence et le sens d'organisation du médecin en chef (le chef de service) intervient fortement dans l'organisation du travail dans le service. C'est ce que nous avons pu observer dans les deux hôpitaux. En fait l'enquête que nous avons fait, par entretien semi-directif, dans les services suivants : l'orthopédie, la chirurgie générale, la cardiologie, la médecine interne, la réanimation et l'urgence¹¹¹ pour le premier hôpital, qu'on va nommer l'hôpital A et l'ophtalmologie¹¹², la pédiatrie et la maternité pour le deuxième hôpital, qu'on va nommer l'hôpital B.

Remarquons, toutefois, que les deux hôpitaux sont bâtis, nous semble-t-il, d'une manière qui donne une certaine indépendance à chacun des services. En fait la division spatiale, notamment du premier hôpital (A), ne favorise pas le contact ou la communication entre les acteurs travaillant dans différents services. Nous avons senti d'ailleurs lors de l'enquête que chacun des services est un « monde fermé sur soi ». En ce qui suit nous allons simplifier l'organigramme de deux hôpitaux en insistant sur les services dans lesquels nous avons fait l'enquête.

¹¹¹ En ce qui concerne ce service nous avons constaté que les médecins qui y travaillent viennent de différents services et, donc, ce service n'a pas ses « propres » médecins.

¹¹² Avant d'achever notre enquête, soit en 2008, ce service a été muté vers le deuxième hôpital.

Schéma n° 1 : L'organigramme de l'hôpital A

3 ^e étage	Gastrologie
	Pneumologie
2 ^e étage	Cardiologie
	Médecine interne
1 ^e étage	Chirurgie générale
	Chirurgie Orthopédie
Rez- de chaussée	Service d'urgence
	Pharmacie externe
	Radiologie
	Laboratoire d'analyse
	Consultation externe

Schéma n°2 :L'organigramme de l'hôpital B

3 ^e étage	Bloc opératoire
	Salle d'accouchement
2 ^e étage	service d'ophtalmologie
	Service O R L
1 ^e étage	service de maternité
Rez- de chaussée	service de pédiatrie
	Pharmacie externe
	Radiologie
	Laboratoire d'analyse
	Consultation externe

Il est à signaler que l'architecture de l'hôpital B pose beaucoup de problèmes aussi bien pour les médecins que pour les cadres paramédicaux et les patients. En fait, le problème se pose dans le troisième étage puisque le bloc opératoire et la salle d'accouchement s'y trouvent alors que l'ascenseur est assez souvent en panne. Les femmes enceintes qui viennent à l'hôpital pour accoucher et les malades qui viennent pour faire une opération chirurgicale trouvent beaucoup de difficultés pour arriver au troisième étage. Il est nécessaire donc, selon tous les enquêtés, de déménager le bloc opératoire et la salle d'accouchement au rez- de chaussée.

2-2) L'organigramme des services dans les deux hôpitaux.

Il se dégage de cette enquête, en outre, que l'organigramme du service est comme suit : Au sommet de la hiérarchie on trouve le médecin chef du service. Il a, dans les différents services, le grade du professeur agrégé. Au-dessous du chef de service on trouve les assistants ou les médecins spécialistes. En troisième lieu, par ordre décroissant, on trouve les médecins résidents qui préparent une thèse de doctorat. Vient après eux sur l'échelle hiérarchique les médecins internes qui sont en train de préparer une thèse de doctorat de médecine générale (troisième cycle). A la fin de l'organigramme des cadres médicaux on trouve la catégorie des externes : ce sont des étudiants en médecine (de la première année à la quatrième année) qui sont en stage.

Dans les deux schémas suivants nous traçons l'organigramme des médecins et des infirmiers :

Schéma n° 3 :L'organigramme des médecins

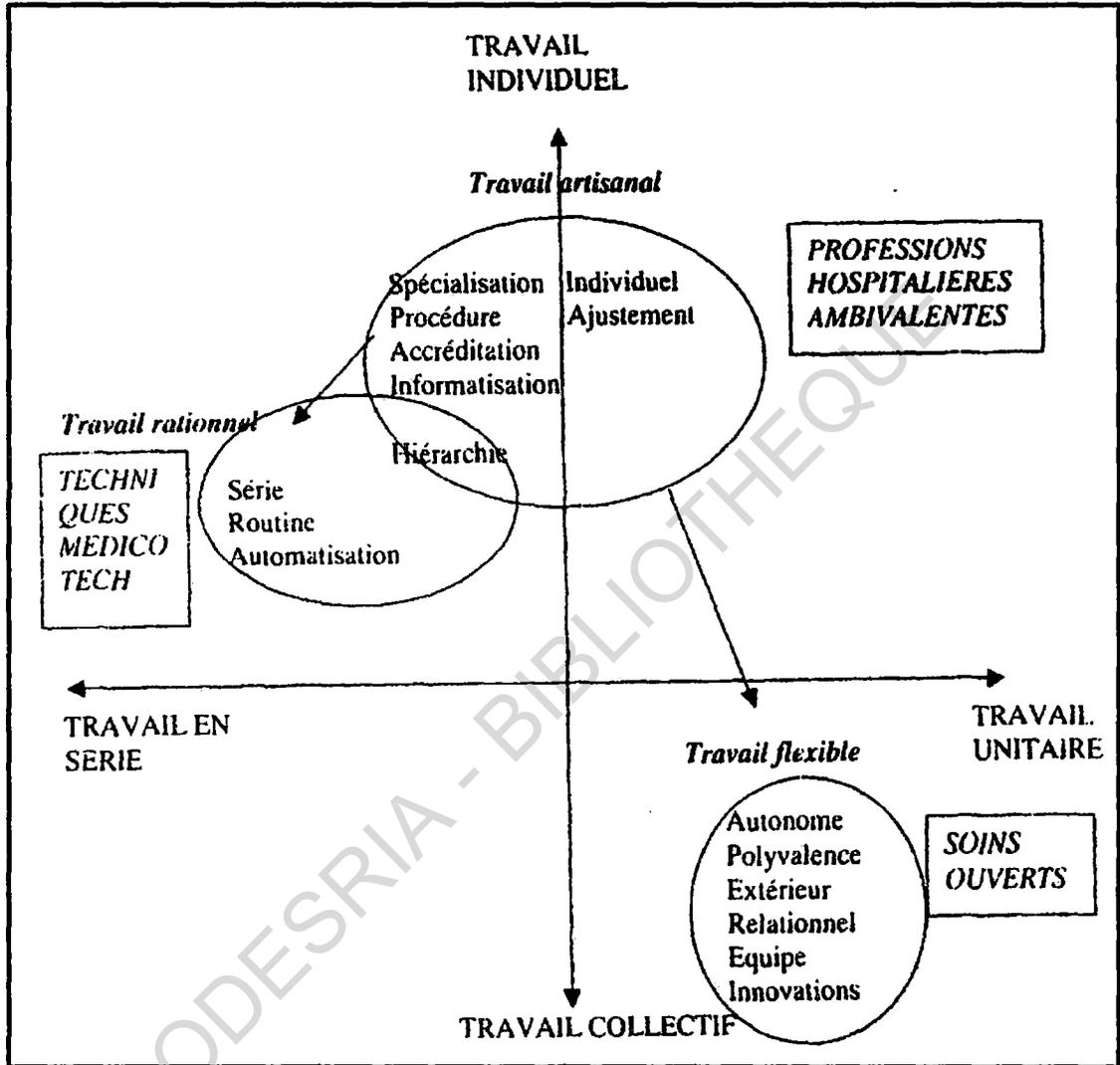
Chef du service (professeur agrégé)
Assistant universitaire ou spécialiste
Résidents
Internes
Externes (Etudiants)

Schéma n°4 :L'organigramme des infirmiers

Surveillant (infirmier principal ou majeure)	
Chef d'équipe pour les patients hommes	Chef d'équipe pour les patients femmes
Infirmiers	Infirmiers

Dans une enquête qu'il a faite dans des hôpitaux à Paris, Ivan Sainsaulieu a constaté qu'il existe trois types d'organisation du travail dans les hôpitaux : rationnel, artisanal et flexible, (voir schéma ci-joint).

Schéma n°5 : Trois types d'organisation du travail : rationnel, artisanal et flexible



La répartition du travail, selon les services et selon ces types d'organisation, « fait apparaître, partout, un travail spécialisé, procédurier, individuel, informatisé, accrédité, avec des ajustements mutuels. A côté d'un ensemble composite, donc, à la fois procédurier et individualisé que l'on nomme « artisanal », on a une polarisation, avec d'un côté un pôle « flexible » et de l'autre un pôle « rationnel » : d'un côté un pôle regroupant les soins et le

social marqués par le travail unitaire, d'équipe, relationnel, polyvalent, autonome, porteur d'innovation et d'ouverture sur ; de l'autre un pôle marqué par de la série, de la routine et de la hiérarchie, en gros les services techniques et médico- techniques (radio, labo, cuisine et service technique)¹¹³.

Nous pouvons constater que l'organisation du travail dans les deux hôpitaux de notre échantillon ressemble légèrement au modèle de l'organisation du travail des hôpitaux de Paris tel qu'Ivan Sainsaulieu l'a présenté dans le paragraphe précédent. Cette légère ressemblance se manifeste dans un « mélange » entre le rationnel, l'artisanal et le flexible. Ce mélange est observable parfois dans le même service.

3) Répartition des tâches et pouvoir des médecins

Il faudrait signaler que la division du travail dans les différents services de deux hôpitaux n'est pas très compliquée et ce contrairement aux entreprises industrielles. C'est par ce que « l'hôpital n'est pas l'industrie automobile, écrit Ivan Sainsaulieu, où l'intensification du travail compromet la santé des salariés, ni un atelier de conditionnement, où elle déstabilise l'implication du personnel du fait de l'hétérogénéité des temps, à la fois imposés et maîtrisés, autour de la qualité ». Et il ajoute pour développer la comparaison que « la logique du taylorisme revient en force dans l'industrie, avec « *une démarche de management centré sur le progrès continu au poste du travail* » et une recherche

¹¹³ Sainsaulieu I, *Le malaise des soignants : le travail sous pression à l'hôpital*, Paris, L'Harmattan, collection Logiques sociales, 2003, p 74

d'homogénéisation et de standardisation au travers de « *la mise en œuvre d'un système de production commun à l'ensemble des usines dans le monde* »¹¹⁴.

Donc contrairement aux entreprises industrielles qui sont organisées d'une manière compliquée, les deux hôpitaux de notre échantillon sont organisés d'une manière simple. C'est pourquoi les tâches et les fonctions sont bien réparties entre les différents acteurs sociaux dans le service. En outre en plus de sa responsabilité de gestion du service, le chef du service prend les grandes décisions qui concernent le déroulement du travail dans son service. Il intervient par exemple dans les cas délicats des patients ; dans ce cas il réunit le staff des médecins pour discuter l'état du patient. Dans ces réunions de staff le médecin chef du service annonce les séminaires de formation et inscrit le ou les médecins qui y participeront¹¹⁵.

Dans d'autres cas difficiles, le chef du service fait lui-même l'opération chirurgicale. En outre il a droit, un ou deux après-midi par semaine, de faire dans son service des consultations payées pour son propre compte. Le tarif d'une consultation est 35 dinars, soit le même prix que chez un médecin spécialiste dans le

¹¹⁴ Sainsaulieu I, *Le malaise des soignants*, *ibid* pp 32-33.

¹¹⁵ Il faut remarquer dans ce cadre qu'il se dégage de l'enquête par entretien que la participation aux séminaires de formation ou aux colloques est très sélective. Seuls les médecins spécialistes hautement qualifiés pourront participer, à l'ordre de deux à trois fois par an, aux séminaires. Les médecins internes ne peuvent pas assister à ces séminaires. Les infirmiers que nous avons interviewés se lamentent du manque de possibilités de participation aux séminaires de formation. En fait seul l'infirmier le plus ancien participe assez souvent à des séminaires de formation.

secteur privé. L'un des médecins nous a expliqué que « le ministère de la santé a pris cette décision pour arrêter le flux de démission des grands médecins qui vont ouvrir des cabinets. Ils gagneront ainsi quatre ou cinq fois plus que leurs salaires dans les hôpitaux. D'autant plus on donne l'occasion à certains patients aisés qui ont confiance dans la compétence des médecins du secteur public et qui n'aiment pas attendre longtemps un rendez-vous de se soigner dans les hôpitaux. »¹¹⁶

Quant aux autres catégories de médecin, chacun d'eux a une fonction bien définie, une responsabilité bien limitée et un pouvoir relatif par rapport à celui du chef du service. L'assistant ou le médecin spécialiste par exemple partagent les journées de consultation externe (généralement deux jours par semaine pour chacun d'eux). Une journée par semaine, voire plus, est consacrée par ces deux catégories de médecins, aux consultations dans le bloc pour les malades hospitalisés. Une nuit par semaine aussi ces médecins travaillent comme « garde », soit dans le service d'urgence soit dans le bloc auprès des malades hospitalisés.

En ce qui concerne les médecins résidents, nous avons pu observer qu'ils assistent ou remplacent les assistants et les médecins spécialistes dans les consultations externes ou dans le suivi des patients dans les blocs pour ceux qui sont hospitalisés. Pour le service opératoire (de chirurgie générale) les résidents ont l'occasion de faire des opérations chirurgicales « faciles » et qui

¹¹⁶ Entretien avec un médecin effectué à Nabeul, le 20 juin 2010.

durent moins de quatre heures : l'appendicite, la fracture ouverte ou la hernie...

Les médecins internes sont des médecins stagiaires qui doivent passer deux ans de stage dans différents services d'un hôpital universitaire. Ils doivent à la fin du stage soutenir une thèse pour avoir le grade de docteur en médecine. Le stage qu'il effectue au service est en quelque sorte un stage d'observation et d'assistance aux médecins qui ont des grades supérieurs à lui. Par exemple dans le service d'urgence le médecin interne prépare le dossier du patient, inscrit ces données sur une pancarte qu'on attache au lit du patient hospitalisé et fait le diagnostic de son état sans avoir le droit de lui prescrire des médicaments. Il joue en outre le rôle de secrétaire médical qui remplit une ordonnance lors de la consultation faite par le médecin spécialiste. Ceci est considéré comme un exercice de consultation.

4) Division des tâches et pouvoir des cadres paramédicaux

Il s'agit ici particulièrement des techniciens supérieurs (radiologues, anesthésistes...), des infirmiers et des secrétaires médicaux.

En ce qui concerne les techniciens supérieurs ils sont indépendants des différents services. En fait le service de radiologie par exemple est un service qui travaille pour les différents services de l'hôpital. Dans l'hôpital il y a en effet un seul service de radiologie qui fait des radiographies des patients, demandées par les médecins, dans les différents services. Les

anesthésistes interviennent notamment dans les opérations chirurgicales.

Il s'avère, en outre, de l'enquête que les techniciens supérieurs n'ont pas de pouvoir sur les patients. Ils exécutent, d'ailleurs, les ordres des médecins demandeurs de radiographies, des analyses ou autres. Ils sont toutefois responsables de leurs services et laboratoires.

Pour les infirmiers la situation est différente de celle des techniciens supérieurs. Dans chaque service il y a généralement entre quatre et sept infirmiers qui travaillent par postes. C'est-à-dire qu'ils se divisent quotidiennement sur trois postes de six heures chacune. La rotation d'un poste à l'autre se fait une fois par semaine. Autrement dit, chacun d'eux travaille dans chaque poste une semaine puis il change à un autre poste. D'autre part les infirmiers se divisent en deux équipes avec un chef d'équipe pour chaque groupe. Dans chaque service les infirmiers sont supervisés par un surveillant. Il a le grade d'infirmier principal et il est, assez souvent, le plus ancien de son équipe dans le poste.

Par ailleurs, la répartition des tâches entre les infirmiers est la mission du chef d'équipe. Nous avons pu observer par exemple dans le service d'orthopédie lors d'une séance matinale (de 7 heures du matin jusqu'à 15 heures de l'après-midi) que le chef d'équipe commence par vérifier les dossiers des patients hospitalisés dans le service avant de les présenter au médecin lors de la consultation. Il répartit ensuite les tâches entre les infirmiers de son équipe. Il essaye de répartir ces tâches d'une

façon égalitaire : il demande à l'un des infirmiers de changer les pansements des trente patients qui sont hospitalisés dans le service. Il demande à un deuxième infirmier de donner aux malades leurs médicaments, et à un troisième de mesurer la température et la tension des patients, ou de faire les seringues, etc.

Par ailleurs, les infirmiers jouissent d'une sorte de pouvoir fort sur les patients. Ce pouvoir est remarquable lors des contacts quotidiens et directs avec eux : dans le bloc, par exemple, c'est à l'infirmier en service de choisir la chambre dans laquelle le patient sera hospitalisé.

Il faut remarquer cependant que la catégorie des aides-soignants n'existe pas dans les deux hôpitaux. Ils sont remplacés par des ouvriers. Ces ouvriers sont supervisés par l'infirmier chef d'équipe. Généralement l'ouvrier change les draps des lits des patients ou emmène un patient pour faire une radiographie, etc. D'autre part certaines tâches d'ouvriers sont sous-traités par des sociétés de service : les femmes de ménages ou celles qui distribuent les repas aux patients hospitalisés sont employées par des sociétés de service et ne font donc pas partis du personnel de l'hôpital.

Il serait utile de signaler, cependant, que la méthode d'organisation du travail dans les deux hôpitaux de notre échantillon n'est pas spécifique aux hôpitaux tunisiens. En fait nombreux sociologues, qui ont étudié la division du travail dans les hôpitaux, s'accordent sur le fait que la hiérarchisation des

tâches dans les hôpitaux émane dans une large mesure du même esprit d'organisation du travail. Freidson, à titre d'exemple, discute le caractère hiérarchique de la division médicale du travail et en particulier le statut réservé aux métiers paramédicaux. Il analyse essentiellement la différence entre la médecine comme profession et les métiers qui coopèrent avec elle dans cette division médicale du travail. Il ajoute, dans ce cadre, que « *parmi les variables qui médiatisent les relations entre ces divers métiers (les métiers de la santé), l'autonomie fonctionnelle paraît l'une des plus importantes. Elle se mesure à ce que le travail peut s'accomplir indépendamment du contrôle du médecin ou de l'organisme* »¹¹⁷

Par ailleurs, Freidson cherche à étudier le développement de l'organisation du travail dans les hôpitaux. Selon lui l'apparition des métiers paramédicaux en Europe remonte au moyen âge. Il pense que l'apparition de ces métiers est étroitement liée aux guildes corporatives.

Néanmoins, l'organisation de ces métiers est restée instable, rudimentaire et mise sous contrôle des médecins et des chirurgiens pendant des siècles. Quant à la division du travail médical dans le secteur paramédical, elle est, selon lui, relativement récente. Cette division est particulièrement observable dans les zones urbaines, là où une classe riche donne à ce secteur sa légitimité en lui assurant une clientèle capable d'assumer les charges financières des soins.

¹¹⁷ Freidson, 1984 *ibid*, p 63.

Faudrait-il signaler, toutefois, que si les institutions hospitalières américaines et européennes ont connu, depuis le début du XX^e siècle, une organisation scientifique du travail, certains pays non industrialisés souffrent jusqu'à aujourd'hui d'une mauvaise organisation des institutions hospitalières.

En outre, Freidson stratifie la division hiérarchique des tâches paramédicales comme suit :

- La division des tâches paramédicales représente un système stratifié qui se centre autour du médecin.
- La hiérarchie du prestige et du pouvoir que certains cadres paramédicaux possèdent. Les infirmiers par exemple ont un certain pouvoir sur les techniciens et les agents administratifs.
- Parmi les variables qui déterminent les rapports entre les métiers médicaux et paramédicaux c'est l'indépendance fonctionnelle. Cette indépendance est observable quand les cadres paramédicaux exécutent leur travail indépendamment du contrôle du médecin ou de l'organisation.

Dans le cadre des recherches effectuées par des chercheurs appartenant à l'école de l'analyse stratégique on cite l'étude de Kutty sur des unités de dialyse rénale dans des services des hôpitaux français et belges. Il compare ces services qui utilisent des techniques similaires dans les deux pays et dans lesquels les malades sont confrontés à une égale souffrance. Le but du chercheur est « d'analyser « la relation thérapeutique », telle

qu'elle existe entre médecins et malades, mais aussi entre les professionnels eux-mêmes »¹¹⁸.

Il se dégage de cette recherche que « *les différences structurelles entre les pays ne sont pas déterminantes dans la mesure où les médecins arrivent à modifier les limites des « systèmes concrets »¹¹⁹ en fonction de leur stratégies professionnelles »¹²⁰*

Deux formes de gouvernement des services se dégagent, par ailleurs, de cette étude :

- *La forme égalitaire* : elle se caractérise par des relations directes avec les patients, une faible hiérarchisation, la recherche de l'autonomie des patients et l'attente de la greffe. Dans ce contexte la relation médecin- patients se construit sur l'affectivité. Les différentes stratégies des acteurs reposent ici sur la sélection des malades, l'information des malades et l'ouverture vers les familles.
- *La forme hiérarchique* : elle se base sur une valorisation de la technique, sur la multiplication des médiations entre médecins et malades et sur une conception de la dialyse comme technique de survie. Dans cette forme de gouvernance des

¹¹⁸ Carricabiru, *ibid* p 33

¹¹⁹ La notion du système d'action concret (SAC) est l'une des notions de base de l'analyse stratégique. Elle signifie un ensemble de jeux structurés entre des acteurs interdépendants, dont les intérêts peuvent être divergents voire contradictoires. Toute action collective peut alors être interprétée comme un système d'action dès lors que les participants sont dépendants les uns des autres (Crozier et Friedberg, *L'acteur et le système* 1992).

¹²⁰ *ibid*

services hospitaliers « la règle de jeu est fondée sur le primat de la technique. Les relations entre les professionnels eux-même et avec les malades sont de type autoritaire et réduites au strict minimum. Les différences trouvées entre les services sont expliquées par le rôle central des capacités culturelles différentes. »¹²¹O.Kuty explique ceci par l'orientation culturelle, voire idéologique, du chef du service qui influence le type de relations entre le personnel et les patients ainsi que par les relations tissées entre les différentes catégories du personnel¹²².

5) L'organisation du travail dans les deux cliniques.

5- 1) une organisation différente de celles des hôpitaux.

Nous signalons d'emblée que l'organisation du travail dans les deux cliniques diffère de celle que nous avons observée dans les deux hôpitaux. En fait, l'organisation administrative de la clinique est différente de celle de l'hôpital : au sommet de la hiérarchie on trouve le président directeur général. Les principaux services administratifs dans la clinique sont le service financier et le service du personnel. D'autre part, contrairement à l'hôpital, la division spatiale de deux cliniques est radicalement différente de la division de deux hôpitaux. En fait, la division de l'espace dans la clinique Les Violettes est assez simple. : Elle est divisée verticalement en 3 niveaux. Dans le premier niveau on trouve la réception, la direction, le bureau du médecin de garde, le service

¹²¹ *Ibid* p 34.

¹²² Kuty O, *L'innovation à l'hôpital*, Paris, L'Harmattan, 1994.

d'urgence et deux salles d'accouchement. Dans le deuxième niveau on trouve les salles d'hospitalisation. Quant au troisième niveau, il est réservé à une salle d'opération et une unité d'analyse. Assez spacieuse, cette clinique est dotée d'un jardin. Pour mieux clarifier cette division spatiale de la clinique nous brossons le schéma suivant.

Schéma n°6 :La répartition spatiale de la clinique C

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
<ul style="list-style-type: none"> - La réception. - La direction. - Le bureau du médecin de garde. - Le service d'urgence. - Les deux salles d'accouchement 	Les salles d'hospitalisation.	<ul style="list-style-type: none"> - Une salle d'opération -Une unité d'analyse

Quant à la clinique Ibn Rochd, elle est divisée spatialement d'une manière verticale. Située au centre-ville de Nabeul, elle est constituée d'un rez- de- chaussée et de deux étages. Au rez- de- chaussée on trouve la réception, l'administration, le service d'urgence, le bureau du médecin en garde, le service d'imagerie et le laboratoire des analyses. Au premier étage on trouve les chambres d'hospitalisation et la salle d'opération. C'est une salle polyvalente dans laquelle on fait les différentes opérations, dont les opérations césariennes d'accouchement. Le deuxième étage, quant à lui, est constitué des chambres d'hospitalisation et d'une salle d'accouchement.

Schéma n°7 : Répartition spatiale de la clinique D

Deuxième étage	<ul style="list-style-type: none">- Les chambres d'hospitalisation.- Une salle d'accouchement.
Premier étage	<ul style="list-style-type: none">- Les chambres d'hospitalisation.- La salle d'opération.
Rez- de- chaussée	<ul style="list-style-type: none">- La réception.- L'administration.- Le service d'urgence.- Le bureau du médecin en garde.- Le service d'imagerie.- Le laboratoire des analyses

Ajoutons que les deux cliniques ne sont pas divisées en services spécialisés. C'est pourquoi il est possible de trouver deux patients, qui souffrent de maladies différentes, hospitalisés dans la même chambre. En effet, nous avons observé, lors de l'enquête, qu'un patient atteint par une maladie cardiologique se trouve dans la même chambre avec un autre malade qui souffre d'une maladie gastrique.

Il faut ajouter, cependant, que les patients sont hospitalisés soit dans des chambres individuelles soit dans des chambres à double lits. Ces chambres, assez spacieuses sont, par rapport à l'hôpital, très propres, bien aérées, équipées d'un mini réfrigérateur et d'un poste de télévision.

Pour résumer, signalons que l'organisation du travail dans les deux cliniques n'est pas compliquée. En ce qui concerne les médecins, il s'avère de notre enquête que dans chacune de deux cliniques il y a un seul médecin permanent qui travaille dans le service d'urgence. Les autres médecins sont des médecins qui ont leurs cabinets privés et qui emmènent leurs patients pour accouchement, pour hospitalisation ou pour faire une opération chirurgicale. Ceci pourrait expliquer l'absence d'un médecin chef de service dans les cliniques, d'une part, et la faible coopération entre les médecins d'autre part. En fait, contrairement aux hôpitaux, les médecins ne travaillent pas en staff dans les cliniques.

Le nombre d'infirmiers dans la clinique est, par rapport à l'hôpital, relativement restreint. Généralement, il y a un seul infirmier par service et qui partage les tâches avec un aide-soignant. Ce dernier joue le rôle de l'ouvrier à l'hôpital : il change les pansements des patients hospitalisés, relève leur température, emmène d'autres patients au médecin, etc.....

Les ouvriers qui travaillent dans les deux cliniques, eux aussi ne sont pas nombreux puisque la plupart des travaux (l'hygiène, la préparation et la distribution des repas...) sont sous-traités par des sociétés de service. Pour les différents services paramédicaux il y a un seul surveillant responsable de la gestion de ses services.

5-2) Division des tâches et pouvoir des cadres dans les deux cliniques.

Nous avons constaté à travers l'enquête que l'acteur social le plus important dans la clinique c'est le patient : il est considéré par tout le monde comme un client, voire comme un roi, et par conséquent toutes ses demandes sont des ordres. Pour les agents des services paramédicaux ils reçoivent des ordres fermes du surveillant. En fait contrairement aux surveillants dans les hôpitaux qui gèrent leurs services en demandant avec politesse à leurs subordonnés de faire ceci ou cela, le surveillant dans la clinique répartit les tâches entre ses subordonnés d'une manière qui ne leur laisse pas de choix. Nous pouvons déduire à partir de cela que le pouvoir du surveillant en tant que cadre paramédical ressemble au pouvoir des cadres dans les entreprises tayloriennes.

Par ailleurs, il nous semble que le statut du médecin dans la clinique diffère de celui de son confrère dans l'hôpital. En effet, le médecin lorsqu'il exerce dans la clinique essaye d'éviter d'assumer les responsabilités envers le client (le patient). Par exemple dans le service de maternité le gynécologue cherche toujours à éviter les complications de l'accouchement. Et c'est pourquoi il n'hésite pas à recourir à l'opération césarienne pour éviter le risque du décès de la femme ou de son bébé. Il faut signaler là que nos enquêtés expliquent le recours fréquent des gynécologues dans les cliniques aux opérations chirurgicales en disant « *parce qu'ainsi il gagnerait deux ou trois fois plus que*

lorsqu'il fait accoucher sa cliente d'une manière naturelle »¹²³ selon une enquêtée. D'autant plus dans la clinique le médecin n'a pas de chef hiérarchique (un médecin plus gradé que lui ou un chef de service) sur qui il pourrait jeter la responsabilité. C'est pourquoi il devrait toujours décider lui seul puisque les médecins dans la clinique ne travaillent pas en staff.

En peu de mots, une comparaison entre les méthodes d'organisation du travail dans les hôpitaux et les cliniques s'avère nécessaire pour comprendre aussi bien le comportement des acteurs sociaux que la nature de la communication entre eux. Étant donné que la culture d'entreprise se construit autour des liens sociaux, de la communication et du comportement des acteurs. Cette comparaison nous serait utile pour comprendre les différences entre les cultures d'entreprise dans les hôpitaux et dans les cliniques. Dans les hôpitaux, l'organisation du travail est un peu compliquée puisque le nombre des acteurs est relativement important. La répartition de l'hôpital en divers services nécessite la division des tâches d'une manière spécifique à chacun des services. Et faudrait-il ajouter que le sens d'organisation du chef du service intervient là. En ce qui concerne la division du travail dans les deux cliniques elle se caractérise par l'absence des chefs hiérarchiques et donc l'absence du pouvoir des cadres. Chacun des médecins est le chef de lui-même. La répartition spatiale de la clinique est assez simple, par rapport à l'hôpital, et par conséquent l'organisation de l'espace du travail ne pose aucun problème.

¹²³ Entretien avec une patiente effectué à Nabeul, en 2010.

Chapitre troisième :

La communication dans l'institution hospitalière : un processus social.

Emprunté au latin, le mot « communication » est introduit en français à la fin du XIII^e ou au début des XIV^e siècles où « *il a d'abord le sens général de « manière d'être ensemble » parce qu'il « est envisagé dès l'ancien français comme un mode privilégié de relations sociales »*¹²⁴ .

Le verbe communiquer, quant à lui, a, en langue française, plusieurs sens. Dans son premier sens qui date du 16^e siècle communiquer signifie faire connaître quelque chose à quelqu'un. La communication, quant à elle, est aujourd'hui un terme polysémique. Etymologiquement, la communication désigne la possibilité de passage ou de transport entre deux points dans l'espace.

Dans un sens sociologique, communiquer signifie établir une relation avec quelqu'un. Par conséquent la communication est un processus interactif de construction du sens. Elle est aussi un acte d'information : dans toute communication, il y a nécessairement transmission d'information. Mais elle est plus qu'un simple échange d'informations entre un émetteur et un récepteur. C'est un processus de partage de sens par l'interprétation réciproque de signes.

¹²⁴ Rey A et al. *Dictionnaire historique de la langue française*, Paris, 1998, cité par Guy Jucquois, « Communiquer : exclure ou partager ? », pp 67- 85, Diogenes n° 211, juillet- septembre 2005

Par ailleurs, parmi les définitions les plus connues de la communication, nous citons celle de Shannon qui date de 1948. Pour lui, la communication est la transmission d'un message d'un endroit à un autre. Il arriva à cette définition en termes de recherches qu'il a effectuées dans les laboratoires Bell System, filiale de l'entreprise de télécommunications *American telegraph & téléphone (ATT.)* Dans ses recherches il propose un schéma du « système général de communication ». Le problème de communication est, selon lui, « de reproduire à un point donné, de manière exacte ou approximative, un message sélectionné à un autre point »¹²⁵

1) La communication dans les organisations

Nous allons tenter, dans les pages qui suivent, de résumer les principales théories de la communication dans l'entreprise. Ensuite nous présenterons les résultats de notre enquête concernant l'aspect de la communication dans les deux hôpitaux et les deux cliniques.

L'émergence des premières études sur la communication dans les organisations remonte jusqu'à la Seconde Guerre mondiale. En 1947 Herbert A. Simon¹²⁶ réserve une place importante, dans sa théorie sur le comportement organisationnel, à la communication. Il définit la communication comme tout processus par lequel une décision est transmise d'un membre de l'organisation à un autre. Puis à partir des années 1950, beaucoup

¹²⁵ Mattelard A & M, *Histoire des théories de la communication*, Paris, La Découverte, 1995, p 32.

¹²⁶ Herbert A Simon, *Administrative Behavior*, New York, NY. Macmillan, 1947.

d'études consacrées à la communication organisationnelle ont focalisé principalement sur 3 dimensions : le contenu du message, les techniques et les canaux ou réseaux de communication¹²⁷.

Par ailleurs, prolongeant les études de l'école des relations humaines, Roethlisberger (1945) considère que dans toute organisation existe deux processus sociaux de base de la communication. Le premier porte sur l'accomplissement des objectifs fondamentaux de l'organisation, qui correspond à « l'organisation formelle » qui implique des comportements logiques. Le deuxième porte sur les processus sociaux « spontanés » qui correspond à « l'organisation informelle » qui implique des normes sociales des idéaux et des réseaux parallèles. Cet auteur considère, en outre, que l'organisation informelle est importante dans la mesure où elle consolide les liens entre les individus et renforce leurs sentiments d'appartenance au groupe ou à l'organisation.

Toutefois, contrairement à l'école fonctionnaliste, cette école ne perçoit pas la communication comme une relation de cause à effet, mais plutôt elle la perçoit comme un acte, puisque les membres de l'organisation créent leurs propres environnements¹²⁸.

Par ailleurs, de nos jours, « *la communication en organisation constitue un champ de recherche peu structuré et éclaté en approche très diverses : communication interpersonnelle, dynamiques de groupes, sociologie des organisations,*

¹²⁷ Bouzon A et alii, *La communication organisationnelle en débat : champs, concepts, perspectives*, Paris, L'Harmattan, 2006.

¹²⁸ *Ibid*

management, sémiologie, sociolinguistique... Les travaux les plus récents tentent de fournir une analyse pluraliste et systémique des phénomènes de communication en organisation »¹²⁹.

2) Le rôle de la communication organisationnelle

Philippe Boistel écrit, en se basant sur les études de Walter, que « *la communication organisationnelle a deux objectifs fondamentaux : Véhiculer des messages nécessaires au fonctionnement de l'entreprise et permettre aux participants de gérer les identités interpersonnelles, les rôles, les relations aux autres dans l'organisation. Il semble qu'il faille ajouter un troisième but : faire partager des représentations, c'est-à-dire élaborer du sens en commun »¹³⁰.*

Pour sa part, Alex Mucchielli rappelle que « *la communication ce n'est pas seulement l'art de faire passer et comprendre des informations. C'est aussi l'art de piloter des échanges pour amener les acteurs à rapprocher leurs points de vue et ainsi à mieux comprendre les décisions managériales »¹³¹.*

¹²⁹ Cabin P & Dortier J.F, (coordinateurs), *La communication. Etat des savoirs*, Sciences Humaines Editions, 2008, p 161.

¹³⁰Boistel P, « *La communication d'entreprise : un élément majeur de la politique générale des entreprises ?*», in Colloque Pour une refondation des enseignements de communication des organisations, Paris du 23 au 28 aout 2003.

¹³¹ Mucchielli A, *La communication interne. Les clés d'un renouvellement*, Paris, Armand Colin, 2001.

3) Les composantes du système de communication dans l'organisation.

