

Les normes managériales et les dispositions d'agent dans le secteur sanitaire : une approche dialectique

Sébastien MAINHAGU, Université de Haute-Alsace, CREGO

sebastien.mainhagu@uha.fr

Résumé :

Le but de cette communication est d'éclairer les professionnels de santé et les gestionnaires qui se trouvent face à un dilemme portant sur les bienfaits du Nouveau Management Public. Pour cela, nous analysons la littérature portant sur les établissements d'hospitalisation en utilisant les principes développés par l'approche du Réalisme Critique, qualifiée par Baskar (1995) de dialectique, entre structure et « agency ». Nous justifions la traduction de ce dernier terme comme une disposition d'agent favorisant la transformation des normes sociales. Nous dépassons la présentation de Reed (2001) en développant davantage la littérature sur le secteur sanitaire, intégrant dans l'analyse les apports de la Théorie de la régulation sociale et des Théories Néo-institutionnalistes. Nous en déduisons un modèle général des régulations intégrant les mécanismes de la contrainte de la structure sur les acteurs organisationnels et ceux exprimant leur capacité de transformation. Nous discutons cet apport théorique et terminons notre propos par des recommandations sur les risques d'appliquer les normes managériales issues du secteur marchand sans discernement et sur la nécessaire reconnaissance réciproques entre professionnels de santé et gestionnaires des contributions et limites de chacun dans ce type d'organisation.

Mots-clés : Normes managériales Réalisme Critique, Nouveau Management Public, agency, régulation,

INTRODUCTION

L'actualité est riche en informations sur le secteur de la santé contraint par les normes managériales, censées réguler les organisations productrices de services en optimisant l'utilisation des ressources. Le reportage de Jérôme Le Maire « Dans le ventre de l'hôpital », diffusé le 3 octobre 2017 sur Arte, montre des soignants qui se questionnent sur le sens de leur travail. Le film débute par des médecins observant sur un écran le programme des opérations chirurgicales de la journée, incrédules face à la charge de travail qui semble infaisable. On les voit courir après le temps, épuisés, avec des situations de tensions. Dans le bloc opératoire, ils sont nombreux autour des patients, utilisant des machines sophistiquées, réalisant des actes délicats, admirant le travail bien fait. Ils enchaînent les malades, suivent des protocoles pour éviter les erreurs. Ils se réunissent avec la direction qui méconnaît la réalité de leur travail. Celle-ci n'a pas de solutions à une situation de souffrance généralisée, si ce n'est commander un audit qui est réalisé sans apporter vraiment de réponse aux soignants. La charge de travail ne peut être réduite, car le personnel est nombreux et les machines coûteuses. Sans solution, des soignants créent une boîte à idées qui mobilise le personnel, chacun écrivant ses doléances sur une feuille de papier. Le dépouillement crée de l'espoir.

Cette situation, qui n'est pas anecdotique, interroge sur la capacité des gestionnaires à réformer et sur celle des chercheurs en gestion à éclairer les dirigeants et les professionnels de santé. Après trente ans de réforme du secteur sanitaire, le doute existe sur le bienfait de ces évolutions guidées par les principes du Nouveau Management Public (NMP). Les normes et valeurs sous-jacentes empruntent au modèle de la Harvard Business School, valorisant la performance individuelle et cherchant à optimiser l'affectation du personnel en fonction de l'activité dans les unités de production (Guest, 1990). Pour certains commentateurs, les effets positifs de l'application de ces normes se font attendre et relèvent plus du fantasme, de l'idéologie managériale, que de la réalité (Klikauer, 2013 ; Locke et Spender, 2011). D'autres observateurs considèrent que « l'hôpital souffre plutôt d'un déficit que d'un excès de management » (Burnel, 2017, p.73). Comment incriminer les dirigeants d'une situation si les normes qu'ils ont créées ne sont pas bien appliquées, parfois transformées par des professionnels de santé « résistants » ? Pour éclairer le débat, il paraît utile de comprendre comment s'exerce la contrainte des normes managériales et quels sont les mécanismes

sociaux conduisant les différents intervenants des établissements d'hospitalisation soit à les reproduire soit à les transformer.

Une abondante littérature existe sur ce thème, qui est stimulant sur le plan académique, car il alimente la réflexion sur les relations entre structures sociales et « agency ». Ces concepts sont au cœur de la théorie de la structuration de Giddens, qui est l'objet de nombreuses critiques formulées par les partisans de l'approche philosophique du Réalisme Critique (Reed, 2005). L'approche post-structuraliste est aussi l'objet de controverses (Alvarez, Barney, Mc Bride et Wuebker, 2014 ; Ramaglou et Tsang, 2016 ; Ramaglou, 2013).

La structure sociale est composée d'un ensemble de normes, règles, codes, lois, statuts, etc. qui s'imposent aux individus et orientent leur action de manière plus ou moins consciente (Reed, 1997). « Agency » est défini par les partisans du Réalisme Critique comme une disposition mentale à l'action des individus ou des groupes sociaux, puisqu'ils mettent en avant l'activité réflexive relative à l'engagement dans des pratiques (Archer, 1995). Nous traduirons « agency » par « disposition d'agent » qui suggère une capacité à transformer les normes, expression d'un processus cognitif (Surason, Dean et Dillard, 2006). Les individus peuvent appliquer les normes managériales, considérées comme allant de soi, favorisant leur reproduction. Parfois, ils les transforment grâce à leur disposition d'agent, révélant leurs « pouvoirs causaux » (Reed, 1997).

Le rapport entre structure et « agency » est qualifié de « dialectique » par Bhaska, (1997), qui considère distinctement les structures sociales (qui contraignent les individus), les dispositions d'agent (possédés par ces derniers ou collectivement par les groupes sociaux) puis enfin leurs relations. Pour les tenants de cette approche, les sciences sociales se doivent de découvrir les mécanismes constitutifs de cette réalité duale (Tsang et Kwan, 1999).

L'utilisation de l'approche du Réalisme Critique pour comprendre la situation des établissements dans un contexte de NMP est intéressante pour les praticiens, car elle permet d'éclairer la manière dont s'exerce la contrainte des normes managériales. Ce projet est aussi intéressant sur le plan théorique pour comprendre la relation entre structure et disposition d'agent. Reed (2001) a engagé cette réflexion à travers cette approche philosophique, mais il n'appréhende pas toutes les connaissances produites sur le secteur sanitaire, notamment celles émanant des théoriciens de la Régulation Sociale et des néo-institutionnalistes. Il ne propose pas non plus de modèle général synthétisant les processus de régulation à l'œuvre, ce que nous faisons.

1. L'APPROCHE DU RÉALISME CRITIQUE

1.1. LES PRINCIPES

Le Réalisme Critique est encore peu répandu en sciences de gestion, même si des auteurs défendant cette approche ont publié dans des journaux de premier plan (Reed, 1996 ; 1997 ; 2005). Certains analysent des données sur le thème de la stratégie (Herepath, 2014, Reed, 2001), des systèmes d'information (Mutch, 2010) ou de l'entrepreneuriat (Ramoglou et Tsang, 2016), alimentant des controverses (Mole et Mole, 2010).

Pour Tsang et Kwan (1999), la vertu du Réalisme Critique est d'éviter de statuer sur l'existence de lois invariables et sur l'absence de toute régularité, donc de toute réalité objective. Cette approche a un positionnement intermédiaire entre les grandes philosophies des sciences (Kilduff, Melira et Dun, 2011), en reconnaissant l'existence d'une vérité, mais relative, et d'une réalité, mais fragmentée (tableau 1).

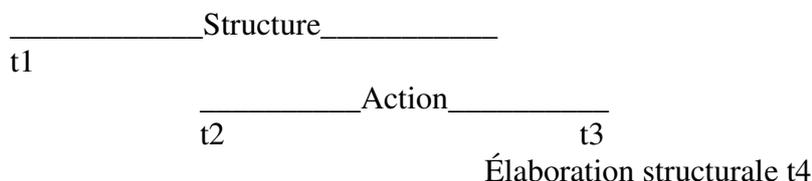
Tableau 1. Matrice des philosophies des sciences

<i>d'après Kilduff et al., (2011)</i>		Epistémologie : les sciences sont proches de la vérité ?	
		Oui	non
Ontologie : la théorie représente la réalité ?	oui	Réalisme structural <i>(ex. positivisme)</i>	Paradigme dur <i>(ex. réalisme kuhnien)</i>
	non	Fondationnalisme <i>(ex. empirisme)</i>	Instrumentalisme <i>(ex. constructivisme)</i>

Pour ce courant philosophique, la réalité existe indépendamment des individus (point commun avec le réalisme structural ou le fondationnalisme), mais la théorie ne peut l'appréhender que de manière imparfaite et indirecte, ce qui rend relative la vérité déduite des sciences (point commun avec le paradigme dur et l'instrumentalisme). L'ontologie du Réalisme Critique est de considérer la réalité comme « stratifiée », en trois domaines plus ou moins observables (Kilduff, et al., 2011). Le « réel » est le domaine des structures et de pouvoirs causaux inobservables ; « l'actuel » celui des événements et des processus dans le monde ; « l'empirisme » celui de l'expérience des êtres humains. Le « réel » influence les dispositions d'agent, mais il n'est pas facilement appréhendable par le chercheur (Fleetwood, 2005). Ce dernier se doit alors de mettre en place une méthode pour rendre plus clairs les mécanismes sous-jacents en distinguant les informations sur la structure de celles portant sur les interactions sociales (Reed, 1996). Arsher (1995) intègre dans l'analyse le temps, puisque les structures, qui contraignent les individus ou les groupes d'individus, leur préexistent le plus souvent, elles ne sont pas une de leur création (Mole et Mole, 2010). Il existe un décalage dans le temps entre le moment de la production des structures et celui des interactions où

s'exercent les capacités d'agents. C'est ce qu'Archer (1995) nomme la « double morphogenèse ». Elle développe une méthodologie qu'elle qualifie de « rétroductive », consistant à remonter dans le temps pour comprendre la genèse des structures (t1, figure 1).

