

Le phénomène de découplage dans les cliniques françaises

Sébastien Mainhagu

Université de Haute Alsace (HuManiS)

sebastien.mainhagu@uha.fr

Résumé :

Cet article propose d'expliquer le phénomène de découplage observé dans les établissements d'hospitalisation privé. En effet, nous avons remarqué, comme nombre d'études sur ce sujet, que des normes de Gestion des Ressources Humaines (GRH) construites par les agents institutionnels sont peu appliquées dans la réalité, sans provoquer de sanction. Pourquoi cette remise en question de ces normes est-elle acceptée, et par quels processus ? Le concept de découplage qui a été développé par les fondateurs du courant néo-institutionnaliste est utile pour expliquer ce phénomène. Pour ces auteurs, la conformité aux normes institutionnelles peut être de pure forme permettant à l'organisation d'obtenir une légitimité et un accès aux ressources. Car les normes héritées de l'environnement institutionnel peuvent être inappropriées au bon fonctionnement des activités menées par les professionnels. Elles auraient un niveau de généralité propice à l'interprétation créant un problème de coordination et de contrôle des opérations (Meyer et Rowan, 1977). Cependant les processus responsables de ce phénomène sont encore insuffisamment précisés (Boxenbaum et Jonsson, 2008). Bien qu'Oliver (1991; 1992) ait identifié depuis longtemps la nature des stratégies à l'œuvre et les causes de déclin d'une norme, rares sont les travaux qui proposent un modèle théorique décrivant précisément l'articulation entre les variables responsables du phénomène de découplage. Dans cette perspective, nous analyserons les données recueillies auprès de trois cliniques françaises par le biais d'observations non-participantes, d'entretiens semi-directifs et de lectures de documents (procès verbaux, évaluations, procédures, etc.). Nous montrerons que les écarts entre ces normes et leur usage au sein des organisations sont dus à leur incapacité à répondre aux besoins de l'activité (cause technique) mais également à l'existence de rapport de pouvoir équilibré entre gestionnaires et soignants (cause politique). Ces derniers s'opposent aussi à ces pratiques en se référant à leur culture professionnelle (cause culturelle). Au final, nous déduirons de ces résultats un modèle théorique présentant les liens entre découplage et isomorphisme: le phénomène de découplage est le résultat d'interprétations différenciées de la norme de GRH, conséquence de l'influence des agents institutionnels par des processus d'isomorphisme de type différent (coercitif pour les gestionnaires; normatif pour les professionnels).

Mots-clés : 5 mots-clé maximum

Normes, cliniques, découplage, isomorphisme, culture.

Le phénomène de découplage dans les cliniques françaises

Introduction

Pourquoi observe-t-on dans les organisations des décalages durables entre les normes institutionnelles prescrites par les dirigeants et leur application par les professionnels ? Le concept de découplage permet de répondre à cette question. Il a pourtant été pendant longtemps négligé par les chercheurs qui, pour certains, ont critiqué la capacité explicative de la théorie néo-institutionnaliste, observant dans des secteurs économiques une hétérogénéité des pratiques. Pour les fondateurs de la théorie néo-institutionnaliste, la conformité aux normes institutionnelles peut être de pure forme permettant à l'organisation d'obtenir une légitimité et un accès aux ressources (Meyer et Rowan, 1977). Car les normes héritées de l'environnement institutionnel peuvent être inappropriées au bon fonctionnement des activités menées par les professionnels. Les dirigeants des organisations peuvent alors accepter tacitement qu'elles soient transformées par les salariés.

Ce phénomène de découplage est cependant insuffisamment expliqué par un modèle qui intègre les relations entre les différents groupes composant les organisations et les agences institutionnelles (Sandholtz, 2012). De plus, bien qu'Oliver (1991 ; 1992) ait identifié depuis longtemps la nature des stratégies à l'œuvre et les causes du déclin d'une norme, rares sont les travaux qui proposent un modèle théorique décrivant précisément l'articulation entre les variables responsables du phénomène de découplage. L'étude de ces processus dans les établissements d'hospitalisation (hôpitaux publics et cliniques privées) permet de mettre en exergue ces relations de causalité. En effet, dans ce secteur, les professionnels sont associés aux décisions dans les agences institutionnelles au côté des gestionnaires (D'Aumo, Succi et Alexander., 2000 ; Scott, 2008). Les normes, produites par ces instances, puis implémentées, sont susceptibles d'être interprétées différemment par les professionnels de santé au pouvoir au moins équivalent à celui des dirigeants des établissements. Ces derniers ont, par exemple, introduit depuis plusieurs années des normes de gestion du personnel préconisées par la tutelle et bâties selon une conception « individualisante » (Storey et Bacon, 1993 ; Pichault et Nizet, 2000). La réaction des professionnels de santé consiste le plus souvent à adopter des stratégies « d'évitement », parfois de « défiance », en appliquant des normes alternatives (Oliver, 1991).

Des écarts entre normes de GRH et usage au sein de ces organisations sont ainsi observés, avec des dirigeants qui semblent s'en accommoder. En conséquence une hétérogénéité des pratiques est observée dans le secteur (Truss, 2003 ; 2009).

L'étude de ces pratiques de GRH dans ces organisations est donc propice pour identifier les relations de causalité expliquant le phénomène de découplage. La recherche que nous avons menée auprès de cliniques françaises servira ce dessein. Nous présenterons d'abord les recherches portant sur le phénomène de découplage en justifiant notre choix d'appliquer la théorie néo-institutionnaliste, enrichie des apports d'Oliver (1). Des données recueillies auprès de trois cliniques (2), nous déduirons un résultat et un prolongement théorique (3) : le découplage est la conséquence non seulement d'une inadéquation des normes à répondre aux contraintes des activités des professionnels et de rapports de pouvoir équilibrés entre acteurs, mais aussi, de différences marquées entre cultures professionnelles ; ce phénomène pourrait être expliqué de manière plus générale par l'influence des deux types d'agent institutionnel.

1. LE PHENOMENE DECOUPLAGE DES NORMES DE GRH

Nous présenterons les apports des auteurs néo-institutionnalistes sur le phénomène de découplage puis l'intérêt d'étudier les pratiques de GRH des établissements d'hospitalisation.