Selon les auteurs d'un ouvrage collectif intitulé *La culture d'entreprise et l'implication du personnel*¹³², la culture d'entreprise se compose de 5 variables, à savoir : les valeurs, les symboles, les mythes, les rites et les tabous. Dans le tableau suivant les auteurs expliquent ces quatre variables.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

¹³²www.images.hachette-livres.fr consulté le 24 mai 2012

Tableau n° 9 : sur les définitions et les exemples des variables de la culture d'entreprise.

Les valeurs	Il s'agit des préférences collectives qui s'imposent au groupe, aux croyances essentielles, aux normes qui définissent les façons d'agir et de penser. Ces valeurs forment la philosophie de l'entreprise.	Les valeurs déclarées de Mac Donald's: – être irréprochable sur la qualité, – faire progresser l'alimentation des enfants, – se comporter avec éthique, – préserver leur environnement.
Les symboles	Ce sont des mots, des objets, des gestes, des tenues vestimentaires, des styles architecturaux... qui ont une signification liées aux valeurs essentielles.	La tenue vestimentaire des salariés d'Auchan, dont les couleurs correspondent à celle du logo
Les mythes	Ils correspondent aux légendes, aux histoires associées au passé de l'entreprise. Le mythe peut être associé à la personne du fondateur ou de dirigeants qui ont marqué l'histoire de l'entreprise (le héros).	Ingvar Kamprad a fait fortune en créant la chaîne de magasins Ikea. Avant cette réussite, il a, dans sa jeunesse, vendu des allumettes, puis des décorations de Noël, et par la suite des semences... Cet homme a une réputation d'« Onde Picsou », roulant avec une vieille voiture, faisant ses courses lors des soldes et des baisses de prix de la fin de semaine.
Les rites	Ce sont des pratiques qui découlent des valeurs partagées au niveau du recrutement, des réunions de travail, des réceptions...	– le tutoiement ou le vouvoiement. – l'Ordre des Compagnons du Minorange chez Bouygues qui a pour but et missions de fidéliser et récompenser les meilleurs ouvriers.
Les tabous	Ils correspondent aux interdits dans une organisation, comme les sujets dont on ne doit pas parler, les actes que l'on ne doit pas faire.	Ce qui relève des échecs, des erreurs de stratégie.

Par ailleurs, Edgar Morin dans son ouvrage intitulé *La méthode, la nature de la nature*¹³³, considère que la communication constitue une liaison. D'une manière générale dans toute acte de communication, que ce soit organisationnelle ou autre, on trouve les composantes suivantes :

- **Les acteurs** :à l'origine de toute communication, il y a l'émetteur qui produit un certain nombre de mots ou de signes constituant le message à transmettre. En contrepartie de l'émetteur se trouve le destinataire qui reçoit le message, même de façon inconsciente.
- **Le message** : C'est le contenu des informations transmises, l'élément du processus de communication, il exprime l'attitude du locuteur à l'égard du contenu émis.
- **Le canal** :C'est la voie de transmission du message (pour un écrit : la poste, pour un message verbal : le téléphone par exemple). Il faut signaler, en outre, que :
 - Toute communication se fait dans une situation de communication sociale.
 - Le contexte donne le sens des échanges.
 - La situation contient un ensemble de problématiques plus ou moins partagées.
 - Les acteurs se sentent plus ou moins impliqués dans ces problématiques et ont plus ou moins «envie» de les résoudre.

¹³³ Morin Edgar, *La méthode, la nature de la nature*, Paris, Seuil, Nouvelles éditions, coll. « Points », 1981.

On ne peut pas parler d'un unique contexte mais de plusieurs contextes séquents et interdépendants :

- Culturel : éducation, environnement familial et social ;
- Organisationnel : milieu professionnel, appartenance à une organisation, statut professionnel ;
- Matériel : dépendance par rapport à un outil proprement dit ou même financier ;
- Spatial : espace relationnel selon la zone de communication ;
- Temporel : une même information transmise à un moment donné peut prendre un sens différent à un autre moment ;
- Relationnel : prend en compte le type de relation (par exemple, le niveau hiérarchique entre les partenaires)¹³⁴.

A cette présentation des composantes de la communication, nous ajoutons que la communication organisationnelle est conçue comme un système qui se constitue de 4 catégories d'information auxquelles correspondent 4 activités de communication :

- **L'information** (communication) opératoire : c'est à dire celle qui est, par exemple, échangée lors de l'innovation technologique dans l'entreprise. Les différentes équipes s'échangent les informations concernant le fonctionnement nécessaire au déroulement du travail que les chefs donnent à leurs subordonnés.

¹³⁴ Mucchielli A, *Rôles et communications dans les organisations*, Paris Éd. E.S.F, 1983, 2^e éd. 1987.

- **L'information synergique** : il s'agit de l'information nécessaire au renouvellement et au changement de la structure de l'organisation. Cette information est transmise par le biais des nouvelles technologies d'information et de communication (acquises par l'entreprise).
- **L'information stratégique** : c'est l'information susceptible d'assurer la coopération entre les acteurs afin d'organiser le fonctionnement de l'organisation.
- **L'information émancipatrice** : ce genre de communication ne se rapporte pas à l'organisation du travail, mais il a pour objet de développer les liens sociaux entre les acteurs dans l'organisation¹³⁵.

4) Les réseaux de la communication

Dans toute organisation on distingue deux types de réseaux de communication qui coexistent et fonctionnent de façon simultanée et tendent à suivre la structure hiérarchique. Il s'agit de réseaux formels et informels qui se complètent pour l'efficacité de l'organisation¹³⁶.

a) Le réseau formel :

Grâce à l'organisation scientifique du travail (OST), l'organisation du travail devient plus rationnelle. L'information

¹³⁵Pour plus de détails sur ce sujet voir Laramé A, *La communication dans les organisations : une introduction théorique et pragmatique*, Québec, Sainte- Foy, 2001.

¹³⁶ Cabin P, « Communication et organisation » in Philippe Cabin et Jean- François Dortier (coordinateurs), *La communication. Etat de savoirs*, Paris, Editions Sciences Humaines, 2008.

circule suivant des structures organisationnelles bien organisées. Les individus communiquent entre eux selon leurs postes hiérarchiques dans l'organisation. Néanmoins, ce genre de communication ne favorise pas le développement des liens sociaux entre les différents acteurs de l'entreprise. A titre d'exemple, un simple employé communique rarement avec le Directeur Général, voire qu'il n'aura jamais l'occasion durant toute sa carrière de communiquer avec lui.

b) le réseau informel :

Au sein de l'organisation, le système formel de communication s'accompagne souvent de canaux informels qui se construisent autour des relations sociales des acteurs dans l'organisation. Ce réseau informel représente le reflet de l'expression naturelle et spontanée entre les acteurs et échappe, par conséquent, au contrôle exercé par les cadres.

En peu de mots, bien que les références sur la communication dans les organisations industrielles sont nombreuses, nous nous contentons dans ce paragraphe de prendre l'exemple de *Philippe Zarifian* pour qui « *la question de la communication occupe désormais une place centrale dans les grandes entreprises industrielles* »¹³⁷. (Et nous ajoutons les entreprises de services comme les institutions hospitalières). Il insiste en outre dans ce même ouvrage sur le fait que les dirigeants de ces entreprises ont

¹³⁷ Zarifian P, *Travail et communication. Essai sociologique sur le travail dans la grande entreprise industrielle*, Paris, PUF, 1996, p 9.

besoin de développer les moyens de communication avec leurs subordonnés afin de développer chez eux l'esprit de coopération.

Toutefois, si cette « théorie » de la communication est « valable » pour l'étude de la communication dans les entreprises industrielles, nous allons dans ce qui suit étudier la communication dans les institutions hospitalières. Nous supposons dans ce cadre que la communication dans ces institutions pourrait être soit formelle soit informelle. La communication formelle passe par des réseaux organisés (l'organigramme par exemple). La communication informelle, quant à elle, prend la forme du latent ou de l'inédit. Ce type de communication a une importance dans la construction des liens sociaux entre les acteurs ainsi que la formation de leurs représentations individuelles et collectives. En plus, la communication renforce l'échange symbolique entre les acteurs et crée un imaginaire collectif qui se traduit dans le discours individuel.

Nous centrerons notre étude sur les questions suivantes:

- Quelles sont les caractéristiques de la communication dans l'institution hospitalière? (Ici il s'agit d'étudier la communication entre les médecins et les patients. Entre les cadres paramédicaux et les patients. Puis entre les médecins et les cadres paramédicaux).
- Dans quelle mesure peut-on dire que la communication dans les institutions hospitalières est créatrice des liens sociaux et des réseaux sociaux ?

5) La communication dans les deux hôpitaux

Nous avons pu observer beaucoup de fois dans les deux hôpitaux que les deux principales formes de communication entre les acteurs sociaux sont la communication orale et la communication écrite. Le surveillant par exemple divise les tâches entre les infirmiers qui travaillent dans la même séance oralement. La répartition hebdomadaire des infirmiers ou des médecins sur les différents postes, quant à elle, se fait d'une manière écrite : le surveillant affiche sur un tableau lisible le programme hebdomadaire de répartition des infirmiers sur les trois postes durant les 24 heures. Pour les médecins, nous avons remarqué aussi que certains services affichent sur un tableau le programme du mois entier avec beaucoup de précision et de soins, alors que dans d'autres services, nous avons remarqué l'existence de certaines fiches qui, d'après leurs dates, ont été affichées il y a des mois. (Dans l'encadré à la page suivante nous donnons l'exemple des affiches sur un tableau, dans le couloir, que nous avons observé dans l'un des services dans lesquels nous avons fait l'enquête).

Schéma n°8 : Affiches murales d'information dans le service d'orthopédie.

<p>Affiche 1 : affichage des informations et des notes de services dans le service d'orthopédie. Dr... Chef de service d'orthopédie La signature</p>	<p>Affiche 2 : Tableau de garde des Assistants en orthopédie pour le mois de Dr... Chef de service d'orthopédie La signature</p>
<p>Affiche 3: Tableau de garde des Résidents en orthopédie pour le mois de Dr... Chef de service d'orthopédie La signature</p>	<p>Affiche 4 : Programme opératoire par jour. Dr... Chef de service d'orthopédie La signature</p>
<p>Affiche 5: Note interne de service : Répartition des séniors au service d'orthopédie. Dr... Chef de service d'orthopédie La signature</p>	<p>Affiche 6: SVP Aucun transfert de malade ne peut être fait sans l'accord préalable du chef de service. Dr... Chef de service d'orthopédie La signature</p>

D'une manière générale, nous pouvons noter à partir de nos observations dans les différents services de deux hôpitaux que la communication entre le surveillant et les infirmiers se fait d'une manière simple, avec beaucoup d'amitié et de respect. L'un des infirmiers que nous avons interviewé explique ceci par le fait que le surveillant « *est avant tout un infirmier et généralement il devient surveillant après avoir passé beaucoup d'années à exercer ce métier et donc il connaît parfaitement les difficultés que nous rencontrons quotidiennement.* »¹³⁸

La communication entre les médecins se caractérise, quant à elle, par le respect des grades et de la hiérarchie. Ceci est remarquable lors des contacts entre eux. En outre, il s'avère de l'enquête que les relations personnelles entre les médecins ne sont pas profondes. Elles sont plutôt des relations de courtoisie et de respect et ne sont donc pas forcément des relations d'amitiés. On constate, en effet, à partir des entretiens, que nombreux d'entre eux considèrent que les principales relations qui les lient avec leurs collègues sont les relations de travail. L'un d'eux par exemple avait signalé que « *la communication et les relations entre les confrères sont superficielles. Chacun de nous s'occupe de ses patients et ne trouve pas, par conséquent, du temps pour ses confrères. Personnellement, j'ai des confrères que je connais depuis des années, mais pourtant nos contacts se limitent à se dire bonjour chaque lundi* »¹³⁹.

¹³⁸ Entretien avec un infirmier effectué à Nabeul, en 2010.

¹³⁹ Ibid.,

Un autre médecin spécialiste plus ancien que ce qui vient d'être cité, 13 ans d'ancienneté, pense au contraire que « *les relations entre les médecins, qui sont les résultats bien entendu de la communication entre eux, sont des relations d'amitié. Tandis que leurs relations avec les infirmiers et les patients sont des relations de travail. La communication avec les agents administratifs est absente* »¹⁴⁰. Un troisième médecin résident affirme que « *la communication entre les médecins, qui ont le même grade n'est pas compliquée, puisque certains d'entre eux se représentent le grade d'une manière qui me rappelle l'esprit des officiers de l'armée* »¹⁴¹.

Nous déduisons en revanche des entretiens que la communication formelle entre les médecins et qui se rapporte au travail est une communication dans laquelle se manifeste aussi bien le respect de la hiérarchie qu'un certain degré de démocratie. En effet chaque samedi matin les médecins qui travaillent dans le même service se réunissent en staff pour discuter les cas délicats : les patients gravement malades auxquels on a prescrit des traitements qui s'avèrent peu efficaces. Dans cette réunion l'un des médecins présente ce cas pour décider collectivement du traitement à prescrire à ce patient ou, le cas échéant, de lui faire une opération chirurgicale.

D'autre part, le médecin chef du service informe dans ces réunions ses confrères des nouveautés dans le domaine médical : de nouveaux médicaments qu'on doit utiliser, de

¹⁴⁰ Entretien avec un médecin spécialiste effectué à Nabeul, en 2010.

¹⁴¹ Entretien avec un médecin résident effectué à Nabeul, en 2010.

nouvelles méthodes utilisées dans des hôpitaux universitaires à l'étranger, etc.... Il les informe également des séminaires ou des stages de formation qui les concernent et qui seront organisés soit en Tunisie, soit à l'étranger.

5-1) La communication entre les médecins et les infirmiers

Nous avons signalé dans un paragraphe précédent qu'un médecin spécialiste qualifie les relations qui découlent de la communication entre les médecins et les infirmiers de « relation de travail ». Un autre médecin remarque cependant que « *je communique rarement avec les infirmiers. Ce n'est pas par manque de respect pour eux mais parce qu'il n'y a pas d'occasions pour ça puisque chacun s'occupe seulement de son travail. D'ailleurs le médecin vient à l'hôpital beaucoup moins que l'infirmier* ». ¹⁴² Un autre médecin conçoit la communication, qui dépasse les ordres de travail, entre les médecins et les infirmiers comme « *difficile, voire impossible, vue les circonstances du travail. En fait on dirait qu'ils sont de deux mondes différents puisqu'ils font partie de deux catégories socio- professionnelles différentes* » ¹⁴³.

Pour leur part, les infirmiers pensent que la communication entre eux et les médecins est difficile vue les charges du travail d'une part et le respect de la hiérarchie d'autre part. Un infirmier âgé de 47 ans, 25 ans d'expérience dit que « *la communication*

¹⁴² Entretien avec un médecin effectué à Nabeul, en 2010.

¹⁴³ Entretien avec un médecin effectué à Nabeul, en 2010.

entre les infirmiers et les médecins est toujours verticale. A part bonjour qu'ils disent le matin en entrant au service, les médecins n'adressent la parole aux infirmiers que pour leur demander de faire ceci ou cela »¹⁴⁴.

Un autre infirmier, 55 ans, 32 ans d'expérience, dont 19 ans dans le même service, confirme l'idée de son collègue en disant que « *la communication entre les infirmiers et les médecins est formelle, bien qu'il y a des médecins qui sont gentils et qui nous considèrent comme leurs collègues. D'ailleurs avec le temps et l'expérience les relations s'améliorent »¹⁴⁵.*

Nous avons pu observer cependant dans divers services de deux hôpitaux que certains médecins, notamment des internes ou des résidents, plaisantent avec les infirmiers. Une autre fois nous avons entendu un médecin résident parler avec des infirmières des feuillets coréens, etc.¹⁴⁶

5-2) La communication entre les médecins et les patients

Il serait utile de rappeler d'abord que les médecins et les patients sont les principaux acteurs de l'institution hospitalière. Pour ce, la communication entre eux semble avoir une importance primordiale dans la relation médecin-patient. Parfois même le malade a besoin de communiquer avec son médecin pour se soulager. En effet le patient se trouve inquiet si le médecin ne lui

¹⁴⁴ Entretien avec un infirmier effectué à Nabeul, en 2010.

¹⁴⁵ Entretien avec un infirmier effectué à Nabeul, en 2010.

¹⁴⁶ Nous n'avons pu réaliser les entretiens avec les médecins qu'avec l'aide d'une infirmière stagiaire qui n'a pas trouvé de difficulté à communiquer avec les médecins pour nous organiser les rendez-vous avec eux.

explique pas les causes de sa maladie et s'il ne le rassure pas. Cette idée est soutenue par les patients ainsi que par un bon nombre de médecins que nous avons interviewé.

Signalons, cependant, que les médecins ne voient pas tous l'importance de la communication avec les patients. C'est ce que nous a expliqué un médecin résident en disant : « *la plupart des médecins qui ont eu leurs diplômes avant les années 1990 n'ont pas étudié la communication, c' est pourquoi ils ne donnent pas beaucoup d'importance à la communication avec leurs patients* »¹⁴⁷. Un médecin spécialiste, 48 ans, 15 ans d'ancienneté, semble ne pas donner d'intérêt à la communication avec les malades. Il dit : « *la communication avec le patient de niveau scolaire très bas est difficile, mais elle est facile avec le patient cultivé. D'ailleurs si le médecin communique beaucoup avec le patient il va devenir son ami et dans ce cas il ne pourra plus le soigner* ». ¹⁴⁸

Néanmoins, les autres médecins interviewés ne partagent pas cette idée. La plupart d'entre eux déclarent être conscients de la nécessité de communiquer avec les malades. Ils se lamentent toutefois de contraintes du travail qui ne leur laissent pas l'occasion de communiquer avec leurs patients. Ceci peut être expliqué par les charges du travail du médecin : il doit consulter presque 150 patients par jour, ce qui ne lui laisse pas l'occasion

¹⁴⁷ Entretien avec un médecin résident effectué à Nabeul, en 2010.

¹⁴⁸ Entretien avec un médecin spécialiste effectué à Nabeul, en 2010.

même de changer la parole avec son patient. Voici quelques témoignages :

- Médecin interne au service d'orthopédie : « *je communique brièvement avec les patients faute du temps car je dois consulter 30 patients hospitalisés avant 10 h du matin* »¹⁴⁹.
- Médecin spécialiste, 19 ans d'ancienneté : « *la communication avec le patient est difficile à cause de nombreuses charges du travail* »¹⁵⁰.
- Médecin interne, 27 ans, 2 ans d'expérience : « *je communique avec le patient selon son niveau scolaire et social* »¹⁵¹.
- Médecin spécialiste, 34 ans, 8 ans d'ancienneté : « *la communication avec le patient est obligatoire : il faut communiquer avec lui. Ça fait partie de notre métier* ». ¹⁵²

La question de la courte durée de consultation est un « souci » que nous avons pu observer aussi bien chez certains médecins que chez certains patients dans les deux hôpitaux. Cette question est étroitement liée à la communication entre les médecins et les patients. En fait la consultation offre au patient l'occasion de communiquer avec le médecin. Néanmoins le grand nombre de patients que le médecin doit consulter en une seule séance ne lui laisse pas suffisamment du temps pour communiquer avec son patient. Le patient, quant à lui, sent qu'il a

¹⁴⁹ Entretien avec un médecin interne effectué à Nabeul, en 2010.

¹⁵⁰ Entretien avec un médecin spécialiste effectué à Nabeul, en 2010.

¹⁵¹ Entretien avec un médecin interne effectué à Nabeul, en 2010.

¹⁵² Entretien avec un médecin spécialiste effectué à Nabeul, en 2010.

besoin de connaître son état de santé avec le maximum de détails possible. Ceci lui offre l'occasion de survivre avec sa maladie. Dans le cas contraire il sent un conflit entre soi-même et son corps. Autrement dit, inquiet de sa maladie, le patient sent que son corps est un étranger qu'il ne connaît pas. L'inquiétude du patient quant à sa maladie peut le dépasser pour toucher sa famille. C'est pourquoi il a toujours besoin de discuter avec son médecin pour connaître les causes et les conséquences de sa maladie.

Par ailleurs, nous avons posé dans le questionnaire la question suivante : la durée de consultation est-elle suffisante ? Dans le tableau suivant nous présentons le résultat de cette question.

Tableau n°10 :La suffisance ou l'insuffisance de la durée de consultation selon les enquêtés et par type d'institution

Effectif		hôpital	clinique	Total
la durée de consultation est suffisante	oui	20	50	70
	non	50	0	50
Total		70	50	120

Source : l'enquête sur terrain, 2009- 2010.

Nous remarquons, à partir de ce tableau, qu'environ le 2/3 des patients, qui suivent des traitements dans les deux hôpitaux, déclarent que la durée de la consultation est insuffisante. Le reste des enquêtés dans les deux hôpitaux, soit 20 enquêtés, déclarent

que la durée de la consultation est suffisante. Nous avons d'ailleurs observé lors de l'enquête que ces enquêtés ne sont pas gravement malade. Ce qui ne les laisse pas trop inquiets de leur maladie. Quant aux cliniques 100% des enquêtés déclarent que la durée de la consultation est suffisante. Dans la clinique cette question est également liée à la communication, comme nous allons voir dans la section suivante.

Toutefois, pour connaître l'opinion des enquêtés sur la suffisance ou l'insuffisance de la durée de la consultation nous avons posé une deuxième question. Cette question (si non pourquoi ?) nous aide à trouver une explication à la première question. Dans le tableau suivant nous présentons les réponses des enquêtés à cette question.

Tableau n°11 : Position des enquêtés de la durée de consultation par type d'institution

Effectif	hôpital	clinique	Total
non pas de problème avec la durée de la consultation	47	50	97
médecin trop occupé	20	0	20
médecin peu coopérant	1	0	1
autres	2	0	2
Total	70	50	120

Source : L'enquête sur terrain, 2009- 2010.

Nous remarquons, à partir de ce tableau, que la majorité (47/70) des patients qui suivent des traitements dans les hôpitaux déclare que la durée de consultation ne pose pas de problèmes pour eux. C'est-à-dire que la durée de la consultation, que ce soit courte ou longue, n'a pas de rapport avec la compétence du médecin, ni de son comportement avec les patients non plus. Le problème avec le médecin semble se poser ailleurs. En fait de nombreux enquêtés nous ont signalé, en marge de l'enquête, que la plupart des médecins ne communiquent pas ou communiquent peu avec eux. Peu importante est donc, selon eux, la cause du manque de communication entre eux.

5-3) La communication entre les infirmiers et les patients

Signalons d'emblée dans cet axe que les infirmiers communiquent avec les patients beaucoup plus qu'avec les médecins et les techniciens supérieurs. En fait les infirmiers sont la catégorie socio-professionnelle qui se trouve quotidiennement dans des situations d'interactions de face à face avec les patients. Dans les différents services de deux hôpitaux nous avons constaté beaucoup de fois que les infirmiers, étant toujours occupés par les surcharges de travail, se lamentent des demandes, des questions et des « caprices » des patients et de leurs accompagnants qui ne finissent jamais. *« Les revendications sans fin des patients m'ont rendu furieux et m'ont fait perdre ma patience. D'ailleurs j'étais, dans mes premières années de travail dans cet hôpital, toujours souriant et j'étais trop serviable. Mais après des années, avec la fatigue quotidienne, je suis devenu toujours sur les nerfs, c'est pourquoi je suis devenu, je le dis*

franchement, agressif envers les patients »¹⁵³, infirmier, 44 ans, 17 ans d'expérience.

Un autre infirmier, 55 ans, 19 ans d'expériences, considère que *« l'ambiance au travail est familiale. Parfois je travaille 18 heures et je passe, donc, beaucoup plus de temps avec mes collègues et avec les patients qu'avec ma famille. D'ailleurs après toutes ces années d'expériences je peux vous affirmer que la communication avec les patients est difficile. En fait le patient a besoin de quelqu'un qui l'écoute, mais comme l'infirmier est toujours occupé, car parfois un seul infirmier travaille dans tout le service, il ne peut pas communiquer facilement avec les patients »*¹⁵⁴.

De toute façon, nous avons pu observer, durant plusieurs jours et dans différents services, que les infirmiers ne supportent pas de la même façon les demandes des patients. Ceci est tributaire de sa personnalité et de sa représentation du travail. Cette représentation est en étroite relation avec la construction de son identité au travail¹⁵⁵.

Par ailleurs, de leur côté certains patients nous ont déclaré qu'ils se lamentent *« des comportements des infirmiers envers eux »*. Beaucoup d'infirmiers, selon eux, ne communiquent avec les patients qu'en criant. D'autres patients ont ajouté que certains infirmiers communiquent mal avec eux. Il faut signaler, cependant, que les enquêtés nous ont affirmé, en marge de

¹⁵³ Entretien avec un infirmier effectué à Nabeul, en 2010.

¹⁵⁴ Entretien avec un infirmier effectué à Nabeul, en 2010..

¹⁵⁵ Nous allons développer davantage cette idée dans le dernier chapitre.

l'enquête par questionnaire, que les infirmiers sont les principaux cadres paramédicaux avec qui ils communiquent quotidiennement.

5-4) La communication de l'assistante sociale avec les patients et avec les cadres paramédicaux.

L'assistante sociale que nous avons entretenu travaille à la fois dans les deux hôpitaux. Elle est diplômée de L'institut National du Travail et des Sciences Sociales (INTESS). Elle joue le rôle d'intermédiaire entre les patients et l'administration de l'hôpital d'une part et entre les patients et des administrations externes à l'hôpital et qui sont sous la tutelle d'autres ministères (outre que le ministère de la santé publique) :

- Elle intervient entre le patient et l'administration de l'hôpital lorsque, par exemple, le patient est pauvre et n'a pas les moyens pour payer les consultations et qu'il n'est pas affilié à la CNAM.
- Les deux cas principaux dans lesquels l'assistante intervienne sont le cas des enfants sans soutiens familiaux et le cas des mères célibataires. Dans le premier cas c'est elle qui les accueille et les places dans le service de pédiatrie. Ensuite elle avise la police et le délégué de la protection de l'enfance. Après que l'enfant soit guéri elle l'emmène à l'institut de la sauvegarde de l'enfance.
- Elle assiste les handicapés pour qu'ils aient des cartes d'handicapés. Et intervienne auprès des associations pour leur trouver une aide sociale (comme les chaises).

- Elle rédige les rapports sociaux concernant les familles qui vont adoptés des enfants.

Rappelons cependant que, bien que le pourcentage de nos enquêtés qui sont affiliés à la CNAM est 95% et qui se répartissent sur les trois filières de soins comme nous le présentons dans le tableau suivant, il y a nombreux malades qui ne sont pas affiliés à la CNAM ou que la validité de leurs carnets de soins est finie.

Tableau n°12 :L'affiliation des enquêtés à la CNAM par filière de soins et type d'institution.

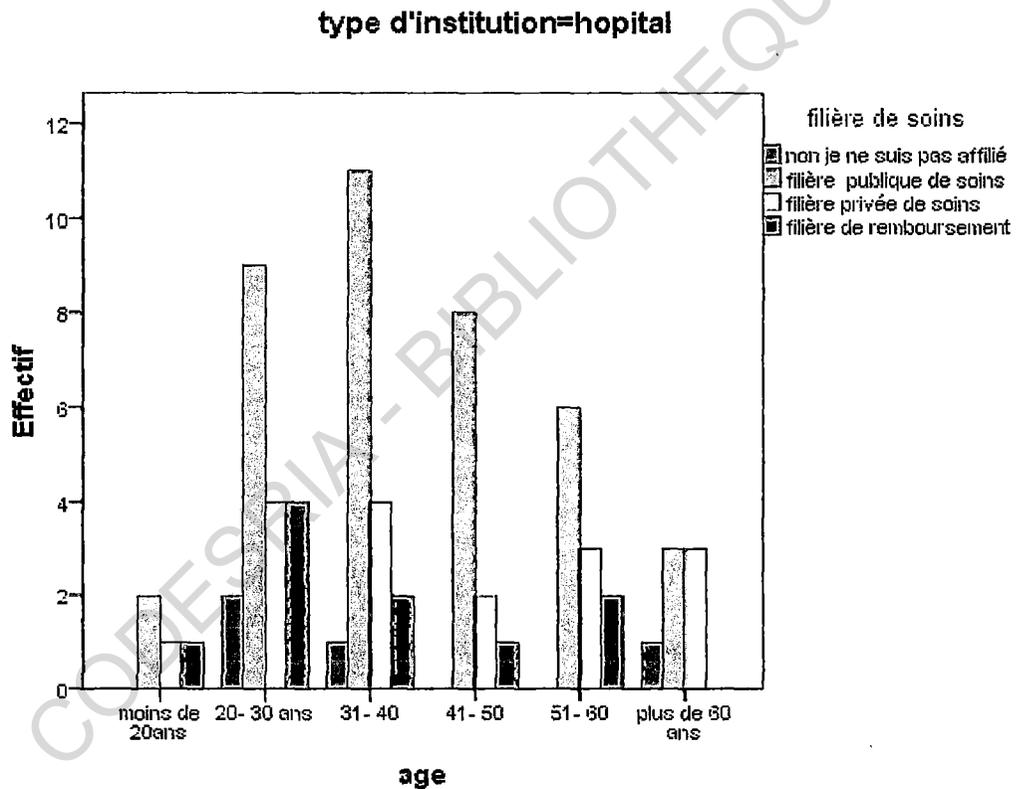
filière de soins	hôpital		clinique		Total
	oui	non	oui	non	
non je ne suis pas affilié		4		2	6
filière publique de soins	39		3		42
filière privée de soins	17		35		52
filière de remboursement	10		10		20
Total	66	4	48	2	120

Source : L'enquête sur terrain, 2009- 2010.

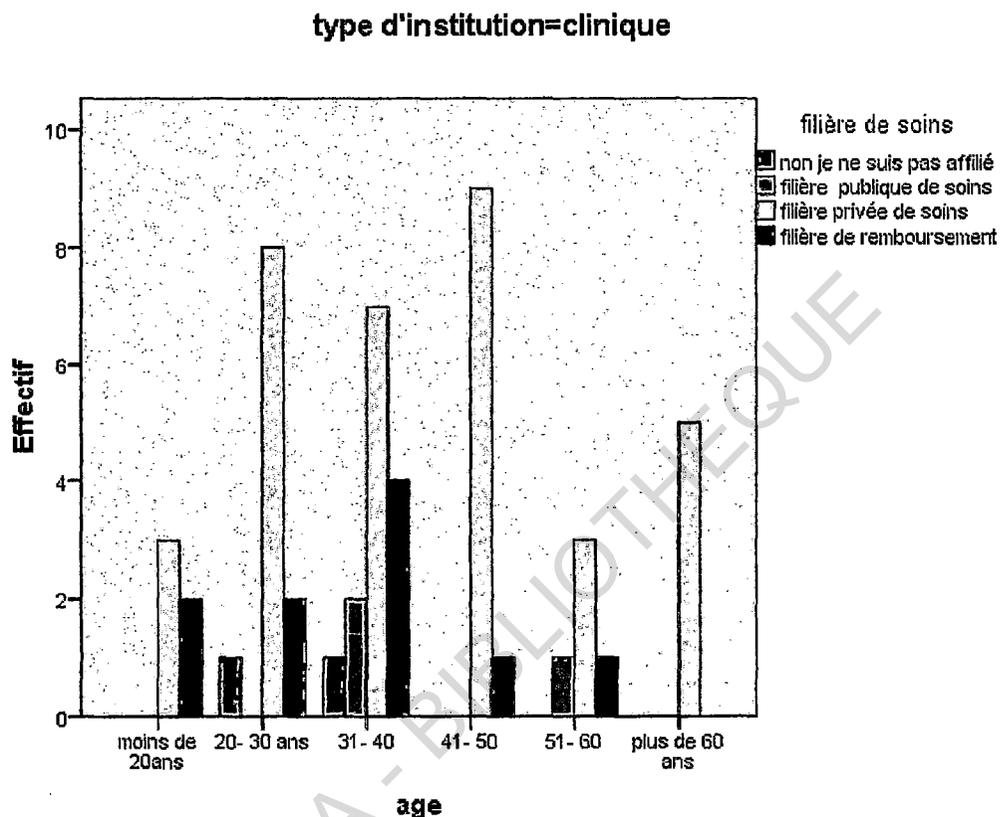
Il se dégage de ce tableau que le nombre d'affiliés aux trois filières de soins est, successivement, 52 individus pour la filière privée de soins, 42 individus pour la filière publique et 20 pour la filière de remboursement. La répartition de ces affiliés entre le secteur public et le secteur privé démontre que la majorité des affiliés à la filière privée (35 individus) poursuivent des soins dans

les deux cliniques. En revanche 39 patients affiliés à la filière publique se soignent dans les deux hôpitaux. Dans les deux représentations graphiques suivantes nous simplifions les données présentées dans le tableau précédent.

Représentation graphique n°3 :Affiliation des enquêtés aux deux hôpitaux et aux filières de soins



**Représentation graphique n°4 : affiliation des enquêtés aux deux cliniques aux
filières de soins**



Nous avons remarqué, en revanche, que la communication entre les différents acteurs sociaux dans les deux cliniques diffère de celle que nous venons d'analyser dans les deux hôpitaux. Dans la section suivante nous allons analyser la communication dans les deux cliniques.

6) La communication dans les deux cliniques

D'une manière générale, la communication dans les deux cliniques est différente de celle que nous avons observée dans les deux hôpitaux. En fait la communication formelle qui porte sur les ordres du travail semble être plus stricte, voire plus sévère.

Elle nous rappelle la communication dans les entreprises tayloriennes. Il s'avère des entretiens et des observations participantes que nous avons effectuées dans les deux cliniques que le surveillant par exemple, lorsqu'il communique avec les autres infirmiers pour les informer des tâches qu'ils sont appelés à exécuter, il le dit d'une manière qui sous-entend qu'ils n'ont pas le choix de choisir entre les tâches. Un infirmier, 25 ans, 9 mois d'ancienneté affirme que : *« dans la clinique je suis toujours sur les nerfs car le surveillant est toujours derrière nous. Il nous donne des ordres sévères et il ne nous laisse même pas le temps pour nous reposer. D'autant plus même s'il connaît ta compétence il ne te remercie jamais »*¹⁵⁶.

Le surveillant en question, 50 ans, 24 ans d'ancienneté, nous a dit, d'ailleurs, que *« les infirmiers ont peur de moi parce que je suis stricte et je ne tolère pas la paresse. Il ne faut pas oublier aussi que nous sommes au service des clients puisque nous sommes payés par leur argent »*¹⁵⁷.

Le surveillant de la seconde clinique, quant à lui, voudrait se présenter comme « démocrate » avec les autres infirmiers. Il dit : *« les infirmiers sont tout d'abord des collègues. Et moi je les respecte tous. Mais j'ai une conscience professionnelle c'est pourquoi j'exige toujours des infirmiers qu'ils font leur travail d'une manière convenable. Cependant parfois l'un des infirmiers ne fait*

¹⁵⁶ Entretien avec un infirmier effectué à Nabeul, en 2010.

¹⁵⁷ Entretien avec un surveillant effectué à Nabeul, en 2010.

*pas son travail comme il faut et dans ce cas je ne peux pas lui tolérer »*¹⁵⁸.