Figure 1. Le diagramme d'Archer (1995)



Une fois créée, la structure a ensuite, à un instant t2, des effets sur les interactions entre acteurs, qui sont rarement ceux qui ont participé à la production de la structure. Les acteurs contraints par la structure peuvent la reproduire (t3) ou la transformer (t4). Le terme « agency » est utilisé par Archer pour souligner la capacité de l'acteur (individu ou groupe) à transformer les normes sociales, que nous traduisons par « disposition d'agent ».

1.2. LES DISPOSITIONS D'AGENT

Il est difficile de traduire en français « agency ». Littéralement, il peut être traduit par « agencement » (Le Robert et Collins, 1987). Emirbayer et Mische le définissent comme : « un engagement construit temporairement par les acteurs dans différents environnements structurels » (1998, p. 970). Ils considèrent ce terme comme l'expression d'un processus cognitif de sélection d'informations héritées de la structure sociale, mais aussi d'invention et de contextualisation. Pour eux, les individus peuvent contester les schémas cognitifs hérités, grâce à leurs expériences passées, puis en concevoir de nouveaux, qui seront confrontés à la réalité.

Le processus cognitif est décomposé par Emirbayer et Mische (1998) en trois éléments : itératifs, projectifs et évaluatif-praticable. Ces derniers sont distingués analytiquement pour décrire les trois possibilités d'orientation de la pensée et de l'action temporelle des individus, c'est à dire vers le passé, le futur et le présent. Le premier fait référence au processus de « réactivation sélective » des « modèles passés de pensée et d'action, incorporés de manière routinière dans les activités pratiques » (p. 971). Le second élément concerne la prise de distance vis-à-vis des schémas d'action incorporés et l'invention de nouvelles possibilités. Le troisième élément porte sur la confrontation des scénarios possibles à la réalité contingente du présent.

Le terme d'agency renvoie donc à un processus cognitif, préalable à l'action de transformation des structures de pensée établies par d'autres. Il s'agit d'une disposition mentale à être un agent, c'est-à-dire pour Swell (1992, p.20) « à être capable d'exercer un certain contrôle sur la relation sociale dans laquelle il est immiscé. (...) Les agents sont dotés de pouvoir pour agir avec ou contre les autres par les structures. (...) Ils ont les savoirs des schémas qui informent sur la vie et ont accès aux mesures des ressources humaines et non-humaines » et qu'ils sont capables d'appliquer aux contextes nouveaux. Les acteurs des organisations intègrent des normes, qui structurent leur pensée, parfois ils les questionnent, les transforment, démontrant des dispositions d'agent.

Au final, les principes méthodologiques de l'approche du Réalisme Critique servent à révéler les mécanismes de contrainte de la structure sur les interactions et les pouvoirs causaux de transformation de la structure par les acteurs. Ces processus produisent des situations contrastées, des paradoxes ou dilemmes, souvent le point de départ de la démarche scientifique (Hedoin, 2010). Le dilemme dans notre étude porte sur le bienfondé, pour faire fonctionner les services de soin, de normes managériales issues du secteur marchand, qui paradoxalement ne sont toujours appliquées, alors que les gestionnaires ont du pouvoir.

2. LA METHODOLOGIE

La méthodologie proposée par Archer est particulièrement actionnable dans le secteur sanitaire puisqu'il est possible d'obtenir des informations sur l'application des normes correspondant au NMP, dans différentes instances sur une longue période. Une abondante littérature existe sur les organisations de santé et les institutions régulant le secteur, en exerçant une contrainte sur les établissements d'hospitalisation. Nous avons sélectionné 32 publications scientifiques traitant la question de la contrainte des normes et des règles managériales dans le secteur sanitaire (tableau 2).

La plupart de ces publications mobilisent des méthodologies qualitatives : des études de cas approfondies de 22 établissements (ou services) d'hospitalisation et de 8 autorités de santé ; 5 études documentaires de trois secteurs sanitaires (californien, britannique et néerlandais) qui concernent les agents institutionnels gestionnaires ou professionnels, des entretiens semi-directifs de dirigeants, représentants du personnel et professionnels de santé (avec parfois des observations en plus). Sept recherches sur ce thème utilisent des questionnaires et des bases de données donnant lieu à des traitements statistiques. Précisons que l'analyse de Reed (2001) repose essentiellement sur l'ouvrage de synthèse de Ferlie et ses collègues (1996).

Tableau 2. Recherches sur la contrainte des normes managériales dans le secteur sanitaire

Auteurs	Méthodologie
Ackroyd, Kirkpatrick, Walker, 2007	Etude documentaire sur des associations professionnelles de santé britanniques
Amar et Minvielle, 2000	Observations de consultations médicales puis entretiens semi-directifs de médecins et patients dans un hôpital français
Arndt et Bigelow, 2000	Questionnaires reçus de 73 hôpitaux et leurs rapports annuels
Arrowsmith et Mossé, 2000	Études de cas de 2 hôpitaux anglais et 2 établissements mutualistes français
Barnett et al., 1996	Etudes de cas de 3 hôpitaux australiens
Bousquet, 2004	Etude documentaire sur des indicateurs de l'activité médicale et de qualité en France
Bromley, Hwang et Powell, 2012	80 entretiens semi-directifs de dirigeants d'hôpitaux privés des USA avec traitement statistique des codes
Burnel, 2017	Etude de données chiffrées sur l'activité et les budgets des hôpitaux français
Caronna et Scott, 1999	Etude de cas d'un hôpital californien
D'Aunno, Succi et Alexander, 2000	Traitement statistique de bases de données sur hôpitaux ruraux des USA
Detchessahar et Grevin, 2009	Etude de cas d'une clinique de soin de suite française
Fennell, 1980	Questionnaires et bases de données sur les hôpitaux des USA
Ferlie et al., 1996	Etude des discours à travers les rapports sur le NHS (système de santé britannique)
Givan, 2005	Questionnaires reçus d'hôpitaux britanniques
Grimshaw, 2000	Entretiens semi-directifs de représentants du personnel et DRH de 15 hôpitaux anglais
Harsen et Ferlie, 2016	Etudes de cas de services publics britanniques et danois
Hogget, 1996	Etude documentaire portant sur la restructuration du système de santé britannique
Hutchinson et Purcell, 2010	Questionnaires reçus de 117 managers du secteur de santé britannique
Kessler, Purcellet et Schapiro	Etudes de cas de 2 hôpitaux britanniques
Klikauer, 2013	Etude documentaire sur le système public des USA
Mainhagu, 2010 ; 2012 ; 2016	Etude de cas d'une clinique de court séjour française
Mainhagu, 2015	Etudes de cas de 2 cliniques de court séjour françaises
Mainhagu, 2013	Questionnaires reçus de 83 dirigeants et soignants de 4 cliniques françaises
McGivern et al., 2015 ;	Etudes de cas de 3 établissements sanitaires britanniques
Noordegraaf, 2011	Etude des ouvrages et rapports sur les programmes de formation du secteur de santé britannique et néerlandais
Pettigrew, McKee et Ferlie, 1988	Etudes de cas de 8 Autorités de santé britanniques
Ruef et Scott, 1998	Etude documentaire de rapports et guides du secteur sanitaires de la région de San-Francisco
Scott, Ruef, Mende et Caronna, 2000	Etude documentaire du secteur sanitaire de la baie de San-Francisco et étude d'un établissement en restructuration
Spyridonidis, Hendy et Barlow, 2015	Etude de cas d'un service de santé britannique
Truss, 2003; 2009	Études de cas de 2 hôpitaux anglais
Valette et Burelier, 2014	Entretiens auprès de 3 directeurs de pôle d'un hôpital français
Westphal, Gulati et Shortell, 1997	Questionnaires reçus de responsable qualité de 2712 hôpitaux (USA) et documentations pour 269 d'entre eux.

Notre analyse ne repose pas uniquement sur des données secondaires puisque nous sommes l'auteur de deux études de cas recensés. Nous mobilisons également des informations

recueillies dans un groupe hospitalier privé de 2006 à 2009 (plus de 1000 salariés) que nous avons appelé Dieusauve. Nous y avons rencontré à quatre reprises le DRH (Mainhagu, 2013), qui avait répondu à nos questions portant sur les évolutions des dispositifs de GRH, les conditions de travail, les mutations du métier de soignant, la stratégie de l'entreprise et ses modalités de gouvernance. Les entretiens (durée entre 1h30 et 2 h) ont été retranscrits.

Les informations primaires et secondaires détaillées précédemment sont de natures diverses et émanent des différents acteurs du secteur sanitaire, qu'ils soient des agents institutionnels ou des acteurs des organisations. Elles se recoupent en partie et permettent de justifier des affirmations sur la nature des processus de régulation à l'œuvre dans le secteur ces trente dernières années, qui concernent les effets de structure et les capacités de transformations des normes par les professionnels de santé.