1. 1. LES APPORTS NEGLIGES DE LA THEORIE NEO-INSTITUTIONNALISTE

Le courant néo-institutionnaliste s'est notamment constitué sur la base d'une hypothèse de recherche initiée par DiMaggio et Powell (1983) : les structures et les pratiques des organisations appartenant à un même secteur, dans lequel s'exerce une influence institutionnelle commune, tendent à être identiques. Ce processus d'isomorphisme institutionnel se produit lorsque les membres des organisations cherchent à obtenir une légitimité en se conformant à des normes sociales. Ces dernières sont définies au-delà du périmètre de l'organisation, par les agences institutionnelles, instances étatiques et associations professionnelles. Ce processus se développe en dépit parfois de son effet peu efficient sur le plan économique (DiMaggio et Powell, 1983). Ce cadre théorique se prête donc particulièrement à l'étude des décisions des dirigeants qui influencent directement la structure de l'organisation (Noël, 2004 ; Huault, 2009). Leur modèle s'applique aussi pour analyser les comportements des autres acteurs. Trois types d'isomorphismes sont distingués (DiMaggio et Powell, 1983) :

- l'isomorphisme coercitif correspond à la situation où une organisation exerce, à travers des règles, une pression formelle et informelle sur une autre, qui est liée à la première par des liens de dépendance. Par cet effet contraignant, qui prend la forme de « rituels de conformité » institués par des « organisations plus larges » comme l'Etat, les organisations sont plus ou moins structurées de manière identique. Scott parle de la coercition légitime du fait de l'imposition d'une autorité, qu'il distingue de coercition politique, lorsque le contexte restreint les ressources des organisations, ce qui les amène à modifier leur comportement et indirectement à se conformer à des normes du fait d'une réduction du champ des possibles (Scott, 1987) ;
- le processus mimétique s'observe lorsque dans un environnement incertain, dans lequel les objectifs sont complexes à déterminer et les technologies difficiles à acquérir, la structure et les pratiques d'une organisation jugée comme exemplaire sont reproduites par les autres. Le changement n'est pas toujours à l'initiative de la direction. Il peut être le résultat de l'influence de consultants, d'associations professionnelles ou d'employés qui utilisent les acquis de leur expérience passée dans d'autres entreprises ;
- la pression normative provient de la professionnalisation définie comme la lutte des employés pour contrôler leur travail et le faire reconnaître comme légitime, notamment auprès de l'Etat. Les réseaux professionnels diffusent des nouvelles normes auprès de leurs adhérents qui peuvent vouloir les mettre en place de manière autonome dans l'organisation. De même, les individus qui ont des trajectoires identiques en ayant obtenu des enseignements dans une université ou école spécifique ont une socialisation qui crée de leur part des attentes sur la manière dont les équipes doivent se comporter.

L'apport théorique du courant néo-institutionnaliste est souvent décrit par les commentateurs académiques à travers le seul processus d'isomorphisme. L'observation d'une hétérogénéité des pratiques dans un secteur alimente alors des critiques sur cette théorie, les acteurs étant susceptibles de transformer les normes imposées par des processus intra-organisationnels (Greenwood et Hinings, 1996 ; Hasselblad et Kallinkos, 2000). Or, les fondateurs du néo-institutionnalisme reconnaissent la possibilité d'une diversité des pratiques du fait de processus internes à l'organisation et l'expliquent notamment à travers le concept de découplage (Meyer et Rowan, 1977 ; DiMaggio et Powell, 1991 ; Greenwood & al., 2008).

Pour ces auteurs, la conformité aux normes institutionnelles peut être de pure forme permettant à l'organisation d'obtenir une légitimité et un accès aux ressources. Car les normes héri-

tées de l'environnement institutionnel peuvent être inappropriées au bon fonctionnement des activités menées par les professionnels. Elles auraient un niveau de généralité propice à l'interprétation créant un problème de coordination et de contrôle des opérations (Meyer et Rowan, 1977).

En effet, l'environnement institutionnel est hétérogène avec des compétitions entre agents, entraînant la production de normes contradictoires, ou tout au moins, suffisamment floues pour satisfaire les perceptions antagonistes (Desreumaux, 2004). De ce fait, les acteurs des organisations peuvent se référer aux arguments des uns ou des autres. Les dirigeants justifient les normes pour accroître l'efficacité de l'organisation en référence aux principes affichés par les gestionnaires des agences institutionnelles. Les professionnels optent pour un désalignement arguant le manque d'efficacité de ces normes à réguler l'activité dont la responsabilité leur est déléguée (Meyer et Rowan, 1977). Le risque d'altération de la qualité des prestations sert de justification à une opposition développée par les associations professionnelles.

L'affrontement n'est cependant pas systématique. L'encadrement de proximité et la direction peuvent avoir conscience de l'incomplétude des normes pour mener à bien les missions dévolues aux professionnels (explication technique). Ils acceptent alors que ces derniers les transforment, ce qui entraîne la coexistence de normes officielles peu appliquées, et officieuses opérantes. L'évaluation de la conformité est évitée ou conduite de manière superficielle. Les dirigeants ont intérêt à cette situation de découplage pour ne pas mettre en œuvre des changements coûteux (Westphal et Zajac, 2001).

Ainsi deux processus seraient à l'œuvre de manière apparemment contradictoire dans les organisations :

- un processus externe d'isomorphisme pour répondre aux exigences des agents institutionnels ;
- un processus interne de découplage pour adapter les normes à la réalité de l'activité.

Plus la pression au conformisme est forte de la part d'agents institutionnels divisés sur le contenu de la norme, plus le phénomène de découplage est important (Boxenbaum et Jonsson, 2008).

Pour autant, ce phénomène n'est possible que par l'existence de rapports de force équilibrés entre les gestionnaires et les professionnels (explication politique) dans les agences institutionnelles et les organisations, sinon les dirigeants pourraient choisir l'évitement, niant les anomalies (Meyer et Rowan, 1977). L'influence des professionnels sur le processus de production de normes est motivée par leur volonté de préserver leur autonomie mais aussi leurs valeurs (explication culturelle).

Les trois dimensions qui expliquent le phénomène de découplage rappellent les causes de déclin d'une pratique décrites par Oliver (1992), qui en distingue quatre :

- technique : perte d'utilité technique ou sa substitution par une innovation interne ;
- politique : perte d'intérêt chez les acteurs ;
- culturelle : perte de consensus entre les acteurs sur le maintien de la pratique ;
- structurelle : départ des acteurs garantissant l'institutionnalisation de la pratique.

Pour Oliver (1991), la remise en question d'une pratique passe par des stratégies « d'évitement », voire de « défiance », et un jeu d'argumentations dans la négociation pour rendre les normes afférentes illégitimes (processus de désinstitutionnalisation). Les acteurs s'opposent pour préserver leurs intérêts et leurs valeurs qui diffèrent du fait du contenu de leurs activités et de leurs missions. Ceux-ci utilisent des ressources à la fois dans le contexte extérieur (la pression des financeurs, la qualité de service exigée par les usagers, les évolutions des métiers, etc.) et interne (le changement de dirigeants, les conditions de travail, etc.) pour justifier de pratiques. Pour autant, malgré des développements récents intégrant les relations entre les différents groupes composant les organisations et les agences institutionnelles (Sandholtz, 2012), il manque un modèle précisant l'articulation entre les variables responsables du phénomène de découplage.

Celui-ci permettrait de comprendre pourquoi le découplage n'est pas un phénomène passager, l'expression d'une appropriation par les professionnels du changement, qui se terminera pas la production de normes uniques pour l'organisation après un processus de traduction (Czarniawska et Joerges, 1996 ; Sahlin-Andersson, 1996). En effet, les perceptions contradictoires ancrées dans les institutions sociales ne semblent pas converger avec le temps. Le processus de transformation de norme a été observé depuis plus de vingt ans dans les établissements d'hospitalisation, notamment sur les pratiques de GRH, sans pour autant que la convergence des points de vue entre les dirigeants et les professionnels de santé puisse être constaté. Il est donc utile de comprendre pourquoi.

