Zeitschrift: Schweizerische Zeitschrift für Soziologie = Revue suisse de sociologie = Swiss journal of sociology

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Soziologie

Band: 21 (1995)

Heft: 1

Artikel: Du prophète au médecin : une figure de la légitimité charismatique à l'hôpital

Autor: Vrancken, Didier

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-814755

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 21.08.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Schweiz. Z. Soziol./Rev. suisse sociol., 21 (1), 1995, 107–127

DU PROPHÈTE AU MÉDECIN. UNE FIGURE DE LA LÉGITIMITÉ CHARISMATIQUE À L'HÔPITAL *

Didier Vrancken
Université de Liège

L'œuvre de Max Weber passionne et n'en finit pas d'être l'objet de controverses, de lectures divergentes, révélant une tension permanente qui en traverse toute la pensée. Tension paradigmatique, certes, mais combien stimulante, révélant une œuvre sans cesse tiraillée entre raison triomphante et quête de sens avec lequel renouer. Et le lecteur de se sentir souvent balancé entre les termes d'une lecture complexe et multiple renvoyant soit à des épisodes de la vie de l'auteur soit à des passages de l'œuvre que l'on tente d'exhumer pour en argumenter son exégèse. Ainsi, on pourrait découvrir un Weber pessimiste (Prager 1981), mettant en exergue l'instrumentalité[1] des relations sociales et le désenchantement d'une société où les individus n'agréent la domination que parce que le calcul instrumental n'offre pas d'autre alternative (Prager 1981). Il y aurait aussi cette autre lecture d'un Weber notant qu'avec la rationalisation scientifique et technique, un indicible besoin de sens se manifeste. Sens non transcendant mais affaire de choix personnel dans un rapport aux différents domaines institutionnels de l'activité sociale (Seidman 1983). Et plus cette quête de sens se manifeste, plus l'intérêt pour le leader charismatique ou le prophète se marque. Ainsi, comme l'observe Bourdieu (1971, 3), c'est avec le concept de charisme que la volonté de Weber de démontrer l'efficacité historique des croyances religieuses prend le plus d'emphase, Weber allant jusqu'à avancer que le charisme «est la grande puissance révolutionnaire des époques liées à la tradition» (1971, 252).

Le charisme est sans doute une des aventures les plus fascinantes de la sociologie. A ce propos, Aron (1983, 70) écrivait dans ses mémoires : «Mais en lisant Max Weber, j'entendais les rumeurs, les craquements de notre civilisation, la voix des prophètes juifs et, en écho dérisoire, les hurlements du Führer. La bureaucratie d'un côté, l'autorité charismatique de l'autre, l'alternative

* Nous voudrions remercier ici Olgierd Kuty, Dominique Martin et Renaud Sainsaulieu pour ces longues discussions qui nous permirent d'étayer le présent article. Leurs remarques, leurs suggestions sur les différentes versions de ce texte nous furent d'une aide précieuse. Nous voudrions également remercier Jean de Hesselle qui en a assuré la relecture.

1 Pour une analyse contradictoire de l'optimisme de la théorie historique de Weber et d'autre part l'instrumentalité et le pessimisme de son analyse de la société libérale, nous renvoyons le lecteur à Alexander (1982).

se retrouve de siècle en siècle». L'idée de charisme ne va pas sans charrier tous les effrois et turpitudes qui emplissent la mémoire de ce siècle. Il suffit de l'évoquer pour que résonne encore le bruit des bottes et des canons.

En milieu hospitalier, maintes études[2] ont évoqué, avec des accents divers, l'importance du rôle charismatique joué par le médecin dans ses relations vis-à-vis du malade ou de l'équipe de soins. La compréhension du milieu hospitalier passe dorénavant par la prise en compte de sa complexité organisationnelle. De plus en plus de «métiers», de spécificités fonctionnelles voient le jour. Qu'ils soient affectés aux soins, aux examens, à l'hôtellerie ou encore à la manutention, les différents acteurs professionnels doivent dorénavant faire face à davantage de difficultés quotidiennes en vue de règler leur coopération[3]. Ce contexte d'interconnection journalière d'une multiplicité de logiques spécialisées ne va pas sans soulever le problème de l'autorité et de sa reconnaissance à l'œuvre dans les rapports de travail.

Dans cet article, nous nous proposons d'étudier la construction de légitimité d'une nouvelle définition de l'action gériatrique au sein d'un hôpital belge. Nous tâcherons d'illustrer combien la reconsidération d'un processus de légitimation reposant sur des composantes charismatiques, dans un cadre général technique, bureaucratique et professionnel peut éclairer la dynamique d'une organisation et plus spécifiquement : le développement d'une nouvelle approche professionnelle de la personne âgée au sein de l'hôpital.

A une lecture classique, présentant le charisme comme force «extraordinaire» (Weber 1971), résolument tournée contre la tradition et l'autorité légale-rationnelle, nous opposerons une conception moins exaltée. Si l'avènement charismatique est souvent associé à l'idée de crise, de chaos ou à tous ces moments historiques où les bases économiques et culturelles se mettent à trembler, nous pensons que le charismatique et le routinier peuvent être des composantes inhérentes au fonctionnement banal et quotidien d'une organisation de travail. Dans notre étude, le charisme n'apparaît vraiment comme ressource que dans un contexte hospitalier fortement rationalisé et à tradition professionnelle prégnante. Dans un tel espace de plurilégitimité, véritable mosaïque d'action et de sens où la mort, la souffrance sont constamment en jeu, l'émergence d'acteurs ou de constellations d'acteurs «clés» est sans doute un indice de la vivacité d'une forme de légitimité que la littérature sociologique néglige souvent. Proposant de nouvelles règles de travail, de nouvelles orientations, ou projets

2 Nous pensons notamment aux travaux de Binst (1990), Jamous (1969), Kuty (1975, 1992), Peneff (1992), Steudler (1974).

3 Sur ce point, les travaux de Gonnet (1989 et 1992) nous paraissent tout à fait éclairants.

(Reynaud 1989), *l'acteur charismatique* – au sens entendu par une sociologie classique – pourra même ne pas apparaître clairement posé. Nous repèrerons moins de réels acteurs que des *capacités séquentielles d'action.*

1. Un service gériatrique

1.1 Quand l'histoire commence ailleurs...

Le service gériatrique de l'hôpital d'Outremont[4] se compose de 90 lits. Il accueille des patients âgés de plus de 75 ans, atteints «d'une pathologie multiple qui, sans traitement approprié, est de nature à le rendre invalide et à prolonger le séjour à l'hôpital» ou «qui a évolué en phase sub-aiguë et dont la revalidation est devenu l'aspect le plus important du traitement»[5]. Est caractéristique de ce jeune service le fait que 43% du personnel de soins (infirmières et aides sanitaires) proviennent d'un autre hôpital gériatrique – «Le Doux Séjour» – où les trois médecins internistes gériatres du service ont exercé soit professionnellement, soit dans le cadre d'un stage d'assistant.

Cet autre hôpital était, il y a encore une quinzaine d'années, une institution de pointe en matière de revalidation des patients âgés en Belgique. Bien qu'il existe encore actuellement[6], il a été fortement ébranlé par les mesures de rationalisation[7] qui secouèrent le système hospitalier belge. Des lits furent supprimés[8], du personnel reclassé (notamment à Outremont), voire licencié.

---

4 Nos commentaires s'appuieront sur les résultats d'une recherche promue par le F. N. R. S. Elle avait pour but l'approche des nouvelles cultures professionnelles gériatriques à partir de l'étude des relations de travail en milieu hospitalier (Vrancken 1993).

5 Note politique sur les services gériatriques, les services V et les Maisons de Repos et de Soins, Cabinet du Ministre des Affaires Sociales, Bruxelles, septembre 1985, p. 95–97.

