



HAL
open science

Anatomie de la légitimité des hôpitaux publics tunisiens

Lobna Abid

► **To cite this version:**

Lobna Abid. Anatomie de la légitimité des hôpitaux publics tunisiens. Sociologie. Conservatoire national des arts et métiers - CNAM; Institut des hautes études commerciales (Carthage, Tunisie), 2014. Français. NNT : 2014CNAM0937 . tel-02116503

HAL Id: tel-02116503

<https://theses.hal.science/tel-02116503v1>

Submitted on 1 May 2019

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

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



le cnam

ÉCOLE DOCTORALE IHEC

ÉCOLE DOCTORALE Abbé Grégoire

**Laboratoire de Recherche « Économie et
STRatégies des Affaires » (ECSTRA)**

**Laboratoire interdisciplinaire de Recherches
en Sciences de l'Action (LIRSA)**

THÈSE

présentée par :

Lobna ABID

soutenue le : **31 mars 2014**

pour obtenir le grade de : **Docteur du Conservatoire National des Arts et
Métiers**

Discipline/ Spécialité : Sciences de gestion

Anatomie de la légitimité des hôpitaux publics tunisiens

THÈSE dirigée par :

Mme ZERIBI Olfa

Professeur, IHEC Carthage, Université de Carthage

Mr PESQUEUX Yvon

Professeur, Cnam, Paris

JURY :

Mr KHALBOUS Slim

Président, Professeur, IHEC Carthage

Mme ZERIBI Olfa

Professeur, IHEC Carthage

Mr PESQUEUX Yvon

Professeur, Cnam, Paris

Mr MERCIER Samuel

Rapporteur, Professeur, IAE Dijon

Mme BEN HASSINE Anissa Rapporteur, Maître de conférences, ESSEC Tunis

Mr GRIGUICHE El Mehdi Ali Suffragant, Maître de conférences, IHEC Carthage

A mes parents

Remerciements

Au terme de ce travail, je tiens à remercier :

- Mes directeurs de recherche Mme Olfa Zeribi Benslimane et Mr Yvon Pesqueux pour leur exigence, leur soutien, leur disponibilité et leur accompagnement,
- Mes rapporteurs Mme Anissa Ben Hassine, et Mr Samuel Mercier pour leurs remarques et leurs critiques ainsi que Mr Slim Khalbous et Mr Mehdi Ali Griguiche qui me font l'honneur de constituer mon jury.

Je tiens également à remercier l'ensemble des acteurs du système hospitalier avec qui j'ai pu échanger et travailler tout au long de cette recherche.

Enfin, je tiens à remercier tout particulièrement ma famille, en premier lieu mes parents pour leur soutien et leurs encouragements sans faille tout au long de ces années d'études.

Résumé

Anatomie de la légitimité des hôpitaux publics tunisiens

Cette thèse est consacrée à une analyse synoptique de la légitimité des hôpitaux publics tunisiens. Cette légitimité de l'hôpital étant construite en interne et en externe par le personnel qui y travaille et les patients qui le fréquentent, nous l'avons soumise à une catégorisation spatiale en légitimité « *intra-organisationnelle* » et en légitimité « *extra-organisationnelle* ». Au niveau intra-organisationnel, les hôpitaux publics tunisiens, ayant fait l'objet d'une réforme débutée depuis un peu plus de deux décennies, l'étude de leur légitimité ne pouvait se faire à l'insu de cet événement. Par ailleurs, étant donné le caractère professionnel des hôpitaux publics et leur organisation en plusieurs services spécialisés, nous avons procédé à une scission de leur légitimité en légitimité « professionnelle » et en légitimité de « service ». Ces « sous-légitimités » agrégées ensemble ont permis de reconstituer la légitimité globale de l'hôpital. L'analyse de la légitimité « intra organisationnelle » s'est faite au moyen d'une analyse qualitative par étude de cas dans deux EPS tunisiens. Pour le cas de la légitimité de la réforme hospitalière et des mécanismes qui lui ont servi de support, nous avons postulé l'existence d'une relation de causalité circulaire entre institutionnalisation et légitimation, la deuxième étant un préalable à la première. Les analyses menées sur l'ensemble des mécanismes de la réforme ont conclu à une faible institutionnalisation, laissant augurer d'une faible légitimation. Pour le cas des légitimités au niveau professionnel et de service, les résultats ont affiché une grande diversité des légitimités en jeu entre les services hospitaliers et une plus grande homogénéité au sein des mêmes groupes professionnels. Ces résultats attestent du caractère discriminant de l'appartenance au service et professionnelle pour juger de la légitimité de l'hôpital. Au niveau extra-organisationnel, la légitimité de l'hôpital renvoie à celle développée par les patients en externe. Nous avons considéré deux catégories de patients : des patients appelés « classiques » qui s'adressent à l'hôpital pour l'obtention de soins et des patients personnel de l'hôpital, qui en leur qualité de citoyens peuvent s'y présenter pour se soigner. C'est ainsi que nous avons distingué entre légitimité extra-organisationnelle « *profane* » et entre légitimité extra-organisationnelle « *expertale* ». Ces deux sous-légitimités relèvent d'une légitimité « *expérientielle* ». Les patients « *profanes* » et « *experts* » vont juger de la légitimité de l'hôpital en s'appuyant sur leur expérience personnelle. Ces deux catégories de légitimité, soumises à une classification hiérarchique ascendante, ont affiché des divergences considérables, les patients étant plus portés vers des aspects moraux pour juger de la légitimité contrairement au personnel, qui maintient intact son ancrage professionnel, en accordant plus d'importance aux aspects techniques et financiers.

Mots clés : Réforme hospitalière, hôpitaux publics, Institutionnalisation, Légitimation, Légitimité intra-organisationnelle, Légitimité extra-organisationnelle.

Résumé en anglais

Anatomy of the Tunisian Public Hospital's legitimacy

This dissertation aims to analyze synoptically the legitimacy of Tunisian public hospitals. This hospital's legitimacy is constructed internally and externally by both the employees and the patients, has been submitted to a spatial categorization in "intra-organizational legitimacy" and "extra-organizational legitimacy". At intra-organizational level, Tunisian public hospitals have been subject of a reform that started a little over two decades; the study of their legitimacy could not be done without the knowledge of this event. In addition, given the professional characteristic of the public hospitals and their organization in several specialized services, we conducted a split of their legitimacy in "professional legitimacy" and "service's legitimacy". These sub legitimacies aggregated together helped restore the overall legitimacy of the hospital. The analysis of "intra organizational" was made using a qualitative analysis, by case studies in two Tunisian public hospitals. In the case of the reform's legitimacy and the mechanisms that have served as support, we postulated the existence of a circular causality between institutionalization and legitimization, the second is a prerequisite to the first. The analysis conducted on all the mechanisms of reform have concluded to a weak institutionalization revealing a weak legitimacy. In the case of "professional legitimacy" and "service's legitimacy", the results showed a wide range of legitimacy at stake between and hospital services and a greater homogeneity within the same professional groups. These results attest to the discriminatory nature of the professional and service membership to judge the hospital's legitimacy. At extra-organizational level, the hospital's legitimacy refers to that developed by the patients. We considered two categories of patients: patients called "classic" that go to the hospital to obtain medical care and others hospital staff patients, who in their capacity as citizens may present themselves for treatment. Thus we distinguished between "profane extra-organizational legitimacy" and "expertal extra organizational legitimacy". These two sub-legitimacies refer to "experiential legitimacy". Both profane and expert patients will judge hospital's legitimacy based on their personal experience. These two categories of extra-organizational legitimacy submitted to a hierarchical cluster analysis, showed significant differences, patients are more likely to judge legitimacy based on moral aspects, unlike staff who maintain intact their professional anchor paying more attention to technical and financial aspects.

Key words: Hospital reform, Public Hospitals, Institutionalization, Legitimization, Intra-organizational legitimacy, Extra-organizational legitimacy.

Table des matières

Remerciements	3
Résumé	4
Résumé en anglais	5
Table des matières	6
Liste des tableaux	11
Liste des figures	15
Liste des annexes.....	17
Introduction	18
Chapitre 1 : Une profusion de courants théoriques : la réforme publique mise à l'épreuve ..	29
Section 1 : Le néo-institutionnalisme sociologique.....	29
Section 2 : Le New Public Management	33
1- L'émergence du NPM comme paradigme politico-économique	33
2- Le socle théorique du NPM	35
3- Le modèle théorique de la NGP et ses légitimités sous-jacentes.....	37
Section 3 : Le New Public Management et le Néo-institutionnalisme sociologique : de quelques convergences et de quelques divergences	37
Section 4 : Les dérivées du NPM comme paradigme politique et économique.....	40
Chapitre 2 : La frontière public-privé ou l'interpénétration des périmètres	43
Section 1 : Institution et Organisation	45
1-L'institution, une notion polysémique.....	45
1-1 Les caractéristiques des institutions	46
1-2 Les dimensions des institutions	46
1-3 Les fonctions des institutions	47
1-4 Le renouveau institutionnel	48
2-L'organisation, un éclairage conceptuel	48
3-Institution et Organisation : de quelques convergences et divergences ?.....	49
3-1 De la dichotomie institution-organisation.....	49
3-2 De la proximité entre institution et organisation.....	53
3-3 Institution et organisation, entre dichotomie et proximité.....	57
Section 2 : Changement institutionnel et changement organisationnel	57
1-Le changement institutionnel	57

1-1 Les théories du changement institutionnel	57
1-2 Les étapes du processus de changement institutionnel.....	58
1-3 Les mécanismes du changement institutionnel	59
1-4 Le changement institutionnel, un changement incrémental	64
1-5 Les dimensions du changement institutionnel	65
1-6 Le renouveau du changement institutionnel par les modèles de « path dependence path shifting »	66
1-7 Les stratégies de changement institutionnel de politique publique.....	68
1-8 Le changement institutionnel dans les 3 I.....	69
Section 3 : Le NPM ou comment penser la réforme institutionnelle comme un changement organisationnel.....	70
Section 4 : Le changement dans les organisations publiques, un processus complexe.....	73
Chapitre 3 : L'analyse sociologique, une autre perspective pour l'étude des politiques publiques	79
Section 1 : L'analyse stratégique des organisations, un retournement de tendance pour l'étude de la réforme publique.....	79
1- Les fondements théoriques de l'analyse stratégique	80
2- Les concepts clés de l'analyse stratégique des organisations	82
3- Rapprochement entre analyse stratégique des organisations et néo-institutionnalisme sociologique	85
4- Rapprochement entre analyse stratégique des organisations et New Public Management.....	86
5- L'apport de l'analyse sociologique pour l'étude des réformes publiques.....	88
6- Les acteurs au cœur de l'analyse des politiques publiques.....	89
Section 2 : Les hôpitaux publics à l'épreuve des logiques managériales.....	89
Section 3 : L'hôpital public, un cas propice à l'analyse stratégique des organisations.....	96
Section 4 : Le changement dans l'hôpital public, une analyse en différentiel de rythme ..	98
Chapitre 4 : L'étude de la réforme des hôpitaux publics, de l'analyse stratégique à la légitimité des acteurs	102
Section 1 : La légitimité, une définition du cadre conceptuel	102
1-La légitimité, une diversité des courants théoriques	102
2-La légitimité, une diversité des critères d'évaluation.....	104
3-La légitimité, une pluralité des dimensions.....	106

4-La légitimité, une construction sociale individuelle et collective	109
Section 2 : De l'intérêt d'une approche par la légitimité dans le contexte de la réforme des hôpitaux publics.....	111
1-La légitimité, une thématique centrale en management public	111
2-La théorie de légitimité, la théorie néo-institutionnelle et la théorie des parties prenantes, de quelques convergences et de quelques divergences ?.....	113
2-1 La théorie de la légitimité et la théorie institutionnelle	113
2-2 La théorie de la légitimité et la théorie des parties prenantes	114
2-3 La théorie néo-institutionnelle et la théorie des parties prenantes	115
Section 3 : L'hôpital, une organisation professionnelle hétéroclite	116
3-1 Les caractéristiques d'une organisation professionnelle	116
3-2 Les professionnels dans l'hôpital public, une tentative de délimitation	117
Section 4 : La légitimité de l'hôpital public, un pluralisme à questionner ?	119
Section 5 : La légitimité « <i>intra-organisationnelle</i> » de l'hôpital à la lumière de l'identité professionnelle	121
Section 6 : De l'éclairage conceptuel de l'identité professionnelle	122
6-1 La définition de l'identité professionnelle	122
6-2 Les composantes de l'identité professionnelle	122
6-3 De la relation entre identité professionnelle, identité individuelle et identité organisationnelle	123
6-4 Les caractéristiques de l'identité professionnelle	124
6-5 De la réciprocité de la relation entre légitimité et identité	125
Section 7 : La légitimité « <i>extra-organisationnelle</i> » de l'hôpital	127
7-1 L'évolution terminologique du statut des bénéficiaires de l'action publique, entre NPM et « <i>Gouvernance démocratique</i> », une facette du renforcement du pouvoir « <i>communautaire</i> »	127
7-2 Les parties prenantes externes, une participation active à la construction de la légitimité de l'hôpital public	129
Chapitre 5 : Design de la recherche : l'analyse synoptique de la légitimité des hôpitaux publics, des symptômes aux effets	131
Section 1 : L'analyse spatio-temporelle de la légitimité des hôpitaux publics	131
Section 2 : La méthodologie de recherche	140
1- Légitimité intra-organisationnelle de l'hôpital public : une analyse qualitative	140
2- Légitimité extra-organisationnelle de l'hôpital public : une analyse quantitative.....	151

Chapitre 6 : La légitimité intra-organisationnelle de l'hôpital public	157
Section 1 : L'étude de cas EPS (A)	157
1- Présentation générale de l'EPS (A)	157
2- Mini-étude de cas : Service maternité	161
2-1 Présentation du service	161
2-2 Principaux résultats	163
3- Mini-étude de cas : Service consultations externes (CE)	185
3-1 Présentation du service	185
3-2 Principaux résultats	186
4- Mini-étude de cas : Service administration.....	206
4-1 Présentation du service	206
4-2 Principaux résultats	206
Section 2 : L'étude de cas EPS (A)	253
1- Présentation générale de l'EPS (A)	253
2- Mini-étude de cas : Service CCVT	254
2-1 Présentation du service	254
2-2 Principaux résultats	255
3- Mini-étude de cas : Service radiologie	278
3-1 Présentation du service	278
3-2 Principaux résultats	279
Chapitre 7 : La légitimité extra-organisationnelle de l'hôpital public	304
Section 1 : L'exposé de la démarche de recherche.....	304
1- Elaboration des questionnaires	304
1-1 De l'intérêt du choix d'un questionnaire semi-ouvert	305
1-2 Processus d'élaboration du questionnaire	305
1-3 Processus de recueil des questionnaires	307
1-4 Structuration interne des questionnaires.....	306
2- Validation des questionnaires de mesure de la légitimité extra-organisationnelle de l'hôpital public	310
2-1 Analyse factorielle exploratoire	311
2-2 Validité d'une échelle de mesure	314
2-3 Fiabilité d'une échelle de mesure	314

3- Analyse typologique	315
3-1 Présentation de l'analyse typologique	315
3-2 Description du cadre méthodologique de la classification hiérarchique ascendante	316
Section 2 : Légitimité extra-organisationnelle « <i>profane</i> » des patients	320
1- Statistiques descriptives de l'échantillon des patients	320
2- Analyse psychométrique des échelles de mesure de la « <i>légitimité extra-organisationnelle profane</i> »	330
2-1 Aperçu de l'intérêt de l'analyse psychométrique	330
2-2 Purification des échelles de mesure relatives aux déterminants de la légitimité extra-organisationnelle « <i>profane</i> » des patients.....	332
3- Classification hiérarchique ascendante des variables de la légitimité extra- organisationnelle « <i>profane</i> »	336
Section 3 : Légitimité extra-organisationnelle « <i>expertale</i> » du personnel	340
1- Statistiques descriptives	340
2- Analyse psychométrique des échelles de mesure de la « <i>légitimité extra- organisationnelle expertale</i> »	356
3- Classification hiérarchique ascendante : cas du personnel hospitalier	363
Conclusion.....	372

Liste des tableaux

Tableau 1 : Les logiques institutionnelles des secteurs public et privé.....	32
Tableau 2 : Caractéristiques des organisations publiques.....	44
Tableau 3 : Institution VS Organisation.....	53
Tableau 4 : Quelques théories du changement institutionnel à la lumière de l'analyse de Thelen.....	58
Tableau 5 : Typologie des approches d'effets de sentier dans l'analyse de la transition (application à l'échelle macro-économique).....	68
Tableau 6 : Récapitulatif des dimensions de la légitimité.....	111
Tableau 7 : Les dimensions de la légitimité des pratiques de gestion.....	138
Tableau 8 : Typologies des légitimités « <i>intra-organisationnelles</i> ».....	151
Tableau 9 : Nombre de services de l'EPS (A).....	158
Tableau 10 : Description chiffrée et détaillée des catégories professionnelles de l'hôpital en fonction de leurs grades.....	158
Tableau 11 : Activité du service gynécologie-obstétrique de l'EPS (A), pour l'année 2010.....	162
Tableau 12 : Répartition des répondants dans le service maternité.....	163
Tableau 13 : Récapitulatif des fréquences de codage par degré de connaissance, étendue et type d'institutionnalisation de la réforme et de ses mécanismes.....	165
Tableau 14 : Exemples de verbatim de la dimension humaine du personnel du service maternité.....	172
Tableau 15 : Récurrence des notions à connotation affective.....	172
Tableau 16 : Récurrence des notions d'appartenance au service public.....	172
Tableau 17 : Exemples de verbatim de l'identité professionnelle et de l'identité de service du personnel du service maternité.....	175
Tableau 18 : Analyse terminologique de la notion d'utilisateur du discours du personnel du service maternité.....	176
Tableau 19 : Analyse terminologique de la notion de l'hôpital du discours du personnel du service maternité.....	177
Tableau 20 : Fréquence des légitimités de la réforme et de ses mécanismes par argument de codage favorable et défavorable.....	184
Tableau 21 : Répartition des répondants dans le service consultations externe.....	186

Tableau 22 : Récapitulatif des fréquences de codage par degré de connaissance, étendue et type d'institutionnalisation de la réforme et de ses mécanismes pour le service CE.....	188
Tableau 23 : Analyse terminologique de la notion d'usager pour le personnel du service CE.....	193
Tableau 24 : Analyse terminologique de la notion d'hôpital pour le personnel du service CE.....	193
Tableau 25 : Exemples de verbatim de la dimension morale du travail pour le personnel du service CE.....	194
Tableau 26 : Exemples de verbatim de motivation du choix du service CE.....	195
Tableau 27 : Fréquences des légitimités de la réforme et de ses mécanismes.....	205
Tableau 28 : Répartition des répondants dans le service administration.....	207
Tableau 29 : Degré de connaissance de la réforme pour le personnel du service administration.....	208
Tableau 30 : Degré de connaissance des applications informatiques et du conseil d'administration pour le personnel du service administration.....	209
Tableau 31 : Etendue d'institutionnalisation de la réforme pour le personnel du service administration.....	211
Tableau 32 : Etendue d'institutionnalisation du conseil d'administration et des applications informatiques pour le service administration.....	212
Tableau 33 : Type d'institutionnalisation de la réforme, des applications informatiques et du conseil d'administration pour le personnel du service administration.....	215
Tableau 34 : Exemples de verbatim pour l'affectation des tâches.....	216
Tableau 35 : Exemples de verbatim pour la gestion des carrières.....	217
Tableau 36 : Exemples de verbatim pour la gestion des recrutements.....	217
Tableau 37 : Exemples de verbatim de la gestion des ressources humaines.....	218
Tableau 38 : Exemples de verbatim pour le style de management.....	220
Tableau 39 : Exemples de verbatim de la comptabilité.....	221
Tableau 40 : Exemples de verbatim de la comptabilité analytique.....	221
Tableau 41 : Exemples de verbatim de l'audit et de la gestion budgétaire.....	222
Tableau 42 : Exemples de verbatim des tableaux de bord.....	223
Tableau 43 : Exemples de verbatim de la contractualisation.....	223

Tableau 44 : Exemples de verbatim de la perception des préceptes managériaux par les administratifs.....	223
Tableau 45 : Analyse terminologique de la notion « <i>usager</i> » par le personnel du service administration.....	225
Tableau 46 : Analyse terminologique de la notion de l'appartenance au service public par le personnel du service administration.....	226
Tableau 47 : Analyse terminologique de la notion « <i>hôpital</i> » par le personnel du service administration.....	227
Tableau 48 : Fréquences de codage de la légitimité technique de la réforme pour le personnel du service administration.....	228
Tableau 49 : Fréquences de codage de la légitimité pragmatique de la réforme pour le personnel du service administration.....	229
Tableau 50 : Fréquences de codage de la légitimité morale de la réforme pour le personnel du service administration.....	230
Tableau 51 : Fréquences de codage de la légitimité managériale de la réforme pour le personnel du service administration.....	231
Tableau 52 : Fréquences de codage de la légitimité conséquentielle de la réforme pour le personnel du service administration.....	233
Tableau 53 : Fréquences de codage de la légitimité technique du conseil d'administration.....	234
Tableau 54 : Personnel dans le service CCVT par catégorie professionnelle.....	255
Tableau 55 : Répartition de l'activité du service CCVT pour l'année 2010.....	255
Tableau 56 : Répartition des répondants dans le service CCVT.....	256
Tableau 57 : Terminologie de l'usager pour le personnel du service CCVT.....	261
Tableau 58 : Terminologie de l'hôpital pour le personnel du service CCVT.....	262
Tableau 59 : Fréquence d'attachement aux valeurs du service public.....	263
Tableau 60 : Exemples de verbatim de l'attachement aux valeurs morales pour le personnel du service CCVT.....	264
Tableau 61 : Fréquence d'attachement affectif au service par le personnel du service CCVT.....	264
Tableau 62 : Exemples de verbatim de l'identité de service pour le personnel du service CCVT.....	265
Tableau 63 : Exemples de verbatim de l'identité professionnelle pour le personnel du service CCVT.....	268
Tableau 64 : Récapitulatif des légitimités de la réforme et de ses mécanismes pour le service CCVT.....	277

Tableau 65 : Répartition des répondants dans le service radiologie.....	279
Tableau 66 : Analyse terminologique de la notion « <i>usager</i> » pour le service radiologie.....	281
Tableau 67 : Analyse terminologique de la notion « hôpital » pour le service radiologie.....	282
Tableau 68 : Récapitulatif des légitimités de la réforme pour le service radiologie.....	299
Tableau 69 : Critères de choix de l'EPS par ordre d'importance.....	323
Tableau 70 : Ce que doit symboliser l'hôpital par ordre de priorité.....	324
Tableau 71 : Classement des priorités des malades vis-à-vis de l'hôpital.....	326
Tableau 72 : Taxonomies de la légitimité extra-organisationnelle profane acquise des malades selon la méthode de Ward.....	338
Tableau 73 : Taxonomies de la légitimité extra-organisationnelle profane attendue des malades selon la méthode de Ward.....	339
Tableau 74 : Répartition du personnel de l'EPS A par catégorie professionnelle.....	341
Tableau 75 : Raisons favorables à la venue des proches à l'hôpital.....	345
Tableau 76 : Raisons contre la venue des proches à l'hôpital.....	346
Tableau 77 : Ce que doit symboliser l'hôpital pour le personnel hospitalier par ordre de priorité.....	348
Tableau 78 : Réponses spécifiques sur ce que doit apporter l'hôpital public aux besoins de la santé selon le personnel hospitalier par ordre de priorité.....	351
Tableau 79 : Valeurs à consacrer par l'hôpital public selon le personnel hospitalier.....	353
Tableau 80 : Attentes futures du personnel hospitalier.....	365
Tableau 81 : Taxonomies de la légitimité extra-organisationnelle expertale acquise selon le personnel hospitalier.....	368
Tableau 82 : Taxonomies de la légitimité extra-organisationnelle expertale attendue selon le personnel hospitalier.....	348

Liste des figures

Figure 1 : Les étapes de la recherche.....	28
Figure 2 : La hiérarchie des légitimités « <i>intra-organisationnelle</i> ».....	126
Figure 3 : L'analyse spatio-temporelle de la légitimité.....	132
Figure 4 : Lecture bicéphale de la légitimité de l'hôpital.....	134
Figure 5 : Les échelles de légitimité de l'hôpital.....	136
Figure 6 : Cadre conceptuel de la légitimité de l'hôpital public au regard de la réforme hospitalière.....	139
Figure 7 : Organigramme de l'EPS (A).....	160
Figure 8 : Taxonomie de la légitimité de la réforme pour le service maternité.....	167
Figure 9 : Taxonomie de la légitimité du conseil d'administration pour le service maternité.....	167
Figure 10 : Taxonomie de la légitimité des applications informatiques pour le service maternité.....	168
Figure 11 : Taxonomie de la légitimité de la sous-traitance pour le service maternité.....	169
Figure 12 : Taxonomie de la légitimité des APC pour le service maternité.....	169
Figure 13 : Taxonomie de la légitimité professionnelle du service maternité.....	179
Figure 14 : Taxonomie de la légitimité du service maternité.....	181
Figure 15 : Taxonomie de la légitimité de la réforme pour le service CE.....	189
Figure 16 : Taxonomie de la légitimité du conseil d'administration pour le service CE.....	190
Figure 17 : Taxonomie de la légitimité de la sous-traitance pour le service CE.....	190
Figure 18 : Taxonomie de la légitimité des applications informatiques pour le service CE.....	191
Figure 19 : Taxonomie de la légitimité des APC pour le service CE.....	191
Figure 20 : Taxonomie de la légitimité professionnelle pour le service CE.....	200
Figure 21 : Taxonomie des légitimités du service CE.....	201
Figure 22 : Continuum de la légitimité de la réforme pour le service administration.....	233

Figure 23 : Continuum de la légitimité du conseil d'administration pour le service administration	236
Figure 24 : Continuum de la légitimité des applications informatiques pour le service administration.....	238
Figure 25 : Continuum de la légitimité de la sous-traitance pour le service administration.....	239
Figure 26 : Continuum de la légitimité des APC pour le service administration.....	240
Figure 27 : Continuum de la légitimité professionnelle pour le service administration.....	246
Figure 28 : Continuum de la légitimité de service pour le service administration.....	248
Figure 29 : Taxonomie de la légitimité de la réforme pour le service CCVT.....	257
Figure 30 : Taxonomie de la légitimité de la sous-traitance pour le service CCVT.....	258
Figure 31 : Taxonomie de la légitimité des APC pour le service CCVT.....	259
Figure 32 : Taxonomie de la légitimité du conseil d'administration pour le service CCVT.....	260
Figure 33 : Taxonomie de la légitimité professionnelle pour le service CCVT.....	272
Figure 34 : Taxonomie des légitimités du service CCVT.....	275
Figure 35 : Taxonomie de la légitimité de la réforme pour le service radiologie.....	283
Figure 36 : Taxonomie de la légitimité du conseil d'administration pour le service radiologie.....	285
Figure 37 : Taxonomie de la légitimité des APC pour le service radiologie.....	286
Figure 38 : Taxonomie de la légitimité professionnelle pour le service radiologie.....	293
Figure 39 : Taxonomie des légitimités du service radiologie.....	297

Liste des annexes

Annexe 1 : Rétrospective historique de la réforme publique hospitalière en Tunisie.....	413
Annexe 2 : Guide d'entretien avec le personnel de l'hôpital.....	429
Annexe 3 : Questionnaire patient.....	433
Annexe 4 : Questionnaire personnel de santé.....	440

Introduction

Le secteur public a fait l'objet de nombreuses réformes inspirées essentiellement du secteur privé, l'objectif étant d'améliorer son efficacité et son efficience, via entre autres le recours aux techniques de gestion utilisées dans le secteur privé. Nous assistons de plus en plus à une interpénétration entre le public et le privé qu'il devient inévitable de faire la part des choses et de délimiter les frontières qui les sépare. Cette imbrication public-privé atteste de la volonté tacite du management de s'infiltrer dans la sphère politique. Le NPM s'est hissé au rang d'une idéologie politique et managériale, d'une forme de doxa dont l'existence ne fait aucun doute et dont les principes fondateurs sont tenus pour acquis. Il s'agit d'une « *philosophie* » de gestion post-bureaucratique, inspirée de la doctrine libérale qui préconise la modernisation du secteur public par l'introduction de principes de management propres au secteur privé (Pinson, 2010). Ce paradigme tient d'un discours, qui loin d'être neutre, vante les vertus réformatrices des modes de pensées managériales. Cette « *rhétorique organisationnelle insufflée par le nouveau managérialisme ne cherche pas seulement à persuader du bien fondé de ses principes, mais a aussi pour objectif de fournir des valeurs, d'influencer et de justifier des comportements* » (Gangloff, 2009). Le « *managérialisme* » étant défini par Chanlat (1998) comme « *un système de description, d'explication et d'interprétation du monde à partir des catégories de la gestion* » (Chanlat, 1998, p.20). Le management, en raison de son potentiel discursif, ne peut pas être appréhendé uniquement par référence à ses instruments. Ceux-ci sont des constructions sociales, idéologiques et politiques, ayant pour caractéristiques d'être « *discrets* », une discrétion favorable à une acceptation plus souple de la réforme par les acteurs publics (Lascoumes et Le Galès, 2004). Présentée par les décideurs politiques (policy makers) comme anodins, l'instrumentation publique dans l'esprit du NPM cache en réalité des logiques politiques et contribue au remodelage du management des politiques publiques en place c'est-à-dire de la manière dont elles doivent être mesurées et évaluées. Le NPM mettrait donc, aux prises deux rationalités ou logiques opposées : une logique politique telle qu'héritée du modèle bureaucratique wébérien et une logique managériale telle que portée par les dispositifs managériaux transplantés de la sphère privée.

L'institutionnalisation des pratiques managériales ne semble épargner aucun secteur même les secteurs publics. Toutefois, cette problématique de l'institutionnalisation des logiques managériales reste particulièrement pesante dans le cas d'un secteur d'activité à vocation sociale, tel le cas d'un hôpital public. La santé publique en Tunisie présente un poids stratégique indéniable. Elle constitue un pan essentiel de l'économie tunisienne, les dépenses dans le domaine de la santé, se sont élevées pour l'année 2011 à 6,2% du PIB (Banque

Mondiale). Par ailleurs, les hôpitaux publics tunisiens ont fait l'objet d'une réforme qui a débuté depuis un peu plus de deux décennies et qui a visé leur système de gestion. Cette réforme est intervenue dans la mouvance du NPM par la greffe d'outils de gestion d'ascendance privée. Elle a été initiée en réponse à une crise de légitimité de l'Etat et de ses appareils, que le secteur privé s'est proposé de reconquérir par le biais de ses outils de gestion.

Le NPM, depuis son avènement, n'a cessé de susciter la controverse. En effet, le transfert des méthodes de management traditionnellement réservées au secteur privé vers la sphère publique a soulevé de nombreux questionnements quant à sa pertinence et sa faisabilité : Comment-peut-on envisager l'importation de méthodes de management exclusives au secteur privé pour les greffer dans le monde public sans porter préjudice à ses fondements et donc sa légitimité ? Jusqu'à quel point les outils inspirés du privé sont-ils solubles dans le secteur public ? Comment s'opposent ou se superposent les logiques du privé et du public pour la réforme de l'action publique ? Les nouvelles valeurs sous-jacentes aux principes et aux outils de la NGP mettent-elles en péril celles ayant trait au traditionnel ethos public ?

La problématique centrale qui constitue la trame de cette recherche est la suivante : la **légitimité de la réforme hospitalière publique, relève-t-elle d'une reformulation de la frontière public-privé ?**

Deux principales questions de recherche ont guidé notre réflexion :

QR1 : Comment s'articulent le public et le privé dans le contexte de la réforme des hôpitaux publics ?

QR2 : Quel (s) type (s) de légitimité (s) les acteurs associent-ils à la réforme hospitalière et in fine à l'hôpital public ?

Notre choix a porté sur les hôpitaux publics comme terrain d'investigation. Ce terrain est très fécond pour l'étude de la frontière public-privé, d'autant plus que le secteur hospitalier a été l'un des premiers secteurs publics touché par la réforme. Une réforme hospitalière à large échelle où les pays développés comme ceux en voie de développement n'en ont pas été épargnés. La Tunisie, à l'image de nombreux autres pays, et sous l'égide de la Banque Mondiale et de l'OCDE a entamé une large réforme de son système de soin.

Dans cette recherche le domaine d'étude concerne, l'analyse de la légitimité des hôpitaux publics, au regard de la réforme hospitalière. La légitimité a été de tout temps, au cœur de la recherche sur les politiques publiques, ceci est d'autant plus vrai dans le cas du secteur hospitalier public, qui y occupe un pan entier. En effet, il serait opportun d'établir un bilan de la politique publique en matière hospitalière pour y détecter les points forts et les défaillances, s'ils existent, en vue de les renforcer ou bien encore les éliminer. Nous nous proposons de cerner les contours de la légitimité des hôpitaux publics, tout en se projetant vers l'avenir pour concevoir les actions correctives futures à entreprendre. A cet égard, nous avons procédé à une sorte d'analyse comparative spatiale de la légitimité des hôpitaux publics en retenant la différenciation entre légitimité « *intra organisationnelle* » et légitimité « *extra organisationnelle* ». Cette distinction entre les domaines « *intra organisationnel* » et « *extra organisationnel* » s'est faite en fonction du groupe d'évaluateurs de la légitimité, des évaluateurs internes et des évaluateurs externes, soient les légitimateurs entendus ici comme des offereurs de légitimité de l'hôpital. Procéder à une analyse synoptique, pluraliste et contextuelle de la légitimité de l'hôpital, revient à faire une « *échographie* » de l'hôpital pour se saisir de tous les aspects aussi bien latents qu'apparents, internes qu'externes.

Tout d'abord, interroger la légitimité « *intra organisationnelle* » de l'hôpital, ne peut se faire à l'insu de son histoire institutionnelle. La légitimité étant une construction dans le temps, elle ne peut être étudiée, en faisant abstraction de la réforme hospitalière, qui a démarré depuis un peu plus de deux décennies et qui a porté l'hôpital public pour le façonner de la sorte. C'est ainsi que nous envisageons une analyse de l'hôpital selon un double axe : historique et sociologique. Un axe sociologique porté vers les valeurs, les cognitions et les perceptions affichées par les acteurs organisationnels, à l'occasion évaluateurs de la légitimité et un axe historique qui visera à étudier l'hôpital tel qu'il se présente après la réforme, censée être totalement institutionnalisée et appropriée. Il est question dans le cadre de cette thèse d'une sorte « *d'histoire du temps présent* », ou le présent sera révélateur du passé et indicateur du futur.

En tenant compte de cette variable « *historique* », nous allons faire un diagnostic rétrospectif descriptif, en vue d'identifier les grands cycles qui ont jalonné l'histoire de la politique de réforme hospitalière publique. Il est question d'un survol historique de l'évolution du secteur public de la santé en décrivant la réforme, telle qu'elle a été précisée dans les textes de lois et mise en œuvre sur le terrain. A cet égard, nous allons poser comme postulat de base, que les pratiques de gestion, supports de la réforme, se sont stabilisées et institutionnalisées, en étant

totale­ment appropriées par les acteurs hospitaliers. Cette hypothèse ouvre par la même la voie au questionnement de la légitimité de la réforme, en effet, l'institutionnalisation sous-entend au préalable une légitimation, mais de quelle légitimité entendons-nous parler ici ?

Pour répondre, à cette question, nous avons choisi de mobiliser le concept d'identité. Dans le cadre de cette thèse, l'étude des identités professionnelles, sera notre moyen pour accéder à la légitimité. Nous postulons l'existence d'une relation ténue entre la légitimité et l'identité. Il est question, en effet, d'interroger l'impact de la réforme, sur l'identité de l'hôpital. Nous anticipons à ce propos, trois scénarios possibles (renforcement de l'identité organisationnelle et affaiblissement de l'identité institutionnelle, maintien en place de l'identité institutionnelle qui se révèle tellement ancrée dans l'hôpital empêchant l'éclosion de l'identité organisationnelle, foisonnement des identités institutionnelle et organisationnelle pour déboucher in fine sur une nouvelle identité hybride). Nous allons, en effet, mobiliser une approche multidimensionnelle pour l'identité et la légitimité. Au même titre que l'identité de l'hôpital qui sera étalée sous ses différentes déclinaisons individuelle, collective professionnelle, et organisationnelle, la même logique de stratification sera appliquée à la légitimité.

Notre choix de passage par l'identité se trouve conforté par deux raisons principales ayant trait à la diversité identitaire intrinsèque à l'hôpital : tout d'abord, la nature multiple de l'identité de l'hôpital où se côtoient l'identité individuelle, l'identité professionnelle, l'identité statutaire, l'identité de service... Ensuite, la nature professionnelle de l'hôpital, ce dernier étant une organisation qui abrite en son sein plusieurs catégories professionnelles offrant une constellation extrêmement riche et diversifiée en termes de métiers. C'est en interrogeant l'identité de chaque profession (et vérifiant l'hypothèse de survenance de choc de postures professionnelles), qu'il nous sera possible de cerner l'identité de l'hôpital, s'agit-il d'une institution, d'une organisation ou d'un hybride des deux ?

L'hôpital étant une organisation professionnelle de premier ordre où se côtoient différentes catégories professionnelles, le passage par le concept d'identité professionnelle ou d'identité métier s'impose inéluctablement pour cerner les contours de la légitimité. L'identité professionnelle regroupe l'ensemble des normes, des valeurs, des règles et des appartenances qui constituent les références de base d'une profession et auxquelles les membres d'une profession s'identifient en faisant les leurs (Gonnet, 1992).

A cette légitimité « *intra organisationnelle* », telle qu'exposée ci-dessus viendra s'ajouter une légitimité « *extra organisationnelle* » en termes de répercussions de la réforme sur l'activité hospitalière telle que vécue en externe.

Ces deux types de légitimités (*légitimité intra organisationnelle* et *légitimité extra organisationnelle*) combinées ensemble vont constituer la légitimité « *globale* » de l'hôpital. En termes d'intra et d'extra organisationnel, c'est l'ensemble des parties prenantes qui sont concernées. Il est question d'une approche par le bas, à travers laquelle, nous allons remonter de l'ensemble des acteurs pris individuellement vers l'ensemble de la société.

Ce positionnement en faveur d'une lecture « *bicéphale* » de la légitimité (légitimité pré-réforme vs légitimité post-réforme), se trouve conforté par la nature perceptuelle et temporelle de cette notion. La légitimité est une construction sociale dans le temps, ou brosser son portrait « *actuel* » voire « *futur* » ne peut se faire en totale rupture avec le passé. Ceci est d'autant plus vrai, dans le cas de l'hôpital, un lieu chargé d'histoire, qui ne peut être étudié à l'insu de son héritage institutionnel. Les hôpitaux publics tunisiens ayant été le laboratoire d'application d'une réforme entamée depuis un peu plus de deux décennies, l'étude de leur légitimité implique une étude de la légitimité des mécanismes et des outils qui lui ont servi de support, eux-mêmes importés du secteur privé dans l'esprit du New Public Management. Notre objectif sera de faire un diagnostic de l'état de la légitimité de l'hôpital en questionnant les valeurs qui guident son fonctionnement (maintien, réparation, renforcement...) : Est-ce que les pratiques de gestion transférées ont amorcé un processus de renforcement du statut organisationnel aux dépens de celui institutionnel ?, Est-ce qu'il y'a eu maintien des traits institutionnels sans aucune incidence des pratiques de gestion ? Est-ce qu'il y'a eu hybridation ? Quels sont les fondements de la légitimité... ? En procédant à un diagnostic de l'état actuel de la légitimité de l'hôpital, nous visons en filigrane une esquisse de la légitimité future de l'hôpital.

Comme, ça a été précisé ci-haut, le questionnement des fondements de la légitimité de l'hôpital au contact de deux espaces organisationnels distincts interne et externe, constituera le point focal de la thèse. Alors, que la légitimité « *intra organisationnelle* » de l'hôpital tient à la légitimité telle que perçue par les parties prenantes internes, à l'occasion légitimateurs de la réforme, la légitimité « *extra organisationnelle* » comme son nom l'indique sera orientée vers l'extérieur en reconstituant les perceptions des parties prenantes externes développées à l'égard de l'hôpital.

La légitimité de l'hôpital, sera scindée en deux composantes, interne et externe. En effet, se contenter de la légitimité de la réforme et de ses pratiques ne saura donner qu'une image tronquée de la légitimité de l'hôpital, une légitimité qui se trouve également construite en externe via la légitimité des conséquences de la réforme.

Faire passer l'hôpital public et en miroir la réforme hospitalière qui l'a façonné pour lui faire acquérir sa « *physionomie* » actuelle, au microscope sous l'optique conjointe de l'identité et de la légitimité relève d'une analyse sociologique. En portant un regard sociologique sur la réforme, nous marquons une différence avec les études antérieures qui se sont focalisées sur les aspects juridiques, économiques et techniques de la réforme. En effet, nous avons privilégié une entrée par le bas soit une approche micro-économique, en ciblant les acteurs placés au centre de la réforme hospitalière, l'objectif étant d'étudier le comportement de ces derniers face aux innovations managériales prévues par la réforme (interaction homme-outil) et d'expliquer pourquoi, certains outils sont acceptés alors que d'autres sont rejetés et abandonnés. Pour se faire, nous sommes parties d'une étude factuelle pour arriver enfin à une étude perceptuelle. Les acteurs en ce qu'ils ont des rationalités, des logiques et des intérêts différents internalisent les pratiques managériales de façon différente, impliquant la coexistence de multiprocessus d'institutionnalisation qui empruntent différentes trajectoires.

Dans un premier temps, notre travail sera dirigé vers le calcul des temporalités et des vitesses d'institutionnalisation de la réforme et de ses outils. Il sera en fait question d'occulter le sens de l'institutionnalisation des pratiques de gestion. Nous anticipons, à ce titre, trois scénarios possibles : un premier scénario, « *imposition* », dans lequel les pratiques s'institutionnalisent comme telles en s'imposant à l'hôpital (soit encore de « *désinstitutionnalisation de l'institution et d'institutionnalisation de l'organisation* »), un deuxième scénario, « *adaptation univoque* » dans lequel les pratiques importées au contact du contexte d'accueil, en l'occurrence l'hôpital public, subissent une modification intrinsèque pour s'y adapter, et un troisième scénario « *hybridation* », d'adaptation mutuelle entre les pratiques et le milieu organisationnel. Le questionnement de l'institutionnalisation se fera en termes de valeurs à la double échelle professionnelle et organisationnelle, et donnera lieu à trois cas de figure : si les valeurs ont changé tout en ayant un penchant vers les valeurs du privé, c'est que les pratiques se sont institutionnalisées, si les valeurs n'ont pas changé, maintenant un ancrage sur le domaine public, ceci est synonyme de la non ou de la faible institutionnalisation des pratiques, enfin si on assiste à l'émergence de nouvelles valeurs et qui versent dans les deux sphères publique et privée, ceci laisse sous-entendre une hybridation. En questionnant ces

sens d'institutionnalisation, nous questionnons en réalité l'identité de l'hôpital. Toutefois, se prévalant de l'hétérogénéité intrinsèque de l'hôpital et pour pouvoir la contourner nous allons opter pour une approche ascendante de l'identité. En effet, pour accéder à l'identité organisationnelle de l'hôpital, nous allons remonter du bas vers le haut en passant respectivement par l'identité à l'échelle individuelle et à l'échelle collective. Il existe un trait identitaire intrinsèque à l'hôpital, imprégné par une identité professionnelle forte et prononcée. A l'identité individuelle vient se mêler une identité professionnelle pour façonner in fine l'identité organisationnelle de l'hôpital. L'identité sera donc, étudiée sous tous ses aspects individuel, professionnel, collectif et organisationnel (via l'entretien mais également via les documents internes tels que le règlement interne, les documents de travail, l'organigramme, le manuel des procédures, le projet d'établissement...). Cette même logique ascendante sera également appliquée au concept de légitimité (légitimité groupale, collective et professionnelle, légitimité organisationnelle), en postulant l'existence d'un lien ténu de causalité circulaire.

Nous avons opté dans cette étude pour une approche multi-niveaux, qui combine à la fois le macro (l'hôpital), le méso (le service) et le micro (l'individu- la profession). Ce schéma d'analyse sera retenu pour l'étude de la réforme hospitalière au même titre que la légitimité.

Il est question dans cette recherche d'une analyse synoptique et contextualisée de la situation de la légitimité de l'hôpital telle qu'elle se présente après la réforme et de dégager les tendances qui en ont découlé indépendamment de la chronologie des faits et des événements y afférents. Nous nous attaquons à la légitimité de l'hôpital en termes d'état et pas de processus.

Toute cette logique de réflexion exposée ci-dessus et appliquée à la conduite de la recherche empirique révèle l'existence d'un point commun à l'ensemble des concepts occultés, la centralité des systèmes de valeurs, des représentations, des schèmes cognitifs des acteurs de la réforme qui seront placés en ligne de mire, pour étudier les divergences et/ou les convergences dans une optique de comparabilité temporelle (l'avant réforme vs l'après réforme), la réforme sera retenue comme moment charnière. Nous soulignons, à ce propos que la réforme étant multiforme, il serait très restrictif de s'en tenir à certaines pratiques en omettant les autres. C'est ainsi et afin de donner une image complète de la réforme hospitalière, nous allons tenter de faire étalage de tous les instruments et mécanismes qui lui ont servi de support.

La pertinence de la thèse se situe à un double niveau théorique et pratique. Tout d'abord, d'un point de vue théorique, cette étude sera l'occasion de soulever la question épineuse de la frontière public-privé, une frontière qui ne cesse de s'affaiblir d'année en année, marquant un rapprochement sans précédent entre les deux sphères publique et privée. Par ailleurs, cette recherche, nous permettra d'étudier le changement des organisations publiques, en l'occurrence les hôpitaux publics, selon une perspective institutionnelle. L'institutionnalisation des pratiques de gestion dans les organisations publiques ne va pas tarder à se répercuter sur les individus qui se voient dans l'obligation de revoir en profondeur leur système de valeur. En effet, le renouveau de l'appareil public passe par une mutation de la culture de gestion dont ils sont imprégnés. C'est ainsi, qu'il sera question à la lumière de ces données de s'interroger sur les répercussions que ce changement occasionne sur le plan organisationnel et plus particulièrement sur les dysfonctionnements que ces nouveaux mécanismes de gestion pourraient engendrer. Par ailleurs, elle permet de se démarquer par rapport aux recherches antérieures ayant traité de la réforme, en portant dessus un regard sociologique nouveau, sous le prisme du concept de légitimité.

D'un point de vue managérial, cette recherche pourra servir comme guide pour les décideurs politiques pour les orienter dans leurs politiques de réforme vers les meilleures pratiques à mettre en œuvre et vers les ajustements à apporter aux politiques de réforme anciennes et les mécanismes à activer pour l'amélioration du secteur public de santé. Ceci est d'autant plus vrai dans le contexte actuel post-révolution de la Tunisie. Par ailleurs, elle leur sera d'un grand apport, pour penser la réforme des hôpitaux publics sans mettre en péril leur raison d'être.

La thèse est structurée en sept grands chapitres. Le premier chapitre et le deuxième chapitre porteront respectivement sur la présentation des fondements théoriques de la réforme publique, ainsi que des concepts d'institution et d'organisation, objets centraux de notre recherche, pour l'étude de la frontière public-privé. Le troisième chapitre sera consacré à l'analyse de la place des acteurs dans la conduite et le pilotage de la réforme publique. Le quatrième chapitre visera l'éclairage conceptuel de la légitimité et sa mise à l'épreuve du terrain des hôpitaux publics. Dans le cinquième chapitre, nous procéderons à une description de la démarche d'analyse adoptée. Le sixième chapitre sera consacré à l'analyse de la légitimité intra-organisationnelle de l'hôpital public, dans lequel nous procéderons à la rédaction des deux études de cas et des principaux résultats ressortis. Enfin, le septième et

dernier chapitre servira à l'analyse de la légitimité extra-organisationnelle et à la discussion des résultats issus des classifications hiérarchiques ascendantes.

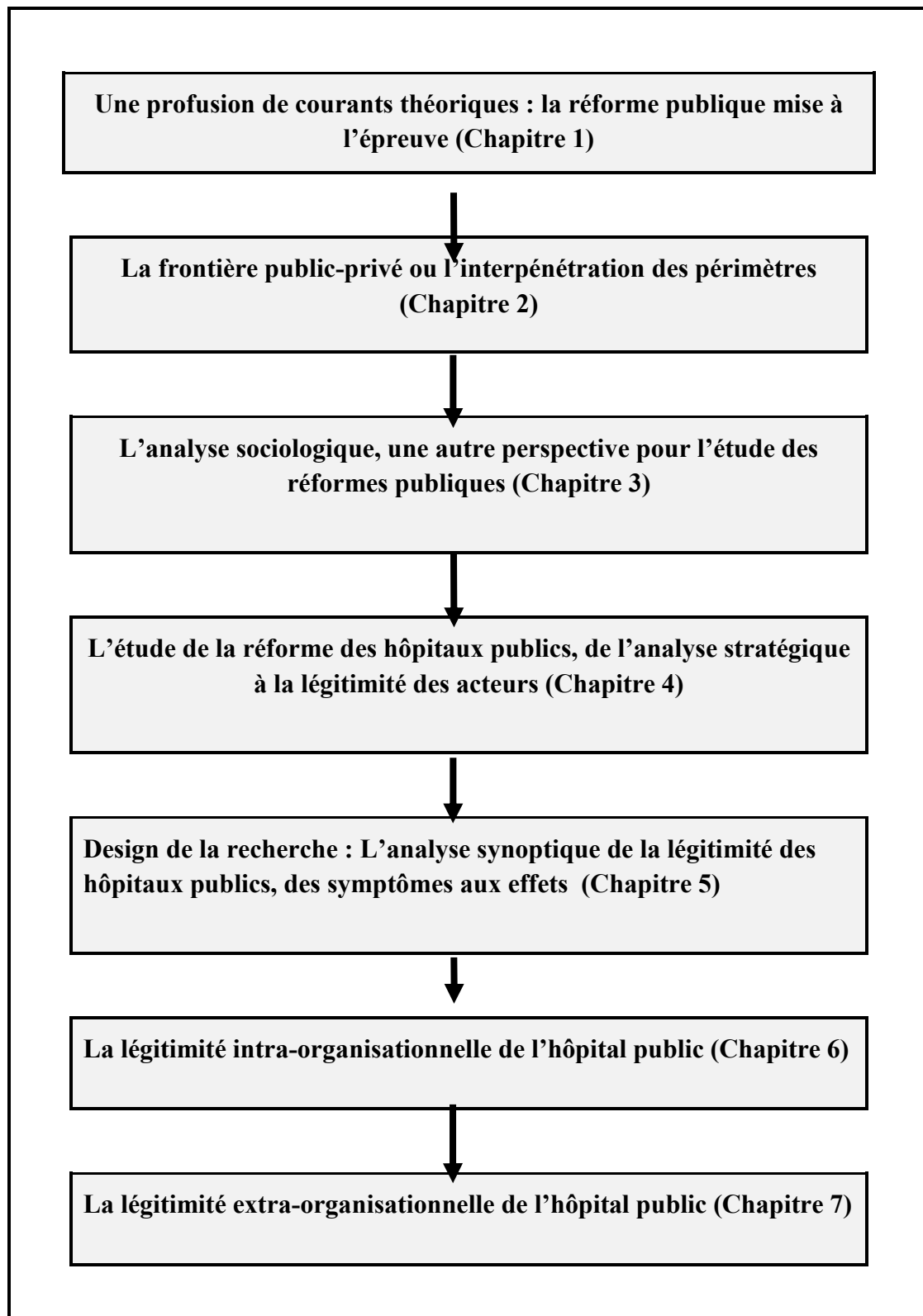


Figure 1 : Les étapes de la recherche

Chapitre 1 : Une profusion de courants théoriques : la réforme publique mise à l'épreuve

Les années 1990 ont été un tournant en matière de réforme publique, appelée également modernisation publique. Ces années ont été marquées par l'émergence du New Public Management (NPM) ou Nouvelle Gestion Publique (NGP) comme paradigme dominant de modernisation des organisations publiques. Ce dernier considère que le secteur privé est le « *foyer* » de l'efficacité et de l'efficience et que si les organisations publiques veulent hisser leur niveau de performance, elles doivent impérativement s'en inspirer et introduire les outils de gestion qui y sont utilisées. Le NPM en proposant un rapprochement public-privé s'alignerait de la sorte sur la théorie néo-institutionnelle. Il serait en fait question d'un « *isomorphisme Institution-Organisation* ».

Ce premier chapitre aura pour objectif de passer en revue les principaux courants théoriques ayant cimenté les réformes publiques. Il sera structuré en quatre grandes sections. La première section mettra la lumière sur l'origine de la théorie néo-institutionnelle et sur ses différentes déclinaisons. La deuxième section servira à présenter un aperçu sur l'origine historique et théorique du NPM, ainsi que sur ses fondements pratiques. La troisième section tentera de dresser une sorte d'analyse comparative entre le NPM et la théorie néo-institutionnelle (TNI), en termes de convergences et de divergences. Enfin, la quatrième et dernière section sera plutôt à visée critique, en mettant en exergue les nombreuses dérives reconnues au NPM, annonçant la fin d'un « *règne* » et le début de la genèse d'une nouvelle ère « *post-NPM* ».

Section 1 : Le néo-institutionnalisme sociologique

Pour de nombreuses années (1950, 1960, 1970 et 1980) l'institutionnalisme a connu un déclin, en particulier dans le monde anglo-saxon, avant de renaître sous d'autres formes depuis le début des années 1980, à travers notamment les travaux de Meyer et Rowan (1977) et de DiMaggio et Powell (1988). L'institutionnalisme a fait ses preuves en pénétrant dans plusieurs disciplines des sciences sociales (sociologie, économie et science politique). Draelants et Maroy (2007), pour évoquer cette renaissance et ce repositionnement de l'institutionnalisme au devant de la scène parlent de « *renouveau institutionnel* ». Le nouvel institutionnalisme est venu en contrepied des anciens courants dominants (le behaviorisme, la théorie du choix rationnel, le fonctionnalisme), « *pour réaffirmer l'importance des contraintes et d'influences d'ordre plus macro sur l'action.* » (Draelants et Maroy 2007, p.4).

L'institutionnalisme au sens de Hall et Taylor (1996) se décline sous trois formes. Ces derniers distinguent entre l'institutionnalisme historique, l'institutionnalisme sociologique ou bien institutionnalisme de la théorie des organisations et l'institutionnalisme du choix rationnel. C'est l'institutionnalisme de la théorie des organisations qui a été au fondement de la version sociologique du nouvel institutionnalisme (*new institutionalism*) (Draelants et Maroy, 2007). Ces trois formes d'institutionnalisme sont au fondement de trois disciplines des sciences sociales : politique, sociologie et économie.

- Le néo-institutionnalisme historique

Il est construit autour du concept de « *path dependence* ». Ce concept véhicule l'idée selon laquelle les phénomènes sociopolitiques sont influencés par des facteurs institutionnels exogènes aux acteurs. Les institutions, une fois qu'elles ont été créées vont acquérir leur propre personnalité indépendamment des acteurs. Elles « *prennent vie et donnent lieu à des dynamiques et des situations qui, souvent, n'étaient pas voulues ou prévues par les acteurs* » (Lecours 2002, p.8). Les institutions échappent en effet, à leurs créateurs.

Le versant historique du néo-institutionnalisme consacre la suprématie de l'histoire institutionnelle pour façonner et orienter la trajectoire du changement institutionnel. Les phénomènes sociopolitiques ne peuvent pas trouver explication dans la simple volonté des acteurs, ils sont souvent le fruit de « *processus macro-historique où chaque configuration conditionne la prochaine* » (Lecours 2002, p.9).

- Le néo-institutionnalisme sociologique ou néo-institutionnalisme de la théorie des organisations

Cette forme de néo-institutionnalisme admet « *l'isomorphisme institutionnel* » comme concept central. Selon ce concept, la reproduction institutionnelle soit la création de nouvelles institutions répond à une logique de compatibilité avec celles déjà existantes. « *Les institutions incarnent et reflètent des symboles et des pratiques culturelles tenaces qui façonnent les perceptions des acteurs et « informent » la reproduction institutionnelle* » (Lecours 2002, p.9).

Le changement institutionnel sous l'angle sociologique met l'accent sur l'aspect cognitif des institutions. Il s'effectue de façon graduelle « *car il s'inscrit dans un processus d'évolution culturelle balisée par les formes institutionnelles* » (Lecours 2002, p.9-10).

- Le néo-institutionnalisme des choix rationnels

Ce versant du néo-institutionnalisme insiste sur l'importance stratégique des institutions. Les phénomènes sociopolitiques sont présentés comme moins dérivant des structures institutionnelles que comme le résultat des décisions individuelles et collectives (Lecours, 2002).

Le néo-institutionnalisme tout en reconnaissant l'existence de l'acteur, accorde la plus grande importance aux institutions, en leur conférant la « *primauté théorique et analytique* » (Lecours, 2002, p.16). Décliné sous ses trois variantes, il relèverait d'un niveau d'analyse macro-économique qui place les institutions au centre de l'étude de la politique et s'attarde principalement sur l'impact de ces institutions sur l'action.

En se prévalant de notre objet de recherche, notre choix va porter sur la deuxième variante à savoir le néo-institutionnalisme sociologique (TNI) pour étudier la réforme publique et en miroir la frontière public-privé.

Le niveau d'analyse de la TNI est celui des champs organisationnel, un champ organisationnel est défini comme « *un ensemble d'organisations qui agrégées constituent une aire de vie institutionnelle reconnue : fournisseurs clés, consommateurs de ressources et produits, institutions réglementaires et autres organisations qui produisent des services ou produits similaires* » (DiMaggio et Powell 1983, p.148-149). Scott (1995) propose pour sa part une autre définition du champ organisationnel ou du champ institutionnel en mettant davantage l'accent sur son aspect cognitif, avançant qu'il s'agit « *d'une communauté d'organisations qui a un système commun de compréhension et dont les participants interagissent plus fréquemment et fatidiquement les uns avec les autres qu'avec les acteurs en dehors du champ* » (Scott 1995, p.56).

Chaque champ organisationnel est défini par référence à sa propre logique institutionnelle. Une logique institutionnelle est « *un ensemble de pratiques et de constructions symboliques qui constituent les principes structurants d'un champ et qui sont à la disposition des organisations et des individus pour construire ce champ* » (Friedland et Alford, 1991, p.248) C'est un ensemble de cartes cognitives et de systèmes de croyances que les participants développent pour donner un sens à leurs activités. « *Elles spécifient les objectifs ou les valeurs à poursuivre et indiquent les moyens à prendre pour y parvenir* » (Hammerschmid, 2005, p.73). Il s'en dégage donc des principes organisationnels qui vont guider les acteurs du

champ dans leur conduite. Le respect de ces principes confère à l'organisation le statut de légitime.

	Secteur public	Secteur privé
Identité	Etat souverain appuyé par le pouvoir des sanctions coercitives et la totale responsabilité des « tâches de l'Etat »	Entreprise au sein d'un environnement concurrentiel
Légitimité	Fondée sur la représentation démocratique, l'intérêt public et la légalité. Légitimité par des procédures Logique d'adéquation	Fondée sur le marché et la réussite commerciale, légitimité par des résultats logiques de « conséquentialité »
Structure de l'autorité	Système autonome et hiérarchisé fondé sur une responsabilité administrative et politique totale et élargie, et une hiérarchie de règlements serrés.	Système contractuel fondé sur l'autonomie de gestion sous l'autorité d'un PDG et des propriétaires de l'entreprise.
Centre d'intérêt	Primauté de la politique et équilibre des intérêts conflictuels	Primauté du bien privé et des critères monétaires tels que profit ou efficience
Mode de gouvernance	Fondée sur les ressources utilisées, les règles de procédures, la bureaucratie et le professionnalisme	Fondée sur les résultats et la mesure du rendement
Logique d'investissement	Logique d'investissement fortement procédurale	Logique d'investissement : rendement du marché

Source : Hammerschmid. G (2005), « le pénible parcours des PPP en Autriche », L'observatoire de l'administration publique, Télescope, revue d'analyse comparée en administration publique, vol 12, n°1, février, 2005, p. 74.

Tableau 1 : Les logiques institutionnelles des secteurs public et privé

La TNI porte un regard nouveau sur les réalités organisationnelles en analysant les organisations par référence à leur champ organisationnel. « Elle permet d'analyser les organisations et leurs structures en les resituant dans le contexte général de leur champ organisationnel » (Draelants et Maroy, 2007, p.12). Les auteurs néo-institutionnels en analysant les relations de l'organisation et de son environnement concluent à l'existence d'un « parallélisme » (Draelants et Maroy, 2007) qu'ils nomment « isomorphisme institutionnel ». Les organisations sont en fait une « projection » de leur environnement, « organizations structurally reflects socially constructed reality » (Meyer et Scott, 1983). « Les environnements pénètrent l'organisation en créant les lunettes à travers lesquelles, les acteurs voient, appréhendent le monde et ses catégories même de structure, d'action et de pensée ». Draelants et Maroy (2007, p.13).

En vertu de cette théorie de « *l'isomorphisme institutionnel* », les organisations sont appelées à devenir isomorphes entre elles et avec leur environnement. Elles doivent se conformer aux attentes institutionnelles de leur environnement, même si ces attentes n'ont pas d'impact sur leurs performances. La TNI établit une nette distinction entre « *efficacité institutionnelle* » et « *efficacité technique* ». En effet, une de ses prémices est que le succès de l'organisation ne peut se substituer uniquement à des facteurs d'ordre technique mais qu'il y a d'autres facteurs « *institutionnels* » tout aussi importants qui entrent en jeu, le succès organisationnel dépendrait davantage de la légitimité que de l'efficacité (Draelants et Maroy, 2007). La légitimité, notion centrale de la TNI, de loin la « *macro- théorie de la légitimation* » (Tilling, 2004), est tirée de la volonté des organisations qui réalisent leur activité dans un même champ à se ressembler et à se conformer à un modèle dominant (DiMaggio et Powell, 1983, 1991). « *L'idée centrale est donc que les organisations sont des réceptacles d'idées prescrites à propos du modèle approprié d'organisation dont la relative saillance et clarté peut évoluer avec le temps* » (Draelants et Maroy, 2007, p.13).

La théorie néo-institutionnelle a été largement mobilisée pour l'étude du transfert et de la diffusion des pratiques managériales dans les organisations (Abrahamson, 1977, DiMaggio et Powell, 1983, Meyer et Rowan, 1977, Scott, 1995, Tolbert et Zucker, 1983, Kostova et Roth (2002)). Elle a été notamment reprise dans le champ d'analyse des politiques publiques, la TNI a été développée dans un premier temps dans les organisations publiques et semi-publiques (Giauque, 2005).

Dans la même lignée des travaux néo-institutionnels, le New Public Management (NPM) prône un « *modèle iso morphique du changement* ». Les tenants de ce courant défendent l'hypothèse d'un « *isomorphisme Institution-Organisation* » (soit secteur public-secteur privé), un isomorphisme en vertu duquel les organisations publiques se substitueraient aux entreprises privées et peuvent de ce fait emprunter leurs pratiques de management. Les organisations publiques sont mues à migrer vers « *le modèle organisationnel privé* ».

Section 2 : Le New Public Management

1- L'émergence du NPM comme paradigme politico-économique

Le New Public Management (NPM) puise ses fondements dans les laboratoires d'idées néolibérales des années 1970, son ascension a coïncidé, en fait avec la crise économique qui a sévit durant ces années. C'est à cette époque que l'ensemble des croyances qui cimentent le

paradigme pro-Etat providence ont commencé à être sérieusement ébranlés par l'assaut néolibéral (Merrien, 1999). Mais, c'est finalement vers le début des années 1990 que le NPM a commencé véritablement à s'affirmer et à s'imposer comme un paradigme économique et politique à part entière (Hood, 1991, Osborne et Gaebler, 1993, Merrien, 1999). Il s'est dans un premier temps largement imposé dans les pays anglo-saxons en Grande Bretagne et aux Etats Unis sous l'ère de Thatcher et de Reagan avant de s'élargir à d'autres pays, notamment sous l'impulsion de la Banque Mondiale. Ces deux pays ont été les pionniers en matière de réforme publique. Ils ont très tôt pris conscience de la nécessité du changement et ont appliqué vigoureusement les techniques prônées par le paradigme du NPM.

Les institutions supranationales (Banque mondiale, OCDE, FMI...) ont tenu un rôle primordial dans la diffusion des programmes et des modèles politiques de NPM. Ces institutions constituent les nouveaux lieux d'exercice d'un pouvoir global. Elles mobilisent à l'échelle transnationale un large réseau d'acteurs et jouent à la fois le rôle de producteurs et de diffuseurs des modèles d'action publique. Leurs propositions et leurs recommandations en matière de contenus, modèles et outils de politiques se trouvent légitimées par la génération d'une grande quantité de données chiffrées. C'est généralement à l'égard des pays en voie de développement, que le pouvoir de ces institutions se trouve le plus prononcé, au travers particulièrement de la conditionnalité d'emprunt (Ferge, 2001).

Le recul manifeste du modèle bureaucratique qui « *suppose une permanence et une stabilité, qui, aujourd'hui, sont un fantasme théorique* » (Bernier et Hafsi, 2002, p.2), a été saisi d'emblée par le NPM qui n'a pas manqué l'occasion pour s'imposer comme un paradigme économique et politique à part entière. Le NPM suggère une renaissance du secteur public « *sur la base de grand mots d'ordre souvent empruntés à la littérature du management* » (Bernier et Hafsi, 2002, p.17).

Le NPM, que nous appelons également, Nouvelle Gestion Publique (NGP) recouvre un ensemble de recommandations qui visent à mettre fin aux formes d'Etat-providence jugées illégitimes et créatrices d'effets antinomiques. Il propose, à cet égard comme alternative d'introduire des mécanismes de marché ou de quasi-marché au sein des institutions de l'Etat-providence de manière à en renforcer l'efficacité et la flexibilité et ainsi rétablir la légitimité de l'action publique (Merrien, 1999). La modernisation de l'organisation publique conformément à la NGP, fait appel aux mécanismes de type marché (MTM) et s'articule autour de cinq axes respectivement : la planification stratégique, le management participatif,

le management de la qualité, l'introduction des TIC et le contrôle de gestion (Pesqueux, 2007, p.140).

Les auteurs de la NGP dénoncent les institutions de l'Etat-providence les accusant d'être à l'origine des maux qui minent le secteur public et d'être responsables de la piètre performance des organisations publiques. Ils portent un regard négatif sur le fonctionnement des bureaucraties, jugeant pressant de leur imposer les valeurs et les modes de fonctionnement de l'entreprise privée. « *Les pathologies dont souffre l'appareil de l'Etat ne trouveraient remède que dans le privé* ». En effet, au cœur de l'idéologie de la NGP se trouve une critique radicale du modèle bureaucratique wébérien comme modèle typique de gouvernance des organisations publiques. Le renouveau de l'appareil public passe inévitablement par le privé.

Plusieurs arguments à la fois idéologiques et économiques ont été avancés pour justifier la montée en puissance de la Nouvelle Gestion Publique en tant que nouveau paradigme économique et politique incontournable. Merrien (1999) impute ce succès à la conjonction de quatre phénomènes respectivement : l'accumulation de la dette publique qui a poussé les Etats à chercher de nouvelles mannes et sources de financement, l'hégémonie progressive d'un corpus d'idées néolibérales et managériales, la formation de réseaux d'experts puissants proposant des solutions préconçues, « *clés en main* » (Saint Martin, 1998) et enfin des responsables politiques qui détectent dans le NPM de nouvelles opportunités à saisir (Merrien, 1999).

2- Le socle théorique du NPM

Le NPM est une batterie de techniques orientées vers la performance, « *...a range of techniques including performance review, staff appraisal systems, performance related pay, scrutinies, so called « quality audits », customers feedback mechanisms, comparative tables of performance indicators, charter marks, customer charters, quality standards and TQM* » (Hoggett, 1996, p. 20). Il vise une optimisation du fonctionnement des organisations publiques via des pratiques de gestion inspirées directement du secteur privé. Hood (1991) propose huit principes généraux qui guident le NPM, « *Hands on professional management, explicit standards and measures of performance, emphasis on output controls and entrepreneurial management, disaggregation of units, competition in the public service, stress on private sector styles of management practice and greater stress on discipline and parsimony* ». Ces principes ont été repris par Haldemann (1995) qui caractérise le NPM comme :

- une orientation de l'administration portée vers l'output (la performance) et non plus vers l'input (les ressources)
- un contrôle « *post bureaucratique* »
- une nouvelle gestion du personnel
- une orientation client
- un remaniement par l'aplatissement des hiérarchies et l'orientation processus
- une rationalisation et une maîtrise des coûts
- une introduction des mécanismes de feed-back et de contrôle par l'établissement d'une batterie d'indicateurs
- une décentralisation (outsourcing)

En voulant laisser entrer dans le secteur public des pratiques de management habituellement exclusives au secteur privé, le NPM laisse sous-entendre une certaine supériorité du privé sur le public. Pour démontrer cette supposée supériorité de la forme privée sur la forme publique, le NPM fait appel principalement à deux théories de base que nous allons brièvement développer ci-dessous.

- La théorie des choix publics (Buchanan 1968, Niskanen, 1971, Tullock, 1976) :

Cette théorie postule que la présence de groupes d'intérêt et de jeux politiques compte parmi les principales raisons à l'inefficience des entreprises publiques. Selon l'école du « *Public Choice* », les gestionnaires des entreprises publiques, à qui incombe la prise de décision, ne le font pas dans l'optique de privilégier les intérêts de la société, comme l'aime à le faire croire le discours officiel, mais plutôt leurs intérêts propres (Hodge, 2000). Misant sur les dysfonctionnements de l'Etat, cette théorie propose de faire appel au secteur privé pour la production des biens et services à la collectivité (Yaya, 2005). Elle considère qu'en raison de l'inefficacité de l'Etat, les activités gouvernementales doivent être soumises à la sanction du marché (Yaya, 2005).

- La théorie d'agence (Jensen et Meckling, 1976) :

Elle contribue à comprendre la raison qui motive les pouvoirs publics à utiliser les techniques de gestion du privé. Dans le contexte des organisations publiques, les gestionnaires publics ont été mandatés par l'Etat, à l'occasion propriétaire principal de celles-ci. Toutefois, puisque ce sont les gestionnaires qui jouissent du pouvoir décisionnel, l'Etat n'exerce pas de contrôle sur l'organisation. Dans cette relation, les intérêts du mandataire, à savoir les gestionnaires et

ceux du mandant (l'Etat) ne sont pas concordants, menant inéluctablement à des coûts de surveillance visant à contrôler le comportement du mandataire tel que les coûts générés par les vérifications comptables et les coûts d'établissement des états financiers (Yaya, 2005).

3- Le modèle théorique de la NGP et ses légitimités sous-jacentes

La NGP se décline en trois modèles (Ferlie, Ashburner et al 1996, Monks, 1998, Bolgiani, 2002), auxquels Hufty (1998) associe trois formes de légitimités sous-jacentes.

- Le modèle de l'efficacité ou de marché :

Ce modèle promeut l'efficacité des organisations publiques par rapport à celles privées. Au sein de ce modèle, la priorité est accordée aux notions économiques de concurrence et de performance. C'est ainsi que la légitimité s'en trouvera concrétisée via des logiques industrielles et des logiques de marché (Emery et Giauque, 2005).

- Le modèle de l'excellence et de la qualité :

Ce modèle vise la modification de la culture organisationnelle pour qu'elle soit en mesure de susciter des attitudes favorables à l'apprentissage (Hood, 1991, Pollitt, 1993, Bendell, Boulter et al.1994). En vertu de ce modèle, les « *usagers* » du service public sont « *rebaptisés* » pour devenir des « *clients* » à part entière. La légitimité y est conquise par la satisfaction des besoins des « *clients* » de l'administration (Emery et Giauque, 2005).

- Le modèle de la flexibilité, de la décentralisation et du downsizing :

Ce modèle comme son nom l'indique tend à favoriser la décentralisation des processus de décision. Il vise en effet à séparer les niveaux opérationnel et stratégique en donnant une plus grande marge de manœuvre aux agents. La légitimité se trouve concrétisée via un renouveau du processus démocratique et l'approche des parties prenantes (appui politique, confiance, communication, implication, coopération, adhésion, marketing public), c'est ce que Hufty (1998) appelle « *participation communautaire* » (Emery et Giauque, 2005).

Section 3 : Le New Public Management et le Néo-institutionnalisme sociologique : de quelques convergences et de quelques divergences

Le NPM suppose l'existence de deux phénomènes complémentaires respectivement homogénéisation et transfert

En visant l'homogénéisation des pratiques de gestion du public avec le privé, la NGP se rapproche de la TNI et de son concept d'isomorphisme institutionnel. La réforme publique pourrait donc être vécue comme une pression institutionnelle. De nombreuses pressions normatives émanant de l'environnement institutionnel pèsent sur les Etats, les poussant à réformer leurs institutions publiques en uniformisant leurs pratiques avec celles des entreprises pour qu'elles soient en conformité et en concordance avec les standards internationaux. Les Etats sont plus que jamais contraints de migrer vers un modèle unique. Leurs réponses tendent à être de plus en plus similaires répondant à un modèle de société englobant et dominant. Ce processus d'isomorphisme est « *fortement encouragé par certains organismes internationaux (UE, OCDE, BM, FMI) et alimenté par les dynamiques concurrentielles découlant de la prolifération des évaluations comparatives de résultats entre systèmes nationaux et la tyrannie des classifications internationales (benchmarking)* » (Van Haecht, 1998, Ball, 1998, Van Zenten, 2004) » (Draelants et Maroy, 2007, p.14). C'est ainsi que le paradigme de la NGP, en puisant dans les fondements de la TNI, se révèle être à l'avant poste de nombreuses disciplines de la science politique qui encouragent la convergence des politiques orientant les différents secteurs à l'échelle internationale (Delpeuch, 2008). En proposant de réformer l'action publique en puisant dans les pratiques de management du secteur privé, la NGP prône un « *modèle iso morphique de changement* » et s'inscrit donc, dans la même lignée de la TNI. En effet, les tenants de ce courant défendent l'hypothèse d'un « *isomorphisme Institution-Organisation* », un isomorphisme en vertu duquel les organisations publiques se substitueraient aux entreprises privées et peuvent de ce fait, leur emprunter leurs pratiques de management. Les organisations publiques sont mues à migrer vers le « *modèle organisationnel privé* ». Pour évoquer cette intrusion marquée du privé dans le public, Merrien (1999) préfère parler de « *révolution managériale de l'administration publique* » soit encore d'une « *managérialisation du système public* » au sens de Pesqueux (2007).

Corollairement à ce large mouvement d'homogénéisation des modes de pilotage et de régulation de l'action publique mené de front par le NPM, Delpeuch (2008) évoque une généralisation des phénomènes de transfert des matériaux techniques, cognitifs et normatifs pour la conception des politiques publiques à différentes échelles internationale, intersectorielle et inter organisationnelle. Il impute cette dynamique de transferts de politiques publiques à deux causes principales : le renforcement de la concurrence inter-pays à l'international en raison de la globalisation économique et financière ainsi qu'à un

mouvement d'intégration régionale et de développement des régimes internationaux. Face au durcissement de la concurrence à l'échelle internationale et les mouvements d'intégration régionale et internationale, nous assistons aujourd'hui de plus en plus à un transfert de masse des politiques publiques (notamment des programmes et politiques de réforme publiques). Ces programmes d'import-export de politiques publiques sont l'œuvre des structures supranationales (ONU, OCDE, UE) et autres institutions financières (Banque Mondiale, FMI) des pays dits développés ayant déjà fait leurs preuves dans ce domaine, vers des pays émergents à la recherche d'une reconnaissance internationale. Ces différentes organisations se sont engagées à assurer la propagation et la diffusion à l'échelle internationale de façons identiques pour définir, appréhender et résoudre les problèmes publics (Delpeuch, 2008). Ce contexte international, tel que décrit ci-dessus, a précipité l'avènement au milieu des années 1990 d'un ensemble de recherches rassemblées sous l'appellation Policy Transfer Studies (PTS). Ces études se penchent sur les dynamiques de diffusion et de transplantation de solutions d'action publique et à la place qu'y occupent les phénomènes d'imposition, d'influence, d'inspiration et d'imitation (Delpeuch, 2008). Dans le cas de la NGP, l'objet du transfert concerne les procédures de travail, les techniques de gestion et les instruments organisationnels pour la mise en œuvre des politiques publiques.

Nous assistons aujourd'hui de plus en plus à une accumulation de transferts institutionnels à faible appropriation sous l'égide des organismes de coopération internationale. Les processus de transferts institutionnels et cognitifs présentent un niveau de complexité élevé. Cette complexité se trouve d'autant plus amplifiée dans le cas de « *société projetée* ». Une « *société projetée* » est définie par Darbon (2007, p.1) comme « *une société ou le projet étatique est largement porté par la projection sur elle de modèles de gestion et d'organisation fabriqués par les sociétés développées et mis en œuvre par des transferts institutionnels systématiques ne capitalisant que très peu sur les pratiques sociales et locales et les processus et les institutions de régulation qui y existent* ». Il dénonce l'obstination des pays développés et de leurs institutions, considérés à l'occasion comme des « *réservoirs institutionnels* », à vouloir imposer et projeter des pratiques de bonne gouvernance et des modes de pensée peu adaptés aux réalités sociales des pays du sud. Ces techniques, sont formatées pour aller avec les sociétés du nord, mais souvent inadaptées et déphasées avec les capacités et les besoins des PED. Cette même question a été abordée par Blanc (2008) qui suggère une prise en compte des facteurs humains et sociologiques dans les projets de transfert de politique publique à côté d'autres facteurs techniques, économiques et juridiques. « *...les agendas de la réforme*

publique dans les sociétés projetées en Afrique ne sont pas calés sur les mutations des sociétés en développement et sur les choix politiques qui y seraient arrêtés, mais sur ceux des sociétés dominantes éventuellement associées à certains groupes d'élites locales » (Darbon, 2007, p.2).

Section 4 : Les dérives du NPM comme paradigme politique et économique

En dépit de l'ampleur prise par le NPM comme paradigme de la réforme publique, son application présente des lacunes. Les directives de la NGP ont été battues en brèche à de nombreux égards. Plusieurs voix se sont élevées pour dénoncer la dérive du NPM, « *sans noyau dur, au sens paradigmatique, il n'est guère porté par une communauté unie, si ce n'est qu'il a des relents de néo-libéralisme, et semble par ailleurs relativement incohérent dans ses propositions centrales » (Gow et Dufour, 1998) » (Bernier et Hafsi, 2002, p. 15). Politt (1993) et Hufty (1998) dénoncent également les travers de la réforme publique. Ils accusent le NPM d'être porteur d'un discours quelque peu déterministe qui tend à l'exagération des capacités des pratiques managériales du privé comme outils d'amélioration de l'efficacité et à la consécration de la supériorité de l'outil (Lascoumes et Le Galès, 2004). Le NPM en reconnaissant une « *homologie structurale et gestionnaire* » (Favoreu, 2001) entre le public et le privé et en considérant par la même que les pratiques de gestion du privé sont transposables dans l'espace public se révèle être trop simpliste.*

Dans le même ordre d'idée, Keramidas et Rochet (2005) ne cachent pas leurs réserves vis-à-vis NPM. Ils considèrent que le NPM, en étant centré uniquement sur les coûts et les produits n'est pas adapté au changement dans les organisations publiques. Le NPM en mettant l'emphase sur les ressources exogènes a laissé passer un puissant levier de modernisation de l'administration. La réforme publique qui utilise le NPM s'est soldée par des résultats décevants en termes de coûts et de performance. Pour mettre de l'avant cet échec, Keramidas et Rochet (2005) citent le cas de la Grande Bretagne. Ce pays, un pionnier de la réforme publique, a commis l'erreur de traiter la technologie soit les outils de gestion uniquement comme une ressource exogène. Les auteurs font état également d'une augmentation des coûts de transaction suite à la prolifération d'agences autonomes en l'absence de pilotage de la part du gouvernement.

Pour sa part, Bordogna (2008), reconnaît des lacunes au NPM, particulièrement inhérentes aux relations de travail dans le service public. Il souligne les faiblesses théoriques du NPM qu'il attribue à son obstination à vouloir se substituer au secteur privé, « *...these theoretical*

weaknesses undermine the NPM ability to see the difficulties of importing market-type mechanisms of governance into the public sector, and its ability to anticipate unintended or perverse effects » (Bordogna, 2008, p.1). Il appelle en cela à une utilisation plus rigoureuse du NPM qui se détache des outils de gestion du privé et tiennent compte des spécificités inhérentes au secteur public, *“...the NPM programme, in order to deliver more efficient and better quality services (also) through a reform of public service employment relations, requires the activation of a richer variety of mechanisms than simple “marketisation” or naïve attempts to mechanically import private sector practices into a context which remains markedly different from that prevailing in the private sector. These mechanisms, it is suggested, must be more sophisticated and less unilateral than those almost exclusively borrowed from the moral hazard theory”* (Bordogna, 2008, p.1). Il serait trop simpliste voire naïf de penser que le simple transfert de mécanismes du privé pour les transposer dans le public suffit à améliorer son efficacité et son efficience. Merrien (1999) va même plus loin, en postulant que *« la Nouvelle Gestion Publique s’inscrit dans l’ordre de l’imaginaire. Elle réactive la quête de l’unité originelle. Elle évoque une société enfin réconciliée avec elle-même, un temps d’avant la séparation entre le public et le privé, une société autorégulée. La Nouvelle Gestion Publique s’inscrit dans la symbolique du dépérissement de l’Etat. Elle suscite la référence à un paradis perdu ou à venir : un monde dans lequel les problèmes trouveront magiquement une solution, un monde dans lequel les besoins seront satisfaits à moindre coût, La Nouvelle Gestion Publique signifie l’évanouissement de l’Etat »* (Merrien, 1999, p.102).

Pesqueux (2004, p.13), fait état d’une *« forte intervention de l’entreprise dans la définition du bien commun au regard du développement de la volonté d’appliquer à toutes les organisations les catégories managériales »*. Il souligne également les limites de ce *« volontarisme managérial »* abusé. *« Le volontarisme managérial se trouve en quelque sorte « dépassé » par lui-même dans sa vocation à proposer de substituer une omniscience de la règle établie par les directions d’entreprises à l’omniscience des pouvoirs publics sur la base d’un double argument d’utilité et d’efficience »* (Ibid., p.13). Le *« volontarisme managérial »* incarné par le NPM, poussé à son extrême risque de mettre en péril les fondements de l’institution. *« Ce phénomène, se trouve renforcé par l’adoption massive par les services publics des modes de gestion des entreprises. D’une perspective « micro » politique des outils de gestion, on passe sans s’en rendre compte, à une perspective « macro » politique de la définition du bien commun »* (Ibid., p.13).

A côté de ces critiques plutôt d'ordre idéologique, il serait également pertinent de parler des conséquences pratiques de la NGP. En tentant d'intégrer dans la sphère publique, des concepts traditionnellement réservés au secteur privé, la NGP risque de bouleverser profondément la mécanique de fonctionnement des organisations publiques et de provoquer un renversement de ses principaux axiomes d'action. Dans un premier temps, c'est la légitimité de l'action publique qui s'en trouvera profondément altérée, Merrien (1999) en parle dans le sens de saper le fondement moral de la fonction publique. Par la suite ce sont les frontières entre les deux territoires public et privé qui seront brouillées (Alford, 2002, Habermas, 2003). Pour illustrer cette percée du privé dans le public, nous allons nous adosser à la re-conceptualisation du statut de l'utilisateur du service public en consommateur comme preuve forte du bouleversement qui a touché de plein fouet le secteur public. Le citoyen s'est trouvé redéfini en consommateur de service public. Le citoyen consommateur porte deux casquettes et joue un double rôle politique et économique. Tout d'abord, un rôle politique car il est la partie qui légitime tout programme politique. Ensuite un rôle économique, celui d'un utilisateur-payeur (contribuable payeur de taxes) qui contribue directement au financement de la chose publique et est le bénéficiaire ultime des biens et services publics (Villeneuve, 2005, 2006).

La NGP soulève indiscutablement la problématique de la frontière public-privé. Les deux secteurs connaissent une imbrication sans précédent qu'il devient urgent de penser la délimitation de leurs frontières respectives.

Conclusion

Notre objectif dans le cadre de ce premier chapitre a été de cerner les principaux courants théoriques ayant balisé les réformes publiques. Nous en dénombrons deux, principalement la théorie néo-institutionnelle et le New Public Management. Tout d'abord, la théorie néo-institutionnelle dans son versant sociologique, à travers le concept d'« *isomorphisme institutionnel* », postule que les organisations doivent se conformer à un modèle dominant à défaut de voir leur légitimité ébranlée. Un peu plus tard, vers le début des années 1990, est apparu le NPM, principalement dans les pays anglo-saxons. Ce paradigme défend la suprématie du modèle de marché et propose une modernisation du secteur public par l'import de la « *boîte à outils* » propre au privé. En prônant un rapprochement entre le public et le privé, il semblerait que le NPM s'aligne sur la TNI et se positionne en faveur d'un isomorphisme entre ses figures dominantes institution et organisation.

Chapitre 2 : La frontière public-privé ou l'interpénétration des périmètres

Pesqueux (2007) dans son ouvrage « *Gouvernance et Privatisation* », discute la frontière public-privé en parlant « *d'institutionnalisation de l'organisation- de désinstitutionnalisation de l'institution* ». En effet, à force de vouloir introduire le management dans toutes les sphères de l'action publique, l'institution risque de se dés-institutionnaliser au profit d'une institutionnalisation de l'organisation. Elle risque, en fait de se trouver submergée par l'organisation, désormais le modèle dominant et le référent auquel toutes les sociétés doivent se soumettre pour assurer leur fonctionnement. Dubet (2002) évoque une « *emprise de l'organisation sur l'institution* », selon lui, l'institution décline au fur et à mesure que les logiques organisationnelles y prennent place (Juan, 2009).

La référence à la NGP constitue une marque forte de l'institutionnalisation de l'organisation et de la désinstitutionnalisation de l'institution (Pesqueux, 2007). Pour illustrer l'emprise de l'institution sur l'organisation, Merrien (1999) parle pour sa part « *d'un évanouissement de l'Etat ...la Nouvelle Gestion Publique s'inscrit dans la symbolique du dépérissement de l'Etat...* » (Merrien, 1999, p.102). En effet, ce paradigme en consacrant la suprématie de l'organisation et en faisant l'éloge de ses vertus comme le lieu de l'efficacité, de l'efficacité et de la performance, précipite le déclin de l'institution.

Les organisations et autres institutions internationales sont aujourd'hui, le lieu incontournable de l'institutionnalisation de l'organisation. L'UE, l'OCDE, le FMI ou bien la BM, à travers les directives et les recommandations qu'elles formulent aux pays participant à la multiplication d'organisations aux modalités de fonctionnement identiques et à la stabilisation des logiques organisationnelles. Leur pouvoir d'action sur les gouvernements s'est d'autant plus trouvé largement renforcé par le passage de statut d'organisations internationales à celui d'organisations « *supranationales* » où une délégation de souveraineté de la part des Etats membres leur a été confiée (Pesqueux, 2007).

Corollairement à une désinstitutionnalisation de l'institution qui signifie la perte de ses caractéristiques juridiques, politiques et symboliques, une institutionnalisation de l'organisation s'établit, traduisant par la même la migration vers un modèle unique de référence. « *L'institutionnalisation se caractériserait en quelque sorte par la duplication*

d'organisations identiques, cette multiplication venant en quelque sorte digérer l'institution à la fois comme objet générique et dans sa diversité au concret » (Pesqueux, 2007, p 99). Rojot (1997) définit l'institutionnalisation comme « le processus par lequel les processus sociaux, les obligations ou le présent en viennent à prendre un statut de règle dans la pensée et l'action sociale et « aller de soi ». Ces processus sont tenus pour acquis et se répétant d'eux même, ils acquièrent le statut de faits sociaux. C'est à la fois un processus et une propriété » (Rojot, 1997, p. 413).

Les organisations publiques présentent des différences fondamentales avec les organisations privées. Ces spécificités font l'objet de nombreuses typologies de nature aussi bien structurelles, culturelles, comportementales et cognitives (Martineau et Sauviat, 2007).

Spécificité	Caractéristiques
Environnement organisationnel	Plus complexe : les organisations publiques font face à diversité variété de parties prenantes
	Plus perméable : les organisations publiques sont des systèmes ouverts sur leur environnement et donc facilement influençables par les événements externes.
	Plus instable : les contraintes politiques entraînent des fréquents changements dans les élus, les objectifs...
	Caractérisé par l'absence de pressions concurrentielles
Buts organisationnels	Distinctifs : « equity » and « accountability »
	Multiples : dus au grand nombre de parties prenantes
	Plus vagues : inhérent à l'ambiguïté politique nécessaire pour rallier des publics différents à une cause
Structures organisationnelles	Plus bureaucratiques
	Tendance au « red tape »
	Manque d'autonomie managériale : peu de liberté pour les gestionnaires notamment en matière de pouvoir de sanction sur les subordonnées par exemple.
Valeurs managériales	Moins matérialistes : moins motivés par les récompenses financières
	Volonté de servir le public et de se mettre au service de l'intérêt général
	Moins d'engagement des personnels dans l'organisation

Source : Martineau et Sauviat (2007) d'après Boyne (2002).

Tableau 2 : Caractéristiques des organisations publiques

Cette volonté, exprimée clairement dans le NPM, de nier l'existence d'une tension entre institution-organisation pose en retour la question du changement institutionnel –changement organisationnel (Pesqueux, 2007). Ce deuxième chapitre servira à expliciter ces dualités : institution vs organisation, et changement institutionnel vs changement organisationnel.

Section 1 : Institution et Organisation

Il existe une confusion sémantique qui entoure les notions d'institution et d'organisation, qu'il convient d'éclairer. Ces notions sont tellement connexes qu'il devient nécessaire de procéder à un éclairage conceptuel pour en saisir les frontières. Juan (2009) souligne, à cet égard, que « *tous les débats qui agitent et dynamisent la discipline sociologique, celui qui oppose les concepts d'organisation et d'institution est sans doute le plus porteur d'enjeux à la fois de connaissance théorique et d'action pratique* » (Juan, 2009, p.2).

Il sera question dans un premier temps de lever le flou qui entoure la notion d'institution et d'en saisir les principales caractéristiques, dimensions et fonctions, ceci d'autant plus qu'elle fait fréquemment l'objet d'une confusion avec la notion d'organisation. En effet, une question se pose de façon incessante : est-ce qu'institution et organisation sont identiques ou bien présentent-elles des différences fondamentales ?

1- L'institution, une notion polysémique

Le concept d'institution compte parmi les concepts les plus imprévisibles. « *Il est un de ceux autour duquel règne la confusion et l'imprécision la plus grande* » (Turmel, 1997, p.7). Cette complexité se trouve d'autant plus amplifiée que le concept « *institution* » se situe à la croisée de chemin de nombreuses disciplines de recherche (droit politique, sociologie...). En effet, le terme « *institution* » est utilisé différemment d'un champ disciplinaire à un autre. Cette diversité des usages du terme est le premier indice qui atteste de la complexité de son traitement analytique.

Nous recensons dans la littérature, de nombreuses définitions de la notion « *institution* » : ensemble de structures politiques et sociales établies par la loi ou la coutume qui déterminent la vie d'un Etat (Douglas, 1999), action collective orientée vers le contrôle de l'action individuelle (Commons, 1990), règles du jeu dans une société (North, 1990)... (Bessy et Favereau, 2003). La définition d'institution communément admise dans le langage courant, est celle qui désigne un « *vague synonyme de groupe ou collectivité sinon groupement de personnes, à savoir un ensemble d'acteurs regroupés autour d'une fonction sociale reconnue,*

légitime et dont le comportement est prévisible et attendu » (Turmel, 1997, p.7). Les institutions tournent autour d'un ensemble d'activités sociales, elles constituent « *un ensemble de dispositions et d'aménagements qui sont culturellement et socialement construits autour d'une activité sociale et qui tendent à se perpétuer dans l'espace et dans le temps* » (Ibid, p.13). Ce sont des « *stable designs for chronically repeated activity sequences* » (DiMaggio et Powell, 1991, p 25). Dubet (2002, pp 21-23) cité dans Juan (2009, p.11) définit l'institution par référence à trois domaines : « *le domaine anthropologique général qui distingue l'institué du naturel, le sens plutôt wébérien d'organisation, le sens politico-administratif, enfin, qui rattache le terme aux créations de dispositifs ou de procédures souvent publics* ».

1-1 Les caractéristiques des institutions

Les institutions partagent un ensemble de caractéristiques fondamentales qu'il sera question d'explicitier dans ce qui suit.

Tout d'abord, les institutions sont connues pour être fortement rigides, inertes et peu enclines au changement, ce que Pierson (1994) nomme « *stickiness* ». « *Elles sont souvent configurées de manière à être difficiles à changer, notamment afin de résister aux alternances politiques de l'avenir* » (Bonoli et Palier, 1999, p.403). Cette tendance des institutions à emprunter les mêmes voies se trouve largement expliquée par le fait qu'elles sont plongées dans le patrimoine historique de la société qui les a produites. Turmel (1997) souligne également la permanence des institutions, qui peuvent se révéler cristallisées voire sédimentées dans l'histoire de la société qui les abritent. North (1991) pour définir ce fort attachement des institutions à leur patrimoine socio-historique a introduit le concept de « *dépendance au sentier* » (*path dependence*) ou de « *dépendance historique des institutions* ». Cette durabilité et persistance reconnues intrinsèquement aux institutions, autorisent l'apprentissage des règles, l'acquisition de connaissances et la réduction de l'incertitude.

1-2 Les dimensions des institutions

Scott (1995), propose une classification des institutions. Selon lui, « *les institutions consistent en des structures cognitives, normatives et réglementaires ainsi que des activités qui apportent de la stabilité et du sens au comportement social. Les institutions sont véhiculées par différents vecteurs-cultures, structures et routines et elles opèrent à de multiples niveaux de juridictions* » (Scott, 1995, p.33). Il existe trois piliers qui créent ou supportent les institutions : le « *réglementaire* » ou bien le « *coercitif* », le « *normatif* » et le « *cognitif* ». Les

institutions s'expriment simultanément à travers des lois, des normes et des valeurs. Elles prennent formes dans les interactions sociales et se consolident dans le temps (Berger et Luckman, 1967).

L'institution coercitive repose sur « *les règles et les dimensions de monitoring et de sanctions* » (Scott, 2001, p.35), pour contraindre le comportement des acteurs.

L'institution normative met en évidence des normes qui devraient orienter les acteurs dans leurs comportements. Elle définit les moyens à utiliser par les acteurs pour l'atteinte des objectifs (Scott, 2001). A la différence des règles, les normes présentent un caractère nécessaire mais pas obligatoire. Toutefois, ces normes, bien qu'elles ne prévoient pas des sanctions formelles peuvent en cas de non respect entraîner le rejet de l'acteur par sa communauté et ainsi devenir très contraignante au même titre que la règle.

