

# La dynamique du changement : Enjeux managériaux, organisationnels et sociaux dans le cadre hospitalier.

Fabrice Desplan, Fabrice Docteur

## ► To cite this version:

Fabrice Desplan, Fabrice Docteur. La dynamique du changement : Enjeux managériaux, organisationnels et sociaux dans le cadre hospitalier.. 2ème séminaire des Cadres de Santé de l'Institut Cœur Poumon (ICP) du CHU de Lille CHU de Lille, CHU de Lille; Direction Générale des Soins; Institut Cœur Poumons - CHU de Lille, May 2019, Lille, France. halshs-02190722

**HAL Id: halshs-02190722**

**<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02190722>**

Submitted on 22 Jul 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Docteur Fabrice DESPLAN, Sociologue**

**La dynamique du changement : Enjeux managériaux, organisationnels et sociaux dans le cadre hospitalier.**

2<sup>ème</sup> séminaire des Cadres de Santé de l'Institut Cœur Poumon (ICP) du CHU de Lille  
CHU de Lille, le 23 mai 2018<sup>1</sup>

Abstract :

Dans les organisations de santé, en particulier les CHU, le changement est inhérent au développement, à l'innovation médicale, ou encore à l'impératif de prise en compte des demandes sociales. Contribuer à la mission de service public passe par une capacité à animer l'organisation du service de soins mais aussi à impulser et s'adapter aux mutations.

Quelles soient scientifiques, techniques, communicationnelles, légales... les différentes évolutions impactent, touchent, toutes les dimensions de l'activité hospitalière, sollicitant de plus en plus le dynamisme des acteurs. Elles ont toutes une dimension managériale car elles imposent une évolution des institutions et des agents qui font vivre le système de soin, à commencer par le CHU. Dans cette contribution nous interrogerons les conditions qui permettent, dans le cadre hospitalier, une intégration réussite du changement et surtout sa dimension managériale. Plus concrètement nous proposons de considérer le changement comme un facteur réinterrogeant les pratiques managériales pour faire de ces dernières, un levier de l'intégration, de cohésion, pour échapper aux risques de déstabilisation et ainsi devenir un moteur d'innovations bénéfiques.

A partir de rappels des apports de la sociologie et du terrain hospitalier nous proposons de considérer le changement comme un atout dans un contexte singulier, l'hôpital. Ici l'hôpital est abordé comme une structure sociale devant intégrer les logiques individuelles pour les transformer en dynamique collective. C'est en ce sens particulier nous restreignons l'expression d'action collective.

Dans une dimension pratique l'intervention participera à comprendre les impacts du changement pour les différents cadres et ceux dont ils ont la responsabilité, avec en ligne de mire les impératifs du service public hospitalier.

---

<sup>1</sup> Cette contribution est la base d'une conférence réalisée au sein de l'ICP du CHU de Lille. La présente version est une relecture après intervention. Nos remerciements à la Direction générale du CHU, en particulier la DGS et singulièrement la Directrice Madame Gustave pour l'invitation et la disponibilité en amont de cette rencontre. Je remercie également Bertrand Renaud, Directeur du Pôle pour son accueil.

Merci de cette invitation et de l'occasion donnée pour réfléchir autour de la dynamique managériale appliquée à la vie hospitalière et plus particulièrement aux modalités d'implication des personnels dans le contexte d'un CHU. Il me paraît important de noter, comme sociologue, que cette rencontre malgré son aspect magistral est avant tout une co-construction d'un savoir. En effet, c'est à partir d'observations, d'entretiens, d'échanges informels, de lectures, d'expertises que je vous propose une vision qui sera, je l'espère, un outil. La notion de co-construction est empruntée au sociologue américain spécialiste de la santé et des organisations sociales, Anselm Strauss. Elle renvoie à l'idée que les mutations de l'hôpital (perceptibles dans : la relation soignant / soignée ; la relation soignant / soignant ; et nous ajoutons les relations soignés / soignés), se réalisent, se structurent dans un échange permanent. Strauss n'hésite pas d'ailleurs à parler de la négociation (non au sens de marchandage mais d'échanges extrêmement constructifs et porteurs de connaissances) pour qualifier le contexte où chacun par son expérience, contribue à la création d'un savoir performant. Il ne s'agit pas de venir avec une doxa, mais dans l'essence même de la sociologie, proposer un recul sur nos actions afin de mieux les penser, en les décomposant, en les déconstruisant afin de les dépasser.