6 Le Doux Séjour accueille actuellement des patients sub-aigus ne nécessitant plus une infrastructure médicale aussi développée que celle d'Outremont.

7 Afin de sortir du contexte hospitalier les patients ne nécessitant plus d'intervention médicale et ne requérant plus que les seuls soins infirmiers, un Arrêté Royal (2 décembre 1982) institue les Maisons de Repos et de Soins (M. R. S.). D'autre part, pour accroître le traitement actif des personnes pouvant encore être guéries, un Arrêté Royal du 12 décembre 1984 crée le nouvel indice de lits G, destiné à remplacer les indices V et R. Une des raisons invoquées était alors que la plupart des patients demeuraient des mois, voire des années dans ces services. Ces derniers avaient acquis un caractère résidentiel. Le législateur institua donc de nouveaux lits pour patients aigus en prévoyant une durée maximale d'hospitalisation (3 mois) afin de «désengorger» les hôpitaux. En outre, un service G se situerait désormais au sein d'un hôpital général. Pour sa part, Le Doux Séjour était exclusivement réservé aux patients âgés.

8 Sur 728 lits (principalement R et V), il ne reste aujourd'hui que 264 lits V dont on n'a pas encore statué sur le sort.

Certaines unités – aujourd'hui fermées – du Doux Séjour comptaient jusqu'à 40 lits. Les patients y vivaient sans intimité aucune. Ils ne disposaient pas même d'un paravent. Des membres du personnel de soins nous ont raconté leur arrivée pénible en ces lieux aux odeurs âcres et excrémentielles. Beaucoup pleuraient les premiers jours devant le caractère brutal de ces images de déchéance auxquelles ils n'étaient pas préparés parce que trop souvent cachées, ignorées. Dans un tel contexte de travail éprouvant, les valeurs d'entente, de solidarité étaient importantes pour le personnel de soins. Celui-ci travaillait en équipe, portait les patients, effectuait des toilettes «à la chaîne», passant d'un patient à l'autre. Il y avait très peu d'actes techniques et énormément de routine car le taux de rotation des patients était faible. Le Doux Séjour avait la réputation dans la région d'être un mouroir. On n'y entrait, disait-on, que pour en sortir les pieds devant ! Le personnel rencontrait peu de pathologies différentes[9]. De leur côté, les médecins étaient relativement peu présents en unité. Infirmières et aides sanitaires leur adressaient peu la parole. L'essentiel des tâches reposait sur la fonction de nursing. Les différentes approches professionnelles ne se croisaient guère, le respect de la hiérarchie avait aussi pour fonction d'empêcher trop d'entrecroisements.

Pour le personnel qui avait travaillé au Doux Séjour, l'arrivée à l'hôpital d'Outremont fut pour la plupart synonyme de rupture, voire de déracinement au niveau des pratiques de soins. C'est tout un univers culturel qui chavirait. En entrant à Outremont, on quittait définitivement l'hospice et son cadre peu médicalisé.

1.2 Une gériatrie moderne

Construit au cours des années 70 et achevé au début de la décennie suivante, c'est dans un contexte politique de rationalisation générale du champ hospitalier entraînant une suppression du nombre de lits, du nombre d'hôpitaux, une orientation vers plus d'acuité des soins et un assainissement budgétaire que l'hôpital d'Outremont se développa. Ses 900 lits ne furent installés qu'avec la fermeture et la disparition progressives d'autres établissements et lits hospitaliers[10]. Or, parmi l'éventail de lits potentiellement «ouvrables», figuraient

9 Pour ne pas forcer le trait, il nous faut toutefois souligner que dès les années 70, Le Doux Séjour s'est peu à peu modernisé, se dirigeant vers des soins sub-aigus et non exclusivement de confort. En outre, au-delà de ces aspects quelque peu austères, cet hôpital offrait un aspect convivial, voire, à certains égards, communautaire, évoqué souvent avec nostalgie dans les propos des agents de soins.

10 La politique hospitalière belge a surtout encouragé l'apparition de grands complexes hospitaliers. Il fut décidé, par Arrêté Royal, que tout ensemble hospitalier devrait compter au moins 150

en ordre utile les lits G puisque ces derniers n'apparurent officiellement sur le marché qu'au printemps 1984. En outre, le vieillissement accru de la population laissait entrevoir un besoin potentiel en matière d'hospitalisation du troisième âge. Les premiers lits G apparurent à Outremont en 1984.

L'entrée de la gériatrie en hôpital aigu se vécut indéniablement comme un choc. Le personnel ayant auparavant travaillé au Doux Séjour découvrait de nouvelles cadences de travail. En effet, l'hôpital d'Outremont diffère fortement du Doux Séjour. Sa configuration est celle d'une institution de soins aigus offrant aux patients tout un ensemble de traitements et d'examens médicaux reposant sur un appareillage technique moderne. Le service de gériatrie s'inscrit dorénavant dans cette logique de production d'examens et d'actes remboursables et ce, en un délai très court (la durée moyenne de séjour des patients âgés est inférieure à 20 jours !). Or, ces patients présentent des polypathologies complexes nécessitant énormément de temps pour poser un diagnostic médical précis mais également pour envisager une revalidation adéquate à leurs rythmes de vie plus lents (rythmes de la voix, de la respiration, des mouvements). Par ailleurs, les travailleurs ne disposant d'aucune expérience gériatrique se voyaient pour la première fois confrontés *à ces images fortes et extrêmes d'une société vieillissante.*

Un *défi* important semble alors bel et bien apparaître : celui de *l'organisation même de l'activité quotidienne.* En effet, tandis que l'hôpital devient un plateau technique éliminant progressivement de ses murs tous les services non suffisamment médicalisés car peu rentables économiquement (Delvaux 1986), comment une gériatrie moderne peut-elle se développer au sein d'un hôpital aigu comme celui d'Outremont ? Gériatrie dont la pratique s'appuie sur une longue expérience de revalidation et d'interventions moins drastiques, univers quotidiennement confronté à la mort, la déchéance mentale ou physique dont les manifestations se lisent quotidiennement dans les draps... Univers, encore, aux soins extrêmement lourds et répétitifs que recquièrent des patients souvent incontinents, handicapés, voire désorientés. Ici, le nursing journalier comporte d'importantes tâches nécessitant énormément de temps et d'énergie. Ainsi, il faut soulever les patients, les déplacer, changer les lits puis replacer ces corps sclérosés qu'il faut laver, langer, nourrir et puis continuellement recommencer

---

lits (120 lits pour les communes rurales répondant à des critères précisés dans la loi). L'Arrêté stipulait qu'il était permis de se conformer à ces normes en réunissant 2 ou 3 établissements. On vit des établissements se regrouper, fusionner, voire fermer. Commença alors ce que la presse nomma «la valse des lits», le marchandage allant bon train entre institutions désireuses d'acquérir des lits et celles contraintes à la disparition. Négociations d'autant plus âpres qu'un protocole d'accord signé entre le gouvernement national et les exécutifs des Communautés culturelles prévoyait la supression de 2000 lits aigus en 1987 et de 4000 en 1988.

ce «sale boulot» (*dirty work*)[11] mettant aux prises le professionnel avec les souillures d'autrui. On peut dès lors se demander comment s'organise un service aussi lourd dans un tel cadre aigu de production d'actes médicaux.

C'est au coeur de cette problématique locale d'élaboration d'une nouvelle définition de la pratique gériatrique que nous situons l'influence d'une intervention à composante charismatique.

2. Quand le médecin entre en scène...

Comme nous allons le voir, pour qu'une gériatrie moderne puisse se développer dans un contexte hospitalier fortement bureaucratisé et technique, il fallut littéralement inventer de nouvelles réponses organisationnelles. Bon nombre de travailleurs, ne trouvant pas leurs marques, quittèrent le service. Ce dernier, confronté à un réel problème d'innovation, connut ces moments de battement toujours en mémoire et racontés par le personnel.