Enfin, l'institution cognitive ou culturelle met l'accent sur les dimensions cognitives. L'institution y est analysée comme une structure cognitive sociale. Les acteurs en adoptant continuellement et de façon inconsciente des règles reconnues et admises par tous, « *reproduisent les mêmes schémas passés qui ont fait leur preuve. Le champ d'action des individus est fortement influencé par leurs habitudes de pensée et de raisonnements. Ils cherchent à être en adéquation avec ces modes de pensée et d'éviter d'entreprendre des actions socialement inadmissibles* » (Trouinard, 2004, p.6). La dimension cognitive met l'accent sur le caractère symbolique des actions, tel qu'exprimé par les mécanismes d'interprétation des individus (Ruef et Scott, 1998).

Les institutions selon North (2001) se déclinent sous deux formes, des institutions formelles (règles, lois et constitutions) créées de façon délibérée et des institutions informelles (normes de conduite, coutumes, traditions...) qui émergent d'un processus d'évolution dans le temps. Ce sont les institutions informelles qui sous tendent et complètent les institutions formelles.

1-3 Les fonctions des institutions

L'institution est dotée d'une double fonction, elle aura en même temps à contrôler et à réguler les actions des individus via un système de règles et à réduire l'incertitude des actions futures à travers la stabilisation des champs organisationnels (Scott, 1991). Les institutions fournissent de la stabilité en créant une dépendance au sentier (path dependence), les choix du passé affecteront ceux du présent (Kerremans, 2001). Les institutions bien qu'elles recèlent un caractère d'auto-renforcement sont également capables d'auto reproduction, elles peuvent agir

en faveur du changement. L'institution ne se suffit pas à être une contrainte, elle est également une ressource.

1-4 Le renouveau institutionnel : quand l'institution contrainte devient l'institution ressource

Les institutions ont été envisagées par les théoriciens du néo-institutionnalisme sociologique comme des contraintes. En mettant l'accent sur les notions d'isomorphisme, d'encastrement et de durabilité, l'institutionnalisme des années 1980 a rendu difficile l'étude du changement institutionnel (Draelants et Maroy, 2007). Les tenants de ce courant ont soustrait le changement à des causes exogènes, ôtant par là même toute capacité d'action aux individus. C'est vers le début des années 1990, que de nombreux auteurs ont abandonné ce modèle déterministe et iso-morphique du changement pour un nouveau moins iso morphique et plus volontariste donnant une plus grande place aux intérêts et aux stratégies des acteurs. L'institution dans l'optique des nouveaux développements institutionnalistes (Oliver, 1991, Fligstein, 1991, Greenwood, Suddaby et Hinings, 2002, Thelen, 2003) tout en préservant son statut de contrainte, acquiert un nouveau statut de ressource. Les institutions ne se réduisent pas à être des structures contraignantes, elles relèvent simultanément de la contrainte et de l'habilitation par l'« *empowerment* » (Jepperson, 1991). Tout en contraignant les comportements des acteurs, les institutions leur fournissent un « *répertoire d'outils* » et des ressources pour l'action, « *actors are simultaneously enabled and constrained by institutions* », Campbell (2004).

2- L'organisation, un éclairage conceptuel

Plusieurs définitions du concept « organisation » ont été proposées dans la littérature :

- Les organisations sont « *des collectivités qui ont été établies pour la poursuite d'objectifs relativement spécifiques sur une base plus ou moins continue. Il doit cependant être clair que l'organisation a des caractéristiques propres autres que la spécificité de ses buts et la continuité. On peut relever ainsi l'existence de frontières relativement fixes, un ordre normatif, une hiérarchie, un système de communication et un système d'incitants qui permettent aux différents participants de travailler ensemble dans la poursuite de buts communs* » Blau et Scott cités dans Hall, (1977).
- « *La notion d'organisation désigne une collectivité qui se distingue des autres formes de groupements par le fait qu'elle s'assigne des buts et que ses membres voient leurs*

relations et comportement peu ou prou formalisés, notamment au travers de règles écrites » (Draelants et Maroy, 2007, p.3).

- Une organisation est définie comme « *une unité économique de coordination ayant des frontières identifiables et fonctionnant de façon relativement continue, en vue d'atteindre un objectif ou un ensemble d'objectifs partagé(s) par les membres participants* » (Robbins cité dans Ménard (1990, p.15) et repris par Coris et al, (2009).
- Une organisation est « *un ensemble d'individus, de collectifs, de moyens techniques attachés les uns aux autres dans la perspective d'atteindre certains objectifs* ». (Herreros, 2007, p.3).
- Les organisations correspondent à un « *agencement de moyens fonctionnels par rapport à des fins, comme un système visant à faire coopérer les membres en vue des buts communs. Chaque élément de l'ensemble est censé avoir été mis en place délibérément en vue de remplir une fonction, une contribution spécifique à la réalisation des buts ou à la survie de l'ensemble. Les différentes caractéristiques structurelles de l'organisation (son système d'autorité et de décision, son système de communication, ses subdivisions...) sont ou devraient être des instruments en vue des fins poursuivies* » (Maroy, 2007, p.6).

L'ensemble de ces définitions s'inscrivent dans le cadre d'une approche fonctionnaliste de l'organisation. Elles consacrent deux traits de caractère des organisations :

- Le caractère téléologique et instrumental (*purposeful*) des organisations, comme des systèmes rationnels, un ensemble de ressources humaines, matérielles et financières orientées vers la réalisation d'un ou de plusieurs buts (Maroy, 2007).
- Le haut degré de formalisme dont font objet les organisations. « *La coopération des membres est « consciente » et délibérée, la structure des relations est explicite et peut être « délibérément construite et reconstruite* » » (Maroy, 2007, p.6).

3- Institution et Organisation : de quelques convergences et divergences ?

3-1 De la dichotomie institution-organisation

La littérature contemporaine se place clairement à l'encontre de la thèse d'une proximité institution-organisation appelant à une nette distinction entre les deux entités.

Dans les années 60, Crozier (1963) établit une nette distinction entre institution et organisation. A travers cette théorie il « *semble renoncer définitivement au concept d'institution (qu'il n'utilise quasiment pas) au profit de celui de système ou d'organisation. Confondre institution et organisation, c'est penser l'organe sur le mode fonctionnaliste, l'agencement et la coordination des parties de la société, sa structure, ne sont pas des produits des créations, de conflits et de l'histoire sociale mais évoluent mécaniquement au gré de l'adaptation à l'environnement et de la différenciation voire du aux individus puisque* » (Crozier et Friedberg, 1977) » Juan (2009, p.10).

D'autres auteurs, tels que Langlois (1992), Ménard (1995), North (2000) et Maroy (2002) s'alignent sur cette approche dichotomique de l'institution et de l'organisation, l'institution n'est en fait que le cadre dans lequel évoluent les organisations. Ils appellent à distinguer « *d'une part, les institutions comprises comme règles du jeu formant le cadre environnant les actions et définies alors comme des règles abstraites et générales de conduite qualifiant un ordre spontané, d'autre part, les arrangements institutionnels, marché ou organisation, qui opèrent dans le cadre institutionnel, les organisations sont alors comprises comme des phénomènes construits fondés sur des règles concrètes, spécifiques et formelles.* » (Bazzoli et Dutraive, 1998, p.2). North (1990) définit les institutions comme les règles du jeu dans la société. « *Si les institutions sont les règles du jeu, les organisations et leurs entrepreneurs représentent les joueurs, ils jouent dans le cadre des règles existantes, mais aussi les agents de l'évolution du cadre institutionnel* » (Chavance, 2001). Dans le versant sociologique du néo-institutionnalisme, les théoriciens ont tendance à adopter une même définition pour caractériser l'institution et l'organisation. Toutefois, Selon Maroy (2002) il ne faut pas confondre ces deux notions, c'est dans ce sens qu'il propose une définition de l'organisation qui se démarque de celle de l'institution « *Dans la littérature sociologique, la notion d'organisation désigne une collectivité qui se distingue d'autres formes de groupements par le fait qu'elle s'assigne des buts et que ses membres voient leurs relations et le comportement peu ou prou formalisés, notamment au travers de règles écrites. En revanche l'institution dans son acception la plus large est ce qui conditionne les actions des acteurs dans l'organisation* » (Draelants et Maroy, 2007, p.3). Il ressort de cette définition que les institutions ne sont en fait que le cadre dans lequel opèrent et évoluent les organisations. Si sur le plan théorique, une dissociation des deux notions institution-organisation s'impose, ce n'est pas le cas sur le plan pratique, dans la mesure où les institutions pour se perpétuer ont

besoin des organisations (et des individus) (Draelants et Maroy, 2007). Rochet (2007), établit également une nette distinction entre institution et organisation. Il rejoint en cela North (1990) qui envisage l'évolution de l'Etat sous deux angles l'institution et l'organisation, obéissant chacune à un processus d'évolution largement indépendant.

Pour distinguer entre institution et organisation, les auteurs font appel au critère de « rationalité ». Alors que dans la littérature sociologique, l'organisation est définie de manière instrumentale, l'institution n'est autre que le cadre dans lequel évolue cette dernière, c'est en d'autres termes ce qui conditionne et façonne les actions des individus (Draelants et Maroy, 2007). La notion d'institution est souvent considérée comme étant trop chargée d'un mode de pensée holiste. *« L'institution se définit par la nature de sa finalité, qui est posée, définie et rapportée au plan global et universel de la société, et elle appartient elle-même du développement « expressif » des valeurs à prétention elle aussi universelle qui sont propres à la fin qu'elle sert »* (Freitag, 1993, p11) cité dans Turmel (1997, p.10). Selon Juan (2009), *« dire qu'une association, une administration (y compris une collectivité territoriale) ou une entreprise existent comme organisations, c'est les considérer du point de vue pragmatique, utilitaire et stratégique, comme des agents dont l'activité externe répond aux lois micro-économiques du calcul rationnel et de la concurrence sur un marché, y compris pour les secteurs publics et associatifs de plus en plus évalués en vertu de critères d'efficacité quantitative, les comportements internes étant tout aussi utilitaires le plus souvent. Admettre que ces formes sociales peuvent obéir à des logiques institutionnelles, c'est les regarder du point de vue de leur mission d'intérêt général, de leur vocation, des valeurs qui les orientent ou qu'elles mettent en œuvre et de la mémoire sociale qu'elles conservent, y compris pour les entreprises... »* (Juan, 2009, p.13). L'aspect institutionnel est donc fortement marqué par la priorité des fins (logique d'obstination) contrairement à l'aspect organisationnel axé sur la priorité des moyens où utilité, efficacité et efficience sont les maîtres mots (logique d'efficience) (Turmel, 1997).

L'autre différence entre institution et organisation se situe au niveau d'analyse. Alors que l'institutionnel renvoie à un niveau macrosociologique, l'organisation relève d'un niveau micro ou méso-sociologique (Maroy, 2007).

Plusieurs raisons sont invoquées pour justifier la dichotomie institution/organisation. L'institution doit prendre distance avec l'organisation au risque de se voir piégée par elle. Plusieurs auteurs voient comme un *« crime de lèse-majesté »* de réduire l'institution à

l'organisation. Confondre institution et organisation revient à la rabaisser et à lui coller une image péjorative, vulgaire et opportuniste (Turmel, 1997). Freitag (1993, p.11) cité dans Turmel (1997) s'intéressant à l'Université clame haut et fort que cette dernière en tant qu'institution ne saurait être réduite à une organisation. Il défend vigoureusement une approche dichotomique institution et organisation, « *Les universités, avant d'être des organisations, sont [...] des institutions.* ». Il dénonce « *la mutation fondamentale de la nature de l'université, qui la fait passer du statut sociétal [...] d'institution de formation à celui d'organisation [...] de production et de contrôle, et que cette mutation est pernicieuse non seulement pour l'université mais aussi pour la société qui y perd son dernier lieu institutionnel de synthèse et d'orientation critique* » (Ibid, 1993, p.9). « *L'université, noble institution entre toutes, tournée vers le haut savoir et les autres activités dites supérieures, ne saurait être rabattues ou confondues avec une organisation, vulgaire en quelque sorte parce qu'orientée vers le profit comme des firmes du secteur économique* » (Turmel, 1997, p.9).

Institution	Organisation
Sociologie, Sciences politiques, Philosophie politique	Sciences des organisations
Idéologie	Culture
Public	Privé
Non marchand	Marchand
Non « extensivité » de l'institution à l'individu et lieu privilégié de la socialisation	« Extensivité » de l'organisation et socialisation contingente
Naissance « fondatrice »	Naissance « créatrice » par rapport à la figure de l'entrepreneur
Business in society	Business and society
Obstination	Opportunisme, efficacité
Pas de référence à une stratégie	Référence à une stratégie
Perspective de l'être	Perspective de la croissance
Certitude	Incertitude, risque
Non contingence (logique de la vocation)	Contingences (logiques de la motivation)
Implication « généralisée » et « totalisante »	Implication « professionnelle » et « partielle »
Universel	Général
Institutionnalisation/ désinstitutionnalisation	Changement ou disparition

Participe à la réalisation du « Bien Commun »	Réalisation d'objectifs spécifiques dans le contexte de l'efficience
Statut légal et symbolique	Statut juridique et conventionnel
Réforme	Changement
Temps « long »	Temps « court »
Relation de service public (traitement équivalent des usagers)	Relation de service privé (traitement personnalisé des clients)
Frontières établies par rapport à la société	Frontières établies par rapport aux autres organisations
Marge de manœuvre établie au regard de la dialectique « centre-périphérie » dans l'exercice du pouvoir	Marge de manœuvre établie au regard des éléments de contingence organisationnelle
Délégation comme échange de pouvoir	Délégation comme relais de pouvoir

Source : Pesqueux.Y (2007), « Critiques du néo-institutionnalisme en sciences des organisations », manuscrit publié dans Conférence internationale sur les méthodes de recherche, Lyon, France. Hal-00481067, version 1-5 May 2010.

Tableau 3 : Institution VS Organisation

3-2 De la proximité entre institution et organisation

La question des rapports entre institution et organisation a toujours posé problème pour les auteurs. S'il y a un flou sémantique qui « *plane au dessus* » des notions d'institution et d'organisation, c'est sans doute que l'une et l'autre ne peuvent être complètement séparées. Elles présentent des ressemblances, et sont en quelque sorte synonyme mais à des « *degrés différents* ».

Fauconnet et Mauss (1885-1901) dans Bouvier (1997, p.198) ont été les premiers à donner à l'institution, une connotation organisationnelle. Pour leur part, Bazzoli et Dutraive (1998), afin d'élucider la question de la frontière institution-organisation, ont choisi la pensée de Commons (1934) comme voie d'entrée. Celle-ci procède à une articulation des deux phénomènes tout en les délimitant.

- Les notions d'institution et d'organisation sont indissociables, « *toute organisation est une institution et l'organisation représente une forme particulière et particulièrement importante d'institution* » (Bazzoli et Dutraive, 1998, p.1-2). Institution et Organisation ne sont en fait que les deux faces d'un même phénomène. L'organisation (la structure organisationnelle) « *incarne matériellement l'institution dont elle émane selon une exigence d'efficience* »

(Bazzoli et Dutraive, 2002, p.7) et l'institution « *insère l'organisation dans un réseau de forces et de pouvoir* » selon une exigence de légitimité » (Dufourt, 1993, p.123).

- L'institution prime sur l'organisation, « *les phénomènes institutionnels priment sur les phénomènes organisationnels au sens où ils définissent la nature, les conditions de fonctionnement et les modalités d'évolution des organisations...* » (Bazzoli et Dutraive, 1998, p.2). Commons (1934) établit une hiérarchie entre institution et organisation à travers le concept de « *going concern* » ou « *d'action collective organisée* » selon lequel « *une organisation est une institution si elle fonctionne (if it goes)* » (Bazzoli et Dutraive, 1998). Il postule une primauté de l'action collective sur l'action individuelle au travers d'une articulation hiérarchisée entre ordre public et ordre privé, l'Etat est le garant des droits et des obligations des agents et des autres institutions.

Commons (1934) défend la thèse d'une proximité institution-organisation qu'il met en évidence au travers du concept de « *going concern* ». Ce concept est défini par Parson (1970), comme « *a collective behavior with a common purpose, and a collective will, governed by common working rules* ». Le principe fondateur qui guide les « *going concerns* » est la participation collective de tous les membres, l'objectif étant l'articulation de la dimension organisationnelle de l'institution et de la dimension institutionnelle des entités organisées. L'action collective, n'est en fait que l'œuvre des organisations actives (*going concerns*). Ces dernières sont définies par référence à un but commun, des règles d'activité (*working rules*) et des autorités chargées de la formulation et de l'application de ces règles (Chavance, 2001). Cette action collective peut prendre deux formes soit organisée soit inorganisée. Elle est inorganisée lorsqu'elle prend la forme d'une coutume, en revanche elle est organisée via les organisations actives telle que « *la famille, l'entreprise, l'organisation professionnelle, le syndicat, le système de réserve fédéral, l'Etat* » (Commons, 1931, p.69) cité dans Chavance (2001).

Le concept de « *going concern* » (Commons, 1934) est un concept clé pour démontrer en quoi l'organisation est une institution, sous-tendue par un processus d'institutionnalisation. Ce processus d'institutionnalisation dont il est question relève de trois aspects différents. Les deux premiers aspects concernent les aspects constitutionnels des organisations. L'organisation pour exister doit être au préalable instituée c'est-à-dire qu'elle doit avoir une existence juridique. « *L'association d'individus devient une personne légale qui existe concrètement par une structure organisationnelle. Cette structure se définit par rapport aux*

buts de l'institution ainsi créée et exprime les relations de pouvoir et d'autorité définies légalement dans ce moment d'incorporation. L'organisation est donc subordonnée à l'institution qu'elle incarne... » (Bazzoli et Dutraive, 2002, p.6). La naissance de la personnalité juridique de l'organisation marque son passage au statut de « *going concern* », soit « *une institution dont la spécificité est de définir un acteur collectif (corporate actor) et qui acquiert, dès lors, une relative autonomie par rapport au droit* » (Bazzoli et Dutraive, 2002, p.6). Il ressort donc que le « *going concern* » admet deux ensembles de règles, des « *règles externes légales de droit* » qui bâtissent l'existence légale de l'organisation et des « *règles internes* » conçues par l'organisation pour inventer son gouvernement, caractériser les conditions de l'appartenance à l'institution et accomplir son activité (Bazzoli et Dutraive, 2002).

Outre les aspects constitutionnels qui permettent de dégager la nature institutionnelle de l'organisation, il existe un troisième aspect qui permet cette articulation institution-organisation : la permanence et l'évolution des organisations. Selon Commons (1934), « *une organisation est une institution si elle fonctionne dans le temps* ». Une organisation ne peut être envisagée comme une institution que si elle perdure dans le temps, en dépit des changements qui peuvent affecter ses participants ou son gouvernement.

Ce qui fait l'originalité des travaux de Commons (1931, 1934) c'est qu'ils permettent d'assumer de façon positive la diversité qui entoure la notion d'institution. Cette diversité est loin d'être appréhendée comme un problème ou une « *inconsistance théorique* » (Bazzoli et Dutraive, 1998, p.2). Commons (1931, 1934) fait état d'une omniprésence des institutions et par conséquent des organisations. « *L'organisation fonctionne tant que les participants gagnent leur vie ou font un profit à travers l'action collective, elle peut faire faillite être dissoute ou encore absorbée par une autre organisation. Les individus entrent et sortent mais l'organisation continue si ce n'est sous une forme, sous une autre* » (Chavance, 2001). « *Les institutions sont en réalité des going concerns sachant qu'un going concern est une organisation* » (Commons, 1950, p34). « *L'organisation est une institution et les institutions existent par les organisations. La société est un ensemble emboîté d'organisations actives (going concern) au sommet duquel figure l'Etat, qui représente lui-même le going concern suprême. Dans la pensée de Commons, c'est le modèle de l'organisation qui prédomine qu'il serait possible de la qualifier de l'approche organisationnelle des institutions* » (Chavance, 2001).

Tout en reconnaissant cette proximité institution-organisation, Commons (1931, 1934) souligne également la suprématie de l'institution sur l'organisation, « *C'est l'institution qui donne sens et effectivité à l'organisation en l'enserrant dans des rapports d'autorité et de pouvoir, elle dépasse et rend possible la fonction de coordination de l'organisation en étant le lieu de l'élaboration d'un ordre normatif régulateur. L'institution est ainsi la catégorie analytique capitale parce qu'elle articule d'une part l'action individuelle à l'action collective, d'autre part les dimensions économique, juridique mais aussi éthique de l'action via les règles de fonctionnement qui en sont l'expression* » (Chavance, 2001).

Dans la lignée de ces travaux, plus récemment Juan (2009) est venu confirmer ce fait en niant l'existence de combat entre institution et organisation. A l'image de l'entreprise, qui peut présenter des aspects institutionnels, l'institution peut également abriter des aspects organisationnels. Les frontières entre institution et organisation ne sont pas aussi prononcées comme il y paraît, il existe des traits communs aux deux entités « *...les administrations ont une vocation a priori de type institutionnel-rien de plus intégrateur que de pourvoir à la santé publique, à l'éducation, à la sécurité ou aux nécessaires infrastructures-mais ne sont pas pour autant détachées (certains diraient absoutes) de toute orientation rationnelle en finalité.... A maints égards le secteur public relève aussi du secteur privé...* » (Juan, 2009, p.12).

Admettre cette proximité entre institution et organisation permet de les mettre à distance tout en s'affranchissant de tomber dans le piège de « *l'euphémisme* ». En effet, en acceptant la coexistence de ces deux regards, le sociologue fait preuve « *d'un réalisme sociologique, ... en ne cédant ni aux tentations individualistes et libérales des sociologies de l'intérêt, ni au formalisme un peu misonéiste et quelque fois rigide des sociologies fonctionnalistes* » (Juan, 2009, p.13). S'affranchir de cette opposition dichotomique institution/ organisation, c'est s'affranchir « *des impasses insurmontables et stériles du type de celles qui jalonnent l'histoire de la sociologie : positivisme et herméneutique, analyse quantitative et analyse qualitative, micro et macro, rapport de force et rapport de sens, etc....* » (Turmel, 1997, p.10). Selon cet auteur, « *dichotomiser* », entraîne nécessairement la hiérarchisation des termes de l'opposition, en plaçant sur une échelle scalaire en haut les activités fondées sur la finalité et en bas, les activités instrumentales, mercantiles et utilitaires.

3-3 Institution et organisation, entre dichotomie et proximité

Dans l'impossibilité de prendre position et de se prononcer pour l'une ou l'autre des conceptions (proximité et dichotomie), il convient de se placer en médiane entre les deux. L'institution et l'organisation, tout en partageant des points communs, se doivent de garder des distances et de se préserver des spécificités. Un raisonnement dichotomique conduit inévitablement à des impasses, une sorte « *d'aveuglement systématique* » (Turmel, 1997), qui élève l'institution à un rang supérieur et dévalue l'organisation, lui collant une image opportuniste et vulgaire. Dans le même ordre, rapprocher institution et organisation relève de « *l'euphémisme* » et de « *l'utopie* ».

Pour s'affranchir de l'amalgame institution-organisation, Turmel (1997) procède par un raisonnement triptyque. Il suggère un croisement triadique du concept d'établissement avec ceux d'institution et d'organisation. Il introduit la notion d'établissement comme une notion-interface pour concilier entre les dimensions institutionnelles et les dimensions organisationnelles (structures formelles et informelles de l'autorité, hiérarchie de pouvoir, budget, administration, gestion de personnel...).

Une institution ne peut en aucun cas être assimilée à l'établissement. Chacune des ces deux entités constituent des fragments distincts de la réalité et doivent être conceptuellement séparées. L'établissement est l'espace physique qui abrite l'institution et dans lequel elle se matérialise empiriquement tout en y demeurant distincte. Turmel (1997) définit un établissement comme « *un lieu physique et géographique où se déroulent un certain nombre d'activités articulées, autour d'une fonction sociale....ce dernier constitue un existant empirique, au sens de lieu et d'espace historiquement situé et daté. L'institution peut s'y manifester, s'y matérialiser, sans jamais toutefois se confondre terme à terme avec l'établissement* » (Turmel, 1997, p.8).

Section 2 : Changement institutionnel et changement organisationnel

1- Le changement institutionnel

1-1 Les théories du changement institutionnel

Plusieurs travaux de recherche entre autres Thelen (2003), Greenwood et al (2006) cherchent à théoriser les trajectoires d'évolution des institutions. Les travaux de Thelen (2003) mettent en évidence deux processus de changement à travers lesquels les institutions évoluent de « *façon incrémentale mais profonde* » (Palier et Surel, 2005, p.23). En sus des phénomènes

d'inertie, les institutions ont une capacité à se mouvoir et à se régénérer via des dynamiques d'adjonction institutionnelle et des dynamiques de conversion institutionnelle. Le processus d'adjonction institutionnelle suppose l'ajout de nouvelles institutions aux anciennes, menant progressivement à l'altération de l'ensemble de l'édifice institutionnel. En ce qui concerne le second processus qui est celui de conversion institutionnelle, il consiste à convertir les institutions pour les réorienter vers de nouveaux objectifs et par la même une modification de leurs rôles (Draelants et Maroy, 2007).

Théorie	Mécanisme privilégié	Nature du changement
Théorie de la conversion	Redéfinition des objectifs et du contenu d'une institution en fonction du contexte et de la stratégie des acteurs	Possibilité d'évolution au sein d'une institution du fait de la sous-détermination des règles impliquées.
Théorie de la sédimentation/ de la superposition/ de l'adjonction	<ul style="list-style-type: none"> - Superposition de nouveaux arrangements plutôt que destruction des anciens au sein d'un même champ - Bricolages 	Recombinaison de l'ancien et du neuf et obtention d'une configuration originale.

Source : Boyer.R (2004), « A quelles conditions les réformes institutionnelles réussissent-elles ? », Contribution au contrat finalisé Commissariat Général du Plan- CEPREMAP 2003-2004, <http://www.cepremap.ens.fr/~boyer/>

Tableau 4 : Quelques théories du changement institutionnel à la lumière de l'analyse de Thelen (2003)

A côté des théories de changement institutionnel telles que proposées par Thelen (2003), la théorie de la régulation conçoit le changement institutionnel comme une hybridation. L'hybridation repose sur une confrontation entre l'introduction d'une institution « *importée* » et des contraintes véhiculées par les configurations domestiques. La nature du changement ici est un processus d'essais et d'erreurs pouvant aboutir à une configuration originale, mais le plus souvent à l'échec de l'imitation pure et simple (Boyer, 2004). Les nouvelles institutions ex-nihilo vont en effet se joindre aux anciennes pour donner naissance, in fine, à une nouvelle configuration institutionnelle.

1-2 Les étapes du processus de changement institutionnel

Le processus de changement institutionnel admet six étapes: les secousses, la désinstitutionnalisation, la pré-institutionnalisation, la théorisation, la diffusion et la ré-institutionnalisation (Greenwood et al, 2002).

La première phase est marquée par une déstabilisation du champ organisationnel par des secousses (*precipating jolts*) touchant aux fondements sociaux, technologiques et réglementaires de l'institution, ouvrant ainsi la voie à la désinstitutionalisation. Durant cette phase de nouveaux acteurs, les entrepreneurs institutionnels, vont faire leur apparition dans le champ organisationnel en amenant avec eux de nouvelles idées qui ne vont pas tarder à remettre en cause les règles institutionnelles déjà en place. L'altération des institutions entamée lors des deux premières phases va donner lieu à un processus de pré institutionnalisation à travers lequel de nouvelles solutions sont proposées et expérimentées en vue de démontrer leur viabilité. En effet, ces nouveaux modes de fonctionnement seront soumis à un processus de légitimation, ce qu'il convient d'appeler « *théorisation* ». L'intérêt de la phase de théorisation est qu'elle permet de jeter les bases théoriques d'une justification technique et morale des nouvelles institutions (Garaudel et al, 2008). Une fois cette phase achevée, les nouvelles institutions vont pouvoir se réifier avant de se diffuser à l'échelle du champ. La diffusion marque le consensus autour de la nouvelle institution qui acquiert une légitimité pragmatique et devient ainsi une règle institutionnelle « *tenue pour acquise* », annonçant par la même la fin du processus de changement institutionnel par la phase de ré-institutionnalisation.

Le processus de changement institutionnel tel qu'exposé ci-dessus permet de décrire le cycle de vie des institutions ainsi que d'expliquer comment disparaissent certaines pratiques institutionnalisées existantes (processus de désinstitutionalisation) au profit de nouvelles pratiques qui se diffusent et acquièrent une légitimité au sein du champ institutionnel (Trouinard, 2004, Garaudel et al, 2008).

1-3 Les mécanismes du changement institutionnel

Campbell (2004) dans son ouvrage « *Institutional change and globalization* », s'intéresse à la question du changement institutionnel (Draelants et Maroy, 2007). Il présente les concepts de dépendance au sentier et de diffusion ou bien encore d'isomorphisme institutionnel comme les principaux mécanismes de changement institutionnel retenus par la théorie institutionnaliste. Toutefois, il considère que ces deux mécanismes à eux seuls sont insuffisants pour expliquer le changement institutionnel, c'est ainsi qu'il propose de les compléter par les notions de « *bricolage* » et de « *process of translation* ». Mais avant de passer à une analyse plus approfondie de la question du changement, nous allons dans un premier temps définir les concepts fondamentaux de « *path dependence* », de diffusion, de

« *bricolage* » et de « *process of translation* » ainsi que les apports de chacun d'eux pour élucider la question du changement institutionnel.

1-3-1 L'isomorphisme institutionnel

La diffusion ou les processus de mimétisme institutionnel ont été largement mobilisés par les néo-institutionnalistes sociologiques (Meyer et Rowan, 1987, DiMaggio et Powell, 1991) pour expliquer l'homogénéisation frappante des réponses des pays aux contraintes et pressions institutionnelles. « *Institutionalists use the concept of diffusion to refer to the spread of institutional principles or practices with little modification through a population of actors (...). Diffusion leads to isomorphic or homogenous outcomes in population of organisations* » (Campbell, 2004).

1-3-2 La « *dépendance au sentier* »

La « *dépendance au sentier* » est au cœur de la théorie du changement institutionnel (North, 1990). Elle s'est développée durant les années 1990 pour souligner l'importance du poids des origines dans le développement des politiques publiques (Merrien, 1990). Selon Palier (2004, p. 318) cité dans Draelants et Maroy (2007), la notion de « *path dependence* » insiste sur « *les façons dont le tissu plus ou moins ancien et serré de règles, de pratiques et de cartes mentales enracinées pèsent sur les comportements des acteurs et contribuent à la continuité de l'action publique plutôt qu'à sa transformation* » (Draelants et Maroy, 2007, p.16-17). Elle accorde une grande importance au passé en soulignant que les choix actuels découlent des occurrences passées. C'est ainsi, que les réformes pour réussir doivent s'inscrire dans la continuité des arrangements institutionnels existants. Elles doivent « *composer avec le passé et l'histoire nationale à un poids important dans la trajectoire des systèmes* » (Batifoulier et al, 2006, p.8).

De nombreuses études mettent en évidence l'importance de la dépendance au sentier dans l'analyse des phénomènes économiques et politiques (Mahoney, 2000, Mahoney, 2001, Pierson, 2000, Thelen, 1999). Ces études comparatives démontrent que les choix du présent se font en fonction de l'héritage et du patrimoine institutionnel et que le changement lorsqu'il se produit, il emprunte le même sentier. Ceci s'explique par l'existence de mécanismes de reproduction, de « *blocage et d'auto-renforcement institutionnels* » (Hodgson, 1998, p.172). Ces mécanismes vont faire en sorte que les choix des acteurs aboutissent à la mise en place d'institutions ayant des « *propriétés d'auto-reproduction* » (Mahoney, 2001, p111). A un

moment donné, le choix effectué par l'acteur va entraîner une irréversibilité des phénomènes et limiter ainsi la palette des choix futurs. La dépendance au sentier fait naître des situations de « *blocages institutionnels* » (Bardhan, 2001, North, 1990) qu'il est difficile de débloquer. Pierson (1994) décrit cette situation en termes de « *policy lock-in* » soit une « *clôture des chemins de dépendance* », « *les politiques publiques créent des incitations qui encouragent les individus à agir de telles façons que les politiques suivantes se trouvent par la suite enfermées sur une voie particulière de développement* » (Pierson, 1994) cité dans Bonoli et Palier (1999).

Dans les travaux inhérents à la transitologie, deux versions de la « dépendance au chemin » sont avancées : une version négative et une version positive.

➤ La conception négative de « *path dependence* »

La dépendance au chemin en ce qu'elle favorise un fort attachement à l'histoire institutionnelle plaide en faveur de la stabilité plutôt que le changement. Elle se dresse en obstacle face au changement, empêchant toute tentative de réforme dans un contexte d'immobilisme culturel et de verrouillage institutionnel (Rochaix et Wilsford, 2005) cités dans Batifoulie al (2006). Selon Koleva (2003), les institutions informelles ont tendance à agir comme un frein au changement institutionnel, « *les normes partagées enferment les individus dans un destin collectif menaçant le succès de la transition...* » (Koleva, 2003, p.56). Elles bloquent toute tentative de transformation et conduisent ainsi au maintien « d'institutions pathologiques ». Ce « *lock-in* », « *désigne la situation où un choc externe et radical dans les institutions formelles s'accompagne soit d'une rigidité totale des règles informelles, soit d'une légère modification de ces dernières suivies d'un mouvement de gravitation (retour) vers les anciennes caractéristiques (Hedlund, 2000)* » (Koleva, 2003, p.56).

➤ La conception positive de « *path dependence* »

Le « *patrimoine génétique institutionnel* » peut agir comme une ressource pour la construction institutionnelle. Les institutions léguées par le passé vont contribuer à la refonte de l'architecture institutionnelle (Koleva, 2003). Cette version positive du concept de « *path dependence* » tempère le poids des phénomènes de verrouillage. Elle reconnaît que les agents sont capables d'opérer des choix et dans certains cas débloquent la trajectoire institutionnelle (Koleva, 2003), dépassant en cela la vision déterministe de l'évolution institutionnelle.

Les deux mécanismes « *isomorphisme institutionnel* » et « *path dependence* » (dans leurs deux versions) semblent mieux outillés pour comprendre la stabilité institutionnelle plutôt que le changement (Gazibo, 2000, Campbell, 2004).

La « *dépendance au sentier* » est utile pour comprendre la reproduction institutionnelle. Selon les tenants du néo-institutionnalisme historique, les pressions réformatrices aussi bien endogènes qu'exogènes mènent généralement à l'ajustement des institutions existantes plutôt qu'à la création de nouvelles (March et Olsen, 1989). De la même manière, plusieurs auteurs soulèvent les limites des phénomènes de mimétisme et d'importation des modèles institutionnels tels que préconisés par le néo-institutionnalisme sociologique. Ils mettent en garde contre le risque « *d'occidentalisation du monde* » (Mény, 1992). Les Etats dans leur volonté d'acquérir une légitimité s'obstinent à transposer des modèles institutionnels qui s'accommodent mal à leurs patrimoines institutionnels créant de fortes distorsions. Selon Mappa (1998) cité dans Gazibo (2002, p.157), « *la rupture proviendrait de la distorsion entre normes sociales et normes institutionnelles, ces dernières étant perçues comme des arrangements désincarnés, insignifiants qui flottent au dessus de la société sans la pénétrer* ». Pour Campbell (2004), les processus de mimétisme institutionnel posent problème, parce qu'ils « *théorisent très peu, la façon dont les « scripts » ou les modèles se diffusent au sein des Etats-nations* » (Draelants et Maroy, 2007, p.24). « *Diffusion appears to be a mindless mechanical transfer of information from one place to another (). As a result, many of us tend to assume that diffusion results in homogeneous or isomorphic outcomes where all organizations in a field gradually adopt identical practices and converge with respect to their form and function* » (DiMaggio et Powell, 1983). L'autre problème soulevé par le concept « *d'isomorphisme institutionnel* », c'est que les organisations à la quête d'une légitimité sociale, ont tendance à adopter les nouvelles pratiques de façon « *cérémonielle* », dans une logique de « *convenances sociales* » plutôt qu'instrumentale. Appliquée au cas de la réforme des hôpitaux publics, Herreros (2007) en parle en termes de logique de « *comme si* ». Selon lui, la réforme a tendance à se faire en façade, à la surface sans toucher le fond, laissant ainsi planer le doute sur et autour des acteurs.

Les limites reconnues aux processus de « *mimétisme institutionnel* » et de « *path dependence* » sont nettement perceptibles dans les taux d'échec élevés des transferts de politiques publiques tel que recensés dans la littérature. Pour atténuer le risque d'échec de « *l'import institutionnel* », Darbon (1993) cité dans Gazibo (2002, p.157-158) insiste sur les « *phénomènes de réappropriation et d'indigénisation des modèles même lorsque ceux-ci sont*

exogènes ». Les politiques publiques lorsqu'elles sont transposées, ne doivent pas l'être comme telles, il faut au préalable qu'elles subissent un processus d'adaptation pour qu'elles soient en adéquation avec les spécificités institutionnelles du pays d'accueil. Campbell (2004) propose les processus de « *bricolage* » et de « *process of translation* » pour penser la diffusion d'un modèle institutionnel.

➤ Le bricolage institutionnel

Campbell (2004), en s'inspirant de Douglas, Levi Strauss et Veblen propose une définition du « *bricolage institutionnel* » qui se rapproche de celle de Thelen (2003), soit une recombinaison de l'ancien et du neuf pour l'obtention d'une nouvelle configuration originale. *“Institutions provide a repertoire of already existing institutional principles and practices that actors can use to innovate. The Key is to recognise that actors often craft new institutional solutions by recombining elements in their repertoire through an innovative process of bricolage whereby new institutions differ from but resemble old ones”* (Campbell, 2004).

La notion de « *bricolage* » vient préciser la nature du changement institutionnel et ainsi y apporter une meilleure compréhension. *“Through bricolage, institutions evolve in a path dependence way and the process is evolutionnary”* (Campbell, 2004).

➤ Le « *process of translation* »

“Diffusion studies fail typically to recognise that when institutional principles and practices travel from one site to another, recipients implement or enact them in different ways, and to greater or lesser extent, depending on their local social and institutional context. More specifically, new ideas are combined with already existing institutional practices, and therefore, are translated into local practice in varying degrees and in ways that involve a process very similar to bricolage. The difference is that translation involves the combination of new externally given elements received through diffusion as well as old locally given ones inherited from the past.” (Campbell, 2004). A la différence du bricolage, le « *process of translation* », consiste à superposer aux anciennes institutions héritées du passé, les nouvelles « *importées* » de l'extérieur.

1-4 Le changement institutionnel, un changement incrémental

Les différents mécanismes de changement institutionnel présentés ci-dessus renvoient à un modèle de réforme institutionnelle évolutionnaire et continu. Il s'agit, ici d'un changement incrémental, progressif et graduel "*which proceeds in small, incremental steps along a single path in a certain direction*" (Campbell, 2004). Ce changement dresse le portrait d'institutions enclines à l'inertie en raison des différents mécanismes de dépendance au sentier "*today's institutional arrangements differ from but still closely resemble yesterday's because they have inherited many of their predecessor's characteristics*" (Draeants et Maroy, 2007, p.20). La dépendance au chemin s'accommode en cela à une « *conception ferroviaire* » (rester dans les rails) (Batifoulier et al, 2006).

Les réformes introduites dans le domaine des politiques publiques débouchent principalement sur des ajustements. « *Les décisions prises au début d'une politique canalisent les développements ultérieurs dans une certaine direction. Les réformes sont toujours limitées et s'inscrivent dans des logiques établies* » (Bonoli et Palier, 1999). Dans un contexte fortement marqué par la rhétorique de la réforme, le changement des politiques sociales relève plus d'une adaptation incrémentale, d'une modification à la marge (Bonoli et Palier, 1999). Les organisations publiques ont généralement tendance à s'opposer à tout changement majeur. La littérature sur le changement institutionnel souligne que ce type de changement est déstabilisant, consomme beaucoup de temps et est exposé à des taux élevés d'échec, ce qui explique la tendance au maintien en place des systèmes pour une longue période (Johnson et al, 2000, Scott, 2001, Powell et DiMaggio, 1991, Zucker, 1977). Les innovations institutionnelles sont souvent rejetées par les acteurs qui y voient une grande incertitude et un risque élevé (Aldrich et Fiol, 1994, Hargadon et Yellowlees 1999, Johnson et al, 2000).

Pour illustrer la continuité des arrangements institutionnels qui malgré les changements continuent à emprunter le même chemin, les exemples dans la littérature ne manquent pas. En matière de réforme de politique de protection sociale, « *les recherches comparatives disponibles montrent qu'il est difficile aujourd'hui de parler de changements profonds des différents systèmes de protection sociale : chacun a continué de suivre son propre chemin* » (Bonoli et Palier, 1999). Les changements s'inscrivent dans la continuité de chacun des différents régimes de protection sociale. Jacob (1998) est parvenu à la même conclusion. Ce dernier, en étudiant les politiques de décentralisation en Afrique, a montré que les nouvelles institutions politiques issues des réformes ne sont pas indépendantes de celles héritées de

l'époque précoloniale. Il a introduit le concept « *d'accumulation institutionnelle* » à travers lequel il explique que les institutions nouvellement créées n'éliminent pas celles anciennes, mais qu'elles viennent s'y ajouter. Les trajectoires d'évolution des systèmes politiques ne sont que le fruit d'un compromis entre les logiques nationales et les critères transnationaux. « *Les recettes des voisins sont cuisinées à la sauce locale et conduisent à une hybridation du système...* » (Batifoulier et al, 2006, p.8), pour donner lieu, in fine, à une palette de politiques publiques. Pierson (1994) relève à ce propos, la grande solidité et le fort attachement aux racines dont font preuve les Etats-providence, qui sont décrits comme des « *îlots de stabilité* ». « *Qu'on admire ou qu'on méprise la complexité des Etats providence, un de leur traits les plus troublants paraît être leur incapacité à changer de direction, de priorité ou de procédure... La structure fondamentale des systèmes de protection sociale de chaque pays est solidement implantée et ne semble pas devoir disparaître. Au contraire, même les plus fervents critiques d'une générosité excessive et des fraudes auxquelles donnent lieu les programmes sociaux, Ronald Reagan et Margaret Thatcher, n'ont guère eu d'autre choix que de maintenir les principaux programmes sociaux* » (Ashford, 1989) cité dans (Bonoli et Palier, 1994).

1-5 Les dimensions du changement institutionnel

L'étude du changement institutionnel doit recouvrir l'ensemble des trois dimensions de l'institution identifiées par Scott (1991) : la dimension réglementaire ou coercitive, la dimension normative et la dimension cognitive. La réforme publique en ce qu'elle implique des changements au niveau des règles, des normes et des valeurs est de nature institutionnelle. Tout d'abord, au niveau réglementaire, la réforme publique apporte à la gouvernance des organisations publiques un nombre considérable de nouvelles lois qui viennent en remplacement des anciennes (imputabilité, reddition des comptes, transparence, système de récompense...). Sur le plan normatif, la réforme publique en incitant les organisations publiques à explorer de nouveaux gisements d'efficience et d'efficacité, les conduit à revoir profondément leurs objectifs organisationnels, la stratégie poursuivie, les pratiques de gestion et même les structures organisationnelles. Enfin pour la troisième dimension cognitive qui concerne les valeurs et les croyances, la réforme est accompagnée par une « *injection* » dans l'organisation publique de nouvelles valeurs qui consacrent l'autonomie de gestion et l'innovation.

Campbell (2004), attire l'attention sur la nécessité d'étudier simultanément le changement sur ces différentes dimensions, il est important « *to unpack the critical dimensions of an institution and track them over time* ». Il serait en effet intéressant d'articuler les différentes dimensions car le rythme de changement peut être différent d'une dimension à une autre et qu'il y a des relations différentes entre les changements sur les différentes dimensions. Il convient d'étudier les différentiels de rythme entre les différentes dimensions de l'institution. Les interactions entre ces différentes dimensions peuvent également déboucher sur des questions intéressantes : une dimension cognitive de l'institution peut tantôt ralentir le changement des réglementations formelles, tantôt l'inciter (Draelants et Maroy, 2007).

1-6 Le renouveau du changement institutionnel par les modèles de « path dependence -path shifting »

Le large consensus qui semble se dessiner autour du concept de « *dépendance au sentier* », commence à être fortement déstabilisé par de nombreuses études. Ce concept de « *path dependence* » largement dominant dans le domaine des politiques publiques laisse transparaître des limites, poussant les auteurs à en rechercher des alternatives. Plusieurs auteurs lui reprochent sa tendance à exagérer les phénomènes de stabilité politique et de persistance des arrangements institutionnels, suggérant par la même de lui associer le concept de « *path shifting* ». Ce concept qui s'inscrit dans une perspective évolutionnaire met l'accent sur « *les propriétés dynamiques des systèmes économiques, composés d'agents hétérogènes, qui tendent à évoluer de façon non linéaire et se caractérisent par une multiplicité de trajectoires, dépendants des événements de leur propre histoire* » (Koleva, 2003, p.53). « *La forte indétermination propre à un processus par essence complexe (...), l'incertitude portant sur la nature même de l'état final - il peut très bien y avoir transition à un état imprévu, le cas échéant indésirable –, la possibilité d'un blocage (...) ou de l'absence de stabilisation du changement* » (Chavance, 1990, p.88) sont des éléments fondateurs de la vision évolutionnaire. Celle-ci « *ouvre la voie à une prise en compte du rôle de la stratégie des acteurs et des conflits liés à des asymétries de pouvoir dans la compréhension des sources du changement* » (Koleva, 2003, p.55).

Le concept de « *path dependence* » est accusé de surestimer le poids du legs du passé ce qui élimine toute possibilité de changement. La dépendance au sentier à force de trop mettre l'accent sur la continuité institutionnelle, ignore les possibilités de réformes innovatrices, car « *souvent derrière une stabilité de surface, des changements fondamentaux ont été adoptés* »

(Bonoli et palier, 1999). En effet, même des changements mineurs, à échelle réduite, peuvent à terme donner lieu à de profondes transformations. « *Ils peuvent être fondamentaux pour l'avenir, pour autant qu'ils ouvrent de nouveaux chemins de dépendance. L'introduction de logiques nouvelles implique de nouveaux principes, de nouvelles valeurs et de nouveaux objectifs* » (Bonoli et Palier, 1999). C'est l'accumulation de changements marginaux qui vont mener à terme à un changement de plus grande ampleur.

Le changement institutionnel se décline sous deux formes : « *path dependent change* » et « *path shifting change* ». Alors que le « *path dependent change* » suppose un changement des instruments de politiques publiques sans qu'il y ait un changement des logiques d'ensemble (changement incrémental), le « *path shifting change* » relève d'un changement radical. Il en prendra l'une ou l'autre de ces formes en fonction de l'objet de changement lui-même. Le changement institutionnel pouvant porter respectivement sur les buts, les instruments de politiques publiques ou bien encore sur le mode d'utilisation (settings). Hall (1986) scinde le changement institutionnel en trois niveaux :

- Un changement de premier ordre : il correspond à la modification du niveau d'utilisation des instruments (par exemple changement du taux de change) ;
- Un changement de deuxième ordre : il est marqué par l'introduction de nouveaux instruments pour la concrétisation et la mise en place de l'action publique (exemple : mise en place d'un nouveau système de contrôle des dépenses publiques).
- Un changement de troisième ordre : ce type de changement est caractérisé par un changement simultané des trois composantes des politiques publiques c'est-à-dire leurs objectifs, leurs instruments et leurs usages. Ce changement correspond en fait à un « *changement paradigmatique* » de politique publique soit un changement du cadre structurel.

Ce troisième niveau de changement tel qu'identifié par Hall (1986), relève d'un changement structurel. La « *dépendance au sentier* » étant dans l'incapacité de se saisir, de ce changement, le concept de « *path shifting* » a été développé. Ce dernier vient en complément de la « *path dependence* » pour démontrer l'aptitude des réformateurs à le contourner, même si c'est de façon limitée.

Le modèle de « *path shifting* » ne nie pas le phénomène de « *dépendance au sentier* », toutefois il le relativise donnant une plus grande importance aux acteurs. Il est impossible d'induire la réforme dans un contexte de vide institutionnel. « *Tout en tenant compte des legs*

du passé, l'approche en termes de path dependence et path shifting ne néglige pas le rôle des actions institutionnelles mues par les anticipations » (Koleva, 2003, p.61). Les institutions lorsqu'elles sont créées, sont « quelque chose de plus qu'un mixte de bricolages dépendants du chemin ou inspirés de l'extérieur » (Federowicz, 2000, p. 97).

	L'héritage = contrainte négative	L'héritage = contrainte positive	Modèles path dependence/ path shifting
Intentionnalité	Possible dans la création des institutions formelles lors de la fenêtre d'opportunité initiale, quasi impossible par la suite	Admise au début de la transition (bricolage)	Capacité des agents à produire des changements en fonction de leurs intérêts, dynamique innovation-conflits
Verrouillages	Omniprésents liés aux rendements croissants des institutions informelles irréversibles	Possibilité de verrouillage résultant des réformes volontaristes, du début de la transition, difficile à renverser	Possibilité de verrouillages-déverrouillage possible par l'action stratégique et par la résolution temporaire des conflits.
Evolution institutionnelle	Très lente, déterministe	Graduelle	Graduelle et/ ou brusque (mais pas forcément exogène), rôle des groupes dominants détenteurs de pouvoir (économique, politique).

Source : Koleva (2003), les cahiers de CEDIMES

Tableau 5 : Typologie des approches d'effets de sentier dans l'analyse de la transition (application à l'échelle macro-économique)

1-7 Les stratégies de changement institutionnel de politique publique

Bonoli et Palier (1999) ont identifié quatre grandes stratégies de réforme de politique publique. Ces stratégies viennent en appui de l'existence d'un changement structurel de politique publique à côté du changement incrémental largement reconnu à la réforme publique. Il sera question de les expliquer dans ce qui suit :

- La stratégie de confrontation : cette stratégie est la mieux adaptée pour introduire une réforme radicale. Elle consiste à introduire une réforme sans tenir compte des préférences des acteurs. Pour le gouvernement, cette stratégie présente l'avantage d'être rapide et sans compromis. Cette approche est plus fréquemment utilisée dans les contextes politico-institutionnels à forte concentration de pouvoir.

- L'action sur le référentiel : Cette stratégie vise la modification des représentations cognitives et normatives avant d'introduire la réforme. La réforme passe généralement par l'organisation de campagne médiatique pour justifier de sa nécessité, de son urgence et convaincre le public pour y adhérer.
- L'action sur la structure des intérêts : Il s'agit à travers cette stratégie de mettre en place de nouvelles structures d'interaction politiques entre les intérêts en jeu, dans le but de modifier la cartographie du pouvoir des acteurs concernés par le programme soit dans le sens de son renforcement ou de son affaiblissement.
- La stratégie du changement progressif : Cette stratégie consiste à introduire la nouvelle logique de façon limitée, pour ensuite agir dessus afin de produire des changements plus profonds. Cette stratégie est de nature à apaiser les tensions qui risquent de surgir suite à l'introduction de la nouvelle logique, perçue à cet effet, comme une mise en péril probable de la stabilité du système.

Les mécanismes de « path dependence », en faveur du renforcement des phénomènes de persistance institutionnelle et de changement incrémental qui ont largement dominé la littérature sur les politiques publiques ne rendent compte que très partiellement des réformes structurelles. Les réformes institutionnelles ne se réduisent pas uniquement à un changement incrémental, elles peuvent également revêtir un caractère structurel. En effet, les gouvernements (à travers l'ensemble de leurs institutions) sont en mesure de contourner le poids de l'histoire institutionnelle qui pèse sur eux et de développer des stratégies qui permettent l'adoption de réformes qui sortent des logiques préétablies (Bonoli et Palier, 1999).

1-8 Le changement institutionnel dans les 3I

A l'image des institutions, le changement institutionnel se décline de façon différente selon les trois branches de néo-institutionnalisme : historique, sociologique et des choix rationnels.

L'institutionnalisme historique à travers le concept de « *path dependence* » vise à expliquer la continuité plutôt que le changement. Il met l'accent sur la reproduction institutionnelle à travers les mécanismes de renforcement et les phénomènes de « *lock-in* ».

Pour le néo-institutionnalisme sociologique, les institutions sont des constructions sociales qui ressemblent aux sociétés dans lesquelles elles ont pris vie. En effet, le changement institutionnel se réaliserait dans un objectif de légitimité sociale.

Le néo-institutionnalisme des choix rationnels porte un regard différent sur les institutions qu'il considère comme productrices de mécanismes de coordination. La création institutionnelle passe par la définition de la fonction des institutions et par l'identification des acteurs à qui profite cette fonction. Cette variante du néo-institutionnalisme reflète une vision instrumentale des institutions. Le changement institutionnel est un acte volontaire des acteurs qui a pour objectif d'accroître l'utilité et l'efficacité des institutions. Ces derniers auront tendance à transformer les institutions lorsque celles-ci ne génèrent pas les bénéfices prévus par leur création.

Section 3: Le NPM, ou comment penser la réforme institutionnelle comme un changement organisationnel ?

Le changement organisationnel fait référence à la stratégie soit à un modèle normatif. Il est souvent perçu comme un phénomène dirigé et organisé qui émane généralement d'un acte volontaire de la direction (Rondeau, 2008). Cet auteur dresse une typologie des changements organisationnels, s'appuyant en cela sur les quatre piliers de l'architecture organisationnelle, à savoir la gestion des processus, la gestion des personnes et des compétences, la gestion des ressources et la gestion du positionnement de l'organisation dans son environnement d'affaire. A chacun de ces piliers, il fait correspondre un type de changement qu'il applique indifféremment aux entreprises privées et aux institutions publiques.

Le premier type de changement qui correspond au changement des processus est appelé « *réaménagement* ». En faisant le constat de la déficience des processus d'affaire, le réaménagement vise un plus haut niveau d'intégration des activités en faisant appel aux technologies et un partage plus poussé de l'information stratégique entre les différents niveaux organisationnels.

Le deuxième type de changement « *renouvellement* » vise la modification des pratiques organisationnelles. Toutefois, une transformation des pratiques, exige au préalable une modification de la culture organisationnelle. Les acteurs doivent être prêts à changer leurs manières de faire et à mieux se responsabiliser. Le « *renouvellement* » appelle donc à une plus forte mobilisation des acteurs pour l'atteinte des résultats

Le troisième type de changement est celui qui concerne les ressources qu'il définit comme un « *réalignement* ». Ce changement s'appuie sur une optimisation de l'utilisation des ressources de l'organisation et une plus grande imputabilité des acteurs. Il cherche à doter l'organisation

de mécanismes de contrôle pour garantir une gestion efficiente des ressources. Les efforts d'un tel changement vont dans le sens de l'externalisation, de l'aplatissement des structures et de la rationalisation.

Enfin le quatrième type de changement se rapporte aux efforts organisationnels déployés par l'organisation pour faire évoluer son offre de service de façon à être en conformité avec les besoins des clients. Rondeau (2008), le qualifie d'un « *redéploiement* » soit un repositionnement de l'organisation dans son environnement.

Le NPM vise une amélioration de la performance publique à travers quatre axes : la planification stratégique, le management participatif, le contrôle de gestion et le management de la qualité. Par analogie entre ces axes et les changements identifiés par Rondeau (2008) : le « *réaménagement* » correspondrait à la planification stratégique et à l'introduction des TIC, le « *renouvellement* » serait plutôt de l'ordre du management participatif, le « *réalignement* » comme un contrôle de gestion et enfin le « *redéploiement* » en tant que management de la qualité. Ce rapprochement opéré entre le NPM et les types de changement appuie l'idée selon laquelle la réforme institutionnelle telle que pensée par la NGP, est un changement organisationnel. En effet, la NGP utilise les outils du changement organisationnel pour fédérer le changement institutionnel.

La question du changement est au cœur de l'analyse des politiques publiques « *toute politique publique recouvre une théorie du changement social* » (Mény et Thoenig, 1989). Cette question du changement a inspiré une littérature importante dans diverses disciplines et a suscité de nombreuses controverses dans le domaine d'étude des politiques publiques. Pour définir le changement dans l'action publique, Muller (2005) s'appuie sur la définition de Hall (1993). Conformément à cette définition, il y a un changement de politique publique en présence de trois types de changement :

- Un changement des objectifs soit des cadres normatifs qui guident l'action publique ;
- Un changement des instruments de concrétisation et de mise en œuvre l'action publique
- Un changement des cadres institutionnels qui structurent l'action publique.

Le NPM en envisageant le transfert des pratiques de gestion de la sphère privée vers la sphère publique laisse présager d'une confusion entre institution et organisation et s'aligne par la même sur une approche fonctionnaliste.

L'analyse fonctionnaliste de l'organisation propose une approche exogène par les outils. Le structuro-fonctionnalisme s'est développé durant les années 1960, en réponse à l'école des relations humaines. Les fonctionnalistes reprochaient à ces approches leur tendance à majorer l'importance du facteur humain (leurs motivations, leur psychologie, leurs besoins et leur état d'âme) d'une part et d'autre part à minorer l'importance des conflits d'intérêts entre les acteurs. Selon l'école structuralo-fonctionnaliste, ce n'est pas uniquement les hommes qui expriment des besoins, le système dans lequel ils évoluent a également des besoins qui peuvent converger ou bien diverger. Ce qu'il convient d'expliquer c'est comment fonctionne le système et comment s'ajustent les rôles, les fonctions et les comportements des uns par rapport aux autres. L'approche fonctionnaliste est donc de nature objective, elle met l'accent sur les « *conditions problématiques* » qui affectent le fonctionnement des individus et des groupes plutôt que les « *processus par lesquels une société en vient à les reconnaître* » (Ouellet, 1998, p. 53). L'attention des fonctionnalistes est dirigée vers le système, ce n'est pas les individus dans l'organisation mais celle de la survie de l'organisation et de son adaptation à l'environnement qui importe. Le fonctionnalisme permet d'étudier la société comme « *une totalité qui intègre les différentes institutions, ayant chacune une fonction propre à l'intérieur de la société* » (King, 1989). En favorisant une entrée par le système, il s'inscrit dans le paradigme holiste. Selon Pacherie (1995), une approche est dite fonctionnaliste lorsqu'elle « *s'intéresse à un niveau de description d'une organisation où les éléments de celles-ci peuvent être caractérisés en termes de leur rôle fonctionnel et où cette caractérisation permet une explication du comportement global de cette organisation* » (Pacherie, 1995, p.9). En effet, cette perspective appartient au paradigme déterministe, les individus y sont considérés « *comme les simples rouages d'un système dont ils servent les finalités* ». Selon De Coster (1987, p.72), « *plutôt que de partir des conditionnements sociaux qui déterminent le déroulement d'une action, le fonctionnalisme renverse l'explication en partant des finalités de l'action qui amènent son déroulement.* ». De même, pour Merton (1949) et Parsons (1951), les principaux auteurs de cette théorie, l'organisation est bien loin d'être socialement neutre, toute organisation partage les valeurs de la société dans laquelle elle évolue. Elle doit s'y adapter, réaliser les buts qui lui sont assignés, intégrer ses différents éléments, maintenir sa cohérence et enfin veiller à maintenir le système de valeurs dominant.

Le NPM, en ce qu'il consacre une suprématie des outils, s'aligne sur une approche fonctionnaliste. Il défend un modèle « *isomorphique du changement* » qui prévoit un rapprochement entre la sphère publique et la sphère privée. Il postule que les organisations

publiques ne peuvent aspirer à une meilleure efficacité et efficience qu'au prix d'un transfert des pratiques de gestion exclusives au privé.

Les organisations publiques, objets de réformes sont le théâtre de collision entre approche fonctionnaliste incarnée par le NPM et « *approche substantialiste* » consacrant la perpétuité de la substance institutionnelle. En effet, le principal danger qui guette les institutions du secteur public est de se voir vidées de leur substance institutionnelle qui fait leur identité et leur singularité pour être submergées par l'organisation.

Section 4 : Le changement dans les organisations publiques, un processus complexe

La conduite du changement diffère d'une organisation à une autre qu'il devient difficile d'en proposer un *modus operandi* transférable (Rondeau, 2008). Nous ne pouvons pas prévoir à l'avance la trajectoire du changement ou bien ce sur quoi il va déboucher, étant donnée son caractère imprévisible et complexe. « *Il est futile de croire que l'on peut soumettre un phénomène aussi insidieux et chaotique à une méthodologie rigoureuse en croyant ainsi contrôler tous les aléas d'un bouleversement de situation.* » (Rondeau, 2008, p.6).

Le changement est d'autant plus difficile dans le contexte des organisations publiques. Celles-ci sont fidèles à une logique d'exécution des directives des autorités de tutelle sans aucune capacité de réaction, au point d'être obstinées par le contrôle et le respect de la règle. La bureaucratie au sens wébérien de Max Weber est explicitement conçue pour obéir et non pas pour imaginer. La gestion publique est fortement imprégnée par la prédominance de la règle juridique. Les acteurs publics sont formés à la discipline et à l'obéissance ce qui amplifie leurs comportements attentistes et passifs.

Dans la littérature relative au changement de politique publique, les auteurs James et Lodge, (2003) cités dans Delpéuch (2008), dégagent principalement deux facteurs inhibiteurs : l'inadéquation de la matrice cognitive du contexte d'accueil de la solution importée et la volonté de maintien du statu quo.

La réforme publique à travers la transition vers un nouveau modèle de gestion déploie des mécanismes de type marché (MTM), ce qui ne va pas tarder à se répercuter sur les acteurs publics. Ces derniers, au contact direct de ces outils, seront les premiers concernés et les plus touchés par la transition. Ils risquent de se trouver dans une situation de « *dissonance cognitive* » (Festinger, 1957), dans la mesure où ils sont appelés à manipuler des outils qui véhiculent des valeurs allant à l'encontre de leur référentiel de base. Les acteurs publics sont

plongés dans un état de « *schizophrénie* » grave. « *Les instruments ne sont pas des outils axiologiquement neutres et indifféremment disponibles. Ils sont au contraire, porteurs de valeurs, nourris d'une interprétation du social et de conceptions précises du mode de régulation envisagé* » (Lascoumes et Le Galès 2004). La cohabitation de valeurs publiques et privées créent chez les acteurs publics des conditions paradoxales et des ambivalences de perceptions. En effet, le secteur public présente des spécificités qui risquent d'entrer en conflit avec les valeurs véhiculées par les pratiques inspirées du privé. L'organisation publique consacre une rationalité juridique mettant l'emphase sur le respect des règles et des procédures au détriment même de l'atteinte des résultats ce qui est de nature à rigidifier les comportements des acteurs publics, éliminant toute capacité d'innovation et de prise de risque. En effet, les pratiques héritées du passé ont valeur de « *routines* » et de « *règles* » fortement ancrées et enracinées dans l'esprit des acteurs publics qui auront du mal à s'en détacher. Au cours de son histoire, l'organisation publique aura accumulé une expérience et des routines qui seront difficiles à démanteler. Les organisations disposent de mémoires, de normes, et de systèmes culturels (Shrivastva, 1987).

Par ailleurs au-delà de l'inadéquation de la matrice cognitive qui se pose comme un obstacle au changement, il y a un autre facteur non moins important qui pèse sur le succès du changement ou son échec, il s'agit du statu quo. Les pratiques héritées du passé sont aussi une garantie pour les acteurs publics qui veulent préserver l'état actuel des choses. Les acteurs craignent de perdre les avantages de la situation actuelle, notamment une redéfinition de la cartographie des relations de pouvoir qui ne leur soit pas bénéfique. La résistance au changement s'explique en partie par les effets qu'il induit sur les relations de pouvoir. En effet, le changement quelque soit son ampleur va altérer les relations de pouvoir, qui lient les individus les uns aux autres au sein de l'organisation (Rouillard, 2003).

Après avoir fait la lumière sur le changement institutionnel et sur le changement organisationnel, il ressort des différents développements théoriques précédents que ces deux changements relèvent de deux ordres de grandeurs substantiellement différents. Ils viennent à contredire l'hypothèse selon laquelle changement organisationnel et changement institutionnel sont identiques ou substituables. En effet, le NPM a tort de vouloir restreindre la réforme institutionnelle à un changement organisationnel. Il serait plus pertinent, à la lumière des développements antérieurs, de penser le changement institutionnel et le changement organisationnel comme deux phénomènes complémentaires. La réforme publique, serait en fait un système à double vitesse. Il faudrait rompre avec la logique de substituabilité qui a

longtemps dominé pour s'inscrire dans une nouvelle logique d'alternance. C'est dans ce sens que Bouckaert (2003) décrit le passage d'un Etat wébérien à un Etat néo-wébérien par référence à une stratégie de réforme de la gestion publique fondée sur le couple « *maintenir-moderniser* ».

Cette tension constante entre changement et stabilité trouve son explication dans la dépendance au sentier. Cette notion est au cœur de l'analyse de la réforme des politiques publiques. Nous allons essayer dans ce qui suit de démontrer en quoi la réforme dans les organisations publique répond à une double dynamique et s'opère à différents rythmes.

Le référentiel global, en dépit de sa prédominance, ne se diffuse pas de la même manière entre les pays. Les politiques publiques des pays importateurs seront affectées à différents degrés par ce nouveau référentiel global. La montée en puissance du « *référentiel de marché* » porté par le NPM ne signifie pas que tous les secteurs publics vont migrer et se convertir mécaniquement pour épouser l'idéologie néolibérale. Les pays « *importateurs* » tout en adhérant au nouveau modèle procèdent à un processus de reconstruction cognitive et normative. Un changement de référentiel n'implique pas nécessairement la disparition de tous les aspects de l'ancienne politique. C'est ainsi que la réforme publique à travers l'immixtion de pratiques managériales privées dans le secteur public doit être pensée en complément de politiques d'adaptation (Merrien, 1999). Delpeuch (2008) identifie le degré de compatibilité de la politique publique importée avec les structures institutionnelles du pays d'accueil et son degré de cohérence avec les politiques existantes comme deux paramètres déterminants du succès du transfert. En effet, l'existence de similitudes entre la solution importée et l'environnement d'accueil est de nature à faciliter le transfert contrairement aux dissemblances qui risquent de se dresser comme des freins qui l'inhibent et le ralentissent.

Muller (2005) met en garde contre une utilisation trop schématique de l'idée du changement de référentiel. Pour mettre de l'avant l'impératif de re-contextualisation des politiques publiques, il s'est intéressé au système de protection sociale. Il a conclu que la politique de réforme bien qu'elle réponde à la même contrainte cognitive et normative, elle présentait des divergences entre les pays. Ravinet (2006) dans le même ordre d'idée et dans le domaine de l'enseignement universitaire a mis en exergue le poids de la dépendance au sentier. « *Le processus de Bologne* », censé unifier l'enseignement, une fois mis en œuvre a pris des formes diverses en fonction de la place historique des universités (Muller, 2005). La dépendance au sentier et indépendamment des forces d'isomorphisme institutionnel,

intervient pour maintenir en place les spécificités institutionnelles du pays ou du secteur en question. En effet, certaines caractéristiques fondamentales doivent persister et subsister même en présence des nouvelles idées injectées dans l'environnement institutionnel. En pratique l'application des préceptes de la NGP diffère d'un pays à un autre et d'un secteur à l'autre (Merrien, 1999). En effet, les spécificités institutionnelles du contexte d'accueil vont remodeler les nouvelles politiques publiques et les nouvelles pratiques pour assurer l'adéquation. La tendance à la « *globalisation de l'action publique en matière d'enseignement, n'est pas synonyme de neutralisation des capacités d'action des Etats nationaux, qui, en substance, hybrident et recontextualisent les orientations normatives reçues* » (Draelants et Maroy, 2007, p.15). En raison de la dépendance au sentier, le transfert de politiques publiques est bien loin de l'imitation pure et simple. Delpuech (2008) appelle à mesurer l'écart qui sépare le modèle original de son imitation. Rose (1995), répartit les transferts sur un spectre. A une extrémité de ce continuum, il place l'imitation pure et simple et à l'autre extrémité l'inspiration. Cet accent mis sur l'écart entre imitation-inspiration renvoie à l'idée d'un « *bricolage institutionnel* ». Un modèle institutionnel importé ne peut être répliqué comme tel, il y a des facteurs organisationnels qui entrent en jeu et qui vont favoriser sa migration vers une trajectoire ou une autre. On est bien loin d'une imitation pure et simple, le modèle institutionnel, objet du transfert doit agir « *comme une source d'inspiration, un repère servant à définir une orientation pour la fabrication d'une solution en partie originale et en partie copiée...Les greffes ne sont jamais identiques au modèle importé et les emprunts extérieurs sont toujours soumis à des logiques internes d'appropriation* » (Delpuech, 2008, p.9). L'opération de transplantation est une opération complexe qui engage toujours des processus de traduction, d'interprétation, d'emprunt sélectif, d'adaptation et qui entraîne impérativement une dénaturation du modèle original (Delpuech, 2008). Ces différents processus, vont en effet se combiner pour déboucher sur un nouveau modèle institutionnel original soit des politiques publiques singulières qui empruntent certes des fragments au modèle originel tout en cultivant leurs spécificités et particularismes institutionnels. Le transfert suppose toujours une oscillation entre d'une part imitation et d'autre part innovation dans la préservation des traditions héritées.

Les politiques publiques « *transférées* » prennent généralement la forme d'un « *bricolage institutionnel* ». Il faut soumettre la nouvelle politique à un processus d'adaptation au contexte local de réception, c'est ce que Van Zenten (2004) appelle « *hybridation* » ou « *créolisation* ». Lors d'un transfert de politique publique, il ne faut pas perdre de vue le poids de la culture et

de la tradition locale. Il faut s'attendre à des conflits lorsque les modèles transnationaux viennent à être concrètement greffés aux politiques et pratiques institutionnelles déjà en place. Il convient de distinguer deux moments cruciaux de tout transfert de politique publique : mimétisme institutionnel et dépendance au sentier (Draelants et Maroy, 2007).

Le processus de mimétisme institutionnel, répond à un mouvement « *d'encastrement* » des politiques publiques dans un cadre transnational marqué par une forte globalisation des politiques. On assiste à l'échelle mondiale à un « *effet de contamination* » de grande envergure au niveau des transferts des concepts et des pratiques. En face, intervient un processus de dépendance au sentier pour tenter de contrôler et de maîtriser l'ampleur des changements et veiller à assurer la stabilité et la continuité du modèle en place. Les études comparatives inter-pays révèlent en effet de fortes variations qui persistent. Elles imputent ces variations aux processus institutionnels de dépendance au sentier qui entraînent des effets d'hybridation en raison de la superposition de diverses logiques dans la définition et l'action publiques (Draelants et Maroy, 2007).

En raison de la dépendance au sentier, le changement institutionnel ne peut jamais se concrétiser en faisant table rase du passé, il ne peut jamais y avoir de « *recommencement à zéro* » (Rouillard, 2003). Il s'agit de construire du neuf en s'inspirant de l'ancien. Décliné sous cet angle, le changement est bien loin d'une compréhension dichotomique qui distingue entre rupture et continuité. Le changement n'est en fait qu'un ensemble de continuités et de ruptures qui s'enchaînent dans le temps. Il suit une dynamique à double vitesse où les périodes longues de changement graduel sont ponctuées par des périodes plus courtes de changement radical soit de crise. Pendant les périodes longues, la « *path dependence* » s'exprime clairement à travers la reproduction institutionnelle. En revanche les périodes courtes qui correspondent au changement radical sont celles où le sentier se trouve entamé ou il y a donc innovation institutionnelle.

Cette ambivalence des perceptions pesante dans le domaine de la réforme publique nous pousse à nous écarter des approches dites « *classiques* » du changement. Elle nous invite à réfléchir sur un nouveau modèle d'action qui tienne compte des tensions contradictoires. Les approches classiques pensent le changement comme un processus linéaire et mécanique sans prendre en compte les aspects contradictoires. Elles séparent clairement les deux pôles « *l'action* » et « *le contexte* » et à travers eux le changement et la stabilité (Perret, 1996). Il serait pertinent pour pouvoir saisir le processus de changement avec toutes ses contradictions

de rompre avec une logique dichotomique pour s'insérer dans une nouvelle logique dialectique dynamique. Bourret (2007) met l'accent sur l'intérêt d'une analyse dialogique de la réforme. Selon Morin (2003), l'approche dialogique à la différence de l'approche dialectique « *ne dépasse pas les différences dans une synthèse, elle les conserve tout en insistant sur les complémentarités...* » (Bourret, 2007, p.5). Elle permet de concilier conjointement opposition et complémentarité.

Conclusion

Le deuxième chapitre a servi à élucider la dualité qui se pose entre institution et organisation d'une part et entre changement institutionnel et changement organisationnel d'autre part. Il a été structuré en quatre grandes sections. Tout d'abord, la première section a permis de dresser le « *portrait* » d'une institution en termes de caractéristiques, de dimensions et de fonctions et de démontrer qu'institution et organisation ne sont pas substituables, mais qu'elles présentent deux ordres de grandeur distincts. L'institution et l'organisation, tout en ayant des points en communs, se doivent de maintenir des distances entre elles et de préserver les caractéristiques qui font leurs spécificités. Ensuite, la deuxième section, a porté sur le changement institutionnel en mettant en avant, les théories qui le fondent, les dimensions qui le caractérisent et les mécanismes qui le portent. Il a été démontré que le changement institutionnel relève d'un niveau macro social et qu'il ne peut être réductible à un changement organisationnel. Partant de ces résultats ayant émergé des deux premières sections, nous avons dans la troisième section, été en mesure de mettre l'accent sur l'incohérence théorique du NPM. En effet, ce dernier en voulant aborder le changement institutionnel, soit la réforme publique, comme changement organisationnel, est tombé dans le « *piège* » du fonctionnalisme porté vers les outils de gestion en ignorant leur poids social et le rôle des usagers dans leur conception et/ ou utilisation. Cette conception du changement prônée par le NPM est d'autant plus inadaptée dans le cas des organisations publiques, par essence bureaucratiques, donc plus enclines à l'inertie et à l'immobilisme.

Chapitre 3 : L'analyse sociologique, une autre perspective pour l'étude des réformes publiques

Ce chapitre propose de porter un regard nouveau sur la réforme publique en se plaçant dans la perspective d'une analyse sociologique. Il est organisé en quatre grandes sections. La première section a débuté avec un rappel des fondements théoriques et des concepts clés de l'analyse stratégique des organisations (Crozier et Friedberg, 1977). Elle a enchaîné par une tentative de rapprochement entre l'analyse stratégique d'une part et la théorie néo-institutionnelle et le NPM d'autre part, pour en dégager son apport pour l'analyse des réformes publiques par le recentrage du rôle des acteurs. La deuxième section a servi à l'identification des caractéristiques fondamentales des hôpitaux publics. En s'appuyant sur celles-ci, la troisième section a démontré en quoi les hôpitaux publics constituent un terrain propice à l'analyse sociologique. Enfin, la quatrième et dernière section a servi à caractériser le changement à l'intérieur des hôpitaux publics comme un changement diachronique.

Section 1: L'analyse stratégique des organisations, un retournement de tendance pour l'étude la réforme publique

Les organisations publiques sont dans l'impératif de revoir et de repenser leurs modes de d'action et de gestion. Elles doivent s'inscrire dans une logique d'efficacité et s'engager dans un processus d'innovation. Pour cela, elles sont appelées à délaisser l'ancien modèle de gestion bureaucratique, fortement battu en brèche, pour transiter vers un nouveau. Néanmoins, pour réussir ce changement et procéder aux transformations organisationnelles imposées par l'environnement, l'organisation publique doit mobiliser l'ensemble des acteurs organisationnels de façon durable pour qu'ils puissent intérioriser le nouvel ordre. Il apparaît clairement que le succès du changement repose sur les aptitudes des acteurs publics à conduire les transformations. Le changement ne peut se décréter, il doit émaner des acteurs, Michel Crozier disait qu'*« on ne change pas la société par décret »*. L'administration publique qui est une mini-société possède des habitudes, des traditions et des pesanteurs propres à elle. Pour qu'il soit réussi, le changement des modes de pensée de l'administration publique doit provenir d'abord de l'intérieur de l'administration elle-même.

Le changement a souvent été présenté comme une contrainte. Rares sont à ce jour les études qui présentent le changement comme la résultante des stratégies mises en place par les acteurs. Muller (2005) vient en contrepied des ces travaux qui ont largement dominé et qui tendent à restreindre le changement des politiques publiques à des causes exogènes, l'objectif

étant de redonner la place qu'il faut aux acteurs publics et les repositionner au devant de la scène. Il n'y a pas lieu de dissocier entre structure et acteur pour l'étude et l'analyse des politiques publiques. « *On ne peut pas comprendre l'action dans les sociétés modernes et particulièrement les processus de changement de politique publique si l'on ne combine pas une approche par les structures, qui permet de mettre en évidence les contraintes et une approche par les acteurs qui permet de souligner la marge d'autonomie des agents participant au policy making* » (Muller, 2005, p.158). Pour pouvoir résoudre, ce qu'il appelle « *le dilemme des structures et des acteurs* », Muller (2005) propose d'utiliser une analyse cognitive des politiques publiques. Il propose de passer par les mécanismes au fondement des cadres cognitifs et normatifs qui traduisent à la fois les contraintes structurelles et le résultat du travail sur le sens effectué par les acteurs. La sociologie de l'action organisée (Crozier et Friedberg, 1977) constitue une voie d'entrée pertinente pour l'analyse de la réforme publique. Elle est d'un apport précieux pour expliquer les processus concrets à travers lesquels les acteurs du changement mobilisent les ressources, définissent les stratégies et interagissent les uns avec les autres (Musselin, 2005, Muller, 2005). Elle va nous aider à sortir les acteurs de leur mutisme pour leur redonner la parole et à porter un regard nouveau sur l'étude de la réforme en déviant le projecteur pour le poser sur eux. Crozier et Friedberg (1977) à travers leur analyse sociologique, placent les acteurs au cœur du processus de changement, un changement qui ne peut être postulé et qui pour être réussi, doit « *enrichir la connaissance des phénomènes par les acteurs pour qu'ils soient en mesure d'agir avec plus de discernement* » (Brechet, 1998, p.5).

1- Les fondements théoriques de l'analyse stratégique

A travers, leur analyse sociologique, Crozier et Friedberg (1977) conçoivent l'organisation comme un « *phénomène totalement autonome et artificiel, dont il faut expliquer l'existence comme un construit contingent* ». L'organisation, en fait, y est déclinée comme un « *construit social* » qui admet ses propres règles de fonctionnement et dont l'existence et l'évolution dépend en grande partie d'un ensemble de « *jeux structurés* » qui permettent autant d'intégrer les stratégies des acteurs que d'assurer à ceux-ci leur autonomie d'agents libres et coopératifs. « *L'organisation doit être pensée de l'intérieur comme un champ de coopération et d'interdépendance entre des acteurs qui ont des intérêts mêmes contradictoires c'est à dire un ensemble de « jeux structurés »* » (Crozier et Friedberg, 1977).

L'analyse stratégique des organisations (ASO) repose sur trois postulats de base :

- Le premier postulat fait de l'acteur l'unité de base de l'analyse. Cet acteur est au sens de Crozier et Friedberg (1977) doté d'une « *rationalité téléologique* » qui l'incite à poursuivre la réalisation de ses propres objectifs. Les hommes n'accepteront jamais d'être traités comme des moyens au seul service de l'entreprise, ils ne sont jamais « *sujets* » mais toujours « *acteurs* » même s'ils doivent subir des contraintes. Tout en reconnaissant la primauté de la structure, l'ASO ne nie pas l'agence. Il n'est pas question de nier le poids des institutions mais de démontrer que leur identification ne permet pas de prédire les comportements des acteurs, leurs interactions et la manière dont ils vont manipuler la règle. Certes, les acteurs sont contraints par un cadre réglementaire qui vise à restreindre leurs actions, mais dont ils parviennent toujours à s'en extraire et à s'affranchir partiellement. Même dans un contexte hautement formalisé comme c'est le cas dans une organisation publique, il subsiste des zones d'incertitude où les acteurs sont capables de s'exprimer. Pour autant, cette liberté « *relative* » reconnue à l'acteur stratégique ne nie pas l'existence d'une dimension institutionnelle qui limite son action (Muller, 2005). L'individu est autonome dans un contexte hétéronome, « *le comportement individuel n'est ni tout à fait déterminé, ni tout à fait libre, il s'inscrit dans un débat permanent qui autorise justement l'innovation. L'acteur n'est plus la marionnette d'un système social dont il ne possède nulle conscience. Doté d'une capacité réflexive, il est libre de ses décisions dans un contexte qui n'est pas sans l'influencer. La condition humaine est faite d'autant d'imprévisible que d'inéluctable. Elle est la résultante d'une multitude infinie de transactions.* » (Le Breton, 2004). C'est à ce titre que l'ASO a introduit le concept « *d'acteur stratégique* » en lieu et place « *d'agent passif* ». L'individu dans l'organisation ne se soustrait plus à un agent soumis aux stimuli qui lui sont imposés, même dans la passivité, il exerce toujours une activité « *L'acteur n'a que rarement des objectifs clairs et cohérents, en fait il en change, il les adapte en fonction de ses résultats. Il a toujours une certaine activité, même dans la passivité : son comportement a toujours un sens, ayant un aspect offensif (améliorer sa situation) et défensif (maintenir sa marge de liberté). Toutefois, la stratégie qu'il met en œuvre n'est pas toujours consciente* » (Bouchon, 2006). En effet, même dans une situation de densité de règles, l'acteur maintient une marge de manœuvre. « *Une situation organisationnelle donnée ne contraint jamais totalement un acteur. Celui-ci garde une marge de liberté et de négociation. Grâce à cette marge de liberté (qui signifie source d'incertitude pour ses partenaires comme pour l'organisation dans son ensemble)*

chaque acteur dispose ainsi de pouvoir sur les autres acteurs» (Crozier & Friedberg, 1977, p.90).

- Le deuxième postulat porte sur la rationalité des acteurs. Les acteurs dans la perspective sociologique sont dotés d'une rationalité limitée au sens de Simon (1955).
- Le troisième postulat renvoie à l'importance des relations d'interdépendance qui s'établissent entre les acteurs et à la dimension du pouvoir qui s'y joue.

2- Les concepts clés de l'analyse stratégique des organisations

Crozier et Friedberg (1977), ont construit leur analyse sociologique autour d'un ensemble de concepts clé, respectivement : « pouvoir », « zone d'incertitude », « système d'action concret » et « stratégie et système ».

- Le pouvoir :

La question du pouvoir est au cœur de l'analyse stratégique des organisations, à travers laquelle Crozier et Friedberg (1977) ont proposé un modèle d'explication des jeux de pouvoir (Babeau et Chanlat, 2007). Le phénomène de pouvoir est consubstantiel de l'organisation, il est impossible de l'éliminer. Toutes les relations sociales, que ce soit entre individus ou entre groupes d'individus, supposent l'existence de pouvoir. L'organisation en vertu de l'ASO de Crozier et Friedberg (1977) est vue comme « *le royaume des relations de pouvoir, de l'influence, du marchandage et du calcul* » (Crozier et Friedberg, 1977, p. 35-38). Toutefois, le pouvoir tel que vu par Crozier et Friedberg (1977) vient en rupture avec celui de Weber (1922). Contrairement à ce dernier qui définit le pouvoir comme une relation d'échange réciproque nécessairement déséquilibrée et asymétrique, Crozier et Friedberg (1977) voient plutôt le pouvoir comme une « *relation négociée* ».

Avec l'ASO, nous avons assisté à un déplacement du lieu d'origine du pouvoir, celui-ci au-delà d'être un attribut des personnes, recouvre les relations qui les lient les unes aux autres. Considérer l'organisation comme un lieu de négociation constitue le socle de l'analyse stratégique (Babeau et Chanlat, 2007). Selon Crozier (1970), « *toute l'évolution de la pratique des organisations au cours des cent dernières années a consisté à passer du règne de la morale au règne de la négociation* ». Par ailleurs, à l'image de l'origine du pouvoir, ses sources constituent également une facette du renouveau de la sociologie. En effet, si dans la sociologie « *classique* », le pouvoir se trouve lié à la contrainte et à la légitimité (Weber,

1922), ceci n'est pas le cas dans l'ASO qui en identifie d'autres sources (Crozier et Friedberg, 1977).

Les sources de pouvoir sont au nombre de quatre respectivement :

- Le pouvoir lié à l'expertise technique, à la compétence et au savoir-faire
 - Le pouvoir lié au contrôle de l'environnement
 - Le pouvoir lié à la maîtrise de la communication
 - Le pouvoir hiérarchique lié à la maîtrise des procédures et des règles organisationnelles.
- La zone d'incertitude :

Crozier et Friedberg (1977) ont identifié à travers leur analyse sociologique l'existence de zones de flou, soit des zones mal définies présentant un déficit de règles et que les acteurs peuvent mettre à profit pour y exercer un pouvoir informel. L'informel au même titre que le formel occupe une place importante dans l'organisation. Crozier et Friedberg (1977) en identifiant les zones d'incertitude « *ne succombent pas à cette tentation classique de condamner l'informel et le non contrôlable dans l'organisation* » (Babeau et Chanlat, 2007, p.6).

Dans toute organisation, il existe des arrangements clandestins et obscurs que les acteurs veulent conserver à tout prix. Face à cette résistance affichée par les acteurs, Crozier et Friedberg (1977) optent pour une position tempérée, « *ils ne s'indignent, ni se félicitent, ils notent seulement qu'il est plus sensé de chercher dans cette résistance en quoi elle est utile en un sens, plutôt que de jeter l'anathème sur elle* » (Babeau et Chanlat 2007, p.6). Il s'agit de mettre l'accent sur les bienfaits de la transgression des règles comme mécanisme de conciliation des contradictions. A travers l'ASO, Crozier et Friedberg (1977) ôtent tout caractère pathologique au phénomène de résistance, lui reconnaissant une légitimité certaine, conférant « *à l'acte irrégulier une dignité qui lui est presque toujours refusé : il n'y a là que le simple jeu de friction des intérêts opposés des parties prenantes de l'entreprise* » (Babeau et Chanlat, 2007, p.12).

A la suite de Crozier et Friedberg (1977), plusieurs sont les auteurs qui ont légitimé l'existence de zones d'incertitude. Dejours (1993, p. 217-218) souligne qu'un fort attachement à la règle formelle risque de se traduire en une rigidité organisationnelle, « *il est impossible de travailler si l'on respecte toutes les consignes* ». C'est l'existence d'un système

de normes « *informelles* » conjointement au système officiel qui permet à l'organisation de fonctionner.

Toute organisation recèle à l'intérieur du formel et de l'informel. Elle est bien loin de la conception mécaniste que lui a souvent collée la théorie des organisations et doit intégrer une approche plus volontariste. Bonetti, Descendre, Gaulejac et Pages (1998), appellent à délaisser la conception déterministe de l'organisation prônée par la théorie des organisations, pour une autre plus volontariste qui décrit les organisations « *comme des systèmes de réponse à des contradictions sociales et psychologiques* » (Bonnetti et al, 1988, p.22). Cette pluralité des dimensions en cause dans l'action collective appelle à une pluralité des regards. Il ne faut pas se contenter de l'apparent (le formel) mais plonger au plus profond de l'organisation pour en saisir sa face cachée (l'informel).

Les relations formelles sont schématisées dans un organigramme. Ce dernier permet de montrer de façon officielle la hiérarchie établie par l'organisation en précisant la place occupée par chacun des acteurs. Toutefois, l'organigramme n'est qu'une représentation simplifiée des relations formalisées qui peuvent en cacher d'autres plus informelles. Il se limite à une représentation graphique de l'anatomie de l'organisation, passant sous silence l'ensemble de ses aspects informels. Parallèlement à une hiérarchie explicitement représentée dans l'organigramme, il existe une autre « *hiérarchie implicite* », pour laquelle Crozier et Friedberg (1977) ont développé un autre outil, le « *sociogramme* », pour en dessiner les contours.

Le pouvoir dans l'organisation recèle un aspect formel et un aspect informel. Pour l'aspect formel, les relations sont explicitement définies conformément aux règles décrites par l'organisation. Elles sont en cela, légitimées et ceci à l'opposée des relations implicites qui existent mais sans être légitimées. Crozier et Friedberg (1977), en parle en termes de « *zones d'incertitude* » qu'ils se proposent d'identifier et d'analyser via un « *sociogramme* ». Ce dernier servira pour mettre au clair les mécanismes implicites sous jacents qui régissent les relations de pouvoir. L'organisation formelle pour pouvoir fonctionner, a besoin d'une part d'informel : « *dans son fonctionnement réel, toute production requiert une part (aussi minime soit-elle d'inventivité et d'initiative des exécutants sans laquelle le système ne pourrait fonctionner* » (Linhart, 1994, p.78). Les sources de pouvoir informel sont tributaires du positionnement hiérarchique de l'individu dans l'organigramme. Plus ce dernier occupe une place élevée, plus il aura de pouvoir.

- La stratégie et l'enjeu :

Les acteurs grâce à l'existence de zones d'incertitude sont en mesure de développer des stratégies à la poursuite de leurs intérêts particuliers.

- Système d'action concret :

Ce concept a été introduit par Crozier et Friedberg (1977), il est au cœur de leur analyse stratégique des organisations. Conformément à ce concept, l'organisation est représentée comme le produit des interactions stratégiques des acteurs. C'est un système de jeux imbriqués les uns aux autres qui interagissent et s'autorégulent. Un système d'action concret est « *un ensemble humain structuré qui coordonne les actions de ses participants par des mécanismes de jeux relativement stables et qui maintient sa structure, c'est-à-dire la stabilité de ses jeux et les rapports entre ceux-ci, par des mécanismes de régulation qui constituent d'autres jeux.* » (Crozier et Friedberg, 1977). Concevoir l'organisation comme un « *système d'action concret* » revêt deux intérêts majeurs : tout d'abord il met en évidence les dépendances des jeux d'acteurs tout en leur sauvegardant une marge de manœuvre pour qu'ils soient capables d'influencer le système par les modifications apportées aux jeux. Ensuite, le concept de « *système d'action concret* » ne renvoie pas systématiquement à l'aspect formel de l'organisation, il concerne également des ensembles humains n'ayant aucune existence formelle.

3- Rapprochement entre analyse stratégique des organisations et néo-institutionnalisme sociologique

L'analyse sociologique de l'organisation se rapproche nettement des travaux néo-institutionnalistes. En envisageant à la fois les institutions comme contrainte et comme ressource, les néo-institutionnalistes sociologiques établissent l'existence d'une relation entre structure et entre acteur. Tout en mettant en évidence les contraintes que les institutions font peser sur les acteurs à travers les cadres cognitifs et normatifs, ils ne négligent pas la question du changement en analysant la relation entre institution et jeux d'acteurs. Ils s'interrogent sur les mécanismes à travers lesquels, les acteurs construisent les institutions, en même temps qu'ils s'y soumettent (Muller, 2005). Les institutions formelles (lois, règles...) fournissent certes un cadre d'action pour les individus, toutefois, elles ne les empêchent pas d'agir. Les individus sont en mesure d'influencer de manière ténue l'évolution des institutions. Les modes d'appropriation des nouvelles institutions formelles sont fonction des institutions

informelles (les coutumes, les croyances, les habitudes, les routines, l'apprentissage) (Locatelli, 2000).

4- Rapprochement entre analyse stratégique des organisations et New Public Management

L'analyse stratégique et le NPM se partagent certains points communs. Tout d'abord, tous deux considèrent l'orientation client comme un élément clé de la réforme publique, même s'ils l'envisagent différemment. Le NPM attribue l'orientation client à une cause commerciale soit l'insatisfaction des clients avec les services de l'Etat (Finger et Ruchat, 1997). Crozier pour sa part dans son ouvrage « *le phénomène bureaucratique* », justifie cette orientation client par le décalage entre l'Etat et la société. L'Etat pour combler ce gap doit se rapprocher des citoyens. Le deuxième point de convergence est la « *dynamisation interne de l'administration* » (Saoud, 2005). Crozier dans l'ensemble de son œuvre et à l'image du NPM appelle à la nécessité de transformer les appareils de l'Etat pour pouvoir échapper aux cercles vicieux bureaucratiques.

Cet appel au changement utilise des modalités différentes. Crozier, envisage le changement sous un angle sociologique. L'acteur est en fait situé au cœur de la réforme publique, le changement doit impérativement passer par les élites. Changer l'administration consiste à changer l'état d'esprit des fonctionnaires. « *Une stratégie de modernisation de la société française doit d'abord porter sur le développement de ces ressources indispensables que constituent pour elle ses fonctionnaires. Ce qui paraît d'emblée le plus décisif, c'est de parvenir à changer le mode de raisonnement des élites administratives* » (Crozier, 1987). Pour sa part, le NPM se place à l'encontre de l'analyse stratégique des organisations dans sa conception du changement, attribuant une plus grande importance aux outils et instruments ayant fait leur preuve dans le monde marchand.

La réflexion « *Crozierienne* » en introduisant une analyse sociologique du changement participe à une consolidation théorique du NPM. Il contribue à se détacher de la vision instrumentale du NPM pour s'inscrire dans une nouvelle plus volontariste. « *The management concepts behind NPM are too instrumental or used in a too instrumental way... The experience with Baldrige and EFQM award show that is great leadership and people skills that make the difference* » (Noordhoek et Saner, 2005).

L'intrusion marquée de l'analyse sociologique de Crozier et Friedberg (1977) dans le domaine des politiques publiques est observable dans les travaux de Muller (2005) et de Musselin (2005). Ces derniers pour étudier le changement des politiques publiques de protection sociale introduisent une « *analyse cognitive des politiques publiques* » directement inspirée de l'analyse stratégique des organisations de Crozier et Friedberg (1977). A travers, cette analyse, Musselin (2005) et Muller (2005) tentent de dessiner les schémas cognitifs des acteurs. Selon Muller (2000), « *l'acteur est à la fois contraint par le global tout en étant acteur de ce global, ce qui signifie que, dans le global, il y a « quelque chose » de plus qui transcende en quelque sorte les stratégies des acteurs individuels ou collectifs en ne se réduisant pas à la somme des comportements individuels* » (Hassenteufel et Smith, 2002).

Cette analyse cognitive repose sur trois hypothèses de base :

- L'étude du changement des politiques publiques doit articuler les deux approches structure-acteur. Le changement est le résultat d'une tension entre une dimension structurelle qui se traduit sur le long terme dans les institutions et une dimension de l'action qui exprime les jeux des acteurs publics
- Le concept de *référentiel* reflète et traduit cette tension entre structure et acteur dans la mesure où il met en évidence les contraintes normatives et cognitives auxquelles sont soumis les acteurs. Par ailleurs, il exprime la marge de manœuvre dont ils disposent pour agir dessus. La notion de « *référentiel* », propre au domaine des politiques publiques a été forgée par l'approche cognitive des politiques publiques (Hall, 1993, Muller, 2000, Surel, 2000, Jobert, 2003...). En insistant sur le poids des idées dans les politiques publiques, la notion de « *référentiel* » offre donc un « *cadre d'interprétation du monde* », « *une représentation, une image de la réalité sur laquelle on veut intervenir* » (Muller, 1990, p.43).
- La possibilité d'identification des agents qui vont gérer de différentes manières cet écart entre le global et le sectoriel, en développant de nouvelles pratiques et en définissant un nouveau référentiel.