1. 2. LES ECARTS ENTRE LES NORMES DE GRH DANS LES ETABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION

L'application des règles de GRH dans les établissements d'hospitalisation rappelle en effet ce phénomène de découplage. Des chercheurs (Bach, 2000 ; Bach et Della Rocca, 2000) observent que les dirigeants adoptent le modèle de GRH (Guest, 1987) préconisé par le gouvernement en vogue dans l'industrie (évaluation de la performance, de rémunération au mérite, gestion flexible des emplois et du temps). Aux États-Unis, c'est à partir des années 1970 que des standards sur les pratiques administratives et managériales ont été développés notamment par

l'American Hospital Association (Ruef et Scott, 1998 ; Scott & al., 2000). Au milieu des années 1980, le gouvernement conservateur britannique réforme le secteur de la santé selon les principes du New Public Management comportant un volet GRH porteur d'une conception individualisante de la gestion du personnel avec un degré élevé de formalisation et de personnalisation, favorisant la flexibilité de l'organisation, et un niveau intermédiaire de décentralisation (Pichault et Nizet, 2000 ; Mainhagu, 2012).

Cet idéal managérial de la gestion du personnel, conçu dans le contexte du rêve américain (Guest, 1990 ; Boselie, Paauwe et Richardson, 2003), s'oppose à un modèle de gestion plus collectif (Storey et Bacon, 1993) dans lequel les professionnels contrôlent collectivement la GRH. Ces chercheurs mettent cependant en lumière son manque d'application dans la réalité à cause de l'opposition des soignants en position favorable dans la négociation. Constatant une hétérogénéité des pratiques de GRH, certains chercheurs formulent alors des critiques à l'encontre de la théorie néo-institutionnaliste (Paauwe et Boselie, 2003 ; 2005 ; Truss; 2009).

En France, depuis un décret de 1996, les établissements d'hospitalisation sont dans l'obligation de se conformer à une évaluation réalisée par une instance parapublique, la Haute Autorité de Santé (HAS). Des experts-visiteurs se déplacent dans les établissements pour contrôler les écarts de qualité et vérifier la véracité des éléments notifiés sur un support d'auto-évaluation qui est transmis à la HAS. Une rubrique concerne le « *management des ressources humaines* ». Les inspecteurs notent le nombre de rencontres avec les représentants du personnel avec compte-rendu, l'existence de supports de communication internes, la mise en œuvre des entretiens d'évaluation individuels, l'effectivité d'une procédure pour relever les besoins en formation, etc. La gestion personnalisée des salariés avec la mise en place de modalités de suivi des acquis en termes de compétences pour s'assurer de l'adéquation des personnes aux postes de travail est préconisée par la HAS qui souligne le contexte de pénurie de soignants dans son manuel « V2010 ».

Ces opérations de certification sont censées induire une homogénéité des pratiques (isomorphisme coercitif). Or des chercheurs ont observé une hétérogénéité des dispositifs de GRH dans les hôpitaux, critiquant la capacité explicative de la théorie néo-institutionnaliste (Paauwe et Boselie, 2003 ; 2005 ; Truss, 2003; 2009). Mais ils omettent d'expliquer ce phénomène par le concept de découplage. Nous montrerons que le phénomène de découplage explique l'écart entre les normes institutionnelles et celles mises en œuvre par les professionnels de santé (hypothèse 1), donc l'hétérogénéité des pratiques. Il est provoqué par trois types de cause : technique (manque d'efficacité des normes à réguler l'activité des professionnels de santé : hypothèse 2), politique (équilibre des pouvoirs entre gestionnaires et professionnels : hypothèse 3) et culturelle (différences d'identités entre les acteurs : hypothèse 4).

2. LES CHANGEMENTS DE NORMES DE GRH DANS TROIS CLINIQUES

Après avoir présenté notre méthodologie, nous exposerons nos données.

2.1. LA METHODOLOGIE

Pour répondre à cette question, nous avons opté pour la stratégie de l'étude de cas adaptée pour explorer des phénomènes nouveaux, tester une théorie, produire une théorie et décrire un phénomène comme le découplage. Nous avons exploité les informations recueillies entre 2006 et 2009 auprès de trois cliniques qui ont été choisies pour leur différence de statut ou de taille et leur contexte similaire (difficulté financière, spécialisation chirurgicales proche, adoption récemment de normes de GRH pour répondre aux exigences de la HAS, etc.). Les informations ont été recueillies entre 2006 et 2009 auprès des différents types d'intervenants, gestionnaires et professionnels de santé. Nous avons pu réaliser des observations durant plusieurs semaines, en participant à la vie des établissements (réunions d'équipe, réunion sur la démarche qualité, suivi des cadres dans leur activité quotidienne, échanges informels, etc.) en 2007 dans la clinique Bonétat (phase exploratoire de notre recherche), en 2009 dans la clinique Acute (phase confirmatoire). Les documents présentant les pratiques de GRH (procédures qualité, auto-évaluation, journal interne, projets d'établissement et de services, manuels de certification de la HAS, supports remplis d'entretiens annuels) et les échanges à leur sujet (comptes rendus du CE et CHSCT) ont complété nos informations obtenues grâce à des entretiens semi-directifs (tableau 1).

Tableau 1. Recueil de données auprès de trois établissements françaises

	Acute	Bonétat	Dieusauve
Statut	lucratif	non lucratif	non lucratif
Taille	170	300	1000
Contexte	Déficit (années passées), baisse financement État, changement d'activité, certification HAS, conflits ou inquiétude sur la GRH, pénurie soignant		
Qualité des personnes interviewées et dates de rencontre	30 entretiens semi-directifs auprès du directeur (2007), directrice des soins infirmiers (2007/08/09), l'assistante de direction, DRH Groupe, le directeur régional, 7 cadres, 13 soignants, psychologue et 2 médecins (2009)	21 entretiens semi-directifs auprès du directeur (2006/07/08), l'infirmière générale, 2 cadres santé, cadre RH, 2 médecins, 4 soignants (2007/08), directrice des soins infirmiers, DRH et directeur général Groupe (2009).	4 entretiens semi-directifs auprès du DRH (2006, 07, 08, 09)

Ce type d'enquête n'a pas été possible dans la Groupe Dieusauve, mais les témoignages recueillis auprès du DRH ont corroboré les résultats obtenus dans les autres cas et stimulés la naissance d'un modèle de portée générale. La plupart des informations obtenues ont été traitées par la technique du codage, appliquée au fur et à mesure du recueil des données (Strauss et Corbin, 1998). Une comparaison régulière des codes définis formellement a permis de les affiner, d'établir des liens et donc des raisonnements (démarche abductive). Une seconde lecture des entretiens a permis de corriger le choix des codes, certains devenant redondants ou inclus dans un groupe de code appartenant à une même variable (tableau 2).