Avec l'inauguration de ses 30 premiers lits gériatriques, Outremont découvrait les vieux et leurs problèmes spécifiques. Rien n'était adapté au troisième âge. Il n'y avait ni linge en suffisance ni matériel adéquat. Dans ce contexte fortement médicalisé, les infirmières tentaient souvent de s'en tenir à la stricte définition technique de leurs tâches tandis que les aides sanitaires effectuaient l'essentiel des travaux éreintants (toilettes, déplacer les patients, servir et desservir les repas, nettoyer les vases de nuit, etc). Rapidement, la division du travail devenait un véritable enjeu quotidien pour l'équipe soignante. Il nous faut toutefois signaler qu'au sein d'institutions telles que Le Doux Séjour, les aides sanitaires effectuaient des actes aussi importants qu'injections intramusculaires, voire, dans certains cas, intraveineuses. Elles y jouissaient de responsabilités importantes (telles que la responsabilité des gardes de nuit). Arrivant à Outremont, elles découvrirent une division plus rigoureuse des tâches, de nouveaux rythmes de travail, une acuité croissante des soins. Des conflits virent rapidement le jour autour de la coopération. Lorsque les infirmières étaient débordées en raison d'actes techniques émanant d'une forte demande médicale, le scénario traditionnel voyait les aides sanitaires refuser de les aider, prétextant qu'on remettait en cause leurs compétences. En effet, on ne leur reconnaissait pas cette capacité de travail en dehors des «coups de feu». Pour répondre à cette situation, les aides sanitaires développaient alors une orientation unanimiste pour faire bloc face aux stratégies fortement individualisées des infirmières. A Outremont, l'entrée de la gériatrie à l'hôpital moderne s'est bien traduite par l'émergence

11 Strauss et al. (1985).

de jeux d'acteurs de plus en plus complexes, perturbateurs des habitudes et traditions.

Dans ce chaos quotidien fait de chocs et de collisions au niveau des interactions quotidiennes, surgirent quelques acteurs pour tenter de proposer une assise fédératrice. Parmi ces personnages apparaît l'ancien médecin-chef de service, le docteur Olivier. Dans un premier temps, pour des facilités d'exposé, il constituera notre fil conducteur.

A relire nos interviews, on perçoit que ce médecin, retraité depuis peu, était unanimement apprécié par l'ensemble du service. On le présentait comme «quelqu'un de très gentil», d'affable. Il était souvent identifié à l'image du père («un bon papa») dans les propos des travailleurs. On lui reconnaissait une grande capacité d'écoute pour le moindre problème concernant aussi bien un aspect de la vie privée d'un agent que de l'ensemble du service. Ses jeunes collègues médecins parlent toujours de son «enthousiasme communicatif» et évoquent ses compétences professionnelles.

Un mois après notre arrivée sur le terrain, il nous fut donné d'assister à un événement exceptionnel : le médecin prenait sa retraite. A l'occasion de ce départ, l'ensemble du service organisa une fête comme on n'en avait encore jamais vue dans tout l'hôpital. Lors de cet événement, nous avons compris que quelque chose d'important était en train de se jouer devant nous, quelque chose qui n'était sans doute que le reflet de relations profondes. Elles avaient marqué l'ensemble du service au cours de ces années, sorte de résidu affectif que le chercheur retrouve souvent au sein des organisations et qu'aucune analyse technocratique n'intègre. Ce «résidu», peu formalisable, est pourtant essentiel pour comprendre la dynamique d'une structure de travail. Pendant de nombreuses semaines, on répéta et prépara une pièce mettant en scène la carrière et la vie du médecin avec, pour toile de fond, l'histoire locale de la gériatrie. On rédigea un texte, on construisit des décors, on s'affaira à la confection de costumes. La pièce fut aussi l'occasion d'affirmer que l'action continuait; en effet, le futur chef de service – le docteur Van Aarle – y tenait un des principaux rôles. Il y campait un vieillard malicieux commentant la vie du médecin !

3. De nouvelles régulations de travail

Olivier ne fit toutefois son entrée qu'un an après l'ouverture des premiers lits. En effet, il avait dirigé le Doux Séjour jusqu'en 1985, date à laquelle il arriva, comme médecin-chef, au service gériatrique d'Outremont. Il avait auparavant formé de nombreux médecins internistes parmi lesquels l'actuel directeur médical

de l'hôpital. Avec Olivier, Outremont disposait d'un véritable atout pour tenter de créer une gériatrie «de pointe» car le pari était audacieux : il s'agissait de positionner rapidement sur un marché neuf un imposant service de gériatrie (un lit sur dix au sein de l'hôpital est gériatrique !). Or, pour amorcer un développement solide et durable, deux caractéristiques difficilement conciliables devaient être réunies : expérience et jeunesse. Arrivant en fin de carrière, Olivier n'accepta dès lors de relever le défi qu'à condition de préparer sa succession. Van Aarle, alors assistant au Doux Séjour, remplirait ce rôle. En 1984, il fut le premier médecin gériatre à entrer à Outremont. Autour de lui se créa un petit noyau d'infirmières motivées qui peu à peu imprima sa marque à l'unité en développant un projet de revalidation technico-relationnelle axé sur de nouvelles règles de travail. Ce projet, initié par Olivier, ne fut cependant testé et ne prit une forme concrète qu'avec son application progressive par le personnel de soins.

Selon Olivier, la conception globale de l'organisation du travail devait reposer sur une valorisation de la relation humaine. Elle en appellait à la formation, la motivation et l'implication dans un projet de revalidation du patient. Elle prônait l'écrasement de la ligne hiérarchique (pour privilégier les structures horizontales), une faible division du travail s'appuyant sur un enrichissement des tâches des aides sanitaires. Cette organisation du travail était fortement – mais non exclusivement – liée à l'impulsion du docteur Olivier. Il entendait que sans équipe unie, il n'y aurait pas de gériatrie. Par son insistance perpétuelle sur la valeur d'équipe auprès de ses jeunes confrères et des surveillantes, il contribua à créer ce «climat» si souvent évoqué. L'équipe y était toujours présentée comme support tant affectif que physique à la conduite quotidienne des tâches. Mais Van Aarle et Olivier n'intervinrent pas directement sur la structuration relationnelle du travail infirmier. Ils le firent plus indirectement : en valorisant un *projet* de travail, une finalité, une orientation d'actes, en somme (J.-D. Reynaud 1989), matérialisés par de nouvelles règles et procédures de travail. Du coup, les stratégies entre acteurs se voyaient mises en perspective, orientées non plus vers des jeux de pouvoir à somme nulle (Crozier et Friedberg 1977) mais vers une finalité de revalidation alliant, dans un nouveau cadre légal, acuité des soins et approche relationnelle.

Un ensemble de règles axées sur la valorisation de la relation en équipe et avec le patient fut peu à peu promu. Comme nous l'expliqua une surveillante, celles qui n'y adhéraient pas durent quitter l'unité. Les demandes de transfert allèrent bon train. Des stratégies d'exclusion et de mise à l'écart se développèrent. Autour du projet médical et de Van Aarle se créa un petit noyau d'infirmières et d'aides sanitaires qui, tout en s'investissant dans le projet, en assurèrent la maîtrise par une alliance tacite avec le corps médical et excluèrent progres-

sivement le personnel peu motivé par un projet gériatrique. Par ailleurs, ce projet se développa dans un contexte stratégique de contrôle d'incertitude majeure : l'entrée des patients en unité. Comme Binst (1990) l'a illustré, un modèle hospitalier d'intégration repose bien sur la concentration de toutes les catégories professionnelles autour d'enjeux internes forts. Ici, le contrôle des entrées était primordial car nombre de patients lourds et grabataires provenaient d'autres services de l'hôpital. Ces derniers considéraient la gériatrie comme le dépotoir de l'hôpital, prêt à accueillir les patients indésirables au sein d'unités plus aiguës. Cette situation dévalorisait fortement les professionnels et contribuait à attiser les tensions quotidiennes, tant pour ceux-là la présence en gériatrie se vivait comme une punition.