3. STRUCTURE ET DISPOSITION D'AGENT DANS LE SECTEUR SANITAIRE

3.1. LES NORMES DU « NOUVEAU MANAGEMENT PUBLIC »

La littérature est abondante sur le fonctionnement des organismes qui construisent les normes (les agences institutionnelles) et des organisations de santé qui les reçoivent pour encadrer leurs actions. Dans le secteur sanitaire, la structure sociale peut être décrite à travers les normes et les règles managériales, qui ont évolué, en grande partie indépendamment des acteurs des établissements d'hospitalisation. En effet, leur genèse (t1, figure 1) a mobilisé des acteurs appelés par la théorie néo-institutionnelle les agents institutionnels. En France, ceux qui font les normes sont le ministère de la Santé, les fédérations d'hospitalisation, la Haute Autorité de Santé, les syndicats de médecins, les Agences Régionales de Santé. Le projet politique du « Nouveau Management Public » (NMP) choisi par les gouvernements des pays occidentaux consiste à appliquer les normes managériales issues du secteur marchand pour réduire ou stabiliser les ressources consommées par les organisations publiques tout en améliorant la prise en charge des patients (Ferlie et al., 1996 ; Harsen et Ferlie, 2016). Il induit deux processus, de « managérialisation » et de « mercatisation ».

Le premier conduit à promouvoir des outils de mesure de la performance dans les organisations avec un leadership plus visible, actif sur le plan individuel, mobilisant une rhétorique favorisant le changement culturel (Ferlie et al., 1996). L'hégémonie des managers est justifiée par les promoteurs de cette politique pour l'efficacité et l'efficience démontrées des entreprises du secteur marchand, obtenues grâce à l'application des techniques managériales guidant et mesurant la performance individuelle (Klikauer, 2013). Ces outils

contiennent des prescriptions sur des bonnes pratiques en cohérence avec un modèle culturel (Ackroyd, Kirkpatrick et Walker, 2007), diffusé notamment par les chercheurs de la Harvard Business School dans les années 1980 (Guest, 1990). Le « managérialisme » a introduit une « gouvernance entrepreneuriale » dans le secteur public, augmentant l'autonomie des dirigeants, mais réduisant celle des professionnels, dont l'activité est davantage contrôlée grâce à des outils de surveillance utilisant les nouvelles technologies de l'information (Reed, 2001). Les managers (ou gestionnaires) sont convaincus de l'idéologie managériale du NMP, diffusant une doctrine et des outils managériaux (Hogget, 1996). Il n'en est pas de même des soignants qui disposent historiquement d'une grande autonomie (Ferlie et al., 1996).

Les démarches de certification favorisent la diffusion des normes managériales issues du secteur marchand en appliquant la logique de la satisfaction des clients. Aux Etats-Unis elles ont été initiées dès le début des années 1980 (Scott, Ruef, Mende et Caronna, 2000). En France, c'est l'ordonnance Juppé de 1996 qui a institué l'obligation pour les établissements sanitaires d'obtenir la certification « qualité » délivrée par l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé), devenue la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2005. La qualification des soignants n'est plus un gage de respect des bonnes pratiques. Les établissements sont obligés par l'Etat de se conformer à ces normes et introduire des modalités de contrôle et des plans d'action pour corriger les insuffisances relevées (Amar et Minvielle, 2000). Les pratiques de management comme celles de soin sont normalisées. Les inspecteurs notent l'existence de supports de communication interne, si les entretiens d'évaluation individuels sont mis en œuvre, si une procédure de relevé des besoins en formation formalisée existe, etc.

Le second processus, de « mercatisation », consiste à créer les conditions de marché dans un secteur jusqu'alors complètement administré par l'Etat (Ferlie et al., 1996). Dans l'ensemble des pays occidentaux, le statut des hôpitaux a été modifié pour en faire des fournisseurs de service, avec des dirigeants, responsables de leur stratégie et des modalités de gestion. Sur ce « quasi-marché » (Bousquet, 2004), l'Etat se positionne comme un acheteur, à travers la création d'agences, qui attribue des autorisations. Une tarification à l'activité est introduite qui détermine les recettes des établissements. Beaucoup d'établissements font le choix de développer l'activité pour compenser les charges (Burnel, 2017), avec des processus d'optimisation des flux des patients et des affectations du personnel, produisant une intensification du travail, qu'illustre le reportage de Jérôme Le Maire.

Les systèmes d'affectation flexible du personnel sont valorisés par l'Etat, associés à une GPEC exigée par la HAS. Il permet de réagir rapidement aux aléas d'une activité de plus en plus imprévisible, sans augmenter la masse salariale, la charge la plus importante (Arrowsmith et Mossé, 2000). Ce dispositif s'impose aux dirigeants comme une évidence à cause de la décision de l'Etat de réduire les financements, utilisant pour beaucoup des logiciels de gestion qui existent déjà dans l'industrie (Marcon E., Guinet A. et Tahou, 2008). On peut donc considérer l'existence d'une norme de flexibilité du personnel pour des raisons économiques, plus ou moins explicitée par les agents institutionnels du secteur sanitaire, qui considèrent qu'il est possible de « faire plus avec moins » (Hogett, 1996).

Au final, la genèse de ces normes managériales dans le secteur sanitaire est à l'initiative d'acteurs extérieurs aux organisations productrices de services, les agents institutionnels, qui prenaient eux-mêmes en compte des évolutions du contexte externe économique, social et sociétal (Powell, Brock et Hinings, 1999 ; Caronna et Scott, 1999). Les gouvernements ont initié ces changements de structure sociale pour adapter les établissements d'hospitalisation à leur environnement : les dépenses de santé ne pouvaient plus être assumées dans un contexte de crise économique, les usagers critiquent le fonctionnement impersonnel de la bureaucratie, l'autonomie des professionnels de santé n'allait plus de soi, etc. (Pettigrew, McKee et Ferlie, 1988). Les professionnels de santé des établissements n'ont pas pour la plupart participé à l'élaboration de ces normes. Ils ont constaté ces changements importants de leur structure sociale, qui échappaient en grande partie à leur pouvoir d'action (Reed, 2001). La structure sociale a donc évolué à travers un ensemble de normes, notamment managériales, contraignant les salariés des organisations de santé, y compris les dirigeants.

3.2. LES EFFETS DE LA STRUCTURE SUR LES CHOIX DES DIRIGEANTS

Les interactions entre les acteurs de l'organisation sont influencées par la structure sociale qui s'impose à eux, ce qui correspond à l'étape t2 du diagramme d'Archer (figure 1). Les dirigeants des établissements d'hospitalisation adoptent majoritairement une stratégie de conformité, c'est-à-dire de reproduction des normes émises par les agents institutionnels (t3), qui est une possibilité parmi d'autres (Oliver, 1991 ; Pache et Santos, 2011). Les nouvelles normes créées par les agents institutionnels ont été acceptées par les dirigeants à cause de l'existence de sanctions, puisque la HAS peut émettre des avis réservés (synonymes de mauvaise réputation, donc de baisse d'activité), voire refuser la certification. La HAS possède donc un pouvoir de coercition qui conduit les dirigeants à produire des dispositifs managériaux contenant des règles, ayant les principes énoncés dans les normes de qualité.

Comme l'observent les chercheurs de l'approche du Réalisme Critique, la réalité est fragmentée (Ramoglou et Tsang, 2016), une partie de la structure sociale peut être observée, ce sont les normes managériales décrites par les agents institutionnels et les règles produites par les acteurs de l'organisation. Une autre partie de la réalité n'est pas directement visible, c'est la manière dont s'exerce le pouvoir contraignant des normes.

Cette partie « invisible » de la structure sociale des établissements a été appréhendée de manière indirecte à travers les effets qu'elle induisait sur les choix et actions des dirigeants (Archer, 1995 ; Bechara et Van de Ven, 2011). Les dirigeants ont fait le choix de reproduire les normes émises par les agents institutionnels, en formalisant des procédures, mais aussi par des changements dans la structure de l'organisation (regroupement d'unités par pôle, etc.).

L'effet contraignant de la structure sur les choix des dirigeants du secteur sanitaire est qualifié par la TNI d'isomorphisme (DiMaggio et Powell, 1983). En adoptant les normes prônées par les agents institutionnels, les dirigeants des établissements du secteur ont produit des organisations qui se ressemblent (Fennell, 1980). Il apparaît que ce processus s'exerce par la force de la réglementation qui s'impose aux organisations. La TNI parle d'isomorphisme « coercitif » (DiMaggio et Powell, 1983) ou « réglementaire » (Scott, 2014). DiMaggio et Powell (1983) illustrent cet effet de structure en mobilisant l'étude réalisée par Fennell (1980) sur la « population » des hôpitaux nord-américains, dans lesquels les dirigeants reproduisent les modèles organisationnels dominants en cherchant une légitimité institutionnelle. D'autres auteurs de ce courant ont observé cette tendance à l'homogénéisation des formes des organisations avec une adoption de dispositifs managériaux intégrant une logique gestionnaire (Caronna et Scott, 1999 ; Ruef et Scott, 1998 ; Scott et al., 2000). Les dirigeants des établissements peuvent parfois intervenir auprès des agences institutionnelles pour faire évoluer leurs perceptions et indirectement produire de l'isomorphisme sur l'ensemble des établissements d'hospitalisation (Arndt et Bigelow, 2000).