Tableau 2. Les principaux codes utilisés

Pratiques de GRH	Pol/ress/leg : Ressources en légitimité
Grh/form : Activité RH favorise formalisation	Pol/ress/sav : Ressources en savoir
Grh/dec : Activité RH décentralisée	Pol/ress/rel : Ressources relationnelles des individus
Grh/pers : Activité RH personnalisée pour fidéliser	Pol/ress/info : Ressources en informations
Grh/com : Communication interne sur GRH	Rapport aux normes de GRH
Grh/cond : Effet GRH sur les conditions de travail	Norm/usa/conf : Norme assurant la conformité
Grh/./diff : Difficulté d'usage de la GRH	Norm/usa/trans : Usage des normes transformé
Grh/./posit : Réactions positives sur GRH	Norm/usa/part : Normes usage avec participatif
Grh/./host : Réactions d'hostilité vis-à-vis de GRH	Norm/crea/conf : Norme créée par conformité
	Norm/crea/prof : créée par professionnels seuls
	Norm/crea/part : Norme créée style participatif
Contexte	Norm/crea/dir : Normes créées par la direction
Cont/qual : Application de normes qualité	Norm/crea/init : Initiative création de normes
Cont/etat : Application des directives de l'État	Dimension culturelle
Cont/fin : Situation financière de la clinique	Iden/qual : Intégration des normes qualité
Cont/clim : Climat social	Iden/eco : mobilisation valeur de l'économie
Cont/act : Contexte d'évolution de l'activité	Iden/equi : Valeur de l'égalité mobilisée
Cont/ress : Contexte de manque de ressources	Iden/soc : Dimension sociale du métier
Cont/cond : Contexte condition de travail	Iden/eth : Valeurs morales, éthiques du métier
Cont/grh : Effet du contexte sur la GRH	Iden/app : Sentiment d'appartenance
Cont/.../diff : Contexte perçu comme difficile	Iden/app/equip : appartenance à l'équipe
Dimension politique	Iden/app/clin : appartenance à la clinique
Pol/opp : Opposition politique entre acteurs	Iden/app/met : Identification au métier
Pol/opp/grh : Jeux d'opposition sur la GRH	

2. 2. DES NORMES DE GRH DIVERGENTES POUR DES ENJEUX DIFFERENTS

Nous présenterons les points communs observés dans les trois établissements concernant sept pratiques de GRH, choisies pour leur instabilité dans leur contenu après leur implémentation. Les entretiens annuels ont été mis en place dans les trois cas pour l'accréditation 1^{ère} version, puis relancés pour la seconde. Des soignants interviewés dans les clinique Acute et Bonétat ont reconnu que, si dans leurs principes les entretiens d'évaluation annuels existent, dans les faits, la pratique s'est perdue. Lors de la création de cet outil dans la clinique Acute en 2001, les soignants avaient obtenu du directeur que le terme d'évaluation soit enlevé. Ainsi la norme sous-jacente à ce dispositif n'est plus celle d'évaluer la performance individuelle mais un temps d'échange entre pairs sur le fonctionnement du service. Il est significatif que les soignants souhaitent que les supports soient entreposés dans leur unité et non dans le service administratif.

Les projets de services et les réunions de service (avec compte rendu) ont pour objet de favoriser l'implication des soignants par un management participatif. D'après les témoignages dans les deux cliniques Acute et Bonétat, les projets n'ont jamais été mis en place et tous les responsables ne font pas de réunions car leur utilité est remise en question soit parce qu'elles ne débouchent sur aucun changement, soit que le responsable craint d'être critiqué, soit parce qu'elles génèrent trop de conflits.

Le tutorat et le suivi des élèves a pour objet de personnaliser l'intégration et la validation des compétences de la recrue ou de l'apprenant en formalisant l'évaluation sur un protocole qui permet de justifier une décision. Certains soignants hésitent à les considérer comme des pratiques effectives. Car dans les faits, il est rare que les soignants, n'étant pas toujours remplacés, aient le temps de mettre en œuvre les principes édictés par ces écrits. C'est la responsable qui remplit le document en synthétisant l'information sans avoir toujours une connaissance précise de la réalité des actes menés par les personnes. De même il est rare que l'évaluation des compétences à la fin de la période d'essai soit effectuée selon l'assistante de direction de la clinique Acute.

L'affectation des soignants dans les unités de soin en fonction de l'activité permet de favoriser la flexibilité de l'organisation en réduisant la masse salariale qui est mieux optimisée. Cette pratique repose sur une connaissance des compétences des salariés qui doivent être polyvalents.

lents pour travailler auprès de patients ayant des traitements différents. Le choix des personnes effectué par la directrice des soins infirmiers de la clinique Acute est guidé par ce principe. Pour autant, elle n'a pas toujours la possibilité de choisir et parfois sa programmation n'est pas respectée par les soignants qui changent leur planning de manière informelle sans l'en informer.

La Directrice des soins infirmiers ne souhaite pas les sanctionner car elle compte sur eux pour effectuer des remplacements dans d'autres unités de soin que celui dans lequel ils ont l'habitude de travailler. La majorité des soignants jugent cette pratique comme posant des difficultés. Ils passent par le Comité d'Entreprise (CE) ou le Comité d'Hygiène, de Sécurité et sur les Conditions de Travail (CHSCT) pour transmettre des messages. A l'examen de ceux-ci, on constate qu'ils se sont plaints des plannings qui changent trop fréquemment perturbant leur vie de famille à cause du stress et de la fatigue générée par la méconnaissance de l'organisation des unités de soin dans lesquelles ils sont affectés, des pathologies et des patients. Le constat est aussi fait que « *ce sont toujours les mêmes personnels qui acceptent de remplacer au pied levé, et les mêmes qui refusent. Ce sentiment d'injustice crée à terme une mauvaise ambiance de travail* » (CE septembre 2007).

Ces informations sont corroborées par les informations recueillies par entretien dans les deux autres établissements. Une aide-soignante de la clinique Bonétat nous a dit craindre cette pratique. Elle ne veut pas risquer d'être en situation d'être mal jugée par ses collègues sur la qualité de son travail. Dans son service, elle a confiance dans ses collègues, ce qui n'est pas vrai ailleurs. Dans le Groupe Dieusauve, des formations sont parfois prévues pour préparer les soignants à leur nouvelle affectation. Mais de l'aveu des soignants, ce n'est ni suffisant ni toujours possible car les changements ne peuvent pas toujours être anticipés.

Les primes variables sont introduites pour récompenser les salariés qui acceptent la flexibilité. A la clinique Acute, elles sont multiples : primes de présence, de mobilité et de rappel de congé. L'assistante de direction critique l'attribution des primes de rappel par la directrice des soins infirmiers lorsque celle-ci demande aux soignants de travailler le matin plutôt que l'après-midi et le paiement induit d'heures supplémentaires comme l'indique un compte rendu de CE de septembre 2007 qui fait état « *de triches manifestes du personnel au niveau des horaires de travail. Certains membres du personnel arrivent après l'heure et partent avant*

l'heure sans noter le changement sur le planning. Il semblerait que cette situation soit récurrente, connue des responsables et touche souvent les mêmes personnes ».

Le logiciel de planification est mis en place dans la clinique Bonétat pour obtenir des gains de productivité évitant les « doubles saisies ». Un an et demi plus tard, sa mise en place semble chaotique. Le directeur reconnaît lui-même que l'outil n'est pas tout à fait adapté à leur activité et nécessitait d'être revu. La directrice des soins infirmiers, qui a remplacé l'infirmière générale partie à la retraite en 2008, estime que le logiciel a autant d'avantages que d'inconvénients. Il lui donne accès aux plannings des services et évite des erreurs au regard de la législation du travail, mais il n'est pas tout-à-fait fiable et consomme beaucoup de temps lors de la saisie. Elle pense que c'est un outil qui réduit la charge de travail du service de la paie, mais pas la leur. Cet outil n'existe pas dans la clinique Acute.