Progressivement, de nouvelles règles baliseront l'espace gériatrique et constitueront les codes repérables autour desquels les travailleurs se retrouveront. Sont ainsi élaborés des modes d'échange et de relation originaux pour un service de médecine interne : des réunions hebdomadaires et journalières sont mises sur pied. Le médecin n'est plus, comme dans l'hôpital traditionnel, le seul dépositaire du savoir. Il reconnaît au personnel la capacité de produire des connaissances pertinentes à partir des observations effectuées lors des soins. On insiste sur l'attention portée au confort du patient. On veille à ce que le patient mange, soit propre. On le change de position au lit, on le place au fauteuil. On surveille son hydratation et ses mictions. De nouvelles règles écrites sont mises en place en vue de faciliter les échanges. On établit des grilles d'évaluation de l'autonomie, des mictions et de l'hydratation. Le dossier infirmier commun à tout l'hôpital est revu et adapté au service. Tous ces documents sont sans cesse discutés et corrigés au cours de réunions.

Avec ces codes et ces règles que sous-tendent des rapports de travail déplaçant les zones conflictuelles potentielles[12], s'échafaude une configuration organisationnelle susceptible d'ordonner le contenu et de lui procurer un sens. Cette configuration procure la clé de l'intelligibilité de l'univers de travail au travers de laquelle les professionnels pensent et se perçoivent. Insistant sur une approche relationnelle du travail, Olivier entraînait un bouleversement qui allait bien au-delà des interactions quotidiennes. Ainsi, il n'y a pas de configuration organisationnelle sans savoirs. Par l'insistance sur des détails apparents tels que faire boire le patient, le faire manger, veiller à ce qu'il soit propre, Olivier et, à sa suite, Van Aarle favorisaient une réorientation cognitive[13].

12 Le conflit n'apparaît plus entre les porteurs du projet. Il se déplace vers les acteurs peu motivés par ce dernier. Ces acteurs peuvent être internes ou externes (les autres services dévalorisent souvent la gériatrie, la considérant comme le dépotoir de l'hôpital).

13 En plaçant l'accent sur cette banalité du soin quotidien, on apprend par le contact visuel, le toucher ou encore l'ouïe à repérer et prévenir les escarres. Donner un verre d'eau, veiller à ce

Dans cette *gestuelle quotidienne à première vue insignifiante,* un véritable savoir gériatrique se constitue. Apprendre à repérer, prévenir et guérir toute rougeur pouvant dégénérer en véritable escarre si difficile à soigner, apprendre à anticiper les problèmes de constipation quand le patient provient du service des urgences avec pour tout diagnostic vague celui de douleurs abdominales; tous ces exemples conduisent peu à peu à la création d'un savoir qui ne s'acquiert qu'avec l'expérience. Savoir souvent peu formalisable, de l'ordre de l'intuitif. Mais savoir en voie de codification au travers de grilles d'évaluation (autonomie, mictions, hydratation, etc). Grilles permettant d'ajuster la multiplicité des actions des différents professionnels, mais en même temps productrices de savoirs et d'aptitudes au travail.

Ces tentatives de codification et d'objectivation des symptômes du vieux malade voient se déplacer la question de l'imputation de la maladie (ou du handicap) sur le professionnel : c'est ainsi la relation au patient et à la collègue qui est revue. L'agent de soins travaille sur son mode relationnel d'appréhension des tâches, de la souffrance et de la maladie. Le service gériatrique franchit alors le seuil technique et organisationnel. Il devient, à l'aide de la constitution progressive d'une mécanique d'objectivation, un lieu producteur de connaissances. Double processus en quelque sorte. D'une part, un déblocage épistémologique dû à l'affinement de l'organisation au travers de nouvelles règles et de l'autre, un renforcement des effets d'organisation par le cumul des connaissances nouvelles sur l'approche relationnelle des situations de travail.

Une infirmière nous fit prendre conscience, à l'aide d'un *simple verre d'eau*, de l'implication cognitive d'un nouveau projet de travail. En effet, par son insistance continuelle sur le respect d'une série de règles banales (donner un verre d'eau au patient, observer et noter les quantités avalées, surveiller la diurèse, etc), le corps médical contribue bien à une *réorientation cognitive*. Au-delà de l'insignifiance du geste posé, ce dernier propose non seulement une procédure mais aussi une autre modalité d'approche cognitive de la relation de soins : *on sait combien le banal* (boire, manger, se laver seul) *est signifiant* comme pôle de revalidation, tant à cet âge l'univers se restreint ! L'intégration de ces gestes apparemment banals au suivi thérapeutique distingue le service de gériatrie d'autres services traditionnels de chirurgie ou de médecine interne. Ainsi, l'hydratation du patient âgé est-elle primordiale. Elle demande un suivi constant. Cette restructuration cognitive s'exprime encore au travers d'autres règles simples. Noter ses observations dans un dossier, discuter avec le patient

que le patient le boive, surveiller son hydratation, prévenir le médecin en cas d'anomalie urinaire ou autre, sont autant de phases dont l'emboîtement ne repose que sur une préhension cognitive du corps qui vieillit et du travail de soins requis.

de son milieu d'origine, de son entourage familial pour envisager un éventuel retour à domicile, placer des matelas de mousse, frictionner les malades sont autant d'infimes comportements conformant peu à peu le système d'action. Cette forme organisationnelle procure à chaque acteur une grille cognitive à laquelle il peut rapporter son activité et lui procurer sens. Mais cette activité pratique demande un travail intense de coordination entre les différents acteurs du service afin de répondre à la complexité organisationnelle. Les divers commentaires et observations sur le patient sont souvent annotés par une seule infirmière par couloir. Celle-ci doit s'enquérir auprès des collègues pour glaner les précieux renseignements. En outre, des réunions pluridisciplinaires sont organisées avec les médecins, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les travailleurs sociaux et une psychologue. D'une coordination efficiente dépend donc dorénavant le bon déroulement des tâches. Le service de gériatrie devient un espace hospitalier où la communication verbale et écrite se veut centrale et opérante. L'image du verre d'eau introduit alors à la découverte de formes d'échange et de coopération larges comme cadre de déroulement de l'activité pratique.

Pour comprendre le développement d'une gériatrie à Outremont, il nous apparaît difficile d'écarter l'hypothèse du leadership qu'a exercé Olivier au sein de son école médicale. Perpétuel palabreur, il consacrait un temps considérable à des discussions diverses aussi bien avec une dame d'entretien qu'avec la direction de l'hôpital. Passant de l'un à l'autre avec «une grande capacité d'écoute», il permettait la mise en perspective de logiques parfois contradictoires. Pour sa part, les réunions pluridisciplinaires devaient privilégier l'usage de la parole. Pourtant, pour ne pas sombrer dans le «lyrisme de la parole active», il nous faut rappeler combien l'intégration de logiques différentes de travail ne fut possible qu'en raison de la maîtrise par un acteur fort (le corps médical) d'une incertitude centrale : le contrôle de l'entrée des patients en unité. Le contrôle de cette incertitude fut progressivement assuré par les incessantes négociations qu'Olivier et Van Aarle menèrent avec le service des urgences et avec la direction de l'hôpital. Le projet de revalidation ne se développa dès lors que dans un contexte d'allégement du travail ouvrant la voie à des formes de coopération plus large et atténuant les conflits autour de l'exercice quotidien des tâches. Dans ce contexte, un petit groupe put progressivement émerger et développer, sur la scène ouverte du service, un projet de revalidation qui reçut l'aval des médecins.