L'étude du transfert des politiques publiques combine à la fois des approches microsociologiques mettant l'accent sur les stratégies des acteurs et des approches macrosociologiques plus tournées vers des facteurs politiques, idéologiques, institutionnels, culturels et socio-économiques. Elle doit de ce fait articuler les perspectives institutionnalistes d'ordre macrosociologique à celle de la sociologie de l'action plus micro. L'analyse cognitive

des politiques publiques est le signe fort d'une ouverture croissante de la science politique à la sociologie.

L'organisation est bien loin de la vision mécaniste que l'approche fonctionnaliste veut lui coller. Il convient d'associer à cette perspective, une autre perspective politique qui puisse dévoiler ses aspects cachés. La rationalité du fonctionnement des organisations largement prônée par le paradigme déterministe se trouve ébranlée. L'organisation dans le prisme de l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1977) est bien loin d'être une simple « horlogerie » comme c'est dans le cas pour la pensée classique. « *L'organisation évoque avant tout un ensemble de rouages compliqués, mais parfaitement agencés. Cette horlogerie semble admirable tant qu'on l'examine seulement sous l'angle du résultat à obtenir : le produit qui tombe en bout de chaîne. Elle change en revanche radicalement de signification si on découvre que ces rouages sont constitués par des hommes* » Crozier et Friedberg (1977). Il convient de juxtaposer et de conjuguer à l'approche fonctionnaliste fortement prégnante dans les outils de gestion amenés par le NPM, une approche politique qui reconnaît le rôle des acteurs.

5- L'apport de l'analyse sociologique pour l'étude des réformes publiques

Muller (2005) et Musselin (2005), en optant pour « *la sociologie de l'action organisée* » comme angle d'attaque de l'analyse des politiques publiques, préfèrent parler d'un changement d'action publique plutôt que celui de politique publique. Pour les sociologues l'action publique n'est pas réductible à la politique publique, mais elle l'englobe (Musselin, 2005). L'exercice du pouvoir politique n'est pas uniquement perceptible dans la réforme mais également dans « *l'action entrain de se faire* » (Musselin, 2005). Ils caractérisent le changement de l'action publique comme étant un changement de référentiel. Ce changement de référentiel représente l'indice de changement de politique publique. Il marque l'émergence d'un nouveau cadre cognitif et normatif. Muller (2005) définit le référentiel comme « *l'ensemble de valeurs, de normes, d'algorithmes et d'images qui définissent un cadre général d'interprétation du monde et des règles pour l'action publique* » (Muller, 2005, p.177). Ce référentiel s'impose aux acteurs comme un nouveau cadre qui disqualifie et déstabilise leurs perceptions du monde vécu et ainsi lance les fondements d'une nouvelle vision du monde. Le référentiel dominant aujourd'hui et porté par les différentes institutions est sans conteste « *le référentiel de marché* ». En vertu de ce référentiel « *global* », toutes les politiques sectorielles et locales sont appelées à s'ajuster (Muller, 2005).

6- Les acteurs au cœur de l'analyse de politique publique

Les analystes politiques et les sociologues portent un regard différent sur le changement, à travers l'articulation de différents niveaux de réalités sociales (macro, méso et micro). Le sociologue dans le champ d'analyse de politique publique cherche à étudier et comprendre la manière avec laquelle les nouvelles pratiques se diffusent dans l'organisation et leur impact sur les comportements et les représentations des acteurs. Il s'intéresse moins à démontrer le changement de référentiel, portant son attention sur son contenu, son évolution et les processus d'adhésion des acteurs. Il cherche à comprendre la manière avec laquelle les nouvelles pratiques se diffusent (Musselin, 2005).

A la lumière des développements antérieurs, il apparaît clairement que la sociologie privilégie une entrée par le bas soit par le niveau microscopique. Elle préfère passer par les fonctionnaires publics plutôt que par les « élites » et les hauts niveaux de l'organisation. En revanche, les politologues font le chemin inverse, ils partent des hauts fonctionnaires pour produire des résultats au niveau méso et après faire des généralisations au niveau macro (Musselin, 2005).

Ce basculement du niveau « *macro logique* » au niveau « *micro logique* » est une « *révolution* » en matière d'analyse de politique publique qui ne serait être possible sans le recours à la sociologie de l'action organisée de Crozier et Friedberg (1977). Pour les sociologues, le politique se joue « *dans les relations interpersonnelles et dans la pratique quotidienne* » (Musselin, 2005). C'est à l'observateur de démêler et de découvrir le sens de l'action publique qui se cache derrière les interactions des acteurs.

Section 2 : Les hôpitaux publics à l'épreuve des logiques managériales

L'institutionnalisation des pratiques managériales est un phénomène qui s'est généralisé à tous les secteurs d'activités sans exception, « *les secteurs privé, public et parapublic, les entreprises, les administrations et les associations se voient soumises à l'institution des mêmes logiques managériales* » (Amadio, 2009, p.2). Aucun secteur ne semble être épargné par la réforme, même les secteurs publics à forte vocation sociale tels que les hôpitaux publics.

La réforme est une nécessité qui s'est imposée à tous les gouvernements aussi bien dans les pays développés que ceux en voie de développement. Cette réforme a été entamée dans les années 80 et 90 (Cal, 1995). Elle trouve son origine dans la crise financière vécue par les

établissements de santé. Le secteur hospitalier, étant extrêmement énergétivore, il devient impératif de maîtriser ses dépenses face à une raréfaction des ressources, « *partout, les ressources devenant limitées, l'impératif de maîtriser les dépenses accentue la crise de l'Etat providence* » (Bourret, 2007, p.1). Takagi (2006) cite entre autres l'augmentation des dépenses de la santé comme une des raisons ayant précipité le passage de l'ère professionnelle et administrative à celle managériale.

La réforme vise à doter les établissements publics de santé d'une plus grande autonomie de gestion. L'hôpital est appelé à devenir plus autonome aussi bien pour l'organisation des services que pour le volume d'activité, en se rapprochant du modèle de gestion privé (Abernethy et Chua, 1996). La centralisation doit céder place à une décentralisation du pouvoir de gestion par la création d'entités autonomes (Bourgeon et Demil, 1999, Georgescu, 2008). Cette autonomie de gestion est largement revendiquée par les gestionnaires. Ces derniers estiment qu'il leur est difficile d'être performants sans un minimum de « *délinquance* » (Denis et al, 1996).

La réforme des hôpitaux publics prend des allures différentes. Une de ses principales facettes, consiste en l'introduction de systèmes d'information intégrés (building organized delivery systems). Ces systèmes contribuent à l'amélioration de la gestion de la santé. Ceci a été démontré dans le rapport de l'OCDE (2004) à l'intention des ministres de santé des pays membres, "*Health systems should invest in automated health data systems systems, including electronic medical records and systems to automate medication orders in hospitals. Better systems for recording and tracking data on patients, health and health care are needed to make major improvements in the quality of care*" (Bourret, 2007). Par ailleurs, la réforme des établissements de soin s'articule autour de quatre objectifs primordiaux tels qu'identifiés par Palier (2004, p.125) :

- Assurer la viabilité des systèmes de santé (gouvernance),
- Assurer l'égalité de l'accès aux soins,
- Assurer la qualité des soins (procédure d'accréditation),
- Assurer la liberté des patients et des professionnels de santé.

L'Etat s'est empressé au chevet de ce grand malade qu'est l'hôpital public, lui prodiguant les soins nécessaires, des soins exclusivement propres au marché. En effet les réformes hospitalières cachent en elles l'intention de transformer les hôpitaux en organisations (Herrores, 2007).

La réforme dans les hôpitaux publics est des plus difficiles à mettre en œuvre. Ceci est dû à plusieurs facteurs (taille, vocation, statut, nombre d'acteurs, diversité des intérêts...).

-L'hôpital public, une organisation à forte densité sociale

L'institutionnalisation des pratiques de gestion rencontre des problèmes organisationnels et institutionnels spécifiques à chaque contexte de travail, ceci est d'autant plus vrai dans le cas des hôpitaux (Amadio, 2009).

Dans des contextes de travail à forte « *densité sociale* » (à l'image des établissements de santé publics), l'institutionnalisation des logiques managériales semble la plus risquée. Dubet (2002), en parle en termes d'emprise des logiques managériales sur l'institution du travail social. Le « *travail social* » présente des caractéristiques fondamentales qui le rendent peu réceptif aux logiques managériales du privé. Le « *travail social* », en raison de la place qu'y occupe l'homme a été qualifié par Dubet (2002) en tant que « *travail sur autrui* ». Il le définit comme « *une activité critique et comme une activité éthique de définition, continue des autres et de soi, tout en étant de plus en plus fortement prise dans la vie et les réseaux d'organisations complexes* » (Dubet, 2002, p.306). Au-delà de la simple prise de rôle, le travail social exige de la part de l'agent public un « *travail sur soi* ». L'agent doit s'engager dans un travail de recomposition, de recherche de cohérence et de mise en sens (Amadio, 2009).

Les acteurs publics sociaux face aux nouveaux outils de gestion se trouvent en perte grave de leurs repères et exposés aux symptômes d'une crise identitaire institutionnelle, qu'Amadio (2009) qualifie de crise de sens à la fois d'ordre politique, psychique et social. Ils se retrouvent tiraillés entre l'injonction à se soumettre aux logiques gestionnaires et procédurales et les valeurs sociales de leur travail. Selon Amadio (2009), « *l'emprise des logiques managériales sur l'institution du travail social et ses modes d'organisation contribue à mettre à mal les ressorts habituels, routinisés sur lesquels pouvait s'appuyer leur « travail d'organisation* » » (Amadio, 2009, p.4-5). L'institutionnalisation des pratiques managériales dans le domaine social laisse les travailleurs sociaux dans une situation perplexe de dissonance cognitive, les empêchant de donner sens à leur activité. Les acteurs publics, à défaut de savoir quel sens instituer, organisent, gèrent et se replient sur les activités procédurales qui leur sont imposées. « *La société ne fournissant plus d'autres significations que celles rattachées aux justifications et à la légitimité de ses outils de management, les travailleurs sociaux sont contraints de chercher par et en eux même un sens à leurs*

pratiques» (Amadio, 2009, p.8). C'est à eux qu'incombe la charge de donner preuve de leur productivité et efficacité au moyen d'un ensemble d'indicateurs d'évaluation. « *Derrière cette nécessité qui se mue en repli, se cache une explication du malaise et des souffrances qui affectent nombre de travailleurs sociaux aujourd'hui* » (Amadio, 2009, p.9).

L'impact de l'insertion des pratiques de gestion se fait sentir plus particulièrement dans le domaine du social. Le travail social est rudement mis à l'épreuve suite à l'institutionnalisation des pratiques de management. Les travailleurs sociaux se trouvent soumis à « *une tension continue entre ce qu'ils sont, ce qu'ils voudraient être et ce qu'il devraient être pour l'institution* » (De Gaulejac, Taboada-Leonetti, 1994, p.246). Ce conflit de valeur va mener à terme à des « *processus de fragilisation et de précarité subjective* » (Amadio, 2009).

L'emprise de l'institutionnalisation des pratiques managériales débouche sur un rétrécissement du sens du travail et son appauvrissement. Le travail social se rigidifie pour se réduire à l'ensemble des méthodes d'organisation. L'institution voulant échapper à la pesanteur institutionnelle se trouve prise dans le piège de la rigidité des outils via la prolifération des critères d'évaluation. Les logiques managériales en s'imposant à l'activité sociale ont pour impact de ralentir toute possibilité de remise en cause, en empêchant les acteurs publics d'exercer une réflexivité nécessaire à leur bien-être, ainsi qu'à la qualité et l'efficacité de leurs pratiques professionnelles (Amadio, 2009). Il met en garde contre l'obstination à vouloir introduire les outils de gestion dans le domaine d'action sociale, arguant le fait que ceux-ci ont pour effet « *de déplacer le regard des problèmes organisationnels de gestion et de mise en visibilité des coordinations interinstitutionnelles...* » (Amadio, 2009, p.10). L'emprise des logiques de gestion sur l'institution précipite la déviation d'une logique d'obstination et de mission à une logique d'opportunisme soit également d'une culture de moyens à une culture de résultat où les acteurs publics sont appelés à réfléchir sur des méthodes d'action à mettre en œuvre plutôt qu'à discuter des véritables problèmes du public. Herreros (2007), évoque, à cet égard, un « *fétichisme des règles* » où les procédures et les modes opératoires contenus dans les pratiques de gestion à la poursuite de la performance feront l'objet d'une « *vénération* » et d'une « *incantation fétiche* ».

L'inflation des procédures et la prolifération des techniques d'évaluation (chronométrage, contrôle...) peuvent s'avérer contreproductives. Les acteurs à force de devoir respecter les règles deviennent stéréotypés, programmés et robotisés. Le respect scrupuleux des règles, des

textes et autres protocoles tourne à l'obsession chez eux, les plongeant dans les travers de la « *taylorisation* » et de la « *standardisation* » des activités de soins. Selon Knoepfel (1999) cité dans Keramidas et Rochet (2005), si la logique managériale n'est pas assujettie à la logique stratégique, « *un haut degré de rationalisation interne de l'administration et, par là un faible coût de l'activité étatique ne conduisent qu'à un activisme bureaucratique vide de sens aussi longtemps qu'il ne produit aucun effet ou des effets non voulus. L'attestation d'un traitement efficace des procédures administratives ne peut constituer une fin pour soi pour l'Etat* ». Par ailleurs la multiplicité des indicateurs amenés par les pratiques risque d'entraîner une multitude d'objectifs et ainsi plonger les acteurs publics dans une grande ambiguïté et confusion.

Pour se prémunir contre ce risque de « *crispation identitaire* », les acteurs ont tendance à adopter les nouvelles pratiques de façon « *cérémonielle* », dans une logique de « *convenances sociales* ». Herreros (2007) parle de la logique du « *comme si* », pour décrire une réforme « *superficielle* » qui se fait en façade.

-L'hôpital public, une organisation professionnelle

L'hôpital est l'organisation professionnelle par excellence. Il regroupe en son sein plusieurs groupes professionnels (médecins, infirmiers, cadres, agents administratifs...) dont l'autonomie d'exécution et de conception est considérée comme la pierre angulaire de leur fonctionnement (Burellier et Valette, 2009). Glouberman et Mintzberg (2001) définissent les hôpitaux publics comme des mondes extrêmement fragmentés et composites. Ils ont identifié à ce propos, l'existence de quatre mondes concomitants au sein de l'hôpital : celui du traitement (cure) assuré par les médecins, des soins (care) assuré par les infirmiers, du management et enfin des conseils d'administration. Ces quatre sphères dénommées « *specialized curtains* » et « *departments walls* » (Glouberman et Mintzberg, 2001) correspondent à quatre ensembles différents d'activité, de mode d'organisation et de mentalités (Bourret, 2007).

*Les médecins

Les médecins sont des acteurs forts du système de santé qu'il devient impensable de concevoir et de décider de la réforme en ignorant leur importance (Coudreau, 2004, Batifoulier et al, 2006). Cette force est tirée conjointement de leur expertise et de leur pouvoir politique. Ces derniers sont généralement organisés au sein de syndicats et négocient avec

l'Etat leur position pour l'acquisition de droits d'autorégulation et d'autocontrôle (Hassenteufel, 1997).

Les médecins, suite à la réforme peuvent être appelés à jouer un double rôle, celui originel de médecin et celui nouveau de gestionnaire. Burellier et Valette (2009) évoquent un processus « *d'enrôlement des médecins dans des activités gestionnaires* » au travers duquel les médecins se réapproprient de nouvelles missions à portée managériale. Ils ont démontré en s'appuyant sur les travaux de Nicholson (1984) que ces deux rôles bien qu'à première vue contradictoires et inconciliables, arrivent à cohabiter. Il est tout à fait envisageable de faire coexister ces deux rôles sans qu'aucun d'eux ne prenne le dessus sur l'autre. Les médecins font preuve d'une grande capacité pour endosser les responsabilités de gestionnaires d'unités opérationnelles (Abernethy et Vagnoni, 2004). Ils sont dotés d'un ensemble de compétences et de qualité qui leur permettent de poser les fondements de la transition managériale de l'hôpital (Schneller et al, 1997). Ils disposent des compétences médicales requises, tout en étant sensibilisés aux exigences de pilotage imposées par les contraintes de coûts (Dunham, Kindig et Schultz, 1994). La crédibilité des médecin-managers découle de l'expertise professionnelle qu'ils possèdent et des liens tissés avec l'organisation. Ils jouissent en cela d'une double légitimité, une légitimité d'ordre professionnel et une légitimité inhérente au monde administratif (Hafferty et Light, 1995, Hoff, 1999). Grâce à cette double légitimité dont il jouit, le médecin manager devient l'interface entre les mondes médical et administratif (Georgescu, 2008).

*Les infirmiers

Les infirmiers à l'image des médecins, sont imprégnés d'un édifice de valeurs fortes. Ils sont dans une position similaire aux médecins face au changement.

*Les gestionnaires-bureaucrates

Les gestionnaires dans les hôpitaux publics sont principalement des bureaucrates issus de l'ancienne école vénérant la discipline. Ils sont rigides, pointilleux, stéréotypés et souvent incapables d'adaptation. Leurs mots d'ordre étant « *conservatisme et technicisme* », ils ont tendance à privilégier le respect de la règle.

L'univers hospitalier est caractérisé par une identité professionnelle fortement ancrée. Chacune des catégories professionnelles identifiées ci-dessus cherche à affirmer son identité, à afficher son attachement à son statut et « *à marquer spatialement (son service) et*

temporellement son territoire (son équipe d'affectation) » (Herrerros, 2007). Ce souci d'appartenance, bien que légitime finit « par engendrer des frontières, des clivages et bien évidemment là où existent des frontières se trouvent forcément des « gardes frontières » tous plus jaloux les uns que les autres du territoire dont ils ont la charge » (Herrerros, 2007, p.5). L'identité de chacun des acteurs dans l'hôpital est déterminante, elle renvoie souvent à une logique de fermeture sur du « singulier irréductible ». Les professionnels sont tellement attachés à un « édifice » de valeurs, qu'une réforme risque de les perturber et de les plonger dans un état de « crispations identitaires ». Herrerros (2007) assimile les hôpitaux « à des entités où l'attachement des gens et des choses se trouve être réfléchi, négocié, modulé et sans cesse revisité ».

-L'hôpital public, une organisation extrêmement enchevêtrée

L'hôpital est une entité organisationnelle composite où s'enchevêtrent diverses relations sociales. C'est un espace de lutte sociopolitique où les acteurs sont à la poursuite d'objectifs plus ou moins contradictoires. Bureau et Mougeot (2007) font état de la multiplicité des mandants dans les organisations publiques. La théorie d'agence appliquée au cas des hôpitaux prend des allures quelque peu différentes. Les acteurs dans les hôpitaux publics se trouvent impliqués dans des relations d'agence à plusieurs mandants. Dans les hôpitaux publics, l'agent se trouve redevable à plusieurs mandants en raison des externalités associées à sa production (Bureau et Mougeot, 2007). La direction doit répondre au ministère de tutelle et au ministère des finances. Les médecins sont redevables à la direction de l'hôpital et aux patients. « *Le territoire hospitalier se révèle être marqué par une multitude de forteresses, où de micro-féodalités se disputent, des pouvoirs s'affrontent, chacun cherchant à faire valoir son ordre, (celui des médecins, celui infirmières) ou sa langue...» (Herrerros, 2007).*

Les hôpitaux publics, dans leur fonctionnement font face à une double pression interne et externe, une pression interne exercée par les différents acteurs qui le peuplent et une pression externe de son environnement institutionnel. Les hôpitaux publics sont des organisations fortement institutionnalisées (DiMaggio et Powell, 1991). Elles sont soumises à des environnements institutionnels particulièrement pesants (Alexander et D'Aunno 1990, Ruef et Scott, 1998, Scott et al, 2000).

L'ensemble de ces traits qui caractérisent les hôpitaux se dressent comme des obstacles face à la réforme. La prédominance de la logique managériale diffusée par les outils soutient la disparité entre les intérêts des médecins et des gestionnaires (Leicht et Fennell, 1997). La

mission dévolue au médecin est celle de prodiguer la meilleure qualité de soin comme le dicte le serment d'Hippocrate, en revanche, l'administratif-gestionnaire cherche à réduire les dépenses. Pour illustrer cette tension qui oppose le corps médical à l'administration, Georgescu (2008) évoque l'exemple du système de tarification et son impact sur l'activité médicale. Selon lui, la tarification appuie la logique comptable dans les hôpitaux et provoque chez les médecins des conflits de rôle entre leur fonction de soignant et leur responsabilité économique (Georgescu, 2008). Champagne (2002), outre la collision entre une culture médicale et une culture managériale, impute la difficulté du changement à la complexité des processus de décision, les hôpitaux publics, adoptant des processus de décision « *plus laborieux et tortueux* » (Rodrigues et Hickson, 1995) et « *plus turbulents et conflictuels* » (Schwenk, 1990). Dans le même ordre d'idée, Keramidas et Rochet (2005), font également état de la difficulté du changement dans le contexte hospitalier public, qu'ils attribuent à deux raisons : « *la gestion est bicéphale entre personnel managérial et politique, de même il existe un manque de rétroaction du marché qui puisse informer l'organisation sur la disparité entre les services qu'il fournit et les attentes publiques* » (Keramidas et Rochet, 2005, p.7).

La réforme des hôpitaux publics pour aboutir doit mobiliser l'ensemble des acteurs publics à tous les niveaux. « *La réforme n'est pas du seul ressort de la puissance publique. Les mesures de politiques publiques ne dictent pas l'entière situation du système car c'est la base qui la met ou non en œuvre* » (Batifoulier et al, 2006, p. 9). Elle doit impliquer l'ensemble des acteurs quelque soit leurs positions hiérarchiques et leur groupe professionnel d'appartenance. Les acteurs (gestionnaires, médecins, infirmiers) doivent être conscients que la restructuration va se traduire, in fine, par une reconfiguration des relations qui les lient les uns aux autres. En raison de la logique de décentralisation et de décloisonnement qui président à la réforme, les praticiens d'une part et les gestionnaires d'autre part, sont appelés à se concerter. Abernethy et Stoelwinder (1995) ont relevé les avantages de la participation des praticiens dans les activités de gestion. La performance de l'hôpital passe par l'implication des professionnels de santé au management des activités budgétaires (Georgescu, 2008).

Section 3 : L'hôpital public, un cas propice à l'analyse stratégique des organisations

Les réformes des hôpitaux publics revêtent une dimension politique. Elles sont bien loin d'être de simples adaptations des systèmes aux contraintes (économiques, démographiques ou technologiques), puisque fruit de débats et de luttes entre différents groupes sociaux (dans ce cas, les médecins, les infirmiers et les gestionnaires) aux intérêts souvent contradictoires

(Bonoli et Palier, 1999). Pour mettre en exergue cette dimension, nous allons faire appel à l'analyse stratégique des organisations de Crozier et Friedberg (1977). L'ASO a été largement mobilisée dans les domaines de recherche en santé (Bélanger, 1988, Binst 1994, De Pourville 1994, Funck- Brentano 1994, Gonnet, 1994, Moisdon 1994, Kutty et Vrancken 1994) ainsi que dans ceux du secteur public (Bienaymé 1994, Chelimsky, De Closets 1994, Trosa 1994, Worms, 1994).

La démarche d'analyse stratégique est la plus à même de cerner l'ensemble des représentations des acteurs et les intérêts en jeu. Selon l'analyse sociologique de Crozier et Friedberg (1977), l'individu ne peut pas être traité comme un simple moyen au service de l'organisation, ce dernier peut avoir des intérêts plus ou moins divergents avec elle. En effet, il est fort probable que cet acteur mette en place des actions en vue de maintenir ses intérêts personnels. Ces actions se trouvent guidées par un ensemble de cognitions, de valeurs et de perceptions, et c'est dans cet esprit que Muller (1995), dans le domaine de réforme des politiques sociales, préfère parler d'une analyse cognitive. Toutefois, il convient de noter à ce propos qu'accéder à l'informel, n'est pas une chose aisée. Ceci se trouve d'autant plus complexe dans le cas de grandes organisations telles les hôpitaux publics. En tant qu'organisations multidisciplinaires, ces derniers font l'objet d'une diversité interne accrue qui se traduit par une complexité organisationnelle rendant difficile le discernement des jeux d'acteurs qui se nouent à l'intérieur. Selon Friedberg (1993), *« comme le montre toutes les études et toutes les analyses, les organisations en général et tout particulièrement les grandes, sont des ensembles complexes. Les événements n'obéissent pas nécessairement aux directives et aux injonctions hiérarchiques. Les différents niveaux de responsabilité connaissent mal les problèmes, les perceptions et les opinions des autres niveaux...Les grandes organisations sont d'autre part segmentés en de multiples secteurs et fonctions très différenciés les uns par rapport aux autres parce qu'ils ont à traiter des problèmes et à nouer, ainsi qu'à gérer au jour le jour, des rapports avec des segments d'environnement eux-mêmes très diversifiés. Chacun de ces secteurs et des ces fonctions développent sa rationalité, son langage, sa technicité, son métier et sa logique d'action dont l'articulation n'est jamais simple. Enfin chacun traduisant un problème donné dans son langage et dans sa technique, impose à son tour une segmentation des problèmes comme des solutions possibles »* (Friedberg, 1993, p.327). Cette singularité cultivée par chacune des fonctions ou service sera transmise aux acteurs. Ceci s'applique dans le cas de transfert des pratiques de gestion, où chacun des acteurs publics développe sa propre conception des objectifs du transfert, sa

propre interprétation de la solution importée et sa propre perception des objectifs que les nouvelles pratiques sont censées remplir et des problèmes qu'elles sont supposées résoudre (Wolman, 2002).

Section 4 : Le changement dans l'hôpital public, une analyse en différentiel de rythme

Les hôpitaux publics sont appelés à muter et à se transformer pour être en adéquation avec leur environnement institutionnel. Cette mutation se fait dans l'esprit des mutations que connaissent leurs environnements politiques, économiques et sociaux, à l'échelle internationale. Néanmoins, cette réforme doit être pensée avec le plus grand discernement pour se préserver toutes les chances de succès. La restructuration des hôpitaux publics conformément aux préceptes du NPM accentue le risque de « *managérialisation de l'hôpital* », ce dernier risque de se voir ôter son statut « *d'hôpital institution* » au profit de celui « *d'hôpital entreprise* ». Les frontières entre le « *dedans* » et le « *dehors institutionnel* » se trouvent fragilisées sous l'emprise de l'idéologie de marché, provoquant « *un déplacement des frontières de l'institution* ». L'hôpital public se trouve coincé entre deux : institution et organisation, « *la dimension institutionnelle ne produit plus les régulations attendues alors que le caractère organisationnel de l'hôpital n'est pas encore affirmé* » (Herrerros, 2007, p.23). L'hôpital est entraîné de perdre son identité institutionnelle qui fait sa spécificité sans pour autant pouvoir acquérir la dimension organisationnelle, encore au stade de gestation et de balbutiement, « *la partie institutionnelle de l'hôpital est en déclin alors que la dimension organisationnelle n'arrive pas à éclore vraiment* » (Herrerros, 2007, p.24). Ce dernier appelle à une nette distinction entre « *l'hôpital institution* » et « *l'hôpital organisation* ». Alors que l'hôpital-institution renvoie « *à un méta-niveau qui assure des régulations générales grâce à l'intériorisation par les acteurs d'un véritable programme comportemental indiquant en toute circonstance ce qu'il convient de faire au sein de l'institution* » (Ibid, p.24), l'hôpital-organisation désigne « *une entité précise dont le fonctionnement est largement régi par les coordinations locales que les acteurs mettent en place pour articuler leurs activités* » (Ibid, p.24). Dans le même ordre d'idée, Domin (2008) fait état également des différents paradoxes qui agitent la réforme des hôpitaux publics. Les réformes oscillent depuis une vingtaine d'années entre deux référentiels : l'intervention croissante des pouvoirs publics dans la gestion des établissements de soin et le recours aux mécanismes de marché. Il existe un décalage entre la réforme telle qu'envisagée par les instances et les autorités concernées et la réforme telle qu'initiée réellement sur le terrain. Desage (2006) évoque dans le même sens l'imprévisibilité de la trajectoire prise par le changement. Il s'appuie en cela sur les travaux de

Weber (1963, p.165) qui avance : « *Il est une chose incontestable, et c'est même un fait de l'histoire, mais auquel nous ne rendrons pas justice aujourd'hui : le résultat final de l'activité politique répond rarement à l'intention primitive de l'acteur. On peut même affirmer qu'en règle générale, il n'y répond jamais et que très souvent, le rapport entre les résultat final et l'intention originelle est tout simplement paradoxal* ». Il est rejoint, par Gow (1984) qui a également mis en avant le caractère imprévisible de la réforme institutionnelle. La trajectoire du changement ne peut être anticipée à l'avance, elle ne suit pas un cheminement linéaire mais connaît des péripéties.

La transition vers un nouveau modèle de gestion comme préconisée par le paradigme de la nouvelle gestion publique est un projet de grande envergure qui demande à être menée de façon réfléchiée et raisonnée. Principalement, le changement dans le contexte d'organisation publique porte sur deux volets : un premier volet qui vise la transformation de la culture de gestion publique (une culture de moyen) soit une modification des connaissances et des représentations pour migrer vers une nouvelle « *culture de résultat* », un deuxième volet qui concerne plutôt les comportements et une modification des modes de fonctionnement.

Le changement dans le contexte des organisations publiques est synonyme d'incertitude et de paradoxe. En effet, la transition vers un nouveau modèle de gestion vient percuter de « *plein fouet* » les procédures et les pratiques quotidiennes (Perret, 1996). Cette ambivalence vécue par l'individu va le pousser à hiérarchiser ses priorités. Toutefois, cette hiérarchisation est loin d'être systématique pour l'ensemble des individus, chacun des acteurs établit une liste de ses priorités en fonction de ses aspirations, de ses capacités cognitives et de ses intérêts. Les représentations ambivalentes et dilemmatiques deviennent un frein pour l'action et il sera plus difficile de déceler les comportements des acteurs et d'anticiper les trajectoires qu'ils vont emprunter.

Tous les auteurs s'accordent pour décrire le changement institutionnel comme une oscillation entre changement et stabilité, entre transfert (exogène) et innovation (endogène). L'évolution des systèmes institutionnels suit une trajectoire de ruptures en continuité (Rochet, 2007), soit une succession d'états prévisibles séparés par des ruptures que sont la transition d'un cycle à un autre. Elle suit une dynamique à deux vitesses, qui alterne entre des périodes longues de changements progressifs et des périodes courtes de changement radicaux (Denzau et North, 1994). Pendant les périodes longues, la « *path dependence* » va s'exprimer clairement à travers la reproduction institutionnelle. En revanche, les périodes courtes qui correspondent au

changement radical sont celles où un sentier se trouve entamé ou il y a donc une innovation institutionnelle.

Pour mettre de l'avant ce différentiel de rythme qui caractérise le changement institutionnel nous allons mobiliser la sociologie de l'action organisée. La sociologie de l'organisation étudie le changement non pas en partant des programmes gouvernementaux mais plutôt de l'organisation. Elle se penche sur l'action publique qui prend place dans l'organisation et qui couvre l'ensemble des faits, des pratiques et des décisions auxquels prennent part les acteurs. En lieu et place de la politique publique en termes de contenu et de programme, elle porte un regard nouveau sur le changement via les acteurs qui peuplent l'organisation (Mény et Thoenig, 1989). Ce sont ces derniers « *principaux animateurs des structures et de systèmes organisationnels* » (Perret, 1996) qui vont donner ou non vie aux changements planifiés. Il conviendrait de ne pas étudier le changement uniquement du côté des « *décideurs pilotes* » (Perret, 1996) mais de glisser un peu plus bas vers les « *petits fonctionnaires* » (Musselin, 2005) qui animent les systèmes d'action concrets et qui construisent ainsi le changement. La sociologie s'avère d'autant plus propice à l'analyse de la réforme publique. En effet, la réforme publique ne peut se réaliser de manière linéaire et mécanique mais plutôt de façon cyclique (succession de cycles d'essai et d'erreur). Elle suppose toujours une tension entre changement et stabilité, entre imitation « *exogène* » et innovation « *endogène* », entre reproduction institutionnelle (emprunt d'un même sentier) et innovation institutionnelle (création et emprunt d'un nouveau sentier). C'est à ce niveau qu'intervient le rôle des acteurs dans la conduite et le pilotage du changement institutionnel.

En investissant le champ d'analyse des politiques publiques, la sociologie marque sa rupture avec une vision déterministe pour une autre volontariste qui défend l'idée de coévolution. Si les institutions formelles (règles, lois, législations...) fournissent un cadre d'action pour les individus, ces dernières sont également le produit de leurs actions. Les acteurs sont en mesure d'influencer même de manière ténue l'évolution des institutions. Les modes d'appropriation des nouvelles institutions formelles sont fonction des institutions informelles (Locatelli, 2000).

Conclusion

Le premier objectif de ce chapitre a été de démontrer la pertinence de l'analyse sociologique pour l'étude des réformes publiques dans le contexte hospitalier. En effet, les caractéristiques de « *densité sociale* », de diversité des professionnels de santé et de complexité des relations

qui les lient les uns aux autres plaideraient en faveur d'une analyse sociologique qui viendrait les positionner au cœur de la réforme publique. L'analyse stratégique des organisations de Crozier et Friedberg (1977) a inspiré Muller (2005) et Musselin (2005), pour proposer un modèle d'analyse cognitive des politiques publiques. Ce recours à l'analyse sociologique s'impose dans le contexte des hôpitaux publics, où les acteurs jouent un rôle primordial pour orienter les trajectoires du changement institutionnel.

Chapitre 4 : L'étude de la réforme des hôpitaux publics, de l'analyse stratégique à la légitimité des acteurs

Ce chapitre traitera de la légitimité appliquée au cas d'un hôpital public. Nous procéderons dans un premier temps à l'éclairage conceptuel de la notion de légitimité par la définition de ses fondements théoriques, la description de ses caractéristiques et l'identification de ses diverses typologies (Section 1). Une fois cette notion saisie, nous expliquerons son intérêt pour l'étude de la réforme dans le contexte des hôpitaux publics (Section 2). En effet, étant donné la diversité professionnelle intrinsèque à l'hôpital (Section 3), l'analyse de la légitimité présagerait d'un pluralisme qu'il faudrait élucider (Section 4). Cette diversité présumée de(s) légitimité(s) qui se joue à l'intérieur de l'hôpital, nous a poussées à la scinder en deux grandes catégories : une légitimité « *intra-organisationnelle* » et une légitimité « *extra-organisationnelle* ». La légitimité « *intra-organisationnelle* » recouvre l'ensemble des perceptions des acteurs hospitaliers développées à l'égard de l'hôpital (Section 5). Elle sera analysée par l'usage de la notion d'identité comme variable relais (Section 6). En revanche, la légitimité « *extra-organisationnelle* », comme le laisse sous-entendre sa dénomination est portée vers l'extérieur de l'organisation en reconstituant les perceptions des patients (Section 7).

Section 1 : La légitimité, une définition du cadre conceptuel

1- La légitimité, une diversité des courants théoriques

La légitimité verse dans différents courants de recherche (philosophie, sociologie politique, psychologie...), c'est en cela que sa définition relève d'un niveau de complexité élevé.

En philosophie, Rawls (1971) rattache la légitimité institutionnelle à l'existence d'un système public de règles qui gouvernent. Pour sa part, Habermas (1978) rapporte que la légitimité n'est pas restrictive au respect des lois édictées par les institutions compétentes. Il établit en cela une nette distinction entre la légitimité et la légalité, alors que la légalité se réfère à la procédure, la légitimité serait plus informelle en faisant appel aux jugements de valeurs. C'est la loi qui se trouve à l'origine de la légitimité. Néanmoins, en regardant de près la loi, on s'aperçoit qu'il existe différentes sortes de lois, il y a les lois édictées par les hommes et écrites dans les textes législatifs et la constitution, il y a les lois qui érigent des systèmes de

règles convenues au sein de groupe, et enfin il y a les lois morales qui transcendent les actes humains. Cette diversité des lois, exposée ci-dessus, soulève la problématique de la « *hiérarchie des lois* ». En effet, alors que la légalité renvoie uniquement aux textes de lois d'origine « *humaine* », la légitimité renvoie aux lois « *transcendantales* ». La légitimité, vient en cela supplanter la légalité. Cette dernière n'en est qu'une facette, qui s'exprime via des discours et des comportements trouvant origine dans des principes supérieurs allant « *au-delà* » des lois. Ce sont ces valeurs, qui sont au fondement de la légitimité et qui font qu'elle soit représentée comme un construit social. La valeur est ici entendue dans le sens des principes de jugement sur lesquels s'appuient les personnes pour se juger entre elles et juger des choses, des comportements et des idées, « *la valeur hiérarchise les intérêts de chacun entre « ce qui importe le plus » pour lequel on fera éventuellement des sacrifices- et ce qui « importe le moins » »* » (Hatzfeld, 1998).

En sociologie politique, la légitimité prend de nouvelles allures, notamment avec les travaux de Weber (1971). Il a mis en évidence trois sources de légitimité du pouvoir, et en vertu desquelles les individus acceptent la domination : la légitimité rationnelle-légale, la légitimité traditionnelle et la légitimité charismatique. La légitimité rationnelle-légale laisse exprimer son autorité via des règles de droit et des lois impersonnelles et rationnelles, la légitimité traditionnelle trouve son fondement dans le respect de la coutume et enfin, la légitimité charismatique repose sur la reconnaissance du caractère exceptionnel du leader.

En sciences de gestion, la légitimité a été au centre de nombreuses théorisations et a donné lieu à deux courants majeurs : un courant institutionnel et un courant stratégique. En effet, la légitimité y est représentée comme une oscillation entre une perspective institutionnelle et une perspective stratégique.

➤ La conception institutionnelle de la légitimité

La légitimité est un concept central de la théorie néo-institutionnelle (TNI), que Tilling (2004) décrit comme une « *macro-théorie de la légitimation* ». La légitimité dans son versant institutionnel, tel que proposé par Meyer et Rowan (1977), Powell et DiMaggio (1991) et Scott (1995), est présentée comme une condition à la survie de l'organisation. Cette dernière étant soumise à des pressions institutionnelles exercées par son environnement, est appelée à devenir isomorphe avec lui. Selon cette approche, la légitimité de l'organisation tient à la conformité de ses actions aux normes sociales (Parsons, 1960 ; Dowling et Pfeffer, 1975 ; Asforth et Gibbs, 1990).

A cette définition de la légitimité, prônant une vision déterministe où l'organisation subit l'emprise de son environnement, vient se juxtaposer une nouvelle définition plus volontariste qui vient appuyer la qualité de la légitimité comme construction sociale émergeant d'un processus social qui fait intervenir les parties prenantes. Ces dernières jugeant de la conformité de l'organisation à leurs systèmes de croyance, lui confèrent une légitimité (Meyer et Rowan, 1977 ; DiMaggio et Powell, 1991 ; Scott, 1995). Cette légitimité relèverait donc d'un jugement social (Zimmerman et Zeitz, 2002), soit encore d'une validation externe au sens de Stone et Brush (1996). Face à cette prolifération de définitions, c'est celle de Suchman (1995) qui s'impose, « *la légitimité est une perception ou une présomption généralisée selon laquelle les actions d'une entité sont souhaitables, convenables ou appropriés au sein d'un système socialement construit de normes, valeurs, croyances et définitions* » (Suchman, 1995, p.574). Cette définition reconnaît à la légitimité, sa nature sociale, cognitive et évaluative. Elle serait le fruit d'une évaluation de l'organisation portée par des acteurs sociaux externes sur la base de critères de jugement de type culturel qui leurs sont propres. La société étant en constante évolution, la légitimité comme construit social, l'est aussi. Elle n'est pas figée mais découle plutôt d'un processus continu de légitimation (Beaulieu, Roy et Pasquero, 2002).

➤ La conception stratégique de la légitimité

Cette conception trouve son origine dans la théorie de la dépendance des ressources (Pfeffer et Salancik, 1978). La légitimité y est définie comme une ressource détenue par l'organisation, lui permettant de déjouer les pressions de l'environnement et d'acquérir de nouvelles ressources indispensables à sa survie (Aldrich et Fiol, 1994 ; Scott, 1995 ; Zimmerman et Zeitz, 2002). Suchman (1995, p. 575) définit la légitimité comme « *une ressource opérationnelle que les organisations extraient de leurs environnements culturels et qu'elles emploient pour la poursuite de leurs objectifs* ».

2- La légitimité, une diversité des critères d'évaluation

Il ressort des différentes typologies de légitimité recensées dans la littérature que les critères d'évaluation de la légitimité relèvent de deux grandes approches, une approche classique « *transcendante* » qui se focalise sur des critères formels et universels et une approche utilitariste et pragmatique qui s'appuie sur des critères informels propres aux individus (Gabriel, 2006).

Les travaux de Max Weber (1971), en postulant qu'une action est légitime si l'origine du pouvoir l'est aussi, s'inscrivent dans la lignée de l'approche classique de légitimité. En effet, la légitimité mesurée via des critères formels tient à une cause supérieure, sur laquelle les individus n'exercent aucun contrôle. Dans cette approche « *macro sociale* », la légitimité est entendue en termes de causes de justification (une action est légitime, parce que la cause est aussi légitime).

La deuxième approche utilitariste de la légitimité, où l'intérêt individuel y est fortement invoqué, se trouve illustrée par la définition de Suchman (1995, p. 574), « *une perception ou une présomption généralisée selon laquelle les actions d'une entité sont souhaitables, convenables ou appropriés au sein d'un système socialement construit de normes, valeurs, croyances et définitions* » (Buisson, 2005). Ce dernier en définissant la légitimité en termes de désirabilité des actions, lui reconnaît la finalité comme fondement (Buisson, 2005, Gabriel, 2006). Cette vision pragmatique et volontariste offre une possibilité de segmentation de la légitimité par type d'acteurs, « *la légitimité est une affaire individuelle résultant d'une politique managériale* » (Gabriel, 2006, p.7). Par ailleurs, elle met en exergue le caractère évolutif de la légitimité, les représentations des acteurs étant en constante évolution, les fondements de la légitimité sont sujets à des modifications chroniques.

Gabriel (2006) fait état de l'existence d'une typologie de légitimité à mi-chemin entre les deux grandes conceptions de la légitimité présentées ci-dessus : la typologie de légitimité de Scott (1995). Cette typologie, en distinguant entre trois dimensions de la légitimité, légitimité réglementaire, normative et cognitive, plaide pour une conciliation entre la légitimité par les attentes (la légitimité pragmatique) et la légitimité par les causes transcendantes. La légitimité réglementaire en ce qu'elle repose sur des réglementations formelles et des mécanismes de coercition s'apparente à la légitimité rationnelle-légale au sens de Weber (1971). La légitimité cognitive qui s'appuie sur les critères de jugement culturels de l'environnement renvoie à celle de Suchman (1995). Enfin, la légitimité normative puise dans les deux approches « *transcendante* » et pragmatique. En définissant la légitimité normative par référence à des valeurs sociales et à des règles formelles, Scott (1995) se place à la croisée de la légitimité rationnelle légale de Weber (1977) et de la légitimité cognitive de Suchman (1995). « *La légitimité normative concerne les rôles qui introduisent une dimension prescriptive, évaluative et obligatoire dans la vie sociale. Elle est liée à la fois aux valeurs sociales du porteur de ces valeurs. Il pourrait s'agir là d'une dimension intermédiaire, entre la forme traditionnelle de Weber et la légitimité morale de Suchman* » (Gabriel, 2006, p.10).

3- La légitimité, une pluralité des dimensions

La légitimité est un concept multidimensionnel qui recouvre plusieurs facettes (Aldrich et Fiol, 1994, Zimmerman et Zeitz, 2002). Par ailleurs, il convient de noter à cet égard qu'en dépit des nombreuses catégories de la légitimité proposées dans la littérature, ces dernières renvoient aux pressions exercées par l'environnement institutionnel telles que mises en évidence par DiMaggio et Powell (1983), à savoir les contraintes coercitives, normatives et mimétiques. Pour les contraintes coercitives, elles sont de nature légale et politique, dans la mesure où elles correspondent aux lois et aux réglementations en vigueur dans les pays où l'organisation évolue. Les contraintes normatives s'imposent via les normes professionnelles qui forgent les philosophies professionnelles et qui vont agir comme cadre cognitif contraignant. Enfin les contraintes d'ordre mimétique sont celles qui imposent aux organisations de copier les modes de fonctionnement de leurs homologues.

Nous allons dans ce qui suit présenter les principales typologies de légitimité proposées dans la littérature :

➤ La typologie de Scott (1995)

Cette typologie qui scinde la légitimité en trois catégories distinctes est étroitement liée aux formes d'isomorphisme institutionnel tel que présentées ci-dessus.

- La dimension réglementaire : elle relève des structures formelles de contrôle, des lois et des mécanismes coercitifs qui veillent à la stabilité dans l'environnement. Les organisations sont dans l'obligation de respecter ces lois explicites, à défaut de perdre leur légitimité. Elle insiste sur les « *processus régulateurs explicites : activités de détermination des règles, de contrôle, de sanction* » (Scott, 1995, p.51-52).
- La dimension normative : elle concerne « *les rôles normatifs qui introduisent une dimension descriptive, évaluative et obligatoire dans la vie sociale* » (Scott, 1995, p.54). Cette légitimité repose à la fois sur des valeurs sociales allant au-delà des structures cognitives et sur les réglementations formelles.
- La dimension cognitive : elle concerne « *les règles qui spécifient quels types d'acteurs peuvent exister, quelles caractéristiques formelles ils doivent posséder, quelles procédures ils peuvent suivre et quelles significations sont associées à leurs actions* » (Ruef et Scott, 1998, p.879).

➤ La typologie de Suchman (1995)

Suchman (1995) établit une typologie fondée sur une triple distinction. Cette typologie est très proche de celle de Scott (1995), à la seule différence qu'elle définit la légitimité en faisant intervenir de façon plus explicite, les phénomènes d'agence (Buisson, 2005).

- La dimension pragmatique : elle renvoie au calcul des intérêts personnels. Selon Suchman (1995), la poursuite d'intérêts privés s'inscrit dans celle plus généralisée de recherche de légitimité à l'échelle des organisations.
- La dimension morale : elle repose sur une évaluation normative de l'organisation et de ses activités (Parsons, 1960, Aldrich et Fiol, 1994). Le jugement ne porte plus uniquement sur l'intérêt particulier mais également sur la promotion du bien-être collectif.
- La dimension cognitive : elle consiste à considérer l'organisation comme une entité nécessaire et inévitable (Suchman, 1995). Elle laisse supposer que la stratégie adoptée par l'organisation est assimilée par l'environnement dans lequel elle évolue.

A chacune de ces catégories de légitimité, correspond des types variés de légitimité.

Tout d'abord, la légitimité pragmatique se décline sous trois formes distinctes, respectivement la légitimité d'échange, la légitimité d'influence et la légitimité relationnelle-dispositionnelle. La légitimité d'échange repose sur le calcul des valeurs attendues des auditeurs. La légitimité d'influence est supportée par les audiences, parce qu'ils la considèrent comme écho de leurs intérêts les plus importants. Enfin, la légitimité dispositionnelle, elle est appuyée par les parties prenantes lorsque les comportements sont perçus comme allant dans le sens de leurs intérêts.

Ensuite, la légitimité morale, qui englobe les évaluations positives, sur le caractère bon ou meilleur socialement et socialement de l'organisation et de ses comportements. Elle se décline sous quatre formes : conséquentielle, procédurale, structurale et personnelle. La légitimité conséquentielle stipule que la légitimité des organisations est évaluée en termes de résultats et de ce qu'elle a réussi à accomplir au niveau du système social. La légitimité procédurale correspond à la conformité des routines organisationnelles aux procédures admises par la société. La légitimité personnelle relève de la légitimité charismatique des leaders. Et la légitimité structurale porte sur l'évaluation des structures organisationnelles.

Enfin, la légitimité cognitive repose sur la compréhension de l'organisation et de ses agissements par les parties prenantes.

L'ensemble des dimensions de légitimité avec toutes leurs déclinaisons, renvoient à une forme particulière d'attente individuelle. Celle-ci quelque soit sa forme : satisfaction des intérêts individuels, quête du bien-être social ou discernement de la stratégie est réalisée sur la base de critères de jugement construits par les évaluateurs eux-mêmes.

➤ La typologie de Ruef et Scott (1998)

A l'issue de l'étude de l'évolution des hôpitaux américains durant la période de 1945-1990, Ruef et Scott (1995) ont proposé une nouvelle typologie de la légitimité en distinguant entre la légitimité managériale et la légitimité technique. La légitimité managériale fait référence aux pratiques organisationnelles telles que la gestion des ressources humaines, la comptabilité, la fonction administrative. En revanche, la légitimité technique porte sur des aspects exclusivement techniques de l'organisation, tels que la formation du personnel, la gestion des procédures de travail et de la qualité.

➤ La typologie de Zimmerman et Zeitz (2003)

Cette typologie distingue entre légitimité sociopolitique et légitimité cognitive. La légitimité sociopolitique renvoie au développement de la confiance dans l'organisation. Elle peut être donc de nature normative ou réglementaire. La légitimité cognitive, pour sa part, et comme ça a été mentionné ci-haut puise ses fondements théoriques dans le domaine de la psychologie sociale (Berger et Luckman, 1967) et celui du courant institutionnel (Meyer et Rowan, 1977).

Cette typologie distingue entre quatre formes de légitimité

- une légitimité sociopolitique « *régulatoire* », qui découle de la conformité aux règles et aux standards légaux

-une légitimité sociopolitique normative, qui correspond à la conformité aux valeurs sociales

-une légitimité cognitive des perceptions de l'identité et des rôles de l'organisation

-une légitimité industrielle, qui correspond à la légitimité conférée par l'ensemble des entreprises du secteur.

➤ La typologie de Boddewyn (1995)

Dans le domaine des sciences politiques, Boddewyn (1995) appelle à une nette distinction entre légitimité et légalité. En effet, ce dernier présente la légalité comme une des facettes de la légitimité. Il définit la légitimité par référence à trois critères que sont le respect des règles imposées par le gouvernement c'est-à-dire la légalité, la conformité aux coutumes et aux valeurs portées par les groupes qui composent la société et la contribution aux objectifs. Boddewyn (1995) se place ainsi dans la lignée de Habermas (1978) qui a établi une différence entre légitimité et légalité, en soulignant que la légitimité ne peut se réduire au respect de la loi édictée par les institutions habilitées, puisqu'elle relève également de la conscience et de valeurs, la légitimité recouvre une part normative qui vient s'ajouter à la loi (Buisson, 2005). La légitimité penche vers des jugements de valeurs et d'intérêts, contrairement à la légalité où c'est le droit qui prime. La légitimité relèverait donc d'un ordre supérieur au droit.

4- La légitimité, une construction sociale individuelle et collective

En s'adossant aux différentes définitions de la légitimité, à ses dimensions et aux critères d'évaluation qui lui servent de fondement, nous pouvons conclure à la qualité de la légitimité comme construction sociale individuelle et collective. La légitimité n'est pas acquise uniquement par la conformité aux normes institutionnelles, l'organisation est en mesure de participer activement à la construction de sa légitimité. Gabriel (2006) appelle à considérer le processus de légitimation comme « *une co-construction de sens* » entre l'organisation et son environnement. La relation qui lie l'organisation à son environnement est de l'ordre d'une causalité circulaire qui soutient que l'environnement est une production sociale qui découle des interactions entre l'organisation et les différentes parties prenantes. La légitimité est le produit d'une construction de sens individuelle et collective, « *la légitimité est issue directement de ce processus d'émergence de sens : elle dérive de ces schémas interprétatifs et comportements collectivement construits, elle est issue d'un processus d'interprétation à partir d'une base de compréhension partagée que chacun adapte à son contexte, à l'histoire et à sa propre dimension personnelle* » (Gabriel, 2006, p.6). La légitimité ne doit pas être vue uniquement comme un élément normatif et coercitif, mais également comme une construction sociale. Elle est à la fois la résultante des pressions institutionnelles de l'environnement, et l'œuvre des acteurs qui y évoluent (Gabriel, 2006).

La revue de littérature vient démontrer que la légitimité vient verser dans deux courants principaux : la légitimité est soit prononcée en référence à des principes transcendants et universels, soit qu'elle est construite individuellement en référence à des principes pragmatiques et utilitaristes. La légitimité qu'elle soit en sociologie, en psychologie, en sciences politiques ou en sciences de gestion, prend des allures différentes, tantôt universalistes, tantôt individualistes. Elle met clairement en évidence une dualité : ses composantes tiennent à la fois à des intérêts individuels et collectifs des audiences de l'organisation.

Les dimensions de la légitimité	Weber (1971)	Légitimité rationnelle-légale		La légitimité par référence à un ensemble de doctrines, de grands principes philosophiques ou moraux (Droit national droit international...)	
		Légitimité traditionnelle		La légitimité par la conformité aux coutumes et valeurs portés par les groupes qui composent la société	
		Légitimité charismatique		La légitimité en fonction de la reconnaissance du caractère exceptionnel du leader	
	Suchman (1995)	Légitimité pragmatique	Légitimité d'échange		La légitimité en termes d'avantages accumulés
			Légitimité d'influence		La légitimité en termes de pouvoir et d'influence
			Légitimité dispositionnelle		La légitimité par référence à un ensemble de comportements allant dans le sens des intérêts des acteurs
		Légitimité morale	Légitimité conséquentielle		Evaluation des conséquences morales de l'activité
			Procédurale		La légitimité par référence à des principes moraux qui guident la mise en place de la procédure et au fonctionnement des pratiques (respect des normes et des codes déontologiques).
			Structurale		La légitimité par la structure et son degré d'acceptabilité sociale.
			Personnelle		La légitimité basée sur le charisme des individus de l'organisation.
	Scott (1995)	Légitimité cognitive	Compréhension		La légitimité en termes de compréhension de l'organisation et de ses agissements par les parties prenantes.
		Légitimité normative		Légitimité par référence aux valeurs morales et aux réglementations formelles.	
Ruef et Scott (1998)	Légitimité réglementaire		La légitimité par référence au respect des obligations légales		

		Légitimité cognitive		La légitimité par la compréhension des activités de l'organisation
		Légitimité technique		La légitimité en termes d'aspects techniques de l'activité organisationnelle
		Légitimité managériale		La légitimité d'un point de vue managériale des différents processus et mécanismes organisationnels
Zimmerman et Zeitz (2002)	Légitimité sociopolitique	régulatoire		La légitimité par conformité aux règles et aux normes légales
		normative		La légitimité par la conformité aux valeurs sociales
	Légitimité cognitive			La légitimité par référence à la manière dont les individus perçoivent l'organisation
Boddeywn (1995)	légalité			La légitimité par respect de la loi
	légitimité par les coutumes			La légitimité par conformité aux valeurs portées par les groupes sociaux.
	légitimité par la contribution aux objectifs			La légitimité en fonction du degré de participation à la réalisation des objectifs.

Tableau 6 : Récapitulatif des dimensions de la légitimité

Section 2 : De l'intérêt d'une approche par la légitimité dans le contexte de la réforme des hôpitaux publics

1- La légitimité, une thématique centrale en management public

Le NPM, s'est imposé au début des années 1990, comme un paradigme politico-économique, visant l'injection dans le secteur public de mécanismes de marché, pour la reconquête de sa légitimité, en proie à une crise profonde. Cette crise s'est trouvée d'autant plus accentuée par l'intensification de la concurrence. Les organisations publiques ne sont plus soumises uniquement à leur environnement institutionnel, elles se trouvent également confrontées à un environnement concurrentiel de plus en plus féroce.

Pour asseoir la légitimité du NPM, Hufty (1998) distingue entre trois modèles sous-jacents de légitimité :

- Le modèle de l'efficacité, qui établit une légitimité par des logiques industrielles et de marché qui repose entre autres sur les processus d'appel d'offre, le montage

juridique des contrats, l'établissement des cahiers de charge et le processus de sélection des fournisseurs de services publics. En comparant ce modèle de la légitimité à ce qui a été évoqué dans les autres typologies, il sera possible de lui associer une dimension coercitive et réglementaire.

-le modèle de l'excellence et de la qualité, qui correspond à la légitimité par la satisfaction des besoins des clients de l'administration

-le modèle de la participation communautaire : c'est la légitimité par le renouveau des processus démocratiques et l'approche des « *parties prenantes* ». Il fait appel aux notions de confiance, de communication, d'implication, de coopération, d'adhésion et de marketing public.

Dans leur environnement, les organisations se trouvent aux prises avec deux types de pressions externes, des pressions institutionnelles et des pressions concurrentielles, et donc à la poursuite de deux légitimités : une « *légitimité institutionnelle* » (courant néo-institutionnel) et une « *légitimité concurrentielle* » (courant stratégique). La première forme de légitimité, soit la « *légitimité institutionnelle* » reflète la capacité de l'organisation à être reconnue au sein de son environnement sociopolitique, c'est-à-dire à sa capacité à se conformer aux normes, aux valeurs et aux croyances tenues pour acquises. Cette légitimité renvoie donc clairement à un conformisme au sens de l'isomorphisme de DiMaggio et Powell (1983). La deuxième forme de légitimité, la « *légitimité concurrentielle* », comme son nom l'indique est fondée sur la recherche de l'efficacité. Elle traduit la capacité de l'organisation à faire face à son environnement concurrentiel. Dans le champ de l'entrepreneuriat, Marchesnay (1998, p.102) définit la légitimité concurrentielle « *comme l'aptitude de l'affaire à s'adapter aux pressions concurrentielles conformément à une vision dite d' « écologie des populations »* ». Cette légitimité est évaluée conformément à des indicateurs de performance.

Ces deux formes de légitimité, institutionnelle et concurrentielle, qui ne sont pas par ailleurs neutres, font référence respectivement aux secteurs public et privé, et se côtoient au sein du NPM. Dans le contexte de la réforme publique et en application des préceptes du NPM, les outils de gestion propre au secteur privé (qui jouissent d'une légitimité préétablie soit une légitimité concurrentielle et économique fondée sur le marché et la réussite commerciale et privilégiant les logiques de résultats) se trouvent au contact du secteur public confrontées à une nouvelle légitimité publique fortement ancrée (une légitimité institutionnelle fondée sur la représentation démocratique, l'intérêt public et la légalité et faisant primer les logiques d'adéquation et de conformisme). La réforme publique lorsqu'elle fait appel aux instruments

de gestion, elle juxtapose deux mondes, le monde civique et le monde marchand (Boltanski et Thévenot, 1991). Par ailleurs, en ce que le NPM est porté par des organismes supranationaux, on pourrait conclure que cette doctrine se proclame d'une légitimité rationnelle légale au sens de Weber (1971).

La légitimité, est une thématique centrale en management public (Bartoli, 1997). Elle s'impose comme une des problématiques centrales à débattre : Comment peut-on envisager l'importation de méthodes de management traditionnellement réservés au secteur privé pour les greffer dans le monde public sans porter préjudice à ses fondements et donc sa légitimité ? Jusqu'à quel point le transfert des méthodes de management du privé sont solubles dans le secteur public ? Comment peut-on envisager l'articulation des logiques civiques et marchandes à l'origine incompatibles et diamétralement opposées sans compromettre la légitimité de l'action publique ?... Ce ne sont là que quelques unes des questions qui n'ont cessé de susciter la controverse lorsqu'il s'agissait de réforme publique.

La légitimité recouvrant un large spectre de domaines de recherche, il conviendrait dans un premier temps d'en tracer les limites. Les hôpitaux publics, étant particulièrement touchés par la vague de réforme publique, la légitimité portera sur le fonctionnement de l'hôpital et l'impact de la réforme sur sa légitimité.

2- La théorie de la légitimité, la théorie néo-institutionnelle et la théorie des parties prenantes, de quelques convergences et de quelques divergences ?

2-1 La théorie de la légitimité et la théorie institutionnelle

En voulant étudier la légitimité des hôpitaux publics dans le contexte de la réforme, nous voudrions étudier la légitimité de la réforme et en miroir les pratiques de gestion qui lui servent de support. Dans la mesure où la réforme repose sur des textes de lois et étant régie par les hautes instances gouvernementales nationales voire supranationales (FMI, BM ...), nous supposons que sa légitimité est acquise et nous parlerons dans ce cas d'une « *légitimité par le haut* ». Cette légitimité renvoie clairement à la théorie néo-institutionnelle (Meyer et Rowan, 1977 ; DiMaggio et Powell, 1991), décrite par Tilling (2004) comme une « *macro-théorie de la légitimation* ». Toutefois, une question reste en suspens, qu'en est-il de la légitimité des pratiques de gestion importées de la sphère privé au contact du terrain hospitalier public ? Pour se saisir de cette légitimité que nous allons appeler « *légitimité par le bas* », nous nous placerons au niveau micro soit celui des acteurs. En se plaçant du côté des

acteurs, nous optons pour une approche volontariste de la légitimité, celle-ci est une affaire commune, une co-construction entre l'organisation et ses diverses parties prenantes (internes et externes). Selon Ramonjy (2005), la légitimité tout en étant imposée par le haut (approche institutionnelle), reste en grande partie façonnée par les acteurs à l'échelle micro-économique. Il introduit en cela une approche volontariste de la légitimité, en puisant alternativement dans les deux perspectives institutionnelle et stratégique, « *le versant institutionnel nous a livré le processus de conformation et de congruence de l'entreprise envers les institutions et les parties prenantes de son champ organisationnel. Le versant stratégique à travers la dépendance en ressources propose quant à lui un volontarisme et une instrumentalisation de ces relations entre l'entreprise et ses parties prenantes* » (Ramonjy, 2005, p. 28). La légitimité n'est pas uniquement une variable exogène imposée par l'environnement, elle est également l'œuvre des acteurs qui participent activement à la façonner.

2-2 La théorie de la légitimité et la théorie des parties prenantes

L'étude de la légitimité ne peut passer outre les acteurs. Elle doit examiner l'ensemble des parties prenantes dans son sillage et comprendre l'influence qu'exerce chacune d'entre elle sur l'organisation. Ce sont les parties prenantes, qui en dernier ressort, vont se prononcer sur la légitimité ou non de l'organisation, ce sont eux les « *évaluateurs de la légitimité* » (Brasseur et Buisson, 2008). Ruef et Scott (1988, p. 880) le soulignent en déclarant que la légitimité organisationnelle est « *déterminée par ces observateurs de l'organisation qui estiment sa conformité par rapport à un modèle ou un critère spécifique* ». La légitimité est socialement construite par les acteurs, elle est le fruit d'une évaluation portée par des acteurs sociaux (internes et externes) sur la base de critères de jugement culturels qui leur sont propres. C'est à cet égard, qu'il serait risqué de se pencher sur l'étude de la légitimité en faisant abstraction des acteurs qui la façonnent.

Il existe une relation ténue entre la théorie de la légitimité et la théorie des parties prenantes qu'il ne convient pas d'omettre. En effet, l'une ne va pas sans l'autre, chose que Gray, Kouhy et Lavers (1995, p.52) ont mis en évidence. Selon ces auteurs « *« la théorie des parties prenantes » et la « théorie de la légitimité » pourraient être considérés de manière plus opportune comme deux perspectives (qui se chevauchent) sur la question et qui reposent sur un ensemble d'hypothèses relevant de « l'économie politique »* ».

2-3 La théorie néo-institutionnelle et la théorie des parties prenantes

La légitimité déclinée sous ses deux perspectives institutionnelle et de parties prenantes, dévoile des divergences évidentes. Alors que la théorie néo-institutionnelle, de loin la plus utilisée pour l'étude de la légitimité, s'intéresse à l'évaluation de la légitimité en termes de conformité à des normes, la théorie des parties prenantes est plus tournée vers ses modes de gouvernance (Brasseur et Buisson, 2008). Luoma et Goodstein (1999) notent que ces deux théories sont complémentaires, la théorie des parties prenantes en ce qu'elle permet de cartographier les parties prenantes légitimatrices, de recenser leurs intérêts et d'estimer le pouvoir de chacune d'elles, vient compléter la théorie néo-institutionnelle pour porter un regard d'ensemble sur la légitimité (Brasseur et Buisson, 2008).

Le concept de légitimité étant fortement rattaché au concept de « *partie prenante* », nous allons dans ce qui suit nous intéresser à ce concept. Ce concept a été introduit par Freeman (1984) pour rendre compte de la diversité des acteurs auxquels l'organisation est redevable. Ce dernier définit les parties prenantes comme « *tout groupe ou individu qui peut influencer ou être influencé par la réalisation des objectifs de la firme* » (Freeman, 1984, p.46). Clarkson (1995), vient élargir le champ de responsabilité des organisations en désignant les parties prenantes comme les personnes ou groupes de personnes qui revendiquent une part de propriété, de droits ou d'intérêts dans l'organisation.

En s'adossant à la théorie des parties prenantes, il existe plusieurs typologies des parties prenantes présentées dans la littérature (parties prenantes primaires vs parties prenantes secondaires, parties prenantes stratégiques vs parties prenantes morales, parties prenantes volontaires vs parties prenantes involontaires...) (Carroll, 1979, Ruef et Scott, 1998, Kostova et Zaheer, 1999, Glynn et Abzug, 2002). Mais la distinction la plus répandue est celle entre « *partie prenante interne* » et « *partie prenante externe* ».

L'hôpital admet une diversité des parties prenantes internes et externes. Il existe une constellation d'acteurs qui gravitent autour de l'hôpital. Contandriopoulos et Trottier (1998) font état de quatre grandes familles d'acteurs et de quatre logiques de régulation, « *pour les acteurs, ils sont les professionnels, les gestionnaires, le monde marchand et le monde politique...* ». Chacun de ces groupes d'acteurs revendique une part de propriété et de droit faisant de l'hôpital un espace de jeu politique où s'enchevêtrent des ensembles d'intérêts coopératifs et/ou divergents.

Section 3 : L'hôpital public, une organisation professionnelle hétéroclite

L'hôpital est une organisation professionnelle fortement fragmentée et cloisonnée qui abrite des acteurs appartenant à des sphères professionnelles différentes, Divay et Gadea (2007) parlent de l'hôpital comme un « *conglomérat de professions* ». En effet, à la diversité des parties prenantes et des intérêts individuels vient s'ajouter une diversité de leurs univers professionnels, en termes de valeurs et de croyances. Les différentes professions sont portées par des rationalités professionnelles diverses : rationalité médicale, rationalité hiérarchique administrative, rationalité gestionnaire, rationalité des personnels soignants, rationalité d'enseignement et de recherche....

3-1 Les caractéristiques d'une organisation professionnelle

Les organisations professionnelles comme leur nom l'indiquent, sont caractérisées par une prépondérance des professionnels qui y exercent un pouvoir imminent, découlant de l'expertise qu'ils détiennent. Comme le font remarquer, Champagne et al (1998) la production dans les organisations professionnelles reposerait sur des actifs intellectuels plutôt que sur des ressources physiques. Ce sont les acteurs professionnels, qui grâce à leur expertise contrôlent les décisions associées à la production. Ils sont présumés compétents en ce qu'ils jouissent d'une compétence professionnelle et d'une compétence stratégique (Gagnon, 2009). D'autre part, ces professionnels sont issus de sphères professionnelles disparates entraînant par la même, une intense différenciation interne et une résurgence des conflits quant à l'allocation des ressources (Bucher et Stelling, 1969). Mintzberg (1979), atteste également de la complexité des tâches qui y sont réalisées. Pour leur part, Denis et al (1996) reconnaissent une organisation professionnelle à l'ambiguïté du pouvoir qui s'y joue et à la diffusion des objectifs poursuivis. Ils mettent l'accent en cela sur le caractère politique des organisations professionnelles. Pour caractériser une organisation professionnelle, Mintzberg (1979) a introduit le concept de « *bureaucratie professionnelle* ». Ce modèle reste de loin, le modèle de référence pour analyser l'organisation hospitalière (De Pourville et Tedesco, 2003). L'hôpital public est une « *bureaucratie professionnelle* », caractérisée par une structure bicéphale et duale où cohabitent une hiérarchie administrative et une hiérarchie professionnelle. Lozeau (2009), fait état de l'existence au sein des hôpitaux publics d'une structure bureaucratique fortement hiérarchisée et dotée d'un cadre réglementaire rigide qui s'impose à tous les administrateurs, la plupart des groupes cliniciens et le reste du personnel. Cette forte bureaucratisation favorise une parcellisation des processus de travail (Bartoli, 1997 ; Lozeau

2005 ; Sampieri, 1999 ; Schmit et al, 2008). A cette imposante structure bureaucratique verticale en silos (Schmit et al, 2008), vient se juxtaposer une structure professionnelle.

L'ensemble des caractéristiques déclinées ci-dessus collent parfaitement à l'organisation hospitalière et font ressortir sa complexité. Elle est l'exemple type d'un contexte organisationnel pluraliste caractérisé par des objectifs multiples et des lieux de pouvoir diffus. Denis et al (2002) reconnaissent que les organisations complexes, « *sont caractérisées par des objectifs multiples, des lieux de pouvoir diffus et des processus de travail basés sur des connaissances spécifiques* ».

3-2 Les professionnels dans l'hôpital public : une tentative de délimitation

Le concept de « *professionnel* » a fait l'objet de nombreux travaux en sociologie, à l'image de ceux Butler (1973) et de Friedson (1984, 1994), qui ont mis en avant la spécificité de ces acteurs. Butler (1973) a défini le professionnel par référence à cinq critères que sont : l'autonomie, l'autorité, la référence à de hauts standards éthiques, l'évaluation collégiale et la prépondérance du service rendu à la communauté vis-à-vis des intérêts personnels (Gangloff, 2007).

Les travaux de sociologie et de gestion menés dans le contexte des hôpitaux ont révélé l'existence de trois sphères professionnelles, respectivement administrative, médicale et paramédicale. Chacune de ces sphères développe un discours type structuré autour de mots clés. Pour la sphère administrative, c'est la conformité réglementaire et la maîtrise des ressources qui priment, pour la sphère médicale, les maîtres mots sont la qualité, la sécurité et l'autonomie professionnelle et enfin pour la sphère paramédicale, elle est plus tournée vers la qualité des soins et la prise en charge différenciée des patients (De Pourville et Tedesco, 2003). Mais dans cette hiérarchie professionnelle, c'est le médecin qui occupe certainement le devant de la scène. Les médecins, ont tendance à cultiver un sentiment de supériorité vis-à-vis des autres professions et à se donner le pouvoir d'exercer un contrôle social via leur expertise, notamment en ce qui a trait à la prise de décision. Les médecins, grâce à la connaissance médicale qu'ils possèdent se sont placés en position de force, frôlant parfois l'« *égocentrisme* ». Ils se sont rendus indispensables (l'hôpital pour fonctionner ne peut se passer de leurs services), réussissant par la même à protéger leur autonomie et à échapper aux règles organisationnelles (Dent, 2003 ; Mueller, Harvey et Howorth, 2003). Cette capacité à se défaire du poids des règles organisationnelles, leur a été conféré par « *un ensemble de compétences que l'hôpital ne peut acquérir autrement et qui n'est pas standardisable* » (Dent,

2003). L'expertise médicale confère au médecin une autorité informelle. Elle crée un lien de dépendance vis-à-vis des autres professions qui sont dépourvues de ces compétences. Les médecins sont détenteurs d'une suprématie qui les place à l'avant de la scène hospitalière, ils sont « *le socle de référence des organisations* » (Abernethy et Stoelwinder, 1995, Chua et Degeling, 1991), « *...les médecins possèdent un référent extra organisationnel au sein du groupe professionnel (ordre des médecins, faculté de médecine)* » (Gangloff, 2007, p.10). C'est en cela qu'ils sont capables d'exercer un « *contrôle professionnel* » sur les autres professions, que Gangloff (2007) appelle « *contrôle clanique* » tel que décrit par Ouchi (1979) et repris par Burlaud et al (2004) : « *Le contrôle clanique, peut être une forme de contrôle par la culture, celle d'un milieu professionnel, mais il peut également être un contrôle par un corps de professionnels, se plaçant en dehors, est généralement au dessus des règles de l'entreprise* ». Les médecins, sont capables de « *définir des règles et des protocoles conçus en adéquation avec les normes professionnelles (protocoles chirurgicaux, d'analyse des symptômes...)* » (Gangloff, 2007). Ils défendent un statut particulier, se considérant comme des « *entrepreneurs libres* » et non pas des employés de l'hôpital (Lozeau, 2009). Ils ont tendance à s'identifier et à vouer une plus grande loyauté à leurs pairs, bien plus qu'à l'organisation hospitalière, et à se tourner vers « *leur communauté professionnelle que vers l'établissement dans lequel ils offrent leurs services* » (Lozeau, 2009, p.8).

A côté des médecins, qui semblent tenir la vedette au sein des hôpitaux, Friedson (1970) les considérant comme l'incarnation de « *l'idéal-type professionnel* », d'autres groupes de professionnels commencent à se manifester à la quête d'une professionnalisation. L'hôpital en tant que structure professionnelle n'est pas uniquement porté par les médecins, il existe d'autres acteurs qui sont à la recherche d'une reconnaissance professionnelle, à l'image des infirmiers.

Une profession correspond à un « *monde d'action* » au sens de Dodier (1993), qu'il définit comme « *un corpus de règles et de comportements qui donne un sens acceptable et opératoire à l'action* » (Minvielle, 2000). Ceci est valable dans le cas de l'hôpital, exemple type de l'hétérogénéité professionnelle, où chacune des professions développe des référentiels d'action et des repères qui vont les guider dans la réalisation de leur travail. Dans l'hôpital, il est question d'un « *monde d'action professionnel* » que Minvielle (2000) rapproche de la notion de professionnalisme au sens de Friedson (1984), « *le professionnalisme en appelle à la compétence technique partagée par tous les personnels de métiers différents impliqués dans la prise en charge* ».

Bien que la suprématie du corps médical soit confirmée, il existe un trait commun à l'ensemble des professions hospitalières (gestionnaire, médicale et paramédical), c'est celui de la « *diversité intra professionnelle* » dont ils font objet. En effet, au-delà de cette diversité interprofessionnelle manifeste, une même profession peut cacher une autre diversité latente (inhérente notamment aux échelons hiérarchiques), le fait d'appartenir à une même profession ne signifie en rien une homogénéité absolue. Au sein d'une même profession peuvent coexister des « *sous-professions* ». Pour les administratifs, il y a deux grandes catégorisations possibles, les administratifs de la filière administrative (la figure classique des comptables, des responsables ressources humaines, des responsables approvisionnement...) et les administratifs de la filière technique et logistique (les ingénieurs, les informaticiens, les spécialistes de la logistique, les spécialistes de la sécurité...). Cette intra-diversité est également vraie dans le cas des médecins (médecins généralistes, médecins spécialistes, ...) et dans celui des paramédicaux (les infirmières, les aides-soignants, les kinésithérapeutes, les anesthésistes, les techniciens de laboratoire, les sages femmes...).

Section 4 : La légitimité de l'hôpital, un pluralisme à questionner ?

La diversité des acteurs couplée à la diversité des univers professionnels, nous amène à nous positionner en faveur d'une diversité des légitimités en jeu dans le contexte hospitalier, rendant par la même leur gestion un exercice périlleux. Dans l'hôpital, la légitimité fait l'objet d'une pluralité qu'il convient d'interroger et d'élucider. En effet, en raison de la multiplicité des acteurs aux affiliations professionnelles différentes, plusieurs légitimités risquent de se retrouver confrontées les unes aux autres : légitimité médicale, légitimité gestionnaire, légitimité des soignants, légitimité pragmatique (portée par la réalisation des intérêts individuels, amélioration de la performance...), légitimité morale (optimisation du bien-être collectif)... Les différentes communautés d'acteurs, immergées dans leurs mondes respectifs, vont développer chacune des critères de jugement différents en fonction de leurs situations et de leurs perspectives.

La gestion de la légitimité s'annonce d'un niveau de complexité accrue, elle serait assimilée à une gestion de la diversité, un arbitrage entre univers de sens. En effet, à la diversité intrinsèque à l'organisation hospitalière, vient s'ajouter la diversité des parties prenantes. Cette diversité se trouve d'autant plus amplifiée que ces acteurs ont des valeurs disparates et des croyances conflictuelles sur les structures et les comportements appropriés. Les parties prenantes internes et externes (Kostova, 1998, Ruef et Scott, 1998, Glynn et Abzug, 2002)

vont développer des critères de jugement qui leur sont propres en fonction de leurs systèmes de valeurs, de leurs affiliations, de leurs croyances individuelles et leurs intérêts. D'après Zimmerman et Zeitz (2002), le décideur portera son jugement sur la base de son système de représentations, c'est-à-dire son propre stock de scripts, de valeurs et de modèles. Brasseur et Buisson (2008, p. 3) admettent l'existence d'une pluralité de légitimité, « *qui renie alors toute idée de légitimité absolue, au profit d'un particularisme et d'un relativisme des valeurs* ».

Se prévalant de la diversité mise en relief, ci-haut, il sera question dans cette recherche de la scission du système de légitimité de l'hôpital en fonction des acteurs et de leurs profils professionnels. En effet, en se plaçant dans l'optique des acteurs qui peuplent l'hôpital public, nous optons pour une « *approche poly-logique de la légitimité* », où diverses légitimités peuvent coexister et se côtoyer en lieu et place d'une « *approche monologique* ». Gabriel et Cadiou (2006), font état de la diversité des acteurs qui gravitent autour de l'organisation, et proposent d'y faire face à travers une gestion individualisée, l'objectif étant de focaliser l'attention sur chaque partie prenante susceptible d'influencer ou d'être influencée directement par ses actions.

La catégorisation, parties prenantes internes- parties prenantes externes sera retenue au niveau de l'étude de la légitimité de l'hôpital public. L'analyse de la légitimité se fera à un double niveau intra organisationnel et extra organisationnelle. La « *légitimité intra organisationnelle* » sera dirigée vers les pratiques de gestion, supports de la réforme des hôpitaux publics, en revanche, la « *légitimité extra-organisationnelle* » portera sur les conséquences de ces pratiques. Le positionnement des parties prenantes, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'organisation influencera la nature des informations qu'elles détiennent et en conséquence les perceptions à l'égard des pratiques de gestion. Les organisations dans leur manière de gérer leur légitimité sont plus enclines à porter la plus grande attention aux parties prenantes externes reléguant au second plan les parties prenantes internes (Brasseur et Buisson, 2008). Plusieurs sont les travaux qui appellent à un remplacement des parties prenantes internes au cœur du processus de légitimation. Selon Stone et Brush (1996), les parties prenantes internes à l'organisation sont une source de légitimité à part entière. En effet, la façon dont ils évaluent la légitimité de l'organisation peut avoir des effets sur leur degré d'implication et de motivation dans le travail (Elsbach, 1994), ainsi que sur l'image de l'entreprise telle que perçue en externe (Buisson, 2005).

Section 5 : La légitimité « *intra organisationnelle* » de l'hôpital à la lumière de l'identité professionnelle

Nous entendons par la légitimité « *intra organisationnelle* » de l'hôpital, la légitimité de la réforme et des pratiques de gestion qui lui servent de support. Les parties prenantes internes étant les premières à utiliser et manipuler ces pratiques, seront les premières à pouvoir se prononcer sur leur légitimité. La légitimité des pratiques de gestion dépendra de leur niveau d'acceptation et d'intégration (Buisson, 2007). Nous nous plaçons donc dans la lignée des travaux de Brasseur et Buisson (2008) qui ont mis en avant la pertinence du concept de légitimité pour occulter des questions de gestion, la légitimité serait « *inscrite dans des situations de gestion et des situations de service révélatrices de stratégies d'acteurs* » (Sauviat, 2003, p.163).

L'étude de la légitimité de la réforme et de ses outils s'impose dans le contexte des hôpitaux publics. La réforme publique via les pratiques de gestion, dans la lignée du paradigme « *managérialiste* » de NPM, s'est surtout appuyée sur une logique à dominante instrumentale « *techniciste* » et « *technocentriste* » mettant l'accent sur les aspects techniques en occultant les autres aspects humains. Les instruments de gestion ont été étudiés en termes d'usage et de modalité de fonctionnement, en mettant sous couvert les aspects sociaux (Solle, 2001). N'étant pas neutres, ces derniers au contact de leur contexte d'accueil procèdent d'une représentation sociale, « *Si de manière générale, les outils de gestion méritent des analyses supplémentaires quant à leur fonction dans l'entreprise (Saussois, 1999), ceux que l'on adapte dans les établissements publics ne constituent pas de simples indicateurs d'une rationalité instrumentale avec lesquels les acteurs manœuvreraient. Ils procèdent d'une nouvelle représentation sociale et renvoient à une analyse des compétences intangibles des individus dans ces organisations* » Solle (2001, p.15). Les outils de gestion tout en exerçant un pouvoir structurant sur les usagers, s'en trouvent également influencés. De nombreux auteurs appellent à l'abandon de cette vision « *technocentriste* » au profit d'une autre « *humaniste* », plus propice pour comprendre le rôle des instruments de gestion dans la conception, le fonctionnement et le renouvellement des pratiques de gestion, voire à plus grande échelle de l'action collective dans les organisations (Gilbert, 1998). L'étude de la légitimité intra organisationnelle relève de cette approche qui considère l'instrument comme « *le médiateur d'actions de transformations, au centre d'interactions multiples avec les individus, les groupes de travail et l'organisation dans son ensemble* » (Gastaldi et Gilbert, 2007, p.1). Il semblerait que les instruments de gestion portent « *les germes d'une expression*

de nouveaux pouvoirs et d'une nouvelle légitimité des groupes d'acteurs concernés... »
(Solle, 2001, p.6).

Pour approcher le concept de « *légitimité intra organisationnel* » dans le contexte particulier de l'hôpital public, nous allons mobiliser le concept d'« *identité professionnelle* », qui interviendra comme une variable relais. Mais avant de passer à cela, il sera question dans un premier temps, d'éclairer ce concept et de le positionner par rapport aux concepts d'identité individuelle et d'identité organisationnelle.

Section 6 : De l'éclairage conceptuel de l'identité professionnelle

6-1 La définition de l'identité professionnelle

Osty (2008) définit l'identité professionnelle comme une identité de métier. Selon Fray et Picouveau (2009, p.113), l'identité de métier répond pour l'individu, « *à un besoin d'intégration sociale en vue d'atteindre une certaine reconnaissance de soi. L'identité professionnelle serait dans ce cas le sentiment d'appartenance à une profession issue d'une socialisation et dont le résultat est la conformité aux normes collectives. Cette dernière se caractérisant par l'usage de pratiques, de vocabulaire et de gestes communs* ». L'identité professionnelle regroupe l'ensemble des normes, des valeurs, des règles et des appartenances qui constituent les références de base d'une profession et auxquels les membres d'une profession s'identifient en faisant la leur (Gonnet, 1992).

6-2 Les composantes de l'identité professionnelle

L'« *identité professionnelle* » est souvent confondue avec l'« *identité métier* », toutefois, Albert et al (2003) appellent à une nette distinction entre les deux concepts, ils postulent que l'« *identité métier* » n'est qu'une des facettes de l'« *identité professionnelle* ». En effet, ces derniers définissent l'identité professionnelle en tant que construction sociale faisant intervenir trois facteurs : l'identité par le métier, l'identité par l'appartenance à un groupe, et l'identité par l'appartenance à une entreprise.

La première composante de l'identité professionnelle, soit l'identité par métier est intimement liée aux caractéristiques de la profession. Pour chaque profession, il y a deux définitions, une définition objective commune partagée par l'ensemble des acteurs et une définition subjective propre à chaque acteur et qui se manifeste différemment via la manière avec laquelle il mobilise ses savoirs, ses logiques d'actions, ses stratégies et ses compétences. Cette

catégorisation plaide en faveur de l'existence d'une « *diversité intra-professionnelle* ». Par ailleurs, au-delà de la diversité des professions entre elles, une même profession peut être appropriée de manières différentes par les acteurs, conduisant à une disparité intra professionnelle, « *Malgré, le fait qu'une profession possède son identité avec ses caractéristiques historiques intrinsèques, le sujet est unique et s'approprie les gestes et les logiques de son métier. L'individu construit donc son identité professionnelle tout au long de son apprentissage du métier et de son perfectionnement* » (Fray et Picouveau, 2009, p.114). Bien avant eux, Aranya et Ferris (1984) et Hall (1967) ont conclu à l'existence de différences à l'intérieur des groupes professionnels et entre eux. Champagne et al (1998), pour mettre en exergue l'individualité de la construction identitaire professionnelle, en parlent en termes d'« *identité manifeste* » et d' « *identité latente* ». L'identité manifeste fait référence à la fonction officielle de l'individu dans l'organisation. En revanche l'identité latente, repose sur les valeurs auxquelles un individu s'identifie de façon prédominante et fondamentale.

La deuxième composante de l'identité professionnelle relève de l'identité par l'appartenance au groupe. Il peut s'agir d'une équipe de personnes appartenant au même niveau hiérarchique ou bien des individus partageant des activités communes, « *tout collectif d'appartenance homogène sur le plan des actions, des valeurs, des normes, des comportements et des croyances est source de construction identitaire* » (Fray et Picouveau, 2009, p.115).

Enfin, la troisième et dernière composante de l'identité a trait à l'appartenance à l'organisation. Cette dernière intervient également comme vecteur d'identité professionnelle. L'individu, en faisant partie d'une organisation, intègre presque inconsciemment ses gestes, ses paroles et ses valeurs.

En se penchant sur les composantes de l'identité professionnelle, il ressort que cette dernière est à la fois une construction individuelle et collective. Elle se place en médiane entre l'identité individuelle et l'identité collective organisationnelle.

6-3 De la relation entre identité professionnelle, identité individuelle et identité organisationnelle

L'identité professionnelle ne pourra pas être étudiée en marge de l'identité individuelle et de l'identité organisationnelle. En effet, nous posons comme hypothèse que l'identité professionnelle en ce qu'elle puise dans l'identité individuelle pour construire in fine l'identité organisationnelle, se place en médiane entre les deux. La relation entre « *identité*

individuelle » et « *identité professionnelle* » est tenue, « *l'identité professionnelle commence avec sa propre identité...l'identité professionnelle est construite en soi et avec les autres* » (Fray et Picouveau, 2009). Selon Gohier (2000), l'identité professionnelle fait partie intégrante de l'identité globale de la personne. Un individu en s'inscrivant dans des formes de vie sociale se forge une identité personnelle qui ne manquera pas de se répercuter sur son identité professionnelle. L'ensemble de ces identités individuelles et des identités groupales professionnelles vont s'agrèger les unes aux autres pour façonner l'identité organisationnelle. Celle-ci est entendue comme l'ensemble des éléments qui font la spécificité d'une entreprise et fondent son développement (Larçon et Reitter, 1979). L'identité est ce qui fait l'originalité d'une organisation à un instant précis de son existence (Anastassopoulos, Blanc, Nioche et Ramanantsoa, 1985). Krief (2009, p.7), conçoit « *l'identité comme l'image collective de ce qu'est l'organisation pour ceux qui y travaillent* ». Il considère que si la légitimité est l'organisation face au reste du monde, l'identité est l'organisation face à elle-même.

6-4 Les caractéristiques de l'identité professionnelle

L'identité professionnelle, en tant qu'une construction sociale, fait l'objet d'un ajustement permanent. Elle n'est pas acquise une fois pour toute, n'est pas immuable et fait l'objet constamment de changements émanant aussi bien de l'organisation, de l'environnement ou de l'individu lui-même. Dubar (2000) souligne le caractère dynamique de l'identité professionnelle, « *le processus de construction de l'identité est permanent dans le temps, car l'identité est à la fois stable et provisoire* ». Nous ne pouvons pas donc conclure à l'existence d'une identité unique, mais uniquement à identifier les caractéristiques de l'identité à un instant donné, « *l'identité professionnelle est le fruit d'expérience, de choix, d'habitudes, de rencontres. Elle n'est donc pas une caractéristique intrinsèque de la personne, mais elle se construit et évolue dans le temps* » (Fray et Picouveau, 2009, p.116). L'identité professionnelle, découlant directement de l'identité individuelle, hérite de ses caractéristiques. Kaspi et Ruano-Borbalan (1997, p.4) attestent que « *l'identité est aujourd'hui conçue comme le résultat de constructions et de stratégies, elle est toujours en évolution et en recomposition* ». Pour sa part, Giroux (2001, p.14) dénombre les caractéristiques de l'identité individuelle et affirme qu'elle, « *...n'est pas un phénomène concret bien qu'elle puisse être reliée à des traits ou à des activités observables. C'est un phénomène abstrait, comportant des dimensions cognitives et affectives « ensemble de représentations », une « configuration », un « sentiment », mais qui doit être activé pour être effectif* ».

6-5 De la réciprocité de la relation entre légitimité et identité

Les liens entre légitimité et identité demandent à être précisés (Buisson, 2005), il existe une ambiguïté quant à l'ordre de causalité entre légitimité et identité. Si Brown (1997) soutient que l'identité organisationnelle est un levier pour la légitimité, ce n'est pas le cas pour Scott et Lane (2000, p.52) qui avancent que la légitimité est un préalable à l'identification organisationnelle, « *dans la mesure où les parties prenantes choisissent librement les identités organisationnelles, les attributions de la légitimité sont des pré-requis à l'identification organisationnelle* » (Buisson, 2005).

Buisson (2005) pose l'hypothèse d'une causalité circulaire entre légitimité et identité. Elle soutient qu'il existe une relation réciproque entre l'identité et la légitimité. La légitimité, étant une construction sociale, elle puise dans les registres identitaires pour extraire ses fondements, et intervient donc comme une ressource de la légitimité. Les parties prenantes lorsqu'elles légitiment une organisation, elles ne s'appuient pas uniquement sur leurs logiques d'action, leurs intérêts et les informations à leur portée, mais font appel également à leur identité (Rowley et Moldoveanu, 2003, p.208), une identité qu'ils définissent comme « *un ensemble de propositions logiquement connectées qu'une personne utilise pour se décrire à elle-même et aux autres* ». A travers le processus de légitimation, les acteurs seront en mesure d'affirmer leur identité. D'autre part, la légitimité conduit à l'identification, dans la mesure où l'individu ne s'identifie qu'à ce qui lui est légitime. Des changements d'identité peuvent s'avérer nécessaires pour conserver la légitimité en externe (Glynn et Abzug, 2002), l'identité étant le résultat d'un processus cognitif de négociation par les acteurs. Le système social englobant exerce une influence sur les acteurs, en leur faisant apprendre « *qui ils sont (leur identité) et aussi ce qu'on attend d'eux (leurs rôles)* » (Buisson, 2005). C'est en s'immergeant dans ce système social, qu'ils apprennent leur identité et leur rôle. Les identités sociales et organisationnelles interviennent comme des cartes cognitives qui guident les individus dans leurs comportements (Lamertz et Baum, 1998). Toutefois, ce pouvoir aussi fort soit-il ne neutralise pas le pouvoir des acteurs qui restent capables d'action et de réaction. L'individu n'est pas réductible au groupe, il est doté d'une certaine autonomie.

En postulant l'existence d'une réciprocité identité-légitimité, il serait plausible de penser que ces deux notions se partagent des caractéristiques communes. A ce titre Giroux (2001, p.14-15) définit l'identité comme un « *phénomène relationnel, temporel, communicationnel, multidimensionnel, processuel et paradoxal* ». Parmi les caractéristiques qu'il reconnaît à

l'identité (et que nous pensons appliquer à la légitimité), est qu'elle est fortement et intimement liée au temps, « *elle est construite par cumul historique, elle fait le lien passé-futur, c'est dans l'instant, dans le cadre de certaines circonstances et dans un contexte particulier, que l'identité se construit, est activée et se transforme...* » (Giroux, 2001, p.15). D'autre part, ce dernier met l'accent sur le caractère relationnel de l'identité, « *l'identité suppose toujours la référence à l'autre pour se différencier ou se conformer, lui donner une bonne impression de soi ou encore s'en protéger* » (Ibid., p.15). Par rapprochement, entre identité et légitimité, ceci lui serait également valable, la légitimité s'inscrit dans une interaction. Elle suppose une relation entre deux individus ou deux organismes. Le problème de légitimité se pose parce que ces derniers appartiennent à des univers différents et font appel à des référents différents.

Par analogie aux strates de l'identité, nous proposons les strates de la légitimité.

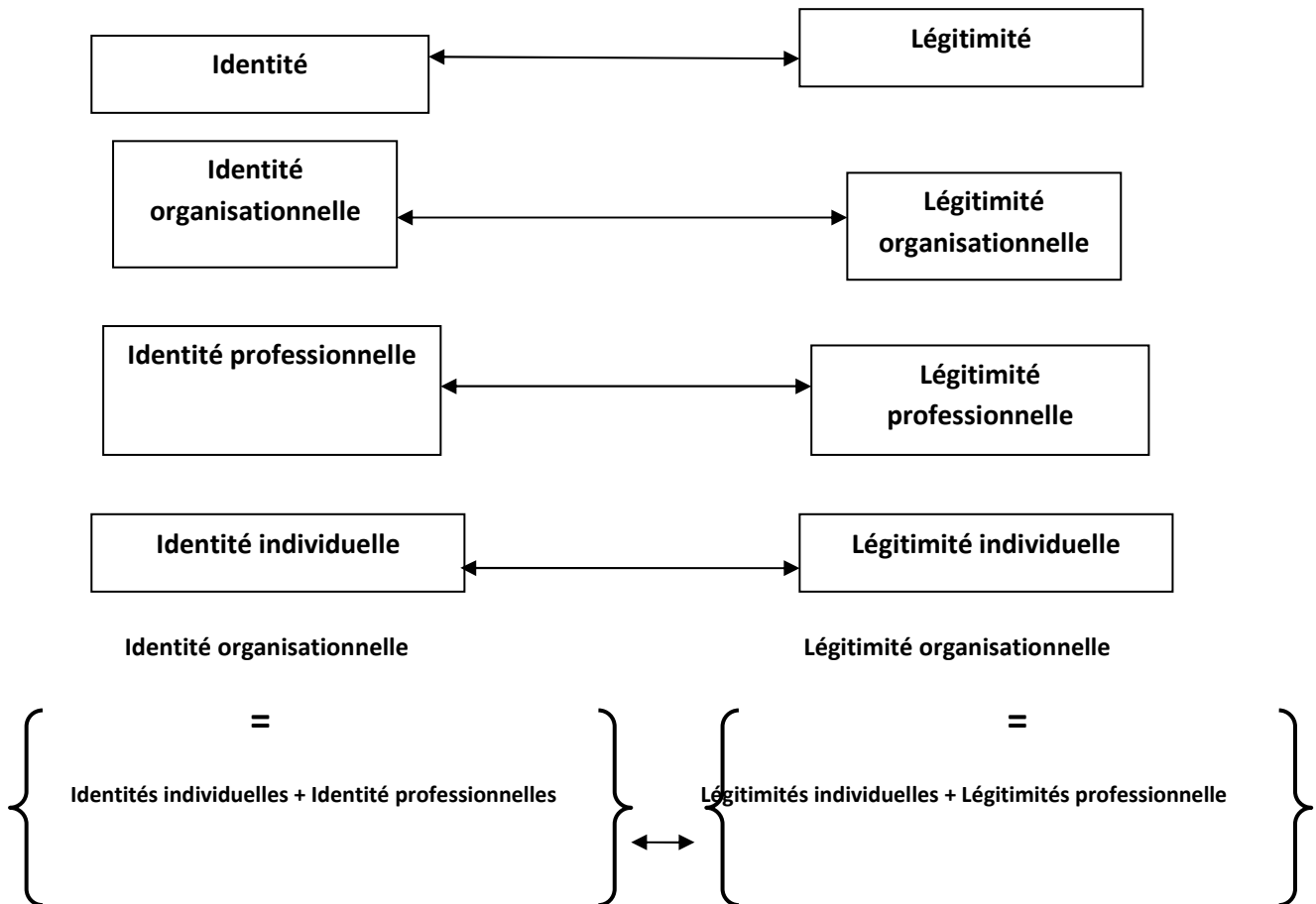


Figure 2 : La hiérarchie des légitimités « *intra-organisationnelles* »

Section 7 : La légitimité « *extra organisationnelle* » de l'hôpital

Se pencher sur la légitimité de l'hôpital public à l'épreuve de la réforme en se focalisant sur les pratiques de gestion qui lui servent de support, ne donnerait qu'une image tronquée de la légitimité, celle-ci étant l'œuvre commune de l'organisation et de ses parties prenantes internes et externes. Ceci est d'autant plus vrai dans les hôpitaux publics, des institutions chargées de satisfaire les besoins de santé des populations.