Dans le groupe Dieusauve, il est source de conflit. La hiérarchie infirmière conteste que la planification des affectations ne soit pas de sa responsabilité comme le recrutement du personnel réalisé par une cadre du service de GRH. Le DRH a décidé depuis lors de rencontrer chaque cadre de santé avec leur hiérarchie pour analyser ensemble l'absentéisme, le turnover, les compteurs d'heures et les remplacements.

La Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences est décrite comme effective dans le document d'auto-évaluation de la clinique Acute à travers la pratique des affectations alors que c'est un ajustement journalier quantitatif. Cette pratique est également l'objet d'un débat entre le DRH et la directrice des soins infirmiers du Groupe Dieusauve qui a participé au groupe de travail sur le référentiel des métiers hospitaliers organisé par le Ministère de la santé paru en 2007. Le DRH nous disait : *« la DSI et la Directrice de l'IFSI, raisonnent en fonction de compétences du référentiel dans une approche très codifiée et très normalisée des compétences. Alors que moi, ce qui m'intéresse, c'est toute la compétence induite autour de ça qui est moins normalisée. C'est le savoir-être des soignants et des personnels de l'accueil et la capacité de changement de ces personnes ».*

2.3 DES VALEURS DIFFÉRENTES POUR JUSTIFIER LES NORMES DE GRH

Ces oppositions entre soignants et direction au sujet de la GRH sont également alimentées par des arguments puisés dans les cultures professionnelles, dont nous avons pu identifier, par notre système de codage, les références en termes de valeurs regroupées en quatre catégories.

La valeur de l'économique est présente dans le discours de la direction mais également des professionnels de santé. Elle exprime la nécessité de ne pas gaspiller les ressources et de travailler avec des moyens limités pour maîtriser les dépenses, comme en témoigne le discours de la DSI de la clinique Acute : « *Mettre les ressources en face de la charge de travail, c'est ce qui nous permet de garder la tête hors de l'eau* ». Cette perception est aussi celle de la psychologue qui nous disait : « *On ne va pas laisser un service ouvert avec deux patients dedans pour que le personnel puisse rester dans leur environnement* ».

L'assistante de direction est également sensible à cette dimension. Pour elle, les responsables d'unités de soin n'ont pas suffisamment conscience des contraintes économiques. Le chef de bloc nous disait qu'il constatait dans la clinique l'existence d'une culture de l'économie, « *du lucratif* », à la différence du secteur public. Une responsable nous disait comprendre cette logique économique qui a conduit à centraliser la gestion des remplacements : « *On ne va pas embaucher une aide-soignante alors que le service ferme souvent* ».

La valeur de l'égalité porte sur l'égalité de traitement, avec comme corollaire le sentiment d'injustice. Ainsi la responsable du service de semaine critique le manque d'équité entre services : « *C'est rarement que quelqu'un de l'extérieur vienne chez nous. Quand j'ai besoin de monde, ce serait bien aussi que j'aie du monde qui vienne pour dépanner un petit peu* ». C'est aussi cette valeur qui prévaut lorsque des heures supplémentaires sont payées indûment.

La valeur humaniste exprime la considération portée à la personne humaine à travers la relation au patient. Lorsqu'elle est remise en question par les évolutions du métier ou de l'activité, les soignants manifestent leur amertume, comme cette infirmière qui pense que son service accueille des patients en fin de vie alors qu'ils n'ont pas assez de personnel pour s'en occuper correctement.

Le changement d'affectation peut altérer la qualité du service rendu par le soignant et donc contrarier cette éthique du métier, comme le précise la psychologue : « *En changeant de service la soignante perd ses repères, et donc sa faculté à s'adapter, l'attention dans ses gestes, la façon dont elle va interagir avec les patients et ça cause certains problèmes* ». Une autre aide-soignante craint aussi de ne plus être à la hauteur à cause de la fatigue induit par le rythme actuel du travail qui s'est accéléré : « *Foncièrement mon travail me plaît quand je*

peux le faire correctement, quand j'ai le temps d'être avec mon patient sans me dire : Faut que je tienne le coup jusqu'à telle heure ».

La valeur de la solidarité vis-à-vis de l'équipe est souvent exprimée dans un contexte de surcharge de travail. Comme dans le cas d'une situation d'urgence à gérer avec un sous-effectif : *« Par chance, il y a une collègue qui fait de l'ambulatoire, qui était là depuis le courant de la matinée, qui est restée jusqu'à 19h30 pour donner un coup de main, car elle en avait conscience et elle voyait qu'elles allaient débloquer ».* Par contre, cette valeur n'est pas forcément mobilisée vis-à-vis d'une autre équipe de soignants comme le révèle la moins grande implication des soignants qui effectuent des remplacements : *« Elles font les choses juste ce qu'il faut mais ne vont pas faire plus. (...) La motivation n'est pas la même ».*

3. RESULTATS ET DISCUSSION

Après avoir démontré le phénomène de découplage entre les normes de la direction et celles des professionnels, nous l'expliquerons par les causes du processus de désinstitutionalisation (technique, politique et culturelle) en lien avec celui d'isomorphisme.

3.1. LE DECOUPLAGE ENTRE NORME DE GRH ET REALITE DANS LES CLINIQUES

Les études de cas révèlent l'introduction récente dans les établissements d'hospitalisation privés de pratiques de GRH de type individualisant avec un niveau élevé de formalisation et valorisant les individus plutôt que les collectifs (entretiens d'évaluation annuels, GPEC, tutorat, etc.).

La flexibilité de l'organisation des services de soins est également favorisée par leur intermédiaire (affectation, logiciel de planification, etc.). Les trois études de cas rejoignent les résultats obtenus par d'autres recherches (Kessler et *al.*, 2000; Truss, 2003; 2009, etc.) en particulier dans deux cliniques françaises (Arrowsmith et Mossé, 2000).

L'introduction de ces pratiques est à chaque fois liée à un contexte de contrainte exercée par l'Etat, par l'intermédiaire de la Haute Autorité de Santé (HAS) et des agences de l'Etat décentralisées (Agences Régionales de Santé), favorisant la conformité des établissements à des normes et entraînant la réduction des financements. Les entretiens d'évaluation annuels ou la GPEC semblent être une réponse aux attentes de la Haute Autorité de Santé.

La flexibilité du personnel est la solution trouvée par les dirigeants des cliniques pour réduire les déficits financiers provoqués pour partie par la baisse des allocations du gouvernement. L'Etat crée un contexte de rareté des ressources orientant les choix des dirigeants des cliniques vers ce type de pratique (*Pichault et Nizet, 2000*). Il existe de plus un lien avec les normes de GRH de type individualisant appliquées par les dirigeants des établissements de santé et les normes de certification de la HAS, agent institutionnel où se rencontrent professionnels et gestionnaires.

De plus, dans les trois études de cas, ces normes institutionnelles ne sont pas appliquées. Ce décalage entre ce qui est écrit pour les instances d'évaluation et ce qui est fait, est perceptible dans le cas de la clinique Acute comme dans la clinique Bonétat pour le tutorat, les réunions d'équipe ou les entretiens d'évaluation annuels, la GPEC. Il s'explique par les difficultés de mise en œuvre de ces normes au regard de l'organisation des soins comme dans le cas du tutorat dans la clinique Acute ou du logiciel de planification de la clinique Bonétat. Ces pratiques paraissent des « coquilles vides », des intentions formalisées sur des procédures qui n'ont pas d'emprise sur le réel.