6-1) La communication entre les médecins et les patients

Les médecins se comportent avec leurs patients/ clients dans la clinique généralement d'une manière qui témoigne d'une certaine « amitié » entre eux. En fait la plupart des patients connaissent leurs médecins depuis une longue date. D'autant plus la plupart des patients sont suivis par ces médecins dans leurs cabinets et ils viennent à la clinique pour des consultations complémentaires, pour une opération chirurgicale ou pour être hospitalisé. La connaissance entre le médecin et le patient facilite donc la communication entre eux. Il faudrait signaler cependant que le médecin se comporte assez souvent avec le patient avec une certaine courtoisie et ce pour le garder comme client. On pourrait déduire donc que le médecin se comporte parfois avec son client avec un esprit commercial.

Toutefois, la communication formelle entre le médecin et son patient commence dès la première séance de traitement. La plupart des médecins travaillant dans les deux cliniques déclarent qu'ils remplissent avec leurs nouveaux clients des questionnaires « *pour connaître de près leurs vies privées car ceci les aide dans le diagnostic de leurs maladies* »¹⁵⁹, selon un médecin généraliste exerçant dans la première clinique (C).

¹⁵⁸ Entretien avec un surveillant effectué à Nabeul, en 2010.

¹⁵⁹ Entretien avec un médecin généraliste effectué à Nabeul, en 2010.

Le patient, quant à lui, est toujours inquiet de sa maladie c'est pourquoi il ne cesse de poser de questions à son médecin. Certains enquêtés comparent dans ce cadre la communication entre les médecins et les malades dans les cliniques avec la communication entre eux dans les hôpitaux. En fait dans l'hôpital le patient n'ose pas poser des questions à son médecin car il sait d'avance qu'il ne puisse lui répondre que brièvement faute du temps. Tandis que dans la clinique ou au cabinet le médecin a assez de temps pour communiquer avec son malade. En fait le médecin dans l'hôpital est contraint par la courte durée de la consultation. Dans les consultations externes le médecin doit consulter environ 150 patients dans une séance matinale qui commence vers 10 heures et s'achève vers 14 heures. Tandis que dans la clinique le médecin organise son temps d'une manière qui lui laisse le temps pour réserver à chacun de ses patients au moins $\frac{1}{4}$ heure. En ce qui concerne le patient il accepte d'attendre son tour dans la clinique ou le cabinet d'un médecin privé puisque c'est lui qui l'a choisi.

D'autant plus les salles d'attente dans les cliniques ou les cabinets des médecins privés sont, par rapport aux salles d'attente des hôpitaux, plus confortables et plus propres. Ces salles sont climatisées et dotées de postes de télévision.

6-2) La communication entre les infirmiers et les patients

Les différents infirmiers que nous avons interviewés dans les deux cliniques s'accordent à considérer le patient comme un client qu'il faut satisfaire. Par conséquent ils essaient tous de

communiquer avec lui d'une manière qui témoigne de beaucoup de respect. En fait parmi les consignes que l'administration de la clinique donne aux cadres paramédicaux c'est le fait de « *considérer le client comme un roi* »¹⁶⁰ selon une infirmière qui a 15 ans d'expérience. D'ailleurs nous avons signalé antérieurement que dans la clinique les demandes des patients/ clients sont des ordres.

Un autre infirmier remarque que « *depuis la constitution de la CNAM nous recevons de plus en plus dans la clinique des clients de différentes catégories sociales et socio- professionnelles. Auparavant seules les familles aisées se soignaient dans les cliniques. Par conséquent nous n'avons plus affaire seulement à des clients riches et civilisés. Les clients riches nous donnent beaucoup de pour boire et parfois des cadeaux, alors que certains patients et leurs familles parmi nos nouveaux clients négocient avec l'infirmier le prix d'une bouteille d'eau* »¹⁶¹.

Cette opinion de l'infirmier reflète les changements que l'institution hospitalière privée a connus .La première constatation c'est qu'il y a une transformation dans l'appartenance sociale des patients/ clients. Aujourd'hui nombreuses catégories socio-professionnelles se soignent dans les cliniques. Ceux qui sont affiliés au système de soins privés ou au système de remboursement des frais trouvent, avec la CNAM, une solution pour payer une partie des frais de la consultation ou de l'hospitalisation. La seconde constatation est liée au changement

¹⁶⁰ Entretien avec une infirmière effectué à Nabeul, en 2010.

¹⁶¹ Entretien avec un infirmier effectué à Nabeul en 2010.

de l'institution hospitalière publique. En fait l'hôpital devient une entreprise à but lucratif, comme nous l'avons déjà signalé ultérieurement. Par conséquent certains patients acceptent de se soigner dans les cliniques en payant une différence de prix, que des enquêtés ont qualifié « de légère ».

6-3) La communication entre les médecins et les infirmiers

Il n'est pas difficile de comprendre que dans la clinique les relations entre les médecins et les infirmiers ne sont pas très fortes. En fait étant donné que la majorité des médecins ne sont pas permanent dans la clinique, ils n'ont pas beaucoup du temps à passer dans la clinique. Ils viennent à la clinique lorsqu'ils sont appelés par l'administration pour opérer un patient ou pour consulter un autre et dès qu'il achève sa mission il rentre à son cabinet. Le comportement du médecin avec les infirmiers est, par conséquent, est strictement professionnel : il prescrit le médicament à donner au patient et le donne à l'infirmier. Cette prescription des médicaments est considérée comme un ordre écrit. Il en résulte que la communication entre les médecins et les infirmiers est très faible.

7) Difficultés de communication et conflits entre les acteurs sociaux

Nous avons évoqué précédemment les difficultés de communication aussi bien entre les médecins et les patients qu'entre les cadres paramédicaux et les patients dans les deux hôpitaux. Ces difficultés sont dues, dans la plupart des cas, aux

obstacles engendrés par les nombreuses charges de travail des médecins et des cadres paramédicaux. Et dans des cas rares les difficultés de communication sont dues aux représentations des uns des autres. En fait, nous avons signalé dans une section précédente que certains médecins et certains infirmiers ne sont pas convaincus de l'importance de la communication avec les patients. Et d'autres pensent que la communication n'est possible qu'avec les patients ayant un bon niveau d'enseignement ou qui appartiennent aux classes sociales aisées. ...

Toutefois, les obstacles à la bonne communication dans l'institution hospitalière, comme dans toute entreprise d'ailleurs, sont assez souvent dus au *«manque de compréhension de ce qui se passe réellement dans une communication dans les organisations, mais de nombreux autres obstacles, très fréquents, s'opposent à une communication efficace et suscitent des ruptures dans l'échange d'informations. Un dirigeant avisé doit connaître ces entraves et chercher à supprimer leurs effets dans le fonctionnement quotidien de la firme »*¹⁶².

Néanmoins, il s'avère de l'enquête que, d'une manière générale, les conflits, qui sont dus au manque ou aux difficultés de communication bien que sont rares, ne sont pas seulement entre les médecins ou les cadres paramédicaux avec les patients mais parfois entre les médecins ou entre les infirmiers. Dans notre enquête par questionnaire, nous avons cherché à connaître les degrés de conflits entre les patients et leurs médecins traitants ou

¹⁶² Terry G, Francklin S.G, *Les principes du management*, Paris, Economica, 1985, 8^e édition, 1985, P 420.

entre les patients et les cadres paramédicaux. Dans les trois tableaux suivants, nous présentons les résultats de l'enquête.

Tableau n° 13 : Les conflits des patients avec les médecins par type d'institution

Effectif/ type d'institution	hôpital		clinique	
	oui	non	oui	non
conflit avec médecin	3	67	0	50
Total	3	67	0	50

Source : L'enquête sur terrain, 2009- 2010.

Il se dégage de ce tableau que trois patients seulement, soit 4,28%, des patients qui suivent leurs soins dans les hôpitaux déclarent qu'ils ont des conflits avec les médecins. Les autres enquêtés dans les deux hôpitaux et les deux cliniques, soit en total 117, déclarent qu'ils n'ont pas de conflits avec les médecins. Quant aux conflits des malades avec les cadres paramédicaux, nous pouvons déduire à partir des résultats de l'enquête qu'ils sont marginaux. En effet, on ne peut pas, dans ce cas, parler de conflits mais plutôt de difficultés de communication entre eux. Les réponses des enquêtés à la question portant sur les conflits entre les patients et les cadres paramédicaux seront résumées dans le tableau suivant.

Tableau n° 14 : Les conflits des patients avec les cadres paramédicaux par type d'institution.

Effectif/ type d'institution	hôpital		clinique	
	oui	non	oui	non
conflit avec cadre paramédical	12	58	1	49
Total	12	58	1	49

Source : L'enquête sur terrain, 2009- 2010.

D'après ce tableau 12 enquêtés, soit 17,14% parmi les patients que nous avons interviewés dans les deux hôpitaux déclarent qu'ils ont des conflits avec les cadres paramédicaux. L'encombrement des services, les rendez- vous très loin et la brève communication, voire le refus de communication, avec les patients laissent ces derniers furieux envers les cadres paramédicaux. Ce sont les principales causes des conflits qui se dégagent des entretiens avec les patients.

Quant aux conflits dans les cliniques il se dégage de l'enquête qu'un enquêté seulement, parmi les patients qui suivent des traitements dans ces cliniques, déclare qu'il est entré en conflit avec des cadres paramédicaux. Les conflits des patients avec les agents administratifs sont, eux aussi, marginaux. En fait 7 patients seulement, comme se dégage du tableau suivant, qui suivent des traitements dans les deux hôpitaux déclarent qu'ils ont connu des conflits avec des agents administratifs (l'agent comptable, la secrétaire du directeur de l'hôpital....)

Tableau n° 15 : Les conflits des patients avec les agents administratif par type d'institution.

Effectif/ type d'institution	hôpital		clinique	
	oui	non	oui	non
conflit avec agent administratif	7	63	0	50
Total	7	63	0	50

Source :L'enquête sur terrain, 2009- 2010.

Nous résumons les cas de conflits que les 7 enquêtés ont eus avec des agents administratifs dans les points suivants :

- La fin de validité du carnet de soins est l'une des causes de conflits entre les patients et les agents administratifs. Dans ce cas la secrétaire qui est chargé de l'inscription des rendez- vous lui demande d'aller voir le surveillant. Celui- ci quand il n'arrive pas à un compromis avec le patient lui demande d'aller voir le directeur de l'hôpital. Et comme le directeur n'accepte que rarement de rencontrer les patients, un conflit se déclenche avec la secrétaire de direction.

- Dans certains services, l'ophtalmologie par exemple, les médecins donnent aux patients des rendez- vous assez loin, après deux mois au moins, les patients et leurs accompagnants ne trouvent face à eux que les secrétaires. C'est pourquoi un conflit se déclenche assez souvent entre le patient et la secrétaire.

- Parfois des patients soupçonnent les secrétaires de ne pas respecter l'ordre d'inscription et de donner la priorité à leurs proches et leurs amis.

Pour résumer, la communication est un phénomène qui reflète l'interaction entre les différents acteurs sociaux dans l'institution hospitalière. Cette interaction entre les patients et les cadres médicaux et paramédicaux est la base sur laquelle se construit la communication entre eux. Toutefois les circonstances du travail dans l'institution hospitalière publique ne favorisent pas toujours la bonne communication entre les acteurs sociaux. Dans l'institution hospitalière privée, par contre, la communication est plus « développée » entre les différents acteurs sociaux.

Deuxième partie :

Comportements organisationnels, liens sociaux et construction de la culture d'entreprise dans les institutions hospitalières.

« Les rapports de travail peuvent atteindre des mécanismes profonds de la personnalité comme l'identification ou la capacité à se différencier ».

Renaud Sainsaulieu, *L'identité au travail*, page 311.

Chapitre premier:

Comportements organisationnels, interaction et construction des liens sociaux dans les institutions hospitalières.

Dans ce chapitre nous allons aborder la question de la construction des liens sociaux entre les différents acteurs dans l'institution hospitalière. Ces acteurs tissent des liens entre eux sur la base de leurs comportements organisationnels, l'interaction et la communication entre eux.

1) Interaction et comportement organisationnel

Dans l'institution hospitalière, comme dans toute institution ou entreprise d'ailleurs, les acteurs s'entrecroisent, entrent en contact et communiquent quotidiennement. Ces interactions forment la base sur laquelle se construisent les liens sociaux qui les lient. Erving Goffman s'est interrogé sur les formes de ces interactions, sur les règles dont elles se dotent, sur les rôles que mettent en scène les acteurs qui y sont impliqués et sur l'« ordre » spécifique qu'elles constituent »¹⁶³.

Les deux principaux acteurs sociaux dans l'institution hospitalière, à savoir les médecins et les patients, entrent en interaction d'une manière qui ne reflète, en aucun cas, une égalité entre eux. Autrement dit, le patient rencontre le médecin car il a besoin de ses connaissances en matière de soins. C'est pourquoi

¹⁶³ Nizet, rigaux , *ibid*, p3

le malade considère le médecin comme son guérisseur et non comme son ami. Par conséquent la relation qui se construit entre eux ne pourrait pas être une relation d'amitié ou une relation d'égaux à égaux. De son côté le médecin conçoit sa relation avec le patient comme une relation d'expert avec un client qui a besoin de son expertise.

Par ailleurs, l'interaction entre les médecins et les patients dans l'hôpital prend assez souvent une forme différente de celle dans la clinique. Dans l'hôpital, le médecin fait plus que 100 consultations par jour et, donc, il ne trouve pas du temps pour entrer en interaction avec le patient. C'est pourquoi cette interaction est corporelle seulement car il y a peu de communication verbale entre eux. Dans la clinique cependant l'interaction entre le médecin et son patient est plus importante que celle que nous avons observée dans l'hôpital. En fait le patient qui se soigne dans la clinique est assez souvent un client permanent du médecin. Nous avons déjà signalé plus haut que la plupart des médecins qui exercent dans les cliniques sont des médecins privés qui possèdent leurs propres cabinets et qui « font des consultations supplémentaires » dans les cliniques. Le souci du médecin privé est donc de garder son client, voire d'en trouver d'autres.

Toutefois, l'interaction entre les acteurs sociaux dans les institutions hospitalières a été étudiée par de sociologues des organisations comme la résultante de la structure de l'institution hospitalière en tant qu'organisation. Rappelant que pour Henry Mintzberg l'interaction dans les organisations dépend de la

structure de ces organisations. Il écrit que « *la structure d'une organisation peut être définie simplement comme la somme totale des moyens employés pour diviser le travail entre tâches distinctes et pour ensuite assurer la coordination nécessaire entre ces tâches* »¹⁶⁴.

Il est à signaler, en outre, que la structure organisationnelle de l'institution hospitalière publique diffère de celle de l'institution hospitalière privée. En fait l'organisation du travail dans l'hôpital se caractérise tout d'abord par sa division en services indépendants. Ensuite chaque service se caractérise par sa propre méthode d'organisation. Par conséquent la structure organisationnelle de chaque service pourrait favoriser une interaction et une communication spécifique à ce service. Nous avons déjà signalé dans le chapitre précédent que la communication formelle, à titre d'exemple, diffère d'un service à l'autre : dans certains services le chef de service prend soin du tableau sur lequel il affiche les informations qu'il adresse aux différents agents de son service. Dans d'autres services la communication formelle est moins développée que dans les services précités.

Dans les deux cliniques, la communication prend, cependant, une forme qui diffère de celle que nous avons observée dans les deux hôpitaux. La communication entre les médecins, les infirmiers et les cadres paramédicaux est formelle : elle ne porte que sur le travail. Quant à la communication interpersonnelle

¹⁶⁴Mintzberg Henry, *Structure et dynamique des organisations*, traduit de l'américain par Pierre Romelaer, Paris, Les éditions des organisations, 1998, p 18.

entre eux elle est quasi- absente. En fait les médecins sont toujours « pressés », selon un infirmier. Ils viennent à la clinique lorsqu'on leur téléphone pour leur dire qu'un patient attend. Dans ce cas le médecin vient pour le consulter et dès qu'il achève sa mission il rentre. Il semble donc que les médecins qui travaillent dans les cliniques n'ont pas assez de temps pour communiquer avec les infirmiers et les cadres paramédicaux.

La communication des médecins avec les patients est, toutefois, plus développée puisque la plupart d'entre eux connaissent leurs clients depuis longtemps. En ce qui concerne la communication entre les infirmiers et les patients elle est plus développée puisque ces deux acteurs sociaux sont en interaction permanente. Les cadres paramédicaux (il s'agit des radiologues, des laborantins...) entrent, tout comme les médecins, peu en interaction avec les patients. Ceci ne permet pas le développement de la communication entre eux.

Il est à noter, en fin de compte, que le comportement organisationnel des acteurs sociaux dans l'institution hospitalière détermine, dans beaucoup de cas, le genre d'interaction entre eux. Nous avons en fait observé qu'un nombre restreint de médecins, que ce soit dans les hôpitaux ou dans les cliniques, se comportent envers les patients/ clients « avec un sentiment de supériorité », selon une infirmière, 22 ans d'expériences. Selon elle « ces médecins sont issus des familles riches c'est pourquoi ils ne sont pas modestes avec les malades ou avec les autres

catégories socio- professionnelles »¹⁶⁵. Néanmoins nous n'avons pas observé, lors de l'enquête que nous avons faite avec les médecins, ce genre de supériorité. Nous avons au contraire remarqué dans les hôpitaux que certains médecins essayent d'éviter la communication avec les patients soit pour éviter les interventions soit faute du peu de temps qu'ils peuvent accorder à chacun des malades.

Il est à signaler, toutefois, que l'interaction et la communication entre les différents acteurs sociaux dans l'institution hospitalière ne mènent pas toujours à la construction de bonnes relations entre eux. Pour ce nous avons observé que les conflits ne sont pas absents dans l'institution hospitalière en tant qu'espace social.

2) Difficultés d'interaction et conflits entre les acteurs sociaux.

D'une manière générale, les conflits entre les différents acteurs sociaux dans l'entreprise entravent parfois la construction des liens sociaux entre eux. Dans l'institution hospitalière les conflits entre les acteurs sociaux ne semblent pas être graves. Il s'avère de l'enquête par questionnaire, en effet, que 3 patients seulement, parmi 70, qui suivent des traitements dans les hôpitaux ont déclaré avoir eu des conflits avec le médecin traitant. Par contre 100% des patients qui suivent des traitements dans les cliniques ont déclaré qu'ils n'ont jamais eu des conflits avec les médecins.

¹⁶⁵ Entretien avec une infirmière effectué à Nabeul, en 2010.

Nous déduisons, par ailleurs, à partir de l'enquête par entretien semi-directif qu'il y a dans l'hôpital peu ou prou de conflits entre les médecins qui ont le même grade. Et même s'il y a lieu de désaccord entre eux, ils règlent leurs différents à l'amiable. Cette idée est valable pour les médecins expérimentés. Par contre nous avons observé qu'il ya beaucoup plus de conflits entre les médecins internes, qui sont en fin de compte des étudiants en stage. Ils n'ont pas, par conséquent, l'habitude de travailler en groupe. Par exemple l'un des internes nous a signalé que *« j'ai des conflits avec un confrère qui n'est pas assidu, qui passe la plupart du temps à la buvette et qui ne mène jamais son travail à terme. Et assez souvent je me trouve obliger d'achever son travail »*¹⁶⁶.

D'autre part, la répartition des séances de garde peut enclencher parfois des conflits entre aussi bien les médecins internes que les infirmiers. Ceux que leurs séances de garde dans le service d'urgence coïncident plusieurs fois avec les weekends et les jours fériés, se lamentent et demandent à leurs collègues, que leurs séances de garde sont programmées au début des semaines, de les remplacer. Ceci s'explique par le fait que pendant les weekends et les jours fériés le nombre du personnel diminue et le nombre de patients accidentés augmente surtout en été étant donné que la région est touristique.

Nous avons remarqué, par ailleurs, que lorsqu'un médecin commet une erreur, le chef du service ou un autre médecin plus

¹⁶⁶ Entretien avec un médecin interne effectué à Nabeul, en 2010.



gradé le lui signale avec un peu de dureté. Dans ce cas il l'appelle dans son bureau, loin des patients, et le lui signale.

En ce qui concerne les conflits entre les médecins et les infirmiers, nous pouvons déduire à partir de l'enquête qu'ils sont toujours dus aux problèmes de travail. Il s'agit des conflits engendrés par l'inexécution de l'infirmier des ordres de travail. Par exemple un médecin demande à un infirmier d'emmener un tel patient au laboratoire pour lui faire des analyses. L'infirmier, très occupé par ses différentes tâches, oublie de le signaler à son collègue de l'équipe qui va lui succéder. D'autre fois les analyses demandées par le médecin ne sont pas prêtes à temps. D'une manière générale ceci est dû soit à une panne technique au laboratoire, soit à une perte du rapport des analyses. Etant donné que le médecin n'a pas de rapport direct avec les techniciens aux laboratoires, il se sent furieux contre l'infirmier. Mais finalement pour régler l'affaire il téléphone au médecin biologiste responsable du laboratoire.

Il s'avère de l'enquête également que les conflits des patients avec les médecins ou avec les infirmiers sont assez souvent dus à l'impatience du patient ou au manque de communication avec lui. Voici quelques exemples que nous avons enregistrés plus qu'une fois dans différents services de deux hôpitaux :

- Nous avons observé dans le service de chirurgie dans le premier hôpital et dans le service d'ophtalmologie dans le deuxième hôpital que l'infirmier qui travaille le soir annonce au patient qu'il sera opéré demain. Celui-ci se prépare

psychiquement pour l'opération, mais un autre cas plus urgent laisse le chef de service reporter l'opération du premier patient à un autre jour. Dans ce cas ce patient se sent furieux et comme il ne trouve face à lui que l'infirmier il réagit contre lui.

- nous avons observé qu'un patient accidenté a été mis par terre dans le couloir et comme il a eu froid il a demandé plusieurs fois à un infirmier de lui donner un drap. Celui-ci n'a pas répondu et le patient a commencé à crier. L'infirmier a réagi violemment et une querelle s'est déclenchée entre eux.

- Un vieil homme dans un état critique a été hospitalisé. Comme il ne peut pas s'assumer, le chef de service a accepté que son fils l'accompagne (il est hospitalisé avec lui). Néanmoins cet accompagnant n'a pas trouvé un lit vacant dans la chambre d'hospitalisation de son père. Pour cette raison il a apporté de chez lui un matelas. « Pourtant on m'a demandé de payer mon lit » signale-t-il dans un entretien, c'est-à-dire de payer les frais de son hospitalisation. Cet événement a engendré un conflit entre non seulement le patient en question mais les autres patients hospitalisés dans la même chambre, et l'infirmier en service.

3) La construction des liens sociaux dans les institutions hospitalières.

La notion du lien social est encore une notion ambiguë bien qu'elle soit au fondement de la sociologie au XIX^e siècle. Cette notion est fondamentale par exemple dans la sociologie durkheimienne. Il convient donc de commencer par la présentation théorique de cette notion avant de présenter les résultats de

l'enquête qui portent sur la construction des liens sociaux dans l'institution hospitalière.

3-1) Le lien social chez les sociologues classiques :

a) l'exemple de Durkheim

Signalons dès le début de cet exposé que la notion du lien social chez Durkheim est étroitement liée à la notion de l'intégration. En fait dans un sens durkheimien le lien social désigne « *l'ensemble des relations qui unissent des individus faisant partie d'un même groupe social et/ou qui établissent des règles sociales entre individus ou groupes sociaux différents* »¹⁶⁷. Il s'avère de cette définition que le lien social permet d'assurer la cohésion sociale et l'intégration des individus dans le groupe. Rappelons dans ce cadre que la sociologie durkheimienne se fonde sur « *les principes qui permettent à un groupe d'individus de se constituer comme société et les formes par lesquelles ils peuvent se réaliser* »¹⁶⁸.

Parmi ces principes dans les sociétés traditionnelles, connues par la solidarité mécanique, c'est la place de la religion. « *Le passage par la religion n'étant qu'une étape pour comprendre les principes auxquels elle répondait pour constituer le lien social* »¹⁶⁹. Par contre dans les sociétés modernes,

¹⁶⁷ www.dolimpio.com/cours/spect/main.html consulté le 27/ 7 / 2010

¹⁶⁸ Chatel V, « Le lien social d'hier à aujourd'hui. Sur quelques modalités d'intégration dans la société contemporaine », in sous la direction de Pavageau J, Gilbert Y& Pedrazzini Y, *Le lien social et l'inachèvement de la modernité. Expériences d'Amérique et d'Europe*, Paris, L'Harmattan, 1997.

¹⁶⁹ *ibid* p 20

connues par la solidarité organique, le passage se fait par l'anomie. Il s'avère aussi de cette définition que « *le lien qui unit l'individu à la société constitue donc, dans l'œuvre de Durkheim, l'interrogation centrale, non réductible aux conditions de possibilité d'un accord minimal entre les individus mais aux conditions de possibilité de la cohésion sociale, la société étant conçue non comme le fruit d'une entente entre un individu et un autre individu (ou plusieurs autres individus) mais comme l'intégration à et de la société* »¹⁷⁰.

Par ailleurs, Durkheim considère que l'économique est incapable de créer le lien social puisqu'il dépend de l'intérêt personnel variable et instable. Dans *De la division du travail social* il écrit que « *Si l'intérêt rapproche les hommes, ce n'est jamais que pour quelques instants ; il ne peut créer entre eux qu'un lien extérieur. Dans le fait de l'échange, les divers agents restent en dehors les uns des autres, et l'opération terminée, chacun se retrouve et se reprend tout entier. Les consciences ne sont que superficiellement en contact ; ni elles ne se pénètrent, ni elles n'adhèrent fortement les unes aux autres (...) Car, là où l'intérêt règne seul, comme rien ne vient réfréner les égoïsmes en présence, chaque se trouve vis-à-vis de l'autre sur le pied de guerre et toute trêve à cet éternel antagonisme ne saurait être de longue durée. L'intérêt est en effet, ce qu'il y a de moins constant au monde* »¹⁷¹.

¹⁷⁰ *Ibid*

¹⁷¹ Durkheim E, *De la division du travail social*, Paris, PUF, 1973, pp 180- 181.

b) L'exemple de Max Weber

Nous avons déjà cité que la sociologie durkheimienne repose sur les principes de l'intégration des individus à la société. Dans l'œuvre de Max Weber aussi la question de l'intégration est importante bien qu'il l'analyse différemment par rapport à Durkheim. Selon lui, « *l'individu est le decodeur de la société. C'est par le sens qu'il donne à ses actions que la société peut prendre corps et vie. L'idée d'interaction sociale est alors fondamentale.* »¹⁷² En analysant la société moderne il considère que le pathos est « *endogène à la société moderne. Il décèle un danger dans les caractéristiques propres de celle-ci qui tend à évacuer l'activité rationnelle en valeur, danger qu'il serait possible d'écartier en restituant sa place à l'activité rationnelle en valeur. Et cette obstruction de la rationalité en valeur est lue comme une pathologie des sociétés modernes* »¹⁷³.

Par ailleurs, Weber considère que l'activité sociale « *indépendamment de ses attributions n'est pas un acte isolé. Bien au contraire elle est porteuse de relation avec autrui. Elle est donc à la base du lien social qui se manifeste de plusieurs façons : dans les relations interpersonnelles, de groupe et d'association, du collectif politique et de l'humanité en général.* »¹⁷⁴

¹⁷² *Ibid* p 23

¹⁷³ *Ibid*

¹⁷⁴ MariaEngracia Leandro, « Le lien social dans la pensée sociologique classique », in, (sous la direction de), Pavageau J, Gilbert Y& Pedrazzini Y, *Le lien social et l'inachèvement de la modernité. Expériences d'Amérique et d'Europe*, Paris, L'Harmattan, 1997 p 48

Quant aux sociétés modernes, que Weber considère comme désenchantées, l'explication du lien social se trouve dans le cœur même de ces sociétés et dans leur fonctionnement. Toutefois « *la transformation historique des sociétés conduit à la laïcisation des liens sociaux. Ce qui, auparavant, était assuré de mode philanthropique aussi bien que de caractère individuel et personnel, devenant matière à l'Etat- providence. C'est à celui-ci qu'est octroyée la fonction d'organiser et d'assurer le fonctionnement d'un ensemble d'institutions, d'un corps professionnel capable d'apporter une réponse là où les liens sociaux font défaut.* »¹⁷⁵

c) L'exemple de Habermas

Selon Viviane Chatel, Habermas est « *un héritier direct de la pensée de Max Weber* »¹⁷⁶. Il retient de Weber l'attitude et la fonction compréhensive de la sociologie. La problématique webérienne de la compréhension du sens a été aussi emprunté par Habermas. Il retient d'autre part de Georges Herbert Mead « *l'importance des interactions médiatisées par le langage dans les processus de socialisation et d'individuation* »¹⁷⁷.

D'Alfred Schutz il « *conserve l'idée du monde commun comme ensemble des savoirs partagés. Toute conduite humaine se réfère à des moments passés de l'inscription socio- culturelle de l'individu, donc particulière et individuelle, mais aussi à des constructions socialement acceptées, pour apporter les réponses*

¹⁷⁵ *Ibid* p 50

¹⁷⁶ *Ibid* p 27

¹⁷⁷ *ibid.*

adéquates aux situations rencontrées ou projetées. Autrement dit, tout individu s'inscrit dans un univers socio- culturel interne au monde social, celui- ci étant interprétée, structurée par les expériences antérieurement vécues par les membres de la société et par les siennes propres. Le monde social est premier par rapport aux individus. Il est monde commun d'objets et de valeurs, monde commun dans la mesure où il est marqué et structuré par nos prédécesseurs »¹⁷⁸.

3-2) Les liens sociaux et l'identité au travail

L'institution hospitalière, que ce soit publique ou privée, est un espace social dans lequel les acteurs sociaux entretiennent des relations sociales individuelles ou collectives. Les relations individuelles sont observables dans les différents services des hôpitaux et dans les cliniques. Ces relations « traversent » parfois les catégories socio- professionnelles et par conséquent on trouve, bien que ce soit rare, une bonne relation entre un médecin et un infirmier. Les relations avec les patients dépendent à la fois du statut du patient et du comportement du médecin avec son patient. Pour les patients les riches, les intellectuels et tous ceux qui appartiennent aux professions libérales peuvent entretenir facilement de bonnes relations avec les médecins ou les cadres paramédicaux.

Faudrait- il rappeler que la construction des liens sociaux entre les acteurs sociaux, non seulement dans les entreprises

¹⁷⁸ *ibid*

mais dans les espaces sociaux en général, est en étroite relation avec l'identité au travail. Pour clarifier cette idée nous allons recourir à la théorie de Renaud Sainsaulieu.

Le principal sociologue qui a donné une grande importance à la question de l'identité au travail c'est Renaud Sainsaulieu. Dans son ouvrage intitulé *L'identité au travail. Les effets culturels de l'organisation*¹⁷⁹, il étudie les phénomènes d'apprentissage culturel dans l'organisation du travail. Fidèle aux idées des sociologues français du travail et des organisations des années 1950- 1960, dont notamment Georges Friedmann, Jean- Daniel Reynaud et Michel Crozier, il commence par l'étude du « *conditionnement des rapports humains dans l'atelier* » (cf chapitre premier). En utilisant l'observation participante dans deux entreprises, il « *étudie quatre aspects des rapports humains de travail dans l'entreprise* :

- *Le façonnement des individus par l'effort répétitif ;*
- *La monotonie des tâches et la difficulté à communiquer qui aboutit à une projection affective de soi dans son rapport à l'autre ;*
- *Un fort sentiment de solidarité et de camaraderie ;*
- *La complexité d'intérêts et d'opinions liée aux critères d'âge, de catégorie professionnelle, etc. »*¹⁸⁰.

¹⁷⁹ Paris, Presses de la Fondation Nationale Des Sciences Politiques, 3 e édition, 1988, 1ere édition en 1977

¹⁸⁰ *Ibid*, voir le chapitre premier

Ensuite, il passe à l'analyse des conditions du travail et des rapports entre les ouvriers. Il conclut ce chapitre en considérant que les relations de travail sont les conséquences des rapports stratégiques plus vastes. Il ajoute en adoptant l'approche de Michel Crozier que *« l'objectif de chacun (des ouvriers) est de défendre ses intérêts dans un contexte de coopération totale impossible. »*

Pour mieux corroborer l'analyse signalons que, dans sa thèse sur l'identité au travail, Renaud Sainsaulieu renouvelle le courant français de sociologie du travail des années 1960. Il ajoute à ce courant l'analyse de la dimension culturelle du travail. *« A partir d'enquêtes menées dans des entreprises publiques et privées, il repère des processus identitaires très différents en fonction des moyens dont disposent les individus pour obtenir la reconnaissance d'autrui. Autrement dit, l'identité au travail dépend des conditions d'accès au pouvoir dans les interactions de travail. A partir de cette variable, quatre idéaux-types sont formalisés :*

- Des salariés dotés du pouvoir individuel très limité d'infléchir leurs conditions de travail vont compenser cette faiblesse par une lutte collective. Celle-ci nécessite une forte solidarité entre pairs (identification horizontale) et un regroupement sous la bannière d'un leader (identification verticale). Valeurs communes, camaraderie, unité du groupe... sont les caractéristiques du modèle dit « fusionnel ». R. Sainsaulieu et son équipe le rencontrent chez les ouvriers spécialisés et des employés de bureau.

- A l'opposé, des professionnels très qualifiés (y compris des ouvriers) et des cadres de production, grâce à la richesse de leurs compétences et aux responsabilités acquises par leur fonction, ont les moyens « *d'affirmer leurs différences, de négocier leurs alliances et leur reconnaissance sociale* »¹⁸¹. Leur modèle identitaire est basé sur la négociation qui alimente un rapport structurant au travail sur les plans cognitif et affectif.

- Sur un mode beaucoup plus individualiste se construit un modèle identitaire qualifié d'« *affinitaire* » par R. Sainsaulieu. Ici, pas de forte solidarité entre collègues comme dans le premier modèle, mais simplement quelques connivences affectives. En effet, les salariés sont tendus vers une ascension sociale qui passe souvent par une mobilité externe à l'entreprise. C'est ce carriérisme qui les motive, qui les mobilise dans leur travail.

- *Enfin, quelques salariés forment leur identité davantage hors du travail que dans la sphère laborieuse. Présents tout en étant absents de l'entreprise, leur vie est ailleurs. Ce modèle de retrait est souvent plus subi que désiré. Lors des enquêtes de terrain menées par l'équipe de R. Sainsaulieu, ce mode identitaire est particulièrement repéré chez des travailleurs immigrés, des jeunes ou des ouvriers spécialisés occupant des emplois non qualifiés.* »¹⁸²

¹⁸¹ *Ibid*

¹⁸² Norbert Alter, Jean- Louis Laville, « *la construction des identités au travail* », Sciences Humaines n° 233, juillet 2011

4-L'identité au travail dans les hôpitaux et les cliniques

L'identité au travail se construit dans l'entreprise à travers le temps et donc à travers l'ancienneté : une grande partie de nos enquêtés dans les deux hôpitaux, parmi les médecins et les cadres paramédicaux, ont une ancienneté dans l'institution qui dépasse une dizaine d'années. Ce qui est observable dans les hôpitaux et les cliniques c'est que, généralement, les médecins les plus anciens sont les plus respectés par les patients étant donné que leurs expériences professionnelles sont à l'origine de leur bonne réputation. D'autre part ces médecins « se familiarisent » avec l'atmosphère de l'institution petit à petit jusqu'à ce qu'ils sentent une appartenance à l'institution. C'est dans ce cas que l'identité au travail que ce médecin se construit devient observable. Autrement dit l'appartenance du médecin à l'institution hospitalière se construit à travers l'ancienneté. Ce qui explique que les médecins nouvellement recrutés ne sentent pas une forte appartenance à l'institution hospitalière.