7-1 L'évolution terminologique du statut des bénéficiaires de l'action publique, entre NPM et « *Gouvernance démocratique* » une facette du renforcement du pouvoir « *communautaire* »

La demande publique est multi-facette. Elle admet une diversité du statut des bénéficiaires de l'action publique, où il est possible de distinguer entre usager, client et contribuable (Clarke, 2004 ; Villeneuve, 2005). Deux principaux mouvements ont contribué à la transformation de la nature de l'action publique et du type d'acteur public : Le NPM (Hood, 1991, Osborne et Gaebler, 1993) et la Gouvernance démocratique (Hirst, 2000, Vigoda, 2002, UNDP, 2003). Ces deux approches ont proposé une nouvelle terminologie des bénéficiaires de l'action publique. Tout d'abord, le NPM (Osborne et Gaebler, 1993 ; Lane, 2000 ; Mc Laughlin, Osborne et al, 2002 ; Collins et Byrne 2003 ; Hughes, 2003) en faisant intégrer dans la sphère publique des concepts propres au secteur privé, a provoqué un bouleversement de la mécanique de fonctionnement des organisations publiques (Villeneuve, 2005). En effet, le NPM n'a pas tardé à re-conceptualiser l'utilisateur du service public en consommateur, faisant interférer la frontière qui sépare entre le secteur public et le secteur privé (Alford 2002, Habermas, 2003, Villeneuve, 2005). Le citoyen se trouve redéfini en tant que consommateur de service public. Il tient à la fois un double rôle politique et économique dans l'action publique : politique parce qu'il est la source de sa légitimité et économique parce qu'il contribue à son financement en tant qu'utilisateur-payeur de taxe. En réponse au NPM, s'est développé le mouvement de « *gouvernance démocratique* » ou encore de « *gouvernance citoyenne* » (Hirst, 2000, Vigoda, 2002, UNDP, 2003). Ce mouvement propose une lecture différente du NPM, en prônant une participation plus active des citoyens (Pflieger 2003, OCDE, 2005, Villeneuve, 2005). Ce mouvement se base sur les principes de transparence, de responsabilisation (*accountability*) et de participation démocratique. L'individu ne doit pas être traité comme un client, mais plutôt comme un citoyen coproducteur (Alford, 2002, Spanou, 2003). Alors que le NPM s'aligne sur une vision clientéliste de l'acteur, en faisant primer les logiques managériale et économique (Needham, 2003, Clarke, 2004), la

« *gouvernance démocratique* » privilégie sa nature citoyenne en l'élevant au rang de coproducteur des politiques et de services publics. Stewart et Ransom (1994), expliquent la nécessité qui pèse sur les organisations publiques à tisser des relations avec son environnement externe, « *...a public sector organisation can and should have many relationships with its public. However, there are customers, clients, consumers and there are citizens* »,

L'évolution de la terminologie utilisée par l'OCDE rend compte à divers égards de l'importance de plus en plus prépondérante qu'est entrain de prendre l'acteur dans les relations qui le lient au secteur public. Dans les années 1990, marquées par la montée du NPM, l'OCDE faisait état que « *greater client focus in government services has changed public sector management and service delivery in all OECD countries since the 1980s. Responsiveness is now considered a key factor in determining the value of public services to users, clients or citizens* » (OECD, 2005). Mais, actuellement la tendance s'est inversée et les efforts actuels consentis sont orientés vers la participation active et effective des citoyens pour la production des biens public, « *information, consultation and active participation of citizens* » et visant « *developing tools for evaluating government efforts to inform, consult and solicit active citizen participation* » (OECD, 2005). La terminologie est donc passée de « *Services to clients* » à « *Engaging citizens in policy making* » (Villeneuve, 2005).

La santé étant un des pans des politiques publique de l'Etat, n'a pas été épargnée par cette évolution terminologique des bénéficiaires de l'action publique. En effet, dans le domaine de la santé, nous avons assisté à un glissement de la notion de patient, à celle de « *patient-usager* » ou encore de « *patient-client* », voire de « *patient-citoyen* ». Cette évolution terminologique s'impose donc comme une facette du renforcement du pouvoir des patients. L'activité hospitalière est une activité de service public qui a pour particularité de toucher directement et personnellement l'utilisateur « *à la fois dans son intégrité physique, son corps et dans sa vie quotidienne puisque l'hospitalisation ôte le malade à son entourage, à ses habitudes et à son milieu de travail* » (Zabe, 1993). Les droits des usagers en tant que malade et en tant que citoyen sont articulés autour de deux thèmes principaux, « *celui du malade en tant qu'utilisateur de service public et celui du malade, personne humaine gardant cette qualité-du moins devant garder cette qualité* » (Zabe, 1993).

7-2 Les parties prenantes externes, une participation active à la construction de la légitimité de l'hôpital public

Les dernières années ont été marquées par un retour au devant de la scène des parties prenantes externes c'est-à-dire des patients (regroupés notamment en association dans les conseils d'administration). Ces derniers se proclament en position de faire valoir leur droit, la santé étant un droit fondamental exigé par les populations en vertu du contrat social qui lie les hôpitaux à la société. Ils ne sont plus dans une position faible, ayant acquis de nouveaux droits leur conférant un pouvoir légitimé et reconnu. Ghadi et Naiditch (2006), dans leur article, ont mis l'accent sur l'importance de donner la parole aux usagers pour se prononcer sur la légitimité (dans notre cas de figure l'hôpital). Les patients ont une manière différente de concevoir la légitimité de l'hôpital, dans la mesure où ils font appel à des échelles de mesure sensiblement différentes de celles utilisées par les professionnels et les gestionnaires. Ils portent un « *regard profane sur la légitimité* », un regard d'ensemble transversal qui inclut toutes les dimensions et qui rompt avec les considérations purement techniques, « *dans la mesure où les préoccupations des usagers n'entrent pas dans les cadres « objectifs » et « étroits » construits par la spécialisation des disciplines ou le champ de pratiques professionnelles. Ainsi les usagers ont tendance à adopter une définition très large de la santé qui embrasse de nombreux éléments de leur vie au quotidien et se rapproche des concepts énoncés par l'OMS* » (Ghadi et Naiditch, 2006, p.176). Par ailleurs, l'étude de la légitimité dans l'optique des « *usagers-patients* » se proclame d'une objectivité qui peut faire défaut aux professionnels et aux gestionnaires, lorsqu'ils sont appelés à porter un jugement sur l'activité de leur hôpital, « *la parole de l'utilisateur peut ainsi être le révélateur d'attitudes ou de dysfonctionnements, que les professionnels n'identifient pas ou qu'ils ne sont pas en position de dénoncer explicitement et/ou collectivement* » (Ghadi et Naiditch, 2006, p.176). Les avis des usagers donnent des possibilités de généralisation qui peuvent ne pas se présenter dans le cas des professionnels et des gestionnaires (en raison des enjeux de pouvoir qui pèsent sur leurs jugements). D'autre part, la participation active et effective des patients à l'évaluation de la légitimité favorise un rapprochement des deux sphères professionnelle et communautaire et l'instauration d'un dialogue à la faveur d'une compréhension réciproque ou les patients sont plus sensibilisés à la position, aux logiques et aux contraintes des professionnels « *...De la rencontre de ces logiques, il est attendu un renouvellement du questionnement et des actions, les bases d'une compréhension réciproque étant posées, les acteurs peuvent réfléchir*

concrètement aux changements possibles de l'organisation afin de les rendre opératoires » (Ghadi et Naiditch, 2006, p.176-177).

Interroger les acteurs intra organisationnels (en l'occurrence, les professionnels et les gestionnaires) sur la légitimité de la réforme et de ses outils de gestion ne permet de dresser qu'un portrait réduit et tronqué de la légitimité, mettant l'accent sur les aspects techniques et gestionnaires. Pour que ce portrait soit le plus représentatif et le plus complet possible, il doit intégrer la légitimité dans ses dimensions profanes, « *l'avis direct des usagers individus peut et doit être recherché dans la mesure où il porte la parole et le point de vue « d'usager lambda » à partir d'un regard véritablement profane »* (Ghadi et Naiditch, 2006, p.178). En effet, la présence des usagers permettrait d'échapper aux « *débats monopolisés* » des professionnels et des gestionnaires pour redonner aux questions éthiques, la place qu'elles méritent par rapport aux questionnements économiques. Les usagers sont dotés d'une « *expertise profane* » qui diffère par essence de l' « *expertise professionnelle* », en ce qu'il s'agit d'abord d'une « *expertise expérimentielle* » (Ghadi et Naiditch, 2006). Nous nous attendons a priori à ce que la contribution des usagers à la légitimité soit sensiblement différente de celle des professionnels et des gestionnaires.

Conclusion

L'objectif principal de ce chapitre a été de démontrer que la légitimité constitue un angle d'attaque novateur pour l'étude des hôpitaux publics ayant fait l'objet de réforme. En effet, interroger la légitimité de l'hôpital à un instant T, revient à interroger la légitimité de la réforme qui y est survenue et des mécanismes qui lui ont servi de support. En raison de l'hétérogénéité des acteurs qui évoluent en dedans et en dehors l'hôpital, nous avons conclu à une approche « *poly-logique* » de légitimité. Tout d'abord, pour se saisir de ce pluralisme en « *interne* », nous avons mobilisé le concept d'identité. En effet, et partant du caractère hautement professionnel de l'hôpital, nous avons procédé à une catégorisation analogique de la légitimité et de l'identité en distinguant trois niveaux : individuel, professionnel et de service, pour parvenir in fine à dessiner la légitimité « *globale* » de l'hôpital, appelée légitimité « *intra-organisationnelle* ». L'autre composante de la légitimité, en l'occurrence la légitimité « *extra-organisationnelle* », a été inéluctablement dictée par la prolifération des nouvelles approches participatives (principalement la gouvernance démocratique) qui font que l'utilisateur et plus largement le citoyen (dans notre cas de figure les patients) sont en droit de participer à part entière dans les décisions de santé publique.

Chapitre 5 : Design de la recherche : l'analyse synoptique de la légitimité des hôpitaux publics, des symptômes aux effets

Ce chapitre, structuré en deux grandes sections, décrit le canevas de recherche de la légitimité des hôpitaux publics. La première section permet d'expliquer l'importance de se placer dans une perspective spatio-temporelle de l'analyse de la légitimité des hôpitaux publics. Elle propose de fixer la réforme comme le moment clé qui marque le passage d'une légitimité « *pré-réforme* » à une légitimité « *post-réforme* », tout en optant pour une autre catégorisation spatiale (légitimité « *intra-organisationnelle* » vs légitimité « *extra-organisationnelle* »). La deuxième section a servi à présenter la méthodologie de recherche adoptée, en l'occurrence le croisement de méthodologies de recherche qualitative et quantitative pour l'analyse de la légitimité de l'hôpital public dans ses deux déclinaisons intra-organisationnelle et extra-organisationnelle. En effet, pour l'analyse de la composante interne de la légitimité, nous avons utilisé la méthode des cas à travers le logiciel d'analyse de contenu Nvivo 7.0. Pour le cas de la légitimité « *extra-organisationnelle* », notre choix s'est porté sur les questionnaires comme technique de collecte de données, lesquels ont été soumis à une analyse typologique via le logiciel SPSS.

Section 1 : L'analyse spatio-temporelle de la légitimité des hôpitaux publics

Dans cette partie, nous présentons la démarche de recherche empirique. Notre objectif dans cette recherche était de questionner l'état de la légitimité de l'hôpital public suite à la réforme, ceci ne sera réalisé qu'une fois on a une idée sur la légitimité de l'hôpital avant la réforme. C'est uniquement au travers d'une étude comparative dans le temps, qu'il nous sera possible de nous prononcer sur l'état de légitimité actuel dans lequel se trouve l'hôpital : réparation, maintien, détérioration... La variable « *temps* » sera déterminante pour nous prononcer sur la légitimité de l'hôpital public. C'est ainsi qu'il sera question dans cette recherche d'une étude temporelle de la légitimité (« *légitimité pré-réforme* » vs « *légitimité post-réforme* »), ceci s'impose d'autant plus que la légitimité a pour caractéristique d'être dynamique et évolutive. Cette dernière étant façonnée par les représentations, les perceptions, les schèmes mentaux et cognitifs des acteurs, sera en perpétuel mouvement. La légitimité (à l'instar de l'identité d'ailleurs) entretient un rapport étroit avec le temps, elle ne pourra pas être étudiée, à l'insu de ce facteur. A cette analyse temporelle de la légitimité (« *légitimité pré-réforme* » vs

« *légitimité post-réforme* »), sera couplée une analyse spatiale (« *légitimité intra-organisationnelle* » vs « *légitimité extra-organisationnelle* »).

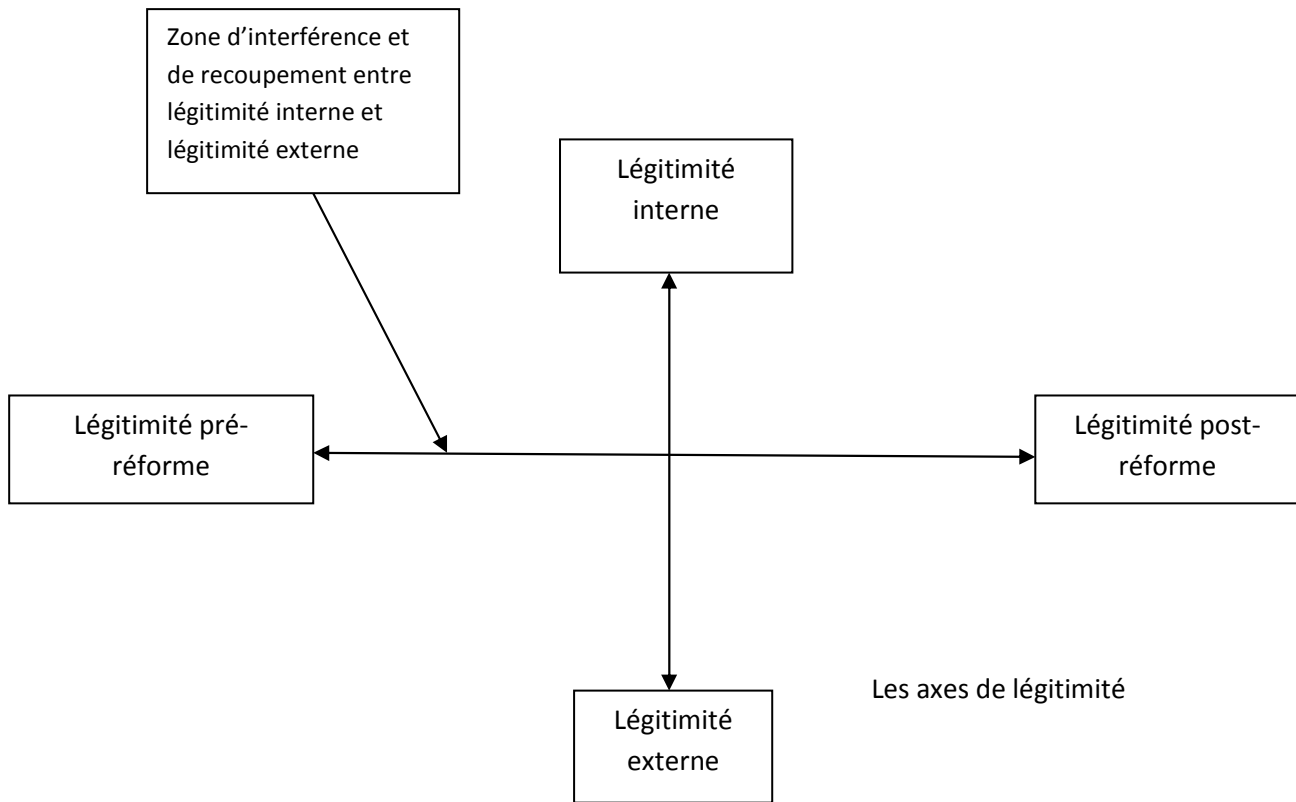


Figure 3 : L’analyse spatio-temporelle de la légitimité

Au niveau de la légitimité « *intra-organisationnelle* », pour arriver à cerner ce concept, dont la complexité est confirmée, nous allons procéder par croisement des différentes données collectées dans les observations, les discussions informelles, les documents internes et les entretiens. Ces données seront ciblées vers les représentations, les perceptions, les schèmes cognitifs, les modes de fonctionnement, les rationalités, les dynamiques endogènes de réflexion... Alors que l’observation sera dirigée vers les faits, les entretiens cibleront les représentations. En recueillant les propos des différents professionnels (à différents échelons hiérarchiques), il sera question d’un « *questionnement ethnographique* » (Dodier, 1993). Ce questionnement sera dirigé vers la compréhension du « *sens que les acteurs donnent au travail, ou au ressenti dysfonctionnel, plus que de rapporter des faits* », et donc de mettre la lumière sur les représentations que les acteurs ont à l’égard de leurs activités et de leurs

pratiques (Minvielle, 2000). Les valeurs qui transparaîtront à la fois dans le discours et dans les actes serviront comme point de ralliement pour cerner l'identité et en lumière la légitimité, « *l'identité est reliée au langage et à la communication (comme activité de nommer, catégoriser, narrer, imputer, comparer, affirmer et nier)* » (Giroux, 2001). Il sera question également d'une comparaison inter-acteurs et interprofessions (en termes de critères de légitimité et de hiérarchisation des priorités). L'hôpital, pour gérer sa légitimité, se doit de gérer sa diversité intrinsèque, en procédant notamment à la catégorisation des acteurs en vue de hiérarchiser leurs exigences. En effet, il sera question dans le cadre de ce travail de recherche de démontrer qu'il existe plusieurs façons de construire la légitimité de l'hôpital en fonction du type d'acteur concerné d'une part, et du type de la profession d'autre part. A travers, un audit des revendications et modes d'évaluation de chacun des acteurs, nous chercherons à proposer une taxonomie des différentes légitimités en jeu ainsi que d'en établir une classification hiérarchique. Pour se faire, nous veillerons, lors de la réalisation du guide d'entretien qui servira comme technique de recueil de données, à ce que l'ensemble des répondants appartiennent à diverses catégories professionnelles et à divers échelons hiérarchiques. En ce qui concerne, la légitimité extra-organisationnelle, elle sera étudiée au travers d'un questionnaire administré aux patients. Les patients interrogés regrouperont aussi bien les patients dits « *classiques* » que les patients « *personnels* ». En effet, le personnel hospitalier, sont avant toute chose des citoyens et en cette qualité, ils peuvent s'adresser à l'hôpital à la recherche de soins. Toutefois, avant de passer concrètement à l'étude de la légitimité et dans la mesure où celle-ci est l'œuvre commune des parties prenantes (internes et externes), il conviendrait d'en dresser une cartographie, « *le système social de l'organisation doit être clairement établi, et ses caractéristiques en termes de valeurs et intérêts, précisément déterminées* » (Buisson, 2005, p.154). Pour que cet apport potentiel de la participation des parties prenantes à la construction de la légitimité de l'hôpital, soit effectif, il faut dans un premier temps expliciter les statuts et les rôles de chacun des groupes d'acteurs qui seront interrogés. De même, il faut préciser qu'il existe des différences fondamentales entre ces groupes. C'est cette différenciation qui sera mise à profit pour saisir la légitimité sous ses différents aspects « *un groupe d'usagers n'est pas un groupe de professionnels, il ne peut que rarement porter un jugement sur des aspects techniques ou médicaux des soins, mais il est légitime pour fournir un point de vue spécifique, par exemple sur la manière dont les soins sont planifiés et organisés et donc de juger en termes de qualité et de satisfaction selon des critères qui lui sont propres. De même, il ne représente par l'administration, il ne lui revient pas de prendre des décisions concernant des fermetures ou des ouvertures de service,*

mais il est normal qu'ils puissent donner son avis en fonction de ses propres critères ... »
Ghadi et Naiditch (2006, p.183-184).

Pour conclure, nous sommes parties du postulat de base selon lequel les pratiques de gestion importées de la sphère privée et greffées dans la sphère publique sont dotées d'une « *légitimité par le haut* », une légitimité qui leur a été conférée par les textes de lois portant la réforme. Toutefois, une question reste en suspens, celle de la légitimité conférée par les acteurs et que nous allons appeler une « *légitimité par le bas* ». Nous nous proposons dans le cadre de cette recherche d'adopter une approche ascendante « *bottom-up* » de l'étude de la légitimité qui remonte du bas vers le haut.

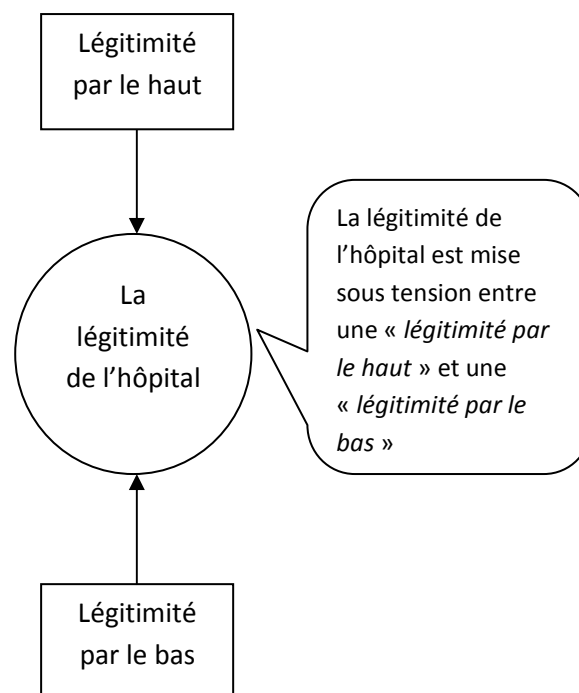


Figure 4 : Lecture bicéphale de la légitimité de l'hôpital

Pour se faire, nous nous placerons du côté des acteurs légitimateurs. C'est de cette manière qu'il sera possible de porter un regard d'ensemble sur la légitimité et d'en saisir ses principales facettes (légitimité intra-organisationnelle vs légitimité extra-organisationnelle, légitimité pré-réforme vs légitimité post-réforme, légitimité individuelle vs légitimité professionnelle, légitimité par le haut vs légitimité par le bas, légitimité institutionnelle vs légitimité concurrentielle...). Notre objectif sera d'établir une typologie des légitimités en jeu au sein de l'hôpital en fonction des acteurs et des professions auxquelles ils appartiennent, tout en étudiant la possibilité d'une hiérarchisation des légitimités présentes. Par ailleurs, nous

nous attendons à ce que les acteurs, aussi bien en interne qu'en externe, fassent l'objet d'une ambivalence des perceptions. L'individu n'est pas réductible au groupe professionnel, l'emprise du groupe aussi forte soit-elle n'anéantit pas la volonté humaine qui reste animée par des intérêts individuels propres. Cette double charge identitaire (identité individuelle et identité professionnelle) qui pèse sur les acteurs les livre à des luttes internes, des « *chocs de légitimité* », sur ce qui est légitime et sur ce qui ne l'est pas et sur les référents de légitimité à adopter. Au niveau intra organisationnelle, l'ambivalence des perceptions se pose au niveau individuel entre l'acteur en tant qu'un individu autonome et en tant que membre d'un groupe. Au niveau extra-organisationnel, l'ambivalence intervient au niveau de l'acteur en tant qu'employé de l'organisation et en tant qu'utilisateur du service public qu'il contribue à délivrer. Il est question dans ce travail de thèse de dresser le portrait de la légitimité de l'hôpital public et de porter un regard croisé sur la légitimité qui allie aussi bien les aspects endogènes que les aspects exogènes. Il sera en effet, question de porter un double jugement sur les hôpitaux publics, sur la réforme et ses outils, en opposant la légitimité des pratiques et de leur usage et la légitimité des conséquences des pratiques de gestion sous un double prisme interne-externe.

Le problème de légitimité se pose dans le contexte hospitalier à un double niveau, tout d'abord parce que les établissements hospitaliers ont fait l'objet de réforme, ensuite parce qu'ils vivent au quotidien une diversité interne qu'ils se doivent de gérer. Pour y parvenir, nous mobiliserons en filigrane le concept d'identité (identité individuelle et identité professionnelle). Nous interrogerons l'identité professionnelle, pour pouvoir se projeter par la suite vers l'identité de l'hôpital. En effet, pour questionner l'identité de l'hôpital suite à la réforme : l'hôpital a-t-il maintenu intact son statut d'institution, a-t-il migré vers celui d'organisation ou bien s'est-il converti en hybride ?... nous devons passer par le niveau d'identité professionnelle (ainsi que celui d'identité individuelle). Passer par l'identité (en remontant de l'individuel, vers le professionnel et in fine vers l'organisationnel) s'impose dans le contexte des hôpitaux publics, des constructions humaines complexes ayant toujours existé, des lieux chargés d'histoire et de culture profonde et ancrée. Les acteurs publics possèdent des valeurs souvent différentes de celles présentes dans le secteur privé (et véhiculées par les pratiques de gestion). En raison de la réforme, ils se trouvent confrontés à des valeurs qui aboutissent à la redéfinition de leur identité professionnelle. Leurs références professionnelles, largement construites sur la base du monde civique (logique de service public) et du monde industriel (valorisant le travail bien fait, la compétence technique, la précision et le professionnalisme), risquent de se trouver chahutés par l'émergence de la

référence marchande et de sa logique économique libérale sous-jacente (Boltanski et Thévenot, 1991, Boltanski et Chiapello, 1999). Ainsi l'identité nouvelle des agents publics sera davantage hybride que par le passé, tout en ayant un ancrage renforcé sur les valeurs classiques et durables de l'action publique. Toutefois, porter notre attention sur l'identité professionnelle, ne signifie en aucun cas une négligence de l'identité individuelle. Pour étudier l'identité de l'hôpital, nous devons passer impérativement par ces deux niveaux d'identité que sont l'identité individuelle et l'identité professionnelle, la seconde n'étant qu'une des nombreuses facettes de la première. Ces deux identités sont indissociables et contribuent conjointement à façonner l'identité organisationnelle de l'hôpital.

Après avoir mis en évidence la diversité, caractéristique intrinsèque à la légitimité, il serait plus opportun de parler des légitimités de l'hôpital public en pluriel plutôt que de la légitimité de l'hôpital public. La légitimité est un concept multi facette qui prend des allures différentes en fonction des perceptions, des affiliations, des intérêts et des attentes des acteurs. En effet, ce qui est légitime pour une personne, ne l'est pas nécessairement pour une autre. En interrogeant les différents acteurs sur leur priorités, leurs représentations et les valeurs qui les guident dans la réalisation de leur travail, il sera plus aisé de cerner la manière dont ils construisent et perçoivent la légitimité, une légitimité propre à chacun d'entre eux.

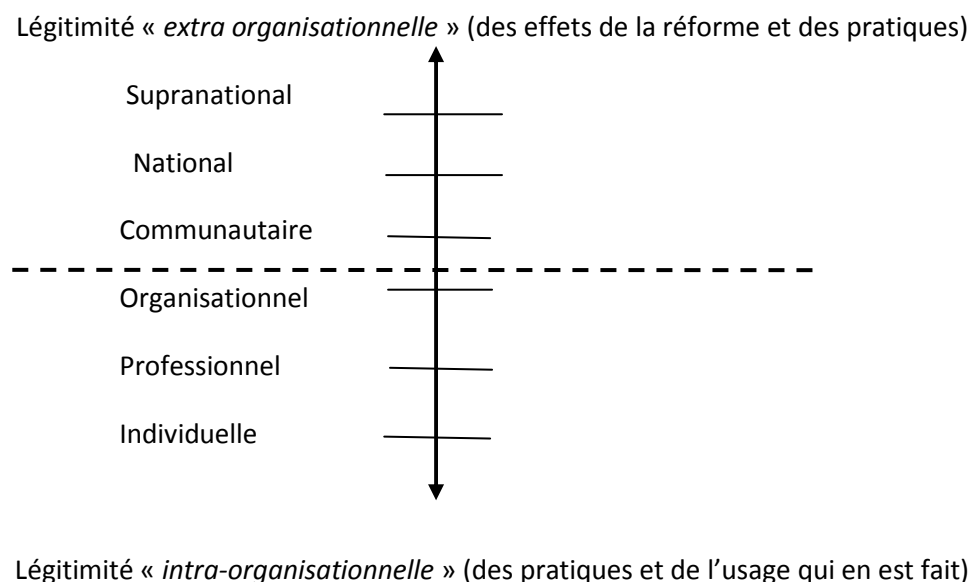


Figure 5 : Les échelles des légitimités de l'hôpital

Catégorie majeure	Catégorie de 1 ^{er} rang	Catégorie de 2 ^{ème} rang	Catégorie de 3 ^{ème} rang	Définition
La légitimité des pratiques (Bourgeois et Nizet, 1995)	Légitimité pragmatique (Suchman, 1995)	Légitimité d'échange (Suchman, 1995)	Financière	L'évaluation de la légitimité se fait en termes d'avantages financiers
			Carrière	L'évaluation de la légitimité en termes d'évolution de carrière
			Evolution personnelle	L'évaluation de la légitimité en termes d'évolution personnelle
		Légitimité managériale (Ruef et Scott, 1998)		L'évaluation de la légitimité d'un point de vue managériale
		Légitimité d'influence (Suchman, 1995)		L'évaluation de la légitimité en termes de pouvoir et d'influence
	Légitimité morale (Suchman, 1995, Beaulieu, 2001)	Dispositionnelle (Suchman, 1995)	Intérêt commun	Evaluation de la légitimité par référence à des principes moraux
			Identification, valeurs communes	Evaluation de la réforme et de son degré de concordance avec les principes moraux de l'évaluateur
		Conséquentielle (Suchman, 1995)		Evaluation des conséquences morales
		Procédurale (Suchman, 1995, Bourgeois et Nizet, 1995)		Evaluation des principes moraux qui guident la mise en place de la procédure
	Légitimité cognitive (Kimberley, 1975, Aldrich et Fiol, 1994, Scott, 1995, 2001, Suchman, 1995)	Compréhensibilité des discours/ compréhension des informations (Suchman 1995)		Compréhension des informations concernant la pratique en provenance des autres acteurs organisationnels et en dehors de l'organisation
Compréhensibilité globale de la pratique		Compréhensibilité globale de la réforme par les acteurs		
Légitimité normative (Singh, Tucker et House, 1984, Scott, 1995, 2001)	Mimétisme (Dee house, 1996, Scott, 1995, 2001) : *mimétisme par rapport aux autres organisations du champ *mimétisme par rapport aux organisations en dehors du champ		Evaluation de la légitimité en fonction de l'adoption de la réforme par les autres organisations.	
	Prévisibilité/Inévitabilité (Suchman, 1995)		Evaluation du caractère prévisible de l'adoption de la réforme, compte tenu des évolutions économiques, sociales et managériales de l'environnement	
	Réglementaire (Dee house, 1986, Boddewyn, 1995, Scott, 1995, 2001, Beaulieu, 2001)		Evaluation de la légitimité en fonction de l'obligation légale dont découle	

			son adoption.
	Légitimité technique (Ruef et Scott, 1998, Bealieu, 2001).	Adaptation à l'organisation/ légitimité technique par rapport à l'organisation	Evaluation du degré d'adéquation de la réforme et des pratiques avec l'organisation
		Légitimité technique pure	Evaluation de la technicité et de la cohérence de la pratique en elle-même
Légitimité du décideur (Bourgeois et Nizet, 1995)	Légitimité charismatique (Weber, 1971)	Expertale (Cullière, 2005)	Expertise perçue des différents responsables de la pratique et de l'organisation
		D'influence (Suchman, 1995)	Influence perçue des différents responsables et acteurs de la pratique et de l'organisation.

Tableau 7 : Les dimensions de la légitimité des pratiques de gestion (adapté de Brasseur et Buisson, 2008)

Nous présenterons dans ce qui suit, le cadre conceptuel de l'analyse de la légitimité des hôpitaux publics au regard de la réforme.

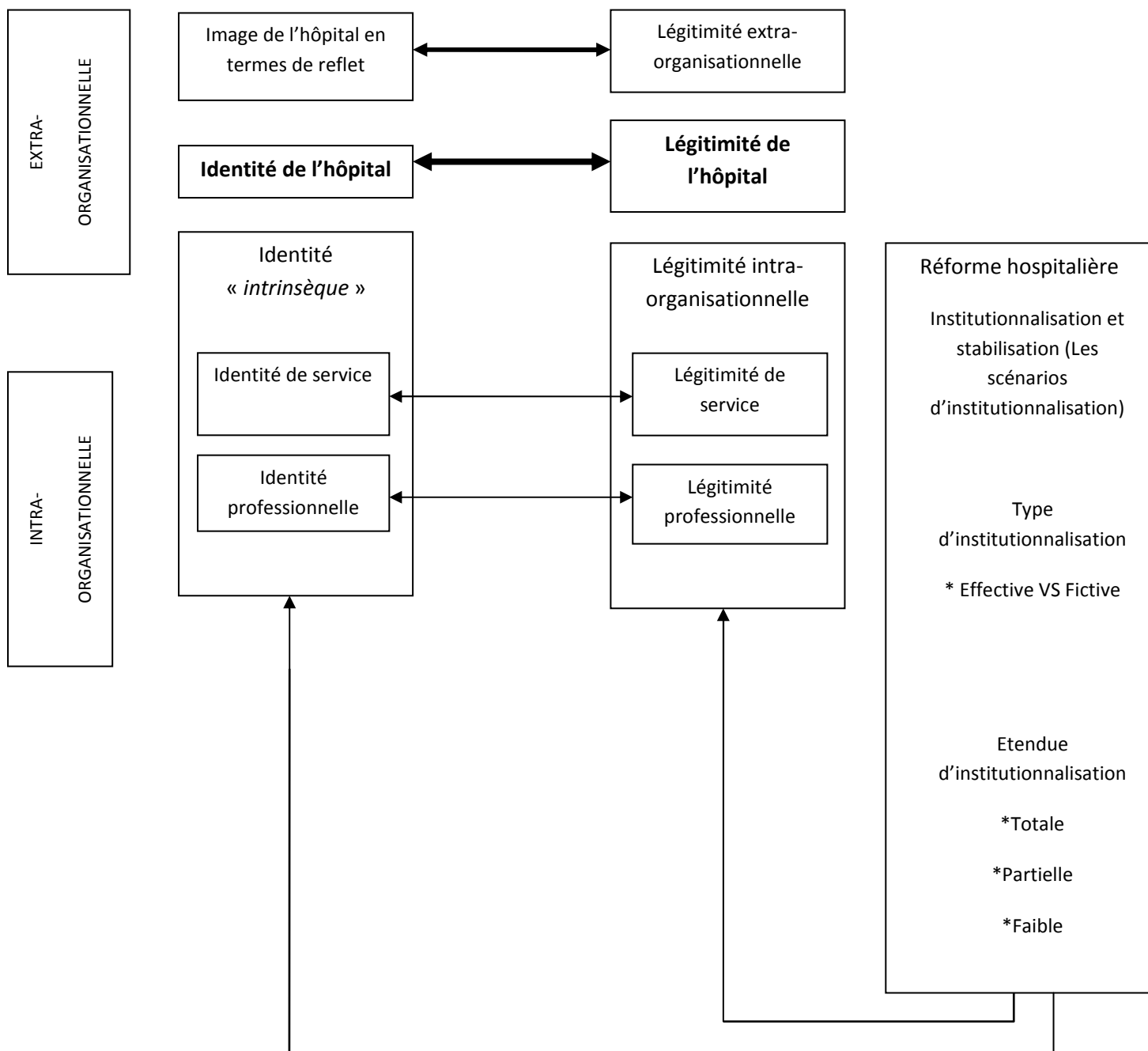


Figure 6 : Cadre conceptuel de la légitimité de l'hôpital public au regard de la réforme hospitalière

Section 2 : La méthodologie de recherche

Aux fins de l'analyse de la légitimité des hôpitaux publics, nous avons choisi de croiser des méthodologies de recherche qualitative et quantitative. Dans un premier temps, la légitimité « *intra organisationnelle* » sera étudiée au travers de la méthode des cas. Pour ce qui est de la légitimité que nous avons appelé « *extra organisationnelle* », elle mobilisera une analyse quantitative typologique.

Plusieurs voix se sont élevées pour proclamer la complémentarité entre les analyses qualitatives et quantitatives (Campbell et Fisk, 1959, Desfautaux, 1995, Jick, 1979, Pras, 1982 Thiétart et al 1991, Van Maanen 1979). Elles postulent l'existence d'une complémentarité entre ces deux approches. Leur croisement est favorable à un dialogue entre les faits tels qu'analysés en profondeur et les idées exprimées par les variables dans les études quantitatives. Il permet de dépasser le clivage qui a longtemps fait débat entre les partisans des deux approches, en ce qu'il offre un cadre de description, d'explication et d'analyse des phénomènes humains et sociaux. Selon Thiétart (2003), « *Les limites de l'approche qualitative en termes de généralisation conduisent à accorder plus de validité externe aux approches quantitatives. Par contre l'approche qualitative offre plus de validité interne des résultats dégagés que l'approche quantitative. L'opportunité pour le chercheur est plus importante de cerner des réalités complexes et de confronter plusieurs explications du phénomène à travers l'approche qualitative* ». Alors que la démarche qualitative se place du côté de l'acteur pour l'étude de ses états subjectifs, la démarche quantitative est plus portée vers les faits dans une logique rationnelle (Haldy-Rispall, 2002).

1- Légitimité intra organisationnelle de l'hôpital : une analyse qualitative

Pour l'étude de la légitimité intra organisationnelle, nous avons procédé par étude de cas. L'étude de cas est définie par Yin (1990, p 17), comme « *une enquête empirique qui examine un phénomène contemporain au sein de son contexte réel, lorsque les frontières entre phénomène et contexte ne sont pas clairement évidentes et pour laquelle de multiples sources de données sont utilisées* ». Ceci est le cas pour notre étude. En effet, les éléments liés au contexte sont essentiels à notre étude qui se focalise sur les organisations de service public et particulièrement les hôpitaux publics. Le secteur hospitalier public est en effet, soumis à l'évolution du contexte politique. En outre la légitimité intra organisationnelle conférée par les acteurs est fortement dépendante du contexte, qu'il soit interne ou externe, historique ou social. L'étude de cas est une stratégie de recherche qualitative à part entière. Elle vise la

description d'un phénomène dans toute sa complexité, c'est ainsi qu'elle relève plus d'une démarche de découverte plutôt que de vérification. Dans le cadre d'une étude de cas, il est question de relater « *un évènement ou une série d'évènements (présents ou passés) pour en tirer un savoir théorique susceptible d'éclairer la pratique* » (Giroux, 2003).

Le choix de l'étude de cas se trouve justifié par diverses raisons. Tout d'abord, cette approche méthodologique s'inscrit dans le cadre des analyses à visée interprétative, orientée vers la compréhension des comportements humains, en considérant la perspective de l'acteur et en accordant de l'intérêt à ses états subjectifs. L'objectif de l'étude de cas est de « *comprendre une situation en profondeur et de permettre l'analyse de processus complexe* » (Hlady Rispall, 2002).

Ensuite, l'étude de cas est particulièrement pertinente, pour l'étude de phénomène contextualisé, « *l'activité humaine, peut difficilement être appréhendée hors de son contexte historique et social* » (Hlady-Rispall, 2002, p.46). En évoquant la légitimité intra organisationnelle, objet principal de l'étude, le qualificatif « *intra organisationnel* » met clairement en exergue que nous nous intéressons à la légitimité d'une manière « *contextualisée* » : il s'agit de l'observer dans différentes organisations et voir si effectivement le contexte a un impact ou non sur les déterminants de la légitimité. Dans cette optique, nous avons opté pour une étude de cas multiples. Selon Van de Ven et Poole (1989), cette méthode comparative est essentielle pour générer et comprendre les données empiriques. L'analyse qualitative par étude de cas multiples présente de nombreux avantages en favorisant l'atteinte d'une validité externe et permettant au chercheur de comparer les différentes situations étudiées à la recherche des variables déterminantes. Par ailleurs, la méthode des cas multiples permet de réduire le risque d'erreur d'interprétation (Lincoln et Guba, 1985).

Enfin, elle revêt une dimension historique, qui « *traite de la situation enchevêtrée entre phénomène et contexte, mais se réfère à des évènements non contemporains...* » (Hlady Rispall, 2000). L'étude de cas se prêterait bien à des études d'évolution dans le temps, « *une des particularités de cette méthode, est de prendre en compte la temporalité. Ainsi elle est particulièrement féconde pour les recherches de type diachronique, processuel, et contextuel...Elle tient compte des dimensions historique, contextuelle et circonstancielle du phénomène observé...* » (Giroux, 2003). De nombreux auteurs mettent l'accent sur le poids de l'histoire pour étudier l'actuel et le futur, ce sont en quelque sorte les évènements anciens qui orientent en grande partie les positionnements futurs, « *Y. Lemarchand (1993), note que*

l'histoire apporte un éclairage nouveau sur les problèmes actuels, aide les chercheurs dans leur questionnement des pratiques du moment et suggère de nouvelles pistes de recherche... » (Hlady-Rispall, 2002). Ce dernier trait caractéristique de l'étude de cas est particulièrement propice pour notre étude, la réforme hospitalière en Tunisie, ayant débuté depuis un peu plus de deux décennies.

Dans notre recherche, il a été question de deux études de cas de type exploratoire, visant la compréhension d'un phénomène en profondeur par la description et l'interprétation, *« l'objectif est de saisir le sens subjectif et intersubjectif d'une activité humaine concrète, à partir des perceptions et actions des différents acteurs en présence. Ces études affirment que le comportement humain et organisationnel ne peut se comprendre et s'expliquer qu'en relation avec les significations que les personnes donnent aux choses et à leurs actions »* (Hlady-Rispall, 2002). Pour le choix du nombre de cas, nous nous sommes alignés sur Yin (1990, p.89), qui avance que dans le cadre d'une recherche exploratoire dont l'objectif est la découverte et la comparaison, il est possible de faire appel à 2 ou 3 cas. C'est ainsi, que dans le cadre de cette recherche, notre choix s'est porté sur deux cas d'EPS tunisiens, respectivement, un EPS (A) et un EPS (B).

Les acteurs hospitaliers ont été placés au cœur de l'étude. Ils ont été invités à donner leurs avis sur la réforme et sur les outils de gestion qui lui ont servi de support. En effet, et afin de cerner les représentations des acteurs nous avons choisi de passer par l'analyse discursive, le langage utilisé au sein d'une organisation étant révélateur de son *« inconscient collectif »*, *« ... il est bien connu que la plupart des organisations ont un langage « maison » comportant ses tournures, ses mots et sigles qui finit par forger des attitudes homogènes. De même toute évolution des comportements entraîne une évolution du langage sans que l'on puisse déterminer le facteur causal... »* (Laufer et Burlaud, 1999).

A l'occasion de notre passage sur le terrain d'investigation, nous avons mobilisé trois principales méthodes de recueil de données, respectivement la documentation interne, l'observation directe et l'entretien semi-directif.

Nous avons eu accès tout au long de la période exploratoire passée dans les hôpitaux à un nombre important de documents officiels dont voici une liste indicative : l'organigramme, le manuel des procédures, le règlement interne, les textes de lois, les circulaires, les rapports internes d'activité, les procès verbaux du conseil d'administration, les rapports d'audit, le guide d'utilisation des applications informatiques, le projet d'établissement de l'EPS, les

comptes rendu des réunions, la revue de presse, le site internet de l'établissement hospitalier, les documents de travail... Ces documents ont visé une meilleure connaissance de l'hôpital dans ses aspects visibles. Il a été question en début d'enquête d'approcher le fonctionnement de l'hôpital aussi bien les services administratifs qu'hospitaliers en ayant connaissance notamment de l'histoire des services, des événements majeurs survenus, des orientations et des caractéristiques du travail : soins, interventions et gestes les plus fréquents et les plus importants pour l'activité exercée dans le service, la taille, la disposition des locaux, le nombre de lits, l'effectif (le personnel médical, paramédical, administratif, technique, la rotation du personnel, l'âge moyen par catégorie, l'absentéisme, la formation ...), les malades (origine, types de malades, principales pathologies, régime d'affiliation, répartition entre les services....)...

La collecte de l'ensemble de ces données formelles et objectives a été complétée par une observation directe qui s'est étendue à un ensemble de services. Etant donnée la grandeur de la taille des EPS qui comptent plusieurs services hospitaliers, laboratoires, une pharmacie et une direction générale, elle-même organisée en plusieurs directions et sous directions, et afin de ne pas s'éparpiller dans la réalisation de notre recherche, nous avons ciblé les services importants en terme de volume d'activité et dans lesquels la réforme semble la plus ancrée. En effet, après avoir pris connaissance (en apparence) de l'activité de l'hôpital via les documents, nous avons procédé par observation (couplée à des discussions informelles réalisées avec les personnes dans les services lors de la réalisation de leur travail) qui nous a permis d'approfondir la connaissance du terrain d'investigation et la compréhension de l'activité.

L'observation s'est déroulée sur la base d'une grille d'observation, en respectant le fil directeur de la recherche imaginé et décidé au début. Les éléments observés concernent principalement :

- l'environnement physique : une description des locaux et de leur disposition, recensement et description des outils de travail, des tâches effectuées...
- Les conditions de réalisation de travail
- les attitudes et les comportements à l'égard de la présence d'un observateur externe
- les interactions des acteurs les uns vis-à-vis des autres au sein d'un même service et entre les services

- les interactions des acteurs avec l'environnement externe (les patients, les fournisseurs, ...)

En se mettant à l'écoute des lieux et des personnes, à travers l'observation visuelle, nous avons acquis une meilleure connaissance du travail réalisé dans les services, les outils de travail mobilisés et les relations qui les lient les uns aux autres (qualité, fréquence, intensité...).

A la suite de ce travail d'exploration préliminaire, nous avons réalisé des entretiens individuels semi-directifs. Les différents documents consultés et l'observation nous ont servi, en effet comme support de discussion lors des entretiens.

A travers les entrevues, il a été question de cerner les représentations, les attitudes, les comportements, les motivations et les freins des acteurs interrogés face au phénomène étudié en l'occurrence la réforme. Pour la réalisation de l'entretien, nous avons procédé via un guide d'entretien portant précision des thèmes et des sous-thèmes à aborder.

L'ossature du guide d'entretien est articulée autour des quatre grandes thématiques suivantes :

Le premier thème a traité de la réforme hospitalière, objet central de notre étude en des termes généraux. Il a été question d'une phase préparatoire qui a visé l'initiation de l'interlocuteur et son orientation vers des thèmes plus pointus et spécifiques.

Le deuxième thème a servi à décrire et comprendre le contenu du travail (les pratiques observables et mesurables) et à cerner ses principales caractéristiques, l'objectif étant d'expliquer et d'estimer à quel point le travail hospitalier se trouve modifié suite à la réforme.

Le troisième thème a abordé les relations de travail. Il a porté sur les perceptions des acteurs à l'égard du travail. Il s'agit de comprendre comment chaque acteur perçoit son travail, comment il résout les difficultés auxquelles il fait face et quelle stratégie il adopte eu égard à la situation telle qu'il la perçoit. Chacun des acteurs, en ce qu'il évolue dans un milieu de travail fortement enchevêtré où se mêlent différents intervenants, leurs perceptions du travail s'en ressent. L'image portée par chacun des acteurs à l'égard du travail étant en partie façonnée par celle des autres, il sera question de démêler l'écheveau de ces relations et de comprendre les interactions qu'ils entretiennent entre eux.

Enfin, le quatrième et dernier thème qui clôt l'entretien, est intervenu en guise de rappel pour s'assurer des propos antérieurs recueillis, ainsi que comme ouverture pour projeter l'interlocuteur dans une situation future.

Il ressort de la structure de l'entretien que la recherche en question combine deux types d'analyse : une analyse factuelle et une analyse perceptuelle. L'analyse factuelle a été orientée vers les aspects formels et observables de l'activité, en occultant les activités réalisées au sein de l'hôpital. Pour l'analyse perceptuelle, comme son nom l'indique a porté sur les perceptions et les représentations des acteurs. Elle a traité des attitudes, des cartes mentales et cognitives, des représentations, des motivations, des attentes et des interactions.

L'entretien a pris la forme d'un entretien semi-directif où le travail et les relations de travail ont constitué le noyau dur. Les aspects affectifs et relationnels ont servi comme piste d'entrée pour comprendre le fonctionnement de l'organisation, sans pour autant s'arrêter à une seule explication psychologique centrée sur les personnalités et négligeant le contexte organisationnel. En effet, il est question de se mettre à l'écoute des acteurs sur ce qu'ils ont à dire sur le travail et sur les relations qu'ils tissent entre eux au-delà des descriptions officielles des tâches. L'entretien, élaboré en ce sens assure une articulation entre deux niveaux d'analyse : acteur et structure.

Les perceptions des acteurs sur le travail et sur les relations de travail quelque soient négatives ou positives, ont servi comme une voie d'entrée pour accéder à d'autres dimensions relevant des rationalités, des stratégies, des enjeux et des dépendances tout en permettant de les approfondir.

Par ailleurs, l'entretien nous a aidé à faire ressortir un concept central, « *identité professionnelle* » ou bien encore « *identité métier* ». L'identité de l'hôpital revient à interroger l'identité de chacune des professions qui y est exercée. L'hôpital est une organisation professionnelle, par excellence, qui abrite en son sein plusieurs catégories professionnelles, donc extrêmement riche et diversifié en termes de métier. C'est en interrogeant l'identité de chaque profession (et en vérifiant l'hypothèse de survenance de choc de postures professionnelles), qu'il nous sera possible de cerner l'identité de l'hôpital, s'agit-il d'une institution, d'une organisation ou d'un hybride des deux ?

Le guide d'entretien a été construit autour du triptyque, temporalité-identité-légitimité. Il a visé à faire ressortir les concepts centraux d'identité et de légitimité tout en essayant d'évaluer les vitesses d'institutionnalisation des mécanismes de pilotage et des pratiques de gestion. Bien qu'ayant posé au préalable l'institutionnalisation des pratiques de gestion comme hypothèse, de base, une question reste en suspens, à propos du sens et du type d'institutionnalisation (institutionnalisation effective vs institutionnalisation symbolique,

institutionnalisation totale et intégrative vs institutionnalisation sélective, institutionnalisation parfaite et totale vs institutionnalisation partielle... ?)

Le choix des entretiens semi-directifs, comme méthode de recueil des données a été guidé par la nature même de l'étude qui ne se veut pas totalement exploratoire, portant sur des thèmes prédéfinis à l'avance. L'entretien est particulièrement approprié comme méthode de recueil de données lorsqu'il est question d'appréhender la richesse de la réalité organisationnelle et de comprendre sa dynamique. L'objectif étant de comprendre la réalité organisationnelle telle que se la représentent les acteurs en leur demandant ce qu'ils en pensent (Demers, 2003). Par ailleurs, les entretiens semi-directifs présentent l'avantage d'être mieux outillés en vue d'une collecte rétrospective des données, en « *permettant de documenter de façon approfondie ce qui s'est passé* » (Demers, 2003), les pratiques de gestion au fondement de la réforme ayant été introduites depuis 1990.

L'hôpital étant une organisation professionnelle où se côtoient différentes catégories professionnelles, et dans un souci d'exhaustivité, les différents acteurs ont été interviewés abstraction faite de leur niveau hiérarchique. Cette hétérogénéité a permis une richesse des données, a assuré un regard d'ensemble critique de tous les acteurs et a favorisé un cheminement vers une vision systémique pour découvrir des problèmes communs qu'ils partagent. Les résultats érigés des entretiens individuels ont fait l'objet par la suite de recoupements. Le nombre d'entretien réalisé dans chaque service et pour chaque étude de cas, a été décidé en application du principe de saturation théorique, « *quand l'ajout d'informations à la marge est de moins en moins générateur de nouveaux savoirs* » (Giroux, 2003).

L'analyse qualitative a porté sur deux études de cas, dans deux sites différents, soient deux hôpitaux publics, un EPS (A) et un EPS (B), ayant le statut de Centre Hospitalo-Universitaire (CHU).

Etant donnée, le nombre importants des services au sein des hôpitaux, nous avons choisi de cibler quelques services en particulier, ceux auxquels nous avons pu accéder. Dans le premier site (EPS (A)), notre choix s'est porté sur les services administration, maternité et consultations externes (CE)). Pour ce qui est de l'EPS (B), nous avons eu accès à deux services, respectivement le service de chirurgie cardio-vasculaire (CCVT) et le service de radiologie. Par ailleurs, et afin de mettre en exergue la disparité qui prévaut entre les différentes catégories professionnelles se côtoyant au sein de l'hôpital, nous avons veillé à la réalisation d'entretiens avec des personnels d'horizons professionnels différents. En effet,

nous avons fait en sorte que l'échantillon des personnes interviewées comprenne des salariés de tout niveau dans la classification et de tout type d'ancienneté. Cette quête de l'hétérogénéité des catégories professionnelles et des services permettra de satisfaire notre objectif d'analyse comparative transversale entre les « *sous-légitimités* » intra organisationnelles à différents niveaux de service et de profession : légitimité intra-profession intra-service, légitimité interprofession intra service et légitimité intra profession interservices.

Notre recherche de terrain s'est faite en deux temps. La première période, la prise de contact directe avec le terrain, en l'occurrence avec l'hôpital, a été consacrée au défrichage de l'hôpital et à la compréhension des principes de fonctionnement des différents services qu'il renferme. En effet, de nombreux services ont été visités et divers personnels ont été contactés et interrogés. Les outils de collecte des données qui ont servi à cet égard, ont été principalement l'observation directe non participante, les discussions informelles réalisées avec les divers acteurs hospitaliers contactés lors de la visite des lieux et la collecte d'un nombre maximum de documents de travail interne (règlement intérieur, projet d'établissement, rapports d'activités, les procès verbaux des assemblées générales ordinaires du conseil d'administration, les articles de presse, les textes de lois sectorielles...). Cette première période a duré 4 mois, elle a démarré en Juin 2010 et a pris fin au mois de Septembre de la même année. A la lumière des premiers résultats ressortis de l'observation, de la recherche documentaire et des entretiens informels, nous avons choisi d'associer méthodes qualitatives et quantitatives en élaborant à la fois un guide d'entretien et un questionnaire. En effet, nous sommes retournés sur le terrain en Mai 2011. La deuxième phase de la recherche a duré 5 mois. Elle s'est étendue à partir de cette date, jusqu'au mois de Septembre 2011. Lors de cette phase, ont été réalisés des entretiens semi-directifs avec diverses catégories du personnel hospitalier appartenant à divers services aussi bien de la filière administrative, de la filière technique, que de la filière soignante. Il convient de préciser que les deux grandes périodes telles que décrites ci-dessus, ont été interrompues entretemps par un événement majeur et imprévisible qui est venu bouleverser le fonctionnement ordinaire et normal de l'hôpital, en l'occurrence la révolution. L'impact de ce changement soudain et abrupt, s'est fait principalement sentir au niveau des répondants. En effet, nous avons remarqué lors de notre passage sur le terrain, un changement manifeste d'attitude chez les répondants, quelque soit leur ascendance, entre la période d'avant et d'après révolution. En effet, alors que la première a été marquée par une certaine réticence et appréhension

affichées par les personnes interviewées, qui étaient peu disposées à parler et à s'exprimer sur l'hôpital et sur leur vécu en son sein, la deuxième période a été plus simple à aborder et plus prolifique en termes de propos collectés et recueillis auprès des répondants. Ces derniers, après la révolution, avaient une plus grande facilité de verbalisation. Ils sont devenus plus ouverts au dialogue, plus enclins à évoquer des sujets qui jusque là sont restés tabous. Les entretiens réalisés ont été l'occasion d'approfondir le débat sur certains sujets, et de mettre la lumière sur quelques zones d'ombre.

Ces différents entretiens, au même titre que les documents internes ont fait l'objet d'une retranscription et codés conformément à une liste préliminaire de codes via le logiciel de traitement de données NVIVO.7.0 Ce logiciel est recommandé pour l'analyse de contenu. Etant à visée interprétative, il permet une facilité de traitement et de catégorisation du corpus de données qualitatives palliant au problème de lourdeur posé par le traitement manuel. Ce logiciel permet de « *faire émerger des codes dits « principaux », dénommés « nœuds » puis d'organiser les données sous forme d'arbre hiérarchique ou de réseau conceptuel* » (Bournois, Point et Voynnet-Fourboul, 2002, p.77). Etant donnée, que notre objectif de recherche vise la compréhension de la légitimité intra organisationnelle de l'hôpital et l'éclairage du sens qui lui est donné par chacun des acteurs, notre choix s'est porté sur ce logiciel.

Notre analyse s'est faite en deux temps. Dans un premier temps, nous avons réalisé une analyse de contenu en vue d'obtenir une visualisation du contexte organisationnel et une description la plus détaillée possible de l'activité, de la chronologie de la réforme, de son contenu et du stade de son institutionnalisation. Dans un deuxième temps, nous avons opéré une analyse thématique dans une perspective de compréhension de la légitimité intra-organisationnelle de l'hôpital décomposée à l'occasion en plusieurs sous-légitimités. Cette analyse thématique a permis d'inférer les significations des discours aux dimensions relevées dans la littérature. Une fois les différentes dimensions mises en exergue, nous avons pu comptabiliser le nombre de répondants ayant évoqué chaque type d'argument présent dans chacune des sous-catégories afin d'en visualiser l'importance globale.

A travers les deux études de cas, nous avons visé l'analyse de la légitimité intra-organisationnelle de l'hôpital et ceci à deux moments distincts avant et après la réforme. En postulant le caractère composite de la légitimité intra organisationnelle de l'hôpital, nous avons choisi de la décortiquer, en plusieurs « *sous-légitimités* », pour obtenir in fine une

« *photographie* » d'ensemble des composants de la légitimité intra organisationnelle de l'hôpital.

L'analyse qualitative de contenu réalisée sur l'ensemble des documents et des entretiens retranscrits ont débouché sur une diversité et une variabilité des types de légitimité. Nous avons identifié particulièrement 8 catégories de légitimités :

- Légitimité pragmatique : renvoie à l'évaluation du caractère favorable ou non favorable de la pratique par l'évaluateur en termes de satisfaction de ses intérêts.
- Légitimité morale : correspond à l'évaluation des principes moraux inhérents à la pratique
- Légitimité cognitive : correspond à l'évaluation du degré de compréhension des informations qui concernent la pratique
- Légitimité normative : est évaluée en termes d'adoption et de non adoption de la pratique par les autres organisations ainsi que de la contrainte légale qui résulte de son adoption.
- Légitimité technique : est évaluée en termes de degré de concordance de la pratique avec l'organisation ainsi que de la cohérence technique de la pratique en elle-même.
- Légitimité managériale : correspond à l'évaluation de la légitimité de la pratique d'un point de vue managériale
- Légitimité charismatique : correspond à l'expertise et à l'influence perçue des différents responsables de la pratique et de l'organisation
- Légitimité structurelle : correspond à l'évaluation de l'impact de la pratique sur la structure organisationnelle.

Le tableau ci-dessous reprend les catégories de légitimités découlant des premiers résultats de l'analyse.

Catégorie de 1 ^{er} rang	Catégorie de 2 ^{ème} rang	Catégorie de 3 ^{ème} rang	Définition
Légitimité pragmatique (Suchman, 1995)	Légitimité d'échange (Suchman, 1995)	Reconnaissance et estime	Evaluation de la légitimité en termes de reconnaissance et d'estime
		Financière	L'évaluation de la légitimité se fait en termes d'avantages financiers
		Carrière	L'évaluation de la légitimité en termes d'évolution de carrière
		Evolution personnelle	L'évaluation de la légitimité en termes d'évolution

			personnelle
	Légitimité managériale (Ruef et Scott, 1998)		L'évaluation de la légitimité d'un point de vue managériale
	Légitimité d'influence (Suchman, 1995)		L'évaluation de la légitimité en termes de pouvoir et d'influence
	Légitimité participative par la contribution aux objectifs (Boddeywn, 1995)		L'évaluation de la légitimité en termes de participation à la réalisation des objectifs
Légitimité morale (Suchman, 1995, Beaulieu, 2001)	Dispositionnelle (Suchman, 1995)	Intérêt commun	Evaluation de la légitimité par référence à des principes moraux
		Identification, valeurs communes	Evaluation de la réforme et de son degré de concordance avec les principes moraux de l'évaluateur
	Conséquentielle (Suchman, 1995)		Evaluation des conséquences morales
	Procédurale (Sucham, 1995, Bourgeois et Nizet, 1995)		Evaluation des principes moraux qui guident la mise en place de la procédure
	Structurale		La légitimité par la structure et son degré d'acceptabilité sociale
	Compréhensibilité globale de la pratique		La légitimité en terme de compréhensibilité globale de la pratique par les acteurs
	Compréhensibilité du discours		Compréhensibilité des informations concernant la pratique en provenance des différents acteurs organisationnels et en dehors de l'organisation
Légitimité normative (Singh, Tucker et House, 1984, Scott, 1995, 2001)	Mimétisme (Dee house, 1996, Scott, 1995, 2001) : *mimétisme par rapport aux autres organisations du champ *mimétisme par rapport aux organisations en dehors du champ		Evaluation de la légitimité en fonction de l'adoption de la réforme par les autres organisations.
	Prévisibilité/Inévitabilité (Suchman, 1995)		Evaluation du caractère prévisible de l'adoption de la réforme, compte tenu des évolutions économiques, sociales et managériales de l'environnement
	Réglementaire (Dee house, 1986, Boddeywn, 1995, Scott, 1995, 2001, Beaulieu, 2001)		Evaluation de la légitimité en fonction de l'obligation légale dont découle son adoption.
	Procédurale/ Protocolaire/ Par les coutumes (Boddeywn, 1995, Hammerschmid, 2005)		Evaluation de la légitimité en fonction de l'adéquation et de la conformité aux procédures, protocoles et valeurs portées par les groupes sociaux
Légitimité technique	Adaptation à l'organisation/ légitimité		Evaluation du degré d'adéquation de la pratique à

(Ruef et Scott, 1998, Bealieu, 2001).	technique par rapport à l'organisation	l'organisation.
	Légitimité technique pure	Evaluation de la technicité et de la cohérence de la pratique en elle-même
Légitimité managériale (Ruef et Scott, 1998)	Légitimité managériale	Evaluation de la légitimité d'un point de vue managériale des différents processus et mécanismes organisationnels tels que la gestion des ressources humaines, les pratiques de comptabilité, les fonctions administratives.
Légitimité structurale conséquentielle	Légitimité structurale conséquentielle	Evaluation de la légitimité en termes des conséquences de la pratique sur la structure organisationnelle.
Légitimité charismatique (Weber, 1971)	Expertale (Cullière, 2005)	Expertise perçue des différents responsables de la pratique et de l'organisation
	D'influence (Suchman, 1995)	Influence perçue des différents responsables et acteurs de la pratique et de l'organisation.

Tableau 8 : Typologies des légitimités « intra organisationnelles » (adapté de Brasseur et Buisson, 2008)

2- Légitimité extra organisationnelle de l'hôpital : une analyse quantitative

L'étude de la légitimité « *extra-organisationnelle* » revient à « *dessiner* » l'image de l'hôpital renvoyée en externe. Elle vise un diagnostic des perceptions et des attentes des usagers y compris des professionnels de santé. Elle intervient dans un contexte marqué par un repositionnement des usagers au devant de la scène « *hospitalière* ». Jadis « *objets de soins* », ces derniers sont devenus « *sujets de droits* ». Leur satisfaction soulève des enjeux psychologiques. Celle-ci est définie comme étant la réaction du patient à son expérience personnelle. Elle consiste en une évaluation cognitive et une réaction émotionnelle aux structures, procédures et résultats des services reçus. Elle met donc en jeu des connaissances, des attitudes et des représentations.

Afin de dessiner les contours du concept de légitimité « *extra organisationnelle* », nous avons élaboré des questionnaires à l'adresse respectivement du personnel hospitalier et des patients. Les patients interrogés regroupent aussi bien les patients dits « *classiques* » que les patients « *personnels* ».

Le choix du personnel hospitalier est motivé par le fait que ces derniers, en sus d'être des fournisseurs de prestations de service, peuvent également se présenter comme des clients-usagers. Ils portent, en effet une double casquette qui les amène à développer des perceptions

différentes et ambivalentes de la légitimité (le choc des légitimités) en fonction de leur position dans l'organisation. Pour croiser ces deux positions, et en vue de se saisir de l'ensemble de ces perceptions, le même questionnaire sera administré au personnel (l'ensemble des catégories professionnelles) et aux malades (la nécessité de distinguer entre patients hospitalisés et patients passagers). Il visera à cerner les facettes de la légitimité en interrogeant les malades sur ce qu'ils pensent de l'hôpital et de ses prestations, ce qu'ils y vivent et ce qu'ils en ressentent. L'intérêt de ce croisement, réside en ce qu'il permet de porter un double regard sur la légitimité : la légitimité dans l'optique du personnel hospitalier, en tant que « *malades internes* », acteur ayant participé à sa construction et immergé dans l'organisation et donc qui vit concrètement la situation de l'hôpital et la légitimité dans l'optique des malades « *externes* ».

Les deux populations en l'occurrence les patients et le personnel hospitalier sont concernées différemment par le même sujet de recherche à savoir la légitimité. Elles ont chacune d'elle un langage particulier qui reflète un certain niveau de connaissance. C'est en tenant compte de cette sensibilité intellectuelle et professionnelle, qu'il sera nécessaire de vulgariser au maximum le questionnaire en direction des patients, le problème ne se posant pas dans le cas du personnel hospitalier. En effet, les deux questionnaires seront articulés autour de trois thématiques centrales, respectivement, les dimensions de la légitimité « *extra-organisationnelle* », l'impact de la réforme hospitalière sur la légitimité et enfin, les priorités, les revendications et les attentes des patients. Il sera question tout au long de ces questionnaires, de cerner les perceptions que les malades développent à l'égard de l'organisation hospitalière et de ses prestations, notamment le coût, la qualité, les délais, la variété, le service, la sécurité, l'hygiène.... l'objectif final étant de tracer les contours de la légitimité « *extra organisationnelle* ». A priori, il serait possible de scinder les critères d'évaluation de la légitimité de l'hôpital public en différents types de critères : critères techniques, critères financiers, critères psychosociologiques, critères éthiques, critères organisationnels....En fonction de ces critères, une fois identifiés, différentes typologies de la légitimité extra-organisationnelle peuvent émerger : légitimité charismatique, légitimité professionnelle, légitimité technique, légitimité « *expertale* », légitimité financière, légitimité « *éthique* », légitimité « *relationnelle* », légitimité « *humaniste* » ou « *humanitaire* »....

En ce qui concerne, le personnel hospitalier¹, ils sont placés dans une position particulière par rapport à la légitimité « *extra-organisationnelle* ». Elle met en tension une légitimité professionnelle « *expertale* » et une légitimité « *expérientielle* ». Le questionnaire à leur adresse viendra révéler l'ambivalence des perceptions, soit les disparités entre la légitimité « *intra organisationnelle* » des pratiques et la légitimité « *extra-organisationnelle* » des conséquences des pratiques. Le personnel hospitalier risque de développer des perceptions différentes à l'égard de la légitimité de l'hôpital, en fonction de son positionnement en interne ou en externe. Par ailleurs, le questionnaire à l'adresse des professionnels, viendra compléter l'entretien pour donner une vue d'ensemble de la légitimité « *hospitalière* ».

La question principale à débattre dans le questionnaire et qui en constituera sa trame sera celle de savoir comment chacun des patients évalue la légitimité « *extra organisationnelle* » de l'hôpital (tout en intégrant la dimension temporelle, via la comparaison de l'avant et de l'après réforme) ? Les répondants seront amenés à s'exprimer sur ce qu'ils pensent de l'hôpital et de ses prestations, ce qu'ils y vivent et ce qu'ils en ressentent. Il sera question principalement d'un questionnaire semi-ouvert, alternant des questions fermées et ouvertes, dirigées vers des critères et des valeurs où il sera demandé aux répondants de les classer par ordre d'importance.

Le questionnaire en question a pris la forme d'un questionnaire semi-ouvert, son objectif étant d'élucider les dimensions de la légitimité « *extra-organisationnelle* », ses questions seront plus tournées vers des perceptions, des représentations, des valeurs et des cognitions.

Le choix porté vers le questionnaire semi-ouvert, se trouve conforté par la nature même des données recherchées. C'est cette méthode intermédiaire qui sied le plus à la nature perceptuelle du concept de la légitimité. La légitimité, concept central de la recherche, étant une construction sociale, individuelle et subjective, mobilisant les représentations, les systèmes cognitifs et de valeurs des répondants, le questionnaire doit leur laisser une relative marge de liberté d'expression et de développement, ouvrant par la même la voie à l'approfondissement. Par ailleurs, les questions ouvertes viendront en appui des questions fermées pour vérifier l'exactitude des informations recueillies. Plusieurs auteurs se placent en faveur d'une ouverture du quantitatif sur le qualitatif. Bô (1998) dégage trois niveaux d'utilité de l'approche semi-ouverte, « *d'une approche plus qualitative du quanti* », en termes de

¹ Il convient de noter à ce propos que le personnel hospitalier et les membres de leur famille bénéficient de la gratuité des soins (rapports d'activité).

recueil des questionnaires, de l'interprétation et de la restitution des résultats. Cette combinaison permet de capitaliser les avantages des deux méthodes tout en neutralisant leurs inconvénients. Au niveau du recueil des données, le questionnaire semi-ouvert favorise une plus grande implication du répondant, il a « *l'avantage d'être plus ergonomique et moins machinal qu'un questionnaire fermé. En alternant questions ouvertes et fermées, l'interviewé peut à la fois exprimer son ressenti et se situer dans un cadre* » (Bô, 1998). Au niveau de l'interprétation des résultats, l'approche semi-ouverte en ayant recours à des outils qualitatifs permet une richesse et une fiabilité d'interprétation, « *il est souvent plus efficace de faire des analyses des questions ouvertes d'une étude quantitative avec des outils qualitatifs. La pratique actuelle, qui se limite souvent à la codification a pour effet de perdre une grande quantité de l'information, en cherchant à réduire les réponses aux questions ouvertes à une grille fermée. Par ailleurs, lorsque les enquêtes alternent questions ouvertes et fermées, les réponses recueillies peuvent être interprétées de manière plus fiable.* » (Bô, 1998). Enfin au niveau de la restitution des résultats, le fait de les décliner sous leurs doubles formes qualitative et chiffrée permet de dresser un « *portrait* » complet du concept ou des concepts étudiés, « *il est plus pertinent d'articuler, au sein d'un même rapport, des analyses de questions ouvertes et des tableaux chiffrés. Il faut pouvoir mettre en regard des perceptions qualitatives approfondies et des résultats chiffrés* » (Bô, 1998).

Pour l'élaboration du questionnaire, il conviendra dans un premier temps de préciser le contenu, le type de données à collecter, les problématiques à évoquer, ensuite la mise en forme des questions (le mode de formulation des questions), enfin les champs des questions c'est à dire les axes à débattre.

Comme nous venons de le préciser ci-haut, l'objectif du questionnaire étant de dégager les dimensions de la légitimité « *extra-organisationnelle* », les questions seront plus tournées vers des perceptions, des représentations, des valeurs et des cognitions. Le type de ces données nous impose une alternance entre question ouverte et question fermée. La question ouverte, qui laissera le répondant libre dans sa réponse, sera suivie par une question fermée plus pointue et ciblée (portant sur la même thématique) qui aura valeur de confirmation et de délimitation pour cadrer les propos recueillis.

L'utilisation du questionnaire, comme méthode de collecte de données, appelle à la prise en compte d'un certain nombre de précautions, notamment, la chronologie des questions, leur forme et leur pertinence. Par ailleurs, il convient de faire attention aux mots utilisés. Pour

éviter de tomber dans le piège de la désirabilité sociale des réponses positives, une même dimension sera questionnée simultanément en positif et en négatif.

Dans notre cas de figure, nous avons pensé qu'il sera plus pertinent d'élaborer deux questionnaires, un questionnaire à l'adresse des patients et un autre à l'adresse du personnel hospitalier. Ces deux populations, sont concernées différemment par le même sujet de recherche à savoir la légitimité. Elles ont chacune d'elle un langage particulier qui reflète un certain niveau de connaissance. C'est en tenant compte de cette sensibilité intellectuelle et professionnelle, qu'il sera nécessaire de vulgariser au maximum le questionnaire en direction des patients « *profanes* » (voire de le traduire en arabe), le problème ne se posant pas dans le cas du personnel hospitalier, à l'occasion patient « *expert* ». Par ailleurs, poser des questions directes au personnel sur l'hôpital, risque de biaiser et de fausser les réponses. Ces derniers faisant partie intégrante du système hospitalier, le subissent. Ils seront plus disposés à le défendre plutôt qu'à le remettre en question. Notre objectif dans la thèse étant de saisir les perceptions du personnel comme patient et donc d'isoler les dimensions professionnelles des dimensions personnelles et donc de neutraliser le poids des forces d'appartenance. Enfin, il convient de préciser que cette différence au niveau du vocabulaire utilisé et de la modalité de formulation des questions, ne doit en aucun cas altérer l'uniformité du contenu du questionnaire qui doit respecter le même plan thématique.

Nous avons rencontrés des difficultés lors de l'administration et la collecte du questionnaire, précisément dans le cas des patients. Tout d'abord, ces derniers étant interrogés en situation, ils sont pressés. Ensuite, étant d'un niveau intellectuel relativement modeste, ils doivent être assistés. Enfin dans le cas de questions ouvertes, nous avons été confronté à de la réticence et de la suspicion. Le fait de s'adresser également au personnel hospitalier a été une manière de palier à ce problème. Nous avons eu également la possibilité, d'interroger des membres de la famille, les accompagnants ou même des personnes qui ont déjà visité et/ ou se sont fait soigné ou hospitalisé dans l'hôpital en question, ouvrant par la même une possibilité d'approfondissement de la discussion dans certains cas.

Cet intérêt porté aux usagers se révèle, d'autant plus pertinent et propice dans le contexte politique, social et économique de la Tunisie. Cette ouverture sur le monde extérieur s'inscrit dans le sens du mouvement de « *gouvernance démocratique* ». Il est attendu que ce mouvement prenne une plus grande ampleur et signification pour dessiner les contours d'une nouvelle politique publique de santé, plus tournée vers une participation plus effective et

active des patients au débat public sur la santé, dans la mouvance de la « *démocratie participative* ». Cette participation est requise, dans le domaine de santé publique pour contrebalancer le pouvoir des professionnels de santé, qui se sont illustrés pendant longtemps, comme les actants et les premiers décideurs de la décision sanitaire.

Conclusion

Ce chapitre à visée méthodologique a servi à décrire le design de la recherche. Il a précisé dans un premier temps, la nécessité d'une analyse spatio-temporelle de la légitimité des hôpitaux publics qui puisse tenir compte de la réforme et de ses effets au double niveau interne et externe. Par ailleurs, ce chapitre a apporté un éclairage sur la méthodologie de recherche mobilisée. Il a expliqué que le croisement de méthodes de recherche qualitatives et quantitatives est le plus approprié pour se saisir de la complexité de la légitimité de l'hôpital. Pour le cas de la légitimité intra-organisationnelle, c'est l'étude de cas qui a été utilisée. En effet, nous avons réalisé deux études de cas dans deux EPS tunisiens. Diverses techniques de collecte de données ont été mobilisées à cet effet, principalement une recherche documentaire, une observation non participante, et des entretiens semi-directifs. La totalité de ce matériau empirique a fait l'objet d'une retranscription et d'un codage au moyen du logiciel Nvivo.7.0 et a abouti à l'identification de huit grandes classes de légitimité « *intra-organisationnelle* » : pragmatique, morale, cognitive, normative, technique, managériale, charismatique et structurelle. Pour le cas de la légitimité « *extra-organisationnelle* », nous avons opté pour les questionnaires comme méthode de collecte de données et pour l'analyse typologique via le logiciel SPSS comme méthode d'analyse. A cet effet, deux questionnaires ont été élaborés et distribués à l'adresse des patients et du personnel. Nous avons pensé que pour reconstruire la légitimité de l'hôpital telle que renvoyée en externe, ne nous pouvions pas exclure le personnel. En effet, à côté des patients dits « *classiques* », le personnel peut solliciter des soins de l'hôpital en sa qualité de citoyen.

Chapitre 6 : La légitimité intra organisationnelle de l'hôpital public

Dans le cadre de cette recherche, nous avons procédé à deux études de cas dans deux hôpitaux, un hôpital que nous avons appelé hôpital (A) et un deuxième hôpital que nous avons appelé hôpital (B). Ces deux hôpitaux, en vertu de la loi de la réforme hospitalière de 1991, sont devenus des établissements publics de santé.

Pour la rédaction du récit de présentation des deux cas, nous nous sommes alignés sur Hlady-Rispall (2002), en optant pour une méthode descriptive-interprétative. En effet, la rédaction de la recherche empirique a débuté par le descriptif pour aller vers l'interprétatif. Il a été question dans un premier temps d'une approche descriptive et historique qui a permis d'identifier et d'appréhender le contexte de l'étude. Cette section a précédé les autres sections d'analyse de la légitimité de l'hôpital. Des extraits d'entretiens et de documents ont figuré aussi bien dans la section descriptive, que dans les autres sections consacrées à l'analyse.

Section 1 : L'étude de cas EPS (A)

1- Présentation générale de l'EPS (A)

L'hôpital (A) est un hôpital général à caractère hospitalo-universitaire, dont la création remonte au 7 Octobre 1942. Depuis, Janvier 1995, il a changé pour devenir un établissement public de santé de catégorie A, inscrit sur la liste des établissements publics à caractère non administratifs. Il est doté de la personnalité morale autonome, et de l'autonomie financière et est régi par les réglementations des normes comptables tunisiennes, depuis 1997.

L'hôpital est un centre polyvalent médico-chirurgical et obstétrical à prédominance médicale. L'enseignement et la recherche constituent un pan important de son activité. En effet il comprend 20 unités de recherche, dirigées par des professeurs universitaires spécialisés chacun dans un domaine en particulier et chapeautées par les chefs de service. Les responsables des unités sont appuyés par des professeurs agrégés et des assistants médicaux et paramédicaux, dont le rôle est d'assurer l'encadrement des stagiaires et des étudiants en cours de réalisation de recherche scientifique et de thèses. L'hôpital se classe le 3^{ème} en Tunisie en matière de diffusion et de publication des articles. Par ailleurs, il comprend un laboratoire de recherche en cytogénétique.

Le CHU compte 26 services médicaux et chirurgicaux et 9 laboratoires avec une capacité de 698 lits.

Les services	Médecine interne	Cardiologie	Chirurgie	Gynéco-obstétrique
	Carcinologie	Hémato-clinique	Pneumo-allergologie	Ophthalmologie
	Dermatologie	Psychiatrie	Endocrinologie	ORL
	Rhumatologie	Pédiatrie	Néonatalogie	Réa-médicale
	Anesthésie-Réa	Médecine de travail	Hygiène hospitalière	Médecine dentaire
	Epidémiologie	Médecine légale	Radiothérapie	Radiologie
	Pharmacie			
Les laboratoires	Anapa the	Biochimie	Hématologie	Cytogénétique
	Microbiologie	Hygiène	Physiologie	Parasitologie
	Toxicologie			

Tableau 9 : Nombre de services de l'EPS (A)

Il ressort du tableau que toutes les spécialités sont représentées au sein de l'hôpital hormis les spécialités suivantes : la néphrologie, la neurologie et la rééducation fonctionnelle.

Au 31 décembre 2010, l'EPS (A) comptait 1708 agents dont 240 médecins, médecins dentistes et pharmaciens.

Personnel médical et juxta-médical	Personnel administratif	92
	Personnel technique	17
	Médecins	203
	Pharmaciens	25
	Dentistes	12
Personnel paramédical	Techniciens supérieurs	383
	Infirmiers	643
	Auxiliaires de la santé	28
	Psychologues	2
	Ouvriers	303

Tableau 10 : Description chiffrée et détaillée des catégories professionnelles de l'hôpital en fonction de leurs grades

Le budget de l'hôpital pour l'exercice 2010 s'est élevé à 43.220.337 Dinars réparti comme suit : ressources propres (4.799.958 DT), contributions des caisses sociales (14.599.984) et subvention de l'Etat pour la paie (23.820.395 DT).

Le nombre total des consultations en 2010, s'est élevé à 310.880, le nombre d'admission a égalé 41.442 pour 202.083 journées d'hospitalisation et le nombre des interventions chirurgicales a atteint les 16.015.

Organigramme des EPS

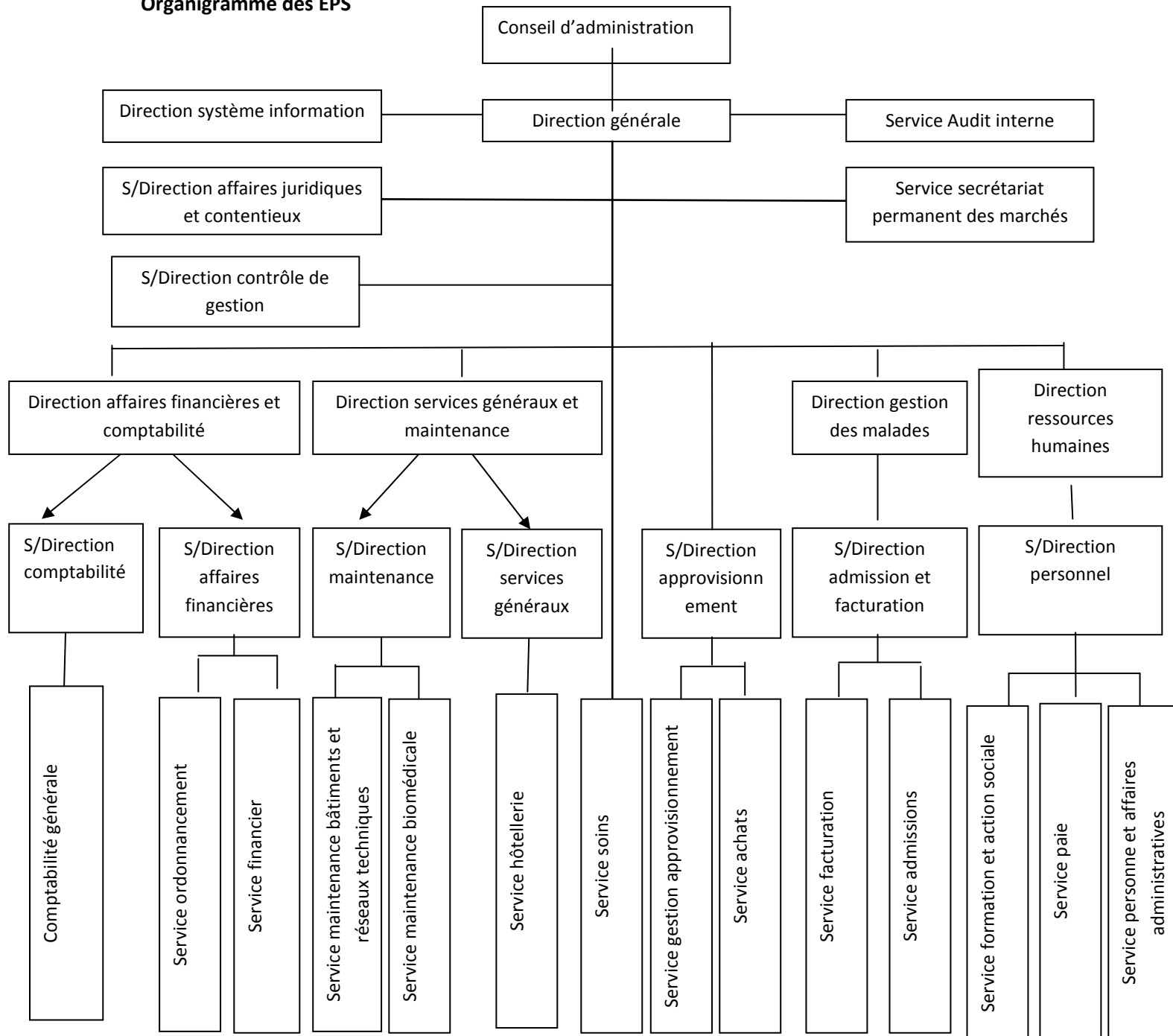


Figure 7 : Organigramme de l'EPS (A)

Il sera question, dans l'étude de cas d'une analyse transversale des mini-cas. En effet, le cas, en l'occurrence l'hôpital est scindé en plusieurs mini-cas, représentant les différents services à l'étude et qui feront chacun l'objet d'une analyse individuelle. C'est en fin d'analyse que le cas sera dressé en entier, par le recoupement des principaux résultats ressortis de l'analyse verticale.

2-Mini- étude de cas : Service maternité

2-1 Présentation du service

Le service maternité ou de gynécologie obstétrique et selon les chiffres relatifs à l'année 2010, présente une capacité hospitalière de 120 lits. L'équipe médicale, compte un chef de service, un médecin professeur, six médecins maîtres de conférences agrégés, trois médecins assistants hospitalo-universitaire et deux médecins de la santé publique. L'équipe paramédicale est composée de 79 techniciens supérieurs, 90 infirmiers et auxiliaires et 22 ouvriers, à leur tête un surveillant.

Le service assure un large éventail d'activités gynécologiques et obstétricales. Il comprend deux grands compartiments, organisés eux-mêmes, en plusieurs unités, spécialisée chacune dans une activité en particulier.

Les activités gynécologiques sont réalisées au sein de 6 grandes unités.

L'unité d'accouchement assure les activités obstétrico-chirurgicales, par la prise en charge des patientes qui se présentent en salle de naissance. Le bloc obstétrical fonctionne 24/24 heures. La salle de naissance renferme 8 salles d'accouchement et 2 salles d'intervention, pour une moyenne de 2150 césarienne par an.

Les actes de diagnostic prénatal sont réalisés dans deux salles d'intervention. Ces actes portent principalement sur le diagnostic des pathologies fœtales, des échographies obstétricales spécialisés (Doppler) et des prélèvements fœtaux et gestes in utéro.

Les patientes qui souffrent de grossesse pathologique à risque, sont hospitalisées dans l'unité de grossesses à hauts risques, qui compte 24 lits.

L'unité de suite des couches (postpartum), située au deuxième étage, accueille les mères et leurs bébés, avec une capacité de 35 lits.

Le service compte également une unité pour les urgences gynécologiques et obstétricales (fausses couches, grossesses extra-utérine....). Ainsi qu'une unité de médecine de la reproduction, dont les consultations se font de façon journalière et porte sur les actes de ponctions ovocytaires chez l'homme (biopsies testiculaires) et les échographies folliculaires (les techniques utilisées dans le cadre des traitements de stérilité, la fécondation in vitro, la micro injection, les inséminations intra-utérines, les inductions simples).

Les activités de gynécologie chirurgicale et d'oncologie médicale sont assurées au niveau du bloc opératoire et des consultations. Le bloc opératoire comprend 3 salles opératoires et une salle en hôpital du jour, qui prennent en charge les chirurgies des pathologies bénignes (fibromes, etc...), chirurgie de l'incontinence urinaire et du prolapsus génital, chirurgie des cancers pelviens et du sein, chirurgie de la stérilité, chirurgie par voie endoscopique hystéroscopie et coelio-chirurgie. Les actes du bloc opératoire sont estimés à 4000 actes par an. Les consultations concernent principalement les consultations de la pathologie du sein, de gynécologie médicale, chirurgicale et oncologique, de stérilité et d'obstétrique.

A la tête de chaque unité, est désigné un surveillant qui travaille sous le contrôle du surveillant du service.

L'activité du service pour l'année 2010 se présente comme suit :

Hôpital du jour		965
Consultations externes		13527
Hospitalisations		19019
Actes opératoires	Interventions chirurgicales en gynécologie	2462
	Césarienne	2462
	Activités opératoires faites à l'hôpital du jour	1874
	Activités à l'unité de médecine de reproduction	1894

Tableau 11 : Activité du service gynécologie-obstétrique de l'EPS (A), pour l'année 2010

La maternité compte également une pharmacie externe qui a été créée en 2003. Cette pharmacie externe a été disposée dans le hall de la maternité afin de faciliter l'accès direct des patients à leurs médicaments. Cette pharmacie externe compte une technicienne supérieure.

La création de la maternité remonte à l'année 1981. Depuis, 1986 jusqu'en 1995, date d'entrée en vigueur de la réforme, la maternité a été séparée de l'hôpital. C'est en 1995, avec l'avènement du statut juridique de l'EPS, que la maternité a été réintroduite à l'hôpital, par la reconsidération de son statut.

2-2 Principaux résultats

Lors de la recherche sur le terrain, nous avons réalisé des entretiens avec 10 répondants, répartis comme suit :

N°	Catégorie professionnelle	Sexe	Age	Ancienneté	Expérience professionnelle
1	Technicienne supérieure	F	50-60 ans	30 ans et +	20-30 ans
2	Surveillante	F	50-60 ans	30 ans et +	20-30 ans
3	Médecin chef de service	H	50-60 ans	20-30 ans	20-30 ans
4	Surveillant	H	50-60 ans	20-30 ans	20-30 ans
5	Aide soignante	F	50-60 ans	20-30 ans	20-30 ans
6	Ouvrière	F	30-49 ans	20-30 ans	20-30 ans
7	Infirmière A	F	30-49 ans	20-30 ans	20-30 ans
8	Infirmière B	F	30-49 ans	20-30 ans	20-30 ans
9	Infirmière C	F	50-60 ans	30 ans et +	20-30 ans
10	infirmière D	F	50-60 ans	30 ans et +	20-30 ans

Tableau 12 : Répartition des répondants dans le service maternité

Le service en question, compte en majorité des femmes dans son personnel paramédical. Le caractère féminisé du travail au sein du service maternité s'explique par la nature même du travail réalisé au contact de patientes femmes. Ces dernières étant les mieux placées pour traiter avec les femmes ayant accouché. Par ailleurs, les infirmières constituent le noyau dur du personnel dans le service.

De même, il y a un trait commun à l'ensemble du personnel du service maternité, qui est leur ancienneté, la période passée au sein du service variant entre 20 et 30 ans.

Néanmoins, et en dépit du fait qu'ils aient assisté à la réforme hospitalière et ses différentes péripéties, ils en ont affiché une faible connaissance.

2-2-1 Degré de connaissance de la réforme et de ses mécanismes

Le degré de connaissance de la réforme pour le service maternité s'élève à 18, 6% de fréquence de codage.

En ce qui concerne le conseil d'administration, un des mécanismes induits par la réforme hospitalière, le personnel du service maternité en a une connaissance de l'ordre de 15, 15%.

Enfin, pour les applications informatiques, le degré de connaissance telle qu'elle se présente dans le service maternité, s'élève à 12, 5%.

En dépit de l'ancienneté du personnel, dont la présence au sein du service maternité remonte à avant la réforme, ils en ont une connaissance faible. Le personnel paramédical dans le service, à part le médecin chef de service, affiche une faible connaissance de la réforme. Ils déclarent ne pas connaître le conseil d'administration, ni son fonctionnement, ni le rôle qu'il tient au sein de l'hôpital. Leur connaissance de la réforme s'arrête à quelques aspects pratiques liés directement à l'exercice de leur travail au sein du service. En effet, aussi bien les infirmières que les surveillants évoquent constamment dans leurs discours la pratique de sous-traitance, alors que la technicienne, au niveau de la pharmacie externe de la maternité, déclare connaître l'application informatique.

La faible connaissance de la réforme et de ses mécanismes, affichée par l'ensemble du personnel du service maternité interrogé, sous-entend leur faible institutionnalisation. L'institutionnalisation est mesurée ici en termes d'étendue (totale vs partielle vs nulle) et de type (effective vs fictive).

2-2-2 Institutionnalisation de la réforme et de ses mécanismes

La réforme est partiellement institutionnalisée dans le service maternité, qui récolte 33, 33% de fréquence de codage.

L'étendue d'institutionnalisation du conseil d'administration nulle pour le service maternité s'élève à 15,79%. Au sein du service, la technicienne, les infirmières et l'ouvrière présentent une étendue d'institutionnalisation du conseil d'administration nulle de l'ordre de 33,33%.

Les applications informatiques récoltent 20% d'étendue d'institutionnalisation totale.

Le type d'institutionnalisation de la réforme pour le service maternité s'élève à 20,45%.

Le type d'institutionnalisation du conseil d'administration fictive pour le service maternité s'élève à 50%.

Le type d'institutionnalisation des applications informatiques est effectif à hauteur de 20%.

Le codage a conclu à l'institutionnalisation parcellisée de la réforme. Alors que le conseil d'administration fait l'objet d'une institutionnalisation nulle, les logiciels informatiques semblent faire l'objet d'une institutionnalisation totale. Ils sont totalement appropriés par les usagers, qui en maîtrisent l'utilisation en faisant preuve d'une connaissance approfondie de ses caractéristiques (date de début d'utilisation, fonctionnalités...). En termes de types d'institutionnalisation, la réforme répond à des pressions mimétiques. Elle semble également faire l'objet d'une institutionnalisation fictive et symbolique, au même titre que le conseil d'administration et ceci contrairement aux applications informatiques, qui sont effectivement institutionnalisées.

Fréquence de codage	Réforme	Conseil d'administration	Applications informatiques
Degré de connaissance	18,6%	15,15%	12,5%
Etendue d'institutionnalisation	20,45%	20%	14,29%
*nulle		15,79%	
*partielle	33,33%		
*totale			20%
Type d'institutionnalisation	20,45%	50%	16,67%
*fictive	9,09%	50%	
*effective			20%

Tableau 13 : Récapitulatif des fréquences de codage par degré de connaissance, étendue et type d'institutionnalisation de la réforme et de ses mécanismes

Le personnel dans le service maternité, en fonction de leurs appartenances professionnelles, développent une perception différenciée de la réforme. Il semblerait que les praticiens soignants attachent une plus grande importance aux volets pratiques de la réforme, ce qui nous amènerait à scinder cette dernière en deux composantes, une réforme « *pratique* » matérialisée par les conséquences qu'elle fait subir au travail quotidien et une réforme « *théorique* » qui s'attache à ses aspects juridiques.