3.2 LES CAUSES TECHNIQUES ET POLITIQUES DU DÉCOUPLAGE

Comme l'interprètent les néo-institutionnalistes, ces normes de GRH paraissent ne servir qu'à contenter les agents institutionnels, les dirigeants laissant ensuite les professionnels les adapter aux situations concrètes (*Meyer et Rowan, 1977*). Pour cette raison, les règles sont transgressées avec le consentement implicite de la direction. La directrice des soins infirmiers de la clinique Acute « ferme les yeux » sur le non-respect des règles de paiement de la prime de rappel et des heures supplémentaires. De même, les pratiques d'évaluations de périodes d'essai, de tutorat, de l'entretien annuel lorsqu'elles sont effectuées le sont sans respecter les procédures parce que la contrainte de l'activité rend difficile leur application. Car pour respecter les règles, le personnel devrait être disponible, or les financements publics ne permettent pas de recruter et si c'était le cas ces ressources sont rares sur le marché du travail. Aussi, la direction accepte cette situation pour éviter les coûts supplémentaires générés par l'application d'une norme institutionnelle (*Westphal et Zajac, 2001*).

La gestion des effectifs semble être la pratique pour laquelle la direction de la clinique Acute est la plus intransigeante, car la survie de l'établissement est en jeu. On remarque cependant que la directrice des soins infirmiers accepte que ses choix puissent être modifiés par les soignants. Une explication de cette situation peut venir du fait que de telles pratiques sont aussi

difficiles à mettre en place et perturbe le bon fonctionnement des unités de soin. Elle provoque une altération du climat social et de la santé au travail.

En effet, les ajustements permanents des plannings en fonction de l'activité, nécessaires pour éviter de faire appel aux intérimaires et réaliser des économies, sont très mal perçus par les soignants car ils perturbent leur vie personnelle, engendrent du stress et de la fatigue. Si les dirigeants acceptent que les soignants et leur encadrement ne respectent pas les règles, c'est pour compenser ces effets délétères.

L'encadrement de proximité et la cadre supérieure de santé ne respectent pas les règles (prime, heures supplémentaires, etc) pour compenser. Ils acceptent aussi que les entretiens annuels et la formalisation de projet de service ou des réunions d'équipe ne soient pas réalisés conformément à ce qui était annoncé dans le document d'auto-évaluation adressé à la Haute Autorité de Santé. Il est probable que la directrice des soins infirmiers de la clinique Acute comme celle Bonétat n'est pas non plus dupe sur l'application des règles concernant le tutorat et l'évaluation des recrues. L'important pour la direction est que la masse salariale soit contenue. Dans ce contexte, il n'est pas question de faire des dépenses pour des mesures pourtant exigées par les agents institutionnels (Westphal et Zajac, 2001).

Le décalage entre normes institutionnelles et celles qui sont appliquées est le résultat d'un phénomène de découplage (validation hypothèse 1). L'une des causes vient des problèmes techniques que pose leur application (validation hypothèse 2). En fonction du pouvoir des soignants dans les établissements, la transformation des normes est plus ou moins importante, ce qui explique l'hétérogénéité des pratiques de GRH observée dans le secteur (Truss, 2003; 2009, etc.).

En effet, ces entorses à la règle ne sont pas sans générer des conflits, résultat de rapports d'opposition traditionnels dans ce type d'organisation. En effet, la transformation, voire l'abandon, des pratiques n'est possible qu'en raison du pouvoir possédé par les soignants leur donnant possibilité de négocier ou changer de manière unilatérale les normes de GRH (Oliver, 1992 ; Greenwood et Hinings, 1996).

Dans le cas de la clinique Acute, une opposition entre la direction et les professionnels de santé peut être identifiée à travers les comptes rendus des réunions du comité d'entreprise. Les soignants se sentent en position de force vraisemblablement parce qu'ils sont solidaires et que l'entreprise est dépendante de leur qualification pour faire fonctionner les unités de soin dans un contexte de pénurie sur le marché du travail.

Cette position favorable des soignants dans les rapports sociaux de la clinique est également perceptible à travers l'initiative dont ceux-ci font preuve en exigeant que le mot évaluation soit retiré, changeant ainsi le sens de la pratique des entretiens annuels. Les soignants

collectivement pèsent donc sur la régulation des relations sociales dans cette entreprise. Le comité d'entreprise est leur porte-parole comme lorsque les représentants dénoncent les injustices que provoquent le non respect des règles de GRH en particulier celles des heures supplémentaires. Car si l'adaptation des normes institutionnelles par les professionnels peut être source d'inefficacité si elles gênent l'activité de soin, l'absence de normes claires, discutées et approuvées par le plus grand nombre, donc institutionnalisées en interne, peut l'être aussi, car elle engendre des conflits permanents.

Le contexte politique ne permet donc pas l'application de la norme de GRH individualisant car les soignants peuvent la contester en lui faisant perdre sa crédibilité. Le contexte d'équilibre des forces politiques entre gestionnaires et professionnels de santé explique donc le phénomène de découplage (validation hypothèse 3). Les soignants cherchent à institutionnaliser leur propre norme plus collective, utilisant des arguments techniques mais aussi symboliques.

3.3. LE ROLE DE LA CULTURE PROFESSIONNELLE

Car même si la dimension économique est mieux intégrée dans la culture de ces professionnels, notamment dans les établissements à but lucratif, les valeurs dominantes de ce groupe sont autres. Les valeurs éthiques, d'égalité, d'humanisme et de solidarité sont davantage sollicitées dans leurs argumentations.

L'imprévisibilité des affectations et la fermeture du service synonymes de fragmentation de l'équipe, le paiement de primes individuelles et d'heures supplémentaires heurtent leur système de croyance. Le sentiment de non reconnaissance de cette dimension de leur travail et l'isolement qu'induit une gestion flexible des effectifs en détachant des soignants de leur équipe vis-à-vis de laquelle ils ont des affinités et un soutien, provoquent alors des réactions hostiles.

De plus, la valeur éthique du métier de soignant liée à la qualité de la prise en charge du patient est contrariée par ses effets délétères sur les conditions de travail. En effet, comme la prévision de la charge de travail est par nature impossible, les soignants perçoivent que la gestion des effectifs dégrade plutôt qu'améliore leur situation alors qu'elle était censée compenser le flux de patients, qui tend à s'accélérer, en affectant des ressources humaines en nombre suffisant au bon moment. Les liens entre activité de travail et culture sont

perceptibles. La guérison d'un patient est le résultat de l'action d'un collectif. Il est difficile pour les soignants d'accepter des normes de GRH qui valorisent plus l'individu que le groupe. Les actions menées par les professionnels de la santé ont donc aussi pour but d'adapter les normes de GRH à leur identité professionnelle (Boxenbaum et Jonsson, 2008). Si dans le libellé des entretiens le terme d'évaluation est supprimé par les soignants et celui d'individuel n'y figure pas, c'est pour imposer une gestion autonome de ce dispositif mais aussi une autre manière de concevoir cette pratique. Ils considèrent que la direction n'est pas légitime pour connaître leur niveau d'acquisition de compétences qui sont de toute façon certifiées par l'obtention du diplôme. Ils souhaitent plutôt que ce soit un moment d'échange entre pairs qui sont les seuls capables selon eux de comprendre leur activité. Aussi, revendiquent-ils que les supports soient stockés dans leur unité de soin, dans leur espace professionnel.