Quant aux médecins exerçant dans le secteur privé la question de l'identité au travail devrait se poser d'une manière différente. En fait les médecins qui travaillent dans les deux cliniques de l'échantillon ne sont pas permanents. La majorité de ces médecins possèdent leurs propres cabinets et ils viennent à la clinique soit pour suivre leurs clients, soit parce qu'ils sont recommandés par un confrère pour suivre un client bien déterminé. Les autres médecins, qui ne sont pas nombreux, font partie du corps des médecins hospitalo-universitaire. Généralement leurs clientèles dans les cliniques sont les plus

aisés de leurs patients qui cherchent un peu plus de confort ainsi que la compétence du médecin. Nous avons déjà signalé ultérieurement que les médecins du secteur public sont perçus par les patients comme des médecins plus compétents que leurs confrères qui travaillent dans le secteur privé.

Il est difficile donc de parler de la question de l'identité au travail des médecins du secteur privé puisqu'ils sentent un faible sentiment d'appartenance affective à la clinique étant donné qu'ils n'y sont pas permanents. Néanmoins l'appartenance du médecin est plutôt une appartenance à une profession. En se référant aux modèles identitaires que Renaud Sainsaulieu propose, et que nous avons résumé antérieurement, il s'avère que le modèle le plus proche des médecins c'est le modèle affinitaire. En fait, les relations entre les médecins sont superficielles et ne pourraient jamais se développer et devenir des relations d'amitiés. Avec les autres catégories socioprofessionnelles les médecins n'entretiennent, sauf dans des cas rares, que des relations de travail. Cette remarque sur les relations des médecins avec leurs confrères et avec les cadres paramédicaux est valable aussi bien pour le secteur public que pour le secteur privé. Nous affirmons donc, finalement, à la suite de Sainsaulieu, que la solidarité entre les médecins n'est pas très forte. L'identité au travail des médecins n'est pas donc très forte puisque leur faible sentiment d'appartenance à l'institution hospitalière ne contribue pas à la construction d'un esprit maison chez eux¹⁸³.

¹⁸³L'esprit- maison est un sentiment fort d'appartenance à l'entreprise

La construction de l'identité au travail chez les cadres paramédicaux est relativement différente de celle des médecins. L'appartenance à l'institution hospitalière publique semble être plus forte chez les cadres paramédicaux que chez les médecins. Commençons par les relations sociales. Nous avons cité antérieurement que les cadres paramédicaux entrent quotidiennement en interaction avec les patients beaucoup plus que les médecins. Ils sont donc plus « proches » des patients que les médecins.

Toutefois, l'appartenance des cadres paramédicaux à l'institution hospitalière est relativement différente par rapport aux médecins. L'un des infirmiers qui a plus qu'une vingtaine d'années d'expérience dans les hôpitaux résume cette idée comme suit : *« depuis ma première journée de travail comme infirmier dans l'hôpital j'ai décidé de considérer l'hôpital comme mon deuxième foyer puisque je partage, presque d'une manière égale, mon temps entre ma maison et l'hôpital. En ce qui concerne les relations avec les patients, un camarade plus ancien que moi m'a conseillé d'apprendre à réagir avec un sourire sur les lèvres face aux demandes des patients. Après des années de travail j'ai constaté que le sourire joue le rôle des « ralentisseurs » qu'on met sur les routes pour obliger les véhicules à ralentir leur vitesse. Le sourire joue ce rôle avec les patients furieux. Il apaise leur colère et les oblige à me respecter. En ce qui concerne mes relations avec les médecins j'ai toujours dans mon esprit mon statut d'infirmier et je connais donc bien mon champ d'action et mes limites. Ainsi je n'ai jamais eu de problèmes avec les*

médecins. D'un autre côté pour ne pas sentir la routine du travail et pour vivre dans une bonne atmosphère je tiens toujours à avoir de bonnes relations avec mes camarades les infirmiers »¹⁸⁴.

Quant à l'atmosphère du travail dans les deux cliniques, nous avons remarqué dès le début de l'enquête qu'elle diffère de celle de deux hôpitaux. En effet, dirigée avec un esprit commercial, la clinique est une entreprise à but lucratif. Le gain matériel est donc la principale finalité de la clinique. Pour ce, la discipline du travail dans les deux cliniques témoigne d'une gestion des ressources humaines

« Strictement sévère », selon un responsable administratif : les cadres paramédicaux sont tenus et de travailler péniblement et de satisfaire le client, car la satisfaction (du client) est une condition nécessaire pour satisfaire le directeur. D'autant plus le nombre du personnel dans les deux cliniques est réduit et par conséquent un infirmier, par exemple, devrait exécuter les tâches de deux autres.

Par ailleurs, nous avons rencontré dans les deux cliniques un seul médecin permanent. Il est généraliste et il travaille dans la clinique en attendant de réussir au concours de résidanat. Paradoxalement semble-t-il ce médecin est le seul à avoir remarqué clairement que l'exercice de la médecine dans la clinique est une occasion, qui dépasse de loin, l'exercice de la médecine dans l'hôpital. Elle le dépasse dans la mesure où « *la clinique est dotée d'une technologie qui n'existe pas à l'hôpital,*

¹⁸⁴ Entretien avec un infirmier effectué à Nabeul, en 2010.

alors que la médecine aujourd'hui repose principalement sur la technologie »¹⁸⁵.

Ajoutons que dans la clinique l'organisation du travail n'est pas très compliquée. Elle ne donne pas l'occasion aux différents acteurs sociaux d'entrer en interaction. Ce qui fait que l'acteur social (médecin ou cadre paramédical) ne se comporte pas, généralement, en prenant en considération l'autre, confrère ou camarade. Il ne prend en considération que son client. C'est pourquoi les rapports entre le médecin et son client sont toujours plus solides que ceux que les médecins entretiennent entre eux. Le comportement organisationnel des acteurs sociaux dans la clinique est, donc, un peu différent de celui de leurs collègues dans les hôpitaux.

Par ailleurs, dans l'enquête par questionnaire nous avons voulu savoir si les patients choisissent de se soigner dans les institutions hospitalières, privées ou publiques, dans lesquelles ils connaissent des employés qui puissent leur faciliter l'avancement des rendez-vous ou autres. Dans le tableau suivant nous présentons le résultat de l'enquête.

¹⁸⁵ Entretien avec un médecin effectué à Nabeul, en 2010.

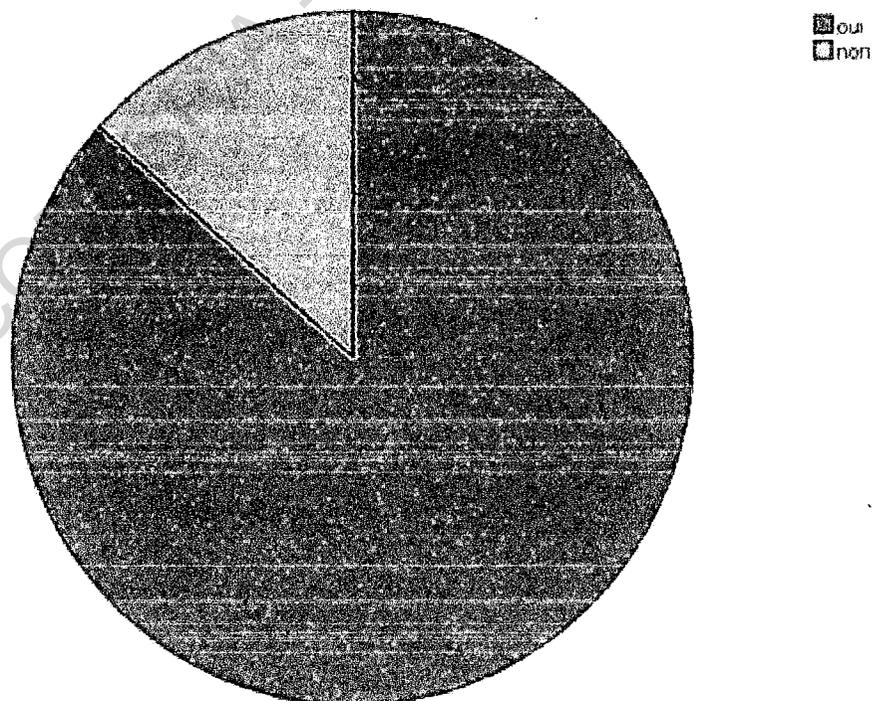
Tableau n° 16 : Les rapports entre la connaissance du personnel et le choix de l'institution hospitalière.

Effectif/ type d'institution	hôpital		clinique	
	oui	non	oui	non
Celui qui a des connaissances est consulté avant les autres	57	13	47	3
Total	57	13	47	3

Source : L'enquête sur terrain, 2009- 2010.

Représentation graphique n°5

celui qui a des connaissances est consulté



Il s'avère de ce tableau et de ce graphique que le nombre de ceux qui pensent que le fait d'avoir des connaissances parmi le personnel de l'institution hospitalière est nécessaire pour avancer les rendez-vous, pour bénéficier des soins des meilleurs médecins et pour gagner d'autres avantages est très important. En fait 57 /70 enquêtés parmi ceux qui suivent des soins dans les hôpitaux et 47/50 autres parmi ceux qui suivent des soins dans les cliniques répondent à notre question positivement. C'est-à-dire qu'ils sont d'accord sur le fait que les connaissances sont nécessaires dans les hôpitaux. Mais concernant leurs opinions sur les soins dans les cliniques, ils pensent qu'être aisé est la seule condition dans les institutions hospitalières privées. Ajoutons que nous avons pu comprendre, à travers l'enquête par entretien et à travers notre observation du déroulement du travail dans les services, que deux principales idées sont partagées parmi la quasi-totalité des patients aussi bien dans les hôpitaux que dans les cliniques :

- Ceux qui se soignent dans les hôpitaux publics sont soit des nécessiteux qui sont affiliés au régime de soins publics, et que la CNAM ne rembourse qu'une partie de leurs dépenses de soins, soit ceux qui ont des relations avec des médecins ou des employés dans l'hôpital et qui interviennent en leur faveur.
- Ceux qui se soignent dans les cliniques privées sont bien aisés et non pas, donc, des soucis financiers.

Faudrait –il signaler aussi que ces deux idées affectent l'image de marque des institutions hospitalières publiques et privées. En fait il est facilement observable dans les salles d'attentes des services de deux hôpitaux qu'il y a toujours une tension entre les patients ou leurs accompagnons et les infirmiers : ces infirmiers sont assez souvent soupçonnés de ne pas respecter l'ordre des inscriptions pour les rendez- vous. Cette idée pourrait dans certains cas se développer, chez des patients, pour arriver jusqu'au soupçon, du service tout entier, de corruption. Nous- même nous étions, beaucoup de fois, témoin de ce genre de conflit. Il va de soi que ces soupçons ne sont pas fondés sur des preuves. Mais ces soupçons pourrait affecter, on vient de le signaler, l'image de marque et la réputation du service.

L'identité au travail dans les hôpitaux et les cliniques est, en conclusion, un champ encore, à notre connaissance, peu exploré en Tunisie. C'est pour cela que nous comptons faire davantage de recherche sur ce sujet ultérieurement.

Chapitre deuxième:

La notion de culture d'entreprise appliquée aux institutions hospitalières

Terme polysémique, la culture d'entreprise devient, depuis les années 1980, une « mode » adoptée par la plupart des sociologues du travail, des sociologues des organisations et de l'entreprise, des gestionnaires et des managers de l'entreprise. Par conséquent les approches de la culture d'entreprise sont nombreuses et divergentes. C'est que l'introduction de la culture dans l'entreprise attire, depuis quelques décennies, l'attention des chercheurs de différentes spécialités en sciences humaines. En fait l'utilisation pour la première fois du terme « culture » par les sciences humaines remonte au XIX^e siècle. Mais quant au terme culture d'entreprise il n'a été « inventé » que dans les années 1950.

En fait, depuis les années 1871, le fondateur de l'anthropologie E. Tylor a défini, dans *Primitive culture*, la culture par « cet ensemble complexe incluant les savoirs, les croyances, l'art, les mœurs, le droit, les coutumes, ainsi que toute disposition ou usage acquis par l'homme en société »¹⁸⁶. Il s'avère de cette définition que la culture est l'ensemble des représentations, des valeurs, des institutions et des techniques propres à un groupe

¹⁸⁶ Tylor E, *Primitive culture : recherches into the developpement of Mythology, philosophy, Art and Custom*, cité par Guy Rocher dans *Introduction à la sociologie. Première partie, L'action sociale*, chapitre IV, pp 101- 127, Hurtubise, HMH, Tiée, Montréal, 1992, troisième édition.

social. Cependant nous pouvons déduire à partir de cette définition deux dimensions de la culture :

- Le fait culturel est universel et caractérise tout groupe social.
- La culture est acquise et sa transmission par la socialisation fait partie intégrante du phénomène culturel.

Toutefois, la sociologie culturelle n'a pas cessé de se redéfinir en permanence. La preuve c'est que, déjà en 1952, Kroeber et Kluckhohn ont recensé dans (*Culture, a critical review of concepts and definitions*, New York, 1952), 164 différentes définitions de la culture. (Aujourd'hui, il y a plus que 300 définitions). Deux types de définitions peuvent être retenus de leur recensement :

- Décrit l'organisation symbolique d'un groupe, de représentations que le groupe se fait de lui - même, de ses rapports avec les autres groupes et de ses rapports avec l'univers social.
- Décrit les coutumes, les croyances, la langue, les idées, les goûts esthétiques et la connaissance technique ainsi que l'organisation de l'environnement total de l'homme, c'est à dire la culture matérielle, les outils, l'habitat et plus généralement tout l'ensemble technologique transmissible régulant ces rapports et les comportements d'un groupe social avec l'environnement.

Par ailleurs, la culture, écrit Nathalie Diaz, « *suggère un acte humain finalisé et physique et traduit la longue chaîne qui unit les besoins et le travail, les intérêts et leur satisfaction. Elle témoigne donc d'une volonté proprement humaine de saisir un contenu*

substantiel pour le déposer et le traduire dans une forme extérieure façonnée et créée par l'homme »¹⁸⁷.

Elle ajoute ensuite que « *c'est par la culture, que l'homme tout en s'arrachant à la nature (parce que par ce moyen signifie sa condition et situation particulières dans la réalité naturelle), tire ses produits au travers d'un travail d'invention permanente qui en retour crée et génère des actes contre nature qui deviennent "force de loi". L'homme éprouve alors le sentiment de reconnaître dans tout ce qui sert à son usage, dans tout ce qui l'entourne, ses propres créations.* »¹⁸⁸

Ainsi, selon les orientations théoriques du moment, la culture a connu « *une formalisation diverse et prodigieuse* », selon Nathalie Diaz. Intéressant proportionnellement autant l'individu que le groupe, le concept s'est ainsi répandu dans le champ social pour nommer plus généralement une "civilisation" et un "héritage social". L'usage du terme "culture", dans ce sens, a tout d'abord paru en Angleterre, en Allemagne au tout début du XIX et ensuite en France au XX^e siècle. Dès lors, la culture définit une matrice sociale au sein de laquelle se nouent les relations sociales, des modèles de comportements qui induisent et engendrent ce que les anthropologues appellent une "personnalité de base". Une confusion s'est d'ailleurs glissée entre le concept dédié à la civilisation à celui dédié à la culture. Et cette notion de personnalité tranche la question. Car si une distinction est à faire, elle pourrait

¹⁸⁷ Diaz Natalie, *Cours complet sur la culture d'entreprise* in <http://marketing.thus.ch/loader.php?page=Diaz>, consulté le 16 avril 2011.

¹⁸⁸ Ibid

se traduire dans le champ que chacun des deux concepts enveloppe. La civilisation revêt un aspect plus universel, tandis que la culture est davantage personnalisée : elle reflète un ensemble d'opérations personnelles qui se transmettent et font valoir des valeurs spécifiques qui caractérisent un groupe, un collectif¹⁸⁹.

Par ailleurs, l'entreprise, étant dans son fonctionnement sous la dépendance de la dynamique des individus et de la dynamique des rapports de ces individus, construisait ces rapports et leur donnait du sens autour de sa propre culture. « Celle-ci, en raison de la variété du contexte social et économique a connu un essor important. De plus, l'émergence des questions de sens, au travers de différentes préoccupations qui font référence aux valeurs humaines et à l'engagement des responsabilités, a entraîné à découvrir que *Diriger, c'est donner le sens* »¹⁹⁰.

1) La naissance du terme culture d'entreprise.

La culture d'entreprise est utilisée à la fois par les ethnologues, les anthropologues, les sociologues et les psychosociologues. L'usage de ce terme par ces différentes disciplines témoigne de son importance. En fait, elle « étudie le comportement humain assez fondamentalement différent, ce qui contribue à brouiller davantage sa signification. Ces multiples interprétations procèdent vraisemblablement de la dimension universelle du concept lui-même qui est à la fois générale et

¹⁸⁹Diaz, *ibid*

¹⁹⁰Diaz, *ibid*

spécifique. Aussi, il n'existe pas d'accord commun quant à une définition, une formulation simple, car quel que soit son sens, la culture ne se développe pas en vase clos. Le terme "culture" ainsi rebattu, n'admet pas en ce qui le concerne, une caractérisation, une définition unanimement admises. Cette confusion ne tient pas au langage lui-même mais au déploiement sémantique qu'a connu ce mot depuis ses origines »¹⁹¹.

Toutefois, c'est Eliott Jaques, fondateur de l'école sociotechnique, qui utilise pour la première fois en 1951 le terme *corporate culture* ou *culture d'entreprise*. En fait dans son ouvrage intitulé *The Cultural Change of the factory* dans lequel il présente les résultats de l'enquête qu'il a faite dans la Glacier Metal Company. Il définit la culture d'entreprise comme un "*mode de pensée et d'action habituel plus ou moins partagé*" devant être "*appris et accepté*".

Psychanalyste de formation, Eliott Jaques considère aussi la culture d'entreprise comme « *une sorte d'inconscient collectif, qui sert de réserve, de fonds où l'entreprise puise ses solutions lorsqu'elle est confrontée à des problèmes. Ainsi, la prise de conscience à son égard résulte d'un constat selon lequel il existe un lien très puissant entre le changement technique et le changement social. Plus exactement, l'évidence est faite que tout changement au sein d'une organisation entraîne des changements sociaux et qu'il existe également des systèmes sociaux techniques.* »¹⁹².

¹⁹¹ *ibid*

¹⁹² Cité par Diaz, *Ibid*

2) Le développement du terme culture d'entreprise

Après la fondation de la culture d'entreprise aux années 1950, on assiste, aux années 1960, à l'entrée du culturel dans les études, notamment américaines, du management des entreprises. En effet, nombreuses études ont mis l'accent sur l'importance du facteur culturel dans la variabilité des modes de gestion des entreprises dans des contextes socio-économiques et culturels différents. Peu après, des études japonaises ont repris l'étude du rôle du facteur culturel dans le succès des industries modernes. Ces études ont considéré que ce succès se fonde sur la transplantation de valeurs traditionnelles de solidarité, d'abnégation et de respect de la hiérarchie dans l'entreprise.

Par ailleurs, la notion de culture d'entreprise a été largement répandue dans le domaine de la gestion et de la sociologie du travail pendant les années 1980. En fait, nombreux sociologues, psychologues du travail et gestionnaires ont abordé la question de la culture de/ dans l'entreprise par différentes approches et ont donné, par conséquent, différentes définitions de cette notion. Toutefois, il nous serait impossible, en traçant l'itinéraire du développement de la culture d'entreprise, de ne pas évoquer un livre largement cité dans le domaine managériale. C'est *Le prix de l'excellence : les secrets des meilleures entreprises*¹⁹³.

¹⁹³ Thomas Peters, Robert Waterman, *Le prix de l'excellence : les secrets des meilleures entreprises*, Paris, Inter/édition, 1984.

Les auteurs de cet ouvrage affirment que : « *les entreprises innovatrices non seulement réussissent exceptionnellement bien dans la production de nouveautés viables sur le plan commercial, mais sont aussi particulièrement habiles à réagir aux moindres changements de l'environnement* »¹⁹⁴

Toutefois, les deux auteurs ont pu dégager de la grande enquête qu'ils ont effectuées huit attributs qui caractérisent les meilleures entreprises. Nous citons en ce qui suit ces attributs sans les détailler :

- « Elles ont le parti pris de l'action.
- Elles restent à l'écoute du client.
- Elles favorisent l'autonomie et l'esprit novateur.
- Elles assoient la productivité sur la motivation du personnel.
- Elles se mobilisent autour d'une valeur clé.
- Elles se tiennent à ce qu'elles savent faire.
- Elles préservent une structure simple et légère.
- Elles allient souplesse et rigueur. »

Toutefois, c'est aux Etats-Unis d'Amérique que la culture d'entreprise a été mise à jour, commentée et présentée comme une innovation de grande portée au début des années 80. Nombreux écrits dans ce domaine en fait ont suscité, dès lors, un vif intérêt. La culture d'entreprise y est initialement présentée

¹⁹⁴ Ibid p 33

comme un facteur de réussite. Schein la définit comme : "*un modèle d'assomptions de base, qu'un groupe donné a découverts, inventés et développés en apprenant à faire face aux problèmes d'adaptation externe et d'intégration interne, qui ont été suffisamment éprouvés pour être considérés comme valides et donc être enseignés aux nouveaux membres comme étant la manière juste de percevoir, de penser en relation à ces problèmes*"¹⁹⁵

Ajoutons, cependant, qu'un large débat a opposé de nombreux sociologues du travail et gestionnaires travaillant sur la culture d'entreprise pendant les années 1980 et 1990. Jean-Pierre Hierle affirme que trois principales positions se dégagent de ce débat :

- La position de ceux qui refusent cette notion : selon eux la vie sociale des salariés est structurée, à l'extérieur de l'entreprise, par « *la législation sociale, l'appartenance de classe, les luttes ouvrières (qui) inscrivent le personnel de l'entreprise dans un champ plus vaste qui rend cette catégorie de regroupement inopérante* ». Ces éléments qui structurent la vie du salarié ne favorisent pas la création d'une culture spécifique à l'entreprise.
- La position des sociologues des organisations qui introduisent la notion de culture d'entreprise dans le corpus sociologique. Ces sociologues, dont notamment Michel Crozier, Renaud Sainsaulieu et Denis Segrestin, ont

¹⁹⁵ Schein, Edgar, *Organizational Culture and Leadership*, 1985, cité in Diaz, Ibid.

défendu l'idée que la culture d'entreprise est l'ensemble des règles de gestion proche de celles du management participatif. Ces sociologues insistent, par ailleurs, sur la prise en compte des particularités locales de l'entreprise dans son fonctionnement et sa gestion.

- La troisième position considère la culture d'entreprise comme « *une culture ouvrière d'usine fondée sur des savoirs et pratiques spécifiques difficilement valorisables à l'extérieur de l'entreprise ainsi que sur des formes de sociabilité, des acquis sociaux et des luttes propres à une entreprise particulière* »¹⁹⁶.

3) La culture d'entreprise d'après Renaud Sainsaulieu

3-1) L'entreprise comme système de sociabilité

Rappelons que nous avons déjà signalé que Renaud Sainsaulieu considère que l'entreprise est un système de sociabilité qui s'articule autour des rapports sociaux tissés entre les individus. Autrement dit, il considère les rapports sociaux comme les principaux facteurs de prospérité de l'entreprise. Il admet donc que l'entreprise est « *une société en soi* » capable de fonder ses rapports de production sur sa propre culture.

La culture d'entreprise signifie chez Sainsaulieu « *le liant symbolique de valeurs partagées qui confèrent sentiment d'appartenance, capacité collective à produire, consensus autour*

¹⁹⁶ Jean-Pierre Hierle, « *Culture d'entreprise ou culture d'établissement?* », DESS 106, Décembre 1996, pp 23- 33.

de projets, voire même esprit démocratique et convivial des rapports entre acteurs, transformés en une véritable communauté de travail »¹⁹⁷(liant : un lien symbolique qui donne de la consistance aux rapports sociaux).

3-2) La fonction identitaire de l'entreprise

Sainsaulieu pense que l'entreprise fournit une base mobilisatrice du processus identitaire, c'est à dire qu'elle fournit de références d'appartenance communautaire : les individus qui appartiennent à un même corps de métier se réfèrent aux mêmes valeurs culturelles qui se construisent petit à petit et parallèlement avec l'ancienneté de l'individu dans l'entreprise. Ces valeurs elles - mêmes servent de base pour la formation de l'esprit- maison (un sentiment fort d'appartenance à l'entreprise). L'esprit- maison se manifeste dans un lexique unifié entre le personnel de l'entreprise. Il se manifeste également dans les liens forts de solidarité et de convivialité entre eux¹⁹⁸.

Par ailleurs, Sainsaulieu fait de la notion d'identité une catégorie pertinente d'analyse au sein de la sociologie du travail. Il aborde la question de l'identité à partir de la question des relations de travail dans les organisations et sur la base des observations approfondies et participantes du fonctionnement des administrations et des entreprises¹⁹⁹.

¹⁹⁷ Sainsaulieu R, Segrestin D, « *Vers une théorie sociologique de l'entreprise* », *Sociologie du travail* n° 3, 1986

¹⁹⁸ Sainsaulieu R, L'entreprise une affaire de société, *ibid*

¹⁹⁹ Sainsaulieu R, L'identité au travail, Paris, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 1988. , *ibid*

En un mot, nous allons dans cette recherche utiliser la notion de culture d'entreprise dans le sens de *l'ensemble des connaissances acquises qui influencent le comportement de l'acteur dans l'entreprise*. Il s'agit, autrement dit, « *de l'ensemble des valeurs, des comportements communs, des mentalités et des pratiques professionnelles qui orientent les efforts de personnel vers la réalisation d'objectifs communs* »²⁰⁰.

4) Les composantes de la culture d'entreprise

D'après Alain Laramé²⁰¹, les composantes de la culture d'entreprise peuvent être analysées à partir des faits qui ont été marqués par l'empreinte de la culture d'entreprise. Ces faits se rattachent à l'histoire de l'entreprise, à son passé et à son présent. L'histoire de l'entreprise s'inscrit dans un cadre plus vaste : la tradition.

4-1) La tradition : elle se compose des éléments suivants :

- L'histoire de l'entreprise : Maurice Thévenet considère que « *la culture se construit selon un processus d'apprentissage, tout au long de l'histoire* ». Pour comprendre, donc, ses grandes phases d'évolution et ses décisions il faudrait dégager ce qu'on retient de l'histoire de l'entreprise.
- Les créateurs de l'entreprise ou Héros « *Les débuts de l'entreprise représentent la première expérience et les premiers choix réalisés, en tenant compte du contexte de la*

²⁰⁰ Sainsaulieu, *ibid*

²⁰¹ Laramé A, La communication dans les organisations, *ibid*.

création, ce qui fait apparaître les convictions personnelles et les valeurs de l'entrepreneur ». En fait le fondateur de l'entreprise intervient, par son éducation, son expérience, sa formation et ses positions, dans la détermination des caractéristiques de l'entreprise.

4-2) Le métier :

Le métier et la spécialité sont des éléments qui ont une place importante dans la détermination des références de l'entreprise. *« Pour comprendre où se situent les éléments constitutifs de la culture d'entreprise, il s'agit d'analyser les trois aspects relatifs au métier : le métier lié à l'activité, le métier lié au savoir-faire et le métier lié aux façons de faire. Cette dernière représente la capacité d'accorder plus d'importance à certaines fonctions qu'à d'autres ; c'est ce qui différenciera une entreprise qui sera plus axée sur les fonctions de la technologie que du marketing par exemple »*.

4-3) Les valeurs :

Il s'agit des valeurs qui découlent des expériences vécues par les acteurs sociaux. En fait chaque entreprise *« crée ses propres valeurs, par références à des codes externes existants. Autrement dit, les valeurs sont des idées, des croyances partagées qu'elles soient déclarées ou non. Généralement, elles sont évoquées au sein d'un discours, diffusées par le biais des supports de communication classique tels que les livrets d'accueil, les manuels ou journaux d'entreprise remis aux employés avant d'être approfondies pendant des séminaires »*.

Par ailleurs, Maurice Thévenet²⁰² distingue trois types de valeurs :

« - Des valeurs déclarées, dont les traces sont visibles sur les documents officiels, les discours de l'aval et la communication institutionnelle externe.

-Des valeurs apparentes, notamment dans le choix des « héros », des dirigeants, dans le choix de « ce que l'on estime être une réussite »

- Des valeurs dites opérationnelles qui se retrouvent dans certaines procédures de gestion, d'évaluation budgétaire... Ces valeurs doivent être intériorisées par les individus de manière à guider leur comportement face à des situations précises et de manière habituelle également ».

4-4) Les rituels :

Serge Moscovici définit les rituels comme des « activités de tous les jours, systématiques et programmées dans la compagnie. » Ils ont pour fonction de « développer le sentiment d'appartenance, de donner de l'importance aux événements qui véhiculent les valeurs pivots et de fixer la culture pour éviter qu'elle ne fluctue au gré des modes. » Concrètement, ils se manifestent dans les comportements, tant verbales que gestuelles et s'expriment au travers de repas ou de célébrations particulières (départ à la retraite).

²⁰² Thévenet Maurice, La culture d'entreprise, Paris, PUF, Collection Que sais- je ?, 2010.

4-5) Les symboles :

Ils concernent la tenue vestimentaire, la signalétique, le mobilier, les logos ... Ils signifient explicitement de part des signes et des codes, l'environnement et l'ambiance que véhicule l'entreprise et démontrent la cohérence de la culture d'entreprise qui s'applique au sein de l'organisation²⁰³.

Pour sa part, Edgar Schein propose un modèle de conceptualisation de la culture d'entreprise. Ce modèle nous permet de concevoir l'aspect anthropologique de la culture d'entreprise. Dans son livre intitulé *Organizational Culture and Leadership*, Edgar Schein définit la culture d'entreprise comme "un ensemble de prémisses et de croyances partagées que le groupe a appris au fur et à mesure qu'il a résolu ses problèmes d'adaptation externe et d'intégration interne, qui a fonctionné suffisamment bien pour qu'il soit considéré valide, et par conséquent est enseigné aux nouveaux membres comme la manière appropriée de percevoir, de penser et de ressentir par rapport à ces problèmes"²⁰⁴.

Par ailleurs, Schein divise la culture d'une entreprise en trois niveaux :

1. **Artefacts** : les aspects visibles de la culture, comme les comportements observables, la manière de s'habiller, les blagues, les mythes fondateurs. Ils sont faciles à identifier mais il est difficile d'en tirer une signification.

²⁰³ <http://culture.entreprise.free.fr> consulté le 16 avril 2011

²⁰⁴ Schein, *Organizational Culture*, cité par Diaz, *culture d'entreprise*, *ibid.*

2. **Valeurs** : les stratégies, objectifs et philosophies, choisies de manière consciente et qui sont diffusées par la direction et le management de l'entreprise.
3. **Prémises** : les croyances qui sont l'essence de la culture d'entreprise. Ces prémisses sont difficiles à discerner car elles opèrent au niveau de l'inconscient. Elles portent sur des questions telles que la nature de l'homme, le rapport au temps, la notion de vérité, etc. Elles ne sont quasiment jamais remises en cause. Il remarque toutefois que les valeurs découlent des prémisses, tout comme les artefacts découlent des valeurs.

5) La culture d'entreprise dans l'institution hospitalière

Nous mettrons l'accent dans cette section sur la création d'une culture d'entreprise spécifique aux hôpitaux et aux cliniques et sur la construction des liens sociaux entre les différents acteurs au sein de ces institutions. Nous étudierons, également, la question de l'innovation organisationnelle, technologique et sociale et son rôle dans le développement de l'institution hospitalière.

Etudiant les appartenances collectives à l'hôpital, Ivan Sainsaulieu écrit : « *Malgré les contraintes gestionnaires, différentes formes d'appartenance collective se dégagent du travail coopératif à l'hôpital. Au niveau de l'unité de soins, des appartenances collectives de service se constituent de manière forte, du fait d'une interaction intense de type technique ou*

relationnelle. »²⁰⁵ . Parmi ces différentes formes d'appartenance au service ou à l'unité de soins il insiste sur deux formes :

- La communauté endogène :

Le bloc. « *Au bloc, les individus ont conscience d'être membres d'une communauté* », c'est que « *le type communautaire endogène comprend un héritage culturel vivant du fait de l'ancienneté du personnel, une frontière physique marquée autour d'interactions intenses et personnelles entre les collègues, de faibles rapports avec les unités ou personnes extérieures, une capacité autonome collective et un investissement fort du personnel. La dimension communautaire se résume par le caractère fusionnel des relations entre les membres, où les frontières : travail/hors travail, public/privé, dedans/dehors, sont vite franchies.* »²⁰⁶

- La communauté exogène :

La relation au patient. « La relation » avec le patient constitue l'autre pôle communautaire au niveau de l'unité de soins. Pour des soignants, l'alternative est claire : la technique d'un côté (chirurgie, soins intensifs au bloc ou à la réanimation), le relationnel de l'autre (pédiatrie, gériatrie, psychologie, urgences).

Ivan Sainsaulieu remarque que la collaboration entre les acteurs dans les services où se manifeste cette deuxième forme d'appartenance communautaire « *est donc plus vulnérable que la communauté endogène. La logique d'ouverture de la relation au*

²⁰⁵ Sainsaulieu I, Les appartenances, *Ibid.*

²⁰⁶ *Ibid*

patient entraîne un risque aléatoire, des menaces de perte de contrôle, d'hétéronomie du fait d'une polyvalence trop forte, déstabilisatrice. »²⁰⁷.

6) Les résultats de l'enquête

Il s'avère de l'enquête que la construction d'une culture d'entreprise spécifique à chacune des institutions hospitalières étudiées se base sur la nature des liens sociaux tissés entre les acteurs dans les services de ses institutions. Toutefois cette culture d'entreprise est fondamentalement différente entre les hôpitaux et les cliniques. Pour ce nous allons en ce qui suit diviser notre analyse en deux parties :

A) La culture d'entreprise dans les deux hôpitaux :

On peut confirmer là que chaque service (dans l'hôpital) a sa propre sous-culture d'entreprise. Ceci est particulièrement due à la méthode d'organisation du travail que le médecin en chef impose, d'une part et à sa représentation des rapports sociaux en général et des rapports au travail en particulier, d'autre part. En fait, nous avons pu constater à travers l'enquête que la dynamique du service est due à la dynamique du médecin chef du service. Dans certains services le travail est organisé d'une manière qui témoigne d'un esprit d'organisation très développé : le chef du service impose parfois sa méthode d'organisation et contrôle l'organisation du service. Cette méthode se manifeste dans les traits suivants :

²⁰⁷ *Ibid*

- ✓ Le tableau d'affiches est bien tenu,
- ✓ Les tâches sont bien réparties entre les médecins, les infirmiers et les cadres paramédicaux.
- ✓ L'hygiène est plus observable dans ces services que dans d'autres.
- ✓ La communication entre les différents acteurs sociaux dans l'hôpital est l'une des principales bases sur lesquelles se construit la culture d'entreprise. La communication est plus développée dans les services dans lesquels les médecins, et particulièrement le chef du service, sont souriants ou sont sympathiques avec leurs confrères et avec les patients.

Quant à la représentation des rapports sociaux, elle se manifeste dans certains indices que nous présentons en ce qui suit :

- les médecins, aussi bien dans les hôpitaux que dans les cliniques, se représentent leurs rapports sociaux avec leurs confrères, les cadres paramédicaux, les patients et les infirmiers d'une manière qui diffère d'un médecin à un autre.