2-2-3 Légitimité de la réforme et de ses mécanismes

La faiblesse d'institutionnalisation de la réforme et de ses diverses facettes pourrait trouver explication dans un défaut de légitimité. Nous avons posé comme postulat de base que l'institutionnalisation de la réforme et de ses mécanismes suppose au préalable une légitimation. C'est ainsi qu'ils ont été soumis à une analyse de leur légitimité ayant conclu aux résultats suivants :

2-2-3-1 Légitimité de la réforme

Tout d'abord, la réforme dans le cas du service maternité, présente une légitimité technique de l'ordre de 8,33% de fréquence de codage. Le médecin chef de service, associé à la réforme une légitimité technique pure (cohérence interne) défavorable de l'ordre 12, 5% ainsi qu'une légitimité technique adaptation à l'organisation défavorable égale à 25%. Il considère que l'architecture de la réforme présente des anomalies techniques et diagnostique l'existence de symptômes de carence stratégique.

Par ailleurs, le service maternité accumule une légitimité pragmatique de la réforme qui équivaut à 35, 29%. Cette légitimité connaît une variabilité interne aussi bien au niveau de ses dimensions, qu'au niveau des arguments de codage en faveur ou en défaveur de la réforme. Le codage a permis le repérage de trois variantes de la légitimité pragmatique dont les fréquences de codage sont réparties comme suit :

- une légitimité pragmatique managériale (41, 67%).
- une légitimité pragmatique d'échange (28, 57%), principalement d'ordre financière.

Pour sa part, la légitimité morale de la réforme s'élève à 20%. Alors que la légitimité managériale de la réforme pour le service maternité est de l'ordre de 10%.

Enfin, la légitimité cognitive de la réforme pour le service maternité s'élève à 9, 09%.

Légitimité pragmatique (35,29%)	Légitimité morale (20%)	Légitimité managériale (10%)	Légitimité cognitive (9,09%)	Légitimité technique (8,33%)
---------------------------------	-------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

Figure 8 : Taxonomie de la légitimité de la réforme pour le service maternité

2-2-3-2 Légitimité du conseil d'administration

En ce qui concerne le conseil d'administration, il présente une légitimité technique de l'ordre de 20%. Cette légitimité a été mentionnée par le médecin chef de service qui lui a associé une légitimité technique pure défavorable (20%). Il met en doute son rôle qu'il impute au maintien de l'emprise du pouvoir par l'autorité de tutelle, matérialisé par la nomination du président du conseil d'administration. Il considère que l'organisation hospitalière construite autour du triptyque directeur général, comité médical et conseil d'administration ne consacre en rien l'autonomie de gestion telle que prônée par l'EPS.

En termes de légitimité pragmatique, la fréquence de codage s'élève à 8,33%. La surveillante lui associe une légitimité pragmatique d'échange de reconnaissance défavorable de l'ordre de 12,5%.

Le conseil d'administration aux yeux du personnel de la maternité, récolte une légitimité cognitive équivalente à 7,69%.

Enfin, pour la légitimité charismatique du conseil d'administration elle s'élève à 22,22%. La légitimité charismatique est entendue ici dans le sens de l'influence perçue exercée par le conseil d'administration, qui totalise 25% de fréquence de codage.

Légitimité charismatique (22,22%)	Légitimité technique (20%)	Légitimité pragmatique (8,33%)	Légitimité cognitive (7,69%)
-----------------------------------	----------------------------	--------------------------------	------------------------------

Figure 9 : Taxonomie de la légitimité du conseil d'administration pour le service maternité

2-2-3-3 Légitimité des applications informatiques

Pour les applications informatiques, les répondants dans le service maternité, lui associent une légitimité pragmatique managériale de l'ordre de 22,22% de fréquence de codage. Les répondants, qui utilisent les applications informatiques sont principalement, la technicienne

dans la pharmacie externe et l'ouvrière dans le bureau d'entrée. Ces dernières mettent en avant les vertus managériales des applications informatiques pour la réalisation de leur travail.

Par ailleurs, les logiciels informatiques dans le service maternité accumulent une légitimité technique pure égale à 11,11%. Dans le service maternité, les logiciels informatiques sont principalement utilisés au niveau de la pharmacie externe et du bureau des entrées. A cet effet, l'ouvrière déclare que l'application informatique consacrée à la gestion des admissions, des factures et des sorties des malades présente une anomalie au niveau de la nomenclature des actes et des bilans.

En termes de légitimité normative, les applications informatique dans le service maternité s'élève à 20%. La légitimité normative est principalement d'ordre mimétique (33,33%), réglementaire (25%) et inévitabilité (25%). Elle est répartie comme suit : une légitimité normative prévisibilité favorable (25%), une légitimité normative réglementaire favorable (25%), une légitimité normative mimétisme champ organisationnel élargi favorable (33,33%)

Enfin, les applications informatiques totalisent une légitimité cognitive égale à 15,38%.

Légitimité pragmatique (22,22%)	Légitimité normative (20%)	Légitimité cognitive (15,38%)	Légitimité technique pure (11,11%)
------------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------

Figure 10 : Taxonomie de la légitimité des applications informatiques pour le service maternité

2-2-3-4 Légitimité de la sous-traitance

La sous-traitance affiche une légitimité pragmatique de l'ordre de 30,77%. La légitimité pragmatique relève à la fois d'une légitimité pragmatique d'échange de reconnaissance et d'une légitimité pragmatique managériale. La légitimité pragmatique d'échange reconnaissance enregistre 7,69% d'arguments codés favorable alors que la légitimité pragmatique managériale s'élève à 30,77%, dont 7,69% d'arguments favorables et 23,08% d'arguments défavorables.

En termes de légitimité cognitive, la sous-traitance présente une fréquence de codage de l'ordre 11,11%

Légitimité pragmatique (30,77%)	Légitimité cognitive (11,11%)
---------------------------------	-------------------------------

Figure 11 : Taxonomie de la légitimité de la sous-traitance pour le service maternité

2-2-3-5 Légitimité des APC

Enfin, pour les APC, les répondants dans le service maternité lui associent une légitimité morale de l'ordre de 23,08%. Elle est à la fois morale conséquentielle défavorable de l'ordre de 25% et morale procédurale défavorable de l'ordre de 37,5%.

Légitimité morale (23,08%)

Figure 12 : Taxonomie de la légitimité des APC pour le service maternité

Une lecture latérale, des différentes typologies de légitimité ressorties du codage de la réforme et de ses outils révèle la prédominance des légitimités morale et pragmatique qui récoltent les fréquences les plus élevées.

Nombreuses sont les raisons qui pourraient être invoquées pour expliquer la faiblesse d'institutionnalisation de la réforme et de ses mécanismes.

La première raison pourrait être d'ordre pragmatique, la réforme hospitalière étant considérée comme ayant limitativement influencé les conditions de travail matérielles et physiques au sein du service qui sont demeurées presque les mêmes, les répondants déplorant une stagnation de leur situation financière. Dans le même ordre d'idée et d'une façon plus spécifique, la faiblesse d'institutionnalisation du conseil d'administration, pourrait trouver également son explication dans un raisonnement pragmatique, dans la mesure où ce dernier n'appuie pas les efforts des répondants en matière de quête de reconnaissance et d'estime. Egalement l'institutionnalisation de la sous-traitance semble emprunter la même logique qui préside au conseil d'administration. Alors que certaines infirmières perçoivent favorablement la sous-traitance, en ce qu'elle les dispense des tâches de nettoyage et de confort, pour un meilleur recentrage sur leur cœur de métier, d'autres infirmières, y compris la surveillante y voient une « invasion » de l'espace de travail par des personnes « extérieures » à l'hôpital qui viennent s'immiscer dans le quotidien du service et « y semer le trouble ».

Si le bilan de la légitimité pragmatique de la réforme et de ses mécanismes, en l'occurrence le conseil d'administration et la sous-traitance est mitigé, il l'est tout autre dans le cas des logiciels informatiques, les usagers y associent une légitimité pragmatique managériale favorable, en mettant l'accent sur ses vertus managériales.

La deuxième raison invoquée pourrait être d'ordre moral. Le jugement moral de la réforme hospitalière tient principalement aux APC, auxquelles les répondants et en particulier le personnel paramédical associe une légitimité morale aussi bien conséquentielle que procédurale défavorable.

La troisième raison, telle que mise en avant par les résultats du codage relève de facteur technique. La réforme présenterait aux yeux du médecin les symptômes d'une carence stratégique. Ce dernier, ne manque pas également de souligner que le conseil d'administration dans son architecture souffre de plusieurs anomalies techniques, qu'il impute à la concentration du pouvoir central aux mains de l'autorité de tutelle qui continue à asseoir son emprise de façon « *déguisée* » via la nomination de son président. En ce qui concerne les applications informatiques, les utilisateurs, principalement le personnel relevant des services « *front office* » en contact direct avec le citoyen, tout en louant les bienfaits managériaux de ces innovations managériales, déplorent la persistance de quelques lacunes techniques.

Enfin, la quatrième et dernière raison à l'origine de la faible institutionnalisation de la réforme pourrait être d'ordre cognitif. La légitimité cognitive de la réforme et de ses mécanismes, particulièrement le conseil d'administration, affichent des fréquences de codage relativement faibles. En effet, les propos tenus par les répondants à l'égard de la réforme prouvent une incompréhension de celle-ci (sauf pour les logiciels informatiques), ce qui vient en totale concordance avec les résultats ci-dessus portant sur la faiblesse du degré de connaissance de la réforme.

L'institutionnalisation parcellisée et limitée de la réforme telle qu'affichée par le personnel du service maternité, pourrait être le signe fort d'une rétention institutionnelle et à contrario d'une résilience organisationnelle. En effet, les pratiques managériales, principaux catalyseurs d'une dilatation organisationnelle semblent être contrebalancées par les forces institutionnelles. L'hôpital se présenterait comme un champ de forces concurrentes, où il y'a une tension qui se joue entre les forces managériales organisationnelles exercées par les innovations managériales et les forces stabilisantes des pressions institutionnelles. Les

symptômes de la rétention institutionnelle dans le service sont nombreux et se manifestent de diverses manières.

Tout d'abord, ceci s'exprime explicitement dans les discours des répondants fortement imprégnés par les dimensions morales et éthiques. Les valeurs qui se dégagent des propos des répondants révèlent la dimension humaine du travail hospitalier. Le personnel du service de la maternité, quelque soit leur ascendance professionnelle sont unanimes pour mettre l'accent sur les valeurs morales de compassion, d'empathie, d'indulgence et de bienveillance qui caractérise leur relation avec les patients.

Nous allons dans ce qui suit, présenter quelques citations révélatrices de cette connotation humaniste :

Répondants	Exemples de verbatim
Surveillante	« J'aime l'hôpital.. Nos enfants sont toujours propres, ils sont adorables... »
Surveillante	« Je voudrais que les mères partent heureuses avec leurs enfants...J'aime l'humanité, j'aime les enfants. Je veux qu'aucun malade ne parte entrain de se plaindre... Ma priorité, c'est le malade, je veux qu'il parte satisfait... »
Surveillante	« Ca fait 30 ans que je suis dans le service, j'y ai travaillé en tant qu'adjointe surveillante, avant de devenir surveillante. Je sens que le service est ma maison, et que les infirmières sont mes sœurs, on est comme une famille... »
Surveillante	« Je fais la tournée du service chaque matin pour voir s'il y a un problème avec les femmes, j'y tiens à cette tournée, je ne me repose pas et je ne dis que j'ai travaillé, que lorsque je vois les visages des malades et que je contrôle la santé des bébés et des mères... »
Infirmière	« L'hôpital, c'est ma maison, le temps que je passe ici, dépasse celui que je passe à la maison... »
Infirmière	« Moi j'aime mon métier d'infirmière. J'aime le contact humain avec les gens, je sens que je suis entrain de faire quelque chose de bien et d'humain. J'aime mon métier, bien qu'il soit fatiguant. Vu mon âge avancé, j'ai eu beaucoup d'occasion pour quitter le service et aller travailler au dispensaire, mais je me dis non, je me suis habituée à ici... »
Technicienne	« Ma priorité, c'est le citoyen, je travaille pour le satisfaire »
Aide soignante	« Je suis ancienne à l'hôpital, j'y ai commencé à travailler en 1981. Le temps que je passe à l'hôpital est supérieur au temps que je passe à la maison, je pense à l'hôpital, plus que je ne pense à ma maison, en raison des nouveaux nés. J'ai toujours peur pour les enfants, je prends toujours mes précautions... »
Aide soignante	« J'aime tout dans mon métier. J'apprécie les bébés, le contact avec eux... »
Infirmière	« J'aime travailler à l'hôpital, j'aime aider les malades, surtout avec les femmes. J'aime les soins, j'aime beaucoup les soins infirmiers... »

Infirmière	« Le malade, on ne peut pas le blâmer, il a toujours raison, parce qu'il est allongé dans un lit. Au moins, il faut que quelqu'un lui tende l'oreille et l'écoute.
------------	--

Tableau 14 : Exemples de verbatim de la dimension humaine du personnel du service maternité

Il convient de souligner que la dimension affective du travail hospitalier, ne s'arrête pas à la seule relation avec les patients, elle s'étend également aux relations qui lient le personnel entre eux et avec le service.

Ceci apparaît clairement dans l'usage fréquent des notions à connotation familiale, « *frère* », « *sœur* », « *père* » et « *famille* ».

Notions clés	Fréquences d'apparition par profession
« frère »	Médecin (0, 6%)
« sœur »	Surveillante (0, 5%)
« père », « famille »	Surveillant (1, 5%) Aide soignante (0, 9%)

Tableau 15 : Récurrence des notions à connotation affective

Ainsi que dans l'usage de notions affectives révélant l'attachement de l'appartenance au secteur public dont les fréquences d'apparition par profession se présentent comme suit :

Notions clés	Fréquences d'apparition par profession
Valeurs de service public	Médecin (1,1%) Surveillante (1,2%) Infirmière (1%) Technicienne (0,6%)

Tableau 16 : Récurrence des notions d'appartenance au service public

Les répondants dans le service maternité ont une ancienneté élevée. Il semblerait qu'ils aient passé beaucoup de temps au sein de l'hôpital et spécialement du service, ce qui laisserait augurer donc d'une connaissance pointue de ses rouages, ainsi que d'une forte appartenance développé à son égard. Toutefois, il convient de noter que l'identité du service est plus ancrée que l'identité de l'hôpital.

Le sentiment d'appartenance fort qui transparait dans le discours des répondants pourrait être expliqué par leur ancienneté dans l'hôpital et dans le service. Il semblerait, en effet, que la longue période passée au sein de l'hôpital augure d'une identité de l'hôpital forte, soit une parfaite assimilation de ses valeurs. L'ancienneté est un trait commun à l'ensemble du personnel du service maternité, quelque soit leur origine professionnelle. Cette longue période qu'ils ont passé au sein de l'hôpital et du service a suscité chez eux un fort sentiment d'appartenance au service qui s'est expressément traduit dans l'usage fréquent de pronoms possessifs et de termes affectifs, renvoyant vers les valeurs familiales et amicales. Par ailleurs, il y'a une tendance commune à l'ensemble du personnel ancien du service à déclarer leur réticence à la mobilité intra-service. Ils préfèrent achever leur carrière dans le service, dans lequel ils ont débuté. Ils se montrent réticents à l'idée de changement de services et aux exigences de mobilité interne. Il semblerait même que l'identité de service soit plus prononcée que l'identité de l'hôpital. Les répondants ont une tendance naturelle à confondre entre l'hôpital et le service et à réduire la vie en son sein à celle du service. Ils déclarent explicitement être peu intéressés par les autres services tout en étant entièrement focalisés sur le service d'appartenance, ce qui conforterait donc l'hypothèse d'un cloisonnement inter-service voire même intra-service entre les différentes unités, qui le composent.

L'identité de service est beaucoup plus ancrée chez le personnel qui vit une précarité professionnelle. En effet, aussi bien la surveillante, les infirmières, les aides soignantes et les ouvrières interrogées, ont laissé transparaitre dans leurs propos, de différentes manières et à divers degrés, un malaise identitaire.

L'aide soignante, déclare sa différenciation avec les infirmières, ce qui peut cacher une rivalité entre elles. Il semblerait que l'aide soignante souffre d'une identité professionnelle fragile par rapport aux infirmières, qu'elle tente de compenser par une forte implication émotionnelle et affective dans le travail (interférence entre vie personnelle et vie professionnelle) et une tentative de valorisation par la mise en avant de son caractère sensible et délicat (traitement des bébés), les aides s'occupant prioritairement et exclusivement des bébés, les tâches qui leur sont confiées sont de l'ordre de l'hygiène et du confort.

Les infirmières également, semblent présenter des symptômes d'une crise identitaire. En effet, au même titre que les aides soignantes, elles déclarent leur différence avec ces dernières, en mettant l'accent sur la polyvalence du travail infirmier, annonçant les prémices d'une rivalité cachée entre ces deux corps. Elles estiment, par ailleurs, que leur travail n'est pas

reconnu à part entière. Elles pensent que les responsables et en l'occurrence le chef de service ne les apprécient pas à leur juste valeur, et ceci, malgré la prépondérance de leur rôle pour assurer la bonne marche du service. Ceci est un argument en plus en faveur de la quête d'une identité professionnelle infirmière autonome. L'identité professionnelle infirmière se trouve concrétisée via la dispensation de soins infirmiers techniques (perfusion, seringues, pansements, transfusion...).

Les ouvriers dans le bureau des entrées de la maternité, à l'image des infirmiers et des aides soignants sont touchés par la précarité de leur identité professionnelle. Ces derniers, en dépit de la qualité administrative du travail dont ils ont la charge (gestion des factures, des admissions et des sorties des malades), déclarent leur appartenance à la maternité. Il semblerait, que face à la précarité professionnelle qui pèse sur eux, ils préfèrent se réfugier dans l'identité de service plus forte. Ils déclarent subir une marginalisation professionnelle par rapport au personnel haut gradé. Ils insistent que les agents, situés en bas de la hiérarchie, bien que se soient eux qui supportent l'ampleur de la charge de travail, ne sont pas reconnus à part entière.

Les surveillants, sont à l'origine des infirmiers, reconvertis aux tâches administratives de surveillance. Ils regrettent cette reconversion, en considérant que le travail de surveillance les tient éloignés des malades et des soins techniques. Il semblerait que se joue dans l'esprit des surveillants, une collision identitaire entre deux logiques antagonistes : logique soignante vs logique administrative. Pour faire face à la fragilité de leur identité infirmière originelle, ils se tournent vers la sphère administrative, à la recherche d'une meilleure reconnaissance. En se tenant à proximité de l'administration, ils tentent une compensation de l'affaiblissement voire de la perte de leur identité professionnelle et une démarcation pour s'affirmer face aux autres infirmiers. En effet, ces derniers, exerceraient un pouvoir central au sein de l'étage face à la surveillante, en raison de leur expertise et de leur regroupement en masse au sein d'un même corps.

Enfin, les médecins, en vertu de leur expertise technique, sont titulaires d'une identité professionnelle forte, qui les place dans une position privilégiée par rapport aux autres professions existantes pour asseoir leur suprématie sur l'hôpital.

Répondant	Exemples de verbatim
Surveillant	« Avant j'avais beaucoup de contact avec le patient, maintenant je me suis un peu éloigné du malade. Ce que j'aime, la chose pour laquelle j'ai choisi ce métier, c'est le contact avec le

	malade pour le soulager, je suis heureux lorsque je vois que le malade me sourit...je ne gagne que la bénédiction. Depuis que j'ai tenu la responsabilité de surveillant, je me suis éloigné du malade. Je ne suis plus en contact direct avec le patient, c'est la soignante qui l'est tout le temps, bien plus que les médecins. Maintenant, j'ai plus de contact avec le personnel, avec l'administration, avec la pharmacie, avec le magasin... »
Surveillant	« même le surveillant, il fait des soins...moi je crois fortement que lorsqu'il y'a un manque dans un poste, le surveillant doit aller et doit faire les soins, il ne doit pas rester assis...Maintenant, lorsqu'il y'a un malade qui est très fatigué, je rentre directement avec lui... »
Surveillante	« Je suis la surveillante de cet étage....on est toutes des infirmières à l'étage, moi par exemple, je suis une infirmière première... »
Infirmière	« je commence par enregistrer les malades, je prends tous les postes, les césariennes, les accouchements normaux, les bébés, les vaccins..je suis polyvalente, par exemple, l'aide soignante, elle s'occupe uniquement de la pouponnière, alors que moi en tant qu'infirmière je fais tout, je peux travailler tout le service... »
Infirmière	« J'aime mon métier en tant qu'infirmière... »
Aide soignante	« Je suis une aide soignante, je ne suis pas une infirmière. Je m'occupe des bébés, leur hygiène leur allaitement, leur biberon...je leur fais les bains, je les lave, je les change, je leur apporte le lait...s'il y'a un soin à leur faire, je le fais, s'il y'a un prélèvement également, je le fait... »
Aide soignante	« J'aime tout dans son métier, j'apprécie les bébés, le contact avec les bébés... »
Infirmière	« J'ai commencé depuis 1986 dans les urgences de la maternité. J'y ai travaillé presque un an et je n'y ai pas trouvé des soins infirmiers. Je me suis trouvée à aller et à venir, à appeler le médecin, à faire entrer les malades, alors que ce n'est pas mon travail ... »
Médecin	« Dans ce système, il y'a deux corps, les médecins et les gestionnaires... »

Tableau 17 : Exemples de verbatim de l'identité professionnelle et de l'identité de service du personnel du service maternité

Par ailleurs, en soumettant les discours des répondants à une analyse lexicographique par le calcul de la récurrence des mots, nous avons conclu à l'existence d'une certaine homogénéité. Les professionnels de santé interrogés se partageraient un ensemble de concepts clés qui se répèteraient de façon redondantes. Nous avons retenu principalement les notions suivantes de : « *patient* » ou « *malade* », « *citoyen* », « *client* », « *hôpital* », « *institution* », « *organisation* » et « *établissement* ».

Les fréquences des notions « *patient* » ou « *malade* », « *citoyen* », « *client* » ou « *consommateur* » par profession sont réparties comme suit :

Notions clés	Fréquence
« Patient » ou « malade »	<u>Fréquence d'apparition</u> Médecin (0, 5%) Surveillante (1, 4%) Surveillant (2, 3%) Infirmière A (2%) Infirmière B (0, 7%) Infirmière C (2, 3%) Aide soignante (1, 7%) Ouvrière (1, 9%) Technicienne (1, 4%) <u>Fréquence de codage pour le mot « malade » pour le service maternité (15%)</u>
« Citoyen »	<u>Fréquence d'apparition</u> Surveillante (0,7%) Surveillant (1, 8%) Infirmière A (1, 1%) Infirmière B (1,4%) Ouvrière (1, 2%) Technicienne (2, 5%) <u>Fréquence de codage pour le mot « citoyen » pour le service maternité (21, 74%)</u>
« Client » ou « consommateur »	<u>Fréquence d'apparition</u> Surveillante (0,6%) Ouvrière (1, 1%)

Tableau 18 : Analyse terminologique de la notion d'utilisateur du discours du personnel du service maternité

Les notions « *hôpital* », « *institution* », « *établissement* » et « *organisation* » affichent les fréquences suivantes :

Notions clés	Fréquence
« Institution »	<u>Fréquence d'apparition</u> Médecin (1,1%)
« Hôpital »	<u>Fréquence d'apparition</u> Médecin (0,6%) Surveillant (0, 8%) Infirmière D (0,9%) Ouvrière (0, 8%) Aide soignante (1,1%) Technicienne (0, 5%) <u>Fréquence de codage pour le mot « hôpital » pour le service maternité (14, 29%)</u>
« Etablissement » ou « EPS »	<u>Fréquence de codage pour le mot « établissement » pour le service maternité (7, 69%)</u> <u>Fréquence de codage pour le mot « EPS » pour le service maternité (13, 33 %)</u>

Tableau 19 : Analyse terminologique de la notion de l'hôpital du discours du personnel du service maternité

Cette tendance identitaire ne manquera de se répercuter sur les légitimités en jeu, objet de notre étude suivante. A cet égard, et par rapprochement avec le concept d'identité, la légitimité sera scindée en deux composantes : professionnelle et de service, pour reconstituer in fine la légitimité de l'hôpital.

2-2-4 Légitimité professionnelle

2-2-4-1 Légitimité professionnelle pragmatique

La légitimité pragmatique professionnelle dans le service maternité est égale à 23, 08%. La légitimité pragmatique professionnelle revêt plusieurs aspects. Elle est à la fois d'ordre

pragmatique managériale, d'ordre pragmatique d'échange, aussi bien financière, de carrière, de reconnaissance, d'évolution personnelle et d'influence.

A ce titre, la légitimité pragmatique managériale pour le service maternité est égale à 83,33%. Pour la deuxième variante à savoir la légitimité pragmatique d'échange, elle s'élève à 18,18% dont 14,29% pour l'échange de carrière, 20% pour l'échange financière, 17,65% pour l'échange de reconnaissance et 22,22% pour l'échange d'influence.

La technicienne dans le service maternité totalise une légitimité pragmatique professionnelle de l'ordre de 14,29%, pour sa part la surveillante en récolte 50%.

2-2-4-2 Légitimité professionnelle normative

La légitimité professionnelle normative pour le service maternité s'élève à 17,39% et est répartie comme suit entre les différents types de légitimité :

La légitimité professionnelle normative réglementaire récolte 40% de fréquence de codage, à l'image de la légitimité professionnelle normative mimétisme qui en totalise également 40%. La légitimité normative mimétisme s'applique aussi bien dans le cas du champ organisationnel élargi des autres hôpitaux publics (50%), que de celui des normes de l'OMS (33,33%). Enfin, la légitimité professionnelle normative est de nature protocolaire par le respect des procédures et des protocoles thérapeutiques est égale à 11,76%.

La légitimité normative professionnelle de la technicienne dans le service maternité s'élève à 20%. Pour les infirmières, elle s'élève à 16,67% et enfin, pour les surveillants elle équivaut à 50%.

2-2-4-3 Légitimité professionnelle morale

Dans le service maternité la légitimité professionnelle morale représente 25% du taux de codage dont une légitimité professionnelle morale procédurale de l'ordre de 18,18%.

Pour les infirmières du service maternité, la légitimité professionnelle morale s'élève à 25%.

Enfin, pour la légitimité charismatique telle qu'elle se présente pour le service maternité admet deux grandes variantes : une légitimité expertale et une légitimité d'influence perçue.

2-2-4-4 Légitimité professionnelle charismatique

Pour la légitimité charismatique, expertale, elle s'élève à 9,09% de fréquence de codage. Elle est scindée comme suit entre les différentes catégories professionnelles :

Le médecin, chef de service associé à l'administration une légitimité charismatique défavorable dont la fréquence de codage s'élève à 25%. Il attribue à l'autorité de tutelle une légitimité charismatique expertale défavorable de l'ordre de 20%, et ceci au même titre que la direction générale. Pour sa part, l'infirmière, associée à la direction des ressources humaines une légitimité charismatique expertale défavorable équivaut à 12,5%, et à la direction une légitimité charismatique expertale de l'ordre de 20%. Ceci est également le cas pour l'ouvrière.

La légitimité charismatique influence perçue pour le service maternité est égale à 10,71%. Cette légitimité est répartie comme suit entre les différents professionnels de santé dans le service maternité :

L'infirmière et l'ouvrière attribuent à la direction une légitimité charismatique influence perçue défavorable de l'ordre de 20%.

L'ouvrière attribue au supérieur hiérarchique une légitimité charismatique influence perçue défavorable équivalente à 25%.

Le médecin chef de service associé à l'autorité de tutelle une légitimité charismatique influence dont la fréquence de codage s'élève à 14,29%.

La technicienne dans le service maternité associée au représentant des paramédicaux qui siège dans le conseil d'administration une légitimité charismatique d'influence perçue défavorable qui s'élève à 33,33%.

Légitimité cognitive (50%)	Légitimité morale (25%)	Légitimité pragmatique (23,08%)	Légitimité normative (17,39%)	Légitimité charismatique
				Légitimité charismatique influence perçue (10,71%)
				Légitimité charismatique expertale (9,09%)

Figure 13 : Taxonomie de la légitimité professionnelle du service maternité

2-2-5 Légitimité de service

2-2-5-1 Légitimité de service pragmatique

Pour le service maternité, il affiche une légitimité pragmatique égale à 16,67%. Les techniciens associent au service maternité une légitimité pragmatique de l'ordre de 14,29% et ceci contrairement aux infirmières qui lui associent 25% de fréquence de codage.

2-2-5-2 Légitimité de service normative

Pour la légitimité normative du service maternité, elle est égale à 16,67% et est répartie de façon égalitaire entre les médecins, les techniciens et les surveillants, qui recueillent chacun d'eux 33,33% des fréquences de codage. Elle comprend les dimensions suivantes :

La légitimité normative protocolaire par les procédures pour le service maternité est égale à 12,5%. La légitimité normative mimétisme, par rapport aux autres hôpitaux publics, est égale à 25% et la légitimité normative normes OMS égale à 16,67%. Le personnel du service en comparant la situation du service avec d'autres services dans d'autres hôpitaux publics, lui associe une légitimité normative mimétisme de l'ordre de 25% et une légitimité normative réglementaire qui présente 16,67% de fréquence de codage.

2-2-5-3 Légitimité de service morale

La légitimité morale du service maternité s'élève à 21,05% dont une légitimité morale procédurale (42,86), une légitimité morale structurale (7,69%) et une légitimité morale dispositionnelle (33,33%).

La légitimité morale de service maternité est égale à 50% pour les infirmiers et 25% pour les techniciens et les surveillants.

2-2-5-4 Légitimité de service managériale

La légitimité managériale pour le service maternité est égale à 3,57%.

2-2-5-5 Légitimité de service cognitive

Enfin, pour la légitimité cognitive du service maternité, elle est égale à 7,41%.

Légitimité morale (21,05%)	Légitimité normative (16,67%)	Légitimité cognitive (7,41%)	Légitimité managériale (3,57%)
	Légitimité pragmatique (16,67%)		

Figure 14 : Taxonomie de la légitimité du service maternité

Pour les deux niveaux de légitimités étudiées, à savoir la légitimité professionnelle et la légitimité de service, le codage a révélé une prédominance des légitimités morale, pragmatique et normative, ces dernières totalisant les taux de fréquence les plus élevés.

L'hégémonie de la légitimité morale tient même à la qualité du travail hospitalier à dominante sociale et humaine. Aux prises avec cette légitimité morale prééminente, se joue une légitimité pragmatique, les acteurs hospitaliers tout en mettant l'accent sur la qualité humanitaire et humaniste de leur métier, sont à la poursuite d'intérêts individuels (financiers, reconnaissance et estime, carrière, évolution personnelle...). Enfin, la prépondérance de la légitimité normative, se trouve expliquée par les forces normalisatrices qui s'imposent à l'hôpital. Le fonctionnement de l'hôpital et la réalisation des actes de soins sont soumis au respect d'un ensemble de normes, de procédures et de protocoles thérapeutiques et déontologiques.

Par ailleurs, les résultats ressortis de l'analyse ont révélé une institutionnalisation parcellisée de la réforme et de ses mécanismes.

Le personnel du service maternité, à l'exception du médecin, affiche une connaissance minimale de la réforme et de ses mécanismes. Les paramédicaux interrogés présument que le personnel administratif est mieux placé pour expliquer la réforme. Ils pensent que la réforme se rattache à des volets purement administratifs, ce qui pourrait être expliqué par le cloisonnement et l'isolationnisme qui marque les relations entre les services administratifs et les services hospitaliers qui travaillent en silos. En effet, parmi les répondants interrogés dans le service maternité, seul le médecin chef de service a été en mesure d'évoquer le cas du conseil d'administration, les autres déclarant leur méconnaissance totale de cette instance. Le personnel paramédical (en l'occurrence les infirmières, les aides soignantes, les surveillants et les techniciens supérieurs) déclare ne pas avoir connaissance de l'existence du conseil d'administration, de son rôle et de son fonctionnement. Il pense que dans la mesure où cet organe, relève de l'administration, il n'est pas censé la connaître. Le personnel établit une nette distinction entre le service maternité et les autres services administratifs. Le

cloisonnement, trait intrinsèque à l'hôpital, se trouve hérité par la réforme qui pourrait être scindé en « *légitimité hospitalière* » et « *légitimité administrative* ».

Par ailleurs, le personnel interrogé, laisse transparaître dans ses propos, le maintien en place d'une gestion des ressources humaines archaïque qui se rapproche plus d'une gestion du personnel, telle qu'héritée du passé. Les manifestations de la gestion du personnel « *classique* » sont nombreuses telle que l'absence d'un bilan social pour évaluer le personnel existant et estimer les besoins humains réels de chaque service. Plusieurs répondants se sont plaints d'une surcharge du travail qu'ils ont imputé à une répartition défailante du personnel entre les services et ont appelé à la nécessité de son redéploiement sur la base de critères scientifiques. Ils ont fait état également de la défailance du système de sanction, en donnant l'exemple des infirmiers sanctionnés qui sont nommés dans les postes de surveillants généraux. Ce système en privilégiant un raisonnement en « *qualification* » dans une logique de protection plutôt qu'un raisonnement en « *compétence* » dans une logique de mise en fragilité, est également favorable à une gestion des ressources humaines subjectiviste et « *personnifiante* ».

Néanmoins, le défaut d'institutionnalisation de la réforme, qui a trait à certains mécanismes, ne s'applique pas dans le cas des logiciels informatiques de gestion. Au niveau du service maternité, les applications informatiques sont utilisées au niveau du bureau des admissions et de la pharmacie externe, soit en « *front office* », pour gérer les relations administratives directes avec les patients. Les répondants, au guichet, semblent avoir une connaissance aigüe des applications informatiques, dont ils maîtrisent les fonctionnalités, ce qui serait synonyme d'une institutionnalisation effective et totale des applications informatiques « *front office* ».

A l'instar des logiciels informatiques de gestion, la sous-traitance et les APC, semblent faire l'objet d'une institutionnalisation effective et totale auprès du personnel de la maternité. Néanmoins cette institutionnalisation coercitive, parce qu'imposée par le haut, semble entachée dans le cas de la sous-traitance et des APC par quelques vices, qui viennent à l'encontre des considérations morales du personnel paramédical. La sous-traitance, une des facettes de la réforme hospitalière est mal perçue par le personnel paramédical du service maternité. Il estime que les ouvriers embauchés par l'hôpital via les sociétés de sous-traitance et affectés aux tâches de nettoyage, de restauration et de gardiennage sont des « *intrus* » qui ont envenimé le climat social du travail, en interférant dans les relations qui les lie aux patients. Il considère que ces derniers ont porté atteinte à la bonne réputation du service, tout

en dénonçant par la même la faiblesse de leur niveau intellectuel. Il établit une nette distinction entre les ouvriers de la sous-traitance et les ouvriers de l'hôpital. Les APC (les activités privées complémentaires) ont marqué une intrusion du privé dans le domaine public. Celles-ci, en tant qu'une facette de la réforme ont contribué à l'instauration d'une logique privée qui est venue se greffer à l'hôpital tout en provoquant une fragilisation des valeurs humaines. Elles ont favorisé l'instauration d'une nouvelle image de l'hôpital public qui se rapproche d'une clinique privée. Le personnel paramédical pense que les APC ont causé du tort à l'hôpital, dans la mesure où elles ont contribué au renforcement des valeurs pécuniaires et monétaires et à la fragilisation des valeurs morales et humaines, affectant négativement la logique missionnaire de l'hôpital public. Par ailleurs, le personnel soignant accuse les APC d'accentuer le gap qui les sépare du personnel médical. Les légitimités associées aux APC sont principalement des légitimités d'ordre moral et pragmatique managériale.

L'institutionnalisation (et la non institutionnalisation) de la réforme et de ses logiques, tendraient à être expliquée par la variation de leur capital de légitimité d'ordre pragmatique et morale. Ces deux dimensions semblent les plus pesantes pour guider les répondants pour l'appropriation (ou la non appropriation de la réforme et de ses facettes). Les répondants ont tendance à juger de la réforme au regard de ses impacts moraux et pragmatiques. Cette prédominance de la double dimension morale et pragmatique vient en concordance avec l'analyse de la légitimité au double niveau professionnel et de service.

Réforme	<p>Légitimité pragmatique managériale favorable (25%)</p> <p>Légitimité pragmatique managériale défavorable (75%)</p> <p>Légitimité cognitive favorable (16,67%)</p> <p>Légitimité cognitive défavorable (11,76%)</p> <p>Légitimité technique adaptation à l'organisation défavorable (25%)</p> <p>Légitimité technique pure défavorable (12,5%)</p>
Conseil d'administration	Légitimité charismatique influence perçue défavorable (25%)
Applications informatiques	Légitimité pragmatique managériale favorable (25%)

	Légitimité normative prévisibilité favorable (25%) Légitimité normative réglementaire favorable (25%) Légitimité technique pure défavorable (13,5%)
Sous-traitance	Légitimité pragmatique échange reconnaissance favorable (7,69%) Légitimité pragmatique managériale défavorable (23,08%)
APC	Légitimité morale défavorable (25%) Légitimité morale procédurale défavorable (37,5%)

Tableau 20 : Fréquences des légitimités de la réforme et des ses mécanismes par argument de codage favorable et défavorable

Il semblerait que la réforme hospitalière, telle qu'elle a été vécue par le personnel soignant, n'a en rien entamé la substance institutionnelle de l'hôpital. Les arguments en faveur de la rétention institutionnelle et contre l'expansion organisationnelle sont nombreux.

Tout d'abord, l'ensemble des répondants de la sphère paramédicale dans le service maternité, sont unanimes quant à la dimension humaine du travail hospitalier. Ils vouent tous un attachement aux valeurs morales de compassion, d'indulgence et d'empathie, en plaçant le patient au cœur de leurs priorités. Cette tendance commune à l'ensemble des répondants est clairement perceptible dans l'usage des terminologies « *patient* » et « *citoyen* » sans faire allusion à la notion de client. Le personnel médical et paramédical en utilisant exclusivement les notions de malade ou de patient, consacrent une suprématie de la figure de malade ou de patient. Les autres répondants issus d'autres sphères professionnelles, notamment les surveillants et les ouvriers tout en parlant de l'usager en termes de patient et de citoyen, font quelque fois allusion à la figure de client qui est venue épouser les autres. Tout d'abord, chez les surveillants, cette tendance pourrait être expliquée par leur proximité avec l'administration, qui semble avoir affecté quelque peu leurs référents professionnels, à la faveur d'une orientation plus clientéliste. Ensuite, pour les agents qui traitent directement avec les patients et leurs accompagnants, ces derniers sont appelés s'aligner sur une orientation clientéliste, conformément à la démarche client décidée par la direction générale.

3-Mini- étude de cas : service consultations externes (CE)

3-1 Présentation générale du service

Le service des consultations externes est relativement nouveau, il a été créé en 2003. Il comprend un chef de service, un surveillant, 42 infirmiers et auxiliaires et 8 ouvriers.

Les consultations externes ont été établies pour les spécialités suivantes :

Cardiologie	Médecine interne	Anesthésie	Rhumatologie
Carcinologie	Hématologie clinique	Radiothérapie	Chirurgie générale
Ophthalmologie	Pédiatrie	Dermatologie	ORL
Endocrinologie	Gastro-entérologie	Orthopédie-Traumatologie	Psychiatrie
Pneumo-Allergologie		Gynéco-Obstétrique	

Le service des consultations externes assure les activités suivantes :

- accueil et information
- inscription des malades
- gestion des rendez-vous
- gestion et organisation du personnel, des locaux et du matériel des différentes consultations spécialisées
- gestion de la salle des prélèvements pour examen biologique
- gestion de l'archive : classification, archivage et préparation des dossiers et fiches la veille de la date présumée de rendez-vous des différentes consultations.
- assurer la prise en charge ambulatoire des malades des différentes consultations spécialisées
- assurer les soins aux différents malades (soins infirmiers, plâtre, prélèvement sanguin...)

Les consultations externes, à travers les soins ambulatoires constituent une part importante de l'activité des hôpitaux universitaires. Elles ont accueilli durant l'année 2010, 181.400 malades.

3-2 Principaux résultats

Le nombre de répondants pour le service de consultations externes s'élève à 11. Ils sont répartis comme suit :

N°	Catégorie professionnelle	Sexe	Age	Ancienneté	Expérience professionnelle	Type de CE
1	Infirmière A	F	30-49 ans	20-30 ans	20-30 ans	Salle de prélèvement des analyses
2	Infirmière B	F	30-49 ans	0-10 ans	5-10 ans	Ophthalmologie
3	Infirmière C	F	50-60 ans	10-20 ans	20-30 ans	ORL
4	Infirmière D	F	30-49 ans	20-30 ans	20-30 ans	Carcinologie
5	Infirmier E	H	30-49 ans	0-10 ans	5-10 ans	Chirurgie externe
6	Infirmière F	F	20-29 ans	0-10 ans	0-5 ans	Chirurgie externe
7	Infirmier G	H	50-60 ans	20-30 ans	20-30 ans	Endocrinologie
8	Infirmière H	F	30-49 ans	0-10 ans	5-10 ans	Carcinologie
9	Infirmière I	F	20-29 ans	0-10 ans	0-5 ans	Salle de prélèvement des analyses
10	Ouvrière A	F	30-49 ans	0-10 ans	0-5 ans	Bureau des entrées
11	Ouvrière B	F	50-60 ans	20-30 ans	20-30 ans	Bureau des entrées

Tableau 21 : Répartition des répondants dans le service consultations externes

Le point commun entre les différents interviewés dans le service des consultations externes, est leur appartenance majoritaire au corps infirmier, à part deux répondants qui travaillent en tant qu'ouvrier dans le bureau des entrées. Néanmoins, cet échantillon présente une variabilité interne d'ordre temporelle, en termes d'ancienneté et d'âge, étant à la fois constitué de personnel ancien et nouveau, vieux et jeune. Par ailleurs, à cette diversité temporelle, se joint une diversité spatiale, les consultations externes regroupant plusieurs spécialités. Il faut souligner également l'interdisciplinarité du service de CE qui compte une diversité de

spécialités. Parmi ces spécialités, nous avons eu accès aux consultations externes de carcinologie, d'ophtalmologie, d'endocrinologie et de chirurgie externe.

3-2-1 Degré de connaissance de la réforme et de ses mécanismes

Le degré de connaissance de la réforme pour le service CE s'élève à 20,93%.

Le degré de connaissance du conseil d'administration tel qu'il se présente pour le service CE s'élève à 6,06%.

Enfin, le degré de connaissance des applications informatiques pour le service des CE est de l'ordre de 12,5%.

Les répondants appartenant au service des CE, dont la majorité sont des infirmiers et des ouvriers, affichent une faible connaissance de la réforme dont la fréquence de codage s'élève à 20,93%. Il y a parmi les répondants, ceux qui déclarent explicitement leur méconnaissance totale, et il y a d'autres qui en parlent tout en ne sachant pas de quoi il s'agit. Deux principales raisons sont invoquées par les répondants pour justifier leur ignorance de la réforme, tout d'abord son caractère administratif et ensuite l'isolationnisme qui marque les relations entre les différents services.

Par ailleurs, l'ancienneté dans l'hôpital et dans le service semble ne pas avoir d'impact direct sur le degré de connaissance de la réforme. En effet, aussi bien le personnel ancien, que le personnel nouveau, affichent des faibles degrés de connaissance de la réforme. Cette tendance propre à la réforme est également valable pour le conseil d'administration, hormis pour les logiciels informatiques. La connaissance de ces derniers est limitée aux frontières de bureau des entrées, où ils sont utilisés par les ouvrières pour la gestion des rendez-vous et des encaissements.

3-2-2 Institutionnalisation de la réforme et de ses mécanismes

Le faible degré de connaissance de la réforme et de ses mécanismes est le signe précurseur de leur faible institutionnalisation. Le degré d'institutionnalisation de la réforme sera estimé en termes d'étendue (totale vs partielle vs nulle) et de type (effective vs fictive).

La réforme dans le service CE affiche une étendue d'institutionnalisation nulle de l'ordre de 20%, et partielle de l'ordre de 16,67%.

L'étendue d'institutionnalisation des applications informatiques pour le service de CE s'élève à 7,14%. Les logiciels informatiques dans le service des CE font l'objet d'une institutionnalisation totale dont la fréquence de codage s'élève à 10%. Le faible taux de codage de l'étendue d'institutionnalisation des logiciels informatique tiendrait au fait que leur utilisation s'arrête au bureau des entrées des consultations externes.

Enfin, pour le conseil d'administration, il présente une étendue d'institutionnalisation de l'ordre de 6,67%. Le conseil d'administration auprès du personnel des CE fait l'objet d'une institutionnalisation nulle, avec une fréquence de codage de 10,53%.

En termes de type d'institutionnalisation, la réforme semble faire l'objet d'une institutionnalisation fictive à hauteur de 27,27%.

En ce qui concerne, le conseil d'administration, le type d'institutionnalisation est équivalent à 7,14% de fréquence de codage. Ce type d'institutionnalisation est de l'ordre d'une institutionnalisation fictive.

Enfin, pour les logiciels informatiques, ils font l'objet d'une institutionnalisation de l'ordre de 8,33%. Cette institutionnalisation est principalement de type effectif (10%).

Fréquence de codage	Réforme	Conseil d'administration	Applications informatiques
Degré de connaissance	20,93%	6,06%	12,5%
Etendue d'institutionnalisation	18,18%	6,67%	7,14%
*nulle		10,53%	
*partielle	20%		
*totale	16,67%		10%
Type d'institutionnalisation	20,45%	7,14%	8,33%
*fictive	7,14%		
*effective		7,14%	10%

Tableau 22: Récapitulatif des fréquences de codage par degré de connaissance, étendue et type d'institutionnalisation de la réforme et de ses mécanismes pour le service CE

3-2-3 Légitimité de la réforme et de ses mécanismes

La variabilité de l'institutionnalisation de la réforme et de ses mécanismes pourrait être expliquée par une variation de leurs légitimités. En effet, et dans la mesure où la réforme pour être institutionnalisée demande au préalable d'être légitimée, nous l'avons soumise à une analyse approfondie et individualisée des légitimités en jeu.

3-2-3-1 Légitimité de la réforme

A cet effet, en termes de légitimité cognitive, la réforme présente une fréquence de codage équivalent à 8,33%.

Par ailleurs, la réforme récolte 11,11% de légitimité conséquentielle.

La légitimité morale de la réforme pour le service CE récolte 20% de fréquence de codage. La légitimité morale est mesurée en termes conséquentielle (25%) et principalement en termes de conséquences défavorables sur la qualité des relations humaines (33,33%).

Enfin, la légitimité pragmatique de la réforme pour le service CE est de l'ordre de 5,88% de fréquence de codage.

Légitimité pragmatique morale (20%)	Légitimité cognitive (18,18%)	Légitimité conséquentielle (11,11%)	Légitimité pragmatique (5,88%)
-------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------

Figure 15 : Taxonomie de la légitimité de la réforme pour le service CE

Les répondants dans le service CE, développent une perception défavorable à l'égard de la réforme, à un triple niveau pragmatique, morale et structurale. Le personnel dans le service de CE, composé en majorité d'infirmier, pense que la réforme n'a pas été bénéfique à l'hôpital, menant à sa stagnation voire sa détérioration pour certains d'entre eux. Il explique que la réforme n'a pas contribué à l'amélioration des conditions du personnel, bien plus que celle des malades, tout en bénéficiant aux médecins. Il dénonce, par ailleurs, les conséquences néfastes que la réforme hospitalière a eues sur les relations entre les patients et le personnel hospitalier. Il explique comment la réforme a provoqué un détournement de l'attention du personnel paramédical des aspects humains pour les porter vers les aspects administratifs, les patients devenus de simples numéros dans un dossier. Enfin, il démontre l'impact structural de la réforme qui a entraîné une dissémination du travail administratif et un empilement des niveaux hiérarchiques. Ces différentes carences mises en avant par le personnel dans le service de CE, permettraient d'expliquer la faible institutionnalisation de la réforme.

3-2-3-2 Légitimité du conseil d'administration

Pour le conseil d'administration, les répondants lui associent une légitimité charismatique de l'ordre de 11,11% de fréquence de codage.

En termes de légitimité cognitive, le conseil d'administration récolte 7,69% d'argument de codage.

Légitimité charismatique (11,11%)	Légitimité cognitive (7,69%)
-----------------------------------	------------------------------

Figure 16 : Taxonomie de la légitimité du conseil d'administration pour le service CE

Les faibles taux de codage de légitimité du conseil d'administration, confortent les premiers résultats sur sa faible institutionnalisation. La majorité des répondants déclarent ne pas avoir connaissance du conseil d'administration, ce qui explique le faible taux de codage pour la légitimité cognitive.

3-2-3-3 Légitimité de la sous-traitance

Pour la sous-traitance, elle totalise une légitimité cognitive égale à 11,11%.

Légitimité cognitive (11, 11%)

Figure 17 : Taxonomie de la légitimité de la sous-traitance pour le service CE

3-2-3-4 Légitimité des applications informatiques

Pour les applications informatiques, elles affichent une légitimité cognitive équivalente à 7,69% de fréquence ce codage.

La légitimité pragmatique des applications informatiques pour le service CE est égale à 11,11%. Cette légitimité relève de l'ordre d'une légitimité pragmatique managériale (11,11%).

Pour la légitimité technique, elle est de l'ordre de 11,11%. Il est question d'une légitimité technique pure (11,11%).

Légitimité technique (11,11%)	Légitimité pragmatique (11,11%)	Légitimité cognitive (7,69%)
-------------------------------	---------------------------------	------------------------------

Figure 18 : Taxonomie de la légitimité des applications informatiques pour le service CE

Le personnel principalement affecté dans le bureau des entrées, affiche une bonne compréhension du logiciel informatique et de son usage. Néanmoins, tout en mettant l'accent sur les vertus managériales des applications informatiques, il ne manque pas de souligner certaines anomalies techniques.

3-2-3-5 Légitimité des APC

La légitimité cognitive des APC est égale à 10%.

Pour la légitimité morale des APC, elle est égale à 7,69% de fréquence de codage, dont 8,33% d'argument de codage défavorable ainsi qu'une légitimité morale conséquentielle défavorable (8,33%).

Enfin, pour la légitimité technique des APC, elle s'élève à 33,33% de fréquence de codage.

Légitimité technique (33,33%)	Légitimité morale (7,69%)	Légitimité cognitive (10%)
-------------------------------	---------------------------	----------------------------

Figure 19 : Taxonomie de la légitimité des APC pour le service CE

Les APC, sont mal perçues par les paramédicaux, qui les accusent d'être à l'origine de la détérioration de la qualité des soins à l'hôpital, ainsi que de l'atteinte des valeurs morales et éthiques du travail hospitalier. Les APC, sont une manifestation de la déshumanisation qui guette l'hôpital public. Elles ont contribué à fragiliser et à affaiblir le statut de l'hôpital-institution qui tend de plus en plus à absorber les valeurs de la sphère privée centrée sur la réussite commerciale. Le personnel semble changer ses référents personnels et professionnels primaires pour s'inscrire dans une perspective de l'avoir où les logiques d'opportunisme et de motivation semblent guider la réalisation du travail. Les APC ont provoqué un éloignement des médecins seniors des services, laissés aux mains des médecins résidents et internes. Ces

derniers sont désintéressés des services, ils sont plus occupés à asseoir leur prestige et à maximiser leurs intérêts personnels aux dépens de l'intérêt commun.

La même tendance de la faible institutionnalisation de la réforme et de ses mécanismes se trouve également concrétisée dans le vocabulaire utilisé par les différents répondants. L'analyse lexicographique des discours du personnel dans le service CE annonce les prémices d'une rétention institutionnelle et d'une résilience organisationnelle. La récurrence des mots pour parler de l'utilisateur révèle le degré d'expansion organisationnelle ou au contraire de rétention institutionnelle. L'usage fréquent et indifférent des notions « *patient* » ou « *malade* » peuvent être le signe d'une rétention institutionnelle. En effet, la primauté de la figure du malade est le signe révélateur fort d'un attachement à l'identité institutionnelle de l'hôpital. Ces deux notions sont particulièrement utilisées par les médicaux et les paramédicaux. Par contre l'usage de la notion de « *citoyen* » est particulièrement fréquente chez les administratifs et d'autres techniciens en contact direct avec les malades et leurs parents. En ce qui concerne l'usage de la notion « *client* », celle-ci marque l'orientation de l'hôpital vers le « *clientélisme* » et donc révèle une identité organisationnelle de l'hôpital plus prononcée. Au même titre, les dénominations de l'hôpital peuvent constituer des signaux révélateurs de son identité. L'usage fréquent de la notion hôpital marque un attachement à son identité originelle d'institution, alors que l'usage fréquent de la notion d'EPS révèle le degré de l'expansion organisationnelle. Enfin, l'usage fréquent de la notion de CHU révèle un attachement à la valeur scientifique et universitaire de l'hôpital.

Pour la terminologie de l'utilisateur, nous relevons une suprématie des figures de malade et de citoyen.

Notions clés	Fréquence
« Patient » ou « malade »	<u>Fréquence d'apparition</u>
	Infirmière B (2, 1%)
	Infirmier G (2%)
	Infirmière F (1,2%)
	Infirmière H (1%)
	Infirmière I (1%)
	Infirmière A (1%)
	Infirmière C (1%)

	Infirmière D (0,9%) Ouvrière (1,8%) Fréquence de codage (18,33%)
« Citoyen »	<u>Fréquence d'apparition</u> Infirmier G (1,2%) Fréquence de codage (8,7%)
« Client » ou « Consommateur »	<u>Fréquence d'apparition</u> Infirmière B (0,8%)

Tableau 23 : Analyse terminologique de la notion d'utilisateur pour le personnel du service CE

Par ailleurs, nous constatons que la notion de l'« hôpital » récolte le taux de fréquence de codage le plus élevé comparé aux autres notions d'« établissement » et d'« EPS ».

Notions clés	Fréquence
« Hôpital »	Fréquence d'apparition Ouvrière J (3%) Ouvrière K (1,2%) Infirmière C (1,3%) Fréquence de codage (17,46%)
« EPS »	Fréquence de codage (13,33%)
« Etablissement »	Fréquence de codage (7,69%)

Tableau 24 : Analyse terminologique de la notion d'hôpital pour le personnel du service CE

Les répondants dans le service des CE semblent plus imprégnés par l'identité institutionnelle de l'hôpital. Ils vouent un attachement aux valeurs morales et éthiques du travail, tout en faisant preuve d'abnégation, de dévouement, d'empathie et de bienveillance.

Répondant	Exemples de verbatim
Infirmière B	« Je suis passionnée par mon travail, sinon comment je vais pouvoir me lever le matin pour venir travailler...C'est vrai qu'une grande partie de notre travail concerne la paperasse et les dossiers des malades, mais pas uniquement, parce qu'on s'occupe également du côté

	psychologique du patient. C'est nous qui sommes les premiers à accueillir le malade. Par exemple, lorsqu'il y'a des malades qui montrent des signes d'agacement, nous sortons pour parler avec eux, pour les apaiser et les calmer, nous essayons de résoudre leurs problèmes. Je pense que de s'occuper de la santé psychologique du malade, c'est la moitié du travail, parce que le malade, il rentre pour voir le médecin, tout à fait prêt sur le plan administratif et psychologique, c'est-à-dire en totale compréhension de sa situation... »
Infirmière B	« Dans la clinique, c'est le côté matériel, qui l'emporte. Le privé il traite le patient comme un client, alors que pour nous ici à l'hôpital, le patient garde sa première qualité de patient, c'est avant tout un être humain. En travaillant dans le service de réanimation, j'ai appris à aimer les gens. Lorsqu'on perd un malade, c'est comme si c'était un membre de notre famille est décédé... »
Infirmière D	« Lorsque je rentre à la consultation, mes problèmes personnels je les laisse en dehors et j'essaie d'être calme et de garder mon sang froid. Ceci est d'autant plus pour cette consultation de carcinologie. Les malades ici sont dans une situation délicate, ils sont très sensibles et vulnérables moralement et émotionnellement. Ils peuvent facilement se mettre à pleurer, même leurs accompagnants peuvent se montrer parfois agressifs. C'est pour cela que j'essaie toujours de contenir mes nerfs, de prendre en compte leur état psychologique. Aussi sérieux mes problèmes personnels, ils ne sont pas de la même importance que ceux vécus par les malades... »
Infirmier E	« Les malades suivent toujours dans le service sur rendez-vous. Le fait que le malade vienne deux, trois fois, ça y est on les connaît, les relations deviennent d'ordre familiale. Les malades, en ce qu'ils ne sont pas des passagers, le fait qu'ils viennent et reviennent une autre fois, surtout pour ceux qui souffrent de pied diabétique et qui viennent à la consultation pour une longue période, une relation familiale s'établit avec eux. La relation avec le malade est primordiale et le côté psychique revêt une importance cruciale. Le malade veut que quelqu'un parle avec lui, s'occupe de lui... »
Infirmière F	« On essaie toujours de satisfaire le malade, s'il a un rendez-vous un peu éloigné, on essaie de le lui rapprocher, s'il a un rendez-vous pour une opération chirurgicale, on essaie également de l'avancer et de faciliter les choses pour lui... »

Tableau 25 : Exemples de verbatim de la dimension morale du travail pour le personnel du service CE

Les infirmiers affectés dans les CE vivent mal leur éloignement forcé des soins infirmiers techniques, ainsi que le décalage entre leur formation initiale et leur travail quotidien. Ce changement de service pourrait être vécu comme une dévalorisation, étant affectés à des tâches moins valorisantes, ne relevant pas de leur domaine de formation professionnelle. La transition du service hospitalier au service de CE, arrache les professionnels de santé à leur première vocation soignante. Elle amène une fragilisation identitaire en ce qu'elle les expose aux impératifs du travail administratif de gestion de paperasse. Ceci démontre également le poids du travail administratif et de son caractère structurant et conditionnant. Les infirmiers dans les CE, affichent de diverses manières, leur nostalgie des soins infirmiers. Ils insistent sur leur appartenance infirmière et mettent en exergue l'expertise et la compétence du corps soignant. Ils déclarent apprendre aux médecins internes et résidents la réalisation de certains

actes techniques de soins. Par ailleurs, pour tenter de se protéger contre cette crispation identitaire, ils cherchent à alléger le poids du travail administratif, tout en valorisant le travail d'assistance psychologique. Cet engagement moral est particulièrement enraciné chez le personnel de la consultation carcinologie qui présente une charge mentale et émotionnelle lourde, pouvant à terme déstabiliser la santé mentale du personnel.

Les répondants expliquent que bien que le changement pour le service des CE soit un choix délibéré, ils y ont été obligés pour échapper aux mauvaises conditions de travail dans les différents services. Ils déclarent sacrifier leurs postes dans les services, aux prix d'une plus grande flexibilité des horaires de travail et d'un allègement de la charge du travail.

Répondant	Exemples de verbatim
Infirmière D	« Le fait de travailler à la consultation externe, éloigne beaucoup des soins infirmiers... »
Infirmière D	« C'est la pression exercée sur nous qui nous oblige à fuir le service à la recherche d'un service plus confortable, comme c'est le cas pour la consultation, où on travaille uniquement le matin. C'est vrai que la consultation présente une charge de travail importante, mais au moins, les horaires de travail sont plus flexibles, je n'ai pas de gardes à assurer. C'est la même chose pour la paperasse, c'est plus aisé que les soins...on cherche à fuir les services de toutes les manières possibles...si on me donnait le choix de rester dans le service, tout en travaillant dans de meilleures conditions et un effectif renforcé, j'aurais assuré mes obligations et j'aurais donné un rendement plus bénéfique au service, ne se contentant pas du stylo et du papier, parce que n'importe quel ouvrier d'écriture, il peut faire le travail et pas nécessairement un infirmier, il n'exige pas d'infirmier, surtout que cette tâche s'apprend très vite et qu'elle n'exige pas beaucoup de connaissances, elle est assimilée à un travail de secrétariat. A part la consultation chirurgie générale qui demande parfois des changements de pansements ou bien encore la consultation orthopédie pour l'ablation de plâtre, mais pour le reste des consultations, elles n'exigent pas de soins, et se limite à la paperasse ... »
Infirmière H	« Le fait de travailler à la consultation m'a beaucoup tenue éloignée des soins infirmiers. Depuis que j'ai quitté le service de réa-pédiatrie, et après cette période passée à la consultation, j'ai oublié beaucoup de choses relatives aux soins que j'ai apprises. J'arrive à me rappeler de certaines choses, telles que par exemple faire une branule ou une piqure, mais pour d'autres choses, tel que prescrire un médicament dans le cas de bébé, j'ai oublié. En travaillant à la consultation, je me suis focalisée sur la paperasse bien plus que sur les soins... »

Tableau 26 : Exemples de verbatim de motivation du choix du service CE

Nous procéderons dans ce qui suit à une analyse de la légitimité de l'hôpital au double niveau professionnel et de service. Cette analyse est de nature à révéler les référents professionnels et de service auxquels, le personnel se réfère pour se prononcer sur la légitimité de l'hôpital.

3-2-4 Légitimité professionnelle

Tout d'abord, au niveau professionnel, la légitimité normative s'élève à 13,04% de fréquence de codage. Cette légitimité présente plusieurs déclinaisons d'ordre mimétique et protocolaire.

3-2-4-1 Légitimité professionnelle normative

La légitimité normative professionnelle de mimétisme pour le service CE, est de l'ordre de 40%. Le mimétisme concerne à la fois le champ organisationnel élargi de l'hôpital public avec les autres hôpitaux et celui des normes de l'OMS. La première forme de mimétisme récolte de façon égalitaire 50% de fréquence de codage pour les arguments favorables et 50% de fréquence de codage pour les arguments défavorable. La deuxième forme de mimétisme propre aux normes de l'OMS totalise 33,33% de fréquence. La légitimité normative professionnelle protocolaire par les procédures telle qu'elle se présente pour le service de CE affiche une fréquence de codage de 5,88%.

C'est le corps professionnel des infirmiers qui sont les seuls concerné par la légitimité professionnelle normative, exclusivement évoquée avec un taux de codage de 50%. Il semblerait que le travail infirmier recèle une grande part de normalisation, étant régi par une référence protocolaire. Les normes sont à la fois puisées dans l'environnement large de l'organisation hospitalière et dans les procédures et autres protocoles partagés par un même corps professionnel.

3-2-4-2 Légitimité professionnelle morale

La légitimité professionnelle morale pour le service de CE récolte 8,33% de fréquence de codage. C'est le corps professionnel des infirmiers qui sont les seuls concernés par cette légitimité.

Il ressort des résultats de codage de la légitimité morale que les individus qui travaillent dans le service CE, éprouvent un attachement à la dimension humaine du travail. Ceci est valable aussi bien pour les hommes que les femmes. L'ascendance professionnelle et le sexe semblent être des variables non discriminantes de la légitimité morale. Cette tendance est à l'opposée de celle qui se dégage pour l'ancienneté, puisque il existe une nette différence de fréquence de codage entre le personnel ancien et le personnel relativement nouveau dans le service. Le personnel nouvellement recruté au sein de l'hôpital semble plus imprégné par les valeurs morales que le personnel ancien. Cette importance accordée aux dimensions morales et

éthiques par les plus novices pourrait trouver explication dans la volonté de ces derniers à se faire une place au sein du service et à s'aligner sur le référent dominant du service dans l'espérance d'asseoir une bonne réputation.

Le personnel jeune et nouveau à l'hôpital a eu des difficultés pour répondre aux diverses questions de l'entretien. Cette incertitude ressentie dans les propos des répondants, pourrait traduire une faible identité de l'hôpital, et du service. Les nouveaux recrutés sont encore en manque de repères. Ils cherchent à s'aligner sur l'identité de l'hôpital, en adhérant aux valeurs dominantes. L'identité de l'hôpital semble exercer un pouvoir conditionnant et structurant sur le personnel nouveau. Cette volonté d'identification se trouve présente même chez le personnel ayant côtoyé pour de nombreuses années la sphère hospitalière privée. Plusieurs arguments sont avancés pour défendre leur nouveau statut public. Ils établissent une nette distinction entre l'hôpital public et la clinique privée, considérant que le premier présente une plus grande richesse pathologique et offre un environnement plus propice à l'interaction entre les médecins et les paramédicaux. Ils affichent un attachement total aux valeurs morales (obstination, vocation, perspective de l'être, implication généralisée et totale, compassion, bienveillance,...) n'évoquant d'aucune façon des motivations financières. Toutefois, cette volonté d'ancrage institutionnel pourrait cacher d'autres intentions dirigées vers les intérêts individuels de stabilité assurés par l'appartenance publique. En privilégiant la perspective de l'être, les répondants dans le service de CE semblent s'inscrire dans une visée institutionnelle de l'hôpital.

3-2-4-3 Légitimité professionnelle pragmatique

En ce qui concerne la légitimité pragmatique d'échange, elle se décline sous différentes formes. Pour le volet financier, les professionnels de santé qui évoluent au sein du service CE récoltent 40% de fréquence de codage. En termes d'évolution personnelle, ils sont satisfaits de leur situation à hauteur de 16,67% de fréquence de codage. Par contre, en ce qui a trait à leur besoin de reconnaissance, ils sont insatisfaits à hauteur de 33,33%. Enfin, pour la stabilité de l'emploi, ils lui accordent une légitimité pragmatique d'échange stabilité favorable de l'ordre de 50%.

Le personnel, dont l'ancienneté au sein de l'hôpital et du service remonte à 20 ans et plus, se montre insatisfait de son salaire et de sa situation légale. Il appelle à une revalorisation du salaire et une révision du droit de travail qui régit le personnel hospitalier, et qui ne devrait plus être soumis à la loi de la fonction publique. Il propose la promulgation d'une nouvelle

réglementation du travail qui reconnaît le statut propre au personnel hospitalier de la santé publique. Pour le personnel jeune, dont l'âge varie entre 30 et 49 ans et qui vient tout juste d'intégrer le service, il est satisfait de la stabilité d'emploi offerte par le secteur public. Il ressort donc que le personnel vétérinaire de l'hôpital affiche un attachement à la maximisation de ses intérêts individuels et financiers. Il jouit d'une stabilité professionnelle assurée par leur appartenance publique, qui les met à l'abri de l'incertitude propre au privé et leur accorde une certaine immunité pour pouvoir exiger des augmentations de salaires et exprimer des revendications sociales.

3-2-4-4 Légitimité professionnelle charismatique

Enfin, pour la légitimité charismatique, elle présente deux grandes variantes : une légitimité charismatique expertale et une légitimité charismatique d'influence perçue. Chacune de ces deux catégories, se trouve également scindée en plusieurs sous-catégories.

La légitimité charismatique d'influence perçue telle qu'elle se présente pour le service CE s'élève à 10,71% de fréquence de codage.

Les infirmiers, associent au syndicat une légitimité charismatique d'influence perçue de l'ordre de 25%. Ils déclarent leur entière satisfaction du rôle joué par le syndicat pour défendre le corps des infirmiers. Ils ne manquent pas également de mettre en avant l'influence favorable exercée par les médecins dans les services qui se montrent bienveillants avec les malades.

Pour le chef de service, ils pensent qu'il exerce une influence défavorable sur le service (14,29%). Ils se plaignent de la mobilité à laquelle, il les contraint.

Ils mettent l'accent sur la défaillance dans la répartition et l'affectation des tâches entre les différents services de l'hôpital. Ils précisent que ce problème ne se pose pas uniquement dans le service de CE, mais qu'il est commun à l'ensemble des services hospitaliers. Ils imputent, cette inadéquation aux responsables hiérarchiques (25%) et à la direction (10%) qui se basent pour l'affectation des tâches sur des critères arbitraires.

La légitimité charismatique expertale pour le service CE s'élève à 18,18% de fréquence de codage.

Les infirmiers mettent l'accent sur la légitimité charismatique expertale des infirmiers (50%). Ils louent la compétence et l'expertise technique des infirmiers, et qui sont de ce fait bien

placés pour apprendre aux médecins résidents et internes l'exécution de certains actes. Cette insistance sur la qualité technique des infirmiers pourrait être expliquée par la crise identitaire, à laquelle ils sont confrontés. En effet, le fait de travailler au sein du service de consultations externes, les a contraint à s'éloigner des soins infirmiers pour se consacrer à des tâches à connotation administrative.

Le conseil d'administration et la direction et à un niveau plus général l'autorité de tutelle se trouvent concernés par les critiques.

Les infirmiers, remettent en cause l'expertise du conseil d'administration pour la résolution des problèmes récurrents de l'hôpital (50%). Ils soulèvent l'existence d'un décalage entre le temps de la parole et le passage à l'acte, les décisions prises dans le conseil d'administration tardent à se concrétiser sur le terrain.

Par ailleurs, ils mettent en doute l'expertise de la direction pour gérer les affaires de l'hôpital (33,33%). Ils identifient l'existence de défaillance gestionnaire expertale pour plusieurs domaines de l'hôpital. Le premier domaine concerne le réaménagement du service de CE et la rénovation du plateau technique qui tarde à se réaliser, malgré les demandes incessantes du personnel. Le deuxième domaine concerne la gestion des ressources humaines qui semble présenter de nombreuses défaillances (37,5%). Tout d'abord, le retard accusé par la direction des ressources humaines pour le rajeunissement du personnel hospitalier via la mise en place d'une procédure de recrutement. Ensuite la révision du système de nomination et d'évaluation du personnel, qui ne devraient plus reposer sur des critères subjectifs et arbitraires par l'utilisation de méthodes scientifiques plus justes et objectives.

Les critiques des infirmiers, sont également formulées à l'égard de l'autorité de tutelle (20%). Ils considèrent qu'elle n'a pas procédé à des études statistiques prévisionnelles pour estimer l'augmentation du nombre de patient et ainsi procéder aux changements nécessaires en temps opportun pour renforcer la capacité d'absorption de l'hôpital. Les efforts du ministère de la santé publique pour accompagner la réforme hospitalière se sont limités aux premières années.

Légitimité pragmatique échange	Légitimité normative (13,04%)	Légitimité charismatique	Légitimité morale (8,33%)
Légitimité pragmatique échange financière défavorable (40%)	Légitimité normative mimétisme (40%)	Légitimité charismatique influence perçue (10,71%)	Légitimité morale procédurale (9,09%)

<p>Légitimité pragmatique échange évolution personnelle favorable (16,67%)</p> <p>Légitimité pragmatique échange reconnaissance défavorable (33,33%)</p> <p>Légitimité pragmatique échange stabilité emploi favorable (50%)</p>	<p>Légitimité normative par les procédures (5,88%)</p>	<p>Légitimité charismatique expertale (18,18%)</p>	
---	--	--	--

Figure 20 : Taxonomie de la légitimité professionnelle pour le service CE

La réalisation du travail infirmier dans le service CE, est principalement motivée par des dimensions normative et pragmatique. Les légitimités normative et pragmatique totalisent les fréquences de codage les plus élevés.

3-2-5 Légitimité de service

A un autre niveau d'analyse, celui du service, nous avons identifié les typologies de légitimité suivantes :

3-2-5-1 Légitimité de service technique

Tout d'abord, la légitimité technique pour le service de CE s'élève à 8% de fréquence de codage.

La légitimité pragmatique pour le service de CE présente un taux de codage de l'ordre de 11,11%.

3-2-5-2 Légitimité de service normative

La légitimité normative pour le service de CE est de l'ordre de 11,11% de fréquence de codage. Cette légitimité admet plusieurs variantes principalement mimétique et réglementaire : une légitimité normative mimétisme (12,5%), une légitimité normative mimétisme champ organisationnel élargi des normes OMS (16,67%), et une légitimité normative réglementaire (16,67%).

3-2-5-3 Légitimité de service morale

Le service de CE présente une légitimité morale d'un taux de codage égal à 15,79%. La légitimité morale de service, a été évoquée par les infirmiers (50%).

3-2-5-4 Légitimité de service managériale

La légitimité managériale pour le service de CE totalise 14,29% de fréquence de codage. Les répondants, dans ce cas les infirmières, font état de la mauvaise organisation interne du service en termes de disponibilité du matériel, d'affectation des tâches et de répartition du personnel entre les différents services.

3-2-5-5 Légitimité de service cognitive

Enfin, la légitimité cognitive telle qu'elle se présente pour le service de CE totalise 11,11% de taux de codage.

Légitimité morale (15,79%)	Légitimité managériale (14,29%)	Légitimité normative (11,11%)	Légitimité pragmatique (11,11%)	Légitimité cognitive (11,11%)	Légitimité technique (8%)
----------------------------	---------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	---------------------------

Figure 21 : Taxonomie des légitimités du service CE

Parmi, les différentes légitimités de service, ce sont les légitimités morale, pragmatique, managériale et normative qui récoltent les taux de codage les plus élevés. Les infirmiers dans leur manière de légitimer le service, vivent toujours une dualité entre leurs vocations moralistes et leurs aspirations pragmatiques et individualistes. Les aspects normatifs et managériaux semblent également occuper une place prépondérante pour légitimer le service, et ceci contrairement aux autres aspects techniques. Ceci pourrait être expliqué par la qualité même de l'activité dans les consultations externes qui sont peu exigeantes en termes de plateau technique, mais plus énergivores en hommes. Les CE en raison de l'intensité de leur activité, et de l'« hémorragie » des malades qu'ils subissent nécessitent un renfort humain important. C'est pour cette raison principalement que la répartition du personnel entre les différents services et l'affectation des tâches reviennent fréquemment dans les discours des répondants. Cette défaillance est soumise à une double lecture managériale et normative. Les répondants se plaignent de la gestion défaillante du personnel dans le service et qui viendrait à

l'encontre des normes prévues par l'OMS, en ce qui concerne le nombre d'infirmier par patient.

A l'interprétation des résultats, il s'est avéré que le personnel ancien et nouveau, jeune et vieux a en commun une faible connaissance de la réforme et de ses facettes. Dans le cas du personnel néophyte, leur méconnaissance de la réforme est totale, laissant augurer le scénario d'une institutionnalisation à priori, la réforme faisant partie intégrante de l'histoire révolue. Celle-ci relèverait d'un programme gouvernemental limité par un laps de temps prédéfini. Elle serait perçue comme un programme étatique imposé par le gouvernement et donc rattaché à une période de temps bien fixe (caractère désuet de la réforme). En effet, certains répondants expliquent que la réforme n'a eu effet, que durant la première période, sans atteindre la phase finale de concrétisation. Il semblerait que cette dernière soit de nature superficielle, n'ayant apporté dans son sillage aucun changement effectif, annonçant les prémices d'une hypocrisie organisationnelle, ses conséquences n'ont été qu'immédiates. Par ailleurs, la réforme semble avoir échoué à anticiper les évolutions futures de la cartographie sanitaire. Elle souffrirait donc d'une carence stratégique, en raison de l'absence d'une gestion prévisionnelle. Elle n'a pas été en mesure d'estimer l'augmentation exponentielle du nombre de patient, en proposant des remèdes à court terme.

Cette même tendance d'institutionnalisation de la réforme qui se dégage des propos des répondants novices est la même pour celle du personnel vétéran. Il affiche à son tour, une faible connaissance de la réforme et de ses dispositifs. A ses yeux, la notion de réforme est dénuée de tout sens, c'est la notion d'EPS qui revient couramment dans son discours. En effet, à la simple évocation de la réforme, il s'en trouve étonné, mais une fois que la notion d'EPS est mentionnée, il est plus enclin à parler. Ce décalage sémantique de la réforme appuie l'hypothèse d'une institutionnalisation symbolique de la réforme hospitalière. Celle-ci semble se limiter à un changement de statut juridique, sans visée pratique. Pour justifier, cette inaptitude, il se base sur son caractère administratif et sur l'appartenance aux services médicaux. Le degré de connaissance de la réforme dépend du degré de proximité avec l'administration et la direction. Le cloisonnement et la longueur de la distance hiérarchique sont à l'origine du manque d'institutionnalisation de la réforme. La proximité du personnel médical et paramédical avec l'administration favorise une meilleure connaissance de la réforme et influence positivement l'expansion organisationnelle.

La faible institutionnalisation de la réforme hospitalière est le signe fort de la stagnation de l'hôpital. N'ayant pas réussi à s'imposer et à imposer ses outils dans l'environnement hospitalier, elle semble être « *contaminée* » par la léthargie dont souffre l'hôpital. Certaines personnes vont même jusqu'à accuser la réforme d'être au service des intérêts individualistes des médecins, et de soutenir la logique discriminatoire qui prévaut au sein de l'hôpital. Ces lacunes fréquemment reprises par les répondants annoncent les symptômes d'une rétention institutionnelle. Plusieurs répondants, ont dénoncé des lacunes au niveau de la gestion des ressources humaines au sein de l'hôpital. Ils font état d'une mauvaise répartition du personnel entre les différents services hospitaliers, d'une inadéquation dans l'affectation des tâches et d'une ségrégation professionnelle. La dotation des services en personnel ne se ferait pas sur la base d'une analyse des besoins en ressources humaines, s'alignant donc sur une gestion des ressources humaines archaïque et sans intention stratégique. En raison de la mauvaise répartition du personnel, les répondants évoquent une contrainte de mobilité qui leur est imposée par le haut. L'affectation parallèle à plusieurs tâches pour pallier aux manques dans les postes, pourrait être déclinée comme une défaillance (absence de gestion prévisionnelle des besoins en ressources humaines, application non rigoureuse de la fiche de poste...). En effet, la gestion du personnel telle que pratiquée au sein des services vient à l'encontre du principe de spécialisation des tâches (absence de fiche de poste). Elle utilise les mêmes principes hérités du passé prônant un raisonnement en « *qualification* » dans une logique de protection augurant par la même d'une rétention institutionnelle. Les affectations se font de façon arbitraire en faisant privilégier les considérations personnelles et subjectives au lieu de considérations professionnelles objectives.

Par ailleurs, il semblerait qu'il y ait des tensions entre le personnel ancien et le personnel nouveau d'une part, ainsi qu'un gap générationnel qui sépare le personnel vétérinaire et le personnel néophyte d'autre part. Les répondants, plus jeunes, critiquent l'âge avancé du personnel et appellent à son rajeunissement, par de nouveaux recrutements. Ils dénoncent également les travers de la subjectivité qui marquent les traitements du personnel. Ils mettent l'accent sur la nécessité de l'objectivisation de la gestion du personnel, en défendant la mesure scientifique du rendement, la rémunération négociée et la promotion au mérite.

Parmi les autres raisons qui peuvent être déclinées pour expliquer le non aboutissement de la réforme, est l'existence d'une tendance commune chez l'ensemble des répondants à avoir un attachement parfois viscéral au passé (emprise du passé sur le présent et force d'ancrage des routines organisationnelles). Ceci est manifeste dans la nostalgie avec laquelle les interviewés

évoquent l'hôpital avant la réforme. Cet attachement qu'on pourrait qualifier de résilience organisationnelle dans le sens d'une aptitude de résistance aux chocs externes, rejoint l'hypothèse de l'inertie institutionnelle propre à l'organisation hospitalière. Les forces institutionnelles de stabilisation largement prégnantes au sein de l'hôpital, le condamnent à toujours se tourner vers le passé.

Le personnel ancien de l'hôpital voit d'un mauvais œil l'hôpital. Il considère que la réforme a eu des effets négatifs sur l'hôpital, par le recours à la sous-traitance, par l'amplification de la longueur de la distance hiérarchique, par le chevauchement et la superposition de niveaux hiérarchiques. En sus de ce changement structurel, elle a entraîné un changement relationnel et a contribué à la détérioration de la qualité des relations humaines qui lient le personnel aux patients. La relation est devenue plus axée sur les aspects administratifs, les patients étant traités comme de simples numéros dans un dossier. La réforme aurait donc mené à une fragilisation des valeurs humaines et morales et donc à une déshumanisation de l'hôpital.

Les APC, sont une autre manifestation de la déshumanisation qui guette l'hôpital public. Celles-ci, ont contribué à fragiliser et à affaiblir le statut de l'hôpital-institution qui tend de plus en plus à absorber les valeurs de la sphère privée centrée sur la réussite commerciale. Le personnel semble changer ses référents personnels et professionnels primaires pour s'inscrire dans une perspective de l'avoir où les logiques d'opportunisme et de motivation semblent guider la réalisation du travail. Les APC ont provoqué un éloignement des médecins seniors des services, laissés aux mains des médecins résidents et internes. Ces derniers, désintéressés des services, sont plus occupés à asseoir leur prestige, à maximiser leurs intérêts personnels aux dépens de l'intérêt commun.

La faible institutionnalisation de la réforme et de ses mécanismes semble trouver explication dans leur faible légitimation. Aussi bien, le conseil d'administration, les APC, que la sous-traitance sont entachés d'une légitimité défavorable, et ceci à l'exception des logiciels informatiques, qui semblent jouir d'une certaine légitimité. Pour être institutionnalisée, la réforme doit jouir d'un capital de légitimité auprès des acteurs public censés la mettre en application. L'institutionnalisation de la réforme dépendrait donc du degré de légitimation de ses mécanismes, plus ils sont légitimes, plus ils sont aisément institutionnalisables. En effet, les arguments défavorables enregistrés pour les différentes légitimités (technique, normative et managériale) sont des signaux forts de la faible institutionnalisation de la réforme.

Réforme hospitalière	<p>Légitimité pragmatique (5,88%)</p> <p>Légitimité morale (20%)</p> <p>Légitimité morale conséquentielle (25%)</p> <p>Légitimité morale conséquentielle défavorable (33,33%)</p> <p>Légitimité conséquentielle (11,11%)</p> <p>Légitimité conséquentielle défavorable (33,33%)</p> <p>Légitimité conséquentielle structurale défavorable (83,33%)</p> <p>Légitimité cognitive (18,18%)</p> <p>Légitimité cognitive favorable (8,33%)</p> <p>Légitimité cognitive défavorable (17,65%)</p>
Conseil d'administration	<p>Légitimité cognitive (7,69%)</p> <p>Légitimité charismatique (11,11%)</p> <p>Légitimité charismatique expertale (50%)</p> <p>Légitimité charismatique expertale défavorable (50%)</p>
Sous-traitance	<p>Légitimité cognitive (11,11%)</p> <p>Légitimité cognitive défavorable (20%)</p>
Applications informatiques	<p>Légitimité technique (11,11%)</p> <p>Légitimité technique pure (11,11%)</p> <p>Légitimité technique pure défavorable (12,5%)</p> <p>Légitimité pragmatique (11,11%)</p> <p>Légitimité pragmatique managérial (11,11%)</p> <p>Légitimité pragmatique managériale favorable (12,5%)</p> <p>Légitimité cognitive (7,69%)</p>
APC	<p>Légitimité technique (33,33%)</p> <p>légitimité technique défavorable (15%)</p> <p>Légitimité morale (7,69%)</p> <p>Légitimité morale conséquentielle défavorable (8,33%)</p> <p>Légitimité cognitive (10%)</p> <p>Légitimité cognitive compréhension globale défavorable (25%)</p>

Tableau 27 : Fréquences des légitimités de la réforme et de ses mécanismes

Un autre signe de la faible institutionnalisation de la réforme est la tendance à la rétention institutionnelle. L'analyse thématique et lexicale des discours des répondants a révélé une primauté des valeurs morales et éthiques. La légitimité morale au double niveau professionnel et de service présente des taux de codage élevés, au même titre que la légitimité pragmatique.

4-Mini-étude de cas : service administration

4-1 Présentation du service

Le service administration, au travers de ses différents départements, est au service des autres services hospitaliers et médico-techniques. Les services administratifs assurent les activités connexes aux activités principales, le cœur de métier de l'hôpital. Ils sont plus tournés vers les activités managériales et financières d'approvisionnement, de gestion des ressources humaines, de gestion financière et comptable. Le service des affaires juridiques et contentieux fait partie également de l'administration. Ce dernier est voué à la résolution de toutes les questions d'ordre juridique. Il défend l'hôpital dans les conflits qui l'opposent aux autres parties civiles (patients, fournisseurs...) et veille au respect scrupuleux des procédures légales et des réglementations juridiques pour le lancement des appels d'offre. Les services techniques d'ingénierie, sont responsables de la maintenance biomédicale du plateau médico-technique de l'hôpital. Le parc des équipements médicaux est au cœur du fonctionnement du CHU. Toutefois, le poids de la technologie varie sensiblement entre les différents services. En effet, il y a des services, particulièrement les services médico-techniques qui sont extrêmement énergétivores en termes d'équipements médicaux tels que la radiologie et la chirurgie thoracique et cardio-vasculaire.

Selon des estimations qui remontent à l'année 2008, la filière administrative compte 93 cadres administratifs et 14 cadres techniques (ingénieurs).

4-2 Principaux résultats

Dans le service d'administration, le nombre de personnel administratif interrogé est réparti comme suit :

N°	Catégorie professionnelle	Sexe	Age	Ancienneté	Expérience prof	Département
1	Cadre adm A	F	30-49 ans	0-10 ans	0-5 ans	Finance
2	Agent adm A	F	30-49 ans	20-30 ans	20-30 ans	Approvisionnement
3	Cadre adm B	F	30-49 ans	0-10 ans	5-10 ans	Contrôle de gestion
4	Cadre adm C	F	30-49 ans	0-10 ans	5-10 ans	Paie
5	Agent adm B	H	30-49 ans	20-30 ans	20-30 ans	Paie
6	Agent adm C	F	30-49 ans	10-20 ans	10-20 ans	Comptabilité
7	Agent adm D	F	30-49 ans	10-20 ans	10-20 ans	Approvisionnement
8	Cadre adm D	F	30-49 ans	0-10 ans	5-10 ans	Approvisionnement
9	Agent adm E	F	30-49 ans	20-30 ans	20-30 ans	Approvisionnement
10	Cadre adm E	H	50-60 ans	20-30 ans	20-30 ans	Services auxiliaires
11	Cadre adm F	H	30-49 ans	0-10 ans	5-10 ans	Finance
12	Cadre adm G	H	30-49 ans	10-20 ans	10-20 ans	Juridique
13	Agent adm F	F	30-49 ans	10-20 ans	10-20 ans	Affaires sociales
14	Cadre adm H	F	20-29 ans	0-10 ans	0-5 ans	Approvisionnement
15	Agent adm G	F	50-60 ans	20-30 ans	20-30 ans	Paie
16	Agent adm H	F	50-60 ans	20-30 ans	20-30 ans	Approvisionnement
17	Cadre adm I	F	30-49 ans	0-10 ans	10-20 ans	Gestion du personnel
18	Agent adm I	F	50-60 ans	20-30 ans	20-30 ans	Paie
19	Cadre adm J	F	30-49 ans	0-10 ans	0-5 ans	Approvisionnement
20	Cadre adm K	F	50-60 ans	20-30 ans	20-30 ans	Approvisionnement
21	Cadre adm L	H	50-60 ans	20-30 ans	20-30 ans	Contrôle de gestion
22	Ouvrier	H	30-49 ans	20-30 ans	20-30 ans	Gestion des malades

Tableau 28 : Répartition des répondants dans le service administration

Il est composé principalement des deux grades de cadre et d'agent administratif. Par ailleurs, l'échantillon en question admet une diversité interne disciplinaire des départements (directions, sous-directions et unités).

4-2-1 Degré de connaissance de la réforme et de ses mécanismes

Le degré de connaissance de la réforme pour le service administration est égal à 32,56% de fréquence de codage. Alors que les cadres administratifs affichent un degré de connaissance de la réforme de l'ordre de 64,29% de fréquence de codage, les agents administratifs, pour leur part, ont un degré de connaissance de la réforme de l'ordre de 35,71% de fréquence de codage.

Le degré de connaissance de la réforme pour le personnel âgé entre 30 et 49 ans est égal à 78,57%, il est de 21,43% pour celui âgé entre 50 et 60 ans.

Le degré de connaissance de la réforme pour le personnel dont l'ancienneté varie entre 0 et 10 ans est égal à 50%, pour celui dont l'ancienneté varie entre 10-20 ans est égale à 14,29%, enfin pour celui ayant une ancienneté de 20 à 30 ans, il s'élève à 35,71%.

Degré de connaissance de la réforme	Fréquence de codage			
	Service administration	Catégorie professionnelle	Age	Ancienneté
32,56%		Cadre administratif (64,29%)	30-49 ans (78,57%)	0-10 ans (50%)
		Agent administratif (35,71%)	50-60 ans (21,43%)	10-20 ans (14,29%) 20-30 ans (35,71%)

Tableau 29: Degré de connaissance de la réforme pour le personnel du service administration

Suite au codage des données relatives au service administration, les fréquences de codage ont révélé que les cadres administratifs ont une meilleure connaissance de la réforme que les agents administratifs. Ils semblent mieux maîtriser la réforme. Cette meilleure connaissance de la réforme et de ses rouages, pourrait être expliquée en grande partie par la proximité des cadres avec la direction générale. Il semblerait que la longueur de la distance hiérarchique influence négativement le degré de connaissance de la réforme.

Nous avons constaté que les cadres administratifs, dans leurs propos ont tendance à procéder à une présentation juridique de la réforme. Ce penchant pour l'identité juridictionnelle de la réforme trouverait son explication dans l'origine de leur « *background* » et de leur formation initiale. En effet, les cadres administratifs sont principalement des juristes de formation.

Par ailleurs les variables âge et ancienneté semblent ne pas exercer d'influence directe et significative sur le degré de connaissance de la réforme.

Le degré de connaissance des logiciels informatiques pour le service de l'administration s'élève à 75%. Aussi bien les cadres administratifs que les agents administratifs ont un degré de connaissance des applications informatiques qui s'élève à 50% de fréquence de codage. Le personnel administratif âgé entre 30 et 49 ans affiche un degré de connaissance des logiciels informatiques de l'ordre de 66,67%, celui âgé entre 50 et 60 ans, en affiche 33,33%. Enfin, le degré de connaissance des applications informatiques pour le personnel dont l'ancienneté varie entre 0 et 10 ans est égal à 50%, celui de 10 à 20 ans, 16,67% et de 20 à 30 ans 33,33%.

Le degré de connaissance du conseil d'administration pour le service administration s'élève à 33,33%. Les cadres administratifs récoltent 54,55% de fréquence de codage, les agents administratifs pour leur part, en totalisent 45,45%.

Degré de connaissance des mécanismes de la réforme	Fréquence de codage			
	Service administration	Catégorie professionnelle	Age	Ancienneté
applications informatiques	75%	Cadre administratif (50%) Agent administratif (50%)	30-49 ans (66,67%) 50-60 ans (33,33%)	0-10 ans (50%) 10-20 ans (16,67%) 20-30 ans (33,33%)
conseil d'administration	33,33%	Cadre administratif (54,55%) Agent administratif (45,45%)	30-49 ans (81,82%) 50-60 ans (18,18%)	0-10 ans (45,45%) 10-20 ans (18,18%) 20-30 ans (36,36%)

Tableau 30 : Degré de connaissance des applications informatiques et du conseil d'administration pour le personnel du service administration

A l'examen des fréquences de codage du degré de connaissance des mécanismes de la réforme pris individuellement, le conseil d'administration et les applications informatiques, les variables ancienneté et âge semblent ne pas y exercer un effet discriminant, et ceci contrairement à l'affiliation professionnelle. En effet, les cadres administratifs affichent une meilleure connaissance du conseil d'administration que les agents administratifs. Etant plus proches de la direction générale, ils sont mieux placés que les agents dans la hiérarchie

administrative pour avoir connaissance de son fonctionnement, de son rôle et de sa composition. Pour les applications informatiques, ils en ont une connaissance équivalente et similaire. Celles-ci étant utilisées aussi bien par les cadres administratifs que par les agents. Cette différence au niveau des fréquences de codage par catégorie professionnelle traduirait une compréhension disparate et différenciée de la réforme et de ses mécanismes en fonction de la position dans le grade et des référents professionnels des répondants. Les administratifs, en fonction de leur échelon développeraient des perceptions différenciées de la réforme hospitalière qui pourrait être scindée en réforme « *juridictionnelle et théorique* » et en réforme « *pratique* ».

4-2-2 Institutionnalisation de la réforme et de ses mécanismes

Le degré de connaissance de la réforme et de ses mécanismes est un indice fort de leur institutionnalisation ou de leur non institutionnalisation. En effet, plus les répondants ont une meilleure connaissance de la réforme et de ses pratiques, plus ces dernières sont institutionnalisées. L'estimation de l'institutionnalisation s'est faite par référence aux dimensions étendue et type.

L'étendue d'institutionnalisation de la réforme pour le service administration s'élève à 29,55% de fréquence de codage. Elle est de 62,23% pour les cadres administratifs et de 30,77% pour les agents administratifs.

L'étendue d'institutionnalisation de la réforme nulle est égale à 28%. Elle est partielle à hauteur de 27,78%, dont 80% pour les cadres administratifs et 20% pour les agents administratifs.

Etendue d'institutionnalisation de la réforme	Fréquence de codage			
	Service administration	Catégorie professionnelle	Age	Ancienneté
29,55%		Cadre administratif (62,23%)	30-49 ans (69,23%)	0-10 ans (46,15%) 20-30 ans (38,46%)
		Agent administratif (30,77%)	50-60 ans (30,77%)	
Etendue d'institutionnalisation de la réforme nulle	28%	Cadre administratif (71,43%)	30-49 ans (71,43%)	0-10 ans (57,14%)
		Agent administratif	50-60 ans	10-20 ans (14,29%)

		(28,57%)	(28,57%)	20-30 ans (28,57%)
Etendue d'institutionnalisation de la réforme partielle	27,78%	Cadre administratif (80%) Agent administratif (20%)	30-49 ans (100%)	0-10 ans (60%) 10-20 ans (20%) 20-30 ans (20%)

Tableau 31 : Etendue d'institutionnalisation de la réforme pour le personnel du service administration

Les fréquences de codage pour l'étendue d'institutionnalisation sont concordantes avec celles du degré de connaissance de la réforme. La réforme et conformément aux résultats du codage, semble faire l'objet d'une institutionnalisation plus prononcée auprès des cadres administratifs que des agents administratifs, et ceci abstraction faite de leur ancienneté ou de leur âge.

La même tendance se trouve également valable pour le conseil d'administration et les applications informatiques, aussi bien en termes d'étendue que de type.

L'étendue d'institutionnalisation des applications informatiques pour le service administration s'élève à 64,29% de fréquence de codage. Elle est de 55,56% pour les cadres administratifs et de 44,44% pour les agents administratifs.

L'étendue d'institutionnalisation des applications informatiques totale pour le service administration totalise 70% de fréquence de codage, dont 57,14% pour les cadres administratifs et 42,86% pour les agents administratifs.

Pour le conseil d'administration, l'étendue d'institutionnalisation est à hauteur de 30%. Pour les cadres administratifs, elle est de l'ordre de 44,44% et pour les agents administratifs, de l'ordre de 55,56%.

L'étendue d'institutionnalisation du conseil d'administration nulle pour le service administration totalise une fréquence de codage de l'ordre de 21,05% dont 25% pour les cadres administratifs et 75% pour les agents administratifs.

L'étendue d'institutionnalisation du conseil d'administration partielle est de l'ordre de 71,43% de fréquence de codage, répartie comme suit entre les cadres administratifs (60%) et les agents administratifs (40%).