Je commencerai stratégiquement par la conclusion : Le changement, l'innovation, les mutations sont intrinsèques à l'univers du soin et plus particulièrement en CHU. Tout l'enjeu n'est pas son acceptation, car il s'impose avec rapidité et exigences. L'objectif est d'en faire un outil pour l'exécution des missions de service public dans un contexte engageant, stimulant, vivifiant, équilibré. Et là, là... toutes les difficultés que vous rencontrez surgissent.

Je traiterai par facilité le changement dans l'ensemble des actes de management. Il faudrait le singulariser. Mais le faire nécessite avant tout une présentation globale de la participation de l'individu, son envie d'investissement dans la collectivité, ici la vie du service. J'insisterai (I) sur le contexte social dans lequel le changement, les attentes managériales interviennent, à partir des attentes de l'individu, vos collaborateurs, dans notre société. Sans ce contexte il est impossible de comprendre les exigences des mutations et leur conséquences managériales. Le collaborateur, le soignant que vous accompagnez, le personnel pour lequel vous animez un cadre de vie, sont des individus dont la place, les regards, les attentes et les exigences changent. Nous partirons de là. Cela permettra de mieux comprendre (II) quelques observations que la sociologie propose sur le changement dans une société que l'on appelle : « la société du Primat de l'individu ». Enfin (III) plus rapidement pour entamer l'échange qui suivra je poserai quelques principes que l'on peut penser dans la perspective du changement en insistant sur les stratégies que les individus peuvent mettre en place face à la vie managériale, plus particulièrement quand celle-ci impulse de évolutions, des changements.

## **I) Un contexte la société du primat de l'individu**

Les sociologues qualifient notre société comme celle du primat de l'individu depuis la révolution industrielle. Quels liens avec le management ? Depuis la révolution industrielle marquée par un développement des sciences, au premier rang d'ailleurs l'univers médical, les individus se sont de plus en plus spécialisés. L'univers social devient de plus en plus

complexe. De fait, il est impossible de réaliser personnellement tout ce qui est nécessaire pour vivre en société. On peut même affirmer que ce phénomène ne fait que s'accroître avec l'étalement de la technique dans toutes les sphères de la vie. Face à la multitude d'actions nécessaires pour vivre en société, nous ne pouvons personnellement réaliser qu'une infime partie. Nous nous spécialisons donc dans des domaines en fonction de compétences acquises et reconnues par l'ensemble de la société. Cette spécialisation a été à l'origine de notre développement. La médecine conventionnelle en est une illustration parfaite. Mais cette obligatoire spécialisation a un double impact.

- 1) *Le besoin d'autonomie, de reconnaissance, de liberté, d'affranchissement des normes collectives...* pour construire une individualité qui se veut unique. Dans l'univers social chaque individu se veut différent et est différencié. Au travail, l'organisation de la production a demandé une grande spécialisation pour une plus grande efficacité. Celui qui est devenu spécialiste d'un geste, d'un acte, d'un procédé se définit et est reconnu comme Le spécialiste. C'est donc en construisant une autonomie, un espace où il développe des compétences uniques, que l'individu impulse des nouveautés, quitte à surprendre, à créer des débats. Cela nécessite souvent une capacité à s'affranchir des normes, de la routine, des évidences. Je veux déjà dire ici qu'impulser, accompagner, dynamiser le changement, surtout dans un collectif comporte des coûts qu'il faudra identifier par la suite.
  