Ceci se manifeste dans leurs comportements organisationnels aussi bien avec leurs confrères, avec les cadres paramédicaux qu'avec les patients.

- les patients, quant à eux, se représentent leurs rapports sociaux avec les médecins, les infirmiers et les cadres paramédicaux différemment l'un de l'autre. La perception de la compétence du médecin ou de l'infirmier intervient, en premier lieu, dans cette représentation. L'aspect « humaniste » du médecin, de

l'infirmier ou du cadre paramédical est lui aussi un facteur déterminant dans le respect du patient de ces acteurs.

D'autre part, beaucoup de patients établissent un rapport entre l'ancienneté des médecins ou des cadres paramédicaux et leurs compétences : selon eux les plus âgés sont les plus compétents et les plus expérimentés et ils n'ont pas, par conséquent, confiance aux jeunes médecins. Egalement beaucoup de patients considèrent que la formation universitaire des vieux médecins est plus solide que celle des jeunes médecins.

Ces enquêtés ont signalé, en outre, que les médecins les plus expérimentés prescrivent les médicaments ce n'est pas selon l'état de santé du patient mais aussi selon ses moyens financiers. La question de la prescription des médicaments a été soulevé par ailleurs dans son rapport avec la culture du pays : pendant le mois de ramadhan si le médecin considère que le patient peut pratiquer le jeûne il lui prescrit des médicaments à prendre pendant la nuit. En ce qui suit nous présentons une analyse anthropologique du rapport entre médicaments et cultures.

« Dans la rencontre entre médicaments et cultures, la complexité et la diversité ne se situent pas que du côté des cultures : les médicaments – que nous définirons comme des produits pharmaceutiques industriels élaborés sur la base de références scientifiques relevant de la biologie, de la biomédecine et de la pharmacie – sont des objets saturés de sens, et très ambivalents. Objets concrets, parfois prosaïques, intégrés dans

l'espace privé et le temps quotidien, qui semblent justifiés par une efficacité matérielle sur les corps échappant largement à la conscience de ceux qui les consomment; objets dont la matérialité est également terriblement efficace, puisque des centaines de millions de personnes ne doivent leur (sur)vie qu'à leur consommation. Ils sont aussi le support d'un investissement idéal, d'interprétations, d'élaborations symboliques, en rapport avec la culture scientifique biomédicale qui les produit et avec les multiples cultures et sous-cultures qui les (ré) interprètent. Ils sont de plus des objets sociaux, véhiculant des rôles, des rapports de savoirs et de pouvoirs plus ou moins inégalitaires, légitimant l'organisation d'institutions, de systèmes, de réseaux. Leur rôle crucial dans le système de sens de la biomédecine, dans la relation thérapeutique, et dans le rapport de l'individu au corps sain ou malade, laisserait penser qu'ils occupent une place centrale dans les travaux en anthropologie médicale depuis ses débuts. Ce n'est pas tout à fait le cas, aussi est-il utile d'ouvrir cette présentation sur une tentative de repérage des travaux portant sur les rapports entre médicaments et culture(s) dans le champ de l'anthropologie médicale »²⁰⁸.

Après avoir présenté ce résumé des résultats de l'enquête nous allons en ce qui suit proposer une « lecture » de ces résultats qui se base sur la conception sainsaulieunienne de l'entreprise en tant que système social. Nous allons cependant considérer

²⁰⁸ Alice Desclaux et Joseph Josy Lévy, "Présentation. Cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale?". *Anthropologie et Sociétés*, vol. 27, n° 2, 2003, p. 5-21. Québec : département d'anthropologie, Université Laval.

l'hôpital comme une entreprise puisque nous avons déjà conclu antérieurement que l'hôpital actuel devient une entreprise.

L'hôpital, tout comme l'entreprise, est un système social selon Renaud Sainsaulieu. Considérer l'hôpital ou l'entreprise comme un système social²⁰⁹, c'est le considérer comme « *un système social, en plus d'un système économique et technique* ». Autrement dit, l'hôpital pourrait être considéré comme une société humaine qui se caractérise par une histoire propre, des valeurs spécifiques centrées sur le travail et les relations interprofessionnelles et hiérarchiques. Il faudrait signaler cependant que Sainsaulieu adopte la définition de Raymond Boudon pour qui « *l'idée de système correspond à quatre critères* :

- *La notion d'ensemble et de totalité d'éléments ;*
- *L'association et l'interdépendance entre ces éléments ;*
- *La structure de relations précises entre ces éléments ;*
- *La reproduction des mêmes effets tant qu'on ne change ni la structure ni les éléments »²¹⁰.*

Par ailleurs, Sainsaulieu ajoute dans le même chapitre que « *les entreprises contemporaines qui, plus qu'avant, rencontrent le changement de leurs structures sociales internes pour répondre aux pressions de l'environnement, ne peuvent faire l'impasse sur la dimension culturelle de leurs rapports organisés. Quatre*

²⁰⁹ Sainsaulieu R, Sociologie de l'entreprise. Organisation, culture et développement, Paris, Presses de Sciences Po et Dalloz, 1997.

²¹⁰ Boudon R, La notion de structure dans les sciences sociales, Paris, Gallimard, 1968, cité par Sainsaulieu R, Sociologie de l'entreprise, ibid.

approches du problème guideront cette démarche, conformément à la complexité de processus culturels impliqués dans le changement ou le développement d'une société ».

B) La culture d'entreprise dans les deux cliniques

Les caractéristiques de la culture d'entreprise dans la clinique, et que nous avons pu déduire de l'enquête, diffère de celle de l'hôpital. En effet nous avons pu observer que les caractéristiques de la culture d'entreprise sont similaires dans les deux cliniques étudiées. La similitude est due aux normes et aux idées de profit et de marketing que les agents et les médecins partagent. Ils ont en fait les mêmes idées quant aux comportements envers les clients. Dans les cliniques et les cabinets de médecins privés les patients sont toujours considérés comme des clients. Bien s'occuper du patient, lui réserver le temps nécessaire pour la consultation et communiquer avec lui le plus gentiment possible sont les signes du bon comportement des médecins privés avec leurs clients. D'autre part le médecin traitant dans une clinique se comporte assez souvent avec son patient, comme nous l'avons déjà cité, avec un esprit commercial : il essaie d'établir un rapport avec son client pour qu'il n'aille pas consulter chez un autre confrère.

Par ailleurs, contrairement aux médecins traitant dans les hôpitaux, les médecins privés connaissent les noms et les situations sociales de la plupart de leurs patients. *« C'est avec un esprit commercial que le médecin privé a toujours le souci d'augmenter le nombre de ses patients. En fait, il commence sa*

*carrière en cherchant des clients pour pouvoir payer le loyer de son cabinet et le salaire de sa secrétaire médicale. Pour cette raison il a recours à des consultations supplémentaires dans des cliniques pour arrondir son mois. Et après quelques années de travail il se trouve endetté envers les banques parce qu'il a acheté une nouvelle voiture et commence à mener une vie de bourgeois. C'est ainsi qu'un esprit commercial se forge chez lui ».*²¹¹

Ce témoignage considère les causes financières comme les principales causes du choix des médecins traitants dans le secteur privé. Néanmoins cette opinion n'a pas été appréciée par les autres médecins enquêtés. En fait nombreux médecins ont insisté sur la nécessité de privatisation du secteur sanitaire. Leurs différentes opinions se résument dans l'idée suivante : la privatisation du secteur de la santé est une condition nécessaire pour son développement. Selon eux cette idée se fonde sur l'incapacité du secteur public à résoudre le problème d'encombrement permanent des hôpitaux, d'acheter de nouvelles technologies indispensables et d'établir de bonnes relations entre les médecins et leurs patients.

Par ailleurs, l'esprit entrepreneurial est assez présent chez la plupart des médecins privés que nous avons interviewés. Ces médecins investissent une partie de leurs revenus dans des projets économiques : commerciaux ou agricoles notamment. D'autre part nous avons observé que les médecins privés sont divisibles entre deux catégories : ceux qui prescrivent beaucoup

²¹¹Entretien avec un médecin généraliste possédant un cabinet privé et traitant dans les deux cliniques, 10 ans d'expériences.

de médicaments pour les patients et ceux qui leur prescrivent peu de médicaments. Un médecin spécialiste nous a expliqué, avec des termes techniques difficiles à comprendre par les non spécialistes, que cette différence entre les médecins est due à leur conception de la complémentarité entre les médicaments. Un autre médecin cependant a signalé que « *dans mon cabinet je prends assez souvent en considération la situation financière de mon client. Pour le nécessiteux je ne prescris que les médicaments nécessaires et le cas échéant je lui donne un ou deux paquets de chez moi* »²¹².

Pour résumer, nous soulignons qu'il va de soi que les deux « modes » de culture d'entreprise que nous avons pu dégager de l'enquête dans les hôpitaux et les cliniques sont relativement différentes. En fait, il y a toujours dans les différents secteurs une nette différence entre les institutions publiques et les institutions privées. L'appropriation des hôpitaux par l'Etat est une forte raison pour qu'ils soient organisés d'une manière différente des cliniques qui sont des entreprises privées. Dans ce cadre, nous rappelons que l'hôpital est généralement plus grand que la clinique et est divisé en services indépendants l'un de l'autre. Dans la clinique on ne trouve pas de services indépendants. La répartition de l'hôpital en services distincts est à l'origine de la diversité des cultures d'entreprise que nous avons pu observer dans les deux hôpitaux.

²¹² Entretien avec un médecin effectué à Nabeul en 2009.

Parmi les autres caractéristiques des hôpitaux, que fait leur différence avec les cliniques, c'est que les médecins sont des fonctionnaires d'Etat, alors que les médecins privés qui travaillent dans les cliniques sont « véhiculés » par « l'appât de gain ». Ainsi la plupart des médecins traitants dans les cliniques possèdent leurs propres cabinets. Leur travail dans les cliniques est donc un travail supplémentaire qui sert à gagner un peu plus d'argent.

Par ailleurs, il serait utile de rappeler que la construction de la culture d'entreprise repose sur la communication entre les acteurs sociaux et les liens sociaux qui en découlent. Les catégories socioprofessionnelles qui travaillent dans les hôpitaux et les cliniques entrent durant toute la période ouvrable en interaction avec une population assez grande et hétérogène : c'est la catégorie des patients. La communication entre ces acteurs et les patients est la principale base autour de laquelle se construit la culture d'entreprise. Il va sans dire dans ce cadre que cette culture diffère entre les cliniques et les hôpitaux, puisque les atmosphères de ces deux institutions sont différentes. La perception des patients par les acteurs sociaux dans ces deux institutions est, elle aussi, différente. La diversité des cultures entre les deux institutions est donc justifiable.

Chapitre troisième :

Acteurs sociaux et représentations de la santé et de la maladie

Avant de présenter les représentations des acteurs sociaux de la santé et de la maladie il convient d'analyser les définitions scientifiques de ces deux termes. L'organisation mondiale de la santé (l'OMS) définit la santé comme étant : « *un état optimal de bien-être physique, mental et social, et pas seulement l'absence de maladie et d'infirmité* »²¹³

Le chercheur Sofiane Bouhdiba signale, en analysant cette définition, que « *le terme optimal signifie qu'il y a une comparaison permanente entre un état observé dans une population, et un état considéré comme souhaitable* ». Et il ajoute en se référant à Elisabeth Longuenesse que ce terme renvoie au terme « *d'Itidal (équilibre) cher à Ibn Sina (Avicenne), pour qui « la maladie est avant tout perçue comme une rupture par rapport à une norme psychique, physiologique, somatique ou physique, laquelle norme n'a rien d'absolu puisque d'une région du monde à l'autre, d'une ethnie à l'autre elle peut varier considérablement* »²¹⁴

²¹³ OMS cité par Sofiane Bouhdiba, Le système de santé au Maghreb, in *Governing health systems in Africa*, edited by Martyn Sama & Vinh- Kim Nguyen, Codesria, 2008.

²¹⁴ Elisabeth Longuenesse, *Santé, médecine et société dans le monde arabe*, Paris, L'Harmattan, 1995, p 42.

La santé est donc un état d'équilibre interne alors que la maladie est conçue comme une situation de déséquilibre. Pour sa part le philosophe René Dubos définit la santé comme suit : « *La santé, c'est la situation dans laquelle l'organisme réagit par une adaptation tout en préservant son intégrité individuelle. La santé est un état physique et mental relativement exempt de gêne et de souffrance qui permet à l'individu considéré de fonctionner aussi efficacement que possible dans son milieu. La santé, c'est un état qui permet à celui qui en jouit de se consacrer pleinement à son ou à ses projets et qui met donc toujours enjeu des forces socio-culturelles, non inscrites dans le code génétique* »²¹⁵.

Philippe Adam et Claudine Herzlich dans *Sociologie de la santé et de la maladie*²¹⁶ considèrent que la perception de la santé et de la maladie diffèrent d'un modèle culturel à un autre. En fait les deux auteurs se réfèrent à Mark Zborowski qui, en 1952, a fait une recherche sur les composantes de la douleur dans trois groupes ethniques aux Etats- Unis : des américains d'origine italienne, des américains d'origine juive, des américains issus de familles protestantes implantées de longue date aux Etats- Unis. « *Tandis que les américains d'origines juive et italienne réagissent à la douleur de manière très émotionnelle et sont sensibles à des seuils de stimulation douloureuse très bas, les Américains « de souche » tendent beaucoup plus à la minimiser. Zborowski*

²¹⁵ Jacques Dufresne, "La santé". Un article publié dans l'ouvrage (sous la direction de) Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin, *Traité d'anthropologie médicale*. L'Institution de la santé et de la maladie. Chapitre 49, pp. 985-1013. Québec: Les Presses de l'Université du Québec, l'Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC) et les Presses universitaires de Lyon (PUL), 1985, 1245 pp

²¹⁶ *Ibid*, p 58 et suivantes

analyse aussi la signification attachée à la douleur dans ces différents groupes. Pour les italiens l'expérience a surtout un sens immédiat, leurs plaintes sont très vives mais elles s'apaisent dès que la douleur cesse et celle-ci leur laisse peu de souvenirs. En revanche, les préoccupations des Américains d'origine juive concernent les conséquences à long terme. Leur anxiété est tournée vers l'avenir et elle ne s'efface pas lorsque la douleur a disparu. La même intensité de réaction dans ces deux groupes ne correspond donc pas à une même attitude face à l'expérience de la douleur. Quant aux Américains de souche, leur plus grand stoïcisme s'accompagne aussi d'une inquiétude centrée sur le futur. »²¹⁷

Par ailleurs, dans les sociétés modernes, écrit Adam et Herzlich²¹⁸, la médecine scientifique moderne donne des explications du sens, de la nature et des causes des maladies. En se référant à Luc Boltanski, les deux auteurs signalent que, dans la médecine moderne, « *le rapport au corps est modelé par la proximité d'un groupe social avec le discours scientifique dominant dans les sociétés industrielles* »²¹⁹.

²¹⁷ *ibid* p 63

²¹⁸ *ibid* p 62 et suivantes

²¹⁹ *Ibid*

1) Les représentations sociales²²⁰ des acteurs sociaux de la santé et de la maladie.

Les différents cadres médicaux et paramédicaux que nous avons interviewés dans les deux cliniques et les deux hôpitaux s'accordent à considérer la santé comme « *une couronne qui couvre les têtes de ceux qui sont en bonne santé* » comme disait le proverbe arabe. Etre en bonne santé selon eux signifie ne pas être atteint de maladies graves, en premier lieu, et pouvoir mener sa vie sans difficultés corporelles ou psychiques en deuxième lieu. Tandis que la maladie selon eux se définit comme le fait de ne pas pouvoir mener sa vie convenablement à cause des difficultés corporelles ou psychiques. Ces deux définitions « générales » de la santé et de la maladie résument les longues discussions que nous avons eues, lors de l'enquête par entretien, avec les cadres médicaux et paramédicaux. En ce qui suit nous allons essayer de répartir par thèmes les principales idées que nous avons retenues des entretiens avec les enquêtés.

²²⁰Nous entendons ici par représentation sociale, comme la définit Moscovici, « *une modalité de connaissance particulière ayant pour fonction l'élaboration des comportements et la communication entre individus* », S. Moscovici, Psychologie sociale, Paris, PUF, 1984, P 26, cité par Brigitta Orfali, « Les représentations sociales : un concept essentiel et une théorie fondamentale en sciences humaines et sociales », L'Année sociologique, 2000, n° 1, pp 235- 254. Voir aussi Claudine Herzlich, « Les représentations sociales de la santé et la santé en mutation : un regard rétrospectif et prospectif sur la fécondité d'un concept »,

1-1) La représentation de la santé et de la maladie par les médecins

Nous avons remarqué, lors du dépouillement et de l'analyse de l'enquête, que les médecins les plus âgés et les plus expérimentés sont plus soucieux de la question de la santé et de la maladie, de leurs patients en particulier et des tunisiens en général, que les jeunes médecins. Ils ont aussi, tous, parlé de l'évolution de la conscience des patients de la santé et de la maladie. Voici quelques témoignages que nous présentons textuellement avant de les analyser.

- *« Etre en bonne santé c'est être en état physique et psychique qui permet à l'individu de mener sa vie convenablement sans sentir des faiblesses (physique ou psychique). Par contre être malade c'est être en état physique et psychique qui ne permet pas à l'individu de travailler, de penser ou de faire quoi que ce soit qui nécessite un effort physique ou intellectuel. D'ailleurs je dois insister là sur la réciprocité entre l'état physique et l'état mental de l'être humain : quelqu'un qui souffre d'une maladie mentale son corps ne « répond pas » lorsqu'il a besoin de faire un effort physique et on peut dire la même chose lorsqu'il souffre d'une maladie physique »²²¹.*

- *« Ca fait 17 ans que je travaille dans cet hôpital. J'ai constaté durant cette période que la représentation de la santé et de la maladie par les patients a considérablement évolué. Ce qui a facilité la mission du médecin. Par contre le nombre des*

²²¹Entretien avec un médecin effectué à Nabeul, en 2010.

maladies s'est multiplié. En effet les tunisiens sont devenus plus conscients de l'importance de l'hygiène dans le sauvegarde de leur santé. D'autant plus l'espérance de vie a évolué cette dernière décennie. Ce qui prouve que les tunisiens deviennent de plus en plus conscients que le bien-être est synonyme de la bonne santé »²²².

- « *Je ne pense pas que les patients qui suivent des traitements dans les cliniques ou chez les médecins privés se représentent la santé et la maladie de la même façon que ceux qui se soignent chez les médecins de la santé publique. En fait les clients des cliniques ou des médecins privés font partie de la classe aisée. C'est pourquoi ils ont l'habitude de prendre soins de leur santé et de faire attention aux maladies. Mais ceci ne m'empêche pas de signaler toutefois que la classe aisée a ses propres maladies qui sont du, assez souvent, au manque d'activité physique ou à la nourriture : parmi les signes de richesse chez les tunisiens c'est le fait de manger beaucoup de viande de mouton par exemple, alors que ceci peut engendrer des maladies comme le diabète, le cholestérol »²²³.* Médecin spécialiste qui a un cabinet privé et qui exerce dans les deux cliniques.

²²² Entretien avec un médecin effectué à Nabeul, en 2010.

²²³ Entretien avec un médecin effectué à Nabeul, en 2010.

1-2) La représentation de la santé et de la maladie par les cadres paramédicaux

D'une manière générale, la représentation des cadres paramédicaux de la santé et de la maladie ne diffère pas beaucoup de celle des médecins. Le surveillant du service d'ophtalmologie dit qu'il a remarqué, ces dix dernières années, que les patients sont de plus en plus conscients de l'importance de l'hygiène dans le sauvegarde de la bonne santé. En fait les familles sont soucieuses des pratiques alimentaires de leurs enfants : tout le monde parle des risques des sandwiches et du fast-food que les enfants aiment manger sur leur santé. Mais l'erreur que tous les parents commettent c'est qu'ils ne résistent pas aux caprices de leurs enfants. Et par conséquent il y a aujourd'hui beaucoup d'enfants qui souffrent des maladies de l'appareil digestif. D'ailleurs l'obésité commence à se propager dans la société tunisienne.

Un radiologue pense, contrairement aux interviewés précédents, que *« les tunisiens ne sont pas conscients de leur santé. La preuve c'est qu'on mange beaucoup de sucreries bien que ceci pourrait être la cause des maladies graves. D'ailleurs j'ai constaté durant toute ma carrière de radiologue que la plupart des malades ne font les radios que si les médecins les demandent et surtout qu'on a l'habitude de se contenter des calmants « standards » c'est-à-dire valable pour toutes les douleurs. Et les médecins ne demandent ces radios que lorsqu'il est très tard. Bref, il y a un proverbe très intéressant que les*

tunisiens ne suivent jamais : les remèdes sont mieux que les soins »²²⁴.

Un technicien supérieur qui travaille dans un laboratoire à l'hôpital et qui fait des vacations dans la clinique nous a signalé que *« les tunisiens ont peur des maladies qui se multiplient de jours en jours : il y a des maladies qu'on n'a pas connu avant dix ans. C'est pourquoi les hôpitaux sont toujours pleins des hommes et des femmes qui viennent consulter bien qu'ils apparaissent en bonne santé »²²⁵.*

Après avoir présenté ces quelques témoignages des représentations des cadres médicaux et paramédicaux de la santé et de la maladie, nous allons en ce qui suit tenter d'analyser la perception des tunisiens, aussi bien patients que professionnels de la santé, de ce sujet. Nous devons signaler, toutefois, que nous avons posé la question sur la représentation de la santé et de la maladie seulement aux médecins et aux cadres paramédicaux. En ce qui concerne les patients nous avons pensé qu'il est inutile de poser cette question dans un questionnaire quantitatif. D'autant plus nous avons posé cette question aux malades dans la pré-enquête et nous avons constaté que les réponses sont presque les mêmes. En ce qui suit nous allons diviser les réponses des enquêtés par thèmes :

²²⁴ Entretien avec un radiologue effectué à Nabeul, en 2010.

²²⁵ Entretien avec un technicien supérieur effectué à Nabeul, en 2010.

2) Perception de la santé et de la maladie par les enquêtés.

a) la santé est la principale source du bien- être

Etre en bonne santé c'est pouvoir jouir des belles choses de la vie. Cette idée est partagée par les différents enquêtés. En fait pour mener une vie agréable et heureuse il faudrait avoir deux choses : la bonne santé et les bonnes conditions matérielles. D'autant plus ceux qui sont en bonne santé peuvent vivre plus longtemps que ceux qui souffrent des maladies. L'argent peut, elle aussi, procurer à l'individu le bien- être mais à condition d'être en bonne santé pour pouvoir bénéficier des occasions qu'on peut fournir avec l'argent. Cette idée, qui résume une bonne partie des entretiens, manifeste de l'importance que les tunisiens donnent à leur santé.

D'autre part, dans la pré-enquête que nous avons faite avec des patients, nous avons demandé aux enquêtés de nous donner leurs avis sur l'évolution ou la régression de la santé et de la maladie dans la société tunisienne. Les réponses de différents enquêtés étaient presque similaires. En fait, en ce qui concerne la santé, les interviewés s'accordent à considérer que l'état de santé de tunisiens s'est considérablement amélioré les deux dernières décennies. Ceci est principalement dû à l'amélioration du niveau de vie d'une part et à l'évolution du niveau d'enseignement d'autre part. En fait on peut remarquer facilement aujourd'hui que même dans les zones rurales les habitants essayent toujours de conserver leur santé et surtout ils prennent

soins de celle de leurs enfants. Partout aujourd'hui, selon les enquêtés, on vérifie la date limite de consommation des aliments en général et des conserves en particulier : yaourt, lait, conserve de tomates....

Toutefois, la conscience que les tunisiens en général ont de leur santé diffère d'une catégorie sociale à l'autre. Les familles pauvres et notamment celles qui habitent dans les campagnes donnent moins d'importances à l'hygiène que les familles les plus aisées et qui habitent dans les villes. On peut observer aussi le manque d'intérêt à l'hygiène dans les petits restaurants qu'on trouve partout et particulièrement près des écoles primaires, des lycées et des facultés. Dans ces restaurants on mange des sandwiches sans avoir aucun souci de l'hygiène. Bref la relation entre la bonne santé et le bien-être est présente dans la conscience des tunisiens mais les conditions de vie, notamment chez la classe des pauvres ou dans les campagnes, poussent parfois les individus à fermer leurs yeux et faire semblant de ne pas voir les risques de manger dans des restaurants où l'hygiène est absente.

Il s'avère aussi de l'enquête que la majorité des patients, selon les cadres médicaux et paramédicaux, que ce soit dans les hôpitaux ou dans les cliniques, semblent être de bons vivants : aujourd'hui les patients lorsqu'ils viennent consulter un médecin ou faire une analyse quelconque ils mettent leurs meilleurs vêtements comme s'ils vont à une fête. Ce n'était pas le cas il ya vingt ou trente ans. Ceci prouve que les tunisiens en général tiennent à leur santé et donc à la vie.

Anne- Sophie Cousteaux a mené en 2001, dans le cadre de L'INSEE, une enquête qui a touché 5000 individus en France. Cette recherche a porté sur

« Représentations de la santé et cycle de vie. De la recherche du bien-être au maintien des Capacités ». « Dans cette recherche, nous analysons les réponses à une question ouverte posée dans une enquête de l'INSEE menée en 2001 : « *Être en bonne santé, qu'est-ce que cela signifie pour vous ?* » Prenant appui sur les représentations profanes de la santé que livrent ces réponses, cette étude, menée au moyen de techniques d'analyse des données textuelles, met ainsi en évidence la forte structuration des représentations par l'âge et secondairement par le genre. On est de ce fait conduit à s'interroger plus particulièrement sur ce que ces représentations révèlent de la différenciation sociale et sexuelle du rapport au corps, de la construction sociale du masculin et du féminin et des normes de comportement qui les sous-tendent et qui ont souvent des conséquences directes sur la santé, tant dans le domaine des comportements à risque (consommation d'alcool, de tabac, de drogue, comportements violents...), des habitudes apprises dans le recours aux soins ou des rôles attribués dans la gestion de la santé familiale qu'à l'égard des normes de séduction (valorisation de la musculature masculine et minceur féminine, sport chez les hommes et régime chez les femmes, etc.) »²²⁶.

²²⁶ Cousteaux, Anne-Sophie (2010). « Représentations de la santé et cycle de vie. De la recherche du bien-être au maintien des capacités », Notes & Documents, 2010- 01, Paris, OSC, Sciences Po/CNRS.

b) les maladies sont les principales sources de dépenses

Il va sans dire que les familles tunisiennes dépensent aujourd'hui beaucoup d'argent pour se soigner. En fait dans le secteur privé, les rémunérations des médecins sont assez élevées, les prix des analyses, des radios, des scanners, (...) dépassent largement les moyens de la majorité des tunisiens. Il faut ajouter aussi que même dans le secteur public les dépenses pour les soins sont élevées, même pour ceux qui sont affiliés à la CNAM. Ahmed Khaouja signale, dans une recherche intitulée « *Les tunisiens et la maladie : compétences et représentations* »²²⁷ et présentée au laboratoire Dirasset- Etudes Maghrebines que les familles tunisiennes dépensent 60% de leurs budgets dans les soins.

Par ailleurs, les patients qui sont affiliés au régime de soins publics par exemple se trouvent obligés soit à acheter les médicaments, soit à faire des analyses dans des laboratoires privés. En ce qui concerne les dépenses pour les médicaments, elles sont dues à leur manque dans les pharmacies des hôpitaux. Quant aux dépenses pour les analyses dans les laboratoires, les patients se trouvent parfois obligés de recourir au secteur privé vu le nombre restreint des laboratoires dans les hôpitaux. C'est pourquoi on doit attendre parfois son tour des mois pour une analyse ou un scanner. Ceci oblige beaucoup de patients à recourir au secteur privé et à payer assez cher ces analyses pour ne pas attendre leur tour durant des mois surtout pour les patients

²²⁷Ahmed Khaouja, « *Les tunisiens et la maladie : compétences et représentations* », étude présentée au Laboratoire Dirasset- Etudes Maghrebines, Faculté des Sciences Humaines et Sociales de Tunis, sans date.

qui sont dans un état assez grave. Cependant il y a d'autres malades qui ne peuvent pas consulter des médecins privés ils cherchent des interventions pour avancer leurs rendez- vous. Le tableau suivant présente les réponses des enquêtés à la question portant sur l'intervention pour avancer les rendez- vous.

Tableau n° 17 :Le recours des patients aux interventions pour avancer les rendez- vous selon le type d'institution.

Effectif/ type d'institution	hôpital			clinique		
	Pas de réponse	oui	non	Pas de réponse	oui	non
Intervention pour avancer rendez- vous	4	22	44	2	9	39
Total	4	22	44	2	9	39

Source : L'enquête sur terrain, 2009- 2010.

D'après le tableau, 6 enquêtés n'ont pas répondu à la question soit qu'ils considèrent que ceci fait partie de leur secrets personnels, soit qu'ils n'ont pas d'opinion. Toutefois le nombre de ceux qui ont déclaré ne pas faire intervenir d'autres personnes est 83 personnes, soit un taux de 69, 2%. Tandis que le tableau ci- après montre que le nombre de ceux qui ont répondu par oui est 22 personnes pour l'hôpital et 9 personnes pour la clinique. Alors que le nombre de ceux qui ont répondu par non est 44 personnes pour l'hôpital et 39 pour la clinique.

Egalement, la représentation des médicaments et des soins montrent aussi l'importance que les patients donnent à leur

santé. Dans l'enquête par questionnaire adressée aux patients nous avons posé la question suivante : Est-ce que vous prenez toujours les médicaments que le médecin vous prescrit ?

Dans le tableau suivant nous présentons le résultat des réponses des enquêtés.

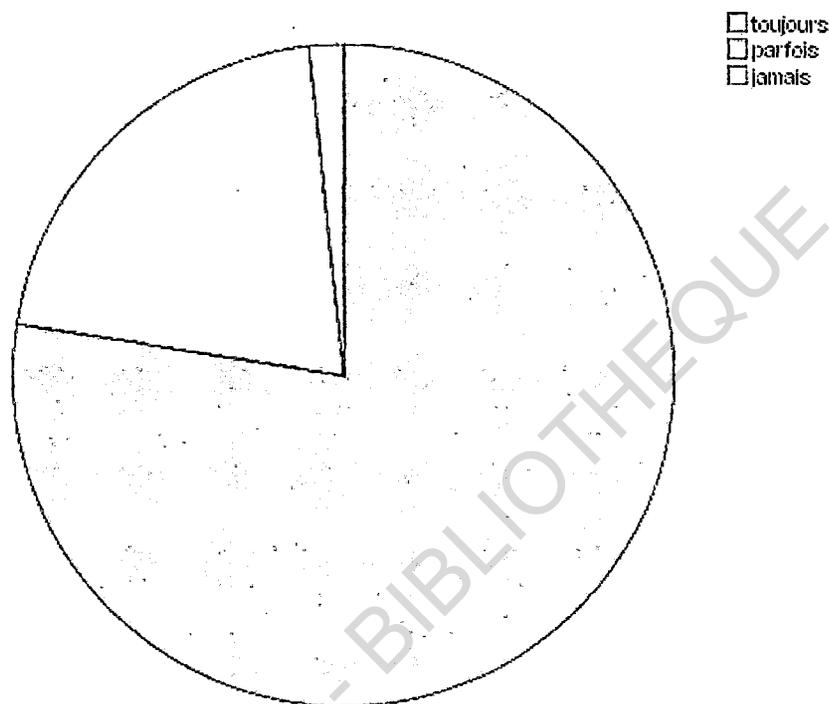
Tableau n° 18 : La consommation des médicaments prescrits par les médecins

	Prendre médicament			total
	toujours	parfois	jamais	
hôpital	56	13	1	70
clinique	37	12	1	50
total	93	25	2	120

Source : L'enquête sur terrain, 2009- 2010.

Représentation graphique n°6 : La consommation des médicaments prescrits par les médecins

prendre médicaments



Il s'avère du tableau et du graphique que 93 personnes (77.5%) ont déclaré qu'ils prennent toujours les médicaments que les médecins leurs prescrivent. Tandis que 25 personnes 20,8% de l'échantillon ont répondu qu'ils prennent parfois les médicaments. Le niveau d'enseignement des patients n'intervient cependant pas assez dans la décision de prendre des médicaments ou non. Dans le tableau suivant nous donnons le résultat qui se dégage de l'enquête.

Tableau n° 19:La consommation des médicaments par niveau d'études et par type d'institution.

Niveau d'études	hôpital			clinique			Total
	toujours	parfois	jamais	toujours	parfois	jamais	
analphabète	1	1	0	4	1	0	7
primaire	18	4	0	8	3	1	34
secondaire	24	7	1	18	5	0	55
supérieur	13	1	0	7	3	0	24
total	56	13	1	37	12	1	120

Source : L'enquête sur terrain, 2009- 2010.

Par ailleurs, d'après la pré-enquête les patients se lamentent de deux choses : ceux qui suivent des traitements dans les institutions hospitalières publiques signalent que le gouvernement les pousse, d'une manière inédite, à penser sérieusement à se soigner dans les institutions hospitalières privées. L'absence de la plupart des médicaments, et notamment ceux qui sont chers, des pharmacies des hôpitaux ou des dispensaires les obligent à les acheter. A ne pas oublier ici que les médicaments reviennent la plupart des temps plus chers que la consultation du médecin. D'autre part chez les médecins privés on est assez souvent exploité : le médecin vous prescrit un traitement et vous demande de revenir pour une deuxième consultation dans un mois. Dans ce deuxième rendez- vous il vous prescrit un deuxième traitement et par conséquent vous êtes obligé à dépenser une somme importante d'argent à chaque consultation. Tous ceci n'empêche pas, finalement, les médecins, les cadres médicaux et les

patients à s'accorder sur le fait que les tunisiens dépensent aujourd'hui beaucoup d'argent pour être en bonne santé.

c) Etre en bonne santé et ne pas être malade dépend des pratiques alimentaires et corporelles

Parmi les enquêtés, tous les médecins et une bonne partie des cadres paramédicaux s'accordent à considérer que la plupart des maladies sont dues soit à des mauvaises habitudes des pratiques alimentaires, soit à des imprudences dans les pratiques corporelles. Pour les pratiques alimentaires il s'agit des mauvaises habitudes de repas : par exemple beaucoup de tunisiens mangent le couscous ou les spaghettis tard le soir. Pour les maladies qui sont dues à des pratiques corporelles les médecins disent que 80%, voire plus, des accidents de travail sont dus à des faux mouvements ou à des imprudences dans le travail. Cette idée que nous avons résumé des entretiens rejoignent une idée répandue, depuis les années 1950, chez les sociologues et les anthropologues appartenant au courant de la sociologie de la santé ou ceux appartenant à la sociologie médicale. D'une manière générale on peut dire que ces sociologues et ces anthropologues pensent, à la suite de Talcott Parsons, que les maladies dépendent des facteurs sociaux et culturels.