Etendue d'institutionnalisation des mécanismes de la réforme	Fréquence de codage		
	Service administration	Catégorie professionnelle	Ancienneté
applications informatiques	64,29%	Cadre administratif (55,56%) Agent administratif (44,44%)	0-10 ans (55,56%) 10-20 ans (22,22%) 20-30 ans (22,22%)
Etendue d'institutionnalisation totale des applications informatiques	70%	Cadre administratif (57,14%) Agent administratif (42,86%)	0-10 ans (57,14%) 10-20 ans (28,57%) 20-30 ans (14,29%)
conseil d'administration	30%	Cadre administratif (30%) Agent administratif (44,44%)	0-10 ans (44,44%) 10-20 ans (11,11%) 20-30 ans (44,44%)
Etendue d'institutionnalisation du conseil d'administration nulle	21,05%	Cadre administratif (25%) Agent administratif (75%)	0-10 ans (25%) 20-30 ans (75%)
Etendue d'institutionnalisation du conseil d'administration partielle	71,43%	Cadre administratif (60%) Agent administratif (40%)	0-10 ans (60%) 10-20 ans (20%) 20-30 ans (20%)

Tableau 32 : Etendue d'institutionnalisation du conseil d'administration et des applications informatiques pour le service administration

Pour l'étendue d'institutionnalisation, les applications informatiques semblent faire l'objet d'une plus grande institutionnalisation que le conseil d'administration. Elles sont plus institutionnalisées auprès des cadres et des agents administratifs que le conseil d'administration. Ces derniers présentent en effet, des fréquences de codage très proches pour l'étendue d'institutionnalisation des applications informatiques, ce qui n'est pas le cas pour le conseil d'administration. Nous pouvons même avancer le scénario d'une institutionnalisation totale des applications informatiques, et dans le même temps partielle voire nulle dans le cas du conseil d'administration. Pour leur part, les variables âge et ancienneté, semblent plus enclines à jouer un rôle non discriminant dans l'étendue d'institutionnalisation de la réforme et des ses mécanismes.

Le type d'institutionnalisation de la réforme pour le service administration s'élève à 29,55%, réparti comme suit entre les cadres administratifs (61,54%) et agents administratifs (38,46%). Le type d'institutionnalisation de la réforme à priori totalise 50% de fréquence de codage, dont 66,67% pour les cadres administratifs et 33,33% pour les agents administratifs.

Le type d'institutionnalisation fictive de la réforme pour le service administration s'élève à 24,24% de fréquence de codage. Le type d'institutionnalisation de la réforme mimétique pour le service administration présente 66,67% de fréquence de codage.

Le type d'institutionnalisation des applications informatique s'élève à 75% de fréquence de codage. Pour les cadres administratifs, cette fréquence s'élève à 55,56% et pour les agents administratifs 44,44%.

Le type d'institutionnalisation des applications informatiques effective présente 70% de fréquence de codage, réparti comme suit entre les cadres administratifs (57,14%) et les agents administratifs (42,86%).

Le type d'institutionnalisation du conseil d'administration pour le service administration présente 28,57% de fréquence de codage, équitablement réparti entre les cadres et les agents administratifs (50%).

Le type d'institutionnalisation du conseil d'administration effective pour le service administration s'élève à 75% de fréquence de codage, dont 66,67% pour les cadres administratifs et 33,33% pour les agents administratifs.

Le type d'institutionnalisation du conseil d'administration fictive pour le service administration s'élève à 25,93% de fréquence de codage, dont 42,86% pour les cadres administratifs et 57,14% pour les agents administratifs.

Type d'institutionnalisation de la réforme	Fréquence de codage			
	Service administration	Catégorie professionnelle	Age	Ancienneté
29,55%	Cadre administratif (61,54%)	Agent administratif (38,46%)	30-49 ans (33,33%) 50-60 ans (66,67%)	0-10 ans (38,46%) 10-20 ans (30,77%) 20-30 ans (30,77%)

Type d'institutionnalisation à priori de la réforme	50%	Cadre administratif (66,67%) Agent administratif (33,33%)		0-10 ans (33,33%) 10-20 ans (66,67%)
Type d'institutionnalisation fictif de la réforme	24,24%	Cadre administratif (62,5%) Agent administratif (37,5%)	30-49 ans (75%) 50-60 ans (25%)	0-10 ans (50%) 10-20 ans (12,5%) 20-30 ans (37,5%)
Type d'institutionnalisation mimétique de la réforme	66,67%	Cadre administratif (100%)	30-49 ans (50%) 50-60 ans (50%)	20-30 ans (100%)
Type d'institutionnalisation des mécanismes de la réforme				
applications informatiques	75%	Cadre administratif (55,56%) Agent administratif (44,46%)	30-49 ans (88,89%) 50-60 ans (11,11%)	0-10 ans (55,56%) 10-20 ans (22,22%) 20-30 ans (22,22%)
Type d'institutionnalisation mimétique des applications informatiques	50%	Agent administratifs (100%)		10-20 ans (100%)
Type d'institutionnalisation effective des applications informatiques	70%	Cadre administratif (57,14%) Agent administratif (42,86%)		0-10 ans (57,14%) 10-20 ans (28,57%) 20-30 ans (14,29%)
Type d'institutionnalisation du conseil d'administration	28,57%	Cadre administratif (50%) Agent administratif 50(%)	30-49 ans (75%) 50-60 ans (25%)	0-10 ans (50%) 10-20 ans (12,5%) 20-30 ans (37,5%)
Type d'institutionnalisation effectif du conseil d'administration	75%	Cadre administratif (66,67%) Agent administratif (33,33%)		0-10 ans (66,67%) 20-30 ans (33,33%)
Type d'institutionnalisation fictif du conseil	25,93%	Cadre administratif (42,86%) Agent administratif	30-49 ans (71,43%) 50-60 ans	0-10 ans (42,86%) 10-20 ans (14,29%)

d'administration		(57,14%)	(28,57%)	20-30 ans (42,86%)
------------------	--	----------	----------	--------------------

Tableau 33 : Type d'institutionnalisation de la réforme, des applications informatiques et du conseil d'administration pour le personnel du service administration

En ce qui concerne le type d'institutionnalisation de la réforme, les cadres administratifs présentent des fréquences de codage plus élevés que les agents administratifs. Ceci est également le cas pour le conseil d'administration. En effet, le conseil d'administration serait effectivement institutionnalisé auprès des cadres administratifs, comparé aux agents administratifs. L'institutionnalisation du conseil d'administration tend à se faire de façon fictive auprès de ces derniers. A l'opposé les applications informatiques semblent faire l'objet d'une institutionnalisation effective aussi bien pour les cadres que les agents administratifs. Ces derniers totalisent des fréquences de codage sensiblement proches pour l'institutionnalisation des applications informatiques.

Il convient par ailleurs, de souligner que l'âge et l'ancienneté continuent à jouer un rôle non discriminant dans le type d'institutionnalisation de la réforme et de ses mécanismes.

Toutefois, pour les applications informatiques, l'institutionnalisation semble se faire de la même manière aussi bien pour les cadres que pour les agents administratifs. Ces derniers totalisent des fréquences de codage sensiblement proches pour l'institutionnalisation des applications informatiques.

La réforme de la gestion hospitalière a visé principalement la « *managérialisation* » de l'administration. Cette dernière, sous l'effet de la décentralisation administrative a pris de l'ampleur. Se voulant plus gestionnaire, elle a intégré de nouvelles fonctions jadis exclusives au domaine du privé. Les répliques managériales, ont principalement concerné:

- les procédures de gestion principalement la gestion des ressources humaines et tout ce qu'elle recouvre en termes de gestion des recrutements, des carrières, des promotions et des rémunérations. Egalement des procédures financières en termes de gestion et de planification budgétaire, de contrôle de gestion...
- la comptabilité et ses variantes : la comptabilité générale, la comptabilité analytique de gestion, l'audit interne et externe...
- les mécanismes de pilotage stratégique (gestion par les résultats, management par les objectifs, planification stratégique...)

Ces différentes facettes de la gestion feront l'objet d'une analyse à part.

-La gestion des ressources humaines

La gestion des ressources humaines s'articule autour des trois axes : recrutement, promotion et carrière, et rémunération. Les premiers résultats ressortis du codage ont révélé une faible institutionnalisation des pratiques de gestion des ressources humaines.

Tout d'abord, les répondants ont constaté une inadéquation au niveau de l'affectation des tâches entre le personnel, en portant atteinte au principe de spécialisation. Ils insistent sur la défaillance des procédés de nomination, de recrutement et d'affectation du personnel qui reposeraient sur des critères de sélection arbitraires et subjectives sans aucun fondement objectif (interférence des considérations personnelles dans les décisions professionnelles). Ils dénoncent les germes d'une gestion « *personnifiante* » et « *personnalisée* », qui accorde une plus grande importance à la personnalité de l'employé plutôt qu'à ses qualités professionnelles. L'administration en tant que manifestation privilégiée de l'institution met en avant la dimension fonctionnelle, légale et symbolique faisant primer la logique statutaire nominative subjective sur les autres logiques incitatives, évaluative et objective.

Répondant	Exemples de verbatim
Cadre administratif H	« ...Le service présente également des lacunes en matière de répartition du travail. En principe lorsqu'un nouveau fonctionnaire vient, il doit savoir le poste dans lequel il sera affecté et les tâches qu'il va devoir réaliser. Or ceci, n'est pas le cas, parce que le nouveau fonctionnaire n'étant pas affecté à une tâche précise, il se trouvera à faire toutes les tâches sans exception »
Cadre administratif K	« La responsable qui travaille dans l'unité de contrôle budgétaire, perçoit une rémunération au titre de chef de service. Dans la mesure où il n'y a pas un poste vacant dans le contrôle budgétaire, elle a eu droit à la fonction de chef de service...Le même cas de figure se pose dans le cas de commis d'administration qui travaille dans le service technique, le cas de l'auxiliaire qui travaille comme électricien... »

Tableau 34: Exemples de verbatim pour l'affectation des tâches

Ensuite, en matière de promotion et de gestion des carrières, les répondants se plaignent d'une injustice dans l'attribution des promotions. Ce qui constitue l'indice fort d'un attachement à un mode de gouvernance fondé sur la bureaucratie et le conformisme au lieu de la mesure des résultats et des rendements. Les répondants déclarent l'emprise de la bureaucratie sur la gestion du personnel et donc la perpétuation de la tradition institutionnelle.

Répondant	Exemples de verbatim
Cadre administratif J	« Il faut que les textes de lois régissant la fonction publique soient totalement modifiés. Par exemple, il faut qu'il y ait une ouverture de l'organigramme. Il faut que la promotion devienne automatique, c'est-à-dire décidée après un certain nombre d'années, sans attendre l'avis du supérieur hiérarchique... »

Tableau 35 : Exemples de verbatim pour la gestion des carrières

Enfin, le rapport de contrôle interne et les nombreux entretiens réalisés avec le personnel administratif ont révélé deux principales carences : l'absence d'un bilan social et l'absence de fiches de poste. L'absence de bilan social empêche une gestion prévisionnelle des besoins réels des services en ressources humaines et donc un meilleur ciblage des recrutements. La dotation des services en personnel ne se ferait pas sur la base d'une analyse des besoins humains s'alignant donc sur une gestion des ressources humaines archaïque sans intention stratégique. L'absence de fiche de poste est synonyme de l'absence d'un découpage fonctionnel des tâches, ce qui recèle un risque de dédoublement, d'immixtion et d'interférence des tâches qui peuvent s'entrecroiser et ainsi porter atteinte à la qualité du travail. Ajouté à cela, il y a un risque à ce que l'employé soit responsable de la réalisation de tâches incompatibles. En l'absence de fiche de poste, les frontières entre les différents services, unités et fonctions sont floues et ambiguës, ouvrant la voie à un dépassement fonctionnel avec tout ce que ceci peut engendrer comme tensions affectant le climat social de travail.

Répondant	Exemples de verbatim
Rapport de contrôle interne (2009)	« Nous avons constaté que le service personnel n'établit pas un bilan social à la fin de chaque exercice comprenant une analyse de l'effectif existant et l'expression des besoins en personnel supplémentaires... »
Agent administratif	« On espérait également qu'avec le changement du statut et du régime, il y aurait un changement de la loi pour les fonctionnaires publics. Ils seraient plus protégés et plus motivés, mais c'est resté la même chose. C'est un changement dans la forme, mais pas dans le fond. La réforme s'est faite en apparence, mais dans le fond plusieurs choses n'ont pas changé... »

Tableau 36 : Exemples de verbatim pour la gestion des recrutements

La fonction de gestion des ressources humaines n'a pas réussi à épouser les préceptes managériaux tels que prévus par la réforme hospitalière en continuant à utiliser les mêmes principes hérités du passé. La gestion des ressources humaines telle que pratiquée à l'hôpital et par l'administration présente les symptômes d'une déficience stratégique. Elle tarde à intégrer une vision stratégique en maintenant des relents avec le passé par le maintien en place

de la fonction personnel « *classique* » dans l'optique d'une politique. Elle a du mal à se saisir de l'essence du concept « *ressources humaines* », en continuant à traiter les employés dans une logique « *personnel* », maintenant un ancrage sur le passé. Ceci est de nature à accentuer la dévalorisation du personnel traité comme un simple numéro dans un dossier en occultant les aspects intrinsèques à l'homme. La gestion des ressources humaines est confinée à un traitement administratif des dossiers des employés.

Répondant	Exemples de verbatim
Cadre administratif K	« Il y a des gens qui ont passé leur vie à travailler au sein de l'hôpital, ils n'ont rien eu en contrepartie, ils n'ont pas la reconnaissance qu'ils méritent... »
Cadre administratif K	« Au début, les cadres travaillent avec acharnement pour avoir la fonction, mais une fois qu'ils l'ont eu ils ne soucient plus de rien...Il y a une cadre qui avant d'avoir la fonction, s'est opposée à la venue d'un autre administrateur de peur d'entrer en concurrence avec lui pour la fonction. Mais une fois qu'elle l'a eu, elle a accepté sa nomination,...elle a accepté, puisqu'il ne représente plus aucun risque pour elle... »
Cadre administratif K	« Je me demande pourquoi, travailler, si les autres ne travaillent pas et sont mieux payés que nous !...certains cadres accèdent à des fonctions alors qu'ils ne le méritent pas... »
Cadre administratif L	« Le personnel ne développe pas de l'attachement à leur établissement, il y a des personnes qui travaillent depuis de longues années au sein de l'hôpital et qui n'ont pas développé ce sentiment... »
Cadre administratif L	« ...ici ils doivent pousser les gens à travailler... »

Tableau 37 : Exemples de verbatim de la gestion des ressources humaines

En matière de gestion des ressources humaines, les répondants ont souligné l'existence de plusieurs défaillances. La première défaillance concerne le sous-encadrement des nouveaux recrutés. En effet, les néophytes se plaignent d'être laissés pour compte. Ils évoquent des difficultés d'intégration et se plaignent de l'absence de tâches qui leur sont spécifiquement confiées dans le service. Ceci laisse présager de l'existence de tensions entre le nouveau personnel et l'ancien personnel. Ce dernier voit dans les nouveaux recrutés, une menace pour leurs acquis. La deuxième défaillance telle que mise en exergue par les répondants est inhérente à la procédure de recrutement. Le recrutement se ferait d'une façon arbitraire et sans vision stratégique pour estimer les besoins réels en ressources humaines via l'établissement de bilan social. La troisième défaillance concerne la loi de la fonction publique, que certains répondants administratifs jugent discriminatoire en ce qu'elle favorise certaines catégories aux dépens des autres. Ils appellent à une uniformisation de la loi pour qu'elle soit appliquée de la même manière à tous les domaines du secteur public, ainsi qu'à une régularisation de la

situation des contractuels. Au même titre, ils appellent à une révision de la loi qui régit la fonction publique en matière de rémunération, jugeant qu'il y a une certaine iniquité dans la fixation des salaires. La quatrième défaillance a trait à la politique de promotion et de gestion des carrières. Ils se plaignent de la lourdeur bureaucratique et des promotions « *discrétionnaires* ». Ils pensent que les promotions doivent devenir automatiques sans dépendre de l'avis du supérieur hiérarchique. En effet, les nominations dans les postes, dans la mesure où elles sont soumises au jugement du directeur manquent d'objectivité, en faisant interférer les considérations personnelles avec les considérations professionnelles. La cinquième défaillance tient à la tenue des dossiers du personnel, qui ne sont pas actualisés et qui manquent beaucoup d'informations. Par ailleurs, il y a un retard accumulé pour le calcul des congés annuels. La sixième défaillance concerne l'affectation des tâches. Ils appellent à une révision de l'organigramme en vue d'assurer une meilleure répartition et délimitation des tâches. Ils expliquent que l'absence de fiche de poste est une atteinte au principe de découpage fonctionnel. En effet, cette dernière recèle un risque d'incompatibilité et de dépassement des tâches, pouvant engendrer des tensions et affecter le climat social du travail.

Ces défaillances de la gestion des ressources humaines, reprises par les différents répondants dans l'administration sont des symptômes de la rétention institutionnelle contre l'expansion organisationnelle. Elles traduisent l'échec de la gestion des ressources humaines à introduire une nouvelle conception valorisante du personnel pour rendre compte de sa valeur humaine. Cette dernière ayant continué à pratiquer une gestion élémentaire de la paperasse, faisant de l'homme un simple outil de travail, un numéro dans un dossier.

-Le management participatif

L'analyse a permis de conclure à la concentration du pouvoir décisionnel dans les hautes sphères de l'hôpital. Les cadres administratifs reprochent au directeur son style de management autoritaire. Ils critiquent sa tendance à vouloir s'emparer de toutes les responsabilités et à s'immiscer dans le champ d'action des responsables hiérarchiques. Pour leur part, les agents administratifs se plaignent de la marginalisation dont ils font objet. Ils expriment leur insatisfaction quant à leur éviction de la sphère décisionnelle qu'ils voient comme une marque de non reconnaissance de leurs capacités et de leurs compétences, appelant à un management plus horizontal de type « *bottom-up* » favorisant l'« *empowement* ». Ils ne veulent plus être traités comme de simples « *exécutifs* » mais exigent une plus grande implication dans les décisions qui concernent les affaires du service.

La prédominance d'un management vertical monopolisé, centralisé, et confisqué par le haut de la hiérarchie est un autre signe révélateur de la faible institutionnalisation des pratiques de gestion prescrites par la réforme hospitalière. Le changement dans les organisations professionnelles à l'image des hôpitaux est impulsé par le bas, il passe par les professionnels, c'est la manière avec laquelle ils s'approprient le changement qui va conditionner son succès. La réforme des hôpitaux publics doit impliquer l'ensemble des acteurs quelque soient leur position hiérarchique et leur groupe professionnel d'appartenance.

Répondant	Exemples de verbatim
Agent administratif G	« Il faut que les directeurs se concertent avec les agents. Il ne faut pas que le chef se contente de donner des ordres aux agents pour les exécuter... »
Cadre administratif E	« Le style de management du directeur de l'hôpital doit être modifié pour être plus participatif. Il faut qu'il délègue les responsabilités tout en procédant à l'évaluation. Il faut exercer une délégation réelle et pas fictive, parce que ce qui se pratique ici ne relève pas d'une délégation, mais plutôt d'une subordination... »
Cadre administratif K	« Notre chef, même s'il dispose de l'information, il ne nous la donne pas, même nous les cadres ! »

Tableau 38 : Exemples de verbatim pour le style de management

Cette implication « *anémique* » a favorisé un renforcement de la culture de conformisme et d'attentisme, faisant des agents administratifs des agents suiveurs, se contentant de suivre à la lettre les directives de leurs supérieurs hiérarchiques. Elle a eu des effets néfastes sur leur motivation, ayant choisi de se positionner en retrait.

-Comptabilité, audit et contrôle de gestion

La comptabilité constitue une des autres facettes de la réforme hospitalière. Les EPS, en vertu de la réforme, ont en effet, abandonné la comptabilité publique pour s'aligner sur celle privée. En application de l'article 17 de la loi sur l'organisation administrative et financière des EPS, « *la comptabilité de l'établissement est tenue conformément aux règles qui régissent la comptabilité commerciale. L'exercice comptable commence le 1^{er} janvier et se termine le 31 Décembre de la même année...* ».

Répondant	Exemples de verbatim
Agent administratif C	« Même si l'hôpital a intégré la comptabilité générale, on reste tout de même différent du privé. Pour le secteur privé, le bilan doit être déposé en Mars, alors que nous c'est en juin, qu'on doit déposer le bilan provisoire et en Septembre le bilan définitif... »
Cadre	« Si notre comptabilité à l'hôpital est établie conformément au système comptable tunisien privé, c'est qu'on doit être placé sous le régime de l'EPIC tout en abandonnant le régime de

administratif E	l'EPA... »
Agent administratif C	« ...on travaillait avec la comptabilité publique, c'est en 1995, qu'on a changé pour la comptabilité générale, au lieu des articles, on a travaillé avec les comptes... »
Cadre administratif B	« La différence réside aussi au niveau de la comptabilité. A l'EPS, c'est la comptabilité à partie double alors qu'à l'EPA, c'est la comptabilité publique régie par le code de la comptabilité publique de 1973. La comptabilité à partie double, on peut délimiter avec le patrimoine de l'hôpital, alors que la comptabilité publique et dans la mesure où l'hôpital est rattaché à l'autorité de tutelle... »

Tableau 39 : Exemples de verbatim de la comptabilité

Néanmoins, si l'institutionnalisation de la comptabilité à partie double, s'est faite sans retard, ça n'a pas été le cas pour la comptabilité analytique. Cette variante de la comptabilité, en dépit de son importance, tarde encore à s'imposer.

Répondant	Exemples de verbatim
Rapport de contrôle interne (2009)	« Il faut rendre opérationnelle l'unité de comptabilité analytique d'exploitation et la doter des moyens nécessaires pour son fonctionnement. L'EPS a créé une unité de comptabilité analytique le 01/01/2009, mais elle n'est pas encore mise effectivement en exploitation.»
Cadre administratif F	«...Egalement, ici ils n'utilisent pas la comptabilité analytique, alors que c'est dommage pour l'hôpital. La comptabilité est indispensable pour calculer le coût de revient de chaque patient. La comptabilité est très importante dans le privé, elle vient avant toutes les autres fonctions pour calculer la marge... Il n'y a pas de gestion prévisionnelle à l'hôpital. Egalement il n'y a pas de comptabilité analytique. La comptabilité analytique elle permet de savoir pour chaque service, ce qu'il est entrain de faire, de calculer le coût de revient par malade, ou bien encore de préparer le budget à l'avance... »

Tableau 40 : Exemples de verbatim de la comptabilité analytique

Et ceci au même titre que l'audit et le contrôle de gestion. Bien que la création de ces unités remonte à plusieurs années, leur fonctionnement reste sous-optimisé. L'absence d'audit interne est une entrave à un suivi rigoureux de l'application des instructions de la direction générales et des dispositions légales et réglementaires. Il convient de souligner, à ce propos que l'audit interne est à la poursuite de trois objectifs concomitants :

- L'examen des procédures de travail internes existantes en vue de leur amélioration
- La vérification de l'application des directives de la direction générale
- La sauvegarde du patrimoine de l'hôpital par la mise en place de procédures de contrôle

Pour le contrôle de gestion, malgré qu'une unité ait été créée, cette dernière ne participe que de façon limitée.

Répondant	Exemples de verbatim
Agent administratif C	«Avant, on n'avait pas de service d'audit interne, ce service a été crée en 1998...
Rapport de CI (2009)	« Il faut mettre en place les procédures et les programmes d'audit approuvés par la direction générale. Il n'existe pas de procédures et des programmes d'audit spécifiques et approuvés par la direction générale pour chaque fonction existante... »
Cadre administratif B	« La différence entre l'EPA et l'EPS, c'est qu'il y a quelques services qui sont présents à l'hôpital et qui n'existent pas dans l'EPA, tel le service budget. Ce service n'existe que dans l'EPS. A l'EPA, il n'y a pas de contrôle budgétaire, il est question uniquement de signer les bons de commandes et c'est tout. Dans la mesure où l'EPA est directement rattaché au budget de l'Etat, il n'est pas délimité par un plafond bien déterminé, contrairement à l'EPS, qui dispose d'un budget de fonctionnement, dont le dépassement pose problème et se trouve discuté devant le conseil d'administration... »
Rapport de contrôle interne (2009)	« Faire participer l'unité de contrôle de gestion à l'analyse budgétaire...En plus nous avons constaté que l'analyse des écarts à mettre en évidence entre les budgets et les réalisations n'est pas assurée actuellement par cette unité...le risque c'est que les charges et les produits peuvent être sous ou surestimés. Nous recommandons de mettre en valeur les écarts, qui vont aider énormément la direction générale à la bonne prise de décision au niveau de la gestion des budgets et les projets futurs de l'EPS... »
Rapport de contrôle interne (2009)	« Les prévisions budgétaires, ne sont pas établies sur la base d'une expression formalisée des besoins des différents services existants mais plutôt sur la base des données des exercices antérieurs actualisés par une majoration. Le risque est que le budget et l'évaluation des performances ne sont pas pris en considération... »
Rapport de contrôle interne (2009)	« Il faut généraliser l'établissement des tableaux de bords dans l'EPS. L'élaboration des tableaux de bord dans l'EPS n'est pas généralisée pour l'ensemble des activités de l'EPS... »

Tableau 41 : Exemples de verbatim de l'audit et de la gestion budgétaire

Par ailleurs, le rapport de contrôle interne a soulevé l'absence de l'utilisation des tableaux de bord à l'hôpital. La faible institutionnalisation de l'outil de gestion, tableau de bord, est un indicateur de la faible institutionnalisation de la réforme. Le tableau de bord est un outil de pilotage stratégique conçu pour aider le gestionnaire à la prise de décision. Il est constitué par un ensemble d'indicateurs opérationnels, visant le suivi de l'évolution des résultats et des écarts par rapport à des valeurs de référence. Les tableaux de bord, ont du mal à s'imposer au sein de l'administration, ils ne sont pas internalisés par les gestionnaires de l'hôpital et sont donc le signe fort de l'absence d'une vision stratégique claire.

Répondant	Exemples de verbatim
Rapport de contrôle interne (2009)	« Il faut généraliser l'élaboration des tableaux de bord dans l'EPS. L'élaboration des tableaux de bord dans l'EPS, n'est pas généralisée pour l'ensemble des activités de l'EPS... »

Tableau 42 : Exemples de verbatim des tableaux de bord

-Contractualisation

Il convient également de souligner que la contractualisation, compte parmi les autres mécanismes de la réforme qui s'inscrivent dans la mouvance de l'ouverture de l'hôpital sur le milieu privé. Cette dernière s'est arrêtée au stade de la théorisation sans pouvoir atteindre le stade de concrétisation. Elle n'a pas réussi à se détacher des textes pour prendre corps dans des actions concrètes.

Répondant	Exemples de verbatim
Rapport de CI (2009)	« Veiller à l'approbation du contrat programme par le ministère de la santé publique... »

Tableau 43 : Exemples de verbatim de la contractualisation

Lors de notre présence sur le terrain nous avons assisté à un séminaire de formation destiné à l'ensemble des cadres administratifs de l'hôpital. Ce séminaire a porté sur certains thèmes de management (gestion du temps, le comportement assertif et l'assertivité, la gestion des conflits et la négociation, le travail en équipe, le management participatif, le management par les objectifs...). Face aux recommandations prodiguées par le formateur, les cadres ont fait preuve d'un manque de conviction en déclarant que les pratiques rencontrent des difficultés pour être appliquées sur le terrain. Ils expliquent que la nature singulière, l'imprévisibilité et l'urgence de l'activité hospitalière ne favorisent pas la mise en œuvre de telles pratiques. Ils se sont montrés quelques fois agressifs dans leurs propos, remettant en cause le contenu du cours et déclarant que les pratiques et les concepts de gestion, ne sont que des théories. Ces réactions et positions sont révélatrices de leurs logiques d'action et de leurs rationalités.

Répondant	Exemples de verbatim
Cadre administratif L	« On se contente d'importer des théories d'Amérique et de les transposer abstraction faite de leur adaptation... »
Cadre administratif E	« On n'est pas prêt pour le changement... »

Tableau 44 : Exemples de verbatim de la perception des préceptes managériaux par les administratifs

Les premiers résultats de codage ont conclu à une institutionnalisation parcellisée de la réforme. A l'analyse de l'administration et de son activité, il s'est avéré l'existence d'un décalage dans l'appropriation des différentes logiques présidant à la réforme hospitalière. En effet si les applications semblent totalement appropriées par les administratifs, ce n'est pas le cas pour le conseil d'administration, et les autres logiques managériales de gestion des ressources humaines, de comptabilité analytique et de contrôle budgétaire. Il semblerait que l'analyse soutienne une incomplétude du système de gestion tel qu'il a été importé du privé et greffé dans le public, l'hôpital ayant procédé à une greffe partielle et catégorielle des outils de gestion.

Pour identifier la trajectoire d'évolution de l'administration vers une plus grande expansion organisationnelle par l'intériorisation des préceptes managériaux ou à l'opposé vers une rétention institutionnelle par le maintien en place des mêmes logiques et référents professionnels, nous avons procédé à une analyse lexicographique du discours des administratifs. Les terminologies d'usager et de l'hôpital peuvent être des indices forts de l'institutionnalisation ou de la non institutionnalisation des valeurs privées portées par les pratiques de gestion.

Les administratifs privilégient dans leurs discours les notions de « *citoyen* » et de « *patient* », ils ne font allusion à aucun moment à la notion de « *client* » ou de « *consommateur* ». Cette préférence affichée pour les deux notions de « *malade* » et de « *citoyen* » aux dépens de celle clientéliste et consumériste pourrait être révélatrice d'un attachement à l'essence humaniste de l'hôpital. En associant à l'usager la figure suprême de malade et de citoyen, ils semblent tarder à s'aligner sur une orientation client telle que prônée par la réforme hospitalière.

Notions clés	Fréquence
Notion « malade » ou « patient »	<u>Fréquence d'apparition</u>
	Cadre administratif K (1,7%)
	Cadre administratif G (1,6%)
	Cadre administratif D (1,2%)
	Cadre administratif B (0,9%)
	Cadre administratif C (0,6%)
	Cadre administratif E (0,5%)
Agent administratif G (1,6%)	

	Agent administratif H (0,9%) Agent administratif B (0,8%) Agent administratif D (0,7%) Agent administratif I (0,6%) Agent administratif E (0,5%) Agent administratif F (1%) <u>Fréquence de codage des notions « malade » ou « patient » pour le service CE (28,33%)</u>
Notion « Citoyen »	<u>Fréquence d'apparition</u> Cadre administratif B (1,8%) Cadre administratif D (1,6%) Cadre administratif I (1,2%) Cadre administratif C (1%) Agent administratif A (2,4%) Agent administratif E (2,2%) Agent administratif C (1,8%) Agent administratif G (1,7%) <u>Fréquence de codage de la notion « Citoyen » pour le service administration (43,48%)</u>
Notion « Client » ou « Consommateur »	Fréquence d'apparition 0

Tableau 45 : Analyse terminologique de la notion « usager » par le personnel du service administration

Par ailleurs, ils affichent leur appartenance au service public et à ses fondements.

Notions clés	Fréquence
Attachement à l'appartenance service public	à au Fréquence d'apparition Cadre administratif F (3,5%) Cadre administratif G (2%) Cadre administratif E (1,7%) Cadre administratif I (1,6%) Cadre administratif K (1,1%)

	Cadre administratif B (0,8%) Agent administratif A (1,4%) Agent administratif E (1,3%) Agent administratif D (1,3%) Agent administratif C (1,2%) Agent administratif G (1,2%)
--	--

Tableau 46: Analyse terminologique de l'appartenance au service public par le personnel du service administration

Pour ce qui est de la terminologie de l'hôpital, et comme l'indique les fréquences de codage, les répondants ont une préférence manifeste pour les notions d'établissement, d'EPS et d'hôpital. Cette tendance pourrait s'expliquer par le fait qu'ils associent la réforme à l'EPS. Cette confusion est une preuve en plus de l'institutionnalisation symbolique et fictive de la réforme, qui s'arrête à la simple dénomination sociale c'est-à-dire à la forme sans pouvoir s'immerger dans le fond.

Notions clés	Fréquence
Notion « Hôpital »	<u>Fréquence d'apparition</u> Cadre administratif G (1,3%) Cadre administratif F (1,1%) Cadre administratif E (1,1%) Cadre administratif H (1%) Cadre administratif K (0,8%) Cadre administratif B (0,8%) Cadre administratif D (0,7%) Agent administratif B (1,1%) Agent administratif E (1%) Agent administratif I (0,6%) <u>Fréquence de codage de la notion « Hôpital », pour le service administration (31,75%)</u>
Notion « Etablissement »	<u>Fréquence d'apparition</u> Agent administratif C (2%)

	Agent administratif B (2%) <u>Fréquence du codage de la notion « Etablissement » pour le service administration (61,54%)</u> <u>Fréquence de codage de la notion « EPS » pour le service administration (53,33%)</u>
Notion « Institution »	<u>Fréquence d'apparition</u> Cadre administratif E (1,3%)

Tableau 47 : Analyse terminologique de la notion « *hôpital* » par le personnel du service administration

Les premiers résultats du codage ayant conclu à une institutionnalisation relativement élevée de la réforme et de ses mécanismes, aussi bien en termes d'étendue que de type, laissent présager que ces derniers jouissent d'un fort capital de légitimité. En effet, et partant du postulat selon lequel la réforme et les pratiques qui lui servent de support ne peuvent être institutionnalisées, que si elles sont légitimées, nous avons procédé à une étude des légitimités en jeu.

4-2-3 Légitimité de la réforme et de ses mécanismes

A cet égard, l'analyse de la légitimité de la réforme a mis en avant son caractère polymorphe, à la fois technique, pragmatique, morale, managériale et conséquentielle.

La légitimité technique de la réforme telle qu'elle se présente pour le service administration récolte 66,67% de fréquence de codage. Elle relève à la fois d'une légitimité technique pure de cohérence interne et d'une légitimité technique adaptation à l'hôpital. Les répondants associent à ces deux sous- légitimités techniques, des arguments de codage défavorable, de l'ordre respectivement de 75% et de 50%. Ils considèrent que la réforme telle qu'elle a été conçue présente des incohérences d'ordre technique.

Légitimité technique	Service administration (66,67%)	Légitimité technique pure cohérence interne défavorable (75%)
	Cadre administratif (75%)	Légitimité technique adaptation à l'hôpital défavorable (50%)
	Agent administratif (25%)	
	30-49 ans (75%)	

	50-60 ans (25%)	
	0-10 ans (37,5%)	
	10-20 ans (12,5%)	
	20-30 ans (50%)	

Tableau 48 : Fréquences de codage de la légitimité technique de la réforme pour le personnel du service administration

Tout d'abord, ils soulignent son caractère désuet qui n'est plus à l'ordre du jour. En effet, le manuel des procédures, ayant servi au lancement de la réforme depuis 1991, n'a pas été mis à jour et actualisée, pour être en adéquation avec les changements intervenus à l'hôpital. Ensuite, ils soulèvent le flou juridique qui entoure la notion d'EPS, tout en insistant sur le fait que le caractère hybride de la réforme ne fait qu'accentuer l'amalgame et la confusion chez le personnel hospitalier. Le changement du statut juridique « *bâtard* » de l'EPS, entre EPA et EPIC, n'a pas amené avec lui une transformation du statut des fonctionnaires administratifs publics. Ces derniers ont continué à être régis par la loi de la fonction publique, contrairement au directeur général qui a accédé au statut particulier de l'EPIC. Ce non parallélisme des formes juridiques, a été dénoncé à plusieurs reprises par les cadres administratifs qui appellent à un éclaircissement de leur situation juridique. Enfin, ils pensent que la réforme en ce qu'elle a été inspirée en grande partie du modèle canadien n'est pas adaptée au contexte tunisien. Ils mettent en doute le principe de mimétisme qui a guidé la mise en œuvre de la réforme et la possibilité d'une réplique pure de la réforme canadienne, en raison du particularisme du contexte tunisien.

La légitimité pragmatique de la réforme pour le service administration présente 47,06% de fréquence de codage dont 37,5% pour les cadres administratifs et 62,5% pour les agents administratifs. Cette légitimité pragmatique admet plusieurs sous variantes à la fois managériale et d'échange.

La légitimité pragmatique managériale récolte 50% de fréquence de codage. Les répondants administratifs ont un avis partagé sur la réforme et ses aptitudes managériales en termes de réalisation du travail administratif. La légitimité pragmatique managériale de la réforme pour les cadres administratifs s'élève à 33,33% de fréquence de codage et de 66,67% pour les agents administratifs.

Enfin, la légitimité pragmatique d'échange totalise 57,14% de fréquence de codage dont 33,33% d'arguments défavorables pour la dimension échange financière.

Légitimité pragmatique	Administration (47,06%) Cadre administratif (37,5%) Agent administratif (62,5%) 30-49 ans (50%) 50-60 ans (50%) 0-10 ans (12,5%) 10-20 ans (75%)
Légitimité pragmatique managériale	Légitimité pragmatique managériale favorable (62,5%) Légitimité pragmatique managériale défavorable (25%) Cadre administratif (33,33%) Agent administratif (66,67%) 30-49 ans (50%) 50-60 ans (50%) 0-10 ans (16,67%) 20-30 ans (83,33%)
Légitimité pragmatique échange	Administration (57,14%) Légitimité pragmatique d'échange financière défavorable (33,33%)

Tableau 49 : Fréquences de codage de la légitimité pragmatique de la réforme pour le personnel du service administration

Les avis des cadres et des agents administratifs divergent sur les bienfaits managériaux de la réforme. Alors que certains d'entre eux, notamment dans les services approvisionnement et de paie, vantent les vertus managériales de la réforme ayant favorisé une meilleure réalisation du travail dans les services administratifs, d'autres lui reprochent d'avoir mené à l'amplification du travail et à son délitement. Dans les deux services administratifs d'approvisionnement et de paie, les répondants reconnaissent des avantages à la réforme hospitalière, par le renforcement de l'autonomie de gestion. Cette dernière a amené un allègement de la bureaucratie et a assuré une plus grande flexibilité et souplesse pour la gestion des affaires courantes de l'administration. Néanmoins, d'autres administratifs portent un regard critique sur la réforme qu'ils considèrent comme ayant entraîné une désagrégation de la charge de

travail. En termes de légitimité pragmatique d'échange financière, les répondants portent un regard critique sur la réforme. Ils lui reprochent son incapacité à pouvoir apporter une amélioration de leur situation financière.

Pour la légitimité morale de la réforme telle qu'elle se présente pour le service administration, elle s'élève à 40% de fréquence de codage, dont 50% pour la légitimité morale conséquentielle. Les agents administratifs jugent la moralité de la réforme en termes de climat social du travail. Ils associent à la réforme une légitimité morale conséquentielle pour les relations humaines défavorable de l'ordre de 33,33%. La réforme selon eux aurait entraîné une détérioration des relations humaines, les personnes devenues de plus en plus occupées à maximiser leurs intérêts personnels. La réforme a contribué à la fragilisation du collectivisme à l'hôpital à la faveur de l'accentuation de l'individualisme. En effet, cette dernière en raison de l'augmentation du nombre de services dans l'administration a provoqué une dispersion géographique du personnel, disséminé dans plusieurs endroits et de la sorte contraints à un éloignement qui a fragilisé les liens ayant été tissés par le passé.

Légitimité morale	Administration (40%)
	Légitimité morale conséquentielle (50%)
	Légitimité morale conséquentielle pour les relations humaines défavorable (33,33%)

Tableau 50 : Fréquences de codage de la légitimité morale de la réforme pour le personnel du service administration

Les répondants dans le service administration associent à la réforme une légitimité managériale dont la fréquence de codage s'élève à 90%, réparti à hauteur de 44,44% pour les cadres administratifs et 55,56% pour les agents administratifs. La légitimité managériale en question récolte 87,5% d'arguments favorables de codage. Pour les cadres administratifs, cette fréquence s'élève à 57,14% elle est de 42,86% pour les agents administratifs.

Légitimité managériale	Administration (90%)
	Cadres administratifs (44,44%)
	Agents administratifs (55,56%)
	30-49 ans (66,67%)
	50-60 ans (33,33%)
	0-10 ans (22,22%)
	10-20 ans (33,33%)

	20-30 ans (44,44%)
	Légitimité managériale favorable (87,5%)
	Cadre administratif (57,14%)
	Agent administratif (42,86%)
	30-49 ans (71,43%)
	50-60 ans (28,57%)
	10-20 ans (28,57%)
	20-30 ans (42,86%)
	Légitimité pragmatique managériale défavorable
	Cadre administratif (33,33%)
	Agent administratif (66,67%)
	30-49 ans (66,67%)
	50-60 ans (33,33%)
	0-10 ans (16,67%)
	10-20 ans (33,33%)
	20-30 ans

Tableau 51 : Fréquences de codage de la légitimité managériale de la réforme pour le personnel du service administration

Dans les propos recueillis auprès des répondants administratifs, il y a une quasi unanimité quant aux avantages gestionnaires de la réforme. Ils mettent en avant une amélioration de l'organisation du travail au sein de l'administration, qu'ils attribuent à deux raisons principales :

Tout d'abord l'allègement de la bureaucratie permettant le raccourcissement des délais d'attente, et une plus grande souplesse pour la gestion des affaires courantes de l'hôpital (lancement des marchés, des consultations et des appels d'offre publics pour l'approvisionnement...). Ensuite une plus grande spécialisation administrative par la départementalisation et l'augmentation du taux d'encadrement administratif. La nouvelle organisation de l'administration en plusieurs départements, spécialisé chacun dans un domaine particulier a favorisé un meilleur agencement du travail.

Néanmoins, cet avis n'est pas partagé par l'ensemble des répondants. En particulier, les agents administratifs, dont les arguments défavorables de la légitimité managériale de la réforme s'élève à 66,67% de fréquence de codage, contre 33,33% pour les cadres administratifs. Ces derniers voient d'un mauvais œil la réforme. Ils considèrent que la réorganisation de l'administration telle qu'amorcée par la réforme n'a pas été bénéfique à la réalisation du travail, en ce qu'elle a entraîné sa complexification et sa désagrégation. Le travail qui était réalisé par un seul agent, l'est devenu par plusieurs, appartenant à différents services, pouvant accroître ainsi le risque d'affrontement entre eux. Par ailleurs, l'augmentation du taux d'encadrement administratif, entraîne une élongation de la ligne hiérarchique et donc un retard de réalisation.

Cette divergence entre les cadres et les agents administratifs sur la « *managérialisation* » de l'hôpital et en particulier de l'administration, tient à la qualité même du travail. Les agents administratifs, cantonnés à la réalisation de simples tâches « *exécutives* », voient en la réforme une accentuation de la détérioration de leur situation professionnelle, et ce à l'opposé des cadres administratifs qui y voient une valorisation. La réforme hospitalière par la greffe des outils de gestion, constitue pour les cadres administratifs une opportunité pour asseoir leur identité professionnelle, longtemps dominée par les identités médicale et soignante.

La légitimité conséquentielle de la réforme pour le service administration s'élève à 66,67% de fréquence de codage. La légitimité conséquentielle de la réforme est principalement d'ordre structural.

Légitimité conséquentielle	Administration (66,67%) Cadre administratif (33,33%) Agent administratif (66,67%) 30-49 ans (66,67%) 50-60 ans (33,33%) 0-10 ans (16,67%) 10-20 ans (16,67%) 20-30 ans (16,67%) Légitimité conséquentielle favorable (80%) Légitimité conséquentielle structurale favorable (80%)
----------------------------	--

	Légitimité conséquentielle structurelle défavorable (66,67%)
--	--

Tableau 52 : Fréquences de codage de la légitimité conséquentielle de la réforme pour le personnel du service administration

Les principales conséquences de la réforme évoquées par les répondants administratifs portent sur la structure organisationnelle. Ils mettent l'accent sur la prolifération du nombre de services administratifs.

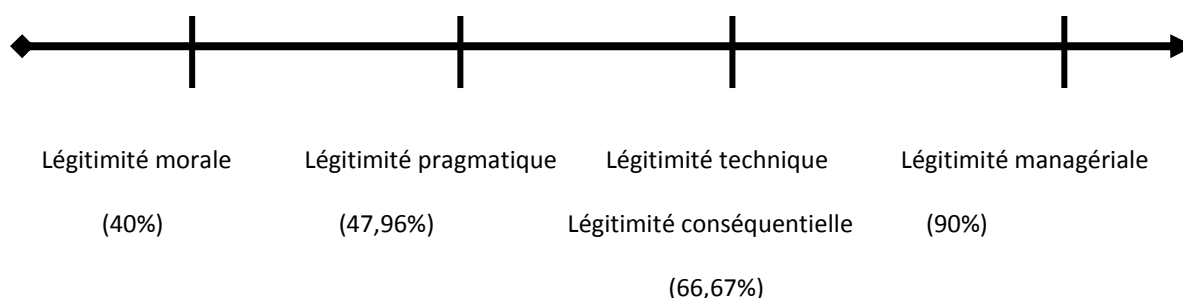


Figure 22 : Continuum de la légitimité de la réforme pour le service administration

Les différentes fréquences de codage ont révélé la supériorité des légitimités managériale et technique de la réforme, par rapport aux autres légitimités conséquentielle, pragmatique et morale. Cette supériorité s'explique notamment par l'ascendance professionnelle des cadres et des agents administratifs, qui jugent la réforme sous l'angle de ses aspects techniques, juridiques et managériaux. Ils ont une compréhension de la réforme hospitalière qui diffère des autres catégories professionnelles.

Au même titre que la réforme, les principaux mécanismes, lui servant de support ont fait l'objet d'une analyse de leur légitimité. Il s'agit respectivement du conseil d'administration, des applications informatiques, de la sous-traitance et des activités privées complémentaires (APC).

La légitimité technique du conseil d'administration telle qu'elle se présente pour le service administration s'élève à 60% de fréquence de codage. La légitimité technique pure du conseil d'administration relève principalement de sa cohérence interne, à laquelle les répondants associent des arguments de codage défavorables de l'ordre de 60%.

Légitimité technique	Administration (60%) 30-49 ans (66,67%) 50-60 ans (33,33%)
----------------------	--

	0-10 ans (33,33%)
	10-20 ans (33,33%)
	20-30 ans (33,33%)
	Légitimité technique pure cohérence interne défavorable (60%)

Tableau 53: Fréquences de codage de la légitimité technique du conseil d'administration

Les administratifs remettent en cause la composition et le rôle du conseil d'administration. Ils dénoncent la sous-représentativité de la catégorie administrative en son sein, et expliquent que même le directeur général, censé représenter l'administration, n'y assiste qu'à titre consultatif. Par ailleurs, ils considèrent que le conseil d'administration et dans la mesure où son président est nommé par l'autorité de tutelle, ne fait que consacrer la centralisation du pouvoir et appellent de ce fait à remplacer la procédure de nomination par celle d'élection.

La légitimité pragmatique du conseil d'administration telle qu'elle se présente pour le personnel du service administration, affiche une fréquence de codage de l'ordre de 66,67%, dont 75% pour les cadres administratifs et 25% pour les agents administratifs. La légitimité pragmatique relève à la fois des dimensions échange et influence. La légitimité pragmatique d'échange porte sur les aspects reconnaissance, participation et représentativité. Les répondants jugent la légitimité pragmatique d'échange du conseil d'administration par référence aux dimensions respectives de reconnaissance, de participation et de représentativité. Ces dimensions récoltent des arguments défavorables de codage de l'ordre respectivement de 87,5%, de 85,71% et de 75%. (La légitimité pragmatique d'échange représentativité pour les cadres administratifs (66,67%) et pour les agents administratifs (33,33%).

La légitimité pragmatique d'influence récolte également des arguments de codage défavorable à hauteur de 88,89%.

Les administratifs voient d'un mauvais œil le conseil d'administration. Ils considèrent que cet organe exerce un pouvoir d'éviction à leur égard, en les mettant à l'écart de ses travaux. Ils voient cette marginalisation comme une marque de non reconnaissance du corps des administratifs et par la même une consécration de la suprématie de certaines catégories professionnelles, en l'occurrence les médecins. Ils regrettent également la volonté de confiscation du pouvoir par le conseil d'administration qui intervient dans toutes les

décisions, mêmes celles ayant trait à la gestion courantes des affaires administratives. Ils voient en cette immixtion, une entrave à la capacité d'influence de l'administration.

La légitimité managériale du conseil d'administration s'élève à 50% de fréquence de codage pour le personnel de l'administration.

La légitimité cognitive du conseil d'administration pour le service administration présente 46,15% de fréquence de codage.

La légitimité charismatique du conseil d'administration présente 55,56% de fréquence de codage, répartie comme suit entre les cadres administratifs (80%) et les agents administratifs (20%).

La légitimité charismatique relève de la double dimension expertale et d'influence.

Le personnel dans le service administration associe au conseil d'administration, une légitimité charismatique expertale défavorable de l'ordre de 50%.

En termes de légitimité charismatique d'influence, il lui associe une fréquence de codage de l'ordre de 62,5%, dont 57,14% d'arguments défavorables (la légitimité charismatique influence perçue pour les cadres administratifs (80%) et pour les agents administratifs (20%).

Les administratifs perçoivent négativement le conseil d'administration. Tout d'abord d'un point de vue expertale, ils considèrent que le conseil d'administration dans la mesure où son président est nommé par l'autorité de tutelle, et qu'il compte des membres représentatifs de toutes les sphères professionnelles hormis la sphère administrative, se place à la marge des problèmes quotidiens de l'hôpital. Ils s'étonnent de la présence d'un représentant de l'association de défense des consommateurs, d'un représentant de la mairie, alors que les administratifs qui sont les mieux placés pour éclairer sur les problèmes de l'hôpital en sont absents. En effet, ces derniers considèrent que le fait de les tenir à l'écart des travaux et des assemblées du conseil d'administration constitue un manque à gagner en expertise. Ensuite, en matière de capacité d'influence, le personnel administratif laisse dégager une certaine frustration à l'idée de ne pas pouvoir participer activement et effectivement aux travaux des assemblées générales et de prendre la place de spectateur au lieu de celle d'acteur.

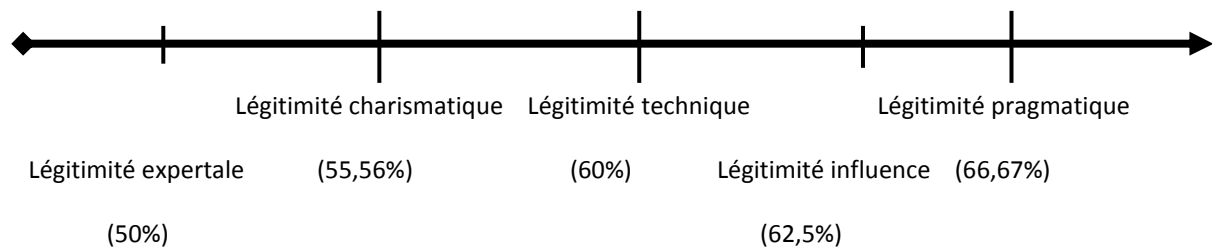


Figure 23 : Continuum de la légitimité du conseil d'administration pour le service administration

Le personnel du service administration associe aux applications informatiques une légitimité technique de l'ordre de 77,78%, dont 71,43% pour les cadres administratifs et 28,57% pour les agents administratifs. Cette légitimité concerne la cohérence interne de leur conception, qui s'élève à 77,78% de fréquence de codage. Les administratifs associent aux logiciels une légitimité technique pure défavorable de l'ordre de 75% répartie comme suit entre les cadres administratifs (66,67%) et les agents administratifs (33,33%). Cette légitimité technique des applications informatiques est défavorable à hauteur de 75%. En effet, aussi bien les cadres administratifs (66,67%), que les agents administratifs (33,33%) soulèvent les lacunes techniques des logiciels informatiques de gestion. Ces anomalies techniques ont été particulièrement dénoncées par le personnel jeune, dont l'âge varie entre 30 et 49 ans (33,33%), contrairement à celui plus âgé 50-60 ans (16,67%). En effet, le personnel administratif jeune, âgé entre 30 et 49 ans, semble accorder une plus grande importance aux aspects techniques des applications informatiques. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que le personnel jeune dispose d'une plus grande maîtrise de l'outil informatique comparé à celui ancien, longtemps habitué au travail manuel.

Tout en louant la facilité d'usage des applications informatiques, certains répondants ne manquent pas de critiquer leur qualité ergonomique et leur obsolescence. Néanmoins, les principales déficiences techniques évoquées par les répondants concernent le volet intégration des applications informatiques. Ils expliquent que les différentes applications informatiques, en dépit de leur fort potentiel, sont utilisées de façon sous-optimisée. Elles sont superposées les unes sur les autres sans être en mesure d'aboutir à un système d'information hospitalier. Le cloisonnement propre à l'hôpital et à ses différents services, se trouve hérité par les applications informatiques. Ces dernières, en raison de leur défaut d'intégration sont utilisées par les usagers isolément les unes des autres. C'est ainsi, qu'elles se dressent comme un

obstacle à la prise de décision. L'hôpital étant un haut lieu de « *sécrétion et de génération* », d'informations de tout genre, gestionnaire, médicale, sociale, épidémiologique..., a besoin d'un système d'information médicalisé performant pour l'aide à la prise de décision. La diversité professionnelle de l'hôpital, crée également une diversité sémantique, qui appelle à être régulée. Les tensions souvent récurrentes entre les professionnels de la santé et les administratifs de santé, en raison de la divergence de leurs logiques professionnelles (logique de moyens vs logique de résultats) devraient être apaisées. Les applications informatiques une fois intégrées permettent une standardisation du langage hospitalier, l'écrit et l'oral qui ont longtemps dominé les échanges professionnelles, seront remplacé par le numérisé.

Pour mettre l'accent sur cette carence stratégique qui frappe le système d'information hospitalier, les répondants soulignent également le caractère rudimentaire de ces dernières. Elles sont utilisées comme des calculatrices, pour les simples besoins de comptage. Le volet utilisation des logiciels informatiques, prend le dessus sur le volet exploitation.

La légitimité pragmatique des applications informatiques pour le personnel du service administration s'élève à 66,67% de fréquence de codage, répartie à hauteur de 50% entre les cadres administratifs et les agents administratifs. La légitimité pragmatique est principalement d'ordre managérial (66,67%). Les répondants lui associent 62,5% d'arguments favorables. Ils soulignent les bienfaits managériaux des applications informatiques qui ont favorisé une amélioration de la réalisation du travail. Ces dernières sont plus pratiques en ce qu'elles assurent une certaine célérité et rapidité qui ont longtemps fait défaut aux établissements hospitaliers. Il convient de souligner à cet effet, que les cadres et les agents administratifs utilisent différemment les logiciels informatiques, si les premiers y ont recours pour les besoins de consultations, les autres c'est pour les besoins de saisie.

Les répondants dans le service administration associent aux logiciels informatiques une légitimité normative de l'ordre de 80%, dont 62,5% pour les cadres administratifs et 37,5% pour les agents administratifs. La légitimité normative est scindée en plusieurs sous-légitimités : réglementaire, prévisibilité et mimétique. En termes coercitif et de prévisibilité les répondants ont une perception favorable de la légitimité normative des applications informatiques (75%). Pour les cadres administratifs (66,67%), pour les agents administratifs (33,33%). En termes de mimétisme par rapport au champ organisationnel élargi des hôpitaux, ils en ont une perception favorable de l'ordre de 66,67%.

Les applications informatiques, dans la mesure où elles ont été délivrées par le CIMSP, leur utilisation relèverait d'une obligation légale et coercitive. Les administratifs, sont tenus d'en faire usage pour être en adéquation avec les directives de l'autorité de tutelle. Toutefois, la dimension coercitive n'explique pas à elle seule l'obligation d'usage des logiciels informatiques, d'autres raisons d'ordre de l'inévitabilité et du mimétisme interviennent. La prévisibilité est entendue dans le sens où des facteurs économiques et sociaux rendent inévitable et indispensable l'usage des applications informatiques. Le responsable du service approvisionnement explique qu'avant ils pouvaient utiliser la paperasse, le marché ne comptant qu'un nombre réduit de fournisseurs, mais que vu l'augmentation incessante de leur nombre, le passage à l'informatique devenait inéluctable. Pour ce qui est de la dimension mimétique, les hôpitaux publics, devaient s'aligner sur les autres organisations publiques, notamment pour la gestion de la paie et des congés, les employés de l'hôpital, étant régis par le statut de la fonction publique.

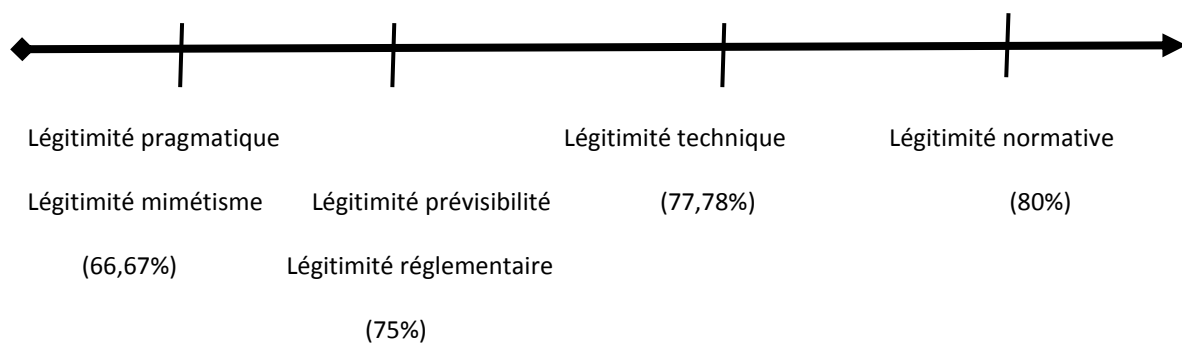


Figure 24: Continuum de la légitimité des applications informatiques pour le service administration

En ce qui concerne, la légitimité pragmatique de la sous-traitance pour le service administration est d'ordre managérial. Elle présente un taux de codage de l'ordre de 20% de fréquence de codage. Les répondants administratifs considèrent que l'externalisation de certains services auxiliaires via la sous-traitance s'imposait pour permettre à l'hôpital de se concentrer sur son cœur de métier.

La légitimité normative de la sous-traitance pour le service administration présente une fréquence de codage de l'ordre de 66,67%. La dimension normative pour la sous-traitance concerne principalement les aspects inévitabilité et mimétisme. Pour le service comptabilité notamment, en raison du retard accumulé pour l'établissement des états financiers, l'hôpital a fait appel temporairement aux services d'un cabinet d'assistance de travaux comptables. D'un

point de vue mimétique, l'introduction de la sous-traitance à l'hôpital telle que prévue par la réforme hospitalière prend exemple sur les hôtels en termes de qualité d'hébergement.

La légitimité morale de la sous-traitance telle qu'elle se présente pour le service administration récolte 66,67% de fréquence de codage. Les répondants remettent en cause la moralité de la pratique de sous-traitance (66,67%), en ce qu'elle porte atteinte aux valeurs éthiques du travail.

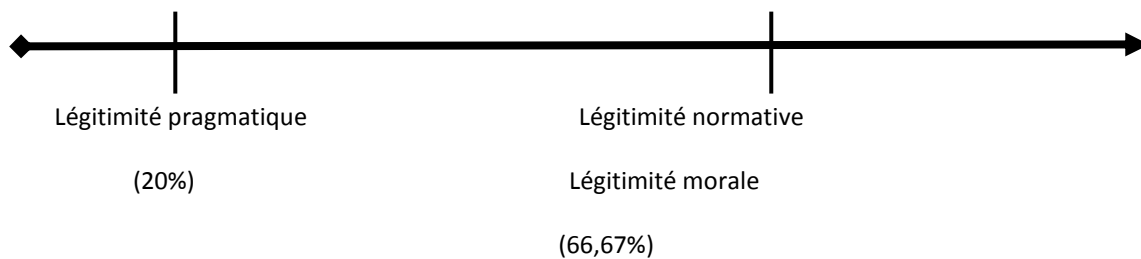


Figure 25 : Continuum de la légitimité de la sous-traitance pour le service administration

Les répondants tout en dénonçant les aspects négatifs de la sous-traitance sous un angle éthique, insistent sur sa nécessité pratique pour l'hôpital. Ils considèrent que l'hôpital doit se décharger des fonctions accessoires et annexes pour se concentrer sur son cœur de métier.

Enfin pour les APC, les répondants dans le service administration leur associent une légitimité morale procédurale défavorable équivalent à 12,5%. Ils considèrent que les APC portent préjudice à la qualité humaine de l'hôpital, en mettant l'emphase sur les valeurs pécuniaires et financières. Les APC ont amené une fragilisation des valeurs humaines, éthiques et déontologiques de l'hôpital, le personnel devenu plus occupé à maximiser ses intérêts aux dépens de ceux de la collectivité. L'hôpital, aurait perdu ainsi sa substance institutionnelle pour se mouvoir en une sorte d'« *hôpital-entreprise* » à vocation non philanthropique et lucrative.

Les APC constituent la zone d'ombre dans l'EPS, presque tout le personnel les accuse d'avoir provoqué la dégradation de l'hôpital. Les médecins, cumulent plusieurs responsabilités, étant à la fois des chefs de service, des responsables d'enseignement et d'unité de recherche et travaillent dans les APC, il y a un risque qu'un ou plusieurs de ces rôles viennent l'emporter sur les autres. Parmi les conséquences induites par les APC, plusieurs répondants ont évoqué le fait que les médecins seniors ont déserté le service, les laissant aux résidents et aux

internes, chose qui a également entraîné la détérioration du niveau de formation dispensée à l'hôpital. Elles ont porté atteinte à la vocation universitaire de l'hôpital, ceci est clairement discernable dans le recul du statut CHU, de l'hôpital au profit de celui EPS. L'éloignement des médecins de l'hôpital et des services pour s'intéresser aux APC traduit à son tour un retrait des valeurs humaines morales, des codes déontologiques et des normes éthiques. Les médecins sont devenus plus intéressés par les valeurs marchandes de gains et de profits.

Les APC auraient provoqué une dénaturation de l'hôpital. Elles ont vidé l'hôpital de son essence humaine, le faisant basculer vers le monde marchand, privilégiant les valeurs monétaires et pécuniaires, soit une « *déshumanisation* » de l'hôpital, en affectant les valeurs qui fondent son identité institutionnelle. Elles rompent avec la « *médecine humanitaire* » pour se positionner en faveur d'une « *médecine pécuniaire* ». Le personnel semble changer ses référents personnels et professionnels primaires en s'inscrivant dans une perspective de l'avoir où les logiques d'opportunisme et de motivation semblent guider la réalisation du travail (légitimité par les résultats et prévalence de logique de conséquentialité). Les APC consacrent une logique pécuniaire et rationnelle axée sur la poursuite d'objectifs financiers et donc une prise de position en faveur de l'expansion organisationnelle manifeste via une bureaucratie d'accaparement des ressources dans une logique téléologique.

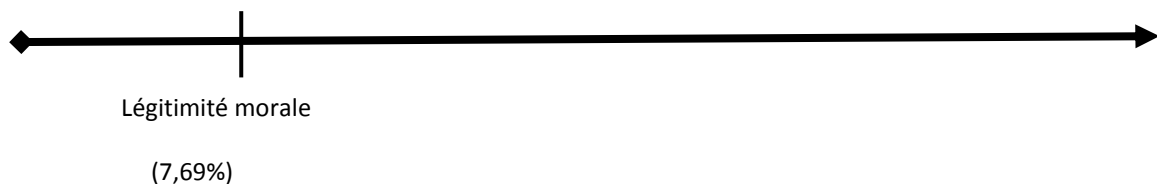


Figure 26 : Continuum de la légitimité des APC pour le service administration

Il serait très restrictif de limiter la légitimité de l'hôpital à la légitimité de la réforme. Cette dernière n'est qu'une facette parmi d'autres facettes de la légitimité polymorphe de l'hôpital. C'est ainsi que nous avons choisi de scinder la légitimité de l'hôpital en deux niveaux : légitimité professionnelle et légitimité de service, pour aboutir in fine à la légitimité globale de l'hôpital.

4-2-4 Légitimité professionnelle

La légitimité professionnelle compte respectivement les légitimités pragmatique, normative, morale et charismatique.

4-2-4-1 Légitimité professionnelle pragmatique

La légitimité pragmatique professionnelle pour le service administration s'élève à 38,46% de fréquence de codage dont 60% pour les cadres administratifs et 40% pour les agents administratifs. La légitimité pragmatique est principalement d'échange, d'influence et dispositionnelle.

Pour la légitimité pragmatique d'échange, elle totalise 45,45% de fréquence de codage. La légitimité pragmatique d'échange concerne l'aspect financier, de carrière, de reconnaissance.

Les répondants sont insatisfaits des aspects financiers de leur travail, puisqu'ils lui accordent des arguments défavorables de codage de l'ordre de 60%, dont 66,67% pour les cadres administratifs et 33,33% pour les agents administratifs. Pour le personnel âgé entre 20 et 29 ans, la fréquence de codage s'élève à 33,33% et à 66,67% pour celui âgé entre 30 et 49 ans. Pour le personnel ancien 0-10 ans, la fréquence de codage totalise 66,67% et celui entre 20-30 ans à 33,33%. Les fréquences de codage laissent apparaître que le personnel plus vieux dont l'âge varie entre 30 et 49 ans, et paradoxalement les plus néophytes à l'hôpital sont plus intéressés par les aspects pécuniaires. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le personnel jeune ne peut aspirer au début de sa carrière à des avantages financiers et que ces revendications ne commencent à s'exprimer qu'une fois passée une certaine période. Pour ce qui sont du personnel relativement vieux et ancien ils ont des réclamations financières qu'ils expriment mais qui au fil du nombre d'années passées à l'hôpital et à défaut d'être concrétisés lâchent prise.

Pour la gestion des carrières, les administratifs en sont insatisfaits et lui associent des arguments de codage défavorables dont la fréquence s'élève à 71,43%.

Pour la légitimité pragmatique d'échange pour la reconnaissance de leur identité professionnelle, les répondants sont partagés entre les sentiments de satisfaction (légitimité pragmatique d'échange reconnaissance favorable 50%) et d'insatisfaction (légitimité pragmatique d'échange reconnaissance défavorable 52,94%).

La légitimité pragmatique professionnelle d'influence s'élève à 22,22% de fréquence de codage.

Enfin, pour la légitimité pragmatique dispositionnelle, elle s'élève à 33,33% de fréquence de codage.

Aussi bien les cadres que les agents administratifs s'accordent pour dénoncer la discrimination professionnelle pratiquée à leur égard. Ils appellent à une revalorisation du personnel administratif à l'hôpital. La ségrégation prend diverses formes : tout d'abord financière, ensuite statutaire, et enfin d'estime. Les administratifs pensent que les rémunérations sont en dessous de leurs contributions et qu'il existe une différence significative entre leurs salaires et ceux des médecins. Ils se plaignent également de l'absence d'un statut propre à eux, au même titre que d'autres administratifs dans d'autres établissements publics tels que les offices. Ces derniers restés sous l'empire de la loi de la fonction publique, exigent une révision de leur statut. Enfin, ils estiment qu'ils n'ont pas la reconnaissance qu'ils pensent mériter. Ils expliquent qu'ils sont lésés dans leurs droits d'accès aux promotions et aux évolutions de grade. En effet, ils estiment que les paramédicaux sont privilégiés, en ce qu'ils ont de plus grandes chances pour avancer dans les grades. Ils ajoutent que la discrimination ne s'applique pas par rapport aux paramédicaux, mais également par rapport au personnel administratif jeune. Ces déclarations laissent augurer de prémices de tension entre le personnel administratif jeune et ancien. Ces derniers voient dans les nouveaux recrutés une menace à leurs horizons de carrière. Beaucoup de frustration et d'amertume se dégage des discours des agents administratifs, qui estiment qu'en dépit des longues années passées à l'hôpital et des efforts consentis dans le travail, ils ne jouissent pas de la reconnaissance à laquelle ils ont droit.

4-2-4-2 Légitimité professionnelle normative

La légitimité normative professionnelle telle qu'elle se présente pour le personnel administratif présente 26,09% de fréquence de codage dont 66,67% pour les cadres administratifs et 33,33% pour les agents administratifs. La légitimité normative est à la fois d'ordre réglementaire, et protocolaire.

La légitimité normative réglementaire totalise 60% de fréquence de codage, dont 50% d'arguments favorables.

La légitimité normative par les procédures récolte 29,41% de fréquence de codage dont 60% pour les cadres administratifs et 40% pour les agents administratifs

La légitimité normative protocolaire totalise une fréquence de codage de l'ordre de 33,33%.

Les répondants administratifs, aussi bien les cadres que les agents démontrent un attachement à la règle pour la réalisation du travail. Ceci pourrait être expliqué aussi bien par la nature même du travail ainsi que par leur legs professionnel. Le travail administratif est un travail procédurier qui doit être réalisé conformément au respect d'un ensemble de règles et de normes prescrites.

Par ailleurs, les administratifs sont principalement des bureaucrates aguerris et des juristes de formation, ce qui pourrait expliquer leur attachement, parfois machinal à l'application scrupuleuse de la règle de droit.

4-2-4-3 Légitimité professionnelle morale

La légitimité professionnelle morale telle qu'elle se présente pour le personnel du service administration récolte 8,33% de fréquence de codage. Elle relève d'une légitimité morale procédurale, à hauteur de 9,09% d'arguments favorables. Cette faible fréquence de codage pourrait être expliquée par la distance qui sépare les administratifs des patients.

4-2-4-4 Légitimité professionnelle charismatique

La légitimité charismatique est scindée en deux grandes composantes, légitimité charismatique expertale et légitimité charismatique d'influence perçue.

La légitimité charismatique influence perçue pour le service administration s'élève à 35,71% de fréquence de codage.

La légitimité charismatique influence perçue du syndicat totalise 50% de fréquence de codage. Les administratifs mettent en doute l'influence exercée par le syndicat, en lui associant des arguments de codage défavorable de l'ordre de 66,67%.

Les médecins sont détenteurs d'une légitimité charismatique d'influence égale à 28,57%. Ils sont considérés par les administratifs comme exerçant une influence défavorable, en ce qu'ils leur associent 50% d'arguments de codage défavorable.

La direction présente un taux de codage équivalent à 60%. Les administratifs perçoivent négativement l'influence de la direction.

Les administratifs associent au supérieur hiérarchique une légitimité charismatique d'influence perçue de l'ordre de 20%.

Enfin, pour l'autorité de tutelle, la légitimité charismatique d'influence perçue s'élève à 57,14% de fréquence de codage. Les administratifs développent des perceptions négatives à l'égard de l'autorité de tutelle, ils mettent en doute son influence en lui associant 66,67% d'arguments de codage défavorable. Les cadres administratifs et les agents administratifs reprochent à l'autorité de tutelle son obstination à vouloir tout contrôler à l'hôpital et faire main basse dessus. Ils pensent que cette immixtion poussée et abusive est frustrante pour les directeurs qui se retrouvent démunis de tout pouvoir de décision. Les administratifs considèrent que bien que les directeurs généraux soient dotés des compétences et de l'expérience requises, leur marge de manœuvre est réduite au strict minimum.

Par ailleurs, ils ajoutent que le syndicat des administratifs ne fait pas le poids face aux autres corps professionnels. Ils appellent à une jonction entre les cadres et les agents administratifs pour s'organiser sous un syndicat commun, afin d'accroître leur pouvoir.

Les agents administratifs, pour leur part, reprochent aux cadres administratifs, leur style managérial. Ils se plaignent du type de management « *top-down* » qu'ils leur imposent. Ils voudraient qu'ils soient plus impliqués dans les décisions inhérentes au service et au travail en son sein, d'autant plus qu'ils supportent à eux seuls la plus grande charge de travail.

Enfin, pour les médecins, les administratifs (les cadres et les agents administratifs) pensent que ces derniers exercent une mauvaise influence sur l'hôpital. Ils y ont apporté une logique marchande qui a porté préjudice à l'identité missionnaire première de l'hôpital. Ils accusent principalement les APC, d'être à l'origine de cette déviation grave et dangereuse. Par ailleurs, les administratifs accusent les médecins chefs de service, de vouloir se substituer à eux, par l'établissement d'une budgétisation individualisée par service.

La légitimité charismatique expertale telle qu'elle se présente pour le service administration récolte 27,27% de fréquence de codage.

Les administratifs considèrent que la direction jouit d'une expertise défavorable à hauteur de 20%. Au même titre, ils associent à la direction des ressources humaines, une légitimité

charismatique expertale de l'ordre de 25%. Ils voient d'un mauvais œil la direction des ressources humaines, à laquelle, ils associent des arguments de codage défavorable de l'ordre de 28,57%.

Les responsables hiérarchiques, en l'occurrence les chefs de service récoltent 25% de fréquence de codage de légitimité charismatique expertale.

Les administratifs associent à l'autorité de tutelle, une légitimité charismatique expertale de l'ordre de 20%. Ils mettent en doute l'expertise de l'autorité de tutelle en lui accordant une légitimité charismatique expertale défavorable de l'ordre de 20%.

Les médecins récoltent 17,65% de fréquence de codage pour la légitimité charismatique expertale.

La gestion des ressources humaines a été critiquée à plusieurs égards par les répondants administratifs. Ils ont dénoncé à plusieurs reprises son manque d'expertise, en termes d'évaluation du rendement du personnel, d'affectation des tâches, d'organisation interne du personnel dans les services et les départements, de motivation du personnel et de gestion des promotions et des carrières.

A un autre niveau d'analyse, les agents administratifs se plaignent du style de management autocratique adopté par les responsables hiérarchiques. Ils considèrent que les responsables ont tendance à faire main basse sur le service à décider de façon unilatérale et discrétionnaire sans concertation avec les agents, bien qu'ils en soient les premiers à en subir les conséquences.

Les administratifs portent un avis également critique à l'égard de l'autorité de tutelle. Tout d'abord, en ce qui concerne la nomination des directeurs des EPS. Pour ce qui est de la direction, certains cadres administratifs voient en la nomination d'un directeur général en dehors de l'hôpital comme une marque de non expertise. Ils considèrent que le directeur devrait être nommé parmi les directeurs qui exercent au sein de l'hôpital, ces derniers sont mieux placés pour être au courant de ses problèmes réels. Ils mentionnent également que l'autorité de tutelle manque de vision stratégique. Elle tarde à élaborer un plan d'action de décentralisation pour décongestionner les EPS.

Enfin pour, ce qui est des médecins, les répondants mettent en exergue leur expertise. Ils estiment qu'ils sont très compétents. Étant aux prises avec des cas pathologiques diversifiées et disparates, ils ont acquis un savoir faire considérable.

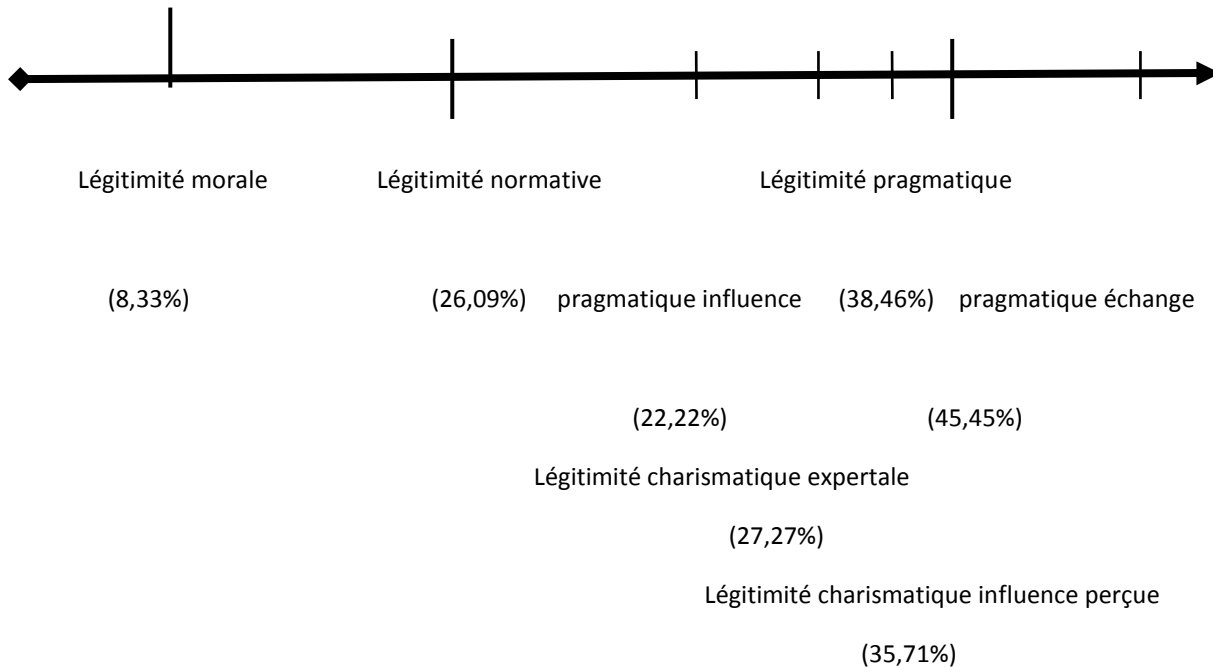


Figure 27 : Continuum de la légitimité professionnelle pour le service administration

Pour la légitimité professionnelle, les typologies pragmatique et normative occupent le premier rang, suivis de très loin par la légitimité morale. Cette différence significative et substantielle s'expliquerait en grande partie par la nature même du travail à l'administration qui recèle une grande part de normativité, et qui tout en tenant éloignés les agents administratifs, des malades et de leurs problèmes quotidiens contribue à la fragilisation des valeurs morales collectivistes au profit d'un regain de celles individualistes. En effet, les administratifs, semblent plus animés par des valeurs pécuniaires que morales. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les administratifs, exerçant dans les locaux, sont tenus éloignés des services hospitaliers et des patients. N'ayant pas de contact direct avec eux, ils en sont placés en retrait et donc plus tournés vers leur personne.

4-2-5 Légitimité de service

4-2-5-1 Légitimité de service technique

En termes de légitimité de service, le service administration présente une légitimité technique de l'ordre de 20% de fréquence de codage. Les administratifs sont insatisfaits des aspects techniques du service. Ils se plaignent du retard technologique accumulé par le service administration pour l'usage des technologies et la numérisation de certains volets du travail. Ils expliquent également que l'administration et particulièrement le service d'approvisionnement manque d'un service d'assistance technique pour les aider dans la réalisation des achats de certains équipements et produits consommables qui présentent une certaine technicité. L'aspect technique et technologique du service relève également de la qualité de la formation et de l'encadrement qui y est prodiguée.

4-2-5-2 Légitimité de service pragmatique

La légitimité pragmatique pour le service administration récolte 22,22% de fréquence de codage. Tout d'abord la légitimité pragmatique d'échange présente une fréquence de codage de l'ordre de 33,33%. Il est question principalement d'une légitimité pragmatique d'échange relationnelle (20%). Les répondants dans le service administratif sont insatisfaits à hauteur de 33,33% de la qualité des relations qui y règnent. Ensuite, la légitimité pragmatique est également d'ordre managériale, à laquelle les administratifs accordent 16,67% d'arguments de codage favorables.

Les cadres administratifs révèlent que les différentes directions, sous directions et unités dans le service administration, entretiennent plus ou moins une relation tendue. Ils semblent travailler dans une logique de concurrence plutôt que dans une logique de concordance. Ils essaient de mettre au jour les lacunes des uns et des autres et d'obstruer la divulgation de l'information.

4-2-5-3 Légitimité de service normative

La légitimité normative pour le service administration affiche une fréquence de codage égale à 22,22%, dont une légitimité normative réglementaire (50%) et une légitimité normative par les procédures (25%). Alors que les répondants associent à la dimension réglementaire des arguments défavorables de codage de l'ordre de 50%, ils reconnaissent à la légitimité protocolaire par les procédures, des arguments favorables de codage (25%). Les répondants pensent que le service est régi, pour certains domaines, par une certaine réglementation qui établit une nette distinction entre les titulaires et les contractuels, et de ce fait favorise la détérioration du climat social.

Par ailleurs, en sus de cette révision de la loi régissant le service et visant la régularisation de la situation administrative des contractuels, les répondants, tout en affichant leur attachement à la règle dans l'exécution des tâches qui leur incombent, se plaignent de la lourdeur administrative et réglementaire qui s'impose à eux et de l'obligation de dépendance qui pèse sur eux et qui les contraint à se soumettre aux directives d'instances nationales centrales.

4-2-5-4 Légitimité de service managériale

La légitimité managériale telle qu'elle se présente pour le service administration totalise 42,86% de fréquence de codage, dont 38,46% d'arguments de codages défavorables. Les répondants soulèvent de nombreuses déficiences managériales. Tout en mettant l'accent sur la dépendance qui empreint les relations des directions, des sous-directions et des unités, pour assurer le travail, ils ajoutent que cette nécessité de coordination tarde à se concrétiser sur le terrain. Ils expliquent que les différents départements ont tendance à travailler en silos fonctionnels, refusant de s'ouvrir les uns sur les autres. L'isolationnisme qui marque les relations interservices administratifs se dresse comme un obstacle à leur « *managérialisation* ».

4-2-5-5 Légitimité de service cognitive

La légitimité cognitive du service administration récolte 25,93% de fréquence de codage. Les répondants administratifs portent un jugement relativement favorable sur l'administration. Ils pensent que le service administration par l'agrandissement de l'organigramme et l'augmentation de l'effectif a favorisé une amélioration de l'organisation du travail.

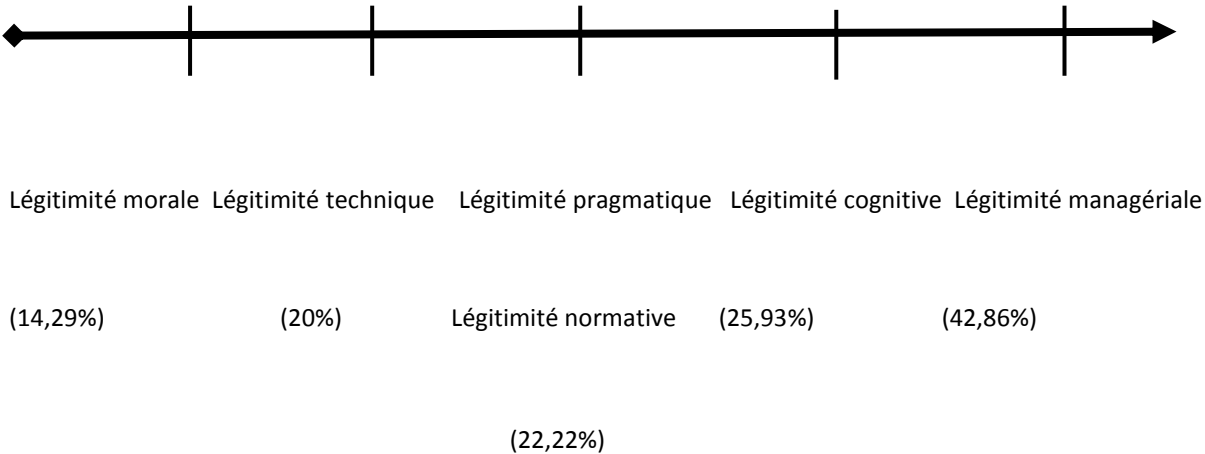


Figure 28 : Continuum de la légitimité de service pour le service administration

Les répondants administratifs ont tendance à juger de la légitimité du service administration par référence aux légitimités morale, technique, pragmatique normative et managériale. D'après le continuum, les légitimités qui accumulent les taux de codage les plus élevés sont d'ordre managérial, pragmatique, normatif et technique, suivies par la légitimité morale.

A l'analyse, il s'est avéré que l'institutionnalisation de la réforme et de ses mécanismes est plus prononcée auprès du personnel administratif. Néanmoins, cette institutionnalisation présente des divergences internes entre les cadres et les agents administratifs. En effet, il existerait plusieurs vitesses d'institutionnalisation de la réforme qui se recoupent au sein de l'hôpital et particulièrement de l'administration.

Tout d'abord, l'analyse a mis en avant la prééminence d'une vision juridique de la réforme. Dans la plupart des entretiens réalisés avec les administratifs, il y a une tendance commune à la confusion entre réforme hospitalière et EPS. A l'évocation de la réforme hospitalière, les répondants lui associent l'avènement du statut juridique d'EPS qui vient s'ajouter à celui de CHU, comme si la réforme s'arrêtait au changement du statut juridique. L'aptitude à vouloir toujours associer à la réforme hospitalière, le statut d'EPS, peut être avancée comme une preuve de l'institutionnalisation symbolique de la réforme. En effet, les administratifs en réduisant la réforme à l'EPS, s'en tiennent à un changement statutaire, donc au contenant sans en maîtriser le contenu. La définition exclusivement juridique de la réforme, propre aux administratifs, pourrait être qualifiée également de réforme « *administrative* » et ceci à l'opposée de la réforme « *hospitalière* ».

Les répondants, notamment les agents administratifs semblent accorder une plus grande importance aux effets de la réforme que ses antécédents. Ils semblent s'attacher à ses aspects pratiques que théoriques et juridiques et ceci contrairement aux cadres administratifs qui semblent mieux les maîtriser (réforme « *théorique* » vs réforme « *pratique* », réforme « *en amont* » vs réforme en « *aval* », réforme « *juridictionnelle* » vs réforme « *praticienne* »). En effet, pour parler de la réforme, ils insistent sur les effets de la réforme sur les différents aspects de réalisation du travail administratif, tels que la surcharge de travail, l'augmentation du nombre de service, le renforcement du nombre de personnel, le relâchement du travail, son délitement et sa complexification... Cette perception divergente de la réforme par rapport à celle développée par les cadres administratifs pourrait trouver explication dans la qualité du travail administratif et leur positionnement dans l'échelle de la hiérarchie administrative. En

effet, les agents étant affectés aux tâches d'exécution, et placés relativement loin de la direction, développent un intérêt plus prononcé pour les facettes pratiques de la réforme. Tout en postulant le scénario d'une institutionnalisation fictive de la réforme et de ses mécanismes, nous pouvons lui associer une institutionnalisation « *hiérarchisée* » de la réforme, en totale concordance avec l'hypothèse de « *sous-cloisonnement* » administratif. Il existerait une différence entre le haut et le bas de la hiérarchie pour l'institutionnalisation de la réforme ses attributs et ses pratiques. Il semblerait que les cadres administratifs placés à proximité de la hiérarchie aient une meilleure connaissance de la réforme « *juridique* » que les agents administratifs. Nous pouvons dès lors avancer l'hypothèse selon laquelle la longueur de la distance hiérarchique influence négativement le degré de connaissance de la réforme et de ses mécanismes. Par ailleurs, cette disparité entre les cadres et les agents administratifs, dans la manière de percevoir la réforme, pourrait être expliquée par leurs profils professionnels. Les cadres administratifs étant principalement de formation juriste et des diplômés de l'ENA privilégient une vision « *juridique et juridictionnelle* » de la réforme. L'attachement des cadres administratifs au volet juridique de la réforme est manifeste dans leur insistance sur l'ambiguïté qui entoure le statut EPS de l'hôpital. Ils se plaignent du caractère hybride de l'hôpital, qui n'appartient à aucun des statuts prévus par la loi, ni EPIC, ni EPA. En effet, les cadres administratifs pensent que la réforme a accentué la confusion et l'amalgame au sein de l'hôpital en faisant cohabiter ensemble le statut public de l'EPA et le statut particulier de l'EPIC. Ils déclarent la difficulté pour se positionner, ne sachant pas de quel côté se placer, du côté du privé ou du côté du public. Il n'y a pas de parallélisme et d'homologie entre le directeur et ses subordonnés en termes de statut et de loi. L'hôpital en ce qu'il a été mu en vertu de la réforme en un EPS proche du statut de l'EPIC, le statut du personnel aurait du suivre cette tendance, alors que ça n'a pas été le cas. Les administratifs mettent en doute la conception même de la réforme, en proie à une déficience juridique et légale grave. Ils déclarent que le statut EPS est un statut « *bâtard* » qui n'a pas lieu d'exister et que la réforme doit trancher en faveur de l'appartenance de l'hôpital à l'un des deux statuts reconnus par la loi, EPA ou EPIC. En effet, la réforme semble avoir échoué à établir un statut autonome de l'hôpital qui arrive à concilier entre les invariants du public et les impératifs du privé en se contentant d'une superposition stérile. La réforme relèverait d'une fécondation « *in vitro* », une procréation assistée, avortée avant terme.

En sus de l'échelon qui semble exercer une influence sur l'institutionnalisation de la réforme, nous pouvons ajouter l'ancienneté à l'hôpital et dans le service. Il existe une différence d'institutionnalisation de la réforme entre les administratifs anciens et les administratifs nouveaux. Le personnel administratif, relativement nouveau à l'hôpital déclare ne pas connaître la réforme. Pour justifier cette méconnaissance, il explique que la réforme a précédé leur entrée à l'hôpital. Il serait plausible ici d'évoquer le scénario d'une institutionnalisation « *à priori* » et tacite de la réforme hospitalière. Cette dernière serait méconnue par les néophytes, parce qu'elle serait entièrement enracinée, faisant partie intégrante de l'histoire institutionnelle ancienne de l'hôpital. Pour leur part, les anciens, en raison de leur forte identité de service, semblent vivre la réforme exclusivement sous un angle administratif. Ayant débuté leur carrière dans le service et envisageant d'y rester jusqu'à la retraite, ils lui vouent un attachement profond voire même viscéral. Cet attachement annonce une identité de service, bien plus forte que celle de l'hôpital. Il y a une auto identification qui s'établit entre l'administration et le personnel ancien. Les répondants administratifs « *vétérans* » clament haut et fort leur appartenance au service et déclarent explicitement ne pas avoir de contact avec les autres services hospitaliers. Ils établissent une scission entre l'hôpital « *administration* » et l'hôpital « *établissement* ». Il y aurait deux univers qui cohabitent au sein de l'hôpital, l'univers « *soignant* » et l'univers « *administratif* ». Nous pouvons même pousser l'analyse un peu plus loin pour évoquer l'existence d'un « *multi cloisonnement* » qui ne s'applique pas uniquement au niveau méso interservices, mais s'étend au niveau micro intra service. Il semblerait donc que le cloisonnement propre à l'hôpital, ait été hérité par la réforme, qui ferait l'objet d'une institutionnalisation « *cloisonnée* ».

Cette tendance d'institutionnalisation se trouve également confirmée pour le conseil d'administration. En effet, les cadres administratifs semblent avoir une meilleure connaissance de cette instance que les agents administratifs. Pour justifier la méconnaissance du conseil d'administration, ces derniers s'appuient sur l'argument de longueur de la distance hiérarchique. Les cadres administratifs remettent en cause, les deux aspects représentativité et expertise décisionnelle du conseil d'administration. Les membres qui composent le conseil d'administration, en ce qu'ils ne comptent pas parmi eux le corps des administratifs et des ingénieurs, ne reflètent pas l'hétérogénéité et la richesse professionnelle de l'hôpital. Il s'en suit également de cette éviction, une perte d'expertise, les cadres administratifs étant les plus à même d'éclairer les véritables problèmes de l'hôpital. Le conseil d'administration est un organe électif et sélectif. Il n'est doté d'aucun pouvoir décisionnel qui reste confisqué d'une

manière déguisée par le pouvoir central, nous renvoyant donc vers le concept d' « *hypocrisie organisationnelle* ». Le conseil d'administration voudrait donner à l'hôpital l'illusion d'une autonomie de gestion, qui n'existe pas en réalité. En tant qu'émanation du pouvoir central, il consacre le principe de la rétention institutionnelle et parallèlement de la résilience ou neutralisation organisationnelle. L'hôpital voue un attachement à son appartenance institutionnelle fondatrice par le maintien en place d'une autorité qui homélie la dialectique entre le centre et la périphérie. Nous pouvons, dès lors avancer que l'institutionnalisation du conseil d'administration, bien qu'elle soit parcellisée est plus prononcée chez les administratifs que chez les paramédicaux. Il semblerait qu'il y ait une relation entre le degré de connaissance du conseil d'administration et la position dans l'échelle hiérarchique, plus le personnel hospitalier est proche de la hiérarchie, plus ils ont connaissance du conseil d'administration.

Pour les applications informatiques, ces dernières semblent faire l'objet d'une institutionnalisation totale et effective en termes d'utilisation mais pas en termes d'exploitation. En effet, il semblerait que cette institutionnalisation soit à ses premiers stades, en raison d'un défaut d'intégration. L'utilisation rudimentaire des applications informatiques pour les simples besoins de comptage sans lui associer une vision stratégique projective est une entrave à la mise en place d'un système d'information hospitalier à long terme. Les applications informatiques ont été importées sans aucune vision stratégique. Elles ont été seulement entassées les unes sur les autres.

Enfin, pour les autres logiques managériales (comptabilité analytique de gestion, gestion des ressources, management participatif...), leur institutionnalisation s'annonce faible voire nulle.

Le bilan controversé de l'institutionnalisation du volet informatique, comptable et managérial de la réforme, pourrait être expliqué par le profil des administratifs. Ces derniers, étant dans la majorité des cas soit des administratifs « *purs* » ayant suivi une formation à l'ENA, soit également des juristes-technocrates, vivent un décalage entre leur « *background* » professionnel et les compétences gestionnaires requises par les postes de travail. En effet, le personnel administratif, en raison de sa formation initiale voue un attachement « *viscéral* » au respect des procédures et des règles de droit. Ce sont des bureaucrates « *purs et durs* » défenseurs d'une culture de conformisme et d'adéquation accordant la primauté à la hiérarchie serrée des règles et de ce fait peu disposés à intégrer les préceptes managériaux de la réforme hospitalière. Ils ont du mal à intégrer dans leur esprit cartésien la culture du chiffre

et du résultat. Ce décalage « *cognitif* » entre les compétences acquises et les exigences requises peut être avancé comme une raison principale pour expliquer l'échec de la réforme à s'institutionnaliser. C'est leur nature primaire qui les empêche de s'approprier les nouveautés managériales, nous pouvons même parler « *d'esprit administratif formaté* ». Ceci se traduirait notamment dans la manière d'usage des logiciels de gestion qui subiraient une sorte de « *bureaucratization par les chiffres* ». En effet, les cadres administratifs semblent ne pas maîtriser le potentiel stratégique des logiciels de gestion mis à leur disposition, ils se contentent de les utiliser de façon élémentaire à des fins de stockage, de calculs et de chiffrages, sans être en mesure d'en faire un outil de pilotage stratégique. Nous pouvons même parler d'une « *boulimie des chiffres* » à la faveur d'une « *anorexie stratégique* ». Les différents rapports annuels d'activités hospitalière ont révélé une grande importance du quantitatif aux dépens du qualitatif. L'hypertrophie d'indicateurs quantitatifs de l'activité hospitalière et en parallèle le recul d'indicateurs d'activités qualitatifs présente à terme le risque de réincarnation de la bureaucratie.

Les différences d'institutionnalisation (et de non institutionnalisation) de la réforme et de ses dispositifs en termes organisationnel, informatique et de management (conseil d'administration, applications informatiques, comptabilité...), se trouvent expliquées principalement par des causes pragmatiques, normatives, techniques et managériales, en concordance avec les analyses micro et méso des légitimités professionnelle et de services, consacrant la supériorité manifeste des légitimités normative, technique, pragmatique et managériale.