Pour compléter cette réflexion sur les effets de la structure sociale, des informations permettent de supposer l'existence d'un second processus d'isomorphisme qualifié de « mimétique » par DiMaggio et Powell (1983). Ce processus a été mis en évidence par Westphal, Gulati et Shortell (1997) lorsque les établissements chirurgicaux adoptent le Management de la Qualité Totale dans les années 1980 aux Etats-Unis, en imitant les pratiques des membres d'alliances, pour obtenir une légitimité sociale plutôt qu'économique. Une autre recherche démontre l'évolution des comportements des dirigeants d'hôpitaux

ruraux, qui ont été amenés à spécialiser leur offre de soin à cause de concurrents ayant adopté une telle stratégie valorisée par les institutions (D'Aunno, Succi et Alexander, 2000).

Un dernier processus d'isomorphisme est à l'œuvre dans le secteur, qualifié de « normatif » par DiMaggio et Powell (1983). L'adoption des normes managériales, inspirée par le modèle Havard Business School (HBS), est aussi le résultat d'un processus culturel-cognitif (Scott, 2014). Les normes et valeurs développées dans le secteur marchand sont considérées par l'idéologie du NMP comme adaptée pour faire fonctionner effacement les établissements de santé (Klikauer, 2013). Ces normes sont susceptibles d'être diffusées dans les établissements par le recrutement de profils gestionnaires venus du secteur marchand, notamment industriel. La gestion des blocs opératoires est parfois confiée à des ingénieurs des méthodes (Marcon et al., 2008). La diffusion de ce modèle culturel se fait également dans le cadre des formations spécifiques au secteur public (en France l'EHESS) ou privées (MBA ou Master universitaires), parfois en lien avec des associations de dirigeants (Noordegraaf, 2011). Par ce biais, les dirigeants des établissements d'hospitalisation ont intégré les normes et valeurs du modèle HBS, comme « allant de soi », faisant supposer l'existence de ce processus d'isomorphisme normatif. Les professionnels de santé y sont également formés pour accéder à des postes d'encadrement, expression d'une contrainte de la structure qui s'exerce sur eux.

3.3. LA CONTRAINTE DES NORMES MANAGÉRIALES SUR LES PROFESSIONNELS

Comme les dirigeants, une partie des professionnels de santé semblent se conformer à la contrainte de la structure en intégrant et reproduisant les normes managériales qui se réfèrent au modèle « HBS » (t3, figure 1). Ceci est perceptible si on considère le développement des formations qui sont destinées aux cadres de santé ces dernières années. Les dirigeants des établissements les financent d'autant qu'elles participent à modifier la perception de leur rôle, intégrant la logique managériale ou managérialisme. Les professionnels de santé peuvent ainsi mieux comprendre et accepter le changement de structure voulu par les gouvernants, grâce à ces parcours de formation. Ce processus de diffusion des normes managériales conduit à des similitudes dans les formes des organisations de santé, dans la manière de conduire le changement et manager les équipes.

La contrainte des normes managériales s'exerce par ce processus normatif de la socialisation. Elle est aussi de nature coercitive, comme en témoignent les cadres de proximité au sujet des pressions de la direction qui exige l'application des protocoles décrits pour la certification qualité. Des tableaux de « reporting » existent pour contrôler les affectations du personnel et l'attribution de primes pour éviter le glissement de la masse salariale (Mainhagu, 2010 ;

2012). Le documentaire de Jérôme Le Maire montre d'ailleurs des soignants plutôt passifs qui acceptent la contrainte d'une gestion des plannings optimisant les flux du personnel.

La contrainte des normes managériales sur les soignants est également perceptible à travers ses effets sur climat social et la santé des salariés. Le choix d'une flexibilité quantitative du personnel, plutôt que qualitative, semble avoir été fait dans les établissements d'hospitalisation pour contrôler les coûts, produisant des effets délétères, tant la charge de travail est souvent sous-estimée (Arrowsmith et Mossé; 2000 ; Mainhagu, 2010).

Un ensemble de travaux montrent l'augmentation du stress dans les établissements de santé, du fait d'une charge de travail plus importante, des fatigues et des pertes de sens au travail exprimés par les soignants (Acker, 2005 ; Aiken et al., 2001 ; Hutchinson et Purcell, 2010 ; Le Lan, 2004 ; Estryn-Behar, 1997, 2008). La proportion des salariés ayant le sentiment de manquer de temps pour effectuer correctement leur travail, traditionnellement plus élevée dans ce secteur, a augmenté entre 1998 et 2004 (Le Lan, 2004). On constate une augmentation des déclarations de surmenage lié à la charge mentale du travail (Winstanley et Whittington, 2002). L'intensification du travail augmente le stress et l'insatisfaction au travail (Zeytinoglu, al, 2007), expliquant les cas de « burnout » et la baisse de la qualité de la prise en charge dans les établissements d'hospitalisation européens et nord-américains (Aiken et al., 2001 ; 2007). Constatant cette évolution négative des conditions de travail, les soignants ne restent pas passifs, comme le révèlent plusieurs études.

3.4. LES DISPOSITIONS D'AGENT DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Si certains acteurs des établissements d'hospitalisation reproduisent les normes managériales, d'autres salariés, majoritairement des soignants, s'y opposent, à cause des effets négatifs sur les conditions du travail, mais aussi pour garder leur autonomie (Reed, 2001). Les dispositions d'agent des professionnels de santé sont une réalité difficile à appréhender, car en partie « invisible », selon les chercheurs de l'approche du Réaliste Critique. Elles sont développées grâce à des processus cognitifs individuels difficiles d'accès pour les chercheurs. Néanmoins, grâce aux méthodes qualitatives, basées notamment sur les récits des professionnels de santé, il est possible d'avoir des informations sur ce sujet.

Au niveau de l'individu, plusieurs études montrent des dispositions d'agent chez les soignants. Elles s'exercent à travers des processus cognitifs, notamment en lien avec la construction identitaire, permettant la transformation des normes et des valeurs contenues dans les dispositifs de gestion. Les soignants peuvent adhérer, mais aussi s'opposer complètement aux normes du NMP (Barnett et al., 1996 ; Mainhagu, 2012). Ils peuvent

produire des normes et valeurs singulières. Il existe encore aujourd'hui une incertitude sur leur évolution culturelle. Sont-ils favorables à ces normes pour gagner en efficacité, ou défavorables critiquant les excès du NMP et des valeurs associées au contrôle des coûts et à la relation de service client, éloignées du rôle de clinicien auquel ils sont attachés (Ackroyd, et al., 2007) ? Certains cherchent individuellement des compromis entre les normes et valeurs du métier de soignants et les schémas de pensée « gestionnaires », valorisés socialement (McGivern et al., 2015 ; Powell, et al., 1999 ; Spyridonidis, Hendy et Barlow, 2015). Les médecins-chefs de pôle (Valette et Burelier, 2014) et les cadres de santé (Detchessahar et Grevin, 2009 ; Mainhagu, 2012) réalisent un travail identitaire qui peut prendre plusieurs formes, empruntant aux deux logiques.

Au niveau collectif, les dispositions d'agent des professionnels de santé sont également identifiables, indirectement, grâce à la connaissance des transformations des normes managériales. Des chercheurs constatent dans plusieurs établissements d'hospitalisation un écart entre les règles (conformes aux normes prônées par les agents institutionnels) et la réalité des pratiques managériales, doutant de l'existence de processus d'isomorphisme (Grimshaw, 2000 ; Givan, 2005 ; Kessler et al., 2000 ; Truss, 2003 ; 2009). Pichault (2007) qualifie ce décalage entre discours stratégique et réalité des pratiques managériales de « pseudo-modernisation ». C'est la preuve que les salariés ont été capables collectivement, non seulement d'empêcher que les règles soient appliquées comme le veut la direction, mais d'en produire de nouvelles. Des tensions entre les acteurs des organisations peuvent naître entre ceux souhaitant reproduire les normes prônées par les agents institutionnels (t3), et ceux qui veulent les transformer, révélant leurs dispositions d'agents (t4).

La question de la transformation des normes par les professionnels de santé a été appréhendée par la théorie de la Régulation Sociale (TRS) et par la théorie néo-institutionnaliste (TNI). La première émane de Reynaud qui définit la régulation comme l'ensemble des actions qui sont menées sur les règles ou normes, c'est-à-dire leur « création, suppression, transformation et maintien » (1997, p. 19). Nous ajoutons qu'elle permet un ajustement des différents éléments parfois étrangers qui cohabitent dans l'organisation et vis-à-vis de l'environnement, comme l'indique Canguilhem (2002, p. 58) : « *La régulation, c'est l'ajustement, conformément à quelque règle ou norme, d'une pluralité de mouvements ou d'actes et de leurs effets ou produits, que leur diversité ou leurs successions rend d'abord étrangers les uns aux autres* ». Reynaud considère l'existence de deux formes de régulation, l'une émanant de ceux qui contrôlent le travail, le plus souvent les dirigeants (« régulation de contrôle ») et l'autre

produite par ceux qui réalisent le travail, les professionnels de santé (« régulation autonome »). Ce dernier cas de figure révèle des dispositions collectives à modifier les normes managériales. Le processus de rencontre de ces deux régulations peut aboutir à une nouvelle règle commune (« régulation conjointe ») ou pas (Reynaud, 1997).