- 2) La grande spécialisation a beaucoup segmenté, compartimenté les relations. Paradoxalement, en devenant des hyperspécialistes, l'individu moderne est devenu extrêmement dépendant de l'univers social. En effet, consacrant son énergie à se spécialiser, à se perfectionner, à innover dans un domaine, il abandonne de fait, beaucoup d'autres actions à d'autres spécialistes. Satisfaire un besoin dépend donc des capacités d'autres individus. Se singulariser a pour conséquence l'interdépendance, l'impératif de mettre en place des liens sociaux solidaires. Ce constat est évident pour des praticiens de la médecine conventionnelle. Être des problématiques cardiovasculaire et respiratoires comme ici à l'ICP, c'est surtout ne pas être spécialistes d'autres problématique, pour d'ailleurs se concentrer et être performant sur son propre objet. Le prix de la l'hyper efficacité est alors la dépendance vis-à-vis d'autres spécialistes. La mise en place de groupes de travail transversaux, constitués de différents spécialistes est née finalement de ce constat. Si nous élargissons à l'ensemble de la société, nous pouvons clairement comprendre que des individus s'acquittant d'actions précises délaissent d'autres. Ils délèguent des actions à d'autres spécialistes. Sans s'éloigner de la médecine, nous devons garder donc à l'esprit que les usagers du système de santé sont dans cette logique. Spécialisés dans d'autres domaines que la santé, ils délèguent à vous, spécialistes, leurs soins, dans des exigences fortes.

Retenons que la spécialisation se comprend dans un double mouvement : premièrement un « isolement social » pour être efficace et pertinent dans sa spécialité. Deuxièmement elle entraîne une dépendance mutuelle, la création de relations solidaires, en un mot elle est facteur d'une forte intégration sociale. Si je dois reprendre le vocabulaire technique des sociologues, disons, que la forte division du travail dans nos sociétés désarticule les liens sociaux d'une part, mais force de manière concomitante à les renforcer, au moins pour satisfaire des besoins ou réaliser des tâches de production (J'intègre ici froidement la santé

en sollicitant votre mansuétude). Il y a donc un paradoxe dans notre société d'hyperspécialistes. S'individualiser tout en étant de plus en plus dépendant du collectif. Dans ce contexte, l'individu, est devenu central. C'est lui qui devient spécialiste et dépendant. Il est donc au centre des nouvelles relations sociales qui sont morcelées entre différents spécialistes. De fait, toute notre société fonctionne pour satisfaire des besoins individuels que nous pouvons produire, tandis que nous devrions être utile aux satisfactions d'autres acteurs. La quête de la satisfaction des besoins individuels est devenue progressivement la norme axiale, centrale. De ce constat naît l'expression qui de « société du prima de l'individu », pour illustrer la centralité des quêtes des satisfactions individuelles mais aussi la forte interdépendance causée par les différentes spécialisations, la forte division du travail sociale, dans notre société. Nous ne sommes plus comme ce fut le cas avant la révolution industrielle, dans une société qui fait primer l'intérêt collectif. C'est maintenant l'inverse.

C'est autour et avec un individu pris entre recherche de la performance, exigée socialement et impératif de la collaboration, que le changement, que les mutations vont se mettre en place. J'espère que vous percevez déjà le dilemme, la tension dans laquelle l'individu est placé. Parler des changements, de mutations, c'est donc aussi gérer ce contexte. Il est d'ailleurs plus complexe dans un espace déjà en tension qu'est le système hospitalocentrique tel que nous le connaissons. Je terminerai ce premier point par une observation que je veux essentielle ici :

***Concrètement dans la sphère de la santé, on est passé de l'individu qui définit son action en termes de vocation à celui d'activité personnelle. Il ne s'agit pas de dire que l'individu est devenu malheureusement centré sur la quête de la satisfaction personnelle, mais que la société, valorisant la réussite individuelle construit des normes sociales où le collectif ne prime plus. Ainsi, rationnellement, les individus utilisent le collectif à des fins individuels.***

***Il ne s'agit pas de conclure que cette description est celle de tous les individus, mais c'est le cadre normatif de notre société. Dans le système de soin, dans la dynamique d'organisation des services, cela prend un ton particulier, a des conséquences que le cadre qui architecte son service doit prendre en compte et est de plus en plus confronter. Insuffler, accompagner le changement, « faire tourner le service », c'est intégrer cette dimension nouvelle du passage de l'intérêt collectif à l'intérêt individuelle.***

## **II) Des perceptions différentes de l'action collective qu'est le Service, surtout quand elles impulsent du changement.**

L'expression d'action collective regroupe toute collaboration entre individus. C'est le cas dans un service. Elle englobe aussi l'analyse des attitudes individuelles quand il s'agit de collaborer dans une institution.