Section 2 : Etude de cas : EPS (B)

1- Présentation de l'EPS (B)

L'hôpital a été créé le 6 Septembre 1991. C'est un centre hospitalier universitaire à prédominance chirurgicale, spécialisé dans les cas médicaux critiques, exigeant le plus souvent des opérations chirurgicales pointues. En effet, il est porté vers les spécialités chirurgicales: la chirurgie cardio-vasculaire, la chirurgie maxillo-faciale, la chirurgie des brûlures et de l'esthétique, la chirurgie des os, la médecine génétique et les explorations fonctionnelles pour le système nerveux.

Les principales spécialités que compte l'hôpital sont : médecine physique et réadaptation fonctionnelle, gastro-entérologie, cardiologie, neurologie, radiologie, pédiatrie, médecine interne, chirurgie cardio-vasculaire, chirurgie générale, stomatologie, chirurgie maxillo-faciale, urologie, neurochirurgie, chirurgie thoracique, orthopédie et traumatologie, réanimation médicale, hématologie, biochimie et microbiologie.

Dans le cadre de l'étude de cas, nous avons ciblé deux services : chirurgical (le service CCVT) et médico-technique (le service radiologie).

2- Mini- étude de cas : service CCVT

2-1 Présentation du service de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique (CCVT)

Le service en question figure parmi les premiers services qui ont été créés au sein de l'hôpital, soit l'année 1991.

Pour l'année 2010, le personnel du service est réparti comme suit :

Personnel soignant	Médecin professeur chef de service		1
	Médecin professeur		1
	Médecin professeur agrégés		3
	Médecin assistant		1
	Médecin de la santé publique		1
Personnel paramédical	Techniciens supérieurs		7
	Secrétaires médicales		2
	Préopératoire	Surveillant	1
		Chef d'unité	1
		Infirmiers	13
	Bloc opératoire	Surveillant	1
		Infirmiers	17
		Per fusionnistes	2
		gaz du sang	1
		chargé du matériel	1
	Postopératoire	Surveillant	1

		Infirmiers	15
Personnel administratif	Intendante		1
	Archiviste		1

Tableau 54: Personnel dans le service CCVT par catégorie professionnelle

L'activité du service de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique a évolué au cours de l'année 2010.

Répartition des hospitalisations selon les mois pour l'année 2010			Répartition des consultations selon les mois pour l'année 2010		
Janvier	78		Janvier	298	
Février	89		Février	256	
Mars	100		Mars	409	
Avril	73		Avril	317	
Mai	77		Mai	339	
Juin	85		Juin	332	
Juillet	69		Juillet	302	
Aout	70		Aout	268	
Septembre	71		Septembre	274	
Octobre	104		Octobre	407	
Novembre	91		Novembre	285	
Décembre	78		Décembre	336	
	Total	987		Total	3823

Tableau 55 : Répartition de l'activité du service CCVT pour l'année 2010

2-2 Principaux résultats

Le nombre de répondants dans le service CCVT s'élève à 14, réparti comme suit :

N°	Catégorie professionnelle	Sexe	Age	Ancienneté
1	Secrétaire médicale A	F	50-60 ans	30 ans et +

2	Secrétaire médicale B	F	50-60 ans	20-30 ans
3	Infirmière A	F	30-49 ans	20-30 ans
4	Technicien A	H	30-49 ans	20-30 ans
5	Technicienne B	F	30-49 ans	20-30 ans
6	Archiviste	F	50-60 ans	20-30 ans
7	Infirmière B	F	50-60 ans	20-30 ans
8	Surveillante A	F	50-60 ans	20-30 ans
9	Infirmière C	F	30-49 ans	10-20 ans
10	Médecin résident A	H	20-29 ans	0-10 ans
11	Médecin résident B	H	20-29 ans	0-10 ans
12	Ouvrière A	F	30-49 ans	10-20 ans
13	Surveillant B	H	50-60 ans	20-30 ans
14	Ouvrière B	F	30-49 ans	20-30 ans

Tableau 56 : Répartition des répondants dans le service CCVT

L'échantillon présente une diversité interne au double niveau d'ascendance professionnelle et d'appartenance de service. En effet, le service CCVT, présente la spécificité d'être organisé en plusieurs unités (préopératoire, opératoire et postopératoire).

2-2-1 Degré de connaissance de la réforme et de ses mécanismes

Le degré de connaissance de la réforme pour le service CCVT s'élève à 9,3% de fréquence de codage.

Le degré de connaissance du conseil d'administration pour le service CCVT récolte 27,27% de fréquence de codage.

Le personnel dans le service CCVT affiche une méconnaissance totale de la réforme et de ses mécanismes, en particulier du conseil d'administration. Pour expliquer cette faible connaissance, ils mettent l'accent sur leur caractère administratif. Dans la mesure où la réforme et le conseil d'administration relèvent du service administration, ils ne sont pas dans l'obligation de les connaître. Les propos recueillis des répondants prédisent un cloisonnement de la réforme.

La faible connaissance de la réforme et de ses pratiques traduit à son tour une faible institutionnalisation, aussi bien en termes d'étendue que de type.

2-2-2 Institutionnalisation de la réforme et de ses mécanismes

Le personnel dans le service CCVT considère que l'étendue d'institutionnalisation de la réforme est nulle à hauteur de 24% de fréquence de codage, elle est de 31,58% pour le conseil d'administration.

Pour ce qui est du type d'institutionnalisation de la réforme, le personnel considère qu'elle est fictive à hauteur de 21,21%, et de 29,63% pour le conseil d'administration.

Nous pensons que les raisons de la faible institutionnalisation de la réforme sont à chercher dans une étude de légitimité. En effet, pour expliquer le faible degré d'institutionnalisation de la réforme et de ses mécanismes, nous devons procéder à une étude de leur légitimité. Pour être institutionnalisés et appropriés par les acteurs, ces derniers doivent se constituer un capital de légitimité.

2-2-3 Légitimité de la réforme et de ses mécanismes

La légitimité conséquentielle de la réforme telle qu'elle se présente pour le service CCVT s'élève à 11,11%. Elle est de l'ordre d'une légitimité conséquentielle structurale favorable à hauteur de 20%.

Par ailleurs, la légitimité cognitive de la réforme s'élève à 13,64% de fréquence de codage. Elle est répartie comme suit entre des arguments de codage favorable (8,33%) et des arguments de codage défavorable (11,76%).

Légitimité cognitive (13,64%)	Légitimité conséquentielle (11,11%)
-------------------------------	-------------------------------------

Figure 29 : Taxonomie de la légitimité de la réforme pour le service CCVT

La sous-traitance présente les typologies de légitimité suivantes :

Une légitimité pragmatique managériale de l'ordre 8,33% de fréquence de codage.

Une légitimité normative et une légitimité morale qui récoltent 33,33% de fréquence de codage.

Enfin, une légitimité cognitive de l'ordre de 11,11%.

Légitimité morale (33,33%)	Légitimité normative (33,33%)	Légitimité cognitive (11,11%)	Légitimité pragmatique managériale (8,33%)
-------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	---

Figure 30: Taxonomie de la légitimité de la sous-traitance pour le service CCVT

Les répondants dans le service CCVT associent aux APC une légitimité cognitive de l'ordre de 30% de fréquence de codage, dont 28,57% d'argument de codage défavorable. Cette légitimité est de l'ordre d'une légitimité cognitive compréhension globale défavorable (25%).

Par ailleurs, les APC récoltent 66,67% en termes de légitimité technique, dont 50% d'argument de codage défavorable. Les répondants dans le service CCVT pensent que les APC ont affecté en mal la qualité de l'encadrement dispensée à l'hôpital. Ils considèrent que les APC, par l'accaparement des médecins seniors ont entraîné une détérioration de la qualité de la formation et de l'encadrement des stagiaires et ainsi porté atteinte à la vocation universitaire de l'hôpital.

Les APC totalisent également une légitimité pragmatique de l'ordre de 60% de fréquence de codage. Cette légitimité pragmatique est principalement d'ordre dispositionnelle à hauteur de 33,33% d'arguments de codage défavorable. D'un point de vue pragmatique, les répondants jugent que les APC ont entraîné une détérioration de la qualité du climat social. Elles ont attisé des tensions entre le personnel dans le service. Par ailleurs, ils ajoutent que les APC ont provoqué un appauvrissement de l'hôpital par l'accaparement des malades aisés financièrement, ne lui laissant que les malades indigents et entraînant par la même une réduction de ses ressources financières.

Enfin, pour la légitimité morale des APC telle qu'affichée par le personnel du service CCVT, elle s'élève à 38,46% de fréquence de codage. La légitimité morale est tout d'abord de l'ordre d'une légitimité morale dispositionnelle (40%), légitimité morale dispositionnelle intérêt commun défavorable (50%). Elle relève également d'une légitimité morale conséquentielle défavorable (41,67%) et enfin d'une légitimité morale procédurale défavorable (12,5%).

Les répondants mettent en avant les nombreux vices moraux des APC. Ils les accusent d'être à l'origine de la détérioration de la qualité des relations humaines au sein du service ainsi que de la qualité du service offert au malade. Les médecins seniors plus intéressés par le gain financier ont délaissé le service pour s'occuper des APC. C'est ainsi que les paramédicaux appellent à l'abolition totale des APC pour un meilleur recentrage des médecins sur l'hôpital.

Légitimité technique (66,67%)	Légitimité pragmatique (60%)	Légitimité morale (38,46%)	Légitimité cognitive (30%)
----------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

Figure 31 : Taxonomie de la légitimité des APC pour le service CCVT

En ce qui concerne les APC, qui ont été introduites par la réforme, les répondants lui reconnaissent des défaillances à un double niveau technique et moral. Ils considèrent que les APC ont porté préjudice à la qualité technique des soins et également au climat social du travail. Les médecins seniors, en travaillant dans les APC ont délaissé le service, aussi bien les malades, les médecins stagiaires et le personnel. Par ailleurs, ces dernières en marquant un rapprochement avec la sphère privée, ont ôté à l'hôpital son essence humaine pour lui faire endosser une nouvelle plus matérielle.

Les APC sont accusées par les répondants d'avoir causé la dégradation de l'hôpital dont les manifestations sont nombreuses : détérioration de la qualité du suivi médical des patients, raccourcissement des délais de visites médicales, délaissement des patients, quasi-absence des médecins seniors pour laisser place aux médecins résidents et autres internes qui se trouvent en charge du travail, bien qu'ils n'y soient pas habilités, étant encore en cours de formation. Ce désintérêt pour les malades du service traduit une fragilisation des valeurs du service public et donc une intrusion du privé dans le domaine public. En effet, les APC sont intervenues comme un levier d'expansion organisationnelle par l'affaiblissement des valeurs morales intrinsèques de l'hôpital à la faveur de la recrudescence des valeurs marchandes et lucratives (opportunisme, logique de la motivation et de la maximisation des profits, primauté de la perspective de l'avoir, implication professionnelle partielle, réalisation d'objectifs spécifiques dans une logique téléologique). Les APC auraient provoqué une dénaturation

clientéliste de l'hôpital, par la régression de l'intérêt public et l'avancée du marché et de la réussite commerciale.

En ce qui concerne, le conseil d'administration, les répondants dans le service CCVT, lui associent une légitimité cognitive de l'ordre de 23,08% de fréquence de codage. Ils affichent une incompréhension du conseil d'administration équivalent à 30%.

Le conseil d'administration présente également une légitimité pragmatique de l'ordre de 8,33% de fréquence de codage. En effet, les répondants mettent en avant l'incapacité du conseil d'administration à répondre favorablement aux revendications du personnel. Ils mettent en doute l'effectivité et la capacité managériale du conseil d'administration.

Enfin, pour la légitimité charismatique du conseil d'administration pour le service CCVT, elle s'élève à 11,11% de fréquence de codage. La légitimité en question est principalement de l'ordre d'influence perçue (12,5%).

Les répondants pensent que le conseil d'administration n'existe qu'en apparence. Ils mettent en doute sa capacité à exercer une influence significative pour la gestion de l'hôpital.

Légitimité cognitive (23, 08%)	Légitimité charismatique (11,11%)	Légitimité pragmatique (8,33%)
--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

Figure 32 : Taxonomie de la légitimité du conseil d'administration pour le service CCVT

L'échec « relatif » de l'institutionnalisation de la réforme et de ses mécanismes peut être présenté comme le signe fort d'une rétentention institutionnelle et en miroir d'une neutralisation organisationnelle. Les répondants en appelant à l'abolition des APC, démontrent leur attachement à l'essence institutionnelle de l'hôpital et cherchent à le protéger contre les assauts marchands incessants. Cet attachement à l'identité institutionnelle de l'hôpital, se trouve nettement perceptible dans les discours des répondants. L'analyse lexicographique à laquelle ont été soumis les discours des répondants a révélé la prédominance des figures d'hôpital et de malade.

Mot clé	Fréquence
Notion « malade » ou « patient »	<u>Fréquence d'apparition</u> Secrétaire médicale A= 3,1% Ouvrière A = 2,6% Surveillante A= 2,6% Infirmière B = 2,4% Surveillant B = 2,2% Médecin A = 2,2% Médecin A= 2,2% Ouvrière B = 2,2% Secrétaire médicale B = 2,1% Archiviste = 2% Infirmière C = 1,9% Technicienne B = 1,6% Infirmière A =1,1% Technicien A = 0,9% <u>Fréquence de codage du mot « malade » pour le service CCVT s'élève à 21,67%</u>
Notion « Citoyen »	Fréquence d'apparition Surveillante A = 1,8% Surveillant B = 1,2% Fréquence de codage du mot « citoyen » pour le service CCVT s'élève à 13,04%
Notion « Consommateur » ou « Client »	Fréquence d'apparition Surveillante A = 1% Technicienne B = 1,2%

Tableau 57 : Terminologie de l'utilisateur pour le personnel du service CCVT

L'analyse a révélé une suprématie de la figure du malade, qui vient devant les notions de citoyen et de client.

Il convient par ailleurs, de noter que la notion de « *citoyen* » n'a été mentionnée que par les surveillants. Ceci serait expliqué par le positionnement de ceux-ci à la croisée entre l'administration et le service. Les surveillants jouant le rôle de relais entre l'administration et le service, semblent avoir une préférence pour la figure de « *citoyen* ». Cette notion est une notion plus générale qui peut renvoyer à la fois à la notion d'utilisateur, de patient voire d'accompagnant-visiteur.

Notion clé	Fréquence
Notion « Hôpital »	<p><u>Fréquence d'apparition</u></p> <p>Médecin A = 1,9%</p> <p>Médecin B = 1,9%</p> <p>Ouvrière B = 1,3%</p> <p>Technicienne B = 1,2%</p> <p>Surveillant B = 1%</p> <p>Infirmière C = 1%</p> <p>Secrétaire médicale B = 1%</p> <p>Secrétaire médicale A = 0,9%</p> <p>Surveillante A = 0,6%</p> <p><u>Fréquence de codage du mot « Hôpital » pour le service CCVT s'élève à 20,63%</u></p>
Notion « Etablissement » ou « EPS »	<p>Fréquence de codage du mot « EPS » pour le service CCVT est égale à 0%</p> <p>Fréquence de codage du mot « Etablissement » pour le service CCVT est égale à 0%</p>

Tableau 58 : Terminologie de l'hôpital pour le personnel du service CCVT

L'analyse discursive a par ailleurs, conclu à la suprématie de la notion « *hôpital* », les répondants, dans leurs discours, ne font aucunement allusion aux notions d'établissement et d'EPS. Il y a un attachement prononcé des répondants, appartenant à la sphère médicale et soignante, à l'identité de l'hôpital, pourvoyeur de soins.

Enfin, il y a parmi les répondants, ceux qui proclament explicitement leur appartenance et leur attachement au service public.

Attachement aux valeurs de service public	Fréquence d'apparition Infirmière A (1,3%) Secrétaire médicale A =1,2% Infirmière C= 0,8% Surveillante A = 0,8%
---	---

Tableau 59 : Fréquence d'attachement aux valeurs du service public

L'attachement aux valeurs du service est un autre trait qui vient conforter l'ancrage institutionnel de l'hôpital. Les répondants dans le service CCVT sont fortement imprégnés par les valeurs morales et éthiques, en plaçant le malade, en tête de leurs priorités.

Répondant	Exemples de verbatim
Secrétaire médicale A	« Le patient est toujours un patient, il faut que la relation soit bonne avec lui, il faut que je sois bonne avec lui, parce qu'il n'est qu'un patient. Il faut au contraire l'aider du mieux que je peux, lui expliquer, l'éclairer du mieux que je peux. Moi personnellement, je n'ai aucun problème avec les malades, ils m'apprécient, parce que je suis patiente... »
Secrétaire médicale A	« Moi ma priorité c'est le patient, toutes les autres choses m'importe peu, je suis là pour ici rendre service...Le malade c'est son plein droit de venir se soigner à l'hôpital et d'être pris en charge... »
Secrétaire médicale B	« J'aime mon travail, j'aime le contact avec les patients, ce qui compte pour moi c'est le côté humain, les patients ils me font pitié...les malades sont sacrés pour moi...Pour les patients qui viennent de loin, notamment des villages, j'essaie de les traiter d'une façon indulgente, je ne râle pas, j'essaie de leur transmettre l'information le plus simplement possible pour qu'il la comprennent, j'essaie de les aider surtout lorsqu'ils sont pauvres, et qu'ils déclarent avoir fait des kilomètres pour venir ici...j'essaie de leur résoudre leurs problèmes... »
Infirmière A	« En ce qui concerne le travail dans le service, on est touché psychologiquement, les malades qui décèdent, les enfants qui décèdent...on s'habitue au malade et après il fait un arrêt et il décède, la même chose on s'habitue à un bébé et après il fait une rechute et il décède, ou bien encore une femme qui reste avec nous deux semaines, trois semaines et après elle décède...on sent que notre psychologie est atteinte, surtout pour les anciens on est profondément touchés
Infirmière A	« Ma relation avec les patients est bonne, je n'aime pas que quelqu'un leur crie dessus...le malade pour moi, c'est comme mon père, mon frère, ma mère, un membre de ma famille... »
Infirmière B	« J'aime mon métier, ça fait maintenant 22 ans c'est comme j'y suis entrée le premier jour comme je le suis maintenant. Mon cœur, est entrain de battre pour le travail et pour le malade...j'aime le travail comme au premier jour, j'aime le malade, j'aime lui rendre service... »
Infirmière B	« Moi personnellement, j'aime les malades, eux aussi ils m'aiment, ils sont toujours entrain de m'attendre, parce que je ne crie pas sur eux, je ne leur fais pas la tête, je suis toujours

	souriante, même si j'ai un problème personnel qui me préoccupe je ne le montre pas au malade, je rigole avec eux...il faut que le malade soit toujours souriant, il ne faut pas qu'il soit de mauvaise humeur, si je me met en plus à lui crier dessus et à lui faire la tête,... la moitié du traitement est le sourire...Moi jusqu'au dernier jour de travail, jusqu'au jour ou j'aurais ma retraite, je me comporterais de la même façon avec le malade... »
Ouvrière A	« J'ai un contact avec le malade. Au début, lorsque je suis rentrée dans le service en 1992, je ne savais pas en quoi consistait mon travail, il y avait un docteur à cette époque, il m'a dit qu'il fallait que j'apprenne à considérer le malade comme mon père, mon frère, il ne fallait pas que je sois dégoutée...Depuis ce temps là je fais mon travail, je lave le malade, je m'approche de lui, je le considère comme mon père, ma mère, mon fils...Tout naturellement le patient a besoin de n'importe quoi même un mot gentil...En plus je m'approche de lui, je fais son hygiène, c'est comme si j le faisais aux personnes qui me sont les plus proches, comme si c'était ma mère, qui était alitée....le malade dès qu'il entre dans le service je le considère comme un membre de ma famille, il en a besoin... »

Tableau 60 : Exemples de verbatim de l'attachement aux valeurs morales pour le personnel du service CCVT

Cet attachement affectif ne s'arrête pas au malade, il s'étend également au service. Les répondants dans leurs discours expriment la grande affection qu'ils portent pour le service CCVT. Ils le démontrent par l'usage de termes affectifs et bienveillants (aimer, famille, frère, sœur...).

Notions affectives	Fréquence d'apparition
« Père », « frère », « sœur », « famille »...	Ouvrière A = 4,5%
	Infirmière A= 2,6%
	Infirmière C= 1,7%
	Archiviste = 1,5%
	Surveillant B= 0,9%
	Secrétaire médicale A = 0,8%
	Infirmière B= 0,8%
	Surveillante A= 0,7%

Tableau 61 : Fréquence d'attachement affectif au service par le personnel du service CCVT

Cet attachement émotionnel au service dénote à son tour d'une identité de service profondément ancrée. En effet, les répondants ont tendance à confondre entre le service et l'hôpital, faisant preuve d'une appartenance à celui-ci supérieure à celle de l'hôpital et tout en démontrant un désintérêt pour les autres services. Ceci vient en appui du postulat de cloisonnement propre à l'hôpital, chaque service semble constituer une entité autonome qui

mène sa vie isolément et indépendamment des autres entités. Le service CCVT semble constituer un noyau fort et très soudé ayant toujours tendance à marginaliser ce qui se trouve à la périphérie. En évoquant le service, ils semblent lui vouer un attachement viscéral, ne se contentant pas de le considérer leur lieu de travail, mais comme leur maison, et le personnel comme leur famille.

Répondant	Exemples de verbatim
Archiviste	« La bonne chose dans le service, c'est qu'on s'entraide. Même si je fais venir un parent qui est un peu fatigué tout le monde dans le service prend de ses nouvelles. Lorsque je passe par une période difficile, ils m'appuient. Lorsque je demande de l'aide à n'importe qui dans le service, il accepte volontiers...c'est-à-dire à ce niveau, je sens qu'on est une même famille, on n'a pas de problèmes, on est tous des frères et des sœurs, on s'aime lorsque quelqu'un se trouve dans une mauvaise passe on le soutient... »
Archiviste	« Moi depuis 1984, je sens que je suis à ma maison, ce sont mes frères et mes sœurs, même je rencontre un problème, tout le monde prend de mes nouvelles et propose son aide. Maintenant, ça s'est détérioré un peu, parce que les médecins ne sont plus en harmonie comme avant, chacun est préoccupé par ses affaires personnelles, c'est cette chose qui nous a un peu éloignés, ni plus ni moins... »
Infirmière B	« C'est moi qui ait ouvert le service...Je n'ai pas essayé de changer de service et je ne le ferais pas, parce que c'est là où il y a mes amis et mes collègues de longue date...également notre chef est très bien, nos médecins également, on n'a pas de tensions entre infirmier et médecin, ou bien encore entre chef et infirmier, entre surveillante et infirmière, on forme tous une famille, lorsque quelqu'un pleure, on pleure tout le monde, lorsque quelqu'un est heureux, on l'est tous,...ce n'est pas comme les autres services, on sent qu'on est soudés...J'ai 22 ans d'expérience dans ce service, je m'y suis habituée, je sais ce qu'il y a dedans en détail, le malade je le connais sur le bout des doigts, je sais de quoi il souffre...si je changeais de service, je ne retrouverais pas, parce que à chacun sa spécialité...En plus l'intimité, il y a une vraie intimité qui s'est tissée entre nous, ça fait 22 ans que je suis dans le service, je ne peux pas partir et laisser mes amis... »
Ouvrière A	« Depuis 1992, jusqu'à ce jour, je suis toujours à la même place, je ne me vois pas travailler dans une autre place à part le service, j'aime tout dans le service...Au début, lorsque je l'ai intégré, je me suis adaptée à l'ambiance, j'ai aimé le travail réalisé en son sein... »
Ouvrière A	« Même si parfois, il se passe des incidents, des petites embrouilles, l'idée de changer me vient à l'esprit, mais c'est vite oubliée...je travaille comme si c'était avec mes amis, avec mes frères...le temps que je passe à l'hôpital est supérieur au temps que je passe avec mes frères et dans ma maison...C'est ici que j'ai travaillé pour la première fois de ma vie, j'ai côtoyé le personnel, ils m'ont aimé et je les ai aimé... j'aime le service, je l'aime comme si c'était ma maison... Malgré que plusieurs d'entre eux sont parties, et des nouveaux sont venus je n'ai pas de problème avec eux, ils sont de l'âge de mon fils, ils ont 22 ans, 23 ans... »
Surveillant B	« J'ai commencé à travailler à l'hôpital depuis 1991, dans le même service CCVT postopératoire, réa-chirurgie cardiaque... »

Tableau 62 : Exemples de verbatim de l'identité de service pour le personnel du service CCVT

Cette proclamation explicite de l'attachement émotionnel et passionnel au service, jusqu'à l'envahissement du « *territoire* » personnel des répondants, pourrait être expliquée de diverses manières, notamment par l'ancienneté. En effet, ce que nous avons relevé, c'est que les répondants ont approximativement le même âge, ils ont débuté dans le service à des périodes proches. Il y a même parmi eux, ceux qui ont commencé ensemble dès la création du service. Cette ancienneté dans le service pourrait expliquer la forte identité de service qui ressort du discours des répondants au travers de l'usage de pronoms possessifs et de termes affectifs renvoyant aux notions de famille, d'amis...

Néanmoins, l'explication la plus congruente, semble verser dans le domaine de l'identité professionnelle. En effet, l'affection portée au service qui s'est principalement manifestée dans les propos des répondants laisserait augurer d'une carence voire même d'une absence de leur identité professionnelle. Il semblerait que ces derniers, afin de combler ce déficit et à la recherche d'une reconnaissance à part entière, se réfugient dans un surinvestissement émotionnel.

Les catégories professionnelles dans le service CCVT qui semblent présenter les symptômes d'une précarité identitaire et qui en conséquence en sont les plus attachés affectivement, sont principalement les ouvriers, les archivistes, les infirmiers, les techniciens et les surveillants. Ces derniers, sont à différents degrés aux prises avec une fébrilité identitaire, et tentent d'y remédier par un alignement sur l'identité de service pour s'offrir une certaine immunité.

Tout d'abord, les ouvriers semblent défendre une identité professionnelle ouvrière fébrile qui tente en vain de se faire une place dans la sphère hospitalière, accentuée en plus par la présence d'une identité soignante « *rivale* » qui présente les mêmes référentiels professionnels et qui les menacent dans leur quête de reconnaissance. En effet, nous décelons dans le discours des ouvriers une tentative de valorisation et de différenciation par rapport au corps des aides soignants, ce qui annonce donc les prémices d'une tension entre eux.

Au même titre, les archivistes vivent une précarité identitaire professionnelle, en tentant de se démarquer des secrétaires médicales. Leur discours cache une volonté implicite d'asseoir une identité professionnelle autonome indépendamment des secrétaires médicales. Ils essaient tout au long du discours et par tous les moyens de valoriser leur travail et de démontrer l'importance de la tenue du dossier médical à la recherche d'une reconnaissance qu'ils ont du mal à asseoir face aux autres identités professionnelles présentes et confirmées dans le service.

Pour les infirmiers, ils comblent leur déficit identitaire par une plus grande implication dans le travail et un surinvestissement émotif. Ceci est d'autant plus propice dans le contexte du service CCVT, un service lourd à haute intensité affective, dans lequel ils se retrouvent aux prises directes avec les questions existentielles de vie et de mort. Les infirmiers tentent une valorisation du travail soignant en mettant en avant son importance sur le plan psychologique.

Pour les techniciens, ils affichent une volonté de se différencier du médecin anesthésiste. Ils veulent s'en démarquer en insistant sur la prépondérance du rôle tenu par eux.

Enfin, pour les surveillants, à l'origine des infirmiers confirmés, contraints à la reconversion, il semblerait que l'identité soignante fasse encore de l'ombre à l'identité surveillante. En effet, les surveillants font toujours allusion dans leurs propos aux soins infirmiers. Bien que le travail de surveillance, leur impose des tâches à portée plus administrative, ils restent attachés à leur identité professionnelle primaire. L'identité professionnelle surveillante est encline à subir le poids de l'identité soignante ou infirmière. Il semblerait que la surveillante soit en proie à une crise identitaire aigue. Cette dernière prise en étau entre la double hiérarchie administrative et médicale, son affectation au poste de surveillance a contribué à la fragilisation de son identité originelle soignante sans que ce déficit ne soit comblé par l'identité professionnelle de surveillante encore en phase de balbutiements. Les surveillants, se trouvant au croisement de différents métiers portés chacun par leur propre rationalité, sont exposés au risque de collision de plusieurs registres identitaires. Tenus de jouer à la fois le rôle d'interprète, de traducteur et de médiateur, font face à de fortes pressions, qu'ils tentent d'atténuer en se positionnant en retrait, ou bien encore en se réfugiant dans certaines tâches, dans ce cas soignantes, tout en délaissant les autres.

Répondant	Exemples de verbatim
Infirmière A	« Le travail d'infirmière est bien, c'est un travail plein de bénédiction, il permet le soulagement des malades...le malade même lorsqu'on lui donne un verre d'eau, il nous bénit... »
Infirmière A	« Ce que j'apprécie le plus, c'est le traitement avec les malades, c'est une chose très importante, ce n'est pas une chose facile ou banale, lorsque je l'aide à s'asseoir, ou bien encore je lui donne un verre d'eau...je m'occupe de leur pharmacie, de leurs médicaments, de leur alimentation, ce n'est pas grand-chose, mais quand même... »
Technicienne B	« J'aime mon métier, je sens qu'il présente une valeur morale qui dépasse de loin la valeur pécuniaire. Je sens que le salaire ne correspond pas aux prestations que je fais, mais la valeur morale, elle permet de compenser en quelque sorte...Moi personnellement, je sens qu'après Dieu, le mérite revient à l'anesthésiste, il a le pouvoir pour tuer le malade dans le sens figuré et lui redonner la vie...je vois le travail, comme une occasion pour devenir plus responsable

	et pour acquérir une plus grande valeur morale... »
Archiviste	« J'apprécie le travail...je n'aime pas voir le malade sans dossier, je n'aime pas qu'un malade consulte sans qu'il ait un dossier, je ne veux pas voir le malade gêné... »
Surveillante A	« Depuis mon plus jeune âge j'aime les soins infirmiers. Malgré que c'est un travail fatigant et usant,...j'avais l'occasion de finir mes études et d'occuper un poste meilleur, mais je les ai interrompu et j'ai passé le concours d'infirmier. J'ai choisi ce métier en étant totalement convaincue, c'est une chose que j'ai voulu faire...J'ai passé un concours d'infirmier, parce que j'aime les soins infirmiers... »
Surveillante A	« Je l'aime en tant que profession, en ce qu'il me permet d'être fréquemment en contact direct avec les malades. J'aime mon travail, parce que je travaille en contact direct avec le malade. On a l'occasion de venir en aide aux nécessiteux, il y a une récompense morale plus que pécuniaire. Le travail représente une valeur morale plus grande que la valeur financière... »
Infirmière C	« J'aime mon métier, j'aime le domaine de la santé et j'aime aider les gens...J'aime le côté humain, j'essaie d'aider les malades, de leur rendre service... »
Surveillant B	« J'aime mon métier, parce que je sens que je donne un service très noble pour les personnes, un service qui ne peut être rendu par aucune autre personne... »
Technicien A	« Je suis doté d'une expertise technique... »
Technicienne B	« Nous, pour nos débuts, on n'avait pas de médecin anesthésiste, il y avait uniquement des techniciens...moi j'ai travaillé sans médecin anesthésiste, jusqu'à 1990, et jusqu'à maintenant en 2011, on travaille sans lui...c'est sur lorsqu'on juge qu'une chose exige la présence d'un médecin, on l'appelle...mais la vérité, c'est que le médecin anesthésiste n'est pas toujours présent, ...la nuit par exemple dans le service, la moitié du travail est assurée sans la présence de médecin résident, ce sont des personnes de moindre catégorie qui assurent le travail au sein du service.... »
Archiviste	« Moi j'ai commencé en 1984, avec d'autres collègues secrétaires médicales. J'ai commencé à travailler avec elles petit à petit, les dossiers médicaux faisaient partie de leurs responsabilités...Mais lorsque le nombre de malade dans le service a augmenté, on a procédé à une répartition, chacun devenant responsable d'un tâche...le dossier médical est devenu ma responsabilité, pas celui des secrétaires médicales, c'est-à-dire qu'une personne qui a besoin d'un dossier médical, elle vient me voir... »
Surveillante A	« J'ai passé un concours d'infirmier, parce que j'aime les soins infirmiers...j'ai travaillé 25 ans comme infirmière, je connais le malade sur le bout des doigts... »

Tableau 63 : Exemples de verbatim de l'identité professionnelle pour le personnel du service CCVT

2-2-4 Légitimité professionnelle

2-2-4-1 Légitimité professionnelle pragmatique

La légitimité pragmatique professionnelle pour le service CCVT s'élève à 15,38% de fréquence de codage dont 13,64% de type échange. L'échange relève de la dimension reconnaissance, qui récolte 11,76% d'argument de codage défavorable. Par ailleurs, la

légitimité pragmatique professionnelle recouvre la dimension influence (11,11%), à laquelle les répondants associent une fréquence de codage défavorable de l'ordre de 20%.

A l'échelle professionnelle, les dimensions pragmatiques particulièrement évoquées sont de nature échange reconnaissance et d'influence. Les catégories professionnelles surveillante et ouvrière en formulant des revendications pragmatiques, en termes d'une plus grande reconnaissance et influence confessent la fragilité et l'inconsistance de leur identité professionnelle.

Tout d'abord, les surveillants à l'origine des infirmiers reconvertis pour occuper ce poste, se retrouvent perdus et tiraillés entre leur identité primaire infirmière et leur nouvelle identité qui rencontre des difficultés pour se faire une place dans l'univers identitaire hétéroclite de l'hôpital. Ces derniers ont été arrachés à leurs « racines » infirmières sans possibilité de ré-enracinement de l'identité « *surveillante* », encore en état de gestation. En effet, les surveillants, regrettent leur relégation au second plan par l'administration qui préfère traiter directement avec les médecins chefs de service, passant outre leur supposé rôle de relais. Pour leur part, les ouvriers expriment des besoins plus aigues de reconnaissance, ils insistent sur leur capacité et leur aptitude d'évolution personnelle et d'apprentissage.

2-2-4-2 Légitimité professionnelle normative

De même, le service CCVT récolte une légitimité normative professionnelle qui s'élève à 34,78%. Cette légitimité est de l'ordre d'une légitimité par les procédures ou protocolaire (47,06%), qui récolte 40% d'arguments de codage favorable.

Les différentes catégories professionnelles quelques soient leurs affiliations, consacrent la dimension normative pour la réalisation du travail. Les secrétaires médicales, l'archiviste et la surveillante, portées vers des tâches à connotation administrative (gestion et classement des dossiers des malades, organisation du planning opératoire, gestion des rendez-vous opératoires...) sont tenues par le respect de procédures internes prescrites du service. Pour les autres praticiens en l'occurrence les infirmiers et les techniciens, ils réalisent les différentes actes techniques de soins dans le strict respect des protocoles thérapeutiques.

2-2-4-3 Légitimité professionnelle morale

La légitimité morale professionnelle pour le service CCVT s'élève à 41,67% de fréquence de codage, principalement d'ordre procédurale favorable (45,45%).

Les verbatim tels que recueillis auprès des professionnels dans le service CCVT, révèlent qu'ils sont fortement et profondément imprégnés par les valeurs morales et éthiques. Ils vouent un attachement à la qualité humaine du travail et insistent sur la suprématie de la figure des malades. Par ailleurs, ils accordent une importance cruciale à l'état moral des malades, qu'ils justifient par leur qualité même, considérés comme des malades lourds, devant subir des opérations chirurgicales critiques. L'assistance psychologique fait partie intégrante du traitement postopératoire.

2-2-4-4 Légitimité professionnelle charismatique

La légitimité charismatique relève à la fois de l'influence perçue et de l'expertise.

La légitimité charismatique influence perçue pour le service CCVT s'élève à 17,86% de fréquence de codage. La légitimité charismatique d'influence perçue concerne : le syndicat (25%), le chef de service (40%) dont 14,29% d'argument de codage défavorable, les médecins (14,29%) et le supérieur hiérarchique (20%).

Les professionnels dans le service CCVT ont une perception différenciée du pouvoir d'influence exercée respectivement par le syndicat, la direction, le chef de service et les médecins. Ils considèrent que le syndicat se contente de faire de la figuration, n'exerçant aucune influence significative. Ils accusent également les personnes positionnées en haut de la hiérarchie hospitalière d'exercer une emprise décisionnelle et critiquent leur style de management « *top down* » directif, qui consacre l'imposition aux dépens de la concertation. Néanmoins, cette mise en doute de l'influence exercée par le syndicat et les décideurs hospitaliers, semble ne pas s'appliquer pour le cas du médecin chef de service et des médecins. Ces derniers semblent faire l'unanimité auprès du personnel paramédical qui loue leur pouvoir d'influence favorable. Ils mettent en avant leur style de management orienté vers le consensus et la négociation, vantent leur leadership et leur façon de gérer le personnel hospitalier, qui repose sur l'écoute mutuelle et interactive et l'attitude indulgente et conciliante à leur égard. Cette attitude pourrait être comprise comme une façon de les protéger contre les excès psychologiques qui les guette, le service en question étant à haute intensité émotionnelle. Les médecins exerçant dans le service semblent être des psychologues avertis conscients du risque de détresse psychologique et mentale qui guette le personnel paramédical, aux prises quotidiennes avec la mort.

La légitimité charismatique expertale pour le service CCVT est équivalent à 24,24% de fréquence de codage.

La légitimité charismatique expertale recouvre respectivement :

L'administration présente une légitimité charismatique expertale défavorable à hauteur de 25%,

Les infirmiers présentent une légitimité favorable à hauteur de 50%,

La direction présente une légitimité défavorable à hauteur de 20%,

Les techniciens récoltent 50% de fréquence de codage,

La direction des ressources humaines récolte 14,29% de fréquence de codage dont 12,5% d'arguments de codage défavorable,

Le chef de service récolte 25% de fréquence de codage,

La tutelle récolte 20% de fréquence de codage défavorable,

Les médecins totalisent une légitimité charismatique expertale équivalent à 35,29%, dont 33,33% d'argument de codage favorable.

En termes de légitimité charismatique expertale la même tendance se trouve appliquée pour le cas du chef de service et des médecins, considérés comme le « *foyer* » de l'expertise du service. Les répondants reconnaissent l'expertise du médecin en chef et des autres médecins. En tant que personnel paramédical, ils déclarent que cette expertise n'est pas exclusive au corps médical, mais que c'est un trait commun à l'ensemble du service.

Néanmoins, cet avis semble ne pas être partagé pour le cas de l'administration et son directeur, la direction des ressources humaines et la tutelle. Ils leur reprochent des carences managériales dans les domaines de la gestion des produits consommables, de la gestion des ressources humaines, et de la gestion hospitalière stratégique. Les médecins entre autres considèrent que l'administration, dans la mesure où elle ne compte pas en son sein un personnel médical, n'est pas experte pour comprendre les besoins des services médico-techniques et en conséquence subvenir à leurs besoins. C'est ainsi qu'ils appellent à une plus grande médicalisation de l'administration à la faveur d'un rapprochement entre les univers

médical et administratif, l'hôpital étant un milieu « *polyglotte* » où se recourent plusieurs langages et logiques, principalement tournées vers les résultats et vers les moyens.

Légitimité morale (41,67%)	Légitimité normative (34,78%)	Légitimité charismatique	Légitimité pragmatique (15,38%)
		Légitimité charismatique influence perçue (17,86%)	
		Légitimité charismatique expertale (24,24%)	

Figure 33 : Taxonomie de la légitimité professionnelle pour le service CCVT

A L'échelle professionnelle, les légitimités morale, normative et charismatique enregistrent les taux de codage les plus élevés comparés à la légitimité pragmatique. Cette tendance pourrait être expliquée à la fois par l'histoire du service et la nature de l'activité qui y est exercée. Le service en question, étant spécialisé dans la chirurgie cardiovasculaire et thoracique présente une haute technicité professionnelle et appelle au respect méticuleux des protocoles thérapeutiques et chirurgicaux. Par ailleurs, cette spécialisation chirurgicale, exige une conciliation entre les impératifs de la médecine « *technicienne* » et de la médecine « *humaine* ». En effet, les professionnels dans le service se trouvent, en contact direct et fréquent avec des patients dans un état moral grave, qui exige de leur part une attention particulière à l'assistance psychologique. Pour être qualifiée, de plus humaine, la médecine doit favoriser une pluralité, une globalité et une complémentarité des soins prodigués à la personne soignée. Elle doit être technique, tout en intégrant de façon interactive d'autres éléments à portée humaine, l'objectif étant d'asseoir une nouvelle conception de soins se référant d'avantage aux malades et à leur environnement.

A un autre niveau d'analyse, la particularité de ce service tient à son ancienneté, sa création coïncide avec la création de l'hôpital et au maintien d'un même chef de service. Le personnel, qui a débuté ensemble dans le service, sont unanimes pour mettre en avant le pouvoir charismatique du chef de service. Ils ont tendance à lui associer une image paternaliste, en ce qu'il privilégie à leur égard une bienveillance protectrice et condescendante. Le service semble marqué par la personnalité charismatique du chef de service. Ce dernier étant à la tête du service depuis sa création et à son origine même, exerce une emprise sur le personnel. L'équipe médicale et paramédicale s'étant constituée autour de lui, il semble faire l'unanimité

auprès des différents répondants. La légitimité du service découle de la légitimité charismatique d'influence perçue du chef de service.

2-2-5 Légitimité de service

2-2-5-1 Légitimité de service technique

La légitimité technique pour le service CCVT s'élève à 36%, répartie comme suit entre des arguments de codage favorable (50%) et des arguments de codage défavorable (22,22%). L'aspect technologique est principalement évoqué avec 66,67% de fréquence de codage défavorable.

La technicité du service recouvre plusieurs aspects, notamment la qualité de la formation, la qualité des prestations de soins fournies, la qualité de la gestion des ressources humaines, la qualité du plateau technique....

Les répondants sont partagés quant à la teneur technique du service. Ils développent des perceptions divergentes à l'égard de la légitimité technique, en fonction de critères de jugement disparates. En effet, chaque catégorie professionnelle juge de la technicité du service par référence à ses besoins professionnels.

Les secrétaires médicales au même titre que les techniciens louent la qualité technique du service. Ils considèrent que le service est doté des moyens techniques requis pour pouvoir fournir des prestations de qualité. Les surveillants et les médecins, pour leur part, soulèvent un manque au niveau des équipements ainsi que du nombre des paramédicaux. Les médecins, ajoutent que les paramédicaux du service CCVT devraient suivre une formation spécialisée, orientée vers la prise en charge psychologique et mentale des malades.

2-2-5-2 Légitimité de service pragmatique

La légitimité pragmatique telle qu'elle se présente pour le service CCVT s'élève à 22,22% de fréquence de codage. Elle est de type échange (66,67%) et relève principalement de la dimension échange relationnelle (40%) qui récolte 33,33% d'argument de codage favorable et 50% d'arguments de codage défavorable. La légitimité pragmatique est également d'ordre managérial, qui totalise 16,67% d'argument de codage favorable.

Les répondants pour évaluer la légitimité pragmatique du service s'attachent à la dimension relationnelle. Ils ne sont pas unanimes quant à la qualité du climat relationnel du service. Alors que certains d'entre eux louent l'ambiance au sein du service, d'autres font état de sa détérioration. Les répondants qui exercent dans le service CCVT prêtent une attention particulière à la qualité de la relation humaine qui les lie les uns aux autres. Cette volonté de tisser des liens forts avec le service et son personnel, semble traduire un besoin constant de réconfort, d'apaisement et de consolation pour pouvoir faire face à l'anxiété, le stress et la détresse psychologique qui les menace.

2-2-5-3 Légitimité de service normative

La légitimité normative pour le service CCVT s'élève à 38,89% de fréquence de codage. La normativité est définie en termes de procédures et de protocoles. Elle est également définie en termes de mimétisme (37,5%), par rapport aux autres hôpitaux publics, aux normes OMS (33,33%). Enfin, elle est définie en termes de réglementation (16,67%).

Le fonctionnement du service se déroule conformément au respect d'un ensemble de normes dont les origines sont diverses : interne vs externe, supranationale et universelle vs nationale vs locale et enfin coercitive et réglementaire ayant valeur de droit.

2-2-5-4 Légitimité de service morale

La légitimité morale pour le service CCVT s'élève à 21,05% de fréquence de codage. La moralité du service est jugée par rapport à plusieurs dimensions. Tout d'abord en termes morale procédurale (28,57%). Les répondants sont partagés entre une légitimité morale procédurale favorable (50%) et une légitimité morale procédurale défavorable (20%). Ensuite, en termes de légitimité morale structurale (15,38%) et morale dispositionnelle (33,33%). Enfin, en termes de légitimité morale relationnelle (66,67%) de nature affective favorable.

Le service, spécialisé dans la chirurgie cardiovasculaire et thoracique expose le personnel à une forte charge émotionnelle qui affecte leur état psychologique. L'obligation de devoir affronter quotidiennement des malades dans un état critique, a cultivé chez eux, une sorte d'attitude naturelle empathique, charitable et généreuse.

2-2-5-5 Légitimité de service managériale

La légitimité managériale du service CCVT s'élève à 10,71% de fréquence de codage. Elle porte sur les aspects suivants de recrutement, de formation continue et de rémunération. Le

service présenterait des carences managériales dans ses trois domaines inhérents à la gestion des ressources humaines.

2-2-5-6 Légitimité de service cognitive

Enfin, la légitimité cognitive pour le service CCVT totalise 25,93% de fréquence de codage.

Légitimité normative (38,89%)	Légitimité technique (36%)	Légitimité cognitive (25,93%)	Légitimité pragmatique (22,2)	Légitimité morale (21,05%)	Légitimité managériale (10,71%)
----------------------------------	----------------------------	----------------------------------	----------------------------------	-------------------------------	------------------------------------

Figure 34 : Taxonomie des légitimités du service CCVT

Le service CCVT présente successivement une prédominance des légitimités technique-technologique, normative, morale et pragmatique, particulièrement de type échange relationnelle. Pour expliquer cette tendance, nous pouvons nous appuyer sur les caractéristiques du service. Tout d'abord, son poids technologique qui exige un plateau technique extrêmement développé et pointu. Ensuite une obligation constante de se conformer aux pressions normalisatrices qui guide son fonctionnement et son organisation interne (protocoles thérapeutiques de soins, circuit opératoire,...). Enfin, des contraintes morales fortes qui pèsent sur le personnel, et qui se déclinent de deux façon principales, en termes d'assistance psychologique aux malades et de climat social.

Le codage réalisé sur l'ensemble des données du service CCVT, a révélé que le personnel affichait une faible connaissance de la réforme et de ses mécanismes. Ce faible degré de connaissance présage à son tour d'une faible institutionnalisation de la réforme et de ses dispositifs. En effet, l'analyse individualisée de chaque mécanisme, a confirmé leur faible institutionnalisation, parfois nulle, hormis pour le cas des APC. Ces dernières ayant un impact direct sur le personnel, ont été fréquemment évoquées.

Pour expliquer leur méconnaissance de la réforme les répondants font état principalement de son caractère administratif. Ils expliquent que la réforme est tout d'abord une « affaire » interne à l'administration et qu'elle n'a apporté dans son sillage aucune amélioration éloquente du service. Ils expliquent qu'elle s'est contentée du changement de la dénomination sociale de l'hôpital, pour acquérir en sus de celle de CHU, celle d'EPS. Les répondants dans le service CCVT ont tendance à porter un regard sur la réforme exclusivement administratif et juridique, faisant donc état d'une institutionnalisation fictive et symbolique. Ils considèrent que si elle n'implique pas de changement en termes de pratiques et de conditions de

déroulement et d'exercice du travail dans les services hospitaliers, elle n'a pas lieu d'exister. Il semblerait que le cloisonnement qui s'applique à tous les niveaux de l'hôpital, s'étend à la réforme hospitalière. En effet, parmi toutes les logiques sondées, seuls les APC semblent faire l'objet d'une institutionnalisation totale.

Néanmoins, le caractère cloisonné de la réforme, à lui seul ne permet pas d'expliquer la faible institutionnalisation de la réforme et des dispositifs qui la supportent. Nous estimons que l'institutionnalisation se trouve conditionnée par une légitimation préalable. En effet, à l'examen des différentes légitimités évoquées par les acteurs hospitaliers dans le service CCVT, il s'est avéré que la faible légitimité peut intervenir comme une raison en plus pour expliquer la faible institutionnalisation et donc appropriation de la réforme.

Réforme	<p>Légitimité cognitive (13,64%)</p> <p>Légitimité cognitive favorable (8,33%)</p> <p>Légitimité cognitive défavorable (11,76%)</p> <p>Légitimité conséquentielle (11,11%)</p> <p>Légitimité conséquentielle structurale favorable (20%)</p>
Sous-traitance	<p>Légitimité morale (33,33%)</p> <p>Légitimité normative (33,33%)</p> <p>Légitimité cognitive (11,11%)</p> <p>Légitimité cognitive favorable (33,33%)</p> <p>Légitimité pragmatique (5,88%)</p> <p>Légitimité pragmatique managériale (8,33%)</p> <p>Légitimité pragmatique managériale favorable (12,5%)</p>
APC	<p>Légitimité technique (66,67%)</p> <p>Légitimité technique défavorable (50%)</p> <p>Légitimité pragmatique (60%)</p> <p>Légitimité pragmatique dispositionnelle (33,33%)</p> <p>Légitimité morale (38,46%)</p> <p>Légitimité morale dispositionnelle (40%)</p> <p>Légitimité morale dispositionnelle intérêt commun défavorable (50%)</p> <p>Légitimité morale conséquentielle défavorable (41,67%)</p>

	Légitimité morale procédurale défavorable (12,5%) Légitimité cognitive (30%) Légitimité cognitive compréhension globale (25%) Légitimité cognitive défavorable (22,57%)
Conseil d'administration	Légitimité cognitive (23,08%) Légitimité cognitive défavorable (25%) Légitimité charismatique (11,11%) Légitimité charismatique influence perçue (12,5%) Légitimité charismatique influence perçue défavorable (14,29%) Légitimité pragmatique (8,33%) Légitimité pragmatique managériale (50%)

Tableau 64: Récapitulatif des légitimités de la réforme et de ses mécanismes pour le service CCVT

Pour les APC, qui constituent une facette parmi d'autres de la réforme hospitalière, les répondants estiment qu'elles ont affecté négativement les relations personnelles dans le service en faisant primer les intérêts individuels. Ils évoquent un recul des valeurs humaines face à une recrudescence des valeurs matérielles.

Pour le conseil d'administration, certains répondants en affichent une connaissance limitée. Ils sont au courant de son existence, de ses modalités de fonctionnement, notamment le volet des élections, tout en ayant du mal à expliquer en quoi consiste son rôle. D'autres répondants vont même jusqu'à déclarer leur désintérêt du conseil d'administration. Ce positionnement en retrait par rapport à cet organe peut relever d'un choix délibéré en réaction à leur insatisfaction de son rendement ou bien encore à l'exclusion exercée à leur égard. Aux yeux de certains personnels, le conseil d'administration est perçu comme un système creux, qui se contente de faire de la figuration, sans pouvoir jouer un rôle actif et effectif. Le personnel ne manque pas également de critiquer la gestion du personnel à l'œuvre dans le service. Ils dénoncent les critères d'attribution des postes de responsabilité qui ne devraient plus s'appuyer sur l'ancienneté, mais intégrer de nouveaux critères de sélection au mérite. Par ailleurs, ils critiquent la disparité en matière de répartition du personnel entre les services, chose qui peut traduire une mise en doute de la capacité de gestion des ressources humaines

par la direction et pour le recrutement du personnel paramédical sans procéder à des études antérieures de détection des besoins humains réels.

Les légitimités professionnelles et de service présentent des convergences, en ce qu'elles partagent une supériorité accordée aux dimensions morale, normative et technique (dans le cas du service). En effet, les logiques qui président au fonctionnement du service sont principalement d'ordre moral et normatif. Pour les professionnels, ils sont portés pour la réalisation du travail vers des valeurs éthiques de service public, consacrant une supériorité de l'être et une implication totale et personnelle pour participer à la réalisation du bien commun. Cet engagement moral s'exerce dans le respect de la normativité principalement d'ordre protocolaire.

L'orientation du service CCVT intervient pour consolider l'humanité et la normativité qui y prévalent. En effet, les pathologies traitées dans le service en question sont des pathologies lourdes et graves qui exigent de la part du personnel, un investissement affectif et moral considérable. Les malades hospitalisés en vue de subir des interventions chirurgicales critiques et dangereuses ont une demande prioritaire et quasi-vitale de relation personnalisée et individualisée. Par ailleurs, la lourdeur et la complexité des interventions chirurgicales exigent une soumission rigoureuse aux protocoles thérapeutiques prescrits, ainsi qu'un plateau technique adapté.

3- Mini-étude de cas : service radiologie

3-1 Présentation du service

Le service radiologie et imagerie médicale est un service médico-technique qui se place en pivot entre les autres services de l'hôpital. Il travaille en relation permanente avec les autres services « *clients* », en leur fournissant les examens radiologiques nécessaires à l'exploration fonctionnelle, au diagnostic de la pathologie et à la prescription des thérapeutiques adéquates.

Il a à sa tête un chef de service, en charge d'une équipe médicale composée de deux médecins maitres de conférences agrégés, un assistant hospitalo-universitaire, trois médecins spécialistes de la santé publique, et d'une équipe paramédicale formée par 26 techniciens supérieurs, 6 infirmiers et auxiliaires et 5 ouvriers. L'activité du service radiologie comprend une salle de scanner, et 4 salles de radiologie conventionnelle.

3-2 Présentation des résultats

Le nombre de répondant dans le service de radiologie s'élève 10, réparti comme suit :

N°	Catégorie Professionnelle	Sexe	Age	Ancienneté
1	Technicien A	F	30-49 ans	0-10 ans
2	Ouvrier	H	30-49 ans	10-20 ans
3	Technicien B	F	30-49 ans	0-10 ans
4	Technicien C	H	30-49 ans	20-30 ans
5	Technicien D	F	30-49 ans	10-20 ans
6	Technicien E	F	20-29 ans	0-10 ans
7	Médecin	F	30-49 ans	0-10 ans
8	Technicien F	H	30-49 ans	0-10 ans
9	Technicien G	H	30-49 ans	20-30 ans
10	Technicienne H	F	30-49 ans	10-20 ans

Tableau 65 : Répartition des répondants dans le service radiologie

L'échantillon est formé en grande majorité par des techniciens en radiologie. Ceci tient à leur nombre élevé dans le service, qui dépasse de loin les autres catégories professionnelles soignantes.

3-2-1 Degré de connaissance de la réforme et de ses mécanismes

Le degré de connaissance de la réforme pour le service de radiologie totalise 18,6% de fréquence de codage.

Le degré de connaissance du conseil d'administration tel qu'il se présente pour le service de radiologie s'élève à 18,18% de fréquence de codage. Ce degré de connaissance s'élève à 66,67% pour le cas du comité médical.

3-2-2 Institutionnalisation de la réforme et de ses mécanismes

Le faible degré de connaissance de la réforme et notamment du conseil d'administration, une facette parmi ses autres facettes, annonce à son tour leur faible institutionnalisation, aussi bien en termes d'étendue (totale vs partielle vs nulle), que de type (fictive vs effective).

La réforme présente une institutionnalisation dont l'étendue est nulle à hauteur de 24%. Elle est également de type fictif à hauteur de 18,18%.

Le conseil d'administration présente une étendue d'institutionnalisation nulle de l'ordre de 21,05% de fréquence de codage et partielle de l'ordre de 14,29%. L'institutionnalisation est également de type fictif à hauteur de 25% de fréquence de codage.

Le personnel interrogé du service de radiologie affiche une faible connaissance de la réforme et de ses mécanismes, ce qui augure de leur faible institutionnalisation aussi bien en termes d'étendue que de type d'institutionnalisation. Les fréquences de codage montrent que la réforme y compris le conseil d'administration ont fait l'objet d'une institutionnalisation fictive et nulle. Cette faible institutionnalisation de la réforme est un indice de la rétention institutionnelle de l'hôpital. Celle-ci, synonyme d'une neutralisation organisationnelle, se trouve également consacrée par la sémantique du personnel. L'analyse discursive à laquelle ont été soumis les discours des répondants ont conclu à la prédominance d'un vocabulaire tourné vers les figures dominantes du malade et de l'hôpital. Le langage utilisé ne laisse transparaître d'aucune manière les concepts « *marchands* » renvoyant à l'organisation et supposés être promus par la réforme.

Notions clés	Fréquence
« Malade » ou « Patient »	<u>Fréquence d'apparition</u>
	Technicien G (2,8%)
	Technicienne E (2,5%)
	Ouvrier (2%)
	Technicien C (1,9%)
	Technicienne B (1,9%)
	Médecin (1,7%)
	Technicien F (1,6%)
	Technicienne H (1%)

	Technicienne D (0,8%) Technicienne A (0,7%) Fréquence de codage s'élève à 16, 67%
« Citoyen »	<u>Fréquence d'apparition</u> Technicien C (2%) Médecin (1%) Technicienne B (0,9%) Fréquence de codage s'élève à 13,04%
« Client » ou « Consommateur »	<u>Fréquence d'apparition = 0</u>

Tableau 66 : Analyse terminologique de la notion « usager » pour le service radiologie

Notions clés	Fréquence
« Hôpital »	<u>Fréquence d'apparition</u> Technicien C (1,4%) Médecin (1,3%) Technicienne H (1,3%) Technicien F (1,3%) Technicienne D (1,1%) Technicienne B (1%) Technicienne A (0,9%) Technicien G (0,9%) Fréquence de codage s'élève à 15,87%
« Institution »	<u>Fréquence d'apparition</u> Technicienne B (2,2%) Ouvrier (1,7%)
« Etablissement » ou « EPS »	<u>Fréquence d'apparition</u> Médecin (1,6%) Fréquence de codage du mot « établissement » s'élève à 23,08% Fréquence de codage du mot « EPS » s'élève à

	20%
--	-----

Tableau 67 : Analyse terminologique de la notion « *hôpital* » pour le service radiologie

La faible institutionnalisation de la réforme et de ses mécanismes, peut trouver explication dans un défaut de légitimation. Nous supposons, que l'institutionnalisation appelle au préalable à une légitimation. C'est ainsi que nous avons soumis la réforme et ses diverses logiques à une analyse approfondie de légitimité.

3-2-3 Légitimité de la réforme et de ses mécanismes

La réforme présente une légitimité technique dont la fréquence de codage s'élève à 25% dont 20% d'argument de codage défavorable. Il est question d'une légitimité technique pure (cohérence interne) défavorable (12,5%) et d'une légitimité technique adaptation à l'organisation défavorable (25%). Les répondants pensent que la réforme présente des carences techniques. Tout d'abord, elle n'est pas adaptée à l'hôpital, en ce qu'elle met l'accent sur les aspects pécuriaires. En effet, ils estiment que la réforme, par l'intronisation du statut juridique d'EPS, vient à l'encontre de l'essence humaine de l'hôpital public. Elle a favorisé un basculement vers les valeurs marchandes de profit, et donc une mise à mal de la valeur humanitaire. Par ailleurs, ils considèrent que le statut « EPS » est une menace à celui de « CHU ». La réforme, en donnant naissance au statut « EPS », a entraîné une fragilisation de celui de « CHU » et tout ce qu'il présente en termes de poids scientifique. Elle a en effet, contribué à la migration du scientifique vers le matériel et a mené à une domination « *pathologique* » de l'EPS sur le CHU. A un autre niveau, ils remettent en cause sa conception technique interne. Elle s'est trop focalisée sur les aspects techniques, en mettant à néant les aspects humains. L'omission du facteur humain est le signe d'une défaillance technique de la réforme, l'hôpital étant un milieu à forte densité humaine, où le poids des Hommes est déterminant pour assurer sa continuité. En se contentant du changement de la dénomination sociale, la réforme ne traduit qu'un changement en façade qui n'a pas réussi à s'immerger et à pénétrer dans les profondeurs de l'hôpital.

En termes de légitimité pragmatique, la réforme présente un taux de codage équivalent à 5,88%.

Le personnel dans le service radiologie exprime des craintes à l'égard de la réforme, en y voyant un risque de précarité professionnelle. Il critique l'intrusion du privé dans le domaine du public, en donnant pour exemple la sous-traitance. Il explique comment la sous-traitance

des activités de l'hôpital a commencé à se propager petit à petit au sein de l'hôpital, tout en craignant qu'elle n'atteigne le personnel paramédical, et notamment technicien, après avoir fait son effet sur les ouvriers.

Les répondants ont tendance à confondre entre la réforme hospitalière et la privatisation, et considèrent que le recours à certaines pratiques importées du privé pour les greffer dans l'organisme hospitalier, n'est que le préambule d'une privatisation totale, synonyme de l'anéantissement de l'hôpital public. Ils vivent un malaise moral et appréhendent que l'envahissement de l'espace hospitalier public par des acteurs externes privés, provoque une exclusion de l'hôpital de l'arène du ministère. C'est ainsi, qu'ils s'opposent à toute tentative d'interférence, tout en insistant sur la nécessité de maintenir des frontières entre ces deux mondes, arguant en cela leur incompatibilité.

Par ailleurs, la réforme présente une légitimité conséquentielle de l'ordre de 11,11% de fréquence de codage.

Enfin, la légitimité cognitive de la réforme pour le service radiologie s'élève à 4,55% de fréquence de codage.

Légitimité technique (25%)	Légitimité pragmatique (5,88%)	Légitimité conséquentielle (11,11%)	Légitimité cognitive (4,55%)
	Légitimité pragmatique échange (14,29%)		

Figure 35: Taxonomie de la légitimité de la réforme pour le service radiologie

La légitimité de la réforme est évaluée par référence à ses aspects techniques et pragmatiques. Les répondants lui reconnaissent des lacunes d'ordre technique. Ils estiment que la réforme en mettant l'emphase sur les dimensions techniques, aux dépens de celles humaines, souffre d'une incohérence interne. Par ailleurs, ils pensent qu'elle est inadaptée au contexte hospitalier public, constituant une entorse à sa vocation humaine et à son appartenance institutionnelle. Sous un angle pragmatique, ils considèrent que la réforme hospitalière, en ce qu'elle favorise un rapprochement avec la sphère privée et ses valeurs marchandes constitue une menace pour le personnel, qui se retrouve confrontée à l'incertitude et à l'instabilité professionnelle.

Le conseil d'administration récolte une légitimité technique de l'ordre de 20% de fréquence de codage. Il est question d'une légitimité technique pure (cohérence interne) défavorable. Les répondants remettent en cause la représentativité du conseil d'administration, cet organe ne comptant qu'un seul représentant des paramédicaux face à plusieurs représentants des médecins. Ils insistent sur le fait que les paramédicaux, bien qu'ils soient supérieurs en nombre face aux médecins trouvent du mal à s'imposer et à participer à la prise de décision. Cette supériorité numérique ne leur garantit pas une représentativité pesante et suffisante pour être en mesure d'exercer une influence sur les décisions.

Le conseil d'administration présente une légitimité pragmatique de l'ordre de 16,67% de fréquence de codage. La légitimité pragmatique en question relève des trois dimensions échange représentativité défavorable (25%), échange participation défavorable (14,29%), influence défavorable (11,11%) et managériale (50%).

Les répondants, principalement les paramédicaux, ne sont pas unanimes sur la légitimité pragmatique du conseil d'administration. Alors que certains techniciens critiquent la sous-représentativité des paramédicaux dans le conseil d'administration et l'emprise exercée par les médecins, d'autres louent son apport managérial à la gestion de l'hôpital. Ils voient dans le conseil d'administration, un mécanisme inhibiteur, qui permet de ralentir la domination de l'administration et du directeur, tout en favorisant une participation de l'ensemble des composantes de l'hôpital à la prise de décision. Le caractère hétérogène de l'hôpital, divisé en deux grands compartiments administratif et « *actif* », accentue le risque de collision entre les identités professionnelles disparates. Le conseil d'administration permet de parer au problème de cloisonnement intrinsèque à l'hôpital, en conciliant les deux sphères administrative et médicale par l'uniformisation de leur discours. Il intervient donc comme un mécanisme conciliateur pour combler le déphasage entre les ordres de discours divergents, discours managérial orienté vers la rationalisation des moyens et la réalisation d'objectifs d'efficience et discours soignant orienté vers l'efficacité et la concrétisation des résultats.

La légitimité cognitive pour le conseil d'administration telle qu'elle se présente pour le service radiologie totalise 15,38% de fréquence de codage. Les répondants ont un avis partagé sur le conseil d'administration, tantôt ils lui associent une légitimité cognitive favorable de l'ordre de 50%, tantôt, ils lui associent une légitimité cognitive défavorable de l'ordre de 33,33%.

Légitimité technique (20%)	Légitimité pragmatique (16,67%)	Légitimité cognitive (15,38%)
----------------------------	---------------------------------	-------------------------------

Figure 36 : Taxonomie de la légitimité du conseil d'administration pour le personnel du service radiologie

Les APC comptent une légitimité pragmatique de l'ordre de 40%.

Les répondants voient dans les APC une atteinte à l'intérêt commun de l'hôpital et du personnel. Ces activités privées, ont entre autres contribué à envenimer le climat social de travail, en attisant les tensions entre les différentes catégories du personnel. Elles relèveraient d'une mesure ségrégative qui ne fait qu'élargir le gap entre le corps médical et les autres praticiens. Ils ne manquent pas d'ajouter, qu'étant des employés de l'hôpital, rattachés au service public, ne sont pas dans l'obligation de réaliser des prestations de nature privée pour le compte des médecins. A un autre niveau, ils estiment que les APC n'ont fait qu'accentuer la situation déficitaire de l'hôpital. Ces dernières, par la privatisation d'une partie de l'espace hospitalier public ont entraîné un appauvrissement de ses ressources financières, par un effet d'attraction sur les malades de l'hôpital. Elles sont accusées d'être source d'enrichissement pour les médecins publics, qui profitent du potentiel humain et matériel, à leur disposition sans contrepartie.

En termes de légitimité morale, les APC récoltent une fréquence de codage équivalent à 23,08%. Les répondants leur associent une légitimité morale dispositionnelle de l'ordre de 60% dont 50% d'arguments de codage défavorable. A ces différentes formes de légitimité morale s'ajoutent une légitimité morale conséquentielle et une légitimité morale procédurale qui récoltent respectivement 16,67% et 37,5% d'argument de codage défavorable.

Les répondants dans le service de radiologie s'accordent pour dénoncer les effets moraux néfastes des APC. Ils les accusent d'être à l'origine de la déshumanisation de l'hôpital, par la fragilisation de ses valeurs humaines. Les médecins qui exercent une activité privée dans l'hôpital public, sont devenus plus occupés par la maximisation de leurs intérêts individuels. Ils se sont éloignés des services dont ils ont la charge pour se consacrer à leurs activités privées. En effet, ces dernières ont provoqué une métamorphose des mentalités des médecins,

qui ont délaissé la collectivité pour s'insérer dans une perspective individualiste. Le fait de consentir aux médecins le droit d'exercer des activités privées complémentaires privées dans l'hôpital public, a précipité son basculement vers la sphère privée. Ce dernier est devenu assimilée à une clinique privée où les valeurs marchandes ont pris le dessus sur les valeurs morales, pour s'inscrire de plus en plus dans une perspective clientéliste. Les APC, par la consécration des valeurs marchandes d'opportunisme, et la primauté de la perspective de l'avoir et des critères monétaires de rentabilité et de profit, constituent les symptômes annonciateurs d'une dilatation organisationnelle et d'un repli « *pathologique* » des valeurs éthiques, synonyme d'un déclin institutionnel. Elles ont en effet, ôté à l'hôpital sa qualité humaine, pour lui en coller une nouvelle plus lucrative. Elles ont entraîné la dilution des valeurs morales, éthiques et déontologiques, lui ôtant ses attributs institutionnels pour le doter de nouveaux d'essence organisationnelle, plus portés vers le clientélisme et la monétarisation des prestations de soins.

La légitimité cognitive des APC présente 40% de fréquence de codage, dont 57,14% d'arguments de codage défavorable et une légitimité cognitive compréhension globale défavorable (25%). Les fréquences de codage pour la légitimité cognitive confirment les autres dimensions de légitimités telles que déclinées ci-dessus. Les APC sont, à plusieurs égards, jugées de façon défavorable par les praticiens paramédicaux, aussi bien en termes d'impact financier, humain et de qualité (qualité des soins, qualité de la formation...).

Légitimité normative (50%)	Légitimité pragmatique (40%)	Légitimité morale (23, 08%)	Légitimité cognitive (40%)
-------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

Figure 37: Taxonomie de la légitimité des APC pour le service radiologie

Les répondants dans le service de radiologie associent à la sous-traitance une légitimité cognitive de l'ordre de 33,33% de fréquence de codage. Ils expriment leurs craintes quant à la réforme, en y voyant une menace pour leur stabilité. Ils critiquent l'intrusion du privé dans le domaine du public en parlant notamment de la sous-traitance. Ils expliquent comment la sous-traitance des activités de l'hôpital a commencé petit à petit à se propager au sein de l'hôpital tout en craignant qu'elle n'atteigne le personnel paramédical, après avoir fait son emprise sur les ouvriers. Ils confondent entre la réforme hospitalière et la privatisation et considèrent que le recours à certaines pratiques importées du privé et le fait de les greffer dans

l'organisme hospitalier n'est que le prologue d'une privatisation rampante totale synonyme de l'anéantissement de l'hôpital public et des valeurs qu'il porte principalement en termes d'accentuation de la précarité des employés.

Pour reconstruire, la légitimité « globale » de l'hôpital, nous ne pouvons pas nous en tenir à la légitimité de la réforme et de ses mécanismes, qui n'en constituent qu'une facette parmi d'autres. Nous nous proposons de procéder à une lecture multidimensionnelle de la légitimité, à la fois individuelle et de service.

3-2-4 Légitimité professionnelle

3-2-4-1 Légitimité pragmatique professionnelle

La légitimité pragmatique professionnelle pour le service de radiologie s'élève à 23,08% de fréquence de codage. La légitimité pragmatique relève des dimensions suivantes : Légitimité pragmatique managériale (16,67%), légitimité pragmatique d'échange (22,73%), légitimité pragmatique influence (44,44%) et légitimité pragmatique dispositionnelle (66,67%).

La légitimité pragmatique managériale représente 25% d'argument de codage défavorable. Pour sa part la légitimité pragmatique d'échange relève à la fois de la carrière (14,29%), d'échange financière (20%) et d'échange reconnaissance (17,65%). La légitimité pragmatique d'influence totalise 20% d'argument de codage défavorable. Pour sa part, la légitimité pragmatique dispositionnelle, en récolte 50%.

La légitimité pragmatique professionnelle relève des dimensions suivantes : échange, managériale, influence et dispositionnelle.

Les ouvriers ont des revendications d'ordre financier et de carrière. Ils aspirent à une revalorisation de leur situation professionnelle, notamment pour le personnel ancien, à la recherche de nouvelles trajectoires de carrière et d'augmentation de salaires.

Les techniciens pour leur part, revendiquent une plus grande marge de manœuvre. Ils pensent que face aux médecins, ils se trouvent dans une position faible pour pouvoir influencer les décisions relevant du service. Les médecins, sont mieux organisés pour défendre leurs droits et constituer un lobby face aux autres communautés professionnelles. Le personnel paramédical se retrouve donc disséminé et démuné face au monopole décisionnel des médecins, n'étant pas reconnus à leur juste valeur. Ils insistent sur le fait que leur éviction voulue et volontaire, au regard de la dialectique centre périphérie, ne fait qu'aggraver les

problèmes vécus par l'hôpital, par l'altération de leur expertise « *praticienne* » et « *expérientielle* ». Les paramédicaux vivent mal la césure entre le niveau décisionnel et le niveau exécutif. Ils désapprouvent la longueur de la distance hiérarchique, en laissant sous entendre l'existence d'une pathologie chronique de carence communicationnelle entre les hauts décideurs, en l'occurrence la direction et les médecins, d'une part et les paramédicaux d'autre part. Cette quête incessante de reconnaissance affichée par les paramédicaux, tient à la faiblesse de leur identité professionnelle.

Enfin, les techniciens appellent à plus de justice pour leur répartition entre les différents postes de radiologie. Ils expliquent que le fait de les affecter à un poste unique sans appliquer le principe de rotation, affecte négativement leur niveau de compétence et donc leur possibilité d'évolution personnelle. Le travail des techniciens en radiologie étant fortement dépendant des équipements à leur disposition, ils sont exposés au risque d'obsolescence technologique et de déqualification professionnelle. En effet, leurs connaissances doivent être constamment mises à jour et actualisées au contact de la technologie. C'est ainsi que l'éloignement prolongé de certains examens radiologiques est vécu par eux comme une menace à leur expertise. Il y a d'autres techniciens qui pensent que cette répartition discriminante présente des conséquences plus graves en termes de santé. Ils expliquent, comment cette répartition privilégie des techniciens en particulier, en les exemptant de certains examens radiologiques, présentant un risque élevé d'irradiation.

3-2-4-2 Légitimité professionnelle normative

La légitimité normative professionnelle s'élève à 8,7% de fréquence de codage. Elle concerne principalement la légitimité normative par mimétisme (20%) et par les procédures (5,88%). La dimension mimétique est faite par comparaison au champ organisationnel élargi des normes OMS (33,33%). Par ailleurs, la légitimité protocolaire récolte 6,67% d'argument de codage favorable.

La normativité professionnelle relève des deux dimensions mimétique et protocolaire. Elle présente des taux de fréquence relativement faible. En effet, les techniciens s'en tiennent à la non applicabilité des normes OMS, pour ce qui est de la fourniture de dispositif de mesure des radiations, ainsi qu'au protocole de maintenance des machines et de gestion des rendez-vous.

3-2-4-3 Légitimité professionnelle morale

La légitimité morale professionnelle totalise 16,67% de fréquence de codage. Elle est principalement d'ordre procédural (18,18%). Les répondants, principalement les techniciens semblent imprégnés par les valeurs humaines. Ils placent les malades au premier rang de leurs préoccupations. Les discours qu'ils tiennent à l'égard des malades semblent teintés des valeurs d'empathie, de charité et de compassion.

3-2-4-4 Légitimité professionnelle charismatique

La légitimité charismatique est de deux types : influence perçue et expertise.

La légitimité charismatique influence perçue pour le service de radiologie s'élève à 25% de fréquence de codage.

La légitimité charismatique influence perçue du chef de service récolte 50% d'argument de codage défavorable. Pour leur part, les médecins présentent une légitimité charismatique d'influence perçue de l'ordre de 42,86% de fréquence de codage.

Le comité médical totalise 75% de fréquence de codage, dont 50% d'argument de codage défavorable.

La direction présente 10% de fréquence de codage, dont une totalité d'arguments de codage défavorable.

Le supérieur hiérarchique est doté d'une influence perçue de l'ordre de 20% de fréquence de codage.

L'autorité de tutelle récolte 28,57% de fréquence de codage dont 16,67% d'argument de codage défavorable.

Les répondants dans le service radiologie, en fonction de leur affiliation professionnelle, ont un avis mitigé sur l'influence exercée par le chef de service. Alors que les techniciens considèrent que le chef de service exerce une influence défavorable, les médecins ont un avis différent en prenant position en sa faveur. L'influence négative du chef de service s'illustre de diverses manières. Tout d'abord, les techniciens évoquent son style managérial. Il y a certains d'entre eux qui critiquent sa gestion du service, plus orientée vers les équipements plutôt que vers les Hommes. D'autres techniciens, dénoncent son management autocratique et autoritaire. Ils expriment leur mécontentement de la décision prise par le chef de service d'enlever deux salles de radio pour les remplacer par des bureaux sans se concerter avec eux.

Ils vont même jusqu'à déclarer que les relations entre les différentes catégories professionnelles exerçant dans le service, se sont tellement détériorées qu'il n'y a plus de confiance mutuelle. Le personnel paramédical n'a plus confiance dans les médecins, ces derniers ne jouissent plus de la crédibilité requise pour l'influencer et le diriger. Ensuite, ils déplorent la mauvaise organisation du personnel dans le service, qu'ils imputent à son absence prolongée. Cette absence a eu un effet d'entraînement sur les autres médecins, les internes se sont trouvés seuls dans le service, alors qu'ils n'ont ni la compétence technique, ni la capacité juridique pour le faire. Le chef de service et les médecins seniors en délaissant le service donnent le mauvais exemple aux médecins novices en début de carrière. Cet éloignement s'explique en grande partie par le changement de mentalité des médecins, qui consacre une primauté de l'individualisme « *particulier* » aux dépens du collectivisme « *public* ». Cette perception du chef de service telle que développée par les paramédicaux, se place à la marge de celle exprimée par les médecins. Ils expliquent que le chef de service, en dépit du rang élevé qu'il est censé occuper au sein de l'hôpital, est incapable de faire suffisamment le poids face à l'administration. Cette divergence perceptuelle entre les médicaux et les paramédicaux sur l'influence du chef de service, s'explique par leur origine professionnelle. Alors que les médecins expriment explicitement leur appui au chef de service en le valorisant, les techniciens lui reprochent plusieurs carences. Il semblerait que les médecins en défendant le chef de service, défendent leur attachement à leur identité professionnelle médicale. En effet, le cloisonnement attribué intrinsèque à l'hôpital, ne se limiterait pas au niveau méso des services, en ce qu'il s'étend aux univers professionnels. L'hôpital est le lieu de collision de diverses logiques professionnelles, c'est un système extrêmement enchevêtré et dilué où chaque catégorie tente de s'approprier une parcelle de pouvoir. Au même titre, les médecins considèrent que le comité médical est en position faible par rapport à l'administration. Il n'a pas de pouvoir décisionnel face à l'administration, qui accapare le dernier mot pour toutes les décisions hospitalières. Ils se plaignent de ne pas être reconnus à leur juste valeur et de ne pas pouvoir exercer un pouvoir aussi fort que celui des administratifs. Cette tension manifeste entre le comité médical d'une part, et l'administration d'autre part, traduit la tension persistante entre les médecins et les gestionnaires. Ces derniers porteurs de logiques professionnelles disparates, l'une orientée vers la maximisation des moyens et l'autre vers la minimisation des coûts entretiennent des relations tendues, en s'accusant mutuellement de se dresser comme un obstacle à la réalisation du travail. L'influence négative de l'administration, telle que perçue par les médecins, s'applique également au niveau infra de l'autorité de tutelle. Cette dernière est critiquée pour la lenteur

procédurale de l'acquisition des équipements médicaux, qui consomme beaucoup de temps et qui entraîne de ce fait l'obsolescence technologique des hôpitaux publics. Le ministère ne joue pas convenablement son rôle, lorsqu'il est question de fournir les équipements à l'hôpital, il y a un retard accusé pour leur acquisition et leur livraison.

La légitimité charismatique expertale pour le service de radiologie s'élève à 21,21% de fréquence de codage.

L'administration totalise 50% d'argument de codage défavorable et ceci au même titre que l'autorité de tutelle.

La direction présente une légitimité charismatique expertale défavorable à hauteur de 6,67%.

Le directeur récolte 50% d'argument de codage défavorable.

Les techniciens récoltent 50% de fréquence de codage.

La direction des ressources humaines récolte une légitimité charismatique expertale défavorable de l'ordre de 12,5%.

Le chef de service présente une légitimité charismatique expertale de l'ordre de 25%

L'autorité de tutelle présente une légitimité charismatique expertale défavorable équivalent à 20% de fréquence de codage.

Enfin, les médecins totalisent une légitimité charismatique expertale de l'ordre de 23,53% de fréquence de codage dont 20% d'argument de codage favorable.

Aussi bien les techniciens que les ouvriers font l'éloge de la compétence des médecins. Ils considèrent que la renommée dont jouit l'hôpital, tient à l'expertise médicale des médecins seniors qui y exercent. Néanmoins, cette expertise médicale, se trouve dans le cas du chef de service, associée à une expertise managériale faible. Les techniciens, notamment remettent en cause la gestion du service du médecin chef de service. En effet, les médecins internes, en phase d'apprentissage, ne sont pas encore totalement aptes, pour preuve les techniciens évoquent le nombre important de demandes abusives de radiologie prescrites qui leur parviennent des autres services.

Cette expertise reconnue des médecins, n'est pas partagée pour le cas de l'administration, du directeur et de l'autorité de tutelle.

Tout d'abord, les ouvriers remettent en cause l'expertise de l'administration et notamment de la direction ressources humaines pour la gestion du personnel. Ils considèrent que l'administration ne porte pas suffisamment attention à ce corps, qui reste marginalisée comparé aux autres catégories professionnelles. Ils se plaignent du retrait de l'administration qui fait la sourde oreille à leurs problèmes, tout en faisant état d'une certaine ségrégation professionnelle pratiquée en faveur du nouveau personnel aux dépens de l'ancien. C'est ainsi qu'ils appellent à une valorisation du personnel ouvrier, notamment ancien.

Par ailleurs, les techniciens ne manquent pas de souligner la situation déficitaire de l'hôpital. Ils vont même jusqu'à le déclarer en faillite, tant les charges dépassent de loin les bénéfices. Ils sous-entendent que les différents directeurs qui se sont succédés à la tête de l'hôpital, n'ont pas été en mesure d'assurer un équilibre financier, et donc qu'ils sont en quelque sorte dépourvus de l'expertise requise pour le diriger.

En ce qui concerne, l'autorité de tutelle, son expertise est remise en cause par les médecins. Ils mettent en doute la politique de gestion du ministère. Ils considèrent que l'argent alloué et dépensé pour investir dans les plateaux techniques est sous-capitalisé, ne permettant pas de générer des gains. C'est ainsi qu'ils proposent une meilleure synchronisation entre le ministère et l'hôpital en matière d'acquisition des équipements, par l'uniformisation du discours tenu par l'autorité de tutelle, pour qu'il soit le plus proche de la réalité du terrain. Ils appellent à trouver un terrain d'entente entre les praticiens, demandeurs des équipements, et l'autorité de tutelle et l'administration, offreurs, par l'homogénéisation du discours en désignant des conciliateurs, soit des experts pour évaluer les besoins réels des services en technologie. A cet effet, ils proposent de désigner des experts rattachés au ministère, qui auront pour tâche d'évaluer la nécessité des acquisitions. Le recours à de tels experts laisse présager d'une mise en doute de l'expertise de l'administration. Cette dernière constituée en majorité par des juristes et des gestionnaires, n'a pas l'expertise technique requise pour évaluer les besoins technologiques de l'hôpital.

Légitimité pragmatique (23,08%)	Légitimité normative (8,7%)	Légitimité morale (16,67%)	Légitimité cognitive (50%)	Légitimité charismatique
	Légitimité normative par mimétisme (20%) Légitimité normative mimétisme champ organisationnel	Légitimité morale procédurale (18,18%)		Légitimité charismatique influence perçue (25%) Légitimité

	normes OMS (33,33%) Légitimité normative par les procédures (5,88%)			charismatique expertale (21,21%)
--	---	--	--	--

Figure 38: Taxonomie de la légitimité professionnelle du service radiologie

3-2-5 Légitimité de service

3-2-5-1 Légitimité de service technique

La légitimité technique pour le service radiologie s'élève à 36%. La technologie semble occuper une place prépondérante au sein du service de radiologie. L'équipement radiologique est au cœur du fonctionnement du service, duquel, les techniciens ne peuvent s'en passer.

Le bilan technique et technologique telle que présenté par les répondants se révèle mitigé. Les techniciens tout en louant la numérisation du plateau technique radiologique, appellent à la nécessité de son renforcement. Ils insistent sur le fait que les postes de radio disponibles n'arrivent pas à supporter l'intensité du débit. Les médecins laissent entrevoir dans leurs propos, à leur tour, une centralité de la technologie. Ils évoquent sans cesse, les nombreuses difficultés inhérentes à la technologie, auxquelles ils se trouvent confrontés. Ils expliquent que plusieurs aléas peuvent survenir et retarder la réalisation du compte rendu. A cet égard, c'est le ministère qui est tenu pour responsable de la dépréciation de la qualité technologique. La lourdeur administrative qu'il impose pour le lancement de la procédure d'acquisition, est inadaptée au rythme de progression des équipements d'imagerie.

3-2-5-2 Légitimité de service pragmatique

La légitimité pragmatique pour le service s'élève à 27,78% de fréquence de codage. Elle recouvre les dimensions suivantes : une légitimité pragmatique d'échange d'ordre relationnel (40%) dont 33,33% d'arguments de codage défavorable, une légitimité pragmatique dispositionnelle (60%) dont 50% d'arguments de codage défavorable et enfin, une légitimité pragmatique managériale (16,67%) à hauteur de 16,67% d'arguments de codage défavorable.

Les techniciens louent la bonne ambiance de travail qui prévaut dans le service. Ils mettent l'accent sur la qualité des relations humaines qui les lient les uns et autres et sur l'esprit

d'équipe qui les anime. Cet attachement à l'engagement relationnel pourrait être expliqué par deux raisons principales : tout d'abord, une tentative de démarcation et de construction identitaire autonome. Les techniciens en s'organisant en groupe soudé et homogène sont à la quête d'une identité professionnelle collective. Ensuite, le caractère féminisé du travail technicien, assuré en majorité par des techniciennes femmes, qui ont plus grande prépondérance à se regrouper, pour compenser les relations tendues entretenues avec les malades et l'intensité de la charge mentale du travail qui pèse sur elles.

3-2-5-3 Légitimité de service normative

La légitimité normative pour le service de radiologie s'élève à 11,11% de fréquence de codage. La normativité relève principalement de la dimension mimétisme (25%). Il est question d'un mimétisme par rapport aux normes OMS (33,33%). La normativité du service est évaluée par référence au respect des normes OMS, en matière d'aménagement du service. C'est l'aération du service et la disposition de la salle d'attente qui sont principalement remises en cause. Les techniciens expliquent que le manque d'aération affecte négativement leur santé psychologique et accentue leur stress et le risque d'exposition aux radiations.

3-2-5-4 Légitimité de service morale

La légitimité morale pour le service de radiologie s'élève à 36,84% de fréquence de codage. Tout d'abord, une légitimité morale procédurale (14,29%), une légitimité morale structurale (53,85%), une légitimité morale dispositionnelle (33,33%) et une légitimité morale relationnelle (33,33%).

La légitimité morale procédurale récolte 20% d'argument de codage défavorable. Pour sa part, la légitimité morale structurale récolte 53,85% d'argument de codage défavorable. La légitimité morale dispositionnelle relève de l'identification aux valeurs communes (33,33%). Enfin, la légitimité morale relationnelle est d'ordre affectif (33,33%).

L'évaluation morale du service, s'est faite conformément à un ensemble de critères d'ordre structurelle, dispositionnel, moraux et relationnels, imbriquées les unes avec les autres.

Tout d'abord, en ce qui a trait à la structure du service, les répondants estiment que les conditions ne sont pas totalement respectueuses de l'humanité des patients. Ils pensent que la structure du service ne garantit pas une bonne qualité d'accueil des malades, et favorise les tensions relationnelles. Ils font état de l'exiguïté du service, ce qui entraîne une proximité

gênante entre les techniciens et les malades et une difficulté de déplacement en son sein. Afin de réduire au maximum le contact technicien- malade et pour prévenir ces tensions, ils appellent à la désignation d'un agent d'accueil. Ils proposent l'aménagement d'une infrastructure adéquate qui assure une distance raisonnable et protectrice entre les techniciens d'une part et les malades et leurs accompagnants d'autre part. Cette distance est de nature à atténuer le risque de confrontation directe et d'atteinte au principe de discrétion et d'intimité humaine. En effet, les techniciens expliquent qu'à force de devoir traiter directement et longuement avec les malades, ont tendance à s'emporter et à devenir plus agressifs et facilement irritables. A ce défaut d'aménagement de la salle d'attente, ils expliquent que la disposition des box et des salles et l'organisation des issues n'assurent pas une rapidité et une aisance de déplacement dans et avec les autres services, et donc de l'urgence d'intervention.

Ensuite, ils font également état de l'insuffisance du nombre de salles de radio, qui amplifie l'encombrement et oblige les malades à faire la file et à attendre durant de longues heures l'ordre de passage.

Enfin, les médecins se plaignent de l'indisponibilité d'un nombre suffisant de bureaux, et d'une salle de lecture équipée propice à la réalisation de diagnostic médical de qualité. Ils insistent sur le fait que le service n'offre pas de conditions satisfaisantes de travail.

3-2-5-5 Légitimité de service managériale

La légitimité managériale pour le service de radiologie présente 28,57% de fréquence de codage.

Sur le plan de management du service, c'est la gestion du personnel qui est fréquemment évoquée par les répondants. Ces derniers soulèvent plusieurs lacunes ayant trait à la procédure d'affectation dans le service, de recrutement, de carrière, de formation, de perfectionnement et de gestion des congés. Les techniciens déclarent être victimes d'une discrimination professionnelle. Ils font état d'une gestion « *personnifiante* » et « *personnalisée* » des ressources humaines, qui tend à privilégier certains techniciens au détriment d'autres. Ils se plaignent de subir une marginalisation au profit d'autres techniciens affectés dans des postes dits « *reposants* » pour échapper à la charge de travail. Certains techniciens vont même jusqu'à évoquer des conséquences néfastes sur leur santé, en les exposant à des risques plus élevés d'irradiation. D'autres techniciens, dénoncent une ségrégation professionnelle à un autre niveau. Ils expliquent que l'éloignement « *forcée* » de certains postes de radio est une

atteinte au principe de « *turn over* ». A force d'être affecté à un seul poste, les techniciens courent le risque d'une déqualification professionnelle. L'expertise des techniciens pour la réalisation de divers examens radiologiques et la manipulation des différents équipements doit être constamment acquise au contact de la technologie d'imagerie médicale.

Les répondants soulèvent également une gestion des recrutements défailante. Ils s'appuient en cela sur le vieillissement du personnel et sur le déséquilibre de sa répartition entre hommes et femmes. C'est ainsi qu'ils appellent au rajeunissement du personnel, tout en garantissant une égalité « *quantitative* » entre personnel masculin et personnel féminin. Ceci est particulièrement le cas pour les techniciens, fortement féminisés. Le vieillissement et la féminisation, ensemble contribuent à accentuer le risque de vulnérabilité morale et physique du personnel. Ce sont des symptômes forts de l'absence d'une gestion prévisionnelle qui procède au calcul des besoins réels du service. A cela s'ajoute également une gestion des congés approximative peu respectueuse et prévenante du personnel. Ce dernier, n'ayant pas droit à des congés, recourent à des congés de maladies. Les répondants, expliquent que le fait de leur refuser des congés atténue leur stress mental et physique.

Enfin, le personnel paramédical considère que leurs trajectoires de carrière ne sont pas propices à une évolution personnelle et professionnelle. Ils évoquent notamment la détérioration du niveau de formation professionnelle et d'encadrement qu'ils expliquent par deux raisons : le haut débit des patients et l'absence des médecins. Ils expliquent qu'en raison du débit qu'il subit, l'hôpital est dans l'incapacité de tenir comme il se doit sa mission universitaire et de formation. Ils ajoutent qu'il n'y a pas de programmes spécifiques de formation destinés au perfectionnement professionnel du personnel hospitalier.

3-2-5-6 Légitimité de service cognitive

La légitimité cognitive pour le service radiologie s'élève à 29,63% de fréquence de codage. Les répondants, en termes de légitimité cognitive, perçoivent différemment le service. Ils lui associent tantôt des arguments de codage favorables, tantôt des arguments de codage défavorable. Tout en louant la pertinence de la richesse pathologique et son positionnement charnière entre les différents services, les répondants critiquent l'intensité du débit qu'il supporte et ce qu'elle induit en termes de surcharge de travail physique et morale. La légitimité cognitive, en ce qu'elle reflète les cognitions développées à l'égard du service, puise alternativement dans les diverses autres dimensions de légitimité identifiées ci-dessus, elle s'en trouve imbriquée avec elles.

Légitimité morale (36,84%)	Légitimité technique (36%)	Légitimité cognitive (29,63%)	Légitimité managériale (28,57%)	Légitimité pragmatique (27,78%)	Légitimité normative (11,11%)
-------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

Figure 39 : Taxonomie des légitimités du service radiologie

Le codage des données relatives au service radiologie, a révélé que les répondants, constitués en majorité de techniciens en radiologie ont une faible connaissance de la réforme et de ses péripéties. Pour justifier cette méconnaissance, les répondants s'appuient principalement sur deux raisons. Tout d'abord, ils mettent l'accent sur le caractère administratif de la réforme. Celle-ci étant exclusivement une affaire administrative, se situe en dehors de leur champ d'action et d'intérêt. Ils expliquent, par ailleurs, que la réforme n'a pas été ressentie au niveau du service, de l'activité et des conditions de travail. Ceci laisse présager que la réforme hospitalière hérite du caractère cloisonné de l'hôpital. Ensuite, d'autres répondants, notamment les plus novices, considèrent que la réforme ayant précédé leur entrée à l'hôpital, ils n'en ont aucune idée. Ils laissent sous-entendre que le degré de connaissance de la réforme dépend de l'ancienneté à l'hôpital. Ce faible degré de connaissance tel qu'affiché par les paramédicaux pourrait intervenir comme un indice de l'institutionnalisation de la réforme. En effet, et conformément à ce qui a été avancé par les répondants, nous pouvons prévoir deux scénarios d'institutionnalisation. Le scénario d'une institutionnalisation cloisonnée qui reprend le clivage de l'hôpital en deux sphères administrative et médicale à l'hôpital. La réforme serait scindée donc, en deux variantes « *administrative* » et « *hospitalière* » attachée aux aspects pratiques. Ainsi que le scénario d'une institutionnalisation « *a priori* » dans le cas des répondants jeunes ayant intégré l'hôpital tout récemment. Ces derniers n'ayant pas subi directement les conséquences induites par la réforme, postulent l'existence d'une relation finalisée et rationalisée entre la réforme et son degré de connaissance. Ces deux scénarios d'institutionnalisation se trouvent concrétisés également pour les mécanismes de la réforme. Les répondants ont évoqué amplement les APC et les répercussions qu'elles ont eues sur le service. Par ailleurs, ils avaient tendance à confondre entre le conseil d'administration et le comité médical.

Toutefois, il serait très restrictif d'expliquer la faible institutionnalisation de la réforme et de ses mécanismes, en s'en tenant aux arguments de cloisonnement et de conséquentialité.

L'institutionnalisation et en miroir la non institutionnalisation de la réforme et de ses supports tiendraient également à leur défaut de légitimation.