L'absence d'accord, voire de négociation, entre les parties prenantes a été observée dans les établissements d'hospitalisation. Nous avons appelé ce cas de figure une « régulation disjointe » (Mainhagu, 2016). La règle officielle de contrôle est maintenue alors qu'elle n'est pas (ou plus) appliquée. La règle effective utilisée par les opérateurs pour faire fonctionner l'activité – et donc atteindre les buts de l'organisation – n'est pas légitimée par les dirigeants. Il s'agit d'une régulation duale puisque, grâce à l'existence de deux règles pour une même activité, elle permet, d'une part, l'ajustement des différents groupes de l'organisation et la réalisation des missions, d'autre part, une adaptation à l'environnement institutionnel. La régulation disjointe permet d'expliquer le décalage entre normes prescrites par les agents institutionnels, relayées par les règles de contrôle de la direction, et la réalité des pratiques. L'existence d'isomorphismes n'est pas à remettre en question (Mainhagu, 2014), ce sont les dispositions d'agents des soignants qui permettent les transformations des normes, puis qu'elles soient acceptées par les dirigeants.

La régulation disjointe rappelle le concept de découplage, inventé par deux inspirateurs de la TNI, Meyer et Rowan (1977), qui permet de caractériser la situation des établissements d'hospitalisation (Mainhagu, 2015). Le découplage peut être défini comme un état selon lequel les règles instituées dans l'organisation par leurs dirigeants pour se conformer aux exigences des agents institutionnels sont appliquées symboliquement plutôt que réellement. Dans le secteur sanitaire, pour assurer des ressources à leur établissement, les dirigeants donnent l'illusion que les normes institutionnelles sont appliquées à travers des cérémonies d'évaluation, mais ils savent plus ou moins que les professionnels de santé en utilisent d'autres pour faire fonctionner les services (Bromley, Hwang et Powell, 2012). Les stratégies choisies par les dirigeants des établissements de santé semblent être au départ celles de la « conformité » pour obtenir la certification, mais la pression des soignants comme la situation économique les ont contraints au « découplage ». En effet, les normes sont suffisamment coûteuses en terme de temps de conception et de conduite du changement, et suffisamment risquées du fait des réticences des professionnels de santé, qu'il est probable que le choix du découplage est en partie explicite. Au final, des proximités apparaissent entre la TRS et la TNI, que nous associons dans un modèle général des régulations appliqué au secteur sanitaire.

4. DISCUSSION AUTOUR D'UN MODELE GENERAL DES REGULATIONS

Notre apport théorique est d'utiliser le Réalisme Critique pour décrire la situation des établissements d'hospitalisation. Conformément aux principes de cette approche philosophique, nous distinguons la structure sociale (les normes managériales), des interactions (Archer, 1995), en révélant la nature des mécanismes individuels et collectifs de régulation assurant la liaison entre ces deux aspects de la réalité sociale. En nous appuyant sur une revue de la littérature plus exhaustive que le propose Reed (2001), nous avons décrit tout d'abord les mécanismes de contrainte des normes managériales qui s'exercent sur les acteurs de ces organisations. Nous rendons compte ensuite des mécanismes sociaux de régulation, révélant les effets de structure et les disponibilités d'agents pour la transformer. Pour décrire ces mécanismes sociaux nous reprenons à la TRS et à la TNI leur conceptualisation, ce que ne propose pas Reed (2001) ou superficiellement (il évoque le processus d'isomorphisme normatif). Nous pouvons considérer que ces théories s'intéressent toutes les deux aux mécanismes de régulation qui s'exercent à trois niveaux (Martin et al., 2013) :

- le groupe de travail (1^{er} niveau) qui produit des « règles autonomes » pour faire fonctionner l'activité ;
- l'organisation (2^{ème} niveau) pilotée par des dirigeants qui établissent des « règles de contrôle » pour assurer une cohérence d'ensemble et l'adaptation à l'environnement ;
- les agents institutionnels (3^{ème} niveau).

La régulation au niveau de l'organisation passe par la rencontre plus ou moins effective des régulations des groupes de dirigeants et de salariés, qui vont défendre leurs règles en s'appuyant sur leur légitimité. Les premiers justifient leurs règles de contrôle qui servent à coordonner et canaliser l'action collective afin d'atteindre les buts fixés dans une relation avec l'environnement (Gray et Silbey, 2014). Les seconds justifient leurs règles autonomes pour bien faire fonctionner leur activité de travail selon leur éthique. Certains d'entre eux sont en lien avec les agents institutionnels via leur association professionnelle. Ces interactions produisent des régulations conjointes ou disjointes. Au final, la TNI et la TRS sont complémentaires et peuvent être associés dans un modèle général des régulations sociales appliqué au secteur sanitaire.

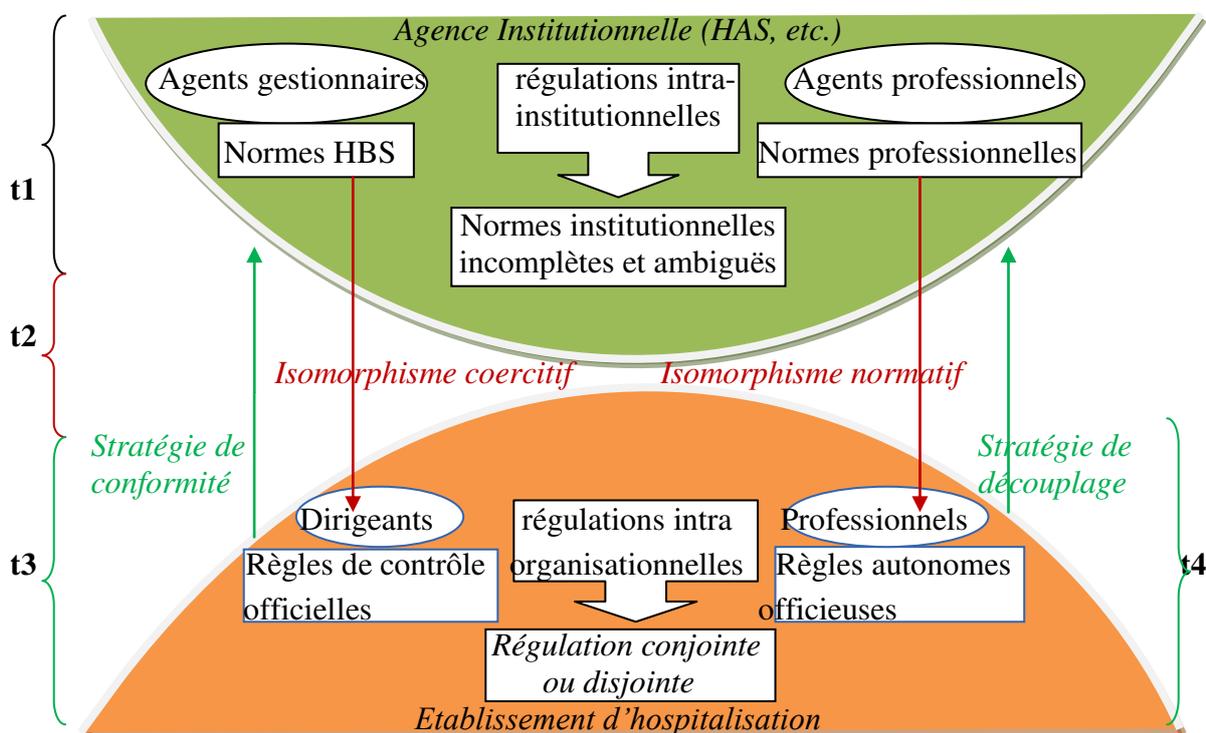
4.1. LE MODÈLE GÉNÉRAL DES RÉGULATIONS SOCIALES

Les développements théoriques sur les mécanismes de régulations sociales intra-organisationnelles de la TRS peuvent être associés à ceux portant sur les relations inter-

organisationnelles de la TNI dans la perspective du Réalisme Critique. En effet, la TNI s'intéresse surtout aux effets de structure révélant les régulations du champ (dans notre cas sanitaire) au niveau des agents institutionnels. Ces derniers façonnent les normes (t1) puis contraignent les établissements d'hospitalisation (t2). Le pouvoir contraignant des normes institutionnelles est décrit par la TNI au travers des processus d'isomorphisme. Cette contrainte est visible grâce aux effets observés d'une reproduction des formes organisationnelles et des normes managériales. Le TRS s'intéresse surtout aux régulations qui se développent au sein des organisations productives (de services de santé). Elles peuvent exprimer la reproduction des normes sous forme de « règles de contrôle » appliquées par les salariés (t3), soit leur transformation par la création de « règles autonomes » (t4).

Dans cette perspective du Réalisme Critique, nous pouvons appréhender ensemble dans un modèle général les mécanismes de régulation de la TNI (isomorphismes et découplages) et de la TRS (conjointes et disjointes). Ils se développent au sein des établissements d'hospitalisation et des agences institutionnelles et régissent leurs relations (figure 2).