Conscient du primat de l'individu, toute une partie de la sociologie s'est concentrée pour comprendre comment l'individu qui cherche la satisfaction personnelle, perçoit sa contribution à une action collective ? Cette question est devenue criante quand il s'agissait aussi de comprendre les degrés d'engagement des individus lors de la mise en place de

changements importants, par exemple dans une organisation comme un CHU. Quelques axes se sont progressivement détachés. Citons les trois principales

- **Changement managérial comme source de résistances**

Le changement ne se fait pas sans résistance. En modifiant les repères, il est source de représentations sociales autour de la déstabilisation. Qu'est-ce qui l'explique ? Le changement organisationnel, managérial est toujours accompagné de questionnements sur les avantages acquis, les modes de fonctionnement qui ont fait leur preuve. Saut vers l'inconnu, malgré les balisements, le changement entraîne des conflits dont l'objectif finalement n'est pas le refus du changement, mais une demande de garantie qu'il s'accompagne d'éléments stables, de repères, de sécurité. C'est particulièrement vrai quand il nécessite une modification de l'organisation du travail.

Ici la résistance n'est pas à concevoir au sens négatif, mais comme un élément, un signal, un stimulus qu'il faille comprendre. La question est que révèle les résistances ?

A regarder de plus près l'univers de la médecine, les changements, les innovations ont souvent donné lieu à des résistances. Ethiquement, techniquement, dans la relation avec les soignés, dans l'organisation des activités, dans l'évolution des prérogatives, il y a toujours des résistances. Il ne s'agit pas de dire si elles sont légitimes ou pas, mais elles sont intrinsèquement dans le changement. Dès qu'il y a un changement, innovation, réorganisation, questionnements, les résistances sont également là. Elles peuvent être de simples signaux d'alertes pour une meilleure mise en place, mais elles peuvent aussi être légitimement une réponse vers des mutations perçues comme inappropriées.

- **Source de mutations**

Les mutations dans la médecine sont de plus en plus source d'espérances. Tel ne fut pas toujours le cas dans l'histoire où les évolutions médicales suscitaient les craintes. Aujourd'hui la forte technicité de la médecine, associée à la complexité des savoirs, couplée à des attentes sociales majeures, font que les changements sont perçus de plus en plus positivement. Du point de vue du grand public il y a une cristallisation sur des épiphénomènes médiatiquement portés. C'est le cas des polémiques sur les vaccins. Mais à regarder de près, les évolutions médicales ont accompagné un désir de confort, de qualité de vie et d'extension de la durée de vie et surtout la durée de vie en bonne santé.

Si on se positionne par rapport au management de la santé, les évolutions médicales structurent les changements managériaux. Des actions réservées aux médecins durant le XIX<sup>e</sup> et le début du XX<sup>e</sup> siècle sont transmises à d'autres personnels hiérarchiquement inférieurs. Cela se passe parfois dans une logique de *dirty work* que vous connaissez, à savoir la délégation de tâches devenues non valorisées. On l'observe aussi au travers de la vie de certains outils. L'exemple de l'histoire du thermomètre en est une illustration. Au XVIII<sup>e</sup>, XIX<sup>e</sup>, il était un objet témoignant de la technicité de pointe du praticien. Aujourd'hui sa banalité n'en fait plus un objet réservé aux médecins. Il est bien plus présent dans la blouse de l'infirmière ! En même temps le médecin a été obligé de faire évoluer son savoir grâce à des outils bien plus complexes. Le passage du thermomètre du médecin à l'infirmière s'est aussi accompagné d'une évolution de la relation entre ses deux professionnels. Plus largement, les services de santé ont été obligés d'absorber des mutations technologiques aux conséquences innombrables sur les relations entre professionnels et donc sur les formes d'organisations des services. Exiger des compétences supplémentaires, c'est donc ipso facto accepter des changements, des évolutions dans la gestion des services. Cette conséquence s'appuie sur la

primauté des exigences collectives par rapports aux satisfactions individuelles. Cependant, comme nous l'avons déjà souligné, il y a ici un antagonisme avec la société du prima de l'individu.