Cette légitimité à composante charismatique reposerait ici sur la capacité d'articuler les différentes logiques professionnelles par l'imposition contenue d'un mode relationnel d'organisation. Dans des univers en mouvement où des gens sont en crise cognitive en raison de la rencontre de nouvelles expériences

ou de nouvelles conditions de vie, apparaissent comme charismatiques ces capacités de *réorienter des trajectoires individuelles en constituant un univers signifiant autour de celles-ci.* Le projet offrait bien cette opportunité d'orientation et d'organisation des tâches sans cesse balancées entre rationalisation croissante de l'hôpital et désuétude due à l'âge, ne cessant de rappeler que la vieillesse sera notre lot à tous. Le projet proposait non seulement une structuration de relations de travail mais aussi une réorientation en termes de savoirs à l'horizon desquels viendrait poindre une dimension éthique autour de la revalidation de la personne âgée. En effet, comme le montre Chauvenet (1988) à propos des professionnels de la petite enfance, l'interrogation éthique résulte bien de l'impuissance des savoirs officiellement reconnus. Or, ces savoirs professionnels gériatriques ne sont guère reconnus officiellement par la profession, l'institution de formation ou l'hôpital valorisant souvent le bel acte technique et les connaissances médicales de pointe.

4. Un charisme séquentiel

Conformément à la conception classique du charisme, une présentation de la banalisation de celui-ci serait tout à fait envisageable. Et de là, son entrée dans l'ordre quotidien et routinier. Dans cette optique, la fête organisée à Outremont à l'occasion du départ d'Olivier pourrait faire figure d'orchestration symbolique d'une passation de pouvoir au futur médecin-chef : le docteur Van Aarle[14]. Ce dernier affirme d'ailleurs sa filiation. Nous entretenant de l'influence qu'Olivier avait exercée sur lui, il nous parla d'«osmose», évoquant le fait qu'énormément de choses étaient passées entre eux mais de manière non spécifique et difficilement saisissable, s'exprimant plus sur le mode de l'être, du vivre ensemble. L'osmose est un concept tranquille. Elle résulte d'un contact quotidien et n'est pas le fait d'actes extraordinaires ou d'éclats : «c'est difficile à dire. C'est pour cela que le mot 'osmose' qui est un mot médical est bien choisi. C'est le fait d'observer, d'écouter, de voir agir. C'est le fait de vivre ensemble. Une équipe se forme parce que des gens travaillent ensemble, vivent ensemble. C'est en travaillant ensemble qu'on est arrivé à transformer les comportements des gens, en s'observant. On a très bien vécu» (extrait d'interview).

L'idée d'une filiation charismatique conduit à cette différenciation que Séguy (1982) introduit entre charisme de fonction et charisme personnel

14 Pour notre part, cette fête fut un véritable rite de célébration. Au-delà de la personne d'Olivier, l'évocation de l'histoire du service d'Outremont et de celle du Doux Séjour exprimait une volonté de cimenter une identité collective autour d'un passé mythique.

prophétique. On serait, dans cet ordre d'idées, tenté d'établir l'existence d'un ou de plusieurs héritiers[15] qui, à leur tour, investiraient cet espace pertinent qu'un rôle charismatique aurait cerné. Espace à la croisée des différentes logiques de l'organisation. En l'observant quotidiennement, il aurait ainsi été possible de se rendre compte que ce personnage explorait des voies performantes pour l'organisation, y créant en quelque sorte du lien entre acteurs professionnels.

Cette volonté de ne reconnaître au charisme qu'une portée limitée dans le temps en raison de sa vocation inéluctable à une transformation en ordre traditionnel ou bureaucratique, nous semble toutefois éminemment restrictive. En effet, c'est à Van Aarle et non pas à Olivier que revint la tâche de lancer une gériatrie à Outremont. Il fut confronté à une demande institutionnelle de rentabilité. Il amorça avec les services extérieurs les premières négociations sur les modalités d'accès des patients en unité. Il imposa peu à peu des conceptions de travail acquises par l'expérience accumulée comme jeune médecin au Doux Séjour aux côtés du docteur Olivier. Or, lorsque l'on interroge le personnel ayant travaillé au Doux Séjour, *le docteur Olivier ne semble jamais y avoir été investi d'une quelconque autorité à caractère charismatique*. Dans ce cadre hospitalier peu médicalisé, il apparaissait plutôt comme *médecin distant*. En effet, dans un tel type de structure de soins, le corps médical passait peu de temps en unité car les patients dits de «long séjour» nécessitaient moins d'actes médicaux. *L'avènement charismatique à Outremont est bien un phénomène neuf, lié à la complexité organisationnelle de l'hôpital moderne*. Un appel, en quelque sorte, pour répondre à un risque de balkanisation de l'organisation contrainte d'allier logique de production d'actes médicaux et revalidation lente et progressive de la personne âgée.

Dans un premier temps, nous avons placé l'accent sur un personnage central pour dégager l'importance d'un rôle charismatique – dans son acception traditionnelle – au sein de l'organisation. Pourtant, le docteur Olivier n'est pas le seul acteur ayant orienté le service. Loin de là. Il est une figure emblématique mobilisée par le service, figure de l'ordre des sentiments et de l'intention (Sennett 1979). Figure encore assimilée à une genèse gériatrique amorcée à une autre époque, en un autre lieu. Or, comme nous l'avons vu, le projet gériatrique résulte bien d'une confrontation des travailleurs avec une situation nouvelle : celle de la rationalisation accrue des soins et des techniques pouvant, à la limite, fatiguer excessivement le patient âgé et conduire à une aggravation de l'état général.

15 On pourrait ainsi se représenter l'école gériatrique comme un groupe de «disciples».

On a par trop souvent buté contre cette seule lecture wébérienne classique présentant la personnalité charismatique comme un tout unifié, opposé à la tradition et à toute logique administrative quotidienne. En somme, le charisme unifiant du chef face à la segmentation bureaucratique des logiques professionnelles. Pourtant, charismatique, on ne l'est pas toujours et pas constamment. En effet, nous voudrions nous éloigner de cette vision d'un continuum de la fonction charismatique s'exerçant sans relâche depuis le charisme personnel du fondateur jusqu'au charisme de fonction des dépositaires officiels de la grâce. La fonction charismatique observée dans notre étude s'accomplit plutôt sous *forme séquentielle*. Ainsi, Olivier n'était pas seul. Van Aarle amorça la genèse gériatrique d'Outremont en s'appuyant sur son propre réseau de relations médicales mais également sur cette «constellation» d'infirmières qui «visualisaient» ou «comprenaient mieux ses orientations»[16]. Par ailleurs, certaines surveillantes y jouèrent un rôle substantiel en tentant de faire reposer le projet gériatrique sur des coopérations larges entre infirmières et aides sanitaires. Ce dernier ne dépassa l'intention et ne prit concrètement forme que grâce à l'action du personnel de soins. Les réunions pluridisciplinaires devenaient également un lieu privilégié de discussion, un mini-laboratoire où se testaient les ébauches de changement.