Figure 2. Le modèle général des régulations sociales dans le champ sanitaire



Au sein des agences institutionnelles (comme la HAS), les agents « gestionnaires » véhiculent des normes managériales valorisant la performance individuelle, inspirées du modèle de la Harvard Business School (HBS), contenu dans la politique du NMP (figure 2). Les agents institutionnels « professionnels », qui participent à l'élaboration de ces normes, font référence à leurs normes, valorisant la performance collective, en lien avec des valeurs humanistes

(Bromley, et al., 2012 ; Heese et al., 2016 ; Scott, 2008). Ils luttent pour faire reconnaître celles-ci et maintenir le *statu quo* favorable à la profession (Currie, et al., 2012). Le résultat de ces interactions dans un environnement complexe et fragmenté (Heese et al., 2016) est la production dans un temps t1 de normes institutionnelles incomplètes ou ambiguës (Edelman, 1992). En effet, les logiques opposées des agents institutionnels (Thornton, Ocasio et Lounsbury, 2012) conduisent à la formulation de normes externes suffisamment générales pour englober les deux interprétations parfois contradictoires (Meyer et Rowan, 1977).

Les relations entre les agences institutionnelles et les établissements d'hospitalisation se caractérisent par la contrainte des normes, qui s'exerce sur les dirigeants des organisations dans un temps t2 à travers des processus d'isomorphisme coercitif et normatif initiés par les agents institutionnels « gestionnaires ». Les agents professionnels diffusent une autre interprétation des normes auprès des soignants des organisations à travers le processus d'isomorphisme normatif.

Au sein des établissements d'hospitalisation, on observe les mêmes dissensions décrites dans les agences institutionnelles, diffusées par les processus d'isomorphisme (Reay et Hinings, 2005 ; Thornton et al., 2012). Dans un temps t3, les dirigeants des établissements adoptent le plus souvent une stratégie de conformité vis-à-vis des normes institutionnelles, voulues par le gouvernement selon les principes du NMP (isomorphisme coercitif), les reproduisant sous la forme de « règles de contrôle », afin d'obtenir des ressources. A contrario, les professionnels de santé souhaitent des normes, compatibles avec un mode de fonctionnement communautaire, des valeurs philanthropiques et une éthique de fidélité au patient (Scott, et al., 2000), acquis par la socialisation (isomorphisme normatif). L'ambiguïté et l'incomplétude des normes institutionnelles favorisent des interprétations différentes des acteurs des établissements d'hospitalisation, qui ont des missions et des contraintes distinctes. Aussi, dans le temps t4, les professionnels de santé au sein de ces organisations créent des « règles autonomes », pour produire les services de soin conformément à leurs normes et valeurs professionnelles. Ils se réfèrent aux préconisations des agents institutionnels professionnels (isomorphisme normatif), justifiant une stratégie de découplage.

Ce modèle de régulation duale peut être généralisé à tous les secteurs où les champs institutionnels sont opaques, produisant des contradictions entre moyens et buts (Wijen, 2014). Le plus souvent, cette situation de dualité de normes et de règles (régulation disjointe) perdure, permettant de faire fonctionner les organisations. Pour autant nos observations révèlent parfois l'existence d'accords sur les règles entre gestionnaires et professionnels de

santé, qui adoptent parfois des stratégies similaires (Kellogg, 2009 ; Gray et Silbey, 2014). La régulation est alors conjointe. Elle permet l'existence d'une règle unique (Reynaud, 1997), correspondant à la norme voulue par les agents institutionnels gestionnaires ou professionnels selon le contexte.

Au final, les mêmes mécanismes de régulation existent aux niveaux intra et inter-organisationnels (Heese, Krishnan et Moers, 2016). Les normes pour les premiers, les règles pour les seconds, sont le résultat d'interactions entre des acteurs, ayant des idéaux différents, avec des conceptions différentes des dispositifs de gestion. Les mécanismes de régulation décrivent les effets de la structure sur les acteurs de l'organisation à travers les processus d'isomorphisme (t1 et t2 du diagramme d'Archer), conduisant à une stratégie de conformité des dirigeants (t3). Ils décrivent également les processus de transformation de ces normes (t4), de manière plus ou moins clandestine, à travers une régulation disjointe, résultante d'une stratégie de découplage et révélatrice de dispositions d'agent des professionnels de santé (Heese et al., 2016). La régulation sur le contenu des normes s'opère donc autant au niveau des agences institutionnelles que des organisations, justifiant d'associer la TRS et la TNI dans la perspective dialectique du Réalisme critique.

Notre effort de généralisation porte sur des mécanismes sociaux (et non l'affirmation de lois) correspondant à une théorie de moyenne portée (Dumez, 2016). Il dépasse le modèle de Sandholtz (2012), qui décrit les conditions du découplage entre les champs institutionnels et organisationnels sans préciser la nature complexe des mécanismes à l'œuvre. Notre modèle théorique est aussi plus général que celui de Martin et ses collègues (2013) sur le processus de « rupture de règles », puisqu'il inclut le cas de la régulation conjointe et précise la nature des interactions entre les parties prenantes. Il reste à voir son utilité pour les praticiens.

4.2. LES CONSEILS AUX GESTIONNAIRES

La transférabilité des normes managériales du NMP fait débat encore à l'heure actuelle (Harsen et Ferlie, 2016). Leurs effets positifs sur la performance des organisations de santé sont questionnés (Bryson et al., 2014) et l'application réelle de cet ensemble d'outils semble dans la réalité discutable. La modification des normes de fonctionnement (transformées en règles managériales par les dirigeants) des établissements est légitime pour les adapter à leur environnement. Mais ces normes ne sont pas neutres, elles contiennent des principes correspondant à un modèle culturel, qui sont à prendre en considération, car ils sont structurants pour les acteurs en produisant du sens (Guest, 1990). Mais au-delà des différences culturelles et des jeux de pouvoir, ces normes managériales peuvent ne pas être

conçues de manière à permettre que le service rendu aux patients soit réalisé dans de bonnes conditions. Le risque est qu'elles affaiblissent la motivation, des professionnels de santé, voire leur santé, avec des effets sur la qualité encore difficiles à mesurer.

S'il est utile de remettre en question les fonctionnements passés de prise en charge des patients pour réduire les gaspillages et les problèmes de qualité dus à des difficultés à coordonner des intervenants nombreux aux logiques singulières, il apparaît que les réformes peuvent accroître plutôt que résoudre les dysfonctionnements. Le documentaire de Jérôme Le Maire montre des professionnels de santé qui semblent jouer le jeu de la réforme. Mais ils sont désemparés et épuisés. Que leur apporterait une lecture de leur situation fournie par notre analyse inspirée de l'approche du Réalisme Critique ?

Le premier apport pour les praticiens concerne l'analyse de la contrainte de la norme managériale, qui est considérée par les dirigeants comme adaptée *a priori* au fonctionnement d'une unité de soin, sans réelle mesure de leurs effets bénéfiques. Les normes managériales n'ont pas été forcément produites par ceux qui connaissent la réalité des prises en charge des patients, puisqu'il ne s'agit pas de leur expertise. Les programmes chirurgicaux du service de l'hôpital St Louis de Paris dans le documentaire sont en partie liés aux urgences, en partie aux consultations des médecins. Qui construit la norme définissant la quantité d'actes que peut réaliser un bloc opératoire dans une journée ? Est-ce que les durées des interventions sont sous-estimées par les gestionnaires poussés par leur volonté d'amortir les coûts sans connaître la réalité du travail ? Il semble que les professionnels disposent d'outils d'évaluation de la charge de travail appelé SIIPS. Le témoignage d'une Directrice des soins infirmiers que nous avons recueilli en 2009 avait révélé que ces mesures étaient abandonnées, car elle révélait un sous-effectif. Il apparaît alors que les professionnels de santé devenus managers cachent une réalité du travail que leurs dirigeants ne veulent pas voir.

Cependant, le risque est grand que ce mécanisme de reproduction nuise à la santé des salariés et produise de la destruction de valeur. Le DRH du Groupe Dieusauve nous disait en 2008 : *« Toute la difficulté c'est d'arriver à avoir les bons indicateurs pour savoir à quel moment on va trop loin. C'est-à-dire que pendant tout un moment vous allez tirer sur la corde et tout le monde va vous dire : 'non, non, vous tirez trop, vous tirez trop', sachant qu'il y a encore du mou. Il faut savoir décoder, avant le point de rupture, qui est le moment où à force de ne pas remplacer suffisamment, on met l'équipe en souffrance et donc derrière il y a de l'absentéisme, du turnover, des inaptitudes, etc. Et après c'est la pagaille. Pour avoir dépassé la limite, on peut mettre en péril une équipe et une fois qu'on l'a mise en difficulté, elle peut*

plonger et avant de remonter, ça met du temps. On a eu ici un exemple d'une équipe où pour x raisons il y a eu cette déflagration, et on a mis deux ans quasiment pour la remettre à niveau. Une fois que c'est parti, c'est très dur à récupérer et ça coûte très cher. Non seulement ça coûte très cher économiquement, mais ça coûte très cher pour le patient, car la prise en charge du patient, au niveau qualité et sécurité, elle était épouvantable. Pour moi, la pratique d'évaluation de la charge de travail n'existe pas. C'est une usine à gaz qui n'est pas efficiente en termes d'indication. Ce n'est pas du tout réactif. D'ailleurs la plupart des hôpitaux qui avaient mis ça en place l'ont abandonné. Le SIIPS, le PERT, ce sont des leurres que les hôpitaux ont développés et mis en avant, mais ça ne marche pas ».