- ***Un point commun : la cohésion sociale.***

Qu'il soit source de résistance ou source de mutations, l'action collective qui pousse au changement, demeure un puissant levier pour les sociologues en faveur de la cohésion sociale.

Georg Simmel, sociologue allemand le premier, et bien d'autres après lui, notait que le changement implique une mobilisation. Le changement n'est pas de l'inertie. Même celui qui le réfute, doit montrer du dynamisme pour opposer des forces face au changement.

Quelques soient les perceptions des contraintes de la vie de groupe dans un service, surtout en contexte de changements, l'obligation de se positionner, voire de s'organiser conduit à une conséquence qui peut devenir un levier pour un cadre dans un CHU. En effet, les individus s'appuient sur leurs relations afin de construire une représentation, voire des actions. De fait ils doivent amplifier la cohésion. C'est cette cohésion, et l'orientation qui l'anime, sont des leviers. C'est en créant une perception positive, une vision de l'engagement dans le groupe, le service, que les acteurs réduiront les réticences faces aux demandes, aux nécessités, aux mutations de la vie hospitalière. Dans le management de groupe, même dans cette dimension de tension, il est donc essentiel de veiller à ce que tous les individus soient à des degrés diverses impliqués.

J'ai pu donner l'impression d'une opposition entre résistances et mutations. La résistance peut certes être un besoin de conserver les situations acquises mais aussi une tentative d'influencer, d'ajuster, de réorienter. Dans ce deuxième versant il est donc un levier à optimiser. Revenons à l'aspect managérial du changement conçue comme une action collective. Faire les individus participer, adhérer à ce dernier nécessite donc qu'il perçoive de bonnes raisons de s'impliquer. De fait, il faut que participer à la vie du service, accepter les injonctions apparaissent comme rationnel. C'est fort de cela que la sociologie permet au cadre de comprendre les formes d'actions rationnelles, ce qui permet de mieux les intégrer et surtout les orienter positivement dans la vie du service.

**III) Appréhender les différentes « raisons » de participer à la vie du Service pour en faire des leviers.**

Avant de continuer faisons le point : dans notre société moderne la quête de la satisfaction personnelle est une norme centrale. Cette quête se consolide en raison de la forte segmentation des activités qui nécessitent de plus en plus d'acteurs spécialisés. L'hyperspécialisation a pour revers un risque d'isolement. Cependant, elle entraîne une grande dépendance, une cohésion car il est impossible pour un individu de répondre seul à ses besoins. L'individu, le collaborateur qui anime un service va donc s'impliquer dans un contexte de la quête de la satisfaction. C'est à l'aune de celle-ci que rationnellement il s'engage, accepte de s'investir voir participe aux changements inhérents à la vie hospitalière. Au-delà de ce constat reste maintenant à présenter, comment rationnellement les individus

construisent des perceptions différentes d'un engagement dans la vie collective, dans l'action collective, ici la vie d'un service hospitalier.

### **Des raisons rationnelles qui influencent la participation à la vie du service**

Pour le sociologue l'engagement, la participation est conditionnée par les raisons que se donne les individus d'agir. Etant donné que les individus agissent à partir de causes identifiables, construites, qui sont importantes pour lui, le sociologue considérera les acteurs comme rationnels. Rationnel ne veut pas dire logique, objectif. Rationnel renvoie à l'idée de se construire de bonnes raisons d'agir. Et là ? les sociologues identifient plusieurs que l'on peut résumer simplement. Chaque type de raisons permettra de qualifier comment rationnellement agissent les acteurs. Vous voyez que je parle d'acteur et non d'agent. La notion d'agent renvoie à une passivité, à une globalité. Celle d'acteur a pour ambition de désigner des individus qui agissent, prennent des initiatives, font des choix pesés et délibérés. Bien qu'en sociologie on dispose de longues précisions, nous pouvons cependant, schématiquement retenir deux grandes explications des causes de la participation des individus à une action collective, ici la vie d'un service hospitalier.