En ce sens, le charisme décrit relève du groupe. Ou plutôt d'une *constellation d'acteurs* car on ne peut réellement relever l'existence d'un groupe mais plutôt celle de séquences charismatiques diffuses et repérables, entremêlant médecins, surveillantes et quelques membres du personnel soignant. Temporellement, aucun personnage n'exerce de leadership constant. Ainsi, au Doux Séjour, Olivier et Van Aarle n'apparaissaient pas charismatiques. De surcroît, de nombreuses anecdotes démontrent qu'une autorité de ce type ne s'exerce pas invariablement. Celle-ci semblerait aussi opérer parce que l'on reconnaît le droit du leader à l'erreur dans un univers où des choix cruciaux s'imposent souvent quant au type de traitement ou au maintien en vie d'une personne âgée. Des choix tels que la réanimation, la vie, la mort, souvent douloureux pour l'équipe, impliquent que les leaders ne soient pas à même d'assurer le consensus, tant ici on rencontre au plus profond les valeurs, les croyances et les émotions de chacun. Les modes d'action organisationnelle ne sont pas constamment charismatiques[17]. Dans un contexte organisationnel fortement rationalisé, ils n'apparaissent vraiment comme tels que par intermittence. A la différence du

16 Nous reprenons les propos du personnel soignant.

17 Les orientations thérapeutiques des médecins, sans être fortement contestées, sont souvent discutées, voire critiquées. Le personnel de soins parle souvent «d'acharnement».

leader patriarcal[18], le charismatique est reconnu non pas tant pour son statut, son âge ou son rôle que pour un potentiel de capacités concrètes d'action sur le système. Cette capacité serait moins à considérer sous l'angle sociologique comme un attribut de l'acteur que comme phénomène relationnel, intégré à un processus de régulation. Elle n'est pas une qualité permanente mais *une séquence qui agit sur la trame organisationnelle.* Ces acteurs ne se situent pas, par la détention de quelque qualité immanente, au-dessus du système social, de ses règles, de ses logiques d'action ou de sa culture. A l'inverse, ils sont quotidiennement confrontés à ces catégories de la réalité et à leur articulation.

Le charisme envisagé ici n'opère que par touches successives distillées à partir d'un contexte de plurilégitimité. C'est un charisme au quotidien, proche du charisme démocratique au sens entendu par Mommsen[19], s'appuyant sur une négociation peu formalisée à laquelle Rémy (1992) réserve le vocable de *transaction sociale.* Cette dernière se réfère à des procédures implicites et diffuses entre partenaires pouvant ne pas apparaître clairement posés, partenaires dont le nombre peut se modifier selon les circonstances. Dès lors, l'acteur charismatique ne serait plus que capacité d'action et ce, à l'image d'une société, comme l'affirme Touraine (1977, 48), «fille de ses œuvres, société de production et non de reproduction» où la question centrale est de repérer moins désormais des acteurs centraux porteurs de changement que de réelles capacités innovatrices immergées dans le débat contemporain sur la quête de régulations sociales.

5. Vers une perspective éthique

A la lecture de ce qui précède, on est toutefois en droit de se demander quel peut encore être l'intérêt d'une analyse du charisme si les acteurs finissent par se confondre et se perdre dans l'histoire et les nombreuses intrications de l'organisation ? Le contrôle d'enjeux internes forts n'est-il pas, en soi, un élément suffisamment significatif pour reconnaître un rôle primordial aux seuls médecins ? Pour notre part, l'analyse nécessite d'aller au-delà de la seule prise en considération politique de jeux de pouvoir.

S'il est vrai que la littérature sociologique fait essentiellement référence au charisme extraordinaire présenté dans «*Economie et société*»[20], il n'empêche

18 Nous étudions bien un avènement charismatique et non pas patriarcal car, comme le note Weber (1971, 237), le patriarcalisme est «la situation dans laquelle, au sein d'un groupement (domestique), la plupart du temps économique et familial primaire, un seul homme, désigné (normalement) selon des règles de succession fixes, exerce la domination».

19 «charisme se proposant de réaliser des valeurs au service de la collectivité» (1985, 509).

20 Pour une illustration de ce type de lecture, nous renvoyons à Freund (1976).

qu'une autre approche semble apparaître dans les textes plus tardifs de Weber. Ce charisme politique diffère de la conception classique notant le caractère extraordinaire et irrationnel de l'avènement charismatique[21]. En effet, à suivre Mommsen (1985), le leader politique wébérien n'émerge pas contre ou en dehors de la sphère institutionnelle[22]. Au contraire, il doit rendre des comptes au parlement et même exercer des responsabilités reposant sur des principes politiques rationnels. Dans cette optique, il semblerait que Weber – notamment dans ses fameux discours de 1919 sur la vocation de savant et d'homme politique – aurait introduit un dédoublement du concept autorisant la découverte de capacités charismatiques intégrées au fonctionnement quotidien de l'organisation.

Cette conception wébérienne du charisme est bien au coeur de l'éthique et de la préoccupation centrale de l'auteur : la quête de sens de l'action collective (Seidman 1983)[23]. Ainsi, parlant du leader politique, à côté d'une éthique de la *conviction* et d'une éthique de la *responsabilité*, Weber en appelle à un troisième type d'éthique généralement méconnu : celui de la *clarté*, faisant naître «en l'âme des autres la clarté et le sens de la responsabilité» (1959, 90). Si cette interprétation devait s'avérer exacte, alors Weber aurait tenté de montrer l'importance non pas éclairer la seule probité intellectuelle mais d'aider à «voir clair», à savoir : aider chacun à prendre conscience de ses actes et à faire face à ses responsabilités. En ce sens, le charisme wébérien ne nous apparaît guère aussi irrationnel qu'on ne semble généralement le croire. Il tente d'intégrer la conscience des conséquences à assumer. Par ailleurs, le charisme scientifique du savant est à l'image du charisme politique, il allie éthique de la conviction (la science est *vocation, passion* [Weber 1959, 62–66]), éthique de la responsabilité et éthique de la clarté. En effet, le politicien doit présenter trois qualités déterminantes : passion, sentiment de responsabilité et *coup d'oeil.* Le *coup d'oeil* est une qualité psychologique dominante de l'homme politique (1959, 163) entretenant une distance nécessaire entre les hommes et les choses.

A Outremont, l'anecdote du verre d'eau illustre combien le projet médical était ancré dans la sphère d'activité pratique et n'émanait pas d'une quelconque

21 Selon cette optique, le message prophétique émerge bien contre la loi du temple.

22 Mommsen (1985, 505) n'exclut d'ailleurs pas l'idée selon laquelle Max Weber aurait reconnu lui-même que toute domination devait être complétée par des éléments des deux autres formes de légitimité. Faisant écho aux thèses de Mintzman, Kuty (1992, 407) rapporte que Weber aurait évolué dans ses définitions successives du charisme, établissant à la fin de sa vie une distinction entre charisme politique et charisme religieux.

23 Seidman remet en question le caractère central du concept de rationalisation chez Weber. Pour cet auteur, l'étude du processus de rationalisation débouche plus fondamentalement «sur une analyse phénoménologique des questions du moi, du sens, et du monde dans les temps modernes» (1983, 315).

prophétie détachée de toute contrainte organisationnelle. A travers la clarté et la fluidité de l'eau transparaissaient non seulement un projet de règles de revalidation et de coopération par la surveillance de l'hydratation et de la banalité de tous ces gestes quotidiens mais aussi la conviction d'une revalidation possible au terme de l'hospitalisation. En effet, à l'inverse du Doux Séjour, il était dorénavant possible de démontrer que des patients pouvaient regagner leur domicile après leur passage en gériatrie[24].

Avec cet accent placé sur les émotions et les passions, Weber, dans ses derniers écrits, nous invitait à prendre pleinement conscience de la dualité du monde tiraillant sans cesse le *sujet* entre valeurs et responsabilité des actes à assumer. Autre façon, somme toute, de formuler le vieux dilemme de l'articulation problématique (Isambert, 1979–1980) entre rationalité téléologique (*Zweckrationalität)* et rationalité axiologique (*Wertrationalität)*. Exigence du politicien, du scientifique, l'éthique de la clarté se manifeste dans le dualisme entre vision du monde et conséquences des actes concrètement posés. Ainsi que l'expliquaient des membres du personnel de soins, le projet aide «à mieux voir», «à être au clair» sur certains problèmes tels que le traitement des plaies, la réanimation et ses conséquences pour le patient mais aussi pour le moral du service.