En fait, « *C'est en 1951 que Talcott Parsons, sociologue aujourd'hui fort contesté pour le conservatisme de ses thèses, publia *The social system*. Ce texte²²⁸ donna le coup d'envoi à la réflexion sociologique sur la maladie. Avant lui, on ne faisait guère plus que des corrélations entre des variables sociales et des*

²²⁸ *Ibid.*

variables biologiques, en se basant uniquement sur ce que les médecins en disaient et sans tenir compte de ce qui est au fond une évidence: quelqu'un est perçu comme malade uniquement quand il se dit malade ou se comporte à la façon d'un malade (selon les normes sociales)..... Parsons eut cette intuition que le rapport d'un individu à sa maladie est, d'une certaine manière, la manifestation du rapport que cet individu entretient avec les valeurs de sa société. Pour la société, par ailleurs, la maladie contient en germes des menaces pour la stabilité de l'ordre social, menaces que la société doit arriver à contrôler par l'intermédiaire de la médecine. Dans ce contexte, la maladie est définie comme une déviance par rapport aux normes sociales suivant lesquelles les individus doivent remplir leurs fonctions et leurs devoirs dans la société, au même titre d'ailleurs qu'elle est déviance par rapport à une norme biologique. Toutefois, cette déviance a une forme toute particulière en ce sens que, contrairement à la criminalité ou à la délinquance par exemple, l'individu n'en est pas tenu responsable. De plus, dès lors qu'il cherche à se rétablir et qu'il n'abuse pas des « bénéfiques secondaires » associés à la maladie (congé de maladie, etc.), il est exempté de ses obligations quotidiennes normales, qu'elles soient instrumentales ou affectives »²²⁹.

²²⁹Marc Renaud, "De la sociologie médicale à la sociologie de la santé; trente ans de recherche sur le malade et la maladie", in (sous la direction de) Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin), *Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie*. Chapitre 13, pp. 281-291. Québec: Les Presses de l'Université du Québec, l'Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC), Presses de l'Université de Lyon, 1985, 1245 pp.

Par ailleurs, les habitudes alimentaires sont très liées à l'idée que l'on se fait du bien-être physique et émotif. En plus d'être qualifiée de « chaude » ou « froide », la nourriture est considérée comme « légère » ou « lourde » (les féculents...). Il existe également une harmonie entre le type de nourriture et l'étape de la vie : nourriture pour les bébés, les adultes, les femmes menstruées, les personnes âgées, les personnes malades. En plus de consommer des fruits et des légumes nécessaires à la formation du sang du bébé, en plus d'éviter les aliments tabous, les femmes enceintes (surtout dans les milieux populaires) peuvent « manger pour deux » et prendre ainsi beaucoup de poids pendant la grossesse²³⁰.

d) La santé et la maladie dépendent de la culture des sociétés et des méthodes de socialisation

Nombreux enquêtés signalent que les maladies diffèrent d'une société à l'autre. Par exemple l'obésité, qui est due à certaines pratiques alimentaires, est plus observable dans les pays du Golf arabe qu'au Maghreb. Elle est plus observable aussi en Amérique que dans certains pays asiatique : la Chine, le Japon, l'Inde...Egalement d'autres maladies comme le diabète, le cholestérol, l'hypertension ou la tension artérielle sont dus principalement à des régimes alimentaires basés sur des sucreries, des viandes rouges, etc. Ces maladies sont plus fréquentes dans certains pays, dont la Tunisie, que dans d'autres. Ces maladies sont donc dues aux pratiques alimentaires et

²³⁰ *Ibid*

corporelles qui ne sont que des expressions culturelles. En fait on mange dans chaque pays selon ses traditions culturelles. Et c'est par la socialisation que l'individu apprend les pratiques culturelles de son pays.

Dans son analyse de la maladie comme déviance sociale, Freidson écrit que *« en utilisant l'approche situationnelle pour la maladie, on est amené à faire la différence entre maladie, état purement physique, et la maladie, état humain, social.*

*Dans le premier cas, la maladie implique des modifications dans les os, les tissus, les liquides physiologiques ou dans des organismes vivants, humains ou non. Dans le second cas, elle implique des modifications de comportement qui ne se produisent que chez les êtres humains et qui varient avec la culture et d'autres sources organisées de signification symbolique »*²³¹

Dans une étude précitée Ahmed Khouaja signale que *« la maladie et la santé conçues comme états organiques et biologiques semblent échapper à l'analyse sociologique »* En développant cette idée il écrit que *« la maladie et la santé résultent d'interactions complexes entre processus organiques et facteurs sociaux »*²³².

Par ailleurs, la maladie est considérée par Claudine Herzlich comme *« un fait social : sa nature et sa distribution sont différentes selon les époques, les sociétés, les conditions sociales. On peut en donner maints exemples : aux épidémies,*

²³¹ Freidson, *La profession médicale*, *ibid* p 227.

²³² *ibid*

aux « fièvres », à la « phtisie » d'autrefois succèdent aujourd'hui, dans les pays occidentaux, les maladies cardiovasculaires et le cancer. Certaines maladies infectieuses qui sont bénignes et tendent à se raréfier demeurent meurtrières dans les pays du Tiers-monde »²³³

Toutefois, la notion de "représentations de la maladie", est à comprendre en établissant un lien entre la maladie, la culture et la société. C'est que la dimension culturelle est toujours présente dans la rencontre entre le soignant et le soigné. En outre, la maladie – et ses représentations – a été étudiée depuis longtemps en anthropologie. A l'instar de la religion ou des relations de parenté, elle a même constitué dès les origines un objet privilégié de cette discipline. Le développement ultérieur de l'anthropologie médicale s'est d'ailleurs opéré en se fondant sur le constat selon lequel la maladie avait une réalité indépendante de sa définition médicale, et qu'elle faisait l'objet de représentations et de traitements spécifiques à chaque culture²³⁴.

Nous achevons cette approche des représentations de la maladie en nous référant à Claudine Herzlich²³⁵. Pour elle la santé et la maladie sont vécues et pensées par l'individu en référence à ses rapports avec la société. Par la santé et la

²³³ C. Herzlich, « Médecine moderne et quêtes de sens : la maladie signifiant social », in Marc Augé et Claudine Herzlich, *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, éditions des archives contemporaines, 1984, p 190.

²³⁴ Sylvie Carbonnelle, « Jalons pour une analyse critique « des représentations de la maladie », in Bruxelles Santé, numéro spécial, 2006, pp 10- 19.

²³⁵ Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale, Paris, La Haye, Mouton, 1969, réédition, Paris, édition de l'EHESS, 1992.

maladie, l'individu s'insère dans la société contraignante ou en est exclu. En outre, la maladie est une forme de déviance motivée par les pressions de la société sur l'individu. Le " rôle " du malade, c'est-à-dire les normes de conduite que la société, en l'occurrence l'entourage du malade, et en premier lieu, son médecin valorisent les " anticipations institutionnalisées " quant à sa conduite sont un mécanisme qui canalise la " déviance " de la maladie²³⁶.

C'est à travers l'activité du bien-portant et l'inactivité du malade que s'exprime la relation de l'individu à la société : participation ou exclusion, éventuellement conformité ou déviance. Le sens que prend l'inactivité pour l'individu fait la différence entre trois modes d'organisation de la représentation, trois conceptions de la maladie -où s'insèrent modèles de comportement vis-à-vis de la maladie, des soins, des malades- corrélatifs des conceptions de la relation à la société. Ces trois conceptions sont la maladie destructrice, la maladie libératrice et la maladie métier :

A. *La maladie " destructrice "* : elle se caractérise par: le patient dans ce cas se sent inactif. L'inactivité signifie la destruction des liens avec les autres, l'exclusion, la solitude. La personne malade ne peut créer les liens qu'elle souhaiterait, elle n'est pas une partenaire valable, elle n'a rien à offrir à l'autre. Les problèmes financiers renforcent encore ce sentiment d'inutilité sociale.

²³⁶ Herzlich, *Médecine moderne et quête de sens, ibid.*

B. *La maladie "libératrice"*: Pour certaines personnes, la maladie est "libération". Elle le libère des charges sociales et autres qu'il doit assumer soit en tant que membre d'une famille, d'une institution sociale ou d'une communauté d'individus. Comme pour la maladie destructrice, tout commence par l'inactivité. Mais, le sujet la ressent cette fois comme l'allègement des charges qui pèsent sur lui. Tel est le sens qu'il donne au repos.

C. *La maladie "métier"*: La maladie peut apparaître enfin comme un métier. La fonction reconnue au malade est de lutter contre la maladie.

Elle possède certains caractères d'un métier ; elle se prépare et s'apprend. La maladie apparaît comme la situation où l'on a recours au médecin et où l'on se soigne. *« L'accent est donc mis d'emblée sur la lutte active du malade. C'est grâce à la libération des charges de la vie quotidienne que l'individu trouve l'énergie nécessaire à la lutte contre la maladie. Comblée par cette lutte, l'inactivité devient acceptable »*²³⁷.

Il existe, en outre, un lien entre le vécu et l'imaginaire de la maladie. Dans certains cas, il existe même une disproportion énorme entre la réalité clinique et le vécu individuel d'une maladie. Alors que la maladie apparaît au médecin comme une entité identifiable avec des signes généraux et objectifs, pour le

²³⁷ Jacques Dufresne, "La santé". Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin, *Traité d'anthropologie médicale*. L'Institution de la santé et de la maladie. Chapitre 49, pp. 985-1013. Québec: Les Presses de l'Université du Québec, l'Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC) et les Presses universitaires de Lyon (PUL), 1985, 1245 pp.

patient il s'agit d'une expérience où interviennent sa socialisation, ses valeurs et ses habitudes de vie, Les mêmes bouffées de fièvre sont vécues différemment du patient A au patient B. À l'exception des cas de pathologie sévère qui désorganisent l'organisme de fond en comble, affirme Shontz²³⁸.

La signification personnelle de la maladie n'est pas la conséquence d'un désordre somatique mais la conséquence de l'importance que l'état physique revêt dans le comportement général de l'individu affecté²³⁹.

²³⁸ F.C. SHONTZ, « *The personal meaning of illness* », *Advances in Psychosomatic Medicine*, 8, 1972, pp. 63-85.

²³⁹ "Types de sociétés et de représentations du normal et du pathologique: la maladie physique, la maladie mentale", in (sous la direction de) Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin, *Traité d'anthropologie médicale*. L'Institution de la santé et de la maladie. Chapitre 15, pp. 305-332. Québec: Les Presses de l'Université du Québec, l'Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC), Presses de l'Université de Lyon, 1985, 1245.

Chapitre quatrième :

L'appartenance à l'institution hospitalière et la construction de l'identité au travail

Dans ce chapitre nous allons aborder la relation entre deux questions principales : comment les acteurs sociaux conçoivent-ils leur appartenance à l'institution hospitalière ? Et dans quelle mesure cette appartenance contribue-elle à la construction de leurs identités au travail ?

Faudrait-il signaler que la question de l'appartenance à l'entreprise occupe une bonne place dans les études sur la culture de l'entreprise. En fait nous avons signalé dans le chapitre premier de cette partie de la recherche que la culture d'entreprise se construit petit à petit à travers l'ancienneté de l'individu dans l'entreprise. C'est à travers l'ancienneté que le salarié se construit un esprit maison.

1) La construction de l'esprit-maison

L'esprit maison se définit comme un sentiment fort d'appartenance à l'entreprise, d'attachement aux collègues, d'identification aux chefs et de respect des règlements. Selon beaucoup de sociologues du travail et des organisations, dont Renaud Sainsaulieu, l'esprit maison est un indice d'intégration de l'individu dans l'entreprise. La principale conséquence de l'esprit-maison est la fidélité et la loyauté de l'individu envers son entreprise et ses collègues.

Il est à signaler, en outre, que l'esprit- maison est plus fort dans l'entreprise gérée selon un modèle paternaliste de gestion. C'est à dire une entreprise à caractère familial et dans laquelle les rapports entre le propriétaire et les ouvriers sont paternels. Dans ce genre d'entreprise les relations entre les salariés sont familiales.

Dans un ouvrage sur la culture d'entreprise en Algérie l'auteur Djamel Guerid rapporte les paroles d'un ouvrier algérien doté d'un esprit- maison et qui travaille dans une grande entreprise de métallurgie qui s'appelle SIDER : *« je suis SIDER, parce que d'abord c'est mon gagne- pain, je respire SIDER puisqu'elle m'a donné un logement à côté du site, j'ai appris avec SIDER ce que je n'aurai jamais pu trouver ailleurs (référence à l'importance technologique), nous avons même notre club sportif SIDER. Quand on me demande d'exhiber ma carte nationale j'ai souvent tendance à montrer mon badge de l'usine. Que voulez-vous j'ai SIDER dans le sang.)*²⁴⁰

Par ailleurs, l'esprit maison se construit sur des critères qui doivent exister dans l'entreprise : l'atmosphère familiale, les bonnes relations sociales entre les acteurs sociaux, la réalisation des intérêts des salariés, la gestion démocratique et l'ancienneté. Nous allons en ce qui suit expliquer ces critères.

- L'atmosphère familiale : il s'agit de rendre l'entreprise comme une famille, et ce, à travers la consolidation des liens sociaux entre les différents acteurs sociaux. Comme la famille,

²⁴⁰ Guerid Djamel, *Cultures d'entreprise*, Alger, Edition CRASC, 1997.

l'entreprise devient donc un espace social dans lequel les individus partagent un sentiment d'appartenance à cette institution. Ces individus sentent de même qu'ils ont des intérêts communs à défendre.

- Les bonnes relations sociales : il s'agit des relations solides entre les acteurs sociaux qui durent dans le temps et qui se construisent petit à petit et sur une longue période. Ces relations se construisent aussi sur la base de la communication entre les acteurs.

- La réalisation des intérêts des salariés : bien que l'idée de Taylor qui se résume dans le fait que l'ouvrier est toujours conduit par l'appât de gain a été contesté par nombreux sociologues, à partir de l'école des relations humaines, il ne faut pas nier que le salarié a toujours des intérêts, dont notamment les intérêts financiers, qu'il cherche à réaliser.

- La gestion démocratique de l'entreprise : dans les entreprises organisées par la méthode taylorienne d'organisation du travail la gestion de l'entreprise ne permet pas aux différentes catégories socio- professionnelles de s'impliquer dans l'entreprise c'est-à-dire de participer à sa direction. Par contre dans l'entreprise « moderne » les salariés participent à sa direction, d'où la notion de la gestion démocratique de l'entreprise. Dans ce genre d'entreprise le salarié se sent plus motivé pour s'y intégrer.

- L'ancienneté : ce critère est le plus important dans la construction de l'esprit maison chez le salarié. En fait comme dit le proverbe « à force de forger on devient forgeron ». C'est-à-dire

que le salarié apprend à travers le temps des habitudes de travail, des habitudes sociales et des comportements.

Dans une étude intitulée « *les effets de l'ancienneté des salariés sur la performance des entreprises françaises* », Baggio S et Sutter P.E la présente comme suit : « *La présente étude, issue des résultats de l'Observatoire de la Vie au Travail, traite indirectement de la question de l'âge au travail, en questionnant les effets de l'ancienneté. Elle s'intéresse à un aspect plus ou moins étudié, à savoir les différences de performance, non pas économique mais sociale, selon l'ancienneté des salariés dans l'entreprise. La performance sociale est entendue comme la résultante des interactions entre les salariés dans l'atteinte des objectifs de leur entreprise. Elle peut être positive, donc créatrice de valeur (atteinte des objectifs, rentabilité, mais aussi bien-être des salariés et réalisation professionnelle), ou négative, cas dans lequel elle contribue à l'apparition de risques psychosociaux pour les salariés et à une performance moindre pour l'entreprise. On commencera par présenter rapidement les indicateurs de mesure de la performance sociale, avant d'en présenter les résultats*»²⁴¹.

Cette enquête a touché 2810 enquêtés et a été mise en ligne sur Internet du 9 mars au 18 avril 2009. Les deux auteurs ont avancé dans cette recherche quantitative l'hypothèse suivante : « *de manière générale, on s'attend à ce que l'ancienneté des salariés ait un effet sur la performance sociale des entreprises : la vision du climat social sera différente pour les*

²⁴¹ Blog- mars-lab.com/Etudes/ articles consulté le 20 mai 2012.

salariés selon qu'ils sont nouvellement arrivés ou anciens, tout comme la perception de l'exposition au stress, l'implication et la représentation sociale du travail »²⁴².

Par ailleurs, la principale conclusion que les deux chercheurs tirent des résultats de cette enquête se résume dans le paragraphe suivant : *« Contrairement aux préjugés couramment véhiculés au sujet des seniors, il apparaît bien que l'ancienneté et la très grande ancienneté (plus de 36 ans) soient synonymes de performance sociale favorable. Les salariés les plus anciens jugent favorablement le climat social de leur entreprise et s'estiment peu exposés au stress, mais ils sont également fortement impliqués : ils se sentent très concernés par leur travail. Les nouveaux salariés présentent un profil contrasté : passé une phase d'appréciation positive du climat social et de l'exposition au stress, tout se passe comme si leur optimisme était douché par la réalité du vécu en entreprise. L'implication croît quant à elle progressivement au fur et à mesure que le salarié vieillit dans l'entreprise »²⁴³.*

L'idée qui se dégage de ce paragraphe est valable pour de nombreuses entreprises, dont les hôpitaux et les cliniques. En fait, l'ancienneté dans l'entreprise a deux effets :

- ✓ Elle crée un sentiment d'appartenance à l'entreprise qui se consolide de jour en jour.

²⁴² *Ibid*

²⁴³ *ibid*

- ✓ L'individu se familiarise après un certain temps avec l'atmosphère de l'entreprise et s'habitue à cohabiter avec tous ses collègues, même avec ceux qui sont en conflit avec lui.

Tout ceci contribue à la construction de l'identité au travail.

2) L'identité au travail

Rappelons tout d'abord que nous avons déjà présenté une analyse de l'identité au travail chez Renaud Sainsaulieu dans la partie précédente. (Chapitre Comportements organisationnels, communication et construction des liens sociaux dans l'institution hospitalière). En ce qui suit nous allons rappeler ce qui a précédé puis nous développerons cette idée en centrant l'analyse sur le rôle de l'appartenance à l'institution hospitalière dans la construction de l'identité au travail.

Depuis les années 1960, dans sa thèse de doctorat et qui a été publié plus tard sous le titre : *L'identité au travail. Les effets culturels de l'organisation*²⁴⁴, Sainsaulieu étudie les phénomènes d'apprentissage culturel dans l'organisation du travail. Fidèle aux idées des sociologues français du travail et des organisations des années 1950- 1960, dont notamment Georges Friedmann, Jean-Daniel Reynaud et Michel Crozier, il commence par l'étude du « *conditionnement des rapports humains dans l'atelier* » (cf chapitre premier). En utilisant l'observation participante dans deux

²⁴⁴ Sainsaulieu, *ibid*

entreprises, il « étudie quatre aspects des rapports humains de travail dans l'entreprise :

- ❖ *Le façonnement des individus par l'effort répétitif ;*
- ❖ *La monotonie des tâches et la difficulté à communiquer qui aboutit à une projection affective de soi dans son rapport à l'autre ;*
- ❖ *Un fort sentiment de solidarité et de camaraderie ;*
- ❖ *La complexité d'intérêts et d'opinions liée aux critères d'âge, de catégorie professionnelle, etc. » (chapitre 1^{er})*

Ensuite il passe à l'analyse des conditions du travail et des rapports entre les ouvriers. Il conclut ce chapitre en considérant que les relations de travail sont les conséquences des rapports stratégiques plus vastes. Il ajoute en adoptant l'approche de Michel Crozier que « l'objectif de chacun (des ouvriers) est de défendre ses intérêts dans un contexte de coopération totale impossible. »²⁴⁵

En peu de mots, dans sa thèse sur l'identité au travail, Renaud Sainsaulieu renouvelle le courant français de sociologie du travail des années 1960. Il ajoute à ce courant l'analyse de la dimension culturelle du travail. « A partir d'enquêtes menées dans des entreprises publiques et privées, il repère des processus identitaires très différents en fonction des moyens dont disposent les individus pour obtenir la reconnaissance d'autrui. Autrement

²⁴⁵ *L'identité au travail, ibid.*

dit, l'identité au travail dépend des conditions d'accès au pouvoir dans les interactions de travail²⁴⁶.

A partir de cette variable, quatre idéaux-types sont formalisés :

- Des salariés dotés du pouvoir individuel très limité d'infléchir leurs conditions de travail vont compenser cette faiblesse par une lutte collective. Celle-ci nécessite une forte solidarité entre pairs (identification horizontale) et un regroupement sous la bannière d'un *leader* (identification verticale). Valeurs communes, camaraderie, unité du groupe... sont les caractéristiques du modèle dit « fusionnel ». R. Sainsaulieu et son équipe le rencontrent chez les ouvriers spécialisés et des employées de bureau.

- A l'opposé, des professionnels très qualifiés (y compris des ouvriers) et des cadres de production, grâce à la richesse de leurs compétences et aux responsabilités acquises par leur fonction, ont les moyens « *d'affirmer leurs différences, de négocier leurs alliances et leur reconnaissance sociale* »²⁴⁷. Leur modèle identitaire est basé sur la négociation qui alimente un rapport structurant au travail sur les plans cognitif et affectif.

- Sur un mode beaucoup plus individualiste se construit un modèle identitaire qualifié d'« affinitaire » par R. Sainsaulieu. Ici, pas de forte solidarité entre collègues comme dans le premier modèle, mais simplement quelques connivences affectives. En effet, les

²⁴⁶ Norbert alter, Jean- Louis Laville, « la construction des identités au travail », *ibid.*

²⁴⁷ *Ibid*

salariés sont tendus vers une scension sociale qui passe souvent par une mobilité externe à l'entreprise. C'est ce carriérisme qui les motive, qui les qui les mobilise dans leur travail.

- Enfin, quelques salariés forgent leur identité davantage hors du travail que dans la sphère laborieuse. Présents tout en étant absents de l'entreprise, leur vie est ailleurs. Ce modèle de retrait est souvent plus subi que désiré. Lors des enquêtes de terrain menées par l'équipe de R. Sainsaulieu, ce mode identitaire est particulièrement repéré chez des travailleurs immigrés, des jeunes ou des ouvriers spécialisés occupant des emplois non qualifiés. »²⁴⁸ Cette idée de modèles culturels se résume dans le tableau suivant :

Tableau n° 20: les modèles culturels de l'entreprise d'après Sainsaulieu.

Cultures de travail	ouvriers	employés	techniciens	cadres
retrait	retrait			
		individualisme		
fusion	unanisme			intégration
		Entente et compromis		
négociation	Solidarité démocratique			stratégie
affinités	séparatisme		Affinités sélectives	

Source : copyright.guy.minguet.emn

²⁴⁸ Norbert Alter, *ibid.*

Il s'avère de ce tableau que :

- les techniciens et les cadres optent pour le modèle affinitaire, c'est-à-dire pour la mobilité ascendante à travers des réseaux relationnels sélectifs.

- les ouvriers et les agents techniques optent pour le modèle de négociation. Ce modèle désigne des positions organisationnelles marquées par l'autonomie.

2-1) L'appartenance des médecins à l'institution hospitalière

D'après notre enquête que nous avons faite avec les cadres médicaux et les cadres paramédicaux, nous pouvons déduire que le sentiment d'appartenance à l'institution hospitalière diffère radicalement entre ceux qui travaillent dans les hôpitaux et ceux qui travaillent dans les cliniques. En fait, nous avons insisté dans la section précédente sur le rapport entre l'ancienneté dans l'entreprise et l'appartenance à cette entreprise. Le critère de l'ancienneté fait la différence entre l'hôpital et la clinique. Dans la clinique le critère de l'ancienneté n'existe pas puisque les médecins ne sont pas permanents et ils sont « vacataires ». Par contre dans les deux hôpitaux le moyen d'ancienneté des médecins dépasse une dizaine d'année. L'appartenance de la majorité des médecins aux hôpitaux est donc solide. Quant aux médecins qui travaillent dans les cliniques étant donné qu'ils ne sont pas permanents, ils ne sentent pas qu'ils appartiennent à la clinique. Leur présence dans la clinique consiste à exécuter une tâche bien définie et dans un temps limité.

D'autre part, dans l'hôpital la séparation entre les services donne l'occasion aux médecins qui ont la même spécialité de travailler ensemble dans le même service. La communication entre eux sera donc plus facile et par conséquent ils ne trouveront pas beaucoup de difficultés à construire des liens sociaux entre eux. Cependant il ne faut pas oublier que, par rapport à d'autres catégories socio- professionnelles, les relations entre les médecins sont, généralement superficielles et ne pourraient pas, par conséquent, se développer et devenir des relations d'amitiés. Avec les autres catégories socioprofessionnelles les médecins n'entretiennent, sauf dans des cas rares, que des relations de travail. Cette remarque sur les relations des médecins avec leurs confrères et avec les cadres paramédicaux est valable aussi bien pour le secteur public que pour le secteur privé. Nous affirmons donc, finalement, à la suite de Sainsaulieu, que la solidarité entre les médecins n'est pas très forte aussi bien dans les hôpitaux que dans les cliniques. L'identité au travail des médecins dans le secteur public se consolide de plus en plus à travers l'ancienneté dans le même service. L'identité au travail des médecins dans le secteur privé n'est pas très forte puisque leur faible sentiment d'appartenance à l'institution hospitalière ne contribue pas à la construction d'un esprit maison chez eux.

2-2) L'appartenance des cadres paramédicaux à l'institution hospitalière

La construction de l'identité au travail chez les cadres paramédicaux est relativement différente de celle des médecins. D'abord ils passent beaucoup plus de temps dans l'institution

hospitalière que les médecins et donc ils ont plus de contact avec les patients qu'avec les médecins.

L'appartenance à l'institution hospitalière publique semble être plus forte chez les cadres paramédicaux que chez les médecins. Commençons par les relations sociales. Nous avons cité antérieurement que les cadres paramédicaux entrent quotidiennement en interaction avec les patients beaucoup plus qu'avec les médecins. Ils sont donc plus « proches » des patients que les médecins. Deuxièmement ils suivent de près les patients, notamment dans les services d'hospitalisation, ce qui leur donne l'occasion de connaître les malades et leurs maladies. Etant dans une position intermédiaire entre les cadres paramédicaux et les patients ils ont l'habitude de communiquer avec deux méthodes différentes : avec les médecins généralement ils ne parlent que du travail et des malades. Avec les malades ils communiquent beaucoup plus que les médecins. Ceci crée chez certains d'entre eux un sentiment fort de responsabilité envers ces malades. Se sentir responsable des patients développe chez eux le sentiment d'appartenance à l'institution hospitalière.

Etudiant les appartenances collectives à l'hôpital, Ivan Sainsaulieu²⁴⁹ écrit : *« Malgré les contraintes gestionnaires, différentes formes d'appartenance collective se dégagent du travail coopératif à l'hôpital. Au niveau de l'unité de soins, des appartenances collectives de service se constituent de manière forte, du fait d'une interaction intense de type technique ou*

²⁴⁹ Sainsaulieu I, « Les appartenances collectives à l'hôpital », *Sociologie du travail* 48, 2006, pp 72- 87.

relationnelle. »²⁵⁰ . Parmi ces différentes formes d'appartenance au service ou à l'unité de soins il insiste sur deux formes :

- **la communauté endogène : le bloc.** « *Au bloc, les individus ont conscience d'être membres d'une communauté* », c'est que « *le type communautaire endogène comprend un héritage culturel vivant du fait de l'ancienneté du personnel, une frontière physique marquée autour d'interactions intenses et personnels entre les collègues, de faibles rapports avec les unités ou personnes extérieures, une capacité autonome collective et un investissement fort du personnel. La dimension communautaire se résume par le caractère fusionnel des relations entre les membres, où les frontières : travail/hors travail, public/privé, dedans/dehors, sont vite franchies.* »²⁵¹

- **la communauté exogène : la relation au patient.** « Le relationnel » avec le patient constitue l'autre pôle communautaire au niveau de l'unité de soins. Pour des soignants, l'alternative est claire : la technique d'un côté (chirurgie, soins intensifs au bloc ou au réanimation), le relationnel de l'autre (pédiatrie, gériatrie, psychologie, urgences).

Ivan Sainsaulieu remarque, en outre, que la collaboration entre les acteurs dans les services où se manifeste cette deuxième forme d'appartenance communautaire « *est donc plus vulnérable que la communauté endogène. La logique d'ouverture de la relation au patient entraîne un risque aléatoire, des menaces*

²⁵⁰ *ibid*

²⁵¹ *ibid*

de perte de contrôle, d'hétéronomie du fait d'une polyvalence trop forte, déstabilisatrice. »²⁵².

Ce que nous avons pu observer dans les deux hôpitaux et ce que nous pouvons aussi déduire des entretiens c'est que l'appartenance collective des médecins se fait aux services et à la profession. Autrement dit les médecins ont un sentiment d'appartenance collective d'abord à la profession et ensuite aux services dans lesquels ils exercent leur métier. En fait les médecins qui font partie de nos enquêtés et qui exercent dans le secteur public ne sont pas satisfaits des conditions du travail dans les deux hôpitaux. Mais ceci ne les empêche pas de signaler que l'atmosphère du travail dans les services est familiale. En fait les médecins et les cadres paramédicaux ne sont pas nombreux. Ce qui leur donne l'occasion de communiquer entre eux et avec les malades. La communication est l'une des bases de la culture d'entreprise et aussi l'un des facteurs de la construction des liens sociaux entre les acteurs sociaux. Elle est aussi l'une base sur lesquelles se fonde l'identité au travail. L'identité au travail a été mise, par Renaud Sainsaulieu, en rapport avec la culture d'entreprise.

3) L'identité au travail et la culture d'entreprise

Pour R. Sainsaulieu l'identité professionnelle se définit comme la *« façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes, l'identité au travail est fondée sur des représentations collectives*

²⁵² *Ibid*

distinctes »²⁵³. L'identité serait un processus relationnel d'investissement de soi (investissement dans des relations durables, qui mettent en question la reconnaissance réciproque des partenaires), s'ancrant dans « *l'expérience relationnelle et sociale du pouvoir* »²⁵⁴.

Claude Dubar généralise l'analyse de Renaud Sainsaulieu avec la notion d'identité sociale. Il reconnaît avec lui que l'investissement dans un espace de reconnaissance identitaire dépend étroitement de la nature des relations de pouvoir dans cet espace et la place qu'y occupe l'individu et son groupe d'appartenance. Le cadre théorique proposé par R. Sainsaulieu privilégie la constitution d'une identité professionnelle par l'expérience des relations de pouvoir. Or les individus appartiennent à des espaces identitaires variés au sein desquels ils se considèrent comme suffisamment reconnus et valorisés : ces champs d'investissement peuvent être le travail, mais aussi hors travail. Il se peut aussi qu'il n'existe pas pour un individu d'espaces identitaires dans lequel il se sente « *reconnu et valorisé* ».

Pour Claude Dubar, l'espace de reconnaissance de l'identité sociale dépend très étroitement de la reconnaissance ou de la non-reconnaissance des savoirs, des compétences et des images de soi, noyaux durs des identités par les institutions. La transaction entre d'une part les individus porteurs de désirs d'identification et de reconnaissance et d'autre part les institutions

²⁵³ Sainsaulieu, *L'identité au travail I*, ibid

²⁵⁴ www/inrp.fr consulté le 24 mai 2012

offrant des statuts, des catégories et des formes diverses de reconnaissances peut être conflictuelle. Les partenaires de cette transaction peuvent être multiples : les collègues de travail, la hiérarchie de l'institution, les représentants syndicaux, l'univers de la formation, l'univers de la famille, etc²⁵⁵.

La construction d'une identité professionnelle est basée sur ce que Peter Berger et Thomas Luckmann nomment la « *socialisation secondaire* » : l'incorporation de savoirs spécialisés (savoirs professionnels). Ce sont des machineries conceptuelles comprenant un vocabulaire, des recettes (ou des formules, propositions, procédures), un programme et un véritable « *univers symbolique* » véhiculant une conception du monde mais qui, contrairement au savoir de base de la socialisation primaire, sont définis et construits en référence à un champ spécialisé d'activités²⁵⁶.

L'identité au travail se construit, pour résumer, sur la base de l'appartenance de l'individu à l'entreprise. Cette appartenance elle-même se développe à travers l'ancienneté. Également l'ancienneté est à l'origine de la formation de l'esprit maison. Tous ces critères jouent un rôle important dans la consolidation de la culture d'entreprise.

La culture d'entreprise est, principalement, un mode de pensée, des normes et des valeurs culturelles que les salariés se partagent dans l'entreprise. Elle se construit aussi sur les liens

²⁵⁵ C. Dubar, *La socialisation, Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin, 1998.

²⁵⁶ P. Berger, T. Luckmann, *La construction sociale de la réalité*, ibid.

sociaux qui lient entre eux. C'est dans ce cadre que les psychosociologues se sont intéressés, dans le cadre des études des représentations sociales et des approches culturelles et culturalistes, à l'étude de la culture de l'entreprise. Selon eux, « *la culture semble servir non pas de reflet, mais de médiation entre le sujet (qu'il soit à l'intérieur ou à l'extérieur de l'entreprise) et son environnement. Elle n'est pas à envisager comme un contenu représentatif, mais comme "un ordre qui donne aux individus la possibilité de s'orienter dans l'environnement social, matériel et de le dominer"*²⁵⁷. A ce titre, elle instaure et assure "*la communication entre les membres d'une communauté en leur proposant un code pour leurs échanges et un code pour nommer et classer de manière univoque les parties de leur monde, de leur histoire individuelle ou collective*"²⁵⁸».

4) Place de la communication dans la construction de la culture d'entreprise et dans la formation de l'identité

Le fonctionnement de l'entreprise se rattache aux différents outils de communication à travers les notions d'identité, d'intégration et de mémoire d'entreprise. En ce qui concerne l'identité, la culture est présente essentiellement dans l'ensemble des modes de vie, les comportements, le nom de l'entreprise, les logos, le style de l'architecture, la disposition des locaux, dans sa communication symbolique et sémiologique. A travers l'architecture et l'aménagement des postes de travail, une entreprise peut communiquer sa culture. Le fait que les collaborateurs soient

²⁵⁷ <http://nathalie.diaz.pagesperso-ibid>.

²⁵⁸ S. Moscovici, *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, PUF, 1961/1976.

assis face à face ou qu'ils se tournent le dos a une signification. Chaque fait de l'entreprise peut être considéré comme une expression de sa culture et contribuer à celle-ci : la politique du personnel, la présentation des produits, l'attitude face aux clients, l'image à laquelle on veut correspondre, les annonces passées dans les médias.²⁵⁹

En raison des exigences du marché et de l'environnement, l'entreprise évolue, passant d'une communication de type linéaire descendante à une approche plus globale, cohérente et participative. Cette conjoncture engage les décideurs à valoriser au sein de leur personnel un climat et un nouveau mode de communication plus profond, plus global et plus intégrateur.

En fait, la culture d'entreprise devrait conduire chaque salarié à avoir le sentiment que son succès personnel passe par celui de son établissement. Mais, dans les organisations, la coopération ne se décrète pas, elle existe quand elle est ressentie par tous comme une nécessité et qu'elle entraîne une véritable adhésion. A ce titre la communication interne revêt une très grande importance et évolue ; elle devient stratégie. Il faut maintenant la penser, l'organiser et l'associer à la communication externe. L'information diffusée par l'entreprise revêt deux aspects : information opérationnelle, principalement pour transmettre des ordres, pour informer et une information motivante qui va s'efforcer de « mobiliser, fédérer les troupes ». Pour cette dernière les objectifs sont respectivement de présenter

²⁵⁹http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/publications/Revue_Travail-et-Emploi/pdf/46_3082.pdf

l'entreprise comme un système ouvert et compétitif, donner au personnel les moyens de comprendre la manière dont l'entreprise fonctionne et mettre en valeur la politique managériale de l'entreprise²⁶⁰.