Si les outils d'évaluation sont si peu surs, pourquoi appliquer des normes managériales qui en ont besoin pour fonctionner correctement ? Dans ce contexte, il semble justifié que les soignants cherchent à transformer des normes managériales qui nuisent à la qualité de service et à leur santé.

Les dirigeants gestionnaires, responsables d'établissement de santé ou d'agence institutionnelle, ne savent ou ne veulent pas connaître cette réalité. Ils ont une foi sans faille dans les normes managériales et une défiance vis-à-vis des soignants. Mais ces normes ne sont pas forcément applicables et elles ont des conséquences délétères, qui ne sont pas évaluées sur le plan économique et de la qualité.

Le décalage assumé des managers par rapport aux représentations des soignants peut être responsable du choix de la rupture plutôt que de la continuité pour introduire des pratiques managériales issues du secteur marchand. Les dirigeants suspectent une manipulation des professionnels de santé, qui veulent selon eux maintenir leur acquis. Cet argument n'est pas complètement faux, mais méconnaître la réalité de travail constitue une limite importante dans l'application des principes du NMP. Ce sont les soignants qui produisent les services, les gestionnaires ne contrôlant pas l'organisation du travail. Il n'est pas sûr que les régulations des professionnels de santé soient source de plus de dysfonctionnement que ceux provoqués par le NMP.

Aussi, le second apport de notre analyse est de mieux considérer les régulations des professionnels de ces organisations. Les régulations disjointes avec découplage sont traditionnelles dans les hôpitaux (Meyer et Rowan, 1977). Il paraît souhaitable que les gestionnaires acceptent qu'ils ne puissent pas tout contrôler et s'entendent avec les soignants sur des scénarios, délimitant les ressources nécessaires pour un niveau de qualité identifié, avec une marge d'erreur nécessaire dans un contexte où une prévision précise est rarement

possible. Au gestionnaire de défendre ensuite cette réalité auprès des agences institutionnelles en leur montrant les risques induits par une contrainte trop importante pesant sur les ressources humaines.

CONCLUSION

La revue de littérature que nous proposons dans cette communication permet d'éclairer le débat actuel marqué par un dilemme sur la pertinence du NMP dans le secteur sanitaire. Nous avons développé une analyse dialectique, entre effets de structure et disposition d'agent, empruntée à l'approche philosophique du Réalisme Critique. Au-delà d'une présentation des travaux sur le sujet plus exhaustive que celle de Reed (2001), nous intégrons les apports de la TRS et de la TNI dans un modèle général des régulations.

Sans être dans une situation de domination totale, les professionnels vivent une situation de contrainte forte des normes managériales (effet de structure), dont les conséquences délétères sont insuffisamment reconnues. Les professionnels de santé ont donc de bonnes raisons de réagir, ayant à la fois les dispositions d'agent et les expertises pour proposer des normes alternatives. Peuvent-ils réussir ce défi seuls ? Ni les gestionnaires ni les soignants ne le peuvent. Une confiance réciproque doit être construite. Les professionnels ne doivent pas mépriser les gestionnaires considérés par eux comme des profanes, car ils possèdent des expertises dont ils ont besoin, notamment la gestion de la relation avec les agents institutionnels. Les gestionnaires ne doivent pas abuser de leur pouvoir et oublier que les professionnels, dont ils ne peuvent contrôler l'activité, réalisent les buts de l'organisation.

Enfin, il apparaît utopique de penser qu'on peut mieux soigner avec moins de ressources dans un contexte où les besoins augmentent, les aléas se multiplient et les technologies, permettant d'allonger la durée de vie, renchérissent le budget des hôpitaux. Personne ne peut accepter de mettre en danger la santé des patients et celle des salariés pour faire des économies en rationalisant de manière excessive l'utilisation des ressources. On ne peut pas non plus faire peser sur les soignants des choix de société qui ne sont ni exposés, ni débattus, ni tranchés. La santé pour tous est une valeur qui mérite d'être défendue, mais elle a un coût que la collectivité doit mieux évaluer.

Ces réflexions développées pour aider les dirigeants du secteur sanitaire sont également utiles dans d'autres champs économiques qui ont des caractéristiques et des évolutions comparables comme celui du social. C'est aussi vrai, dans une certaine mesure, du secteur industriel, pourtant producteur de ces normes managériales, qui en découvre les limites. Aussi, des

perspectives de recherche stimulantes s'offrent à nous pour poursuivre ce travail d'analyse des mécanismes sociaux de contrainte des normes managériales dans différents secteurs et des dispositions d'agent pour les transformer.

RÉFÉRENCES

Acker, F. (2005), Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital, *Revue Française des Affaires Sociales*, 1, 161-181.

Ackroyd, S., Kirkpatrick, I. et Walker, R.W. (2007), Public management reform in the UK and its consequences for professional organization: a comparative analysis, *Public Administration*, 85 : 1, 9-26.

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J.A., Busse, R., Clarke, H, Giovannetti, P, Hunt, J., Rafferty, A-M. et Shamian, J. (2001), Nurses' reports on hospital care in five countries, *Health Affairs*, 20: 3, 43-53.

Alvarez, S.A., Barney, J.B., Mc Bride, R. et Wuebker, R. (2014), Dialogue, *Academy of Management Review*, 39 : 2, 227-233.

Amar, L. et Minvielle, E. (2000), L'action publique en faveur de l'utilisateur : de la dynamique institutionnelle aux pratiques quotidiennes de travail. Le cas de l'obligation d'informer les malades, *Sociologie du Travail*, 42 : 1, 69-89.

Archer, M. (1995), *Realist Social Theory: The Morphogenetic Approach*, Cambridge University Press.

Arndt, M. et Bigelow, B. (2000), Presenting Structural Innovation in an Institutional Environment: Hospitals Use of Impression Management, *Administrative Science Quarterly*, 45, 494-522.

Arrowsmith, J. et Mossé, P. (2000), Health Care Reform and the Working Time of Hospital Nurses in England and France, *European Journal of Industrial Relations*, 6 : 3, 283-327.

Barnett, S., Buchanan, D., Patrickson, M. et Addern, J. (1996), Negotiating the Evolution of the HR Function: Practical Advice from the Health Care Sector, *Human Resource Management Journal*, 6 : 4, 18-37.

Bechara, J. et Van de Ven, A.H. (2011), Triangulating philosophies of science to understand complex organizational and managerial problems, *Research in the Sociology of Organizations*, 32, 343-364

Bhaska, R. (1997), On the Ontological Status of Ideas, *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 27 : 2/3, 139-146.

Bousquet, F. (2004), Quelles problématiques et quels indicateurs pour construire l'évaluation de la T2A ?, *DRESS, Dossiers Solidarité et Santé*, 1, 45-58.

Bromley, P., Hwang, H. et Powell, W.W. (2012), Decoupling revisited: Common pressures, divergent strategies in the U.S. nonprofit sector, *M@n@gement*, 15 : 5, 468-501

Bryson, J., Crosby, B.C. et Bloomberg, L. (2014), Public value governance: Moving beyond traditional public administration and the New Public Management, *Public Administration Review*, 74 : 4, 445-456.

- Burnel, P. (2017), L'impact de la T2A sur la gestion des établissements publics de santé, *Journal de Gestion et d'Economie Médicales*, 35, 67-79.
- Canguilhem, G. (2002), Régulation (épistémologie), *Encyclopaedia Universalis*, 7, 583-585.
- Caronna, C. A. et Scott W. R. (1999), International effects on organizational governance and conformity: The case of the Kaiser Permanente and the US health care field, *In* D. Brock, M. J. Powell et C. R. Hinings (eds.), *Restructuring the professional organizations*, Routledge, 68-86.
- Currie, G., Lockett A., Finn, R., Martin, G. et Waring, J. (2012), Institutional Work to Maintain Professional Power: Recreating the Model of Medical Professionalism, *Organization Studies*, 33 : 7, 937-962
- D'Annunzio, T., Succi, M. et Alexander, J. A. (2000), The Role of Institutional and Market Forces in Divergent Organizational Change, *Administrative Science Quarterly*, 45, 679-703.
- Detchessahar, M. et Grevin, A. (2009), Une organisation de santé... malade de "gestionnisme", *Gérer et Comprendre*, 98, 27-37.
- DiMaggio, P. J. et Powell, W.W. (1983), The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organisational fields, *American Sociological Review*, 48, 147-160.
- Dumez, H. (2016), *Méthodologie de la recherche qualitative*, Vuibert, 2^{ème} éd.
- Edelman, L.B. (1992), Legal Ambiguity and Symbolic Structures: Organizational Mediation of Civil Rights Law, *American Journal of Sociology*, 97 : 6, 1531-1576
- Emirbayer, M. et Mische, A. (1998), What Is Agency? *American Journal of Sociology*, 103 : 4, 962-1023
- Estryn-Behar, M. (1997), *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital. Reconnaissance, analyse et prévention*, Ed ESTEM.
- Estryn-Behar, M. (2008), *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*, EHESP.
- Etzioni, A. (1959), Authority Structure and Organizational Effectiveness, *Administrative Science Quarterly*, 4 : 1, 43-67.
- Fennell, M. L. (1980), The Effects of Environmental Characteristics on the Structure of Hospital Clusters, *Administrative Sciences Quarterly*, 25, 485-510.
- Ferlie, E., Ashburner, L., Fitzgerald, L. et Pettigrew, A. (1996), *The new public management in action*, Oxford University Press.
- Fleetwood, S. (2005), Ontology in organization and management studies: A Critical Realist perspective, *Organization*, 12 : 2, 197-222.
- Givan, R. K. (2005), Seeing stars : Human resource performance indicators in the National Health Service, *Personnel Reviews*, 34 : 6, 634-647.
- Gray, C.G. et Silbey, S.S. (2014), Governing inside the organization: Interpreting regulation and compliance, *American Journal of Sociology*, 120 : 1, 96-145
- Grimshaw, D. (2000), The problem with pay flexibility: changing pay practices in the UK health sector, *International Journal of Human Resource Management*, 11 : 5, 943-966.