Dans ces univers de travail quotidiennement confrontés à la mort, la maladie et la souffrance, un contexte perpétuellement stratégique s'avère intenable sans un minimum d'orientations échappant au jeu de l'ombre et de l'incertitude. En ce sens, une réflexion sur le charisme nous introduit non pas à la mise en évidence de pratiques autoritaires centrées sur l'un ou l'autre acteur mais plutôt à l'examen d'une rencontre problématique : celle de convictions et de responsabilités dans le confinement de groupes ou d'espaces protégés mis progressivement en place grâce au contrôle d'une zone d'incertitude majeure.

Cette réflexion éthique évite au personnel un exercice purement instrumental de l'action gériatrique : la gériatrie n'est plus seulement affaire de techniques, de médications ou d'appareillage de soins, *elle devient une relation, une rencontre de subjectivités*. La discussion éthique s'engageant alors au sein du service déplace le pôle d'échange de l'organisation vers l'usager. En effet, faute de reconnaissance institutionnelle des savoirs gériatriques et en l'absence bien souvent de guérison au bout du processus[25], qu'invoquer pour légitimer le bien-fondé de son action si ce n'est *l'humanité* même du sujet âgé ? Ce faisant, les professionnels de gériatrie mobilisent des images de la personne âgée

24 45% des patients hospitalisés à Outremont retournent à domicile.

25 La vieillesse, on n'en guérit pas !

dépassant le seul cadre de l'organisation : on se positionne désormais par rapport à un problème de société qui concerne ou concernera tout un chacun.

En ce sens, la portée charismatique du projet gériatrique apparaît au coeur d'une articulation progressive entre les trois types d'éthique : la clarté recherchée du projet exprimait la conviction d'une revalidation possible de la personne âgée au terme de son passage dans le service, tout en assummant les responsabilités en cas de réanimation éventuelle d'un patient grabataire ou de refus pur et simple du patient. Ainsi, dans un univers où des choix s'imposent quotidiennement et en l'absence de critères *a priori* qui dicteraient de manière univoque le comportement à adopter, les professionnels doivent sans cesse faire face à leurs responsabilités : jusqu'où peut-on aller avec la personne âgée ? Faut-il systématiquement réanimer chaque patient même lorsque celui-ci est complètement grabataire ou demande, comme dans certains cas, que l'on ne s'acharne pas ? Faut-il absolument aider un patient à remarcher même après s'être aperçu que ce «handicap» était entretenu par l'intéressé et lui permettait d'être fortement entouré par sa famille ?

Certes, Olivier et, dans une moindre mesure, Van Aarle ont initié ce projet innovateur en favorisant une dynamique d'échange et de rencontre. Mais le changement se vit sur un mode mineur et n'annonce aucun fracas des structures. Le charisme envisagé n'a qu'une portée locale et ne se comprend que dans son contexte spécifique. Il ne donne plus à voir quelque surhomme capable de transcender les situations mais bien une dynamique de confrontation se développant progressivement à partir de rencontres pluridisciplinaires, véritables instances où s'élaborent des réponses, des comportements face à certaines situations pénibles. Ces espaces protégés de discussion fonctionnent alors comme lieux d'échange sur la pratique, débouchant à terme sur une réflexion éthique où le groupe apparaît comme sujet.

6. Conclusions

Introduire l'idée d'une *auctoritas* à l'œuvre dans les organisations nous rappelle qu'il n'y a pas d'autorité sans *auctor* investi par le groupe de la reconnaissance et capable de prodiguer un sens à l'action collective tout en interprétant les conditions du pouvoir.

L'étude de la construction de légitimité de nouvelles formes organisationnelles, de leurs implications cognitives, nous apparaît heuristiquement féconde pour l'étude du changement social. Par ailleurs, elle permet de jeter les bases d'une approche dépassant le niveau de l'organisation – comme mode de

gouvernement de l'efficience des hommes au travail – pour désormais rejoindre une autre dimension de l'action collective, à mi-chemin entre organisation et système économique, à laquelle Touraine (1969) réserve le vocable d'*Institution.* Celui-ci suppose que salariés et dirigeants établissent le lien entre la défense de leurs intérêts et la poursuite de fins reconnues légitimes par la société. Avec le concept d'institution, l'hôpital cesserait de n'être qu'un système social analysé en termes de pouvoir. Il deviendrait aussi, pour paraphraser Sainsaulieu et Segrestin, un espace d'acteurs sociaux trouvant «la force d'agir au-delà des stratégies et des règles établies» (1986, 347–348), ce qui implique transformation des valeurs et des objectifs de ces systèmes tendant immuablement à la reproduction de leurs règles du jeu. Changer de valeurs, pour un système social, implique souvent une mobilisation d'acteurs en vue d'imposer une nouvelle définition de la légitimité comme fondement de l'action collective. Acteurs à la croisée des règles formelles et des sociabilités de base. En effet, en gériatrie, on sait intuitivement que dans un univers aussi codifié et structuré que l'hôpital, la réussite de toute thérapeutique entreprise passe par ces relations, ces gestes quotidiens qui échappent à une réglementation classique et relèvent plutôt de la sphère de l'intimité, de la rencontre permanente de la raison technique, professionnelle et bureaucratique avec ces images extrêmes d'une société vieillissante. A terme, à partir de ce dialogue avec la raison objective, se profile une nouvelle vision éthique de l'action gériatrique. La finalité de celle-ci serait désormais de sortir le patient du milieu hospitalier afin qu'il regagne au plus vite son foyer et renoue avec le tissu social. Toutefois, comme un tiers environ des patients est placé en institution d'accueil (maisons de repos, maisons de repos et de soins, hôpitaux psychogériatriques) dès la sortie de l'hôpital, la question d'un agir en coordination avec les institutions d'accueil est de plus en plus clairement posée.

Le changement de règles et de comportements au sein du service exprime bien un refus : celui d'une institution fortement rationalisée et incapable d'intégrer les sociabilités de base. Ce refus apparaît lié à la conjoncture de complexité organisationnelle que connaît aujourd'hui l'hôpital. Ainsi, l'avènement charismatique répondrait-il à un appel à fonder et orienter une nouvelle action collective. Appel lié aux contraintes d'une époque. Pourtant, notre analyse se situe en dehors de ce dilemme incessant entre décideur de l'histoire – qu'il soit prophète ou médecin – déployant son emprise sur les foules et la détermination de circonstances socio-économiques ou culturelles extérieures qui viendraient éclairer l'orientation de l'action. Serions-nous ainsi perpétuellement contraints d'enfermer le débat entre le démiurge innovateur et le poids de la synthèse des aspirations des sujets de la domination ? Pour notre part, le message ou projet charismatique se situe bien en décalage par rapport aux valeurs dominantes de

son milieu d'émergence (l'hôpital général). C'est à partir de ce décalage-même que peut se mouvoir le processus d'action innovatrice. Toutefois, pour que ce processus puisse prétendre à la création institutionnelle d'une nouvelle définition de l'action collective, il doit nécessairement reposer sur un recours concomitant aux ressources traditionnelles – par exemple de la profession médicale – et légales rationnelles des règlements et statuts permettant d'asseoir son autorité. Mais plus qu'une mécanique complexe à revendiquer du pouvoir face aux autres disciplines médicales, nous pensons voir, au travers de notre étude d'un cas de légitimation à base charismatique, un enjeu plus vaste. Il s'agit de la reconnaissance d'une identité professionnelle éclatée par l'avènement de l'hôpital moderne. Cette quête de reconnaissance traduit moins l'apparition d'acteurs clairement saisissables dans un univers de la reproduction – non seulement des procès de production mais aussi des positions d'acteurs – mais plutôt l'élaboration et l'expérimentation de nouvelles capacités d'action professionnelle pour répondre, à partir du confinement et de la rencontre entre soi, au défi que pose le vieillissement de notre société au milieu hospitalier.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Alexander J. C. (1982), Max Weber, la théorie de la rationalisation et le marxisme». *Sociologies et sociétés*, XIV (2), 33–43.