Finalement signalons, en peu de mots, que la construction d'une culture d'entreprise spécifique aux hôpitaux et aux cliniques est un sujet qui mérite encore l'attention des sociologues. Il s'agit en fait d'un sujet qui nous aide, en premier lieu, à comprendre les spécificités culturelles des institutions hospitalières. Il nous aide, en deuxième lieu, à comprendre les spécificités culturelles des pays puisque l'organisation et le fonctionnement des hôpitaux et des cliniques diffèrent d'un pays à l'autre. Il démontre aussi la place qu'occupe le secteur sanitaire dans les différents pays. Faudrait-il rappeler également que chacune des institutions hospitalières jouit d'une culture propre qui se résume dans les spécificités qui la caractérise et qui la diffère des autres institutions ? En fait la culture d'entreprise dans les hôpitaux diffère de celle que nous avons pu observer et étudier dans les cliniques. Cette même culture peut différer d'un service à l'autre dans la même institution.

En effet, sans entrer dans les détails, rappelons que chacun des services dans les deux hôpitaux se caractérise par un mode de pensée et par un comportement organisationnel qui marquent la différence entre les acteurs sociaux de ce service et les autres acteurs qui travaillent dans d'autres services. Par ailleurs, étant

²⁶⁰<http://www.creg.ac-versailles.fr/spip.php?article175>

un facteur déterminant dans la construction de la culture d'entreprise, la communication marque la différence entre les deux modèles de culture que nous avons pu observer dans les deux hôpitaux et dans les deux cliniques.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Conclusion générale

Etudier la culture d'entreprise, les liens sociaux, l'organisation du travail, la communication dans les hôpitaux et les cliniques comme institutions hospitalières est une ambition qui m'a accompagné depuis que j'ai étudié la sociologie de la santé en deuxième cycle. Ce sujet, qui m'intéresse beaucoup et m'intéressera toujours, mérite d'être analysé sociologiquement. Il n'est pas, à ma connaissance, bien étudié en Tunisie. En fait, le nombre de « spécialistes » en sociologie de la santé est encore restreint en Tunisie. D'autant plus des sujets comme l'organisation du travail, les liens sociaux ou la culture d'entreprise dans l'institution hospitalière n'a pas été, bien étudié à l'Université tunisienne. C'est pour cette raison que notre apport dans cette recherche serait donc d'analyser la construction de la culture d'entreprise dans l'institution hospitalière. Cette culture se base, selon notre hypothèse, sur les comportements organisationnels, la communication et la construction des liens sociaux entre les acteurs sociaux.

Pour aborder ce sujet nous avons commencé par dresser une liste bibliographique relativement exhaustive qui touche les différents aspects de ce sujet. Ensuite nous avons opté pour une méthodologie qui nous permet de poser nos questions aux cadres médicaux, aux cadres paramédicaux et aux patients. Pour faire cette enquête nous avons concilié entre des techniques d'investigation quantitatives et d'autres qualitatives : un questionnaire que nous avons adressé aux patients, une

observation participante que nous avons faite dans différents services et un entretien avec les médecins et les cadres paramédicaux. Le recours à ces trois techniques d'enquête en même temps se justifie par notre souci de collecter le maximum de données nécessaires pour appréhender ce sujet « délicat ».

En ce qui concerne l'approche théorique nous avons choisi d'utiliser deux paradigmes : le paradigme de l'interactionnisme symbolique et le paradigme de l'entreprise, bien que nous étions conscient des difficultés de conciliation entre deux paradigmes différents. C'est parce que nous considérons l'institution hospitalière comme un espace social dans lequel les acteurs sociaux communiquent, entrent en interaction et développent entre eux des liens sociaux, qu'une culture d'entreprise « spécifique » se construit petit à petit à travers l'ancienneté de cette institution hospitalière et de son personnel. C'est dans cette perspective que nous avons opté pour les deux paradigmes.

Toutefois, nous avons divisé la recherche en deux parties. Et bien que chacune de ces parties est distincte de deux autres, un fil conducteur lie entre elles : les rapports entre l'organisation du travail, la communication, l'identité au travail et la construction de la culture d'entreprise. Si, par exemple, nous avons utilisé le paradigme de l'entreprise dans le chapitre qui porte sur l'organisation du travail dans l'institution hospitalière, dans d'autres chapitres nous avons « combiné » entre les deux paradigmes.

Les résultats de cette recherche sont nombreux et sont, à notre avis, assez importants. Pour la question de l'organisation du travail il s'avère de l'enquête que dans les hôpitaux l'organisation du travail est un peu compliquée puisque le nombre des acteurs est relativement important. La répartition de l'hôpital en services différents nécessite la division des tâches d'une manière spécifique à chacun des services Et faudrait-il ajouter là que le sens d'organisation du chef du service intervient dans la méthode d'organisation. En ce qui concerne la division du travail dans les deux cliniques elle est beaucoup moins compliquée que dans les deux hôpitaux : elle n'est pas divisée en services distinctes et il n'y a pas beaucoup de personnes qui y travaillent. Elle se caractérise aussi par l'absence des chefs hiérarchiques et donc l'absence du pouvoir des cadres. Chacun des médecins est le chef de lui-même. La répartition spatiale de la clinique est assez simple, par rapport à l'hôpital, et par conséquent l'organisation de l'espace du travail est assez simple.

Par ailleurs, corollaire de l'interaction et de bonnes relations entre les acteurs sociaux, la communication, dans l'hôpital et la clinique, tout comme dans n'importe quelle entreprise, est le garant d'un lien social solide. Elle est cependant tributaire de circonstances du travail. En effet, les circonstances du travail dans les hôpitaux ne favorisent pas toujours la bonne communication entre les acteurs sociaux. Dans les cliniques, en revanche, la communication est plus « développée » entre les différents acteurs sociaux.

La construction de l'identité au travail chez les cadres paramédicaux est relativement différente de celle des médecins. L'appartenance à l'institution hospitalière publique semble être plus forte chez les cadres paramédicaux que chez les médecins. Egalement l'appartenance des cadres paramédicaux à l'institution hospitalière est relativement différente par rapport aux médecins.

Quant à l'atmosphère du travail dans les deux cliniques nous avons remarqué dès le début de l'enquête qu'elle diffère de celle de deux hôpitaux. En effet, dirigée avec un esprit commercial, la clinique est une entreprise à but lucratif. Le gain matériel est donc la principale finalité de la clinique.

Ajoutons que dans la clinique l'organisation du travail n'est pas très compliquée. Elle ne donne pas l'occasion aux différents acteurs sociaux d'entrer en interaction. Ce qui fait que l'acteur social (médecin ou cadre paramédical) ne se comporte pas, généralement, en prenant en considération l'autre, confrère ou camarade. Il ne prend en considération que son client. C'est pourquoi les rapports entre le médecin et son client sont toujours plus solides que ceux que les médecins entretiennent entre eux. Le comportement organisationnel des acteurs sociaux dans la clinique est, donc, un peu différent de celui de leurs collègues dans les hôpitaux.

C'est sur la base des comportements organisationnels des acteurs, de leurs rapports sociaux, de la communication entre eux, de leur sentiment d'appartenance à l'entreprise que l'identité au travail se construit. Cette identité au travail est étroitement

liée à la culture d'entreprise qui n'est qu'un mode de pensée, des normes et des valeurs culturelles que les salariés se partagent dans l'entreprise.

Pour mieux résumer, nous avons remarqué que les deux hôpitaux et les deux cliniques souffrent des insuffisances et des problèmes nombreux. Et si nous avons fait l'enquête en 2009 et en 2010, l'état de ces institutions hospitalières s'est-il amélioré après la révolution du 14 janvier 2011 ? Quel serait l'état de ces institutions dans quelques années ? La culture d'entreprise de ces institutions est-elle susceptible d'être développée dans les prochaines années ? L'appartenance des acteurs aux institutions hospitalières est-elle susceptible de développement et de consolidation ? Les rapports entre les cadres médicaux et paramédicaux et les patients seront-ils plus développés dans les prochaines années ? L'Etat développera-t-il les institutions hospitalières publiques ou optera-t-il pour la privatisation de ces institutions ? Pourrions-nous espérer que la sociologie de la santé soit une matière principale enseignée dans les Facultés de médecine et dans les Instituts supérieurs des Sciences de la santé et que des sociologues spécialistes enseigneront, au lieu des médecins ou des psychiatres, dans ces Facultés de médecine, dans ces écoles et dans ces instituts supérieurs de santé ?

Cette thèse m'ouvre d'autres horizons de réflexion et m'encourage à poursuivre ultérieurement des recherches dans le cadre de la sociologie de la santé.

Bibliographie

المراجع باللغة العربية

المازقي صالح، منخل الى علم اجتماع الصحة، مركز النشر الجامعي،

تونس، 2008

Ouvrages généraux

- Adam M & Herzlich C, (sous la direction de), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, éditions des archives contemporaines, 1984.
- Abdemouleh R, *Conduites face aux maladies et aux médecines en Tunisie*, Thèse pour l'obtention de doctorat en psychologie sociale, sous la direction de Benjamin Matolon, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris, 1990.
- Benoît G (dir), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 1993.
- Berger P, Luckman T, *La construction sociale de la réalité*, Paris, Meridiens Klincksieck, traduit de l'américain par Pierre Taminiaux, 1986.
- Blanchet A, *Dire et faire dire : l'entretien*, Paris, Armand Colin, 1997.
- Brelet C, *Médecine du monde, Histoire et pratiques des médecines traditionnelles*, Paris, Editions Robert Laffont, 2002.

- Bernoux P, *La sociologie des organisations*, Paris, Le Seuil, Coll. Points, 1985.
- Bouzon A et alii, *La communication organisationnelle en débat : champs, concepts, perspectives*, Paris, L'Harmattan, 2006.
- Boyer R; Durand J- P, *L'Après- fordisme*, Paris, Syros, 2^e édition, 1998.
- Cabin P& Dortier J.-F (coordinateurs), *La communication. Etat des savoirs*, Ed. Sciences Humaines, Paris, 2008.
- Carricaburi, D, Ménoret M, *Sociologie de la santé*, Paris, Armand Colin, 2004.
- Chatel V, « Le lien social d'hier à aujourd'hui. Sur quelques modalités d'intégration dans la société contemporaine », in (sous la direction de) Pavageau J, Gilbert Y& Pedrazzini Y, *Le lien social et l'inachèvement de la modernité. Expériences d'Amérique et d'Europe*, Paris, L'Harmattan, 1997.
- Corcuff P, *Les nouvelles sociologies*, Paris, Nathan, 1995.
- Cousteaux, A. S, « Représentations de la santé et cycle de vie. De la recherche du bien-être au maintien des capacités », *Notes & Documents*, 2010- 01, Paris, OSC, Sciences Po/CNRS.
- Crozier M, *Le phénomène bureaucratique*. Paris, Le Seuil, 1963.

- Crozier M et Friedberg E, *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Paris, Seuil 1977/ 1992.
- Demarez P, *La sociologie industrielle aux États-Unis*, Paris, Armand Colin, 1986.
- Desclaux A et Lévy J. J, "Présentation. Cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale?". *Anthropologie et Sociétés*, vol. 27, n° 2, 2003, Québec : département d'anthropologie, Université Laval.
- Dubar C, *La socialisation, Construction des identités sociales et professionnelles*, Armand Colin, 1998.
- Dufresne J, "La santé" in (sous la direction de) Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin, *Traité d'anthropologie médicale*. L'Institution de la santé et de la maladie. Québec, Les Presses de l'Université du Québec, l'Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC) et les Presses universitaires de Lyon (PUL), 1985.
- Durand J- P, Gaspirini W, *Le travail à l'épreuve des paradigmes sociologiques*, Paris, Octares, 2007.
- Durkheim E, *De la division du travail social*, Paris, PUF, 1973.
- Erbes-Seguin S, *Le travail dans la société. Bilan de la sociologie du travail*, Grenoble, PUG, 1988.
- Friedmann G, *Traité de sociologie du travail*, Paris, Seuil, 1962,

- Freidson E, *La profession médicale*, Traduit de l'américain par André Lyotard- May et Catherine Malamoud, Paris, Payot, 1984.
- Friedmann G, *Traité de sociologie du travail*, Paris, Armand Colin, 1962.
- Goffman E, *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Éditions de Minuit, 1968
- Goffman E, *La présentation de soi*, édit; Minuit, coll. « Le sens commun », Paris, 1973.
- Goffman E, *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, Paris, Éditions de Minuit, 1975.
- Gordon M, *Guide d'élaboration d'un projet de recherche*, Paris, Bruxelles, De Boek Université, 1988.
- Grawitz M, *Méthodes des Sciences Sociales*, Paris, Dalloz, 9^e édition, 1993.
- Guerid D, *Cultures d'entreprise*, Alger, Edition CRASC, 1997
- Halioua B, *Histoire de la médecine*, Paris, Masson, 2004, 2^e édition.
- Herbert A Simon, *Administrative Behavior*, New York, NY. Macmillan, 1947.
- Herzlich C, *Médecine moderne et quêtes de sens : lamaladie signifiant social*, in Marc Augé et Claudine Herzlich C, *Le sens*

du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie, Paris, éditions des archives contemporaines, 1984.

- Herzlich C, *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*, Paris, La Haye, Mouton, 1969, réédition, Paris, édition de l'EHESS, 1992.
- Herzlich C, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan, 2000.
- Kauffman J- C, *L'entretien compréhensif*, Paris, Armand Colin, 2004.
- Kerralie O, *Rester dépendant des institutions médicosociales*, Paris, L'Harmattan, 2009.
- Khun T, *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion, 1962/ 1983.
- Kaufmann G. C, *L'entretien compréhensif*, Paris, Nathan, Collection 128, 2004.
- Kutu O, *L'innovation à l'hôpital*, Paris, L'Harmattan, 1994.
- Laramé A, *La communication dans les organisations : une introduction théorique et pragmatique*, Québec, Sainte- Foy, 2001.
- Longuenesse E, *Santé, médecine et société dans le monde arabe*, Paris, L'Harmattan, 1995.
- Maria E L, *Le lien social dans la pensée sociologique classique*, in (sous la direction de), Pavageau J, Gilbert Y & Pedrazzini Y,

Le lien social et l'inachèvement de la modernité. Expériences d'Amérique et d'Europe, Paris, L'Harmattan, 1997.

- Mattelard A & M, *Histoire des théories de la communication*, Paris, La Découverte, 1995.
- Marc A & Herzlich C, (sous la direction de), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, éditions des archives contemporaines, 1984.
- Mayer R, *Méthodes de recherche en intervention sociale*, Québec, Gaétan Morin éditeur, 2000.
- Mercure D, «Logiques du capital et vulnérabilités sociales : les effets de l'impartition flexible » in Châtel Viviane et Marc-Henry Soulet (dir), *Agir en situation de vulnérabilité*, Québec, PUL, 2003.
- Mestiri S, *Le médecin dans la Citée. Origines et évolution de la médecine arabo- islamique*, Tunis, Sud Editions, 2006.
- Mintezberg H, *Structure et dynamiques des organisations*, traduit de l'américain par Pierre Romelaer, Paris, Les éditions des organisations, 1998.
- Moscovici S, *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, PUF, 1961/1976.
- Moscovici S, *Psychologie sociale*, Paris, PUF, 1984.
- Morin E, *La méthode, la nature de la nature*, Seuil, nouvelles éditions, coll. « Points », 1981.

- Mucchielli A, *Rôles et communications dans les organisations*, Paris Éd. E.S.F, 1983, 2^e éd. 1987.
- Mucchielli A, *La communication interne. Les clés d'un renouvellement*, Paris, Armand Colin, 2001.
- Nizet J, Rigaux N, *La sociologie de Goffman*, Paris, La Découverte, collection Repères, 2005.
- Parsons T, « Social structure and Dynamic Process: the case of modern Medical Practice », in *The social system*, Glencoe, Illinois, The Free Press, 1951.
- Peters T, Waterman R, *Le prix de l'excellence : les secrets des meilleures entreprises*, Inter édition, Paris, 1994. Rabier Jean- Claude, *Introduction à la sociologie du travail*, Paris, éditions Erasme, 1989.
- Rocher G, *Introduction à la sociologie. Première partie, L'action sociale*, Hurtubise, HMH, Tléé, Montréal, 1992, troisième édition.
- Sainsaulieu I, *Le malaise des soignants : le travail sous pression à l'hôpital*, Paris, L'Harmattan, collection Logiques sociales, 2003.
- Sainsaulieu R, *L'Identité au travail*, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, Paris, 1977, 3^e édition.
- Sainsaulieu R, *Sociologie de l'entreprise : organisation, culture et développement*, Paris, Presses de Sciences Po et Dalloz, 1997, 2^e édition.

- Steudler F, *La Profession médicale*, Paris, Payot, traduit de l'américain par Lyotard M, et Malamoud C, 1972.
- Steudler F, *Sociologie médicale*, Paris, Armand Colin, 1972.
- Steudler F, *L'hôpital en observation*, Paris, Colin, 1974.
- Soulet M H, (dir), *Agir en situation de vulnérabilité*, Québec, PUL, 2003.
- Terry G, Francklin S.G, *Les principes du management*, Paris, Economica, 1985, 8^e édition, 1985.
- Thévenet Maurice, *La culture d'entreprise*, Paris, PUF, Collection Que sais- je ?, 2010.
- Tinsa F, *La construction socio- culturelle de la maladie cancéreuse en Tunisie*, Thèse pour l'obtention de doctorat en sociologie, sous la direction de Ridha Boukraa, Faculté des Sciences Humaines et Sociales, Université de Tunis, 2003.
- Tripier P, « La sociologie du travail à travers ses paradigmes » in Michel de Coster (sous la direction de), *Traité de sociologie du travail*, Bruxelles, De Boeck Université, 1994.
- Zarifian P, *Travail et communication. Essai sociologique sur le travail dans la grande entreprise industrielle*, Paris, PUF, 1996.

Articles

- ✓ Alter N, Laville J- L, « la construction des identités au travail », Sciences Humaines n° 233, juillet 2011
- ✓ Boistel P, « La communication d'entreprise : un élément majeur de la politique générale des entreprises ? », in Colloque Pour une refondation des enseignements de communication des organisations, Paris du 23 au 28 août 2003.
- ✓ Belanger P.- R. & Benoît L, "Éléments théoriques pour une sociologie de l'entreprise: des classiques aux "néo-classiques". Cahiers de recherche sociologique, no 18-19, 1992, pp. 55-92. Montréal, UQAM.
- ✓ Boufartigue P, Bouteiller J, « Jongleuses en blouse blanche. La mobilisation des compétences temporelles chez les infirmières hospitalières » in *Contraintes, Normes et compétences au travail : les régimes de mobilisation*, IX^e journées de sociologie du travail, Paris : 27 et 28 novembre 2003.
- ✓ Bouhdiba S, "Le système de santé au Maghreb", in *Governing health systems in Africa*, edited by Martyn Sama & Vinh- Kim Nguyen, Codesria, 2008.
- ✓ Bonicco C, « Goffman et l'ordre de l'interaction. Un exemple de sociologie compréhensive », *Philo Sorbonne* n° 1/ Année 2006- 07 pp 31- 48.

- ✓ «Qu'est- ce que la culture d'entreprise ? » *Sciences Humaines*, hors-série n° 20, Mars / Avril 1998.
- ✓ Carbonnelle S, « Jalons pour une analyse critique « des représentations de la maladie », in *Bruxelles Santé*, numéro spécial, 2006, pp 10- 19.
- ✓ Castra M, « Faire face à la mort : réguler la « bonne distance » soignants- malades en unité de soins palliatifs. », *Travail et emploi* numéro 97, janvier 2004.
- ✓ - Cousteaux, A S « Représentations de la santé et cycle de vie. De la recherche du bien-être au maintien des capacités », *Notes & Documents*, 2010- 01, Paris, OSC, Sciences Po/CNRS, 2010.
- ✓ Desclaux A et Joseph J L, "Présentation. Cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale?". *Anthropologie et Sociétés*, vol. 27, n° 2, 2003, p. 5-21. Québec, Université Laval.
- ✓ Jucquois G, « Communiquer : exclure ou partager ? », pp 67-85, *Diogenes* n° 211, juillet- septembre 2005.
- ✓ Khaouja A, « Les tunisiens et la maladie : compétences et représentations », *étude présentée au Laboratoire Dirasset- Etudes Maghrebines*, Faculté des Sciences Humaines et Sociales de Tunis, sans date.
- ✓ Hierle J P, « Culture d'entreprise ou culture d'établissement ? », *DESS106*, Décembre 1996, pp 23- 33.

- ✓ Marc R, "De la sociologie médicale à la sociologie de la santé; trente ans de recherche sur le malade et la maladie". In (sous la direction de Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin), *Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie*, Québec, Les Presses de l'Université du Québec, l'Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC), Presses de l'Université de Lyon, 1985.
- ✓ Orfali B, « Les représentations sociales : un concept essentiel et une théorie fondamentale en sciences humaines et sociales », *L'Année sociologique*, 2000, n° 1, pp 235- 254.
- ✓ Sainsaulieu I, « Les appartenances à l'hôpital », *Sociologie du travail* 42, 2006, pp 72- 87.
- ✓ Sainsaulieu R, Segrestin D, « Vers une théorie sociologique de l'entreprise » *Sociologie du travail* n° 3, 1986.
- ✓ Steudler F, « Institutions de soins, profession médicale et environnement » in colloque international de sociologie médicale juillet 1976, Paris, CNRS, INSERM, pp 67- 77.

Webographie

- « Berger L& Luckman B, « La construction sociale de la réalité », in www.Wikipédia.org, consulté le 12/03/2008.
- Diaz N, Cours complet sur la culture d'entreprise in <http://marketing.thus.ch/loader.php?page=Diaz>, consulté le 16 avril 2011.

- Angele Kremer Marietti, « Le paradigme scientifique : cadres théoriques, perception, mutation » in www.dogma.lu/pdf, consulté le 12/03/2008.
- [www.dolimpio.com/ cours/spect/main.html](http://www.dolimpio.com/cours/spect/main.html) consulté le 27/ 7 / 2010
- Diaz- N, « La culture d'entreprise et sa représentation sociale », in [http ; // marketing. Thus.ch/loader.php](http://marketing.Thus.ch/loader.php), consulté le 23 juillet 2010.
- [www.images.hachette- livres/fr](http://www.images.hachette-livres.fr) consulté le 24 mai 2012.
- AmmarS, Extrait de l'Histoire de la psychiatrie maghrébine sur le site : L'héritage Grec et Arabe, Entretien avec Danille Jacquart de Jean-Luc Terradillos.
- <http://culture.entreprise.free.fr> consulté le 16 avril 2011.
- -Blog- mars-lab.com/Etudes/ articles consulté le 20 mai 2012.
- [www/inrp.fr](http://www.inrp.fr) consulté le 24 mai 2012.
- -<http://www.creg.ac-versailles.fr/spip.php?article175>.
- info@tunisie.com, consulté le 10/12/2009.
- -[www.images.hachette- livres/fr](http://www.images.hachette-livres.fr) consulté le 24 mai 2012.
- -[http://www.travail-emploisante.gouv.fr/publications/Revue Travail-et-Emploi/pdf/46_3082.pdf](http://www.travail-emploisante.gouv.fr/publications/Revue_Travail-et-Emploi/pdf/46_3082.pdf)
- <http://www.creg.ac-versailles.fr/spip.php?article175>

- <http://www.creg.ac-versailles.fr/spip.php?article175>
- Blog- mars-lab.com/Etudes/ articles consulté le 20 mai 2012.
- Lipietz A, « *Accumulation, crises et sorties de crise : quelques réflexions méthodologiques autour de la notion de « régulation* » in Lipietz.net/spip.php consulté le 21/11/2013.

Documents

- ❖ Base de données de la direction régionale de la santé du gouvernorat de Nabeul, 2009.
- ❖ Base de données électroniques du ministère de la santé publique www.santetunisie.rns.tn.

Liste des tableaux

- ❖ Tableau n° 1 : l'échantillon des patients
- ❖ Tableau n° 2 : répartition des enquêtés par tranche d'âge et par type d'institution.
- ❖ Tableau n°3 : quotas des enquêtés parmi les patients hospitalisés dans les deux hôpitaux.
- ❖ Tableau n°4 : quotas des enquêtés parmi les patients non hospitalisés et qui fréquentent les services externes de deux hôpitaux.
- ❖ Tableau n° 5: Présentation de la population du gouvernorat de Nabeul
- ❖ Tableau n° 6 : récapitulation du nombre du personnel exerçant dans les deux hôpitaux de l'échantillon en 2009.
- ❖ Tableau n° 7: Evolution des recettes de deux hôpitaux de 2001 à 2009 en dinars
- ❖ Tableau n° 8 : Evolution des dépenses de deux hôpitaux de 2001 à 2009 en dinars
- ❖ Tableau n° 9 : sur les définitions et les exemples des variables de la culture d'entreprise.
- ❖ Tableau n°10 : la suffisance ou l'insuffisance de la durée de consultation selon les enquêtés et par type d'institution.

- ❖ Tableau n°11 : position des enquêtés de la durée de consultation par type d'institution.
- ❖ Tableau n°12 : l'affiliation des enquêtés à la CNAM par filière de soins et type d'institution.
- ❖ Tableau n° 13 : les conflits des patients avec les médecins par type d'institution.
- ❖ Tableau n° 14 : les conflits des patients avec les cadres paramédicaux par type d'institution.
- ❖ Tableau n° 15 : les conflits des patients avec les agents administratif par type d'institution.
- ❖ Tableau n° 16 : les rapports entre la connaissance du personnel et le choix de l'institution hospitalière.
- ❖ Tableau n° 17 : le recours des patients aux interventions pour avancer les rendez- vous selon le type d'institution.
- ❖ Tableau n° 18 : la consommation des médicaments prescrits par les médecins
- ❖ Tableau n° 19: la consommation des médicaments par niveau d'études et par type d'institution.
- ❖ Tableau n° 20: les modèles culturels de l'entreprise d'après Sainsaulieu.

Liste des schémas

Schéma n° 1 : L'organigramme de l'hôpital A

Schéma n°2 : L'organigramme de l'hôpital B

Schéma n° 3 : L'organigramme des médecins

Schéma n°4 : L'organigramme des infirmiers

Schéma n°5 : Trois types d'organisation du travail : rationnel, artisanal et flexible

Schéma n°6 : La répartition spatiale de la clinique C

Schéma n°7 : Répartition spatiale de la clinique D

Schéma n°8 : Affiches murales d'information dans le service d'orthopédie.

Annexes

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Annexe n°1 :

Questionnaire adressé aux patients

Identification de l'enquêté

1) Age :

- moins de 20 ans
- 20-30 ans
- 31-40 ans
- 41-50 ans
- 51-60ans
- Plus de 60ans

2) Sexe :

- masculin
- féminin

3) Etat matrimonial :

- célibataire
- marié (é)
- divorcé (é)
- veuf (ve)

4) Niveau d'études :

- analphabète
- primaire
- secondaire
- supérieur

5) Profession :

6) Etes-vous affilié à une caisse de sécurité sociale ?

- oui
- non

7) Si oui vous êtes affilié au :

- CNSS
- CNRPS
- CNAM
- Autres (précisez).....

8) Lieu de résidence :

- zone rurale
- zone urbaine

9) Quelle est la distance entre votre lieu de résidence et l'institution hospitalière ?

- moins de 20 km
- 21- 40 km
- 41- 60km
- plus que 60 km

10) Taille de la famille

- sans enfants
- moins de 3 enfants
- plus de 3 enfants

11) Revenu mensuel de la famille :

- pas de réponse
- 200d - 300d
- 301d - 400d
- 401d - 500d
- 501d - 600d
- 601d - 800 d
- 801d- 1000 d
- plus que 1000d

12) Etat actuel du patient :

- hospitalisé
- *dans un hôpital
- *dans une clinique
- non hospitalisé

13) De quelle maladie vous souffrez ?

- Maladie aiguë
- Maladie chronique
- Maladie grave

14) Suivez- vous des soins ?

- dans un hôpital
- dans une clinique
- dans les deux en même temps

15) Suivez-vous un traitement chez un médecin particulier :

- un médecin généraliste
- un médecin spécialiste privé
- un médecin spécialiste de la santé publique
- non, je ne suis pas de traitement
- médecin généraliste de la santé publique

16) Fréquentez- vous régulièrement l'hôpital / la clinique

- une fois par semaine
- une fois par mois
- une fois par trimestre
- une fois par semestre
- une fois par an
- c'est pour la première fois que je vienne faire une consultation à l'hôpital / la clinique

17) Est-ce que vous connaissez le nom de votre médecin traitant ?

- oui
- non

18) Depuis quand vous êtes suivi par ce médecin ?.....

19) A votre avis la durée de consultation est –elle suffisante pour diagnostiquer l'état du malade ?

- oui
- non

20) Si non pourquoi ?

- non je n'ai pas de problème avec le médecin
- le médecin est trop occupé

- le médecin est peu coopérant
- autres

21) Le médecin est-il l'ami du patient ?

- oui

- non

Comment ?.....

22) Est-ce que vous prenez toujours les médicaments que le médecin vous prescrit ?

- non

23) Vous arrive-t-il de recourir à la médecine traditionnelle

- oui

- non

24) Si oui pourquoi?

25) Qui respecte plus le patient :

- le médecin

- l'infirmier

- les deux

- Ni l'un, ni l'autre

26) Où vous sentez mieux votre dignité et votre valeur humaine :

- Chez un médecin de la santé publique
- Chez un médecin privé
- Chez les deux
- Je n'ai jamais senti ma dignité et ma valeur humaine ni chez l'un ni chez l'autre

27) Vous est-t-il arrivé d'attendre longtemps pour avoir un rendez-vous avec un médecin ?

- oui
- non

28) Si oui combien a duré votre attente ?

.....

29) Avez-vous des connaissances parmi les cadres paramédicaux et les médecins ?

- oui
- non

30) Si oui est-ce qu'ils interviennent pour avancer vos rendez-vous ?

- oui
- non

31) Est-il vrai que ceux qui ont des connaissances dans l'hôpital sont consultés les premiers et sont « mieux servis »

- oui

- non

32) A votre avis est- il vrai que celui qui a plus d'argent peut être mieux suivi par les médecins que ce soit dans l'hôpital ou dans la clinique ?

- oui

- non

Merci pour votre coopération

Annexe n°2 :

Protocole d'entretien avec les médecins

** identification de l'enquêté : sexe, âge, formation universitaire (en Tunisie ou à l'étranger), situation professionnelle (médecin en chef, médecin spécialiste, généraliste, interne, résident...), ancienneté dans la profession et dans le même service.*

1- Comment évaluez-vous le métier du médecin ?

(Très fatigant, beaucoup de responsabilités, métier noble...).

Développez votre opinion en donnant des exemples S.V.P.

2- Le métier de médecin est-il stressant ?

3- Est-ce que vous participez aux séminaires de formation en Tunisie ou à l'étranger ? Si oui combien de fois par an ?

4- Évaluez ces séminaires

5- Est-ce que le travail dans votre service est bien planifié, (du point de vue division des tâches entre médecins puis entre médecins et cadres paramédicaux ?)

6- Que représente l'hôpital pour vous ?

(Est-ce que vous y sentez chez vous ?)

7- L'atmosphère de travail à l'hôpital est-elle une atmosphère familiale ?

- 8- Est-ce que l'administration prend en considération vos suggestions pour développer le travail au sein des services ?
- 9- Pouvez- vous évaluer la compétence des infirmiers et des techniciens supérieurs qui travaillent avec vous ?
- 10- Les relations entre confrères sont-elles toujours conviviales ?
- 11- Ya-t-il des conflits professionnels entre les confrères ?
- 12- Parlez- nous de vos relations personnels avec :
- * les médecins
 - * les infirmiers
 - * les agents administratifs
 - * les patients
- 13- Etes-vous satisfait de la nature de vos relations avec ceux-ci ?
- 14 - Comment évaluez- vous la communication ?
- * entre confrères
 - * entre médecins et infirmiers
 - * entre médecins et agents administratifs
 - * entre médecins et patients
- (Est-elle facile, ou difficile ... ?)
- 15- Avez-vous des amis parmi les infirmiers et les techniciens supérieurs ?

16 - On dit assez souvent qu'il y a deux catégories de médecins : ceux qui ne communiquent que brièvement avec les patients et ceux qui prennent leur temps pour leur expliquer leur état de santé.

Vous vous classez dans quelle catégorie ?

17- Est-ce que vous acceptez qu'un patient discute avec vous votre méthode de consultation et le traitement que vous lui prescrivez ?

18- le médecin est-il l'ami de son patient ?

19- A votre avis à quoi sont dues les erreurs médicales que certains médecins (même les plus compétents) commettent assez souvent ?

20-Comment évaluez- vous l'équipement et les matériels que vous utilisez dans le service ?

21- Est- ce que les nouvelles technologies sont nécessaires pour le développement de la médecine ?

22- Croyez-vous que les bonnes relations sociales (entre collègues et avec les patients) sont nécessaires pour le développement de la médecine en Tunisie ?

23-Faites une comparaison entre les hôpitaux et les cliniques (du point de vue ambiance du travail, rémunération, exercice du métier, services offerts aux patients...).

24- Vous préférez travailler dans un hôpital ou dans une clinique ?

Pourquoi ?

25- dans le contexte international actuel de progrès, comment vous évaluez la médecine en Tunisie ?

- une médecine prospère
- une médecine en difficulté
- une médecine dépendante des pays développés
- une médecine en développement
- autres.

26- Avez- vous quelque chose à ajouter avant de conclure ?

Merci pour votre patience et votre collaboration.

Annexe n° 3 :

Protocole d'entretien avec les cadres paramédicaux

** identification de l'enquêté : sexe, âge, ancienneté, formation, situation professionnelle (infirmier, anesthésiste, radiologue sage-femme ...)*

1- comment évaluez-vous votre métier?

(Très fatigant, beaucoup de responsabilités, métier noble...)

2- Est- ce que vous participez aux séminaires de formation en Tunisie ou à l'étranger ? Si oui combien de fois par an ?

3- Évaluez ces séminaires

4- Est- ce que le travail dans votre service est bien planifié, (du point de vue division des tâches entre les médecins, les cadres paramédicaux, les infirmiers... ?)

5- Que représente l'hôpital pour vous ?

(Est-ce que vous y sentez chez vous ?)

6- L'atmosphère de travail à l'hôpital est – elle une atmosphère familiale ?

7- Est-ce que l'administration prend en considération vos suggestions pour développer le travail au sein des services ?

8- Pouvez-vous évaluer la compétence des médecins, des infirmiers et des techniciens supérieurs qui travaillent avec vous ?

- 9- Est-ce que vous avez des amis parmi les médecins, les infirmiers et les cadres paramédicaux ?
- 10- Parlez- nous de vos relations personnels avec :
- * les médecins
 - * avec confrères
 - * les agents administratifs
 - * les patients
- 11- Ya-t-il des conflits professionnels entre les confrères ?
- 12- Etes-vous satisfait de la nature de vos relations avec ceux-ci ?
- 13- Comment évaluez- vous la communication ?
- * entre cadres paramédicaux et médecins
 - * avec confrères
 - * entre médecins et agents administratifs
 - * entre cadres paramédicaux et patients
- 14- Est-ce que la communication avec les patients est facile ?
- 15- Est-ce que vous acceptez qu'un patient critique l'organisation du travail au sein du service ?
- 16- L'infirmier (ou le technicien supérieur) est-il l'ami du patient ?