1. Les individus agissent en fonction des objectifs recherchés. C'est ici l'objectif pratique, son utilité qui compte. On parle d'une action rationnelle en finalité. En mettant en évidence la légitimité de l'action en fonction de la finalité, l'objectif, l'individu y participe plus facilement.
2. Les valeurs sont également un autre stimulant de l'action. Si une action est conforme aux valeurs d'un individu ou même lui permet de les promouvoir, de les consolider, il a plus de chance d'y porter son investissement. Là, il est nécessaire pour celui qui accompagne d'avoir une neutralité par rapport aux valeurs des individus. C'est la fameuse idée de *neutralité axiologique managériale*. Evidemment il s'agit bien de valeurs compatibles avec les autres valeurs sociales, ici celles indispensables pour les missions du service public à l'hôpital. Des valeurs religieuses, sentimentales... sont à prendre en compte. Des psychologues n'hésitent pas à nous parler parfois de rationalité émotionnelle, affective. Elle est un levier lors des actions qu'il faudra intégrer.

Ces deux grands axes mettent le doigt sur les principes qui animent, légitiment l'implication des individus. Mais ils sont insuffisants pour comprendre concrètement les raisons précises qui expliquent les comportements dans le groupe pour faire avancer la vie d'un service. Pour En effet il s'agit plus ici de principes généraux qui ne suffisent pas à décrire concrètement les mécanismes de la prise de décisions pour participer ou par à une action collective. Il faut donc ici compléter par une approche dite utilitariste, c'est-à-dire qui met en exergue les logiques qui vont contribuer à comprendre comment les individus acceptent et atteignent surtout des objectifs liés à la satisfaction des besoins.

L'implication des individus dépend aussi des exigences qu'elle demande. Comme des économistes nous pouvons dire que les acteurs décident de participer à une action collective en fonction des objectifs mais surtout des coûts engagés pour les atteindre. Cette centralisation sur les coûts est essentielle dans l'analyse.

### **La prise en compte de la perception des coûts**



Les individus s'engagent, participe à une action collective en fonction de la représentation des dépenses nécessaires et des satisfactions espérées. L'idéal est de minimiser les coûts et maximiser les gains. Classiquement les coûts sont regroupés par simplification en quatre types, quatre groupes.

- Le coût social : il englobe les relations humaines et donc les conséquences sur ces derniers ou la capacité à avoir des connaissances utiles que l'individu peut optimiser.
- Le coût humain : il renvoie aux connaissances cognitives acquises par l'expérience, la formation. C'est sa qualité qui fait de l'individu un expert. Tout individu a un niveau de connaissance plus ou moins mobilisable dans l'animation de la vie collective.
- Le coût institutionnel est l'ensemble des lois, normes, règles. La participation à l'action collective nécessite une maîtrise des contraintes réglementaires.
- Le coût physique englobe les biens. Pour tout changement il y a des connaissances matérielles à prendre en compte.

L'ensemble de ces coûts permet d'évaluer les conséquences de la participation à la vie d'un service. C'est à partir des effets, acceptables ou pas sur ces derniers que les individus évaluent la nécessité, la possibilité de s'engager dans une action collective, dans la vie du service hospitalier.

### **En fonction des coûts gérés rationnellement il apparaît des formes de participation**

C'est en fonction de l'évaluation des contraintes ou des avantages sur ses coûts que les individus agissent. Et trois comportements sont possibles.

- La défection :

L'individu ne participe pas ; il fait défection considérant que les coûts à payer sont trop élevés au regard des gains espérés. Il peut aussi simplement considérer que les demandes qui lui sont faites sont illégitimes. Reste à voir sur quel niveau cette illégitimité se fonde. Elle est en tous les cas toujours en lien avec les coûts et les raisons d'agir que nous avons énuméré trop rapidement. Par exemple les individus peuvent considérer l'action moralement, ou institutionnellement illégitime. De fait, il n'y accorde pas leur investissement. Le coût affectif peut aussi être une entrave à la mobilisation de l'individu et il faut en être conscient.