Aron R. (1983)*Mémoires*, Julliard, Paris.

Binst M. (1990), *Du mandarin au manager hospitalier*, L'Harmattan, coll. Logiques sociales, Paris.

Bourdieu P. (1971), Genèse et structure du champ religieux, *Revue française de sociologie*, XII, 295–334.

Bourdieu P. (1971), Une interprétation de la théorie de la religion de Max Weber, *Archives européennes de sociologie*, XII(1), 3–21.

Chauvenet A. (1988), Les professions de santé publique de l'enfance : entre police administrative et éthique communicationnelle, *Sociologie et sociétés*, XX(2), 41–54.

Crozier M. (1971, 1ère édition en 1963), *Le phénomène bureaucratique. Essai sur les tendances bureaucratiques des systèmes d'organisation modernes et sur leurs relations en France avec le système social et culturel*, Seuil, coll. Points, Paris.

Crozier M. et Friedberg E. (1981, 1ère édition en 1977), *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Seuil, coll. Points, Paris.

Delvaux B. (1986), Les hôpitaux en Belgique, *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 1140–1141, 3–67.

Faure G.-O. (1982), Charisme et réforme sociale en Inde, *Social Compass*, XXIX (1), 75–92.

Freund J. (1976), Le charisme selon Max Weber, *Social Compass*, XXIII (4), 383–396.

Gonnet F. (1989), Les relations de travail : entre la complexité et l'insécurité, *Autrement*, 109, 128–147.

Gonnet F. (1992), *L'hôpital en question(s). Un diagnostic pour améliorer les relations de travail*, Lamarre, Paris.

Isambert F.-A. (1979–1980), Les avatars du «fait moral», *L'Année sociologique*, 17–55.

Jamous H. (1969), *Sociologie de la décision. La réforme des études médicales et des structures hospitalières*, éditions du CNRS, Paris.

Kuty O. (1975), Orientation culturelle et profession médicale. La relation thérapeutique dans les unités de rein artificiel et son environnement, *Revue française de sociologie*, XVI, 189–214.

Kuty O. (1992), Identité mythique. Règles du jeu et création charismatique. Les unités de dialyse revisitées, *Revue suisse de sociologie*, 2, 393–411.

Mommsen W. (1985), *Max Weber et la politique allemande 1890–1920*, Presses Universitaires de France, coll. sociologies, Paris.

Peneff J. (1992), *L'hôpital en urgence*, Métailié, Paris.

Prager J. (1981), Moral Integration and Political Inclusion : A comparison of Durkheim's and Weber's Theories of democracy, *Social Forces*, 59(4), 918–950.

Remy J. (1992), La vie quotidienne et les transactions sociales : perspectives micro- ou macro-sociologiques, in Blanc M. (sous la direction de), *Pour une sociologie de la transaction sociale*, L'Harmattan, coll. Logiques sociales, Paris, 83–111.

Reynaud J.-D. (1989), *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Armand Colin, coll. U, Paris.

Sainsaulieu R. et Segrestin D. (1986), Vers une théorie sociologique de l'entreprise, *Sociologie du Travail*, 3, 335–352.

Seguy J. (1982), Charisme, sacerdoce, fondation : autour de L. M. Grignion de Montfort, *Social Compass*, XXIX(1), 5–24.

Seidman S. (1983), *Le libéralisme et la théorie sociale en Europe*, Presses Universitaires de France, coll. Questions, Paris.

Sennett R. (1979), *Les tyrannies de l'intimité*, Seuil, coll. Sociologie, Paris.

Steudler F. (1974), *L'hôpital en observation*, Armand Colin, coll. U prisme, Paris.

Strauss A. et collab. (1985), *Social Organization of Medical Work*, The University of Chicago Press, Chicago and London.

Touraine A. (1969), *La société post-industrielle*, Denoël, Paris.

Touraine A. (1977), *La société invisible. Regards 1974–1976*, Seuil, Paris.

Vrancken D. (1993), *L'hôpital et la question gériatrique. L'organisation hospitalière face au défi du vieillissement de population*, Fondation Nationale des Sciences Politiques de Paris, Thèse pour le doctorat de l'Institut d'Etudes Politiques de Paris.

Weber M. (1959), *Le savant et le politique*, Plon, coll. 10/18, Paris.

Weber M. (1971), *Economie et société*, Plon, coll. Recherches en sciences humaines, Paris.

Adresse de l'auteur :
Didier Vrancken
Université de Liège, Faculté d'Economie, de Gestion et de Sciences Sociales
boulevard du Rectorat, 7, B31, B–4000 Liège

N° 18/19 ◆ JUIN/SEPTEMBRE ◆ 94

SOCIETES CONTEMPORAINES

LANGAGES(S) EN PRATIQUE(S)

JEAN-PAUL TERRENOIRE
LANGAGE(S) EN PRATIQUE(S)
INTRODUCTION AU DOSSIER

LOUIS QUÉRÉ
SOCIOLOGIE ET SÉMANTIQUE
LE LANGAGE DANS L'ORGANISATION SOCIALE DE L'EXPÉRIENCE

JEFF COULTER
LOGIQUE ET PRAXÉOLOGIE
ESQUISSE D'UNE « SOCIO-LOGIQUE » DE LA PRATIQUE

PIERRE ACHARD
SOCIOLOGIE DU LANGAGE ET ANALYSE D'ENQUÊTES
DE L'HYPOTHÈSE DE LA RATIONALITÉ DES RÉPONSES

PAUL WALD
JUIFS ET HONGROIS. CONSTITUTION DISCURSIVE DES CATÉGORIES SOCIALES DANS UN CORPUS DE COURRIER DES LECTEURS

GABRIELLE VARRO
ANALYSE DE CONTENU ET ANALYSE DE DISCOURS : À PROPOS DU PRÉNOM

FRANÇOIS LEIMDORFER
LE POUVOIR DE NOMMER ET LE DISCOURS JURIDIQUE
DEUX EXEMPLES D'ACTE DE PAROLE EN DROIT

◆ ◆ ◆

PHILIPPE MASSON
NÉGOCIATIONS ET CONFLITS DANS LE PROCESSUS D'ORIENTATION DES ÉLÈVES DE L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

PIERRE TEISSERENC
POLITIQUE DE DÉVELOPPEMNT LOCAL. LA MOBILISATION DES ACTEURS

PIERRE-NOËL DENIEUIL, MARC UHALDE
LES LOGIQUES ÉCONOMIQUES ET CULTURELLES DU DÉVELOPPEMENT
LE CAS DE LA SOUS-TRAITANCE DANS UN SYSTÈME INDUSTRIEL LOCALISÉ

SECRÉTARIAT DE LA REVUE
INSTITUT DE RECHERCHE SUR LES SOCIÉTÉS CONTEMPORAINES - CNRS
59-61 RUE POUCHET, 75849 PARIS CEDEX 17 - TÉL : 33 (1) 40 25 10 11 - FAX : 33 (1) 42 28 95 44

ABONNEMENTS ET VENTE AU NUMÉRO

LES ABONNEMENTS SONT ANNUELS ET PARTENT DU PREMIER NUMÉRO DE L'ANNÉE EN COURS.
LES DEMANDES D'ABONNEMENT SONT À ADRESSER À :
L'HARMATTAN - 16 RUE DES ÉCOLES - 75005 PARIS
TARIFS 1994 POUR 4 NUMÉROS : FRANCE 280 F - ÉTRANGER 320 F
VENTE AU NUMÉRO : 85 F (L'HARMATTAN ET LIBRAIRIES SPÉCIALISÉES)