Cette interprétation est corroborée par la différence de sens donnée à la notion de compétence entre le DRH et la directrice des soins infirmiers du Groupe Dieusauve. Le premier se base sur les savoir-être liés à la personne, la seconde se réfère à la qualification et aux savoir-faire techniques obtenus grâce à la formation contrôlée par la communauté des soignants.

Aussi, deux modèles de GRH alternatifs semblent s'opposer, l'un de type « individualisant » et l'autre plus « collectif », véhiculés par les acteurs des organisations aux différences culturelles marquées. Le phénomène de découplage est donc également dû à une différence de culture entre gestionnaires et professionnels de santé dans les organisations (validation hypothèse 4), comme vraisemblablement aussi dans les agences institutionnelles.

3.4. LES LIENS ENTRE LES PROCESSUS D'ISOMORPHISME ET DE DECOUPLAGE

En effet, le témoignage du DRH du Groupe Dieusauve laisse penser que la réalité des pratiques de GRH est le résultat de confrontation d'idéaux portés par deux types d'agents institutionnels, relayés par les acteurs des organisations :

Les agents institutionnels profanes véhiculent des normes en rapport avec la question de la performance économique.

Les agents institutionnels professionnels participent à l'élaboration de ces normes en référence à des valeurs humanistes et de solidarité entre pairs.

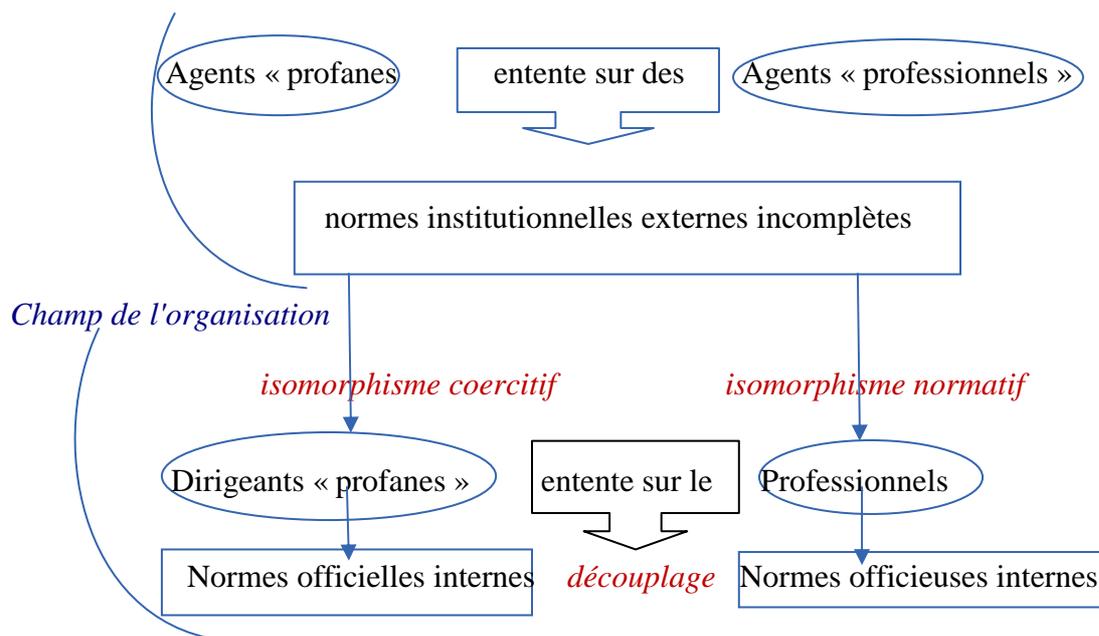
Ces perceptions opposées conduisent à la formulation de normes institutionnelles suffisamment générales pour englober les deux interprétations parfois contradictoires (Meyer et Ro-

wan, 1977). Les dissensions institutionnelles sont alors reproduites dans les organisations par les processus d'isomorphismes puisque les dirigeants des établissements cherchent à appliquer la norme de GRH de type individualisant voulue par le gouvernant (isomorphisme coercitif) alors que les professionnels de santé souhaitent une GRH de type collectif plus proche de leurs représentants (isomorphisme normatif).

En fonction du pouvoir détenu par les professionnels dans l'organisation, c'est l'une ou l'autre des normes qui sera reconnue comme légitime entraînant un phénomène de découplage. La négociation sur le contenu des normes s'opère donc autant au niveau des agences institutionnelles que des organisations. Le phénomène de découplage s'explique par des liens entre trois champs (Sandholtz, 2012) : agences institutionnelles, groupes des dirigeants et des professionnels des organisations (figure 1).

Figure 1. Les processus expliquant le phénomène de découplage

Champ de l'agence institutionnelle



Nous précisons dans ce schéma que la diversité des agents institutionnels induit l'existence de deux processus d'isomorphisme liant les acteurs des organisations (le groupe des dirigeants et celui des professionnels) à ceux des agences institutionnelles aux effets contradictoires. Dans un contexte d'équilibre des pouvoirs, la différence de cultures des acteurs de l'organisation influencés par l'idéal porté par l'agent institutionnel de référence a pour effet une interprétation des normes divergente produisant le découplage.

CONCLUSION

Cette recherche a permis d'expliquer l'hétérogénéité des pratiques de GRH dans le secteur de la santé par le phénomène de découplage (hypothèse 1). Les deux études de cas apportent également la vérification que cette situation (la transgression de normes institutionnelles par les professionnels acceptée tacitement par les gestionnaires) est la conséquence d'une inefficacité technique des normes à réguler l'activité des professionnels (hypothèse 2), un équilibre des forces politiques entre ces derniers et les gestionnaires (hypothèse 3) et une forte différence culturelle entre eux (hypothèse 4). L'articulation de ces trois variables, insuffisamment décrite par la littérature, est précisée. C'est parce que les soignants ont du pouvoir dans ces organisations que leurs arguments techniques et culturels ont du poids. C'est aussi parce que les buts des soignants font sens pour les gestionnaires que leurs critiques sont entendues et leurs arrangements acceptés. De plus, l'activité de travail inspire les valeurs professionnelles : rendre celles-ci difficilement réalisables par des normes provoque des réactions identitaires et politiques. Ces résultats sont utiles aux dirigeants de ces cliniques pour faire leur choix de management, comprendre les réactions des professionnels et reconnaître leur rôle régulateur. Ils faciliteront leur positionnement, délicat à trouver sous les pressions institutionnelles, vis-à-vis de leurs équipes, en évitant le cynisme (Sandholtz, 2012). Ces résultats sont cependant à nuancer, d'abord parce que les observations que nous avons récoltées sont singulières et devront être complétées par d'autres études de cas. Ensuite parce que les frontières entre les trois champs sont poreuses : les agents institutionnels peuvent aussi être des salariés des organisations, les cadres de santé parfois dirigeants parfois soignants. Les professionnels comme les gestionnaires ont des cultures hybrides et des activités en partie imbriquées. Les valeurs de l'économie sont intégrées par les soignants comme les valeurs humanistes par les gestionnaires. Le phénomène de découplage est-il alors transitoire, le temps que les cultures se rapprochent (Sahlin-Andersson, 1996) ? Si les profils hybrides sur ce plan existent, ils sont délicats à acquérir, à cause du manque de souplesse du schéma interprétatif des personnes, mais également du contexte (Mainhagu, 2013). Or celui-ci se caractérise par des processus d'isomorphisme contradictoires dans les agences institutionnelles, ce qui ne facilite par cette issue. Si nous proposons un modèle pour expliquer le découplage, des études sur les agences institutionnelles et leurs liens avec les acteurs des organisations devront être réalisées pour vérifier sa pertinence à travers l'hypothèse suivante : plus les agents institutionnels sont

divisés sur le sens apporté à une norme à cause d'identités différentes et d'un rapport de pouvoir équilibré, plus les processus d'isomorphisme normatif et coercitif s'opposent, produisant des conflits dans les organisations du champ, et donc plus le phénomène de découplage y est développé.