- 17- A votre avis à quoi sont dues les erreurs médicales que certains (même les plus compétents) commettent assez souvent ?
- 18- Croyez-vous que les bonnes relations sociales (entre collègues et avec les patients) sont nécessaires pour le développement de la médecine en Tunisie ?
- 19-Comment évaluez- vous l'équipement et les matériels que vous utilisez dans le service ?
- 20-Est- ce que les nouvelles technologies sont nécessaires pour le développement de la médecine ?
- 21-Faites une comparaison entre les hôpitaux et les cliniques (du point de vue ambiance du travail, rémunération, exercice du métier, services offerts aux patients...).
- 22- Est- ce que vous préférez travailler dans un hôpital ou dans une clinique ? Pourquoi ?
- 23- dans le contexte international actuel de progrès, comment vous évaluez la médecine en Tunisie ?
- une médecine prospère
 - une médecine en difficulté
 - une médecine dépendante des pays développés
 - une médecine en développement
 - autres

24- Avez- vous quelque chose à ajouter avant de conclure ?

Merci pour votre patience et votre collaboration.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Annexe n° 4 :

Quelques données statistiques de l'enquête

Tableau croisé sexe * type d'institution

Effectif	type d'institution		Total
	hopital	clinique	
sexe masculin	33	25	58
féminin	37	25	62
Total	70	50	120

Tableau croisé age * type d'institution

âge	type d'institution		Total
	hôpital	clinique	
moins de 20ans	4	5	9
20- 30 ans	19	11	30
31- 40	18	14	32
41- 50	11	10	21
51- 60	11	5	16
plus de 60 ans	7	5	12
Total	70	50	120

Tableau croisé Etat matrimonial * type d'institution

Etat matrimonial	type d'institution		Total
	hôpital	clinique	
célibataire	21	15	36
marié	42	29	71
veuf	7	6	13
Total	70	50	120

Tableau croisé niveau d'études * type d'institution

niveau d'études	type d'institution		Total
	hopital	clinique	
analphabète	2	5	7
primaire	22	12	34
secondaire	32	23	55
supérieur	14	10	24
Total	70	50	120

Tableau croisé lieu de résidence * type d'institution

lieu de résidence	type d'institution		Total
	hopital	clinique	
zone communale	60	43	103
zone non communale	10	7	17
Total	70	50	120

Tableau croisé distance entre résidence et instit hosp * type d'institution

	type d'institution		Total
	hopital	clinique	
moins de 20 km	61	41	102
21- 40 km	9	9	18
Total	70	50	120

	type d'institution		Total
	hopital	clinique	
sans enfants	2	3	5
moins de 3enfants	28	18	46
3 enfants ou plus	40	29	69
Total	70	50	120

Tableau croisé revenu mensuel * type d'institution

	type d'institution		Total
	hopital	clinique	
pas de réponse	1	0	1
moins de 200 dinars	2	0	2
200- 400 d	18	14	32
401 - 600d	34	25	59
601- 800 d	9	4	13
801 - 1000d	4	2	6
plus que 1000d	2	5	7
Total	70	50	120

Tableau croisé Etat du malade * type d'institution

	type d'institution		Total
	hôpital	clinique	
hospitalisé dans un hôpital	61	0	61
hospitalisé dans une clinique	0	6	6
non hospitalisé	9	44	53
Total	70	50	120

Tableau croisé Suivi de soins * type d'institution

	type d'institution		Total
	hopital	clinique	
dans un hopital	38	0	38
dans une clinique	0	22	22
Chez les deux	32	28	60
Total	70	50	120

Tableau croisé Suivi chez médecin * type d'institution

	type d'institution		Total
	hopital	clinique	
médecin généraliste	10	7	17
médecin spécialiste privé	13	20	33
médecin spécialiste de la santé publique	23	6	29
non je ne suis pas de traitement	23	17	40
médecin généraliste de la sant publ	1	0	1
Total	70	50	120

Tableau croisé fréquentation de l'institution hosp * type d'institution

	type d'institution		Total
	hopital	clinique	
1 fois par semaine	3	0	3
1 fois par mois	19	13	32
1 fois par trimestre	12	16	28
1 fois par semestre	3	2	5
1 fois par an	3	1	4
la première fois	30	18	48
Total	70	50	120

Tableau croisé nom du médecin traitant * type d'institution

	type d'institution		Total
	hopital	clinique	
oui	66	50	116
non	4	0	4
Total	70	50	120

Tableau croisé relations médecins- patients * type d'institution

		type d'institution		Total
		hopital	clinique	
relations médecins- patients	bonnes	25	39	64
	moyennes	42	11	53
	mauvaises	3	0	3
Total		70	50	120

Tableau croisé respect du patient * type d'institution

		type d'institution		Total
		hopital	clinique	
resp ect du patient	médecin	58	43	101
	ni l'un ni l'autre	2	0	2
	les deux	10	7	17
	Total	70	50	120

Tableau croisé sentir dignité chez * type d'institution

	type d'institution		Total
	hopital	clinique	
médecin publique	4	1	5
médecin privé	59	47	106
chez les deux	7	2	9
Total	70	50	120

Tableau croisé attente d'un rendez- vous * type d'institution

	type d'institution		Total
	hopital	clinique	
attente d'un rendez- vous oui	38	15	53
non	32	35	67
Total	70	50	120

Tableau croisé attente d'un rendez- vous * type d'institution

		type d'institution		Total
		hopital	clinique	
attente d'un rendez- vous	oui	38	15	53
	non	32	35	67
Total		70	50	120

Tableau croisé connaît cadre paramédical ou médecin * type d'institution

		type d'institution		Total
		hopital	clinique	
connaît cadre paramédical ou médecin	oui	21	5	26
	non	49	45	94
Total		70	50	120

Tableau croisé intervention pour avancer rendez- vous * type d'institution

		type d'institution		Total
		hopital	clinique	
intervention pour avancer rendez- vous	pas de réponse	4	2	6
	oui	22	9	31
	non	44	39	83
Total		70	50	120

Tableau croisé celui qui a des connaissances est consulté * type d'institution

		type d'institution		Total
		hopital	clinique	
celui qui a des connaissances est consulté	oui	57	47	104
	non	13	3	16
Total		70	50	120

Tableau croisé celui qui a plus d'argent est mieux suivi * type d'institution

		type d'institution		Total
		hopital	clinique	
celui qui a plus d'argent est mieux suivi	oui	60	46	106
	non	9	4	13
Total		69	50	119

Tableau croisé erreur médical * type d'institution

		type d'institution		Total
		hopital	clinique	
erreur médical	oui	24	4	28
	non	46	46	92
Total		70	50	120

Annexe n°5 :

Quelques données statistiques du secteur sanitaire dans
le gouvernorat de Nabeul.

BUDGET 2001

ETABLISSEMENT	RECETTES			TOTAL	DEPENSES		
	Subventions	Caisses	Recettes Propres		MEDICAMENTS et ACCESSOIRES	AUTRES DEPENSES	PART DE MEDICAMENT en %
H.R.NABEUL	180 000	850 000	500 000	1 530 000	720 500	809 500	47,1%
H.R.M.T.MAAMOURI	280 000	1 200 000	1 140 000	2 600 000	1 303 500	1 296 500	50,1%
H.R.MZL.TEMIME	120 000	630 000	500 000	1 250 000	692 000	558 000	55,4%
H.C.KORBA	240 000	0	240 000	480 000	245 000	235 000	51,0%
H.C.KELIBIA	220 000	0	240 000	460 000	247 500	212 500	53,8%
H.C.EL.HAOUARIA	150 000	0	120 000	270 000	121 200	148 800	44,9%
H.C.GROMBALIA	365 000	0	340 000	705 000	376 500	328 500	53,4%
H.C.SOLIMAN	180 000	0	160 000	340 000	204 150	135 850	60,0%
H.C.MZL.BOUZELFA	130 000	0	145 000	275 000	151 500	123 500	55,1%
H.C.BENI KHALED	140 000	0	150 000	290 000	147 700	142 300	50,9%
H.C.HAMMAMET	160 000	0	130 000	290 000	182 700	107 300	63,0%
GRUPEMENT .S.S.B	400 000	0	330 000	730 000	542 000	188 000	74,2%
ECOLE .P.S.P	140 000	0	0	140 000	500	139 500	0,4%
D.R.S.P.NABEUL		0	0	0		0	#DIV/0!
TOTAL	2 685 000	2 680 000	3 995 000	9 360 000	4 934 750	4 425 250	52,7%

BUDGET 2006

ETABLISSEMENT	RECETTES			TOTAL	DEPENSES		
	Subventions	Caisses	Recettes Propres		MEDICAMENTS et ACCESSOIRES	AUTRES DEPENSES	PART DE MEDICAMENT en %
H.R.NABEUL		2 200 000	950 000	3 150 000	1 031 000	2 119 000	32,7%
H.R.M.T.MAAMOURI		4 000 000	1 500 000	5 500 000	1 770 600	3 729 400	32,2%
H.R.MZL.TEMIME		2 000 000	900 000	2 900 000	1 292 500	1 607 500	44,8%
H.C.KORBA	260 000		285 000	545 000	232 500	312 500	42,7%
H.C.KELIBIA	245 000		275 000	520 000	226 000	294 000	43,5%
H.C.EL.HAOUARIA	200 000		135 000	335 000	127 000	208 000	37,9%
H.C.GROMBALIA	375 000		435 000	810 000	360 000	450 000	44,4%
H.C.SOLIMAN	255 000		215 000	470 000	215 000	255 000	45,7%
H.C.MZL.BOUZELFA	155 000		155 000	310 000	161 000	149 000	51,9%
H.C.BENI KHALED	170 000		180 000	350 000	186 200	163 800	53,2%
H.C.HAMMAMET	195 000		240 000	435 000	301 500	133 500	69,3%
GRUPEMENT .S.S.B	560 000		330 000	890 000	681 600	228 400	74,3%
ECOLE .P.S.P	150 000			150 000		150 000	0,0%
D.R.S.P.NABEUL	51 306			51 306		51 306	0,0%
TOTAL	2 616 306	8 200 000	5 600 000	16 416 306	6 564 900	9 851 406	40,0%

BUDGET 2007

ETABLISSEMENT	RECETTES			TOTAL	DEPENSES		
	Subventions	Caisses	Recettes Propres		MEDICAMENTS et ACCESSOIRES	AUTRES DEPENSES	PART DE MEDICAMENT en %
H.R.NABEUL		2 250 000	1 913 435	4 163 435	1 227 000	2 936 435	29,5%
H.R.M.T.MAAMOURI		4 150 000	1 700 000	5 850 000	2 780 000	3 070 000	47,5%
H.R.MZL.TEMIME		2 050 000	1 000 000	3 050 000	1 313 000	1 737 000	43,0%
H.C.KORBA	270 000		303 653	573 653	313 750	259 903	54,7%
H.C.KELIBIA	255 000		290 000	545 000	297 000	248 000	54,5%
H.C.EL.HAOUARIA	210 000		140 000	350 000	160 800	189 200	45,9%
H.C.GROMBALIA	380 000		666 837	1 046 837	512 000	534 837	48,9%
H.C.SOLIMAN	270 000		210 000	480 000	234 000	246 000	48,8%
H.C.MZL.BOUZELFA	165 000		165 000	330 000	163 650	166 350	49,6%
H.C.BENI KHALED	180 000		185 000	365 000	207 200	157 800	56,8%
H.C.HAMMAMET	205 000		250 000	455 000	315 000	140 000	69,2%
GROUPEMENT .S.S.B	590 000		350 000	940 000	698 100	241 900	74,3%
ECOLE .P.S.P	70 000			70 000	50	69 950	0,1%
D.R.S.P.NABEUL	74 739			74 739		74 739	0,0%
TOTAL	2 669 739	8 450 000	7 173 925	18 293 664	8 221 550	9 997 375	44,9%

BUDGET 2008

ETABLISSEMENT	RECETTES			TOTAL	DEPENSES		
	Subventions	Caisses	Recettes Propres		MEDICAMENTS et ACCESSOIRES	AUTRES DEPENSES	PART DE MEDICAMENT en %
H.R.NABEUL		2 350 000	1 100 000	3 450 000	1 172 000	2 278 000	34,0%
H.R.M.T.MAAMOURI		4 630 000	1 735 000	6 365 000	3 059 300	3 305 700	48,1%
H.R.MZL.TEMIME		2 150 000	1 075 000	3 225 000	1 365 500	1 859 500	42,3%
H.C.KORBA	280 000		300 000	580 000	319 300	260 700	55,1%
H.C.KELIBIA	265 000		290 000	555 000	306 500	248 500	55,2%
H.C.EL.HAGUARIA	220 000		140 000	380 000	166 500	193 500	46,3%
H.C.GROMBALIA	394 000		485 000	879 000	519 900	359 100	59,1%
H.C.SOLIMAN	284 000		210 000	494 000	243 500	250 500	49,3%
H.C.MZL.BOUZELFA	170 000		165 000	335 000	164 650	170 350	49,1%
H.C.BENI KHALED	185 000		185 000	370 000	213 200	156 800	57,6%
H.C.HAMMAMET	215 000		250 000	465 000	315 000	150 000	67,7%
GROUPEMENT .S.S.B	620 000		355 000	975 000	716 100	258 900	73,4%
ECOLE .P.S.P	75 000			75 000	30	74 970	0,0%
D.R.S.P.NABEUL	50 420			50 420		50 420	0,0%
TOTAL	2 758 420	9 130 000	6 290 000	18 178 420	8 561 480	9 566 520	47,1%

BUDGET 2009

ETABLISSEMENT	RECETTES			TOTAL	DEPENSES		
	Subventions	Caisses	Recettes Propres		MEDICAMENTS et ACCESSOIRES	AUTRES DEPENSES	PART DE MEDICAMENT en %
H.R.NABEUL		2 350 000	1 000 000	3 350 000	1 190 000	2 160 000	35,5%
H.R.M.T.MAAMOURI		5 160 000	1 740 000	6 900 000	3 268 000	3 632 000	47,4%
H.R.MZL.TEMIME		2 200 000	1 100 000	3 300 000	1 400 000	1 900 000	42,4%
H.C.KORBA	290 000		300 000	590 000	329 000	261 000	55,8%
H.C.KELIBIA	290 000		295 000	585 000	313 000	272 000	53,5%
H.C.EL.HAQUARIA	230 000		145 000	375 000	171 500	203 500	45,7%
H.C.GROMBALIA	404 000		500 000	904 000	524 500	379 500	58,0%
H.C.SOLIMAN	295 000		215 000	510 000	253 730	256 270	49,8%
H.C.MZL.BOUZELFA	180 000		165 000	345 000	165 350	179 650	47,9%
H.C.BENI KHALED	195 000		205 000	400 000	223 200	176 800	55,8%
H.C.HAMMAMET	225 000		359 666	584 666	332 000	252 666	56,8%
GRUPEMENT .S.S.B	660 000		365 000	1 025 000	747 100	277 900	72,9%
ECOLE .P.S.P	64 500		500	65 000	30	64 970	0,0%
D.R.S.P.NABEUL	77 905			77 905		77 905	0,0%
TOTAL	2 911 405	9 710 000	6 390 166	18 933 666	8 917 410	10 016 256	47,1%

Personnel paramédical dans le secteur public en 2009

	المجموع Total	مساعدو الصخة Auxiliaires	المرضى Infirmiers	الفنيون المسلمون Techniciens Supérieurs					قوابل Femmes	المعتمدة
				إختصاصات أخرى Autres	تحليل Biologie	أشعة Radiologie	تنبيب Anesthésistes	Sages		
Délégations										
Nabeul	655	23	409	93	36	27	39	28	نابل	
Dar Chabane El Fehri	30	3	17	4				6	دارشعبان الفهري	
Beni Khiair	34	2	24	6				2	بني خيار	
Korba	89	7	55	12	4	1		10	قرية	
El Mida	28	8	14	1				5	الميدة	
Menzel Tahmine	203	5	139	18	12	5	11	13	منزل تميم	
Kelibia	119	5	84	16	5	1	1	7	قلبية	
Hammam Ghezaz	7	1	3	2				1	حمام الغزاز	
El Haouaria	67	2	48	6	2	2		7	الهورية	
Takelsa	18	9	7					2	تاكلسة	
Soliman	61	3	41	5	2	2		8	سليمان	
Menzel Bouzelfa	44	1	25	8	2	2		6	منزل بوزلفة	
Beni Khaled	51	3	33	6	2	2		5	بني خالد	
Grombalia	120	6	72	12	8	6	7	9	قربالية	
Bouargoub	12	3	7					2	بوعرقوب	
Hammamet	64	2	47	3	3	2		7	الحمامات	
Total	1602	83	1025	192	76	50	58	118	كامل الولاية	

quipements sanitaires dans le secteur public en 2009

الولايات	عدد الأسرة Nbre de lits	مخابر Laboratoires	قاعات المعاملات Salles d'opérations	المراكز الصحية Centres de santé de base				المستشفيات Hopitaux		المستشفى الجهوي Régionaux	المستشفى المحلية de circonscription
				المجموع Total	صنف 1 Type 1	صنف 2 Type 2	صنف 3 Type 3	صنف 4 Type 4			
نابل	468	3	10	6		1	5		2	نابل	
دار شعبان الفهري	6			2			1	1		دار شعبان الفهري	
بني خيار		1		6		3	1	2		بني خيار	
قرية	40	1		8	2	4	2		1	قرية	
المدة	6			10	1	8		1		المدة	
منزل تميم	140	1	2	13		7	5	1	1	منزل تميم	
قليبية	50	1		7	2		3	2	1	قليبية	
حمام الفزاز				5		3		2		حمام الفزاز	
الهورارية	20	1		12		11		1	1	الهورارية	
تاكلسة				8	1	6	1			تاكلسة	
سليمان	30	1		5		4		1	1	سليمان	
منزل بورلفة	30	1		4		2	2		1	منزل بورلفة	
بني خالد	30	1		3		2	1		1	بني خالد	
قرمبالية	61	1	1	10	2	8			1	قرمبالية	
بوعرقوب				8		7	1			بوعرقوب	
الحمامات	24	1		7		6	1		1	الحمامات	
Total	905	13	13	114	8	72	23	11	8	3	كامل الولاية

المصدر : الإدارة الجهوية للصحة بنابل (31 ديسمبر 2009)

quipements sanitaires dans le secteur privé en 2009

Délegations	مخبرات التمريض Infirmieries	مراكز تنقية الدم Centres d'Hémodialyses		مخبر التحاليل Laboratoires	العيادات الخاصة Cabinets de libres pratiques			المصحات المتعددة التخصصات Cliniques pluridisciplinaires	المعتدية
		عدد الآلات Nb de machines	عدد المراكز Nb de Centres		الميدانيات Pharmacies	طب الاختصاص Médecine spécialisés	طب عام Médecine Générale		
Nabeul		42	3	7	20	97	30	2	نابل
Jar Chabane El Fehri	2				8		8		دار شعبان الفهري
Beni Khiair					9		15		بني خيار
Korba		14	1	2	12	8	16	1	قربة
El Mida					4		3		الميدة
Menzel Temime				1	10	14	10		منزل تميم
Kalbja	1	14	1	2	11	18	10	1	قلبية
Hammam Ghezaz					4		4		حمام الغزاز
El Haouaria					6		5		الهوارية
Takelsa					4		5		تاكلسة
Soliman		19	1	1	8	4	14		سليمان
Menzel Bouzelfa				1	7	9	9		منزل بوزلفة
Beni Khaled				1	8	4	9		بني خالد
Grombalia	1	14	1	2	11	9	14		قرومبالية
Bouargoub	1				6	1	4		بوعرقوب
Hammamet	3			2	25	26	35	1	الحمامات
Total	8	103	7	19	153	190	191	5	كامل الولاية

تونس في:

6 - مارس 2009

قرار تنقيح

تحويل اعتمادات 10 مارس 2009

يتعلق بتوزيع الاعتمادات المفتوحة بالعنوان الأول حسب الفصول و الفقرات و الفقرات الفرعية للسنة المالية 2009

الباب: 25 وزارة الصحة العمومية

وزير الصحة العمومية

بعد اطلاعه على القانون عدد 53 لسنة 1967 المؤرخ في 8 ديسمبر 1967 و المتعلق بالقانون الأساسي للميزانية كما تم تنقيحه بالقانون الأساسي عدد 42 لسنة 2004 المؤرخ في 13 ماي 2004 وخاصة الفصل 34 منه سمي القانون عدد 2008/77 المؤرخ في 2008/12/22 و المتعلق بقانون المالية لسنة 2009 و على الأمر عدد 2008/3914 المؤرخ في 2008/12/22 و المتعلق بالتوزيع حسب الفصول للاعتمادات المفتوحة بقانون المالية المشار إليه أعلاه

و على القرار: L1200910907500001

قرار ما يلي:

فصل وحيد: تنقح توزيع الاعتمادات المفتوحة بالعنوان الأول لسنة 2009

عيزانية المؤسسة: 09075 مستشفى محمد النظار المعمري بنابل

في مستوى الفصول و الفقرات و الفقرات الفرعية كالاتي:

المبلغ الجديد	التخفيض	الزيادة	المبلغ السابق	البيان	الفرقة	الفاصل
المسوارد						
500,000			500,000	بيع المعدات القديمة	07	03
500,000			500,000	حملة النقل: 05		
25 000,000			25 000,000	إكراء الفضاءات	11	06
25 000,000			25 000,000	حملة النقل: 06		
120 000,000			120 000,000	مساهمة المرضى في كلفة الإقامة بالمستشفى	01	12
160 000,000			160 000,000	مساهمة المرضى في كلفة العيادات الخارجية	02	12
80 000,000			80 000,000	مساهمة المرضى في كلفة التحاليل الطبية	03	12
400 000,000			400 000,000	مساهمة المرضى في كلفة الفحوص بالاشعة	04	12
5 000,000			5 000,000	مساهمة المرضى في كلفة الفحوص التكميلية الأخرى	05	12
40 000,000			40 000,000	مساهمة المرضى بعنوان النشاط الخاص التكميلي	06	12
805 000,000			805 000,000	حملة النقل: 12		
30 000,000			30 000,000	مساهمة المرضى في كلفة الإقامة بالمستشفى	01	13
70 000,000			70 000,000	مساهمة المرضى في كلفة العيادات الخارجية	02	13
20 000,000			20 000,000	مساهمة المرضى في كلفة التحاليل الطبية	03	13
60 000,000			60 000,000	مساهمة المرضى في كلفة الفحوص بالاشعة	04	13
11 250,000			11 250,000	مساهمة المرضى المتقنين ببطاقات العلاج المجاني	05	13
191 250,000			191 250,000	حملة النقل: 13		
200 000,000			200 000,000	مساهمة المرضى في كلفة الإقامة بالمستشفى	01	14
160 000,000			160 000,000	مساهمة المرضى في كلفة العيادات الخارجية	02	14
85 000,000			85 000,000	مساهمة المرضى في كلفة التحاليل الطبية	03	14
260 000,000			260 000,000	مساهمة المرضى في كلفة الفحوص التكميلية الأخرى	05	14

المبلغ الجديد	التخفيض	الزيادة	المبلغ السابق	البيان	الفقرة	ف.ف
715 000,000			715 000,000	جملة الفصل 14		
4 000 000,000			4 000 000,000	مساهمة الصندوق الوطني للتأمين على المرض في نفقات الإقامة بالمستشفى	06	15
900 000,000			900 000,000	مساهمة الصندوق الوطني للتأمين على المرض في نفقات العيادات الخارجية	07	15
200 000,000			200 000,000	مساهمة الصندوق الوطني للتأمين على المرض في نفقات إتفاقيات الخاصة	08	15
60 000,000			60 000,000	مساهمة الصندوق الوطني للتأمين على المرض في نفقات الفحص بالمفراس	09	15
5 160 000,000			5 160 000,000	جملة الفصل 15		
3 250,000			3 250,000	امدادات غير متبوية مختلفة	99	50
3 250,000			3 250,000	جملة الفصل 50		
6 900 000,000			6 900 000,000	جملة المصاريف		
التنقحات						
541 100,000			541 100,000	الأجر الأساسي والدرج	000	0001 01
270 000,000			270 000,000	المنح الخصوصية القارة	000	0002 01
230 000,000			230 000,000	المنح الخصوصية المتغيرة	000	0004 01
35 000,000			35 000,000	منحة الإنتاج	000	0005 01
75 000,000			75 000,000	منحة الساعات الإضافية والعمل الليلي	000	0006 01
16 000,000			16 000,000	المنح العائلية	000	0013 01
120 000,000			120 000,000	المساهمات المحمولة على المتغزل	000	0014 01
1 287 100,000			1 287 100,000	جملة الفصل 01101		
40 000,000			40 000,000	تسييد مستشفيات الأطباء السعبيين بممارسة النشاط الخاص التكميلي	000	0017 01
40 000,000			40 000,000	جملة الفصل 01102		
60 000,000			60 000,000	إستهلاك نساء	000	0002 02
135 000,000			135 000,000	إستهلاك الكهرباء والغاز	000	0003 02
35 000,000			35 000,000	الإحصائيات الهاتفية	001	0004 02
4 000,000			4 000,000	تراسل الصعوبات	002	0004 02
500,000			500,000	نفقات أخرى	099	0004 02
15 000,000			15 000,000	تأثيرات الإدارة	001	0005 02
45 000,000			45 000,000	تأثيرات مصانع خصوصية	003	0005 02
24 000,000			24 000,000	شراء الوكود لوسائل النقل	001	0006 02
37 000,000			37 000,000	حخص الوكود لفائدة الإطارات المكلفة بخطط وظيفية	003	0006 02
3 000,000			3 000,000	شراء الوكود للمعدات خصوصية أخرى	006	0006 02
1 200,000			1 200,000	المراسلات الإدارية	001	0007 02
400,000			400,000	مصاريف الحسابات الجارية بالبريد	002	0007 02
200,000			200,000	نفقات أخرى	099	0007 02
15 000,000			15 000,000	معدات التصرف الإداري	001	0008 02
2 000,000			2 000,000	معدات التصوير والمعدات التسمية البصرية	002	0008 02
250 000,000			250 000,000	معدات مختلفة	099	0008 02
3 000,000			3 000,000	معدات سائر النقل	001	0009 02

160 000,000		160 000,000	الإعتناء بالنباتات	001	0010	02
20 000,000		20 000,000	تعهد وصيانة وسائل النقل	002	0010	02
70 000,000		70 000,000	تعهد وصيانة المعدات والآلات	003	0010	02
190 000,000		190 000,000	تعهد وصيانة معدات خصوصية	004	0010	02
34 000,000		34 000,000	تعهد وصيانة الحدائق والنباتات	006	0010	02
30 000,000		30 000,000	النفقات المباشرة للتنظيف	001	0011	02
175 000,000		175 000,000	التنظيف عن طريق المنارثة	002	0011	02
150 000,000		150 000,000	مصاريف الحراسة	000	0012	02
25 000,000		25 000,000	لوازم المكاتب	000	0013	02
10 000,000		10 000,000	المطبوعات الرسمية	001	0014	02
60 000,000		60 000,000	المطبوعات الخصوصية	005	0014	02
5 000,000		5 000,000	مطبوعات أخرى	099	0014	02
5 000,000		5 000,000	الورائق المكتوبة	001	0015	02
2 000,000		2 000,000	الورائق الأخرى	099	0015	02
1 500,000		1 500,000	الصحف والمجلات	000	0016	02
7 000,000		7 000,000	إشتراكات بوكالات الإعلام	000	0017	02
2 000,000		2 000,000	تعليق ونشر الإعلانات	000	0018	02
50 000,000		50 000,000	شراء اللوازم والمعدات	001	0019	02
2 500,000		2 500,000	شراء منظومات	002	0019	02
6 000,000		6 000,000	نفقات الصيانة	003	0019	02
2 000,000		2 000,000	نفقات استغلال منظومة 'ادبي'	001	0020	02
100,000		100,000	نفقات استغلال منظومة 'رشاد'	003	0020	02
1 000,000		1 000,000	مصاريف الاستشارات	001	0021	02
37 000,000		37 000,000	مصاريف المهمات	000	0022	02
13 000,000		13 000,000	إكساء العملة وأعوان الاستقبال	002	0023	02
15 000,000		15 000,000	إكساء الأعوان الطبيين وشبه الطبيين	004	0023	02
1 000,000		1 000,000	المنحة اليومية للتقل	001	0024	02
250,000		250,000	المنحة الكيلومترية للتقل	002	0024	02
250,000		250,000	إرجاع مصاريف نقل الأشخاص	003	0024	02
	30 000,000	30 000,000	مصاريف نقل الأشخاص بالداخل	001	0025	02
30 000,000		30 000,000	مصاريف نقل الأشخاص بالخارج	003	0025	02
5 000,000		5 000,000	مشتريات للتكوين	001	0028	02
500,000		500,000	تربصات تكوين	002	0028	02
3 000,000		3 000,000	التكوين في الإعلامية	004	0028	02
9 000,000		9 000,000	النفقات المباشرة للتغذية	001	0029	02
400 000,000		400 000,000	نفقات، التغذية عن طريق المناولة	002	0029	02
5 000,000		5 000,000	عمليات الإرشاد وإعلام العموم	000	0032	02
3 000,000		3 000,000	تظاهرات دورية واستثنائية ذات صبغة وطنية	000	0036	02
4 000,000		4 000,000	معاليم الجولان	001	0040	02
1 500,000		1 500,000	معاليم العبور	002	0040	02
5 000,000		5 000,000	مصاريف الصيانة بالبيادات الخارجية	091	0044	02
1 000,000		1 000,000	مصاريف الصيانة	000	0045	02
1 000,000		1 000,000	نقل الآلات والمعدات	001	0047	02
1 290 000,000		1 290 000,000	شراء الأدوية	001	0048	02

35 000,000			35 000,000	002	004	برامج صحية
970 000,000			970 000,000	003	004	برامج طبية
10 000,000			10 000,000	004	004	الدم ومشتقاته
115 000,000			115 000,000	005	004	سوائل طبية
45 000,000			45 000,000	006	004	مخبرات
370 000,000			370 000,000	007	004	تجهيزات طبية
240 000,000			240 000,000	008	004	الأجهزة الطبية
190 000,000			190 000,000	009	004	علاجات تصحيح البصر
3 000,000			3 000,000	000	004	علاجات طبية
20 000,000			20 000,000	000	004	البرامج الأخرى وخدمات صحية
65 000,000			65 000,000	000	004	مصاريف إعطية من مبررات
1 000,000			1 000,000	000	004	مصاريف الترفيه
1 000,000			1 000,000	009	009	علاجات مختلفة
5 532 900,000	30 000,000	30 000,000	5 532 900,000	02201		صحة الطفل
25 000,000			25 000,000	03302		صحة الطفل
25 000,000			25 000,000	03302		صحة الطفل
10 000,000			10 000,000	03304		صحة الطفل
10 000,000			10 000,000	03304		صحة الطفل
5 000,000			5 000,000	03305		صحة الطفل
5 000,000			5 000,000	03305		صحة الطفل
6 900 800,000	30 000,000	30 000,000	6 900 800,000			صحة الطفل

مدير المصالح الصحية

مدير المصالح الصحية

مدير المصالح الصحية

Résumé de Thèse de doctorat

Spécialité : Sociologie

Langue : Français

Nom : Ghoul Abdellaoui

Prénom : Houda

Date et lieu de naissance : 27- 1- 1976 Ouled Haffouz **Nationalité :** Tunisienne

Adresse : BP n° 27, Bouargoub, Nabeul, 8040

Tél : 97540538

Directeur de Thèse : M. Moncef Ouanes

Date de soutenance : 28 janvier 2015

Titre de la Thèse : La construction sociale de la culture d'entreprise dans les institutions hospitalières.

Résumé :

L'idée directrice de cette recherche se résume dans le fait que l'institution hospitalière est un espace social dans lequel les acteurs sociaux communiquent, entrent en interaction et développent entre eux des liens sociaux. Une culture d'entreprise « spécifique » à cette institution se construit, progressivement, à travers l'ancienneté de son personnel. L'enquête a été faite dans deux hôpitaux et deux cliniques dans le gouvernorat de Nabeul. Dans cette enquête nous avons concilié entre la méthode quantitative et la méthode qualitative. Quant au cadre théorique, nous avons eu recours à deux paradigmes : le paradigme de l'entreprise et le paradigme de l'interactionnisme symbolique.

Par ailleurs cette recherche a abouti à de nombreux résultats, dont :

- les liens tissés entre les différents acteurs sociaux se révèlent dans de multiples formes et peuvent se construire soit sur les coopérations, soit sur les conflits. Ces coopérations ou ces conflits contribuent à la formation des appartenances collectives à l'institution hospitalière et, partant de là, elles contribuent à la construction de la culture d'entreprise.
- les maladies dépendent des facteurs sociaux et culturels puisque le rapport que l'individu entretient avec sa santé ou sa maladie est, d'une certaine manière, le rapport de cet individu avec les valeurs de sa société.

Indication Bibliographiques :

- Nombre de pages : 295
- Nombre de volumes : 1
- Nombre de références bibliographiques : 113
- Nombre illustrations : 28

Mots- clés

- 1 : culture d'entreprise
- 2 : lien social
- 3 : interaction
- 4 : communication
- 5 : identité au travail



ملخص حول شهادة الدكتوراه

الاختصاص: علم الاجتماع

لغة التحرير: الفرنسية

اللقب: الغول

الاسم: هدى

اللقب العائلي قبل الزواج: عبد اللاوي

تاريخ الولادة: 27 جانفي 1976 بأولاد حفوز

الجنسية: تونسية

عنوان المراسلة: ص ب عدد 27 ، بوعرقوب، نابل 8040

الهاتف: 97540538

تاريخ المناقشة: 28 - 01 - 2015

الاستاذ المشرف: المنصف وناس

عنوان الأطروحة: البناء الاجتماعي لثقافة المؤسسة في المؤسسات الاستشفائية.

الملخص

ان الفكرة الرئيسية لهذا البحث تتمثل في اعتبار المؤسسة الاستشفائية فضاء اجتماعيا يتواصل فيه الفاعلون الاجتماعيون ويتفاعلون وينسجون علاقات اجتماعية. تتأسس بناءا على هذه العلاقات الاجتماعية ثقافة مؤسسة "خاصة" بالمؤسسة الاستشفائية تبنى تدريجيا عبر اقدمية الفاعلين بها. و لا نجاز هذا البحث اجرينا بحثا ميدانيا في مستشفيات عموميين و عيادتين خاصتين بولاية نابل. و لقد استعملنا في البحث المنهجين الكمي و الكيفي. اما بالنسبة للاطار النظري فقد اعتمدنا براديغمي المنشأة الصناعية و التفاعلية الرمزية.

و لقد توصلنا في هذا البحث الى نتائج مهمة منها:

- تتجسد الروابط الاجتماعية بين مختلف الفاعلين الاجتماعيين في اشكال متعددة تبنى بعضها على التعاون و تبنى اخرى على الصراع. هذا التعاون و هذا الصراع يساهمان في تشكيل الانتماءات الجماعية للمؤسسة الاستشفائية. ما يؤدي في النهاية الى بناء ثقافة المؤسسة.
- ان لبعض الامراض علاقة بالعوامل الاجتماعية والثقافية فالفرد يتعامل مع جسده السليم او العليل طبقا للمعايير الثقافية و القيم السائدة في مجتمعه.

معلومات ببليوغرافية

عدد الصفحات: 295

عدد المجلدات: 1

عدد المراجع: 113

عدد الشخصيات: 28

الكلمات المفاتيح

1- ثقافة المؤسسة

2- الرابط الاجتماعي

3- التفاعل

4- التواصل

5- الهوية في العمل