- La prise de parole :

C'est une expression classique de la sociologie pour indiquer l'individu qui fait le choix de participer à une action collective. Les degrés de participations sont divers. Entre vous qui impulsez et encadrez, l'infirmière, l'ASH, les intervenant extérieurs, les administratifs, les usages... il y a des formes et des niveaux de participations multiples. Mais tous s'appuient sur la fabrication de bonnes raisons, rationnelles, d'agir et une évaluation des coûts et des gains espérés. Ces gains peuvent être simplement le bon fonctionnement du service, mais aussi la gratification, la reconnaissance émotionnelle, la rémunération, l'ascension professionnelle...

- Le passager clandestin

Notion également classique qui refait apparaître des thématiques de l'IFCS, elle renvoie à celui qui pousse à l'extrême la logique rationnelle. Idéalement tout le monde veut minimiser les coûts de participation à l'action collective, la vie du Service, tout en maximisant les gains. Certains peuvent même tenter d'avoir une dépense nulle et un gain maximal ! C'est ce que cherche à faire le fameux passager clandestin qui veut toujours avoir un ticket gratuit !!

Il va demander, justifier une impossibilité de participer tout en partageant l'action, de manière à faire supporter les coûts par les autres. Généralement nous prenons en sociologie l'exemple d'un propriétaire qui justifie et convainc la copropriété de son impossibilité de participer à des travaux collectifs. Pour cela, il indique son insolvabilité mais surtout que son absence n'est qu'un coût « insignifiant » par propriétaire. Dans un service on peut plutôt prendre l'image d'un individu qui veut prendre toujours les mêmes vacances, les mêmes horaires targuant que cela est indolore pour le service car insignifiant, individuellement, pour les autres collègues. Je vous laisse multiplier les exemples. Il participe mais minimise toujours, voir annule les coûts.

### **En guise de conclusion pour initier nos échanges :**

Animer la vie d'un service, surtout impulser du changement est une action très complexe. Il faut obtenir l'adhésion, dans l'idéale volontaire, des agents. Pour cela il est nécessaire d'accepter et d'analyser les éléments qui influencent leur participation. Cette dernière s'appuie sur une rationalité dont les leviers peuvent surprendre. Les dimensions ; affective, idéologique, pécuniaire, morale.... comptent.

Dans notre société cela s'inscrit dans une dynamique plus générale, celle du primat de l'individu, cadre actuelle ou la primauté de la satisfaction des individuels priment sur le collectif. D'ailleurs lorsqu'il est dans un collectif, l'acteur le considère comme un moyen d'assouvir ses besoins. C'est une donnée, une variable avec laquelle le cadre, le cadre supérieur doit composer. Montrer à l'individu que ses légitimes priorités passent par accepter sa dépendance au collectif est un enjeu important. C'est la fameuse problématique de la cohésion sociale comme résultat de la spécialisation.

Permettre à l'individu d'avoir une représentation claire, précise des objectifs managériaux sont des leviers pour qu'il évalue plus justement les coûts et les gains. Ce n'est pas une garantie, mais une augmentation de la capacité de l'individu à mieux connaître les enjeux, les problématiques et donc y adhérer fort de sa meilleure lecture du contexte, rendu possible par une grille de lecture ainsi construite.

### **Bibliographie indicative**

Anselm Strauss, *La trame de la négociation*, (textes réunis), Paris, L'Harmattan, 1992

Emile Durkheim, *De la division du travail social*, Paris, Alcan, 1893

Evrett Cherrington Hughes, *Le Regard Sociologique* (textes réunis), Paris Ed. de l'EHESS, 1996.

George Simmel, *Le conflit*, Paris, Circé 1992

Max Weber, *Economie et Société et société* (Tomes 1 et 2), University of California Press, 1912

Raymond Boudon, *Raisons, Bonnes raisons*, Paris, P.U.F, 2003.