REFERENCES

- Arrowsmith, J. et P. Mossé (2000), Health Care Reform and the Working Time of Hospital Nurses in England and France, *European Journal of Industrial Relations*, 6:3, 283-327.
- Bach, S. (2000), Health sector reform modèle and human resource management: Britain in comparative perspective, *International Journal of Human Resource Management*, 11: 5, 925-942.
- Bach, S. et G. Della Rocca (2000), The management strategies of public service employers in Europe, *Industrial Relation Journal*, 31: 2, 82-96.
- Boselie, P., J. Paauwe et R. Richardson (2003), Human resource management, institutionalization and organizational performance: a comparison of hospitals, hotels and local government, *International of Journal of Human Resource Management*, 14, 8, 1407-1429.
- Boxenbaum, E. et S. Jonsson (2008), Isomorphism, Diffusion and Decoupling, in R. Greenwood, C. Oliver, K. Sahlin & R. Suddaby (eds.) Introduction of the Sage handbook of organizational institutionalism, Sage, 78-98.
- Czarniawska, B. et B. Joerges (1996), Travels of ideas, in Czarniawska & Guje Savòn (eds.) *Translating organizational change*, Berlin, New York: de Gruyter, 13-48.
- D'Aunno, T., M. Succi et J. A. Alexander (2000), The Role of Institutional and Market Forces in Divergent Organizational Change, *Administrative Science Quarterly*, 45, 679-703.
- Desreumaux, A. (2004), Théorie néo-institutionnaliste, management stratégique et dynamique des organisations, in I. Huault, (coord.) *Institution et gestion*, Paris :Vuibert, 29-47.
- DiMaggio, P.. J. et W. W. Powell (1983), The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organisational fields, *American Sociological Review*, 48, 147-160.

- P. J. DiMaggio et W. W. Powell (1991), Introduction, in P. J. DiMaggio et Powell, W. W., eds, *The New Institutionalism in Organization Analysis*, University of Chicago Press, 1-38.
- Greenwood, R. et C. R. Hinings (1996), Understanding radical organizational change: bringing together the old and the new institutionalism, *Academy of Management Review*, 21: 4, 1022-1054.
- Greenwood, R., C. Oliver, K. Sahlin et R. Suddaby (2008), Introduction of the Sage handbook of organizational institutionalism, London: Sage, 1-46.
- Guest, D. E. (1987), Human Resource Management and Industrial Relations, *Journal of Management Studies*, 24: 5, 503-521.
- Guest, D. E. (1990), Human Resource Management and the American Dream, *Journal of Management Studies*, 27: 4, 377-397.
- Hasselbladh, H. et J. Kallinkos, (2000), The project of rationalization: a critique and reappraisal of neo-institutionalism in organization studies, *Organization Studies*, 21: 4, 697-720.
- Huault, I. (2009), P. DiMaggio et W. W. Powell : des organisations en quête de légitimité, in S. Charreire-Petit & I. Huault (dir.) *Les grands auteurs en management*, Paris :Ed. EMS, 2^{ème} édition, 119-133.
- Jick, T. D. (1979), Mixing Qualitative and Quantitative Methods : Triangulation in Action, *Administrative Science Quarterly*, 24, 602-61.
- Kessler, I., J. Purcell et J. C. Schapiro (2000), New forms of employment relations in public services: the limits of strategic choice, *Industrial Relations Journal*, 31: 1, 17-34.
- Mainhagu, S. (2012), Le pouvoir paradoxal des soignants sur la GRH, *@grh*, 4, 33-52.
- Mainhagu, S. (2013), La tentation du contrôle dans les cliniques françaises, *Sciences Sociales et Santé*, 31, 2, 39-63.
- Meyer, J. et B. Rowan (1977), Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony, *American Journal of Sociology*, 83: 2, 340-363.
- Oliver, C. (1991), Strategic responses to institutional processes, *Academic of Management Review*, 16: 1, 145-179.

- Oliver, C. (1992), The antecedents of deinstitutionalization », *Organization Studies*, 13, 563-588.
- Noël, F. (2004), *Les suppressions d'emplois : entre contraintes économiques et pressions sociales*, Paris : Vuibert.
- Paauwe, J. et P. Boselie (2003), Challenging Strategic HRM and the Relevance of the Institutional Setting, *Human Resource Management Journal*, 13: 3, 56-70.
- Paauwe, J. et P. Boselie (2005), Best practices... in spite of performance: just a matter of imitation, *The International of Human Resource Management*, 16: 6, 987-1003.
- Pichault, F. et J. Nizet (2000), *Les pratiques de Gestion des Ressources Humaines. Approches contingentes et politiques*, Paris : Seuil.
- Ruef, M. et W. R. Scott (1998), Multidimensional Model of Organizational Legitimacy: Hospital Survival in Changing Institutional Environments, *Administrative Science Quarterly*, 43, 877-904.
- Sahlin-Andersson, K. (1996), in B. Czarniawska & G.Savòn (eds.) *Translating organizational change*, Berlin, New York: de Gruyter, 69-92.
- Sandholtz, K. W. (2012), Making standards stick: a theory of coupled vs. decoupled compliance, *Organization Studies*, 33: 5-6, 655-679.
- Scott, W. R. (1987), The adolescence of institutional theory, *Administrative Science Quarterly*, 32, 493-511.
- Scott, W. R. (2008), Lords of the Dance: Professionals as Institutional Agents, *Organization Studies*, 29: 2, 219-238.
- Scott, W. R., R. Ruef, P. J. Mendel, et C. A. Caronna (2000), *Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*, Chicago: University of Chicago Press.
- Storey, J. et Bacon, B. (1993), Individualism and collectivism: into the 1990', *The International Journal of Human Resource Management*, 4: 3, 665-684.
- Strauss, A. et Corbin, J. (1998), *Les fondements de la recherche qualitative*, traduction en français : 2004, Fribourg : Academic Press Fribourg.

Truss, C. (2003), Strategic HRM : enablers and constraints in the NHS, *The International Journal of Public Sector Management*, 16: 1, 48-60.

Truss, C. (2009), Changing HR functional forms in the UK public sector, *The International Journal of Human Resource Management*, 20: 4, 714-737.

Westphal, J. D. et Zajac, E. J. (2001), Decoupling Policy from Practice: The Case of Stock Repurchase Programs, *Administrative Sciences Quarterly*, 46: 2, 202-228.