- Guest, D.E. (1990), Human Resource Management and the American Dream, *Journal of Management Studies*, 27 : 4, 377-397.
- Hansen, J.R. et Ferlie, E. (2016). Applying strategic management theories in public sector organizations, *Public Management Review*, 18 : 1, 1-19.
- Hedoin, C. (2010), Le réalisme critique de Tony Lawson: apports et limites dans une perspective institutionnaliste, *Cahier d'économie politique*, 58 : 1, 103-131.
- Heese, J., Krishnan, R. et Moers, F. (2016), Selective regulator decoupling and organizations' strategic responses, *Academy of Management Journal*, 59 : 6, 2178–2204.
- Herepath, A. (2014), In the Loop: A Realist Approach to Structure and Agency in the Practice of Strategy, *Organization Studies*, 35 : 6, 857–879.
- Hogget, P. (1996), New modes of control in the public service, *Public Administration*, 74, 9-32.
- Hutchinson, S. et Purcell, J. (2010), Managing ward managers for roles in HRM in the NHS: Overworked and under-resourced, *Human Resource Management Journal*, 20 : 4, 357–374.
- Kellogg, K.C. (2009), Operating room: relation, space and micro institutional change in surgery, *American Journal of Sociology*, 115 : 3, 657-711.
- Kessler, I., Purcell, J. et Schapiro, J. C. (2000), New forms of employment relations in public services: the limits of strategic choice, *Industrial Relations Journal*, 31: 1, 17-34.
- Kilduff, M., Melira, A. et Dun, M.B. (2011), From blue sky research to problem solving: a philosophy of science theory of new knowledge production, *Academy of Management Review*, 36 : 2, 297–317.
- Klikauer, T. (2013), *Managerialism: A critique of an ideology*, Palgrave MacMillan.
- Le Lan, R. (2004), Conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé, *DRESS, Eudes et Résultats*, 335.
- Locke, R.R. et Spender, J-C. (2011), *Confronting managerialism : How the business elite and their schools threw our lives out of balance*, Zed books.
- Mainhagu, S. (2010), Une gestion flexible des effectifs face aux cultures des soignants, *Journal de Gestion et d'Economie Médicales*, 28 : 3-4, 114-126.
- 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 : 3, 39-63.
- Mainhagu, S. (2014), L'accroissement de la dangerosité sociale dans les hôpitaux est-il inhérent à l'introduction du modèle de la Harvard Business School ?, *Revue Internationale de Psychosociologie et de gestion des Comportements Organisationnels*, 20 :50, 199-223.
- Mainhagu, S. (2015), Quand les professionnels contraignent les dirigeants au découplage, *Gérer et Comprendre*, 121, 12-31.
- Mainhagu, S. (2016), Travailler ensemble sans être d'accord. La régulation disjointe comme modalité de fonctionnement durable des organisations, *Management International*, 20 : 3, 51-60.
- Marcon, E., Guinet, A. et Tahou, C. (2008), *Gestion et performance des systèmes hospitaliers*, Lavoisier.

- Martin, A.W., Lopez, S.H., Roscigno, V.J. et Hodson, R. (2013), Against the rules: Synthesizing types and processes of bureaucratic rule breaking, *Academy of Management Review*, 38 : 4, 550–574.
- McGivern, G. Currie, Ferlie, E., Fitzgerald, L. et Waring, J. (2015), Hybrid manager–professionals’ identity work: The maintenance and hybridization of medical professionalism in managerial contexts, *Public Administration*, 93 : 2, 412–432
- Meyer, J.W. et Rowan B. (1977), Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony, *American Journal of Sociology*, 83 : 2, 340-363.
- Mole, K.F. et Mole, M. (2010). Entrepreneurship as the structuration of individual and opportunity: A response using a critical realist perspective. Comment on Sarason, Dean and Dillard,. *Journal of Business Venturing*, 25, 230–237
- Mutch, A (2010), Technology, Organization, and Structure. A Morphogenetic Approach, *Organization Sciences*, 21 : 2, 507–520.
- Noordegraaf, M. (2011), Remaking professionals? How associations and professional education connect professionalism and organizations, *Current Sociology*, 59, 4, 465–488.
- Oliver, C. (1991), Strategic responses to institutional processes, *Academy of Management Review*, 16 : 1, 145-179.
- Pache, A-C. et Santos F. (2010), When words collide: the internal dynamics of organizational responses to conflicting institutional demands, *Academy of Management Review*, 35 : 3, 455-476.
- Pettigrew, A.. M., McKee, L. et Ferlie, E. (1988), Understanding change in NHS, *Public Administration*, 66, 297-317.
- Pichault, F. (2007), HRM-based reforms in public organizations: problems and perspectives, *Human Resource Management Journal*, 17 : 3, 265-282.
- Powell, M. J., Brock, D. et Hinings, C. R. (1999), The changing professional, *In* D. Brock, M. J. Powell et C. R. Hinings (eds.), *Restructuring the professional organizations*, Routledge, 1-19.
- Ramaglou, S. (2013), On the misuse of realism in the study of entrepreneurship, *Academy of Management Review*, 38, 463-465.
- Ramaglou, S. et Tsang, E.W.K. (2016), A realist perspective of entrepreneurship: opportunities as propensities, *Academy of Management Review*, 41, 3, 410–434.
- Reay, T. et Hinings, C. R. (2005), The recomposition of an organizational field: health care in Alberta, *Organization Studies*, 26 : 3, 351–384
- Reed, M. (2005), Doing the loco-motion: response to Contu and Willmott’s commentary on ‘the realist turn in organization and management studies’, *Journal of Management Studies*, 42: 8, 1663-1673.
- Reed, M.I. (2001), Organization, Trust and Control: A Realist Analysis, *Organization Studies*, 22 : 2, 201–228.
- Reed, M.I. (1997), In praise of duality and dualism: rethinking structure and agency in organizational analysis, *Organization Studies*, 18 : 1, 21–42.
- Reed, M.I. (1996), Expert Power and Control in Late Modernity: An Empirical Review and Theoretical, *Organization Studies*, 17 : 4, 573-597.

- Reynaud, J-D. (1997), *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, A. Colin, 3^{ème} éd.
- Ruef, M. et Scott, W.R. (1998), *Multidimensional Model of Organizational Legitimacy: Hospital Survival in Changing Institutional Environments*, *Administrative Science Quarterly*, 43, 877-904.
- Sandholtz, K.W. (2012), *Making standards stick: a theory of coupled vs. decoupled compliance*, *Organization Studies*, 33 : 5-6, 655-679.
- Scott, W. R. (2014), *Institutions and organizations*, Sage.
- Scott, W.R. (2008), *Lords of the Dance: Professionals as Institutional Agents*, *Organization Studies*, 29: 2, 219-238.
- Scott, W.R., Ruef, R., Mendel, P.J., Caronna, C.A. (2000), *Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*, University of Chicago Press.
- Spyridonidis, D., Hendy, J. et Barlow, J. (2015), *Understanding hybrid roles: The role of identity processes amongst physicians*, *Public Administration*, 93 : 2, 395–411.
- Surason, Y., Dean, J. et Dillard, T. (2006), *How can we know the dancer from the dance?* *Journal of Business Venturing*, 25, 238–243
- Swell, W.H. (1992), *A theory of structure: duality, agency and transformation*, *American Journal of Sociology*, 98 : 1, 1-29
- Thornton, P. H., Ocasio, W. et Lounsbury, M. (2012), *The institutional logics perspective: A new approach to culture, structure and process*, Oxford University Press.
- Truss, C. (2009). *Changing HR functional forms in the UK public sector*, *The International Journal of Human Resource Management*, 20: 4, p714-737.
- Truss, C. (2003), *Strategic HRM : Enablers and constraints in the NHS*, *The International Journal of Public Sector Management*, 16 : 1, 48-60.
- Tsang, E.W.K. et Kwan, K-M. (1999), *Replication and theory development in organizational science: A critical realist perspective*, *Academy of Management Review*, 24 : 4, 759-780.
- Valette, A. et Burelier, F. (2014), *Quand l'habit fait le moine les chefs des pôles hospitaliers : devenir des hydrides malgré tout ?* *Gérer et comprendre*, 116,4-13.
- Westphal, J.D., Gulati, R. et Shortell, S.R. (1997), *Customization or conformity? An institutional and network perspective on the content and consequences of TQM adoption*, *Administrative Science Quarterly*, 42, 366-394.
- Wijen, F. (2014), *Means versus ends in opaque institutional fields: trading off compliance and achievement in sustainability standard adoption*, *Academy of Management Review*, 39 : 3, 302–323.
- Winstanley, S. et Whittington, R. (2002), *Anxiety, burnout and coping styles in general hospital staff exposed to workplace aggression: a cyclical model of burnout and vulnerability to aggression*, *Work & Stress*, 16 : 4, 302-315.