Réforme	<p>Légitimité technique (25%)</p> <p>Légitimité technique défavorable (25%)</p> <p>Légitimité technique pure défavorable (12,5%)</p> <p>Légitimité technique adaptation à l'hôpital défavorable (25%)</p> <p>Légitimité pragmatique (5,88%)</p> <p>Légitimité pragmatique dispositionnelle défavorable (25%)</p> <p>Légitimité pragmatique échange (14,29%)</p> <p>Légitimité conséquentielle (11,11%)</p> <p>Légitimité cognitive (4,55%)</p> <p>Légitimité cognitive défavorable (5,88%)</p> <p>Légitimité cognitive compréhension globale défavorable (12,5%)</p>
Conseil d'administration	<p>Légitimité technique (20%)</p> <p>Légitimité technique pure défavorable (20%)</p> <p>Légitimité pragmatique (16,67%)</p> <p>Légitimité pragmatique échange représentativité défavorable (25%)</p> <p>Légitimité pragmatique échange participation défavorable (14,29%)</p> <p>Légitimité pragmatique influence défavorable (11,11%)</p> <p>Légitimité pragmatique managériale (50%)</p> <p>Légitimité cognitive (15,38%)</p> <p>Légitimité cognitive favorable (50%)</p> <p>Légitimité cognitive défavorable (33,33%)</p>
APC	<p>Légitimité normative (50%)</p> <p>Légitimité pragmatique (40%)</p> <p>Légitimité pragmatique dispositionnelle défavorable (66,67%)</p> <p>Légitimité morale (23,08%)</p> <p>Légitimité morale dispositionnelle (60%)</p> <p>Légitimité morale dispositionnelle défavorable (50%)</p>

	Légitimité morale conséquentielle défavorable (16,67%)
	Légitimité morale procédurale défavorable (37,5%)
	Légitimité cognitive (40%)
	Légitimité cognitive défavorable (57,14%)
	Légitimité cognitive compréhension globale défavorable (25%)

Tableau 68 : Récapitulatif des légitimités de la réforme pour le service radiologie

L'évaluation de la légitimité de la réforme et de ses supports puise dans les registres identitaires des répondants. Ces derniers pour évaluer la légitimité de la réforme s'appuient sur leurs références personnelles, professionnelles et de service. En effet, à l'examen des légitimités professionnelles et de service, celles qui ont récolté les taux de codage les plus élevés sont respectivement, la légitimité morale, la légitimité pragmatique et la légitimité technique.

Le discours des répondants recèle toujours une pensée pour le malade. Cet ancrage moral manifeste par l'évocation des malades et de leurs besoins s'imbrique avec un pragmatisme réfléchi plus tourné vers des considérations personnelles et professionnelles. Par ailleurs, le service radiologie est un service à haute teneur technologique, qui exige un dispositif adéquat pour la réalisation du diagnostic et la dispensation des soins thérapeutiques.

Conclusion

Ce chapitre à visée analytique a présenté les principaux résultats issus des études de cas de deux EPS Tunisiens : EPS A et EPS B. Etant donné la taille de ces établissements et dans l'incapacité d'étudier tous les services qui y existent, nous nous sommes focalisées sur quelques services : les services maternité, consultations externes et administration pour le cas de l'EPS A et les services chirurgie cardio-vasculaire et thoracique et radiologie pour le cas de l'EPS B. Chacun de ces services a fait l'objet d'une analyse à part, portée vers la légitimité de la réforme et de ses mécanismes, ainsi que celle professionnelle et de service. L'analyse de ces différents niveaux de légitimité permettra in fine la reconstitution de la légitimité « globale » de l'hôpital.

Pour le service maternité, l'analyse de la réforme et de ses mécanismes a conclu à une légitimation « *controversée* » de la réforme (y compris le conseil d'administration et la sous-traitance), expliquant par la même sa faible institutionnalisation, hormis pour le cas des applications informatiques. En effet, les répondants ont associé à ces dernières, une légitimité pragmatique managériale favorable. En revanche, la légitimité morale de la réforme a été entachée par les APC et ceci au même titre que la légitimité technique. Pour le cas de la légitimité au niveau professionnel et de service, l'analyse a démontré une prééminence des légitimités morale, pragmatique et normative.

Pour le service consultations externes, l'analyse a révélé une faible institutionnalisation de la réforme et de ses dispositifs, dont l'origine remontrait à une faible légitimation. Appelés à se prononcer sur la légitimité de ces mécanismes, les répondants ont dénoncé le conseil d'administration, les APC et la sous-traitance, tout en confirmant celle des logiciels informatiques. Ces résultats viennent en concordance avec le « *bilan* » des légitimités professionnelles et de service qui accordent la primauté aux aspects moraux et pragmatiques.

Pour le service administration, l'analyse a conclu au recoupement de nombreuses vitesses d'institutionnalisation de la réforme. L'institutionnalisation de la réforme au niveau de l'administration s'arrêterait à une institutionnalisation d'ordre exclusivement juridique. Le conseil d'administration pour sa part, ferait l'objet d'une institutionnalisation « *sélective* » ou bien encore « *élitiste* » qui s'arrêterait à la frontière décisionnelle de la hiérarchie administrative c'est-à-dire des cadres administratifs. Ceci n'est pas le cas pour les applications informatiques dont l'institutionnalisation semble généralisée et non restrictive. Ces premiers résultats ont confirmé ceux ressortis de l'analyse des légitimités professionnelle et de service consacrant la suprématie des dimensions technique, pragmatique, normative et managériale.

L'analyse menée dans le service CCVT a révélé une faible institutionnalisation de la réforme auprès des sphères médicale et paramédicale, ce qui laisserait augurer donc d'une faible légitimation. Parmi les différents mécanismes de la réforme, ceux évoqués par les répondants ont été principalement les APC, auxquelles ils associent une légitimité d'ordre technique et morale. Le conseil d'administration est largement remis en cause pour son incohérence interne et la sous-représentativité du corps paramédical. Les APC, pour leur part, sont accusées de porter atteinte au climat social de travail dans le service et d'accaparer les malades de l'hôpital public en accentuant son déficit financier. L'étude de la légitimité au double niveau professionnel et de service CCVT a démontré une prédominance des

légitimités professionnelles normative et morale et des légitimités de service normative, morale et technique. Ces différentes légitimités telles que ressorties de l'analyse sont concordantes avec les caractéristiques du service et du travail qui y est réalisé. Le service en question est à forte teneur technique et technologique et est soumis à de fortes pressions normalisatrices (respect de protocoles thérapeutiques pointus, déroulement du circuit opératoire...). Il exige de la part du personnel une implication « morale » extrêmement élevée pour être en mesure d'assister psychologiquement les malades en vue de subir des interventions chirurgicales critiques.

Pour le cas du service radiologie, la réforme et ses mécanismes, semblent faire l'objet d'une institutionnalisation faible. En postulant l'existence d'une relation causale entre institutionnalisation et légitimation, nous pouvons nous prononcer en faveur d'une légitimité peu solide. Les répondants au sein de ce service ont tendance à évaluer la légitimité de la réforme par référence à ses dimensions technique et pragmatique. Sur le plan technique, ils considèrent que la réforme présente une incohérence technique et est inadaptée au contexte hospitalier public. D'un point de vue pragmatique, le personnel pense que la réforme, en se rapprochant de la sphère privée, les expose au risque d'instabilité professionnelle. Cette faible légitimité de la réforme et de ses dispositifs se trouve confirmée au niveau professionnel et de service où les légitimités les plus dominantes sont d'ordre morale, pragmatique et technique. Les professionnels dans le service tout en maintenant leur attachement aux valeurs morales, ne sont pas dénués de pragmatisme, pour défendre leur intérêts personnels et professionnels. Ils ne manquent pas également de souligner la centralité du plateau technique radiologique, « *nerf* » du service.

A l'analyse « *individualisée* », intra-cas menée séparément pour chaque service, nous procéderons dans ce qui suit à une analyse comparative inter-cas ou inter-service qui visera à mettre en relief les points de convergence et/ ou de divergence si elles existent. Il sera question de poser un regard d'ensemble qui se détache de l'entité « *service* », pour s'inscrire dans celle plus « *englobante* » de l'hôpital.

En comparant entre les différents services à l'étude, nous constatons que ces derniers se partagent un ensemble de points communs et se différencient par rapport à d'autres.

Parmi les différents mécanismes de la réforme analysés, il semblerait que les applications informatiques fassent l'unanimité auprès du personnel. Ces dernières font l'objet d'une institutionnalisation totale et effective. Les répondants leur reconnaissent une légitimité

pragmatique managériale, une légitimité technique et une légitimité normative favorables. Toutefois, en dépit de cette forte légitimation, les administratifs pensent que l'utilisation des logiciels informatiques est sous-optimisée. Ils considèrent que ces derniers sont utilisés comme de simples outils de comptage faisant abstraction de leur potentiel stratégique.

Pour les autres mécanismes de la réforme, particulièrement les APC, celles-ci ont été largement dénoncées par l'ensemble des répondants qui y voient une menace aux valeurs morales de l'hôpital public. Les APC, en raison de leur ouverture sur le monde privé constituent pour eux une invasion du territoire public.

En ce qui concerne les autres logiques managériales importées de la sphère privée, telles que la contractualisation, la comptabilité, la sous-traitance...., elles semblent faire l'objet d'une institutionnalisation à la fois parcellisée qui s'arrête à quelques pratiques et symbolique, qui se limite à l'« *épiderme* » sans pouvoir s'immerger dans les profondeurs.

Nous avons considéré que l'analyse de l'institutionnalisation (ou de la non institutionnalisation) de la réforme et en miroir de leur légitimation seraient expliquées en termes de légitimité professionnelle et de service pour nous prononcer in fine sur la légitimité de l'hôpital.

A l'opposé des variables, sexe, âge et ancienneté, l'appartenance professionnelle et de service ainsi que la longueur de la distance hiérarchique semblent être des variables discriminantes de la légitimité de l'hôpital. Les administratifs (cadres et agents) associent à la réforme et à ses mécanismes des légitimités sensiblement différentes de celles des professionnels de santé (médecin, infirmiers, techniciens, ouvriers...). Ces répondants, en fonction de leurs référents personnels et professionnels et de leur affiliation de service développent des perceptions différenciées à l'égard de la réforme. Il semblerait que le principe de « *cloisonnement* » propre à l'hôpital se trouve hérité par la réforme, qu'il serait possible de scinder en deux grandes composantes : « *juridique* » ou « *théorique* » d'une part, et « *pratique* » d'autre part. En effet, alors que les administratifs semblent s'attacher aux aspects exclusivement réglementaires (origine historique, fondement et régime légal...), les professionnels de santé sont plus tournés vers les aspects d'ordre pratique (conséquences sur les conditions de travail, disponibilité des équipements, organisation des services...).

En termes d'analyse de la légitimité, c'est la légitimité morale qui se trouve être la plus prononcée, chez les professionnels de santé. Ceci n'est pas le cas pour administratifs de santé,

où ce sont les légitimités techniques et managériales qui semblent prendre le dessus sur les autres légitimités en jeu. Cette disparité prononcée entre les répondants issus des deux sphères « *administrative* » et « *soignante* », ne s'applique pas dans le cas de la légitimité pragmatique.

Les résultats ressortis de l'analyse de la légitimité au niveau professionnel s'alignent sur ceux des services. Ces derniers ont consacré la prééminence de la légitimité morale et normative dans tous les services à caractère hospitalier, particulièrement dans ceux à fort impact moral tel que le CCVT. Cette prégnance morale se trouve expliquée par la nature même du travail réalisé au sein de ces services (maternité, consultations externes, CCVT et radiologie) par essence morale et soumis au respect de protocoles thérapeutiques prédéfinis. A noter également que la légitimité technique est plus prégnante dans les services CCVT et radiologie, à forte teneur technologique. En revanche, celle d'ordre morale est prédominante dans le service CCVT et la consultation externe (carcinologie) où le personnel se trouve exposé à une forte charge psychologique et aux prises directement avec les questions existentielles de vie ou de mort.

Pour les autres services administratifs, la légitimité morale n'a pas le même poids. Ceci serait expliqué par le fait que les cadres et les agents sont tenus éloignés des malades et n'entretiennent pas de relations directes et quotidiennes avec eux. Ce sont les légitimités technique, normative, managériale et pragmatique qui dominent au sein de ces services administratifs.

Chapitre 7 : La légitimité extra-organisationnelle de l'hôpital public

Ce chapitre porte sur l'étude de la légitimité « *extra-organisationnelle* » de l'hôpital public. Cette légitimité étant dessinée en externe à la fois par les patients dits « *classiques* » et par les patients « *personnel* », a été segmentée en légitimité extra-organisationnelle « *profane* » et en légitimité extra-organisationnelle « *expertale* ». En conformité avec cette catégorisation, le chapitre est structuré en trois grandes sections. La première section sera consacrée à un large exposé de la démarche de recherche quantitative. La deuxième section portera sur l'analyse de la légitimité extra-organisationnelle « *profane* » de l'hôpital public aux yeux des patients. Enfin, la troisième section s'intéressera à la variante « *expertale* » de la légitimité extra-organisationnelle telle que perçue par le personnel, considérés à ce titre comme étant des patients.

Section 1 : L'exposé de la démarche de recherche

Cette section propose une description détaillée de la démarche de recherche. Elle présente les étapes en trois temps de la recherche quantitative allant de l'élaboration des questionnaires et de leur validation jusqu'à l'identification des classes de légitimité extra-organisationnelle « *profane* » et « *expertale* » via l'analyse typologique.

1- Elaboration des questionnaires

La légitimité de l'hôpital public a fait l'objet d'une différenciation spatiale : une légitimité « *intra-organisationnelle* » et une légitimité « *extra-organisationnelle* ». C'est ainsi que dans la lignée de l'étude qualitative de la légitimité « *intra-organisationnelle* » de l'hôpital, nous avons réalisé une étude quantitative pour cerner les contours de la légitimité « *extra-organisationnelle* ». A cet effet, un questionnaire a été élaboré et administré à la fois au personnel, en leur qualité de citoyen qui s'adressent à l'hôpital public pour l'obtention de soins et aux patients usagers (y compris la famille et les accompagnants). Le questionnaire en question servira à élucider les dimensions de la « *légitimité extra organisationnelle* ». Il viendra compléter l'entretien pour dessiner les contours du concept de « *légitimité intra organisationnelle* », entamée implicitement via le questionnement des priorités, des attentes et des valeurs dominantes dans les sphères professionnelles. La question principale à débattre

dans le questionnaire et qui en constituera sa trame sera celle de savoir comment chacun des patients conçoit et évalue la légitimité « *extra organisationnelle* » de l'hôpital. Les répondants seront amenés à s'exprimer sur ce qu'ils pensent de l'hôpital et de ses prestations, ce qu'ils y vivent et ce qu'ils y ressentent. Il sera question principalement d'un questionnaire semi-ouvert, alternant des questions fermées et ouvertes, dirigées vers des critères et des valeurs ou il sera demandé aux répondants de les classer par ordre d'importance.

1-1 De l'intérêt du choix d'un questionnaire semi-ouvert

Le choix du questionnaire semi-ouvert comme méthode de collecte de données a été dicté par la nature même des données recherchées. C'est cette méthode intermédiaire qui semble la mieux adaptée à la nature perceptuelle du concept de légitimité. La légitimité étant de l'ordre d'une construction sociale, individuelle et subjective, le questionnaire doit laisser aux répondants une certaine marge pour qu'ils puissent s'exprimer librement. Bô (1998) reconnaît à l'approche semi-ouverte trois grands intérêts respectifs : pour le recueil des questionnaires, pour l'interprétation et pour la restitution des résultats. En termes de recueil des données, le questionnaire semi-ouvert présente « *l'avantage d'être plus ergonomique et moins machinal qu'un questionnaire fermé. En alternant questions ouvertes et fermées, l'interviewé peut à la fois exprimer son ressenti et se situer dans un cadre* » (Bô, 1998). En termes d'interprétation des résultats, les questionnaires semi-ouverts sont favorables à une meilleure fiabilité. Enfin, en termes de restitution, le fait de présenter les résultats sous forme quantitative et qualitative permet d'apporter une plus grande précision au concept étudié.

1-2 Processus d'élaboration du questionnaire

Pour l'élaboration du questionnaire, il conviendra dans un premier temps de préciser le contenu, le type de données à collecter, les problématiques à évoquer, ensuite la mise en forme des questions ou leur mode de formulation, enfin les champs des questions c'est à dire les axes à débattre. Comme nous venons de le préciser ci-dessus, l'objectif du questionnaire étant de dégager les dimensions de la légitimité « *extra-organisationnelle* », les questions seront plus tournées vers des perceptions, des représentations, des valeurs et des cognitions. Le type de ces données nous impose une alternance entre question ouverte et question fermée. La question ouverte, qui laissera le répondant libre dans sa réponse, sera suivie par une question fermée plus pointue et ciblée (portant sur la même thématique) qui aura valeur de confirmation et de délimitation pour cadrer les propos recueillis.

L'utilisation du questionnaire, comme méthode de collecte de données, appelle à la prise en compte d'un certain nombre de précautions, notamment, la chronologie des questions, leur forme et leur pertinence. Par ailleurs, il convient de faire attention aux mots utilisés. Pour éviter de tomber dans le piège de la désirabilité sociale des réponses positives, une même dimension sera questionnée simultanément en positif et en négatif. Dans notre cas de figure, nous pensons qu'il sera plus pertinent d'élaborer deux questionnaires, un questionnaire à l'adresse des patients et un autre à l'adresse du personnel hospitalier. Ces deux populations, sont concernées différemment par le même sujet de recherche à savoir la légitimité. Elles ont chacune d'elle un langage particulier qui reflète un certain niveau de connaissance. C'est en tenant compte de cette sensibilité intellectuelle et professionnelle, qu'il sera nécessaire de vulgariser au maximum le questionnaire en direction des patients (voire de le traduire en arabe), le problème ne se posant pas dans le cas du personnel hospitalier. Par ailleurs, poser des questions directes au personnel sur l'hôpital, risque de biaiser et de fausser les réponses. Ces derniers faisant partie intégrante du système hospitalier, le subissent. Ils seront plus disposés à le défendre plutôt qu'à le remettre en question. Il convient, néanmoins de préciser que cette différence au niveau du vocabulaire utilisé et de la modalité de formulation des questions, ne doit en aucun cas altérer l'uniformité du contenu du questionnaire qui doit respecter le même plan thématique. En effet, les deux questionnaires seront articulés autour de trois thématiques centrales, respectivement, les dimensions de la légitimité « *extra-organisationnelle* », l'impact de la politique sanitaire publique sur la légitimité et enfin, les priorités, les revendications et les attentes des patients. Il sera question tout au long de ces questionnaires, de cerner les perceptions que les malades développent à l'égard de l'organisation hospitalière et de ses prestations, notamment le coût, la qualité, les délais, la variété, le service, la sécurité, l'hygiène.... l'objectif final étant de tracer les contours de la légitimité « *extra organisationnelle* ». A priori, il serait possible de scinder les critères d'évaluation de la légitimité de l'hôpital public en différents types de critères : critères techniques, critères financiers, critères psychosociologiques, critères éthiques, critères organisationnels....En fonction de ces critères, une fois identifiés, différentes typologies de la légitimité « *extra-organisationnelle* » peuvent émerger : légitimité charismatique, légitimité professionnelle, légitimité technique, légitimité « *expertale* » ou « *de compétence* », légitimité financière, légitimité « *éthique* » ou « *relationnelle* », légitimité « *démocratique* » ou « *de représentation* »....

L'étude de la légitimité « *extra-organisationnelle* » revient à « *dessiner* » l'image de l'hôpital renvoyée en externe. Elle vise un diagnostic des perceptions et des attentes des usagers y compris des professionnels de santé.

En ce qui concerne, le personnel hospitalier², ils sont placés dans une position particulière par rapport à la légitimité « *extra-organisationnelle* ». Elle met en tension une légitimité professionnelle « *expertale* » et une légitimité « *expérientielle* ». Le questionnaire à leur adresse viendra révéler l'ambivalence des perceptions, soit les disparités entre la légitimité « *intra organisationnelle* » des pratiques et la légitimité « *extra-organisationnelle* » des conséquences des pratiques. Le personnel hospitalier risque de développer des perceptions différentes à l'égard de la légitimité de l'hôpital, en fonction de son positionnement en interne ou en externe. Par ailleurs, le questionnaire à l'adresse des professionnels, viendra compléter l'entretien pour donner une vue d'ensemble de la légitimité « *hospitalière* ».

Nous envisageons dans le cadre de ce travail de thèse l'élaboration de deux questionnaires, qui seront administrés respectivement aux patients (hospitalisés, consultations externes, urgences) et au personnel hospitalier. Nous pensons qu'il serait plus pertinent d'administrer deux questionnaires, dont le contenu est sensiblement similaire et la manière de formulation des questions différente. Il en sera de même pour le vocabulaire utilisé qui sera sensiblement différent entre un patient « *expert* » et un patient « *profane* ». En administrant un même questionnaire, nous courons le risque de biais, le personnel, étant impliqué dans le processus de « *production hospitalière* », aura tendance à fausser ses réponses en se plaçant comme défenseur de l'hôpital. Notre objectif dans la thèse étant de saisir les perceptions du personnel comme patient et donc d'isoler les dimensions professionnelles des dimensions personnelles pour neutraliser le poids des forces d'appartenance.

1-3 Processus de recueil des questionnaires

Lors de la phase de collecte des questionnaires, nous avons fait face à de nombreuses difficultés, précisément dans le cas des patients. Tout d'abord, ces derniers étant interrogés en situation, ils sont pressés. Ensuite, étant d'un niveau intellectuel relativement modeste, ils ont dû être assistés. Enfin dans le cas des questions ouvertes, ils se sont montrés réticents et suspects. Le fait de s'adresser également au personnel hospitalier a été une manière de palier à

² Il convient de noter à ce propos que le personnel hospitalier et les membres de leur famille bénéficient de la gratuité des soins (rapports d'activité).

ce problème. Il a été également possible d'interroger des membres de la famille, des accompagnants ou même des personnes qui ont déjà visité et/ou se sont fait soigné ou hospitalisé dans l'hôpital en question, ouvrant par la même la voie à une possibilité d'approfondissement de la discussion dans certains cas.

Cet intérêt porté aux usagers se révèle, d'autant plus pertinent et propice dans le contexte politique, social et économique de la Tunisie. Cette ouverture sur le monde extérieur s'inscrit dans le sens du mouvement de « *gouvernance démocratique* ». Il est attendu que ce mouvement prenne une plus grande ampleur et signification pour dessiner les contours d'une nouvelle politique publique de santé, plus tournée vers une prise en compte et une participation plus effective et active des patients au débat public sur la santé, dans la mouvance de la « *démocratie participative* », qui vient appuyer la « *démocratie représentative* ». Cette participation est requise, dans le domaine de santé publique pour contrebalancer le pouvoir des professionnels de santé, qui se sont illustrés pendant longtemps, comme les premiers décideurs de la décision sanitaire.

En ce qui concerne le réseau de distribution des questionnaires dans leur deux versions respectives, nous avons sollicité l'aide d'une personne « *référence* », en l'occurrence une infirmière. En effet, afin de surmonter l'obstacle de l'inaccessibilité aux services pour s'adresser directement aux patients et aux personnels de la santé et dans un souci de respect de l'intimité, cette dernière s'est chargée de distribuer le questionnaire aussi bien aux patients hospitalisés ainsi qu'à ses collègues.

Pour le reste des questionnaires (en particulier ceux à l'adresse des patients) nous nous sommes personnellement chargée de les distribuer auprès de notre entourage (proche et lointain) en faisant intervenir notre réseau social. En effet, les deux EPS, à l'étude dans le cadre de cette thèse, étant donnée leur importance au niveau régional, il paraît inévitable qu'une personne n'ait pas un jour sollicité leurs services de soins.

1-4 Structuration interne des questionnaires

Nous avons scindé la légitimité extra-organisationnelle en deux composantes principales, en fonction du positionnement des acteurs en interne et en externe, de leur niveau d'expertise et de leur degré de connaissance de l'hôpital et de ses rouages : légitimité extra-organisationnelle « *expertale* » dans le cas du personnel, dans ce cas « *patients internes* » et légitimité extra-organisationnelle « *profane* » dans le cas des patients externes ou

« classiques » qui s'adressent à l'hôpital à la recherche de soins. Dans les deux cas de figure, il s'agit d'une légitimité extra-organisationnelle « *expérientielle* ». En effet, pour pouvoir se prononcer sur la légitimité de l'hôpital telle que perçue en externe, les répondants, aussi bien les patients dits « classiques » que le personnel ont fait appel à leur propre expérience personnelle.

L'échelle de mesure du concept de légitimité « *extra-organisationnelle* » prend la forme d'une échelle multidimensionnelle. Ce type d'échelle dont le niveau de complexité est élevé, est fortement utilisé dans les sciences sociales. Selon Igalens et Roussel (1998, p.108), « *la création d'un questionnaire en GRH, conduit très souvent le chercheur à élaborer des échelles d'attitudes. Elles permettent d'apprécier des situations, d'évaluer des attitudes, de connaître des opinions, d'identifier des comportements ou des intentions comportementales et d'en suivre l'évolution* ».

Il existe communément dans la littérature, trois type d'échelles de mesure : l'échelle de Thurstone, l'échelle de Gutman et enfin, l'échelle de Likert. Pour les besoins de cette thèse, nous avons retenu une échelle de Likert à cinq points, où les répondants ont été appelé à manifester leur niveau d'accord, en choisissant une note qui varie entre 1 et 5 pour chaque proposition.

Par ailleurs, les questionnaires de notre recherche, au nombre de deux, sont structurés comme suit : la première partie est consacrée à la collecte des opinions des répondants (les patients et le personnel) sur l'hôpital et les différentes prestations qu'il offre. A cet effet, plusieurs aspects ont été sondés, principalement, l'accueil, le séjour, les locaux, les équipements et les dispositifs médicaux, le relationnel et l'éthique. La deuxième partie est relative au profil du répondant (âge, sexe, niveau d'instruction, expérience, ancienneté et catégorie socio-professionnelle). Ces questionnaires ont été soumis dans un premier temps à un pré-test afin d'apprécier la validité de leur contenu, de mettre à l'épreuve la forme finale des questions et leur ordonnancement et de vérifier la compréhension des répondants. Lors de la rédaction du questionnaire, une attention particulière a été accordée au vocabulaire utilisé. Ce dernier doit être compréhensible par l'ensemble de la population cible, les questions devant avoir le même sens pour tous les répondants. Pour s'assurer de cette condition, nous avons préféré réaliser des entretiens non directifs et semi-directifs auprès d'un échantillon représentatif de la population cible. Ces derniers ont permis de préciser l'information à recueillir ainsi que ses modalités d'expression. « *L'analyse sémantique du vocabulaire utilisé par les enquêtés*

permettra de retenir dans le questionnaire les mots clés et les énoncés les plus employés » (Bouletereau et al, 1999, p.3). C'est ainsi que préalablement à son administration à destination de la population cible, le questionnaire dans ses deux versions, a fait l'objet d'un pré-test. Ce dernier a été soumis à un nombre restreint d'individus appartenant à la population finale de l'étude. Cette évaluation qualitative de l'ébauche du questionnaire s'impose pour révéler les imperfections. *« Elle sera une réelle mise à l'épreuve du questionnaire, s'il est pratiqué de manière rigoureuse.... »* (Bouletereau et al, 1999, p.7).

Dans le cadre de notre travail de recherche, nous avons procédé au pré-test des deux versions du questionnaire auprès de 5 patients et de 5 personnels de la santé. Ce pré-test a été réalisé dans les conditions réelles de l'étude au moyen de l'administration en face. A l'issue de ce pré-test, aucune ambiguïté n'a été relevée. C'est ainsi que nous n'avons introduit aucune rectification aux questions, qui se sont révélées être claires et compréhensibles.

Cette validation qualitative des questionnaires via le pré-test, n'est pas une condition suffisante pour pouvoir nous prononcer sur leur validité. Une fois que la validité qualitative des questionnaires a été prouvée, ces derniers doivent faire l'objet d'une évaluation quantitative, pour explorer leurs qualités métrologiques en termes de fiabilité et de validité.

2-Validation des questionnaires de mesure de la légitimité extra-organisationnelle de l'hôpital public

La validation du questionnaire de recherche est une étape cruciale qui conditionne la suite de la recherche empirique. En effet, s'il existe une unanimité sur la nécessité de mesurer la fiabilité et la validité du questionnaire, il n'y a pas par contre de consensus sur le concept de validité et les méthodes statistiques pour l'explorer (Bouletereau et al, 1999).

L'étude quantitative ne pourra débuter qu'une fois que ses qualités ont été définies. Il ne sera possible de prendre en compte les données fournies par le questionnaire qu'une fois que ses qualités métrologiques ont été prouvées en termes de fiabilité et de validité. La fiabilité consiste à étudier la possibilité de reproductibilité de la mesure. Un questionnaire est fiable s'il donne des résultats comparables dans des situations comparables (Bouletereau et al, 1999). Pour sa part, la validité consiste à s'assurer que le questionnaire mesure bien ce pour quoi il a été conçu.

Dans notre cas de figure, et en l'absence de certitudes quant à la structure factorielle de l'échelle de mesure de la légitimité extra-organisationnelle dans le contexte hospitalier, nous avons privilégié un passage par l'analyse factorielle exploratoire.

2-1 Analyse factorielle exploratoire

L'analyse factorielle sert principalement à « *identifier les dimensions de la structure et à déterminer dans quelle mesure chaque variable peut expliquer chaque dimension* » (Carricano et al, 2008, p.54). Elle a pour objectif principal de définir la structure des corrélations entre un nombre élevé de variables pour en retirer un ensemble de dimensions communes appelés facteurs. Elle est particulièrement appropriée dans une optique exploratoire pour le développement de nouveaux instruments de mesure afin de vérifier si les items correspondent effectivement aux concepts présentés aux répondants (Carricano et al, 2008).

La définition de l'analyse factorielle exploratoire (AFE) telle qu'on la retrouve dans le «*Dictionary of statistics and methodology* » (Vogt, 1993, p.87) est la suivante : « *L'analyse factorielle exploratoire est une analyse factorielle conduite dans le but de découvrir quelles sont les variables latentes (facteurs) sous-jacentes à un ensemble de variables ou de mesures* » (Baillargeon, 2003).

L'AFE est utilisée de diverses manières. Tout d'abord en vue de la réduction des variables en nombre limité de facteurs qui expliquent un pourcentage important de la variance des variables originales (Menou, 2008). Ensuite, dans une logique d'identification des facteurs latents sous-jacents à une série de variables. Enfin, dans une logique de tri, par l'identification de groupes de variables hautement corrélées afin d'en sélectionner une pour des analyses subséquentes (Menou, 2008).

L'AFE permet de s'assurer de l'unidimensionnalité d'une échelle de mesure. Elle sert à tester et à purifier une échelle de mesure pour s'assurer que celle-ci évalue précisément et exclusivement le construit qu'elle est censée mesurer. Dans le cas d'un construit unidimensionnel, l'AFE fera ressortir un seul facteur, contrairement aux construits multidimensionnels (Carricano et al, 2008). Ceci s'impose d'autant plus dans le cas du concept de légitimité « *extra organisationnelle* » à l'étude dans le cadre de notre thèse. En effet, le concept de légitimité est l'exemple type d'un concept multi-facettes. Il peut comporter entre autres une composante affective, cognitive, normative, morale,

réglementaire...C'est ainsi que l'AFE servira à regrouper les perceptions des patients à l'égard de l'hôpital en agrégeant les variables en facteurs pour synthétiser l'information et faciliter sa lecture sur une carte factorielle.

L'analyse factorielle exploratoire est réalisée conformément à un ensemble d'étapes et en total respect d'un ensemble de conditions préalables.

Parmi ces conditions figure le choix de la méthode d'extraction. La méthode d'extraction qui reste de loin la plus utilisée est l'analyse en composantes principales (ACP). Cette méthode a pour objectif de résumer « *l'ensemble des données quantitatives d'un tableau individus/variables. En effet, l'ACP synthétise les données en construisant un petit nombre de variables nouvelles, les composantes principales. Les éléments critiques de la grille peuvent alors être captés rapidement, à l'aide de représentations graphiques établies à partir des ACP* » (Carricano et al, 2008, p.57). Elle fait partie des méthodes d'analyse factorielle descriptives et est utilisée dans une logique de réduction des données afin de permettre « *une meilleure compréhension des phénomènes noyés dans la masse des informations* » (Menou, 2008, p.26). Elle vise à réduire le nombre initial de variables par la constitution de nouvelles variables, en l'occurrence les composantes principales. L'ensemble de ces variables ont pour caractéristiques d'être non corrélées, tout en comprenant plus d'information (variance maximale) que chacune des variables initiales. « *Il s'agit d'exhiber les relations entre individus du fait de leur proximité, entre variables du fait de leurs corrélations, et entre individus et variables. Cela permet d'identifier des sous-ensembles d'individus afin de constituer une classification* » (Menou, 2008, p.15). La définition de l'ACP telle qu'on la retrouve dans le « *Dictionary of statistics and methodology* » (Vogt, 1993) : « *L'analyse en composantes principales : Ensemble de méthodes permettant de procéder à des transformations linéaires d'un grand nombre de variables inter corrélées de manière à obtenir un nombre relativement limité de composantes non corrélées. Cette approche facilite l'analyse en regroupant les données en des ensembles plus petits et en permettant d'éliminer les problèmes de multicolinéarité entre les variables. L'analyse en composantes principales s'apparente à l'analyse factorielle, mais c'est une technique indépendante qui est souvent utilisée comme première étape à une analyse factorielle* » (Vogt, 1993, page.177).

La deuxième condition concerne le choix de la matrice des données. Il est possible de travailler soit sur la matrice des corrélations, soit sur la matrice de covariance.

La troisième condition est relative au degré d'adéquation des données. En effet, avant de procéder à l'analyse, il convient de s'assurer que les données sont factorisables (Carricano et al, 2008). Les données en question « *doivent former un ensemble cohérent pour pouvoir y chercher des dimensions communes qui aient un sens et qui ne soient pas des artefacts statistiques (Evrard et al, 2003) »* dans (Carricano et al, 2008, p.57).

La quatrième condition concerne la matrice des données qui doit comporter suffisamment de corrélations pour justifier la réalisation d'une AFE. Plusieurs indicateurs peuvent être utilisés dont principalement le Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Cet indicateur correspond à la mesure de la valeur de la variance commune entre les variables. Il « *indique dans quelle proportion les variables retenues forment un ensemble cohérent et mesurent de manière adéquate un concept. Il teste si les corrélations partielles entre les variables sont faibles. Des valeurs de KMO comprises entre 0,3 et 0,7 représentent des solutions factorielles acceptables. Ce test, d'abord réalisé pour chaque variable, doit ensuite être repris avec l'ensemble des variables (Hair et al., 2006)....C'est un indice d'adéquation de la solution factorielle. Un KMO élevé indique qu'il existe une solution factorielle statistiquement acceptable qui représente les relations entre les variables »*. Carricano et al (2008, p.57).

La cinquième condition relève de l'extraction des facteurs. Il n'existe pas de règle quant au nombre de facteurs à extraire. « *Les critères sont souvent choisis sur la part de variance de chaque item qu'un facteur permet d'expliquer... Il s'agit d'une approche par laquelle on observe les pourcentages cumulés de la variance extraite par les facteurs successifs. L'objectif est de s'assurer qu'un facteur explique une quantité significative de variance. (Hair et al, 2006) »* dans (Carricano et al, 2008, p.57-58).

Enfin, l'AFE admet une diversité des méthodes de rotation et ceci au même titre que l'extraction. Il est possible de distinguer entre rotation orthogonale et rotation oblique. En ce qui concerne la rotation orthogonale, elle est utilisée « *lorsqu'on croit que les facteurs sont indépendants les uns des autres »*. Pour ce qui est de la rotation oblique, « *elle permet des corrélations entre les facteurs »* (Carricano et al, 2008).

Une fois que les facteurs ont été extraits au moyen de l'analyse en composantes principales, il est nécessaire d'évaluer la validité convergente et discriminante au niveau de l'item ainsi que de la fiabilité des échelles.

2-2 Validité d'une échelle de mesure

La validité d'une échelle de mesure correspond à sa capacité à appréhender un phénomène (Hair et al, 2006), cités dans Carricano et al (2008). Les tests de validité servent à vérifier si les différents items d'un instrument de mesure sont une bonne représentation du phénomène étudié (Evrard et al, 2003) cités dans Carricano et al (2008).

La validité est de deux types : une validité convergente et une validité discriminante.

La validité convergente concerne le fait que les réponses obtenues par différents indicateurs du même construit soient fortement corrélées (Carricano et al, 2008). En revanche, la validité discriminante est démontrée lorsque la mesure d'un construit déterminé est faiblement corrélée à une mesure d'un autre construit (Carricano et al, 2008).

Ces analyses de validité (convergente et discriminante) sont réalisées pour chaque échelle. Les items présumés mesurer un même construit doivent donc être fortement corrélés les uns aux autres (validité convergente) et faiblement corrélés aux items censés mesurer d'autres construits (validité discriminante) (Carricano et al, 2008).

2-3 Fiabilité d'une échelle de mesure

La fiabilité ou la fidélité consiste à s'assurer que les instruments de mesure utilisés mesurent de façon constante le construit étudié (Evrard et al, 2003) cités dans Carricano et al (2008). En effet, une échelle de mesure est considérée comme étant fidèle lorsque les mêmes résultats sont obtenus plusieurs fois sur les mêmes sujets.

En dépit de la diversité des méthodes destinées à la mesure de la fiabilité des échelles de mesure, c'est le test de l'alpha de Crombach qui reste de loin le plus utilisé. L'alpha de Crombach est « *un coefficient de fiabilité qui mesure la cohérence interne d'une échelle construite à partir d'un ensemble d'items. La pratique consiste à réduire un grand nombre d'items initiaux dans un processus itératif de conservation/ élimination des items en fonction de la valeur du coefficient alpha qui varie entre 0 et 1. Plus la valeur de l'alpha de Crombach est proche de 1, plus la cohérence interne de l'échelle (sa fiabilité) est forte.* » (Carricano et al, 2008, p.53). Le seuil d'acceptabilité de l'alpha de Crombach varie selon l'objectif de la recherche. Dans le cas d'une étude exploratoire, un coefficient faible de l'ordre de 0,7 est acceptable. Ce n'est pas le cas pour une recherche fondamentale où le coefficient doit être supérieur à 0,8 (Nunnally et Bernstein, 1994). Par ailleurs, il existe une relation entre le

nombre d'items et la valeur de l'alpha. En effet, un nombre réduit d'items, généralement entre 2 et 3 donne une valeur alpha de Crombach faible de l'ordre de 0,6 et ceci contrairement à une échelle de mesure à 4 items, pour laquelle l'alpha s'élèverait à 0,7. Il convient de souligner qu'une alpha de Crombach supérieure à 0,9 risque de traduire une redondance inter-items contribuant à l'appauvrissement du domaine conceptuel étudié (Peterson, 1995) cité dans Carricano et al (2008).

3-Analyse typologique

3-1 Présentation de l'analyse typologique

Notre objectif dans le cadre de cette thèse, étant d'identifier des taxonomies de la légitimité « *extra-organisationnelle* » de l'hôpital public, selon le profil des patients, notre choix s'est porté sur la classification hiérarchique ascendante. C'est ainsi que nous tenterons dans ce qui suit de porter un regard théorique et pratique sur l'analyse de classification hiérarchique pour en démontrer l'intérêt pour notre recherche.

L'analyse de classification ou encore « *cluster analysis* » désigne une variété de techniques d'analyses statistiques multi-variées descriptives des données (Scheibler et Schneider, 1985). Ces méthodes sont utilisées afin de procéder au regroupement d'objets, d'individus dans des groupes homogènes, ces derniers étant décrits par un ensemble de caractéristiques spécifiques. Odin (2011), définit l'analyse typologique comme la technique qui « *vise à constituer des groupes d'objets qui soient les plus similaires possibles au sein d'un groupe et que les groupes soient aussi dissemblables que possible, la ressemblance ou la dissemblance étant mesurées sur l'ensemble des caractéristiques (variables) décrivant l'objet* ». En effet, dès que des objets ont été mesurés sur un certain nombre de variables pertinentes, il est possible d'utiliser l'analyse typologique pour découvrir quels sont les objets qui se ressemblent le plus et ainsi constituer des groupements relativement homogènes de ces objets. C'est ainsi que le choix des variables sur lesquelles sont mesurées les objets (ou individus) à classer sont déterminants et critiques parce que l'analyse typologique utilise ces variables telles quelles, c'est-à-dire dans leur forme brute. Elles sont particulièrement adaptées dans le cas d'études exploratoires pour dégager des tendances générales et proposer des pistes futures d'analyse (Kos et Psenicka, 2000) cités dans Vachon et al (2005).

Cette technique d'analyse se décline sous différentes dénominations : analyse typologique, analyse de regroupement, analyse de classification, analyse taxonomique... Cette grande

variété de dénominations se trouve expliquée par la grande diversité des domaines d'application et des disciplines qu'elle couvre : marketing, psychologie, sciences économiques...

Par ailleurs, les analyses de classification sont très diverses. Elles peuvent être scindées en 5 grandes catégories : l'agglomération hiérarchique, la division hiérarchique, la partition interactive, la recherche de densité et les variantes de l'analyse factorielle (Vachon et al, 2005).

Ces différentes techniques de classifications peuvent être classées en deux grandes variantes : analyse typologique hiérarchique et analyse typologique non hiérarchique. Cette distinction s'est faite sur la base du processus de constitution de classes hiérarchique et non hiérarchique. Pour la méthode de classification non hiérarchique (nuées dynamiques ou nodales et two-steps), le nombre de groupe est précisé à l'avance. Ceci n'est pas le cas pour la méthode hiérarchique (ou analyse de classification hiérarchique), pour laquelle le nombre de classes à constituer n'est pas spécifié a priori.

Par ailleurs, la classification hiérarchique est à la différence des autres méthodes de classification non hiérarchiques soient l'analyse « *two steps* » et les nuées dynamiques, est adaptée à des fichiers de données de petite taille (soit quelques centaines d'objets à classer).

3-2 Description du cadre méthodologique de la classification hiérarchique ascendante

La méthode qui sera retenue dans le cadre de cette thèse est la méthode d'agglomération hiérarchique, connue également sous le nom de classification hiérarchique ou encore « *hierarchical cluster analysis* ». Cette méthode s'impose comme l'analyse de classification la plus utilisée, parmi le large éventail de techniques clustering, « *environ les deux tiers de toutes les utilisations appliquées des analyses de classification ont impliqué l'analyse de classification hiérarchique (Blashfield et Aldenderfer, 1988)* » cités dans Vachon et al (2005).

La particularité de la classification hiérarchique ou « *agglomérative* », c'est qu'elle n'exige pas la connaissance a priori du nombre de classe à constituer ou bien encore du nombre de regroupements présents dans l'échantillon. Elle s'impose comme une technique exploratoire lorsque le chercheur dispose d'une grande masse de données complexes. Elle permet de découvrir la structure des données et de réduire la complexité par la scission de l'échantillon en petits groupes se distinguant clairement les uns des autres, mais à l'intérieur desquels les individus sont assez homogènes. Enfin, l'analyse typologique s'applique sur tout type de

variables d'intervalle (continues), d'effectifs ou binaires. Au cas où les variables objets de classification ne sont pas du même type, la classification hiérarchique exige une standardisation préalable.

Une fois que la typologie a été mise en évidence, il convient de procéder à l'interprétation des classes obtenues en décrivant les profils observés et les variables utilisées dans l'analyse typologique. Enfin, il faudra s'assurer de la validité du regroupement obtenu en démontrant que les différents groupes se distinguent sur un certain nombre de variables pertinentes autres que celles ayant servi à déterminer la typologie. En effet, pour pouvoir nous prononcer sur la validité et la fiabilité des typologies constituées, il existe deux niveaux d'analyse : tout d'abord une analyse statistique pour laquelle il faut s'assurer de l'hétérogénéité intergroupe, de l'homogénéité intra-groupe, ainsi que d'une solution des groupes indépendante de la méthode utilisée. Ensuite, une analyse opérationnelle pour laquelle il faut s'assurer que les groupes sont interprétables, que le nombre de groupes soit restreint, et que les groupes soient « *rentables* » en termes d'effectifs.

En matière de classification hiérarchique, il convient également de noter qu'elles sont de deux types ascendante et descendante. Toutefois, ce sont les méthodes ascendantes qui restent de loin les plus utilisées, les autres l'étant rarement (Menou, 2008).

La mise en œuvre de la classification hiérarchique ascendante se fait en quatre étapes.

La première étape consiste à mesurer la proximité entre les individus ou les variables objets de la classification. Il faut mesurer la ressemblance entre les individus (les observations) ou les variables. A cet effet, il existe plusieurs méthodes pour opérationnaliser la mesure de la distance entre les groupes, mais celle qui reste de loin la plus utilisée est la distance euclidienne, considérée comme la plus robuste.

La deuxième étape concerne le choix du processus de constitution des groupes. Une fois que la distance entre les classes a été mesurée, il faudra procéder au regroupement des groupes homogènes. Il existe à cet effet, plusieurs méthodes de groupement ou algorithmes d'agrégation. Généralement, les méthodes les plus communément utilisées sont la méthode de Ward et la moyenne de la distance entre les classes (average linkage between groups) (Cornish, 2007). La méthode de Ward considérée comme suffisamment efficace est la plus prisée par les analystes. La moyenne de la distance entre les classes ou le “*between group linkage*” est également réputée pour être relativement robuste, “*the distance between two*

clusters is calculated as the average distance between all pairs of subjects in the two clusters. This is considered to be a fairly robust method.”(Cornish, 2007).

Par ailleurs, la décision quant au nombre de regroupements à conserver pour la solution finale prendra en compte différents facteurs comme le niveau d'homogénéité intra-groupe et la facilité à interpréter chacune des solutions. L'analyse typologique tout en conférant une grande marge de liberté à l'analyste, rend le choix de la bonne approche complexe. « *Elle suppose de tester empiriquement plusieurs combinaisons avant de trouver la démarche qui aboutisse à des résultats exploitables (nombre de groupes et interprétations) et valides. Il peut aussi être intéressant de confronter différentes méthodes pour mettre à l'épreuve la stabilité des résultats* ». (Carricano et al, 2010).

Pour le choix du nombre optimum de classes à retenir, il existe plusieurs méthodes formelles et informelles. De façon plus ou moins subjective, le dendrogramme est utilisé à cette fin. “*...When carrying out a hierarchical cluster analysis, the process can be represented on a diagram known as a dendrogram. This diagram illustrates which clusters have been joined at each stage of the analysis and the distance between clusters at the time of joining. If there is a large jump in the distance between clusters from one stage to another then this suggests that at one stage clusters that are relatively close together were joined whereas, at the following stage, the clusters that were joined were relatively far apart. This implies that the optimum number of clusters may be the number present just before that large jump in distance. This is easier to understand by actually looking at a dendrogram...*” Cornish (2007). Le dendrogramme ou arbre de classification est une représentation graphique sous forme d'un arbre binaire, d'agrégations successives jusqu'à réunion en une seule classe de tous les individus. La hauteur d'une branche est proportionnelle à la distance entre les deux objets groupés. Il est utilisé pour évaluer la cohésion des groupes formés et fournir des renseignements sur le nombre approprié de groupes à conserver (IBM SPSS statistics). Il présente la composition des différentes classes, ainsi que l'ordre dans lequel elles ont été formées et indique également sur l'axe horizontal, quelle était la valeur de l'indice entre les deux classes qui ont été agrégées à une étape donnée.

La troisième étape servira à la description et l'interprétation des groupes formés. Une fois la typologie mise en évidence, l'analyste devra procéder à une interprétation de son regroupement en décrivant les profils observés sur les variables utilisées dans l'analyse typologique.

Enfin, la quatrième étape permettra de juger de la validité et de la fiabilité statistique des résultats de la typologie. La fiabilité et la validité du regroupement obtenu est appuyée en démontrant que les différents groupes se distinguent sur un certain nombre de variables pertinentes, autres que celles ayant servi à déterminer la typologie. Selon Koricha (2001), la qualité d'une typologie est jugée conformément à deux critères. Une fois les groupes identifiés, le rapport entre la variance intergroupe et la variance totale doit être supérieure à 0,5 ce qui signifie que la typologie explique plus de la moitié de l'information contenues dans les données. La typologie doit avoir également un sens, en tenant compte de la taille des groupes constitués qui doit être raisonnable et leur interprétation claire.

Bien que la classification hiérarchique ascendante figure parmi les techniques de regroupement les plus couramment usitées, elle n'est pas exempte de limites méthodologiques.

Tout d'abord, la première limite tient à sa grande part de subjectivité. Elle ne mène jamais à une solution unique et est tributaire des choix effectués par le chercheur en termes de choix des proximités, des méthodes de classification et principalement du choix des variables soumises à l'analyse. En effet, le simple ajout ou retrait d'une variable risque d'entraîner un arrangement important des unités d'observation.

Ensuite, l'analyse typologique aboutit dans tous les cas à une typologie, et ceci même si le classement obtenu ne correspond à aucune réalité bien valide. Elle ne possède aucune propriété inférentielle, dans la mesure où ses résultats dépendent toujours de l'échantillon dans lequel ils ont été générés et seule une reproduction indépendante de la solution dans un nouvel échantillon permet de mesurer le degré de robustesse et la possibilité de la typologie (Baillargeon, 2003).

Enfin, il n'existe pas de tests statistiques formels qui permettent de se prononcer de façon catégorique si la solution de regroupement retenue est la meilleure. Ces tests permettent seulement de vérifier que les interprétations ne sont pas déformées ou hasardeuses (Chtioui, 2010).

En tenant compte de ces limites, le chercheur doit relativiser les résultats obtenus et se montrer vigilant quant à leurs interprétations. L'échantillon étant relativement faible, il empêche des généralisations et exige par la même des études de terrain complémentaires sur un plus grand effectif via une régression ou bien encore un modèle d'équations structurelles.

Par ailleurs, il est recommandé aux analystes, pour s'assurer de la validité des clusters obtenus de procéder à plusieurs classifications hiérarchiques en utilisant différentes mesures de la distance et en comparant les résultats obtenus. Il est généralement recommandé de tester deux ou trois méthodes d'agrégation. Si les méthodes donnent des résultats raisonnablement similaires, ceci est une assurance en plus sur la qualité de la classification.

Section 2 : Légitimité extra-organisationnelle « *profane* » des patients

Après avoir précisé et justifié, de façon théorique, la méthode de collecte des données, les tests statistiques requis et les méthodes d'analyse à mettre en œuvre, il est question maintenant dans la présente section de passer concrètement à l'analyse statistique. Les questionnaires à l'adresse des patients seront soumis dans un premier temps à une étude descriptive. Ils feront par la suite l'objet d'une analyse psychométrique pour s'assurer de la dimensionnalité des échelles de mesure de la légitimité extra-organisationnelle « *profane* ». Enfin, ils feront état d'une classification hiérarchique ascendante pour essayer d'en dégager des taxonomies de légitimité extra-organisationnelle « *profane* » telle que perçue par les patients « *ordinaires* » ou « *classiques* ».

1- Statistiques descriptives de l'échantillon des patients

L'ensemble des questionnaires à l'adresse des patients ont été soumis à des statistiques descriptives pour en définir leurs principales caractéristiques. En tout 60 questionnaires ont été distribués dont 13 se sont avérés inexploitables soit un taux de réponse de l'ordre de 78,33%.

Les patients que nous avons appelés « *classiques* » peuvent être classés en patients « *directs* » et patients « *indirects* ». Les patients « *directs* » sont ceux qui ont fait l'expérience personnelle de recevoir des soins dans l'un des deux EPS A ou B, ou bien dans les deux EPS, durant la période de recherche. En revanche, les patients « *indirects* » sont ceux qui un jour ou l'autre ont sollicité les services de l'un de ces EPS ou bien qui ont un membre de leur entourage proche ou lointain qui y a fait recours. Il pourrait s'agir d'accompagnants de malades, de visiteurs...

L'échantillon définitif de patient dont le nombre s'élève à 47 répondants, présente les caractéristiques suivantes déclinées comme suit :

Tout d'abord, en termes d'âge, l'échantillon des patients est hétérogène, leur âge variant entre 3 ans et 66 ans. En effet, presque toutes les tranches d'âge sont représentées dans l'échantillon. Cette hétérogénéité est propre à l'hôpital qui accueille des patients toute catégorie d'âge. Par ailleurs, nous relevons que la moyenne d'âge des patients s'élève à 28 ans.

Ensuite, en termes de sexe, l'échantillon en question est composé à hauteur de 80,90% de femmes.

En ce qui concerne le niveau d'étude des patients, 48,90% affichent un niveau d'étude universitaire, 34% un niveau d'étude secondaire et 6,40% primaire. Pour le reste, soit 10,60%, n'ont pas poursuivi d'études.

Le nombre des patients pour l'EPS A s'élève à 57,40% et pour l'EPS B, il est de l'ordre de 14,90%. Le reste, en l'occurrence 27,70 % ont déclaré avoir reçu des soins dans les deux EPS A et EPS B.

Les prestations de soins assurées par les EPS, peuvent se faire dans les services d'hospitalisation, dans les consultations externes ou bien encore dans les urgences. Les analyses descriptives réalisées sur l'échantillon révèlent que :

Le taux d'hospitalisation s'élève à 48,90% et le taux de non hospitalisation s'élève à 51,10%.

Le taux de consultation s'élève à 46,80% et le taux de non consultation s'élève à 53,20%.

En ce qui concerne les urgences, 17% des patients ont été admis dans les urgences adultes, 17% dans les urgences enfants, 31,90% dans les urgences maternité et pour le reste des répondants, ils ont déclaré ne pas avoir utilisé les services des urgences.

Le choix de se faire soigner dans l'un des EPS A ou B, ou bien encore dans les deux peut être soit un choix délibéré soit un choix imposé. Dans le cas de notre échantillon, 38,30% des répondants déclarent avoir fait un choix délibéré alors que 61,7% déclarent avoir été dirigés. Cette différence pourrait être expliquée par le statut même des EPS. Dans la hiérarchie de l'organisation hospitalière publique, les EPS figurent au sommet. Ils devancent respectivement les hôpitaux régionaux, les hôpitaux de circonscription et les centres de santé de base. En effet, les patients sont rarement admis directement dans les EPS. Ils suivent un circuit qui les amène des hôpitaux régionaux et des hôpitaux de circonscription vers les

hôpitaux universitaires. Ils sont reconduits par les médecins dans les autres hôpitaux vers les hôpitaux universitaires qui leur délivrent une lettre de liaison.

Un recensement des principaux critères qui ont motivé le choix d'un hôpital aux dépens d'un autre, a produit les résultats suivants :

34% des patients ont déclaré que la proximité géographique a été un critère déterminant pour le choix de l'EPS (contrairement au 66% restant).

51,10% des patients ont déclaré que la spécialisation a été un critère déterminant pour le choix de l'EPS. Pour le reste soit 48,90% ce critère n'a pas été déterminant.

Pour 91,50% des répondants, la réputation et l'image de l'hôpital n'ont pas motivé leur choix. Alors que 8,50% ont répondu de façon affirmative.

Pour le critère de choix « *recommandation du médecin traitant* », les répondants sont partagés. En effet, pour 44,70% d'eux, ce critère a été décisif alors que pour les 55,30% ça n'a pas été le cas.

Le critère de choix « *compétence du personnel médical* » a récolté un pourcentage égal à 25,50% de réponses affirmatives et 74,50% de réponses négatives.

Le critère de choix « *attachement au service public* » récolte 23,40% de réponses positives et 76,60% de réponses négatives.

Le critère de choix « *plateau technique* » affiche un taux de réponse affirmative de l'ordre de 25,50% et un taux de réponse négative de l'ordre de 74,50%.

Le critère de choix « *accessibilité financière* » a été retenu par 34% des répondants comme critère de choix déterminant contre 66% qui ne le considèrent pas comme tel.

Une vue d'ensemble de ces critères permet de les classer comme suit :

Critères de choix de l'EPS par ordre d'importance
Spécialisation (51,10%)
Recommandation du médecin traitant (44,70%)
Proximité géographique (34%)
Accessibilité financière (34%)

Compétence du personnel médical (25,50%)
Plateau technique (25,50%)
Attachement au service public (23,40%)
Réputation et image (8,50%)

Tableau 69 : Critères de choix de l'EPS par ordre d'importance

A l'analyse des réponses des patients, il s'avère que la spécialisation occupe le premier rang avec 51,10%, suivi de près par la recommandation du médecin traitant (44,70%), l'accessibilité financière et la proximité géographique chacune avec 34% et enfin les deux critères compétence des médecin et plateau technique qui récoltent chacun 25,50%. Pour leur part, l'attachement au service public et la réputation de l'hôpital, n'occupent que la dernière place avec respectivement 25,50% et 8,50% de taux de réponse.

Il semblerait donc que les critères déterminants du choix de l'hôpital public soient la spécialisation et la recommandation du médecin traitant. Ceci s'explique par le statut même des hôpitaux publics objet de l'étude. En effet, s'agissant d'EPS ou de CHU, ces hôpitaux publics sont connus pour leur haut degré de spécialisation. Ils n'acceptent pas les malades directement, mais travaillent en étroite liaison avec les centres de santé de base, les hôpitaux de circonscription et les hôpitaux régionaux. Ces derniers situés en bout de la « chaîne » hospitalière publique n'acceptent les malades qu'une fois munis de leur lettre de liaison. Ils constituent des pôles médicaux organisés en plusieurs services spécialisés portés vers les cas pathologiques complexes et pratiquant une politique de spécialité et de concentration sur certains cas cliniques.

En portant un regard d'ensemble sur l'avis que les malades développent à l'égard de l'EPS, il s'est avéré que 40,40% des répondants jugent que l'hôpital public est mauvais, que 23,40% le considèrent comme bon, que 21,30% le considèrent comme moyen, que 8,50% comme très mauvais et que 6,40% comme excellent.

Pour ce qui est de chacun des EPS A et EPS B, 51,90% des patients qui ont visité l'EPS A jugent qu'ils offrent des prestations de soins de mauvaise qualité. En revanche, pour l'EPS B, 57,10% considèrent qu'il offre de bonnes prestations. Enfin, pour les patients qui se sont fait soignés dans les deux EPS et dont le nombre s'élève à 13, 38,50% d'eux les jugent comme étant moyens.

A la question de savoir ce que doit symboliser l'hôpital, les réponses des patients se présentent comme suit :

Rang	Ce que doit symboliser l'hôpital pour les patients
Rang 1	Soutien moral (80,90%)
Rang 2	Confort (78,70%)
Rang 2	Egalité de traitement (78,70%)
Rang 3	Rapidité (76,60%)
Rang 3	Qualité des soins (76,60%)
Rang 3	Dignité humaine (76,60%)
Rang 4	Simplicité des procédures administratives (74,50%)
Rang 5	Compétence (72,30%)
Rang 5	Disponibilité d'un plateau technique (72,30%)
Rang 6	Sécurité (70,20%)
Rang 6	Confidentialité (70,20%)
Rang 7	Continuité des soins (66%)
Rang 8	Accessibilité (63,80%)
Rang 9	Dévouement (61,70%)

Tableau 70 : Ce que doit symboliser à l'hôpital par ordre de priorité

En dépit de la présence d'une quasi-unanimité sur les aspects qui doivent exister au sein de l'hôpital, les répondants semblent accorder une primauté aux aspects moraux et psychologiques aux dépens de ceux financiers et techniques.

Cette tendance se trouve confirmée à travers le classement des priorités. En effet, les patients se montrent catégoriques vis-à-vis d'un ensemble de critères et au contraire partagés pour d'autres :

La compétence constitue une priorité pour 27,70% des répondants qui la placent au 1^{er} et au 3^{ème} rang.

En ce qui concerne l'aspect confort, les répondants avec un taux de 12,80% sont partagés, la plaçant respectivement au 1^{er}, 3^{ème} et 6^{ème} rang.

Le dévouement qui récolte 17% n'occupe que le 7^{ème} rang parmi les priorités des répondants.

La sécurité occupe respectivement le 5^{ème} et le 12^{ème} rang dans l'échelle des priorités pour 12,80% des patients

La rapidité a été classée par 19,10% au 6^{ème} rang de leur priorité.

14,90% des patients ont placé l'accessibilité au 14^{ème} rang de leur priorité. Pour sa part, la simplicité a été retenue par 21,30% des patients pour occuper le 13^{ème} rang.

L'égalité de traitement a été évoquée par 12,80% des patients comme étant leur première priorité.

12,80% des patients placent la qualité des soins au premier rang de leur préoccupation. Et ceci contrairement à la continuité des soins qui n'occupe que le 12^{ème} rang (19,10%).

Pour le soutien moral, les répondants ne sont pas catégoriques à son égard. En effet, 12,80% lui accordent respectivement, le 4^{ème}, le 8^{ème} et le 11^{ème} rang.

Le plateau technique vient au 4^{ème} rang de la priorité de 14,90% des malades

La confidentialité a été classée par 14,90% au 13^{ème} rang

Le respect de la dignité humaine a été retenu par 10,60% des répondants comme occupant respectivement le 1^{er} et le 4^{ème} rang.

Rang	Priorités des patients
Rang 1	Egalité de traitement (12,80%)
Rang 1 et 3	Compétence (27,70%)
Rang 1, 2 et 6	Confort (12,80%)
Rang 1	Qualité des soins (12,80%)
Rang 1 et 4	Respect de la dignité humaine (10,60%)
Rang 4	Plateau technique (14,90%)
Rang 4, 8 et 11	Soutien moral (12,80%)
Rang 5 et 12	Sécurité (12,80%)
Rang 6	Rapidité (19,10%)
Rang 7	Dévouement (17%)
Rang 12	Continuité des soins (19,10%)

Rang 13	Simplicité (21,30%)
Rang 13	Confidentialité (14,90%)
Rang 14	Accessibilité (14,90%)

Tableau 71 : Classement des priorités des malades vis-à-vis de l'hôpital³

Il ressort des différentes analyses menées que les aspects : égalité de traitement, respect de la dignité humaine, qualité des soins, confort et compétence, sont placés en tête des priorités des répondants. En revanche, les aspects : confidentialité, accessibilité, continuité des soins et simplicité des procédures administratives ne sont pas retenus comme tel.

Sur la façon dont ils caractérisent l'hôpital public, les patients ont émis des avis divergents. Pour l'aspect compétence, les répondants sont partagés pour se prononcer sur la compétence de l'hôpital public, 48,90% le considèrent comme compétent contre 51,10% qui le voient comme incompetent.

En ce qui concerne l'aspect confort, les répondants sont unanimes sur l'inconfort qui prévaut à l'hôpital public (83%). Cet avis est également partagé pour l'attente. Les répondants à hauteur de 83% se plaignent des délais d'attente relativement élevés.

74,50% des répondants considèrent qu'il n'existe pas de dévouement dans l'hôpital public. Ceci est également le cas pour la sécurité.

En ce qui a trait au risque de faute médicale, les patients sont partagés. 48,89% d'eux pensent que l'hôpital public présente un degré élevé de risque de faute médicale contre 51,10% qui pensent le contraire.

78,70% des malades pensent qu'il n'existe pas des soins de qualité à l'hôpital public. Alors que 74,50% pensent que l'hôpital public n'assure pas une continuité des soins.

Les répondants à hauteur de 66% considèrent que l'hôpital présente une insuffisance du personnel.

En matière de disponibilité du plateau technique, 53,20% des patients pensent que l'hôpital public présente des carences à ce niveau, contre 46,80%.

Par ailleurs, 44,70% des répondants pensent que l'hôpital public présente un terrain propice à la propagation de contagion.

³ Les priorités des malades peuvent occuper un ou plusieurs rangs

78,70% des patients reprochent à l'hôpital public l'absence de soutien moral ainsi que de respect de la dignité humaine.

Enfin, 63,80% des répondants considèrent que l'hôpital public n'est pas financièrement accessible.

En interrogeant les patients sur leur état de santé après avoir reçu des soins, 19,10% des patients font état d'une amélioration, 76,60% d'un état stationnaire et 4,30% d'une dégradation.

Sur leur intention de retour à l'hôpital, au cas où ceci s'avérait être nécessaire, les patients sont partagés. En effet, 42,60% des patients ont fait état de leur intention de retour, contre 57,40%.

Par ailleurs, sur le fait que les patients conseillent à leur entourage de venir à l'hôpital ou pas, 61,70% des répondants y sont favorables, contre 38,30% qui pensent le contraire.

Le questionnaire administré aux patients, contient un certain nombre de questions ouvertes, ayant pour objectif d'approfondir un peu plus leur opinion. Ces questions ont porté respectivement sur 4 domaines : la perception de l'hôpital, les attentes, les priorités et les valeurs devant être consacrées.

En ce qui concerne, le premier domaine soit la perception de l'hôpital public, parmi, les 47 répondants, 5 n'ont pas répondu soit un taux de non réponse égal à 10,63%.

En interrogeant les malades sur l'hôpital généralement et sur les prestations de soins qu'il offre, les avis des patients divergent. Alors, que certains patients déplorent sa médiocrité, d'autres patients reconnaissent son niveau moyen voire plutôt bon. Rares sont les personnes qui pensent que l'hôpital offre des prestations de soins excellentes.

Tout en louant, l'accessibilité financière et la compétence du personnel médical et paramédical, les répondants ne manquent pas de souligner des carences aux niveaux humain et technique. En effet, les répondants déplorent une négligence des rapports humains, le manque d'attention portée à eux et à leur confort et la non-conformité aux valeurs éthiques. Ils font état d'une inégalité de traitement.

A la question, « *quelles sont vos attentes par rapport à l'hôpital ?* », les répondants ont exigé des améliorations axées sur les aspects suivants en particulier :

- la qualité des soins et les conditions d'attente ;
- le respect de la dignité humaine ;
- l'assurance d'une meilleure égalité de traitement, abstraction faite de l'appartenance sociale et géographique. En effet, de nombreux répondants ont déploré la pratique de discrimination et des traitements de faveur sur la base de considérations personnelles et matérielles ;
- la réduction des frais de soins ;
- le renforcement du plateau technique ;
- le renforcement du corps médical par le recrutement de médecins hautement qualifiés ;
- et la disponibilité des médicaments.

S'agissant des priorités, les patients évoquent les aspects suivants:

- amélioration de la relation entre les patients, les médecins et les infirmiers, ainsi qu'un meilleur dévouement ;
- amélioration des prestations de soins dans les CE par l'octroi de numéros successifs ;
- renforcement du corps médical et paramédical ;
- compétence ;
- qualité ;
- rapidité et réactivité ;
- Respect des malades, de l'égalité de traitement par l'abolition de la pratique de ségrégation ;
- conditions de séjours et traitement des malades ;
- veille au confort et à la tranquillité du malade ;
- construction d'un nouvel hôpital pour éviter l'encombrement ;
- disponibilité des médecins ;
- gratuité des soins ;
- hygiène de l'hôpital ;
- meilleure qualité des prestations de soins ;
- modernisation des équipements médicaux et plus grande disponibilité des médicaments ;
- offre de soins aux malades avec la prise en compte de leur état psychologique ;
- plateau technique et des compétences professionnelles d'une grande qualité ;
- prise en compte des conditions financières et morales des malades ;
- réduction des frais de soins ;
- réduction des délais d'attente ;
- révision de la structure des consultations externes et ajout de sanitaires ;
- soutien moral et financier du malade ;

Enfin, les valeurs auxquelles, les répondants accordent la plus grande importance sont déclinées comme suit :

- bonne qualité de traitement à travers l'amélioration de la relation entre le citoyen et l'administration d'une part et les médecins d'autre part,
- amélioration de la compétence,
- prise en compte de la situation financière et morale des malades
- disponibilité des soins
- égalité de traitement entre les malades
- rapidité des prestations de service
- soutien moral des malades
- réduction des frais de soins
- égalité entre les malades et respect de leur dignité humaine
- écoute des patients
- sérieux et dévouement du personnel
- disponibilité des médecins, des paramédicaux et des médicaments
- meilleures conditions d'accueil
- renforcement des valeurs humaines, morales et éthiques

Une vue d'ensemble de ces diverses attentes, conclut à la primauté des aspects moraux et psychologiques.

Les réponses aux différentes questions posées aux malades, sur leur façon de voir l'hôpital, sur leurs attentes à son égard, sur leurs priorités et sur les valeurs à consacrer, sont sensiblement similaires. Elles s'apparentent à trois grands domaines: financier, technique et éthique.

Les diverses statistiques descriptives menées sur l'ensemble de la population des patients a mis en avant une diversité prouvée en termes d'âge, de sexe, de niveaux d'étude et de services hospitaliers visités. Cette hétérogénéité propre à l'hôpital ne se limite pas uniquement à son personnel, issu de diverses sphères professionnelles, mais également aux patients qui le fréquentent. En effet, l'hôpital public est le réceptacle de malades de tous niveaux sociaux, intellectuels et géographiques. Toutefois, en dépit de cette hétérogénéité des profils personnels et pathologiques, il y'a une quasi-unanimité sur les caractéristiques de l'hôpital public, sur ce qu'il doit symboliser et sur les priorités qu'il doit consacrer. En effet, les

premiers résultats révèlent une primauté des aspects moraux et éthiques aux dépens de ceux techniques et financiers.

Après cette première lecture exploratoire et descriptive, nous procéderons à l'analyse psychométrique des diverses échelles de mesure de la variable légitimité extra-organisationnelle « *profane* ». Les détails statistiques de cette investigation empirique seront développés dans la partie suivante.

2-Analyse psychométrique des échelles de mesure de la « *légitimité extra-organisationnelle profane* »

Une fois l'achèvement de la phase de collecte des questionnaires, une analyse de la base de données s'impose afin de donner un sens aux réponses obtenues. Nous allons dans cette partie présenter et analyser les résultats de notre questionnaire à l'adresse des patients. L'objet de cette partie sera d'étudier l'opérationnalité et la validité empirique du modèle conceptuel tel que présenté dans le chapitre précédent. Plus précisément, il sera question de décrire et de vérifier les propriétés statistiques de chaque construit du modèle en termes de structure factorielle et de fiabilité. Les traitements statistiques correspondants ont été réalisés via un logiciel largement utilisé dans les études empiriques dans le domaine des sciences de gestion et des sciences sociales, en l'occurrence IBM SPSS Statistics 20.

Notre objectif étant de reconstituer la légitimité extra-organisationnelle « *profane* » telle que développée par les patients « *ordinaires* » et dans la mesure où cette légitimité n'est pas une « *réalité tangible* », une « *donnée immédiate* », il ne sera possible de la cerner que par le biais d'une mesure. A cet effet, une échelle de mesure a été élaborée et qui fera l'objet d'une validation au moyen d'une analyse psychométrique via le paradigme de Churchill (1979).

2-1 Aperçu de l'intérêt de l'analyse psychométrique

La première étape de la démarche empirique est la validation de l'échelle de mesure par l'application du paradigme de Churchill (1979). En appliquant ce paradigme, nous visons l'épuration, ensuite la validation des échelles de mesure de la légitimité. Cet exercice de purification vise une amélioration du modèle initial en supprimant les énoncés qui présentent des indices de fiabilité et de validité inadéquats.

Les résultats de l'enquête effectuée feront état successivement d'une purification des échelles de mesure en réalisant une analyse factorielle exploratoire (AFE) et d'une estimation de la

fiabilité via l'alpha de Crombach sur chaque échelle de mesure retenue. Nous procéderons en premier lieu à une explication de la portée de ces deux méthodes pour présenter ensuite, dans une seconde étape les détails de la purification des différentes échelles de mesure. Nous allons donc, examiner les différentes étapes de cette analyse et commenter, à chaque fois, qu'il sera utile les résultats obtenus à l'issu du traitement des données.

Igalens et Roussel (1998, p.153) postulent que « *dans la phase exploratoire de la recherche, l'analyse factorielle est utilisée pour purifier et pour tester l'homogénéité des échelles composant un questionnaire* ». L'objectif premier de l'analyse factorielle exploratoire serait donc d'examiner l'unidimensionnalité des construits. Il convient de préciser à cet égard, que l'unidimensionnalité dans la théorie de la mesure se réfère à la condition qu'un ensemble d'items partage un seul facteur (Mac Donald, 1981). Elle est définie comme étant l'existence d'un seul trait latent ou construit sous-jacent à un ensemble d'items.

L'analyse factorielle exploratoire, permet d'établir le lien entre les variables identifiées et leurs mesures empiriques. A cet égard, et afin de vérifier l'unidimensionnalité des échelles de mesure nous avons procédé à une analyse en composantes principales (ACP) pour les items retenus. Elle permet d'explorer la structure factorielle des échelles de mesure ainsi que de vérifier leurs cohérences internes. C'est une technique couramment utilisée lorsqu'il s'agit de passer d'un nombre important d'indicateurs à un nombre plus réduit. Elle est notamment utilisée comme une analyse préliminaire en l'absence d'un acquis théorique sur les relations entre les indicateurs de mesure des construits. Le but de l'ACP, serait ainsi de résumer de façon optimale l'information contenue dans les items de chaque échelle tout en faisant un compromis entre la qualité et la quantité de l'information.

L'ACP nous a permis de réduire les items des échelles de mesure en un nombre plus petit de facteurs. Ensuite, nous avons donné une signification théorique à ces facteurs, en nous basant sur le degré de corrélation entre chaque item et les facteurs dégagés par l'ACP. Plus, le degré de corrélation est élevé, plus l'item en question participe à la construction du facteur. Un autre avantage non négligeable et reconnu à l'ACP est l'élimination du phénomène de la « *multi colinéarité* » entre les variables de l'étude. Elle permet par conséquent de récupérer un nombre de facteurs qui cumulent la part majoritaire de la variance expliquée par l'ensemble des items (Igalens et Roussel, 1998, p.142). Par ailleurs, dans la détermination de l'ACP nous n'avons retenu que les axes dont la valeur propre est supérieure à 1 alors que les items dont les communalités sont inférieurs à 0,4 ont été éliminés.

Certes, l'ACP est nécessaire mais elle n'est pas suffisante pour se prononcer sur la validité d'une échelle de mesure (Gerbing et Andersonn, 1988). Elle ne peut être dissociée de l'analyse de la fiabilité ou de la cohérence interne. La fiabilité ou la fidélité d'un instrument indique « *sa capacité à reproduire des résultats similaires s'il était administré plusieurs fois aux mêmes personnes* » (Igalens et Roussel, 1998, p.138-139). L'objectif est de réduire les erreurs aléatoires dues aux changements d'humeur et aux circonstances qui modifient les réponses aux questions. Plusieurs techniques sont déployées pour mesurer la fiabilité d'un instrument. Toutefois, la technique qui reste la plus utilisée est celle du coefficient de l'Alpha de Crombach développé en 1951 (Igalens et Roussel, 1998). Ce coefficient mesure la corrélation et la consistance interne entre les items qui sont censés mesurer un seul concept. Son objectif est de vérifier que les énoncés partagent des notions communes et donc affichent une bonne cohérence. La règle d'interprétation du coefficient alpha est conférée par Nunnally (1978) cité par Igalens et Roussel (1998, p.142), qui fixe un minimum de 0,7 pour qu'il soit bon. Néanmoins, il convient de souligner que lorsque l'étude est exploratoire, un minimum de 0,6 est acceptable (Flynn et al, 1990, Hair et al, 1998).

L'estimation de la dimensionnalité et celle de la fiabilité des construits sont deux démarches indissociables, inévitables et complémentaires. En effet, la fiabilité de cohérence interne d'une échelle n'est pas suffisante pour tester l'unidimensionnalité. De même, l'extraction des facteurs des composantes principales ne permet pas d'identifier la dimension sous-jacente aux construits sans l'analyse de la fiabilité. Par conséquent nous avons appliqué successivement les deux méthodes aux items de notre questionnaire. Les résultats de ces analyses seront développés et discutés dans ce qui suit.

2-2 Purification des échelles de mesure relatives aux déterminants de la légitimité extra-organisationnelle « *profane* » des patients

Pour l'étude de la légitimité extra-organisationnelle de l'hôpital telle que perçue par les patients, six grands domaines ont été retenus, respectivement : l'accueil, les soins, les conditions de séjour, les locaux, les équipements et les dispositifs médicaux (propreté, hygiène et sécurité), l'information des patients et enfin, le relationnel et l'éthique

Nous conférons, dans ce qui suit les détails des analyses factorielles et de fiabilité menées sur les échelles de mesure y afférentes.

-L'échelle relative à l'accueil

L'échelle relative à l'accueil est mesurée via 4 items. L'ACP conduite sur l'échelle de ce construit manifeste une structure unidimensionnelle dans la mesure où la matrice de la variance totale expliquée permet de dégager une composante principale selon le critère de Kaiser (0,653) qui restitue 69,740% de l'information totale. Par ailleurs, les communalités ou la qualité de représentation des items traduisant la part de l'inertie de l'information qui est retrouvée pour chaque item, sont bonnes puisqu'elles sont toutes supérieures à 0,4 qui est le minimum requis. Ces résultats montrent que les items de mesure des conditions de l'accueil à l'hôpital mesurent et décrivent bien la dimension.

Par ailleurs, les résultats de l'analyse de fiabilité sont acceptables pour une étude exploratoire, relevant une alpha de Crombach égale à 0,850.

L'ensemble de ces résultats nous permet d'affirmer l'existence d'une bonne cohérence entre les items de l'échelle de mesure de l'accueil à l'hôpital.

-L'échelle relative aux prestations de soins

Les items considérés pour mesurer l'échelle relative aux prestations de soins sont au nombre de 6 items.

L'ACP conduite sur l'échelle de ce construit manifeste une structure unidimensionnelle. En effet, la matrice de la variance totale expliquée permet de dégager une composante principale selon le critère de Kaiser (0,804) qui restitue 61,254% de l'information totale.

Par ailleurs, les communalités des items traduisant la part de l'inertie de l'information qui est retrouvée pour chaque item sont bonnes, puisqu'elles sont toutes supérieures à 0,4 qui est le minimum requis. Ces résultats montrent que les items des prestations de soins mesurent et décrivent bien la dimension.

L'analyse de la fiabilité de l'échelle de mesure du construit « *prestations de soins* » est également acceptable. Elle dégage une alpha de Crombach de l'ordre de 0,869, annonçant l'existence d'une bonne cohérence entre les items des prestations de soins.

-L'échelle relative aux conditions de séjour

Les items retenus pour mesurer les conditions de séjour sont au nombre de cinq.

L'ACP conduite sur l'échelle de ce construit manifeste une structure unidimensionnelle, et ceci dans la mesure où la matrice de la variance totale expliquée permet de dégager une composante principale selon le critère de Kaiser (0,746) qui restitue 72,217% de l'information totale.

Par ailleurs, les communalités des items traduisant la part de l'inertie de l'information qui est retrouvée pour chaque item, sont bonnes. Elles sont toutes supérieures à 0,4 qui est le minimum requis. Ces résultats montrent que les items des conditions de séjour perçues mesurent et décrivent bien la dimension.

Enfin, l'analyse de la fiabilité réalisée sur l'échelle, a conclu à l'existence d'une bonne cohérence entre les items, avec un alpha de Crombach, égal à 0,902.

-L'échelle relative aux locaux, installations, équipements et dispositifs médicaux (propreté, hygiène et sécurité)

Nous avons considéré 9 items pour mesurer le niveau des locaux, des installations, et des dispositifs médicaux.

L'ACP réalisée sur l'échelle de ce construit manifeste une structure unidimensionnelle qui fait dégager un seul axe. En effet, le facteur présente, une valeur propre de l'ordre de 6,504 permettant de retenir plus de 72,267% de l'information totale.

Par ailleurs, tous les items enregistrent une bonne qualité de représentation supérieure à 0,4. Ces résultats montrent que les items de l'évaluation des locaux, des installations et des dispositifs médicaux expliquent bien la dimension.

Enfin, l'analyse de la fiabilité a conclu à une bonne cohérence interne entre les items et à leur bonne corrélation. L'alpha de Crombach s'élève à 0,951.

-L'échelle relative à l'information des patients

Les items retenus pour mesurer la qualité de l'information délivrée aux patients, sont au nombre de 8 items.

L'ACP conduite sur l'échelle de ce construit dégage une structure unidimensionnelle. Le facteur présente une valeur propre de l'ordre de 5,159 permettant de retenir plus de 64,493%. Par ailleurs, tous les items enregistrent une bonne qualité de représentation supérieure à 0,4.

Ces résultats montrent que les items de la qualité d'information fournie aux patients expliquent bien la dimension.

En ce qui concerne, l'analyse de la fiabilité de l'échelle de mesure, les résultats sont acceptables, puisque l'alpha de Crombach est égal à 0,919.

-L'échelle relative au relationnel et à l'éthique

Pour mesurer le climat relationnel qui prévaut au sein de l'hôpital ainsi que son degré de conformité aux principes éthiques, nous avons retenu 8 items. L'ACP réalisée sur cette échelle a révélé une structure unidimensionnelle. Le facteur présente une valeur propre de l'ordre de 5,805 permettant de retenir plus de 72,560% de l'information totale. En effet, tous les items enregistrent une bonne qualité de représentation, supérieure à 0,4.

Ces résultats montrent que les items relatifs aux aspects relationnels et éthiques expliquent bien la dimension.

D'autre part, l'analyse de la fiabilité réalisée sur l'échelle de mesure a révélé une alpha de Crombach égale à 0,945, justifiant l'existence d'une bonne cohérence inter-items.

Dans ce qui a précédé, nous avons procédé à une purification des échelles de mesure, auxquelles nous avons fait appel pour reconstruire la légitimité extra-organisationnelle « *profane* » telle que perçue par les patients. En effet, l'analyse factorielle exploratoire (AFE) est une étape fondamentale dans toute recherche empirique basée sur le questionnaire. L'objectif de l'analyse factorielle exploratoire (AFE) est double. Dans un premier temps, il est question de faire un premier rapprochement entre les éléments théoriques et les éléments empiriques. L'analyse en composantes principales (ACP) et l'analyse de fiabilité donnent la possibilité de déceler le degré de fidélité et de validité entre les mesures des dimensions examinées. « *Un mauvais instrument procure de mauvaises données, et par conséquent des résultats biaisés* » (Igalens et Roussel, 1998, p. 144). En effet, la qualité des résultats obtenus est fortement tributaire de la qualité de l'instrument de mesure.

Une fois que nous nous sommes assurées de la fiabilité et de la validité de l'échelle de mesure de la légitimité « *extra organisationnelle* », nous sommes passées à une troisième phase descriptive en termes d'analyse typologique. En se fondant sur les données issues de notre modèle de mesure, nous tenterons de construire une typologie de la légitimité extra-organisationnelle « *profane* » selon le profil des patients.

3-Classification hiérarchique ascendante des variables de la légitimité extra-organisationnelle « *profane* »

Notre objectif étant d'identifier les différentes classes de légitimité extra-organisationnelle « *profane* » selon le profil des patients interrogés, nous avons fait recours à l'analyse typologique comme méthode d'analyse. Notre choix s'est porté essentiellement sur une méthode de regroupement hiérarchique (*hierarchical cluster*) au moyen du logiciel SPSS.

Deux raisons principales ont motivé le choix de la classification hiérarchique ascendante (sur les variables et non pas sur les observations) parmi le large éventail des techniques d'analyse typologique. La première raison tient au caractère exploratoire de l'analyse où on ne connaît pas a priori le nombre de classe à constituer. La deuxième raison tient à la taille relativement réduite de notre échantillon. L'analyse typologique est à la différence des équations structurelles, n'exige pas un échantillon important.

Nous avons utilisé comme méthode d'agrégation, la méthode de Ward. Cette dernière et en dépit des nombreuses critiques adressées à son égard, reste de loin la méthode d'agrégation la plus communément utilisée.

En ce qui concerne la mesure de la distance entre les différentes classes, notre choix s'est porté sur le carré de la distance euclidienne. Considérée comme la plus robuste parmi les autres mesures de la distance intra-classe, elle est la plus utilisée et acceptée.

Par ailleurs, il convient de noter qu'en raison de l'hétérogénéité des variables objet de la classification, à la fois sous forme nominale et d'échelle, nous avons procédé à leur standardisation selon la méthode des Z-score, entre 0 et 1.

La méthode d'agrégation de Ward appliquée aux différentes variables de la légitimité extra-organisationnelle « *profane* » a révélé l'existence de 2 grandes classes. Cette classification en deux grandes classes, vient appuyer la logique d'enchaînement des questions posées aux patients. En effet, il serait plausible de distinguer entre deux grandes catégories de légitimité : une légitimité « *acquise* », « *réelle* » ou « *réalisée* » et une légitimité « *attendue* », « *souhaitée* », ou « *réalisable* ». En posant des questions aux patients quant à leurs avis sur l'hôpital, qui découle de leur expérience personnelle est une réalité à laquelle ils sont ou ont été confrontés. En revanche, en les interrogeant sur leurs attentes à l'égard de l'hôpital, ceci

recèle une valeur symbolique et est de l'ordre du prévisible, du réalisable, de l'éventuel et du souhaitable. Elle se veut plus idéaliste en essayant de dresser le portrait- type de la légitimité de l'hôpital.

Chacune de ces classes identifiées ci-dessus a fait l'objet d'une classification hiérarchique ascendante indépendante, en utilisant la méthode de Ward.

L'analyse menée sur la légitimité extra-organisationnelle profane « *acquise* » a conclu à l'existence de 12 classes.

Nombre de classes	Variables
Classe 1	opinion des malades sur les horaires de consultation opinion des malades sur la disponibilité du personnel hospitalier opinion des malades sur la disponibilité des médicaments
Classe 2	opinion des malades sur l'explication de la prise de médicaments opinion des malades sur le comportement des médecins
Classe 3	opinion des malades sur le délai d'obtention d'un rendez-vous opinion des malades sur la durée de la consultation
Classe 4	opinion des malades sur la rapidité de réponse à leur appel opinion des malades sur la qualité de l'information opinion des malades sur l'explication de l'état de santé opinion des malades sur l'information du protocole de traitement
Classe 5	opinion des malades sur l'état des jardins et de l'espace vert opinion des malades sur les conditions de visite de la famille
Classe 6	opinion des malades sur l'aide prodiguée par les infirmiers opinion des malades sur le soutien moral
Classe 7	opinion des malades sur leur relation avec les infirmiers opinion des malades sur le respect de la vie privée
Classe 8	opinion des malades sur la disponibilité des sièges dans la salle d'attente et d'inscription opinion des malades sur la durée des procédures administratives
Classe 9	opinion des malades sur la restauration opinion des malades sur la tranquillité et le calme

	opinion des malades sur la propreté des sanitaires
Classe 10	opinion des malades sur l'hygiène des salles de soins opinion des malades sur le confort des salles de soins opinion des malades sur la sécurité des salles de soins
Classe 11	opinion des malades sur la propreté et le confort des salles d'attente opinion des malades sur l'hygiène des chambres opinion des malades sur l'état des équipements médicaux (radio, scanners...)
Classe 12	opinion des malades sur le comportement des agents du bureau d'inscription opinion des malades sur les horaires de visite opinion des malades sur le suivi médical opinion des malades sur la disponibilité des infirmiers

Tableau 72: Taxonomies de la légitimité extra-organisationnelle profane acquise des malades selon la méthode de Ward

La classe 1 est composée des dimensions relevant des horaires de consultation et de la disponibilité du personnel hospitalier et des médicaments.

La classe 2 comprend à la fois les aspects explication de la prise de médicament et le comportement des médecins. La légitimité serait plutôt d'ordre moral comportemental.

Pour la classe 3, la légitimité « *acquise* » de l'hôpital telle que perçue en externe par les patients est évaluée en termes de délai d'obtention de rendez-vous et durée de consultation. Elle est à dominante temporelle.

La classe 4 en ce qu'elle comprend les dimensions : rapidité de réponse à l'appel du malade, qualité de l'information, explication de l'état de santé et information sur le protocole de traitement correspond à une légitimité morale informationnelle.

La classe 5 fait référence aux conditions de séjour des malades ainsi qu'aux conditions de visite de leur famille.

Les classes 6 et 7 sont plutôt centrées sur les aspects moraux et relationnels. Il serait donc question d'une légitimité « *acquise* » morale.

La classe 8 s'attache aux conditions d'attente et de réalisation des procédures administratives d'inscription.

La classe 9 comprend à la fois les dimensions restauration, hygiène et calme. Elle relèverait plutôt d'une légitimité normative procédurale.

La classe 10 comprend les conditions d'hygiène, de confort et de sécurité offertes dans les salles de soins.

La classe 11 comprend les dimensions suivantes : propreté et confort des salles d'attente, hygiène des chambres, et état des équipements médicaux.

Enfin, la classe 12 relève respectivement du comportement des agents du bureau d'inscription, les horaires de visite, le suivi médical et la disponibilité des infirmiers.

En ce qui concerne la légitimité extra-organisationnelle « *attendue* » des patients, l'analyse de regroupement a conclu à l'existence de 4 classes, réparties comme suit :

Nombre de classes	Variables
Classe 1	accessibilité simplicité des procédures administratives continuité des soins
Classe 2	compétence qualité des soins plateau technique
Classe 3	confort sécurité confidentialité
Classe 4	rapidité égalité de traitement soutien moral respect de la dignité humaine

Tableau 73: Taxonomies de la légitimité extra-organisationnelle profane attendue des malades selon la méthode de Ward

La classe 1, dans la mesure où elle relève des dimensions accessibilité, simplicité des procédures administratives et continuité des soins, correspond à une légitimité normative « *attendue* ».

La classe 2 dans la mesure où elle regroupe les dimensions d'ordre technique, correspond à une légitimité technique « *attendue* ».

Enfin, les classes 3 et 4 peuvent être combinées au sein d'une seule classe pour former une légitimité morale « *attendue* ».

Section 3 : Légitimité extra-organisationnelle « *expertale* » du personnel

Au même titre que la légitimité extra-organisationnelle « *profane* » des patients, la légitimité extra-organisationnelle « *expertale* » du personnel a fait l'objet successivement d'une analyse statistique descriptive, d'une analyse psychométrique et d'une analyse typologique. Les différents résultats seront développés dans la présente section.

1-Statistiques descriptives

Le nombre de personnel hospitalier ayant répondu au questionnaire, s'élève à 50.

Ces répondants appartiennent à différentes tranches d'âge. En effet, l'échantillon comprend un personnel dont l'âge varie entre 22 ans à 58 ans.

Par ailleurs, en termes de sexe, l'échantillon est formé à 28% de personnel de sexe masculin et à 72% de sexe féminin. Cette tendance pourrait s'expliquer par le haut degré de féminité du travail hospitalier. En effet, il est généralement admis que les femmes sont plus nombreuses que les hommes au sein de l'hôpital.

En termes d'appartenance professionnelle, nous avons administré le questionnaire de façon à ce que la majorité des catégories professionnelles soient représentées. C'est ainsi, que pour le cas du personnel administratif, le nombre de répondant s'est élevé à 2, au même titre que les surveillants paramédicaux, le reste étant accaparé par le personnel paramédical, principalement les infirmiers, dont le nombre s'élève à 46. Cette supériorité numérique des paramédicaux est logique, dans la mesure où ces derniers dépassent de loin les autres composantes professionnelles du corps hospitalier.

A titre d'exemple, pour l'année 2009, et pour le cas de l'EPS A, le personnel se présente comme suit :

Catégorie du personnel	Effectif
Personnel administratif	92

Personnel technique	17
Personne médical	240
Personnel paramédical	1046 (dont 441 infirmiers)
Personnel ouvrier	303

Tableau 74 : Répartition du personnel de l'EPS A par catégorie professionnelle

Dans la continuité des travaux empiriques qualitatifs, nous avons administré le questionnaire à l'adresse du personnel hospitalier des deux EPS, EPS(A) et EPS (B). Pour le cas de l'EPS (A), le nombre de questionnaire qui ont été collecté se sont élevés à 25 questionnaires et ceci au même titre que ceux de l'EPS(B).

Nous avons veillé tout au long de l'administration du questionnaire à mettre en avant l'hétérogénéité propre aux hôpitaux publics. Cette diversité est requise pour cerner la légitimité extra-organisationnelle, que nous avons appelé « *expertale* », aux yeux de l'ensemble du personnel hospitalier sans restriction d'âge, de sexe ou d'appartenance professionnelle.

En interrogeant le personnel hospitalier sur l'opinion portée à l'égard de l'hôpital public, les réponses ont été très divergentes.

En ce qui concerne les conditions d'accueil des malades, 62% du personnel pensent qu'elles sont d'un niveau moyen. Cet avis est également partagé pour le comportement des agents dans le bureau d'inscription.

Pour ce qui est la disponibilité des sièges dans la salle d'attente, le personnel est partagé, 32% d'eux pensent qu'elle est mauvaise, contre 42% qui pensent qu'elle est moyenne. D'autres aspects relatifs à la salle d'attente ont été analysés : entretien, confort, hygiène et sécurité. Pour l'entretien, c'est moyen pour 42% du personnel interrogé. Pour le confort, c'est mauvais pour 50% des répondants. Pour l'hygiène, et la sécurité, elles sont moyennes à hauteur chacune de 42%. Ceci se trouve également valable pour le cas du délai des procédures administratives, où l'appréciation est mauvaise pour 42% et moyenne pour 36%.

Le personnel hospitalier estime que les soins médicaux dans les divers services d'urgence, de consultations externes et d'hospitalisation sont d'un niveau moyen : urgences (58%), consultations externes (48%), hospitalisation (50%). Cette tendance s'applique également pour les soins paramédicaux : urgences (60%), consultations externes (42%), hospitalisation

(44%). Enfin, pour les examens complémentaires, le personnel hospitalier estime qu'ils sont d'un niveau moyen : urgences (52%), consultations externes (54%), hospitalisation (44%).

Le personnel hospitalier a été interrogé sur différents aspects de la gestion des médicaments. En termes de disponibilité 48% d'eux estiment qu'elle est moyenne. Pour ce qui est des abus de prescription et de l'organisation de la livraison, ils déclarent respectivement à 62% et à 54% que c'est moyen.

En ce qui concerne les conditions de séjour des malades, différents aspects ont été étudiés et ont abouti aux résultats suivants. Ces principaux aspects sont :

- durée d'hospitalisation : moyenne pour 54% des répondants ;
- gestion des rendez-vous et continuité des soins : moyenne pour 42% des répondants ;
- restauration : moyenne pour 44% des répondants ;
- horaires de visite : mauvais pour 42% des répondants ;
- jardins et moyens de distraction : mauvais pour 40% des répondants ;
- propreté et hygiène corporelle des patients : mauvaise pour 50% des patients ;
- dispensation des médicaments : moyenne pour 64% des répondants ;
- et tenue de dossier des malades : moyenne pour 60% des répondants.

La sécurité à l'intérieur de l'hôpital a été également abordée dans le cadre du questionnaire. Elle a porté sur différents aspects, dont voici les principaux :

- sécurité anesthésique : moyenne pour 50% des répondants ;
- sécurité transfusionnelle : moyenne pour 50% des répondants ;
- et sécurité des dispositifs médicaux : moyenne pour 62% des répondants.

Diverses questions ont été posées pour apprécier la sécurité, l'entretien, l'hygiène, la présence en nombre suffisant et le confort, respectivement, des chambres des malades, des salles de soins et des unités d'exploration et ont conclu aux résultats suivants :

Pour 50% du personnel interrogé, les chambres ne sont pas disponibles dans un nombre suffisant. Elles ne sont pas bien entretenues (46%), ne sont pas confortables (48%) et n'offrent pas un bon niveau de sécurité (44%). En ce qui concerne l'hygiène, 46% des répondants estiment qu'elle est d'un niveau moyen.

En ce qui concerne les unités d'exploration, l'avis des répondants tend vers une appréciation moyenne : existence en nombre suffisant (60%), confort (52%), entretien (56%), hygiène (52%) et sécurité (44%).

Pour les salles de soins, les répondants dénoncent leur insuffisance (54%), leur mauvais entretien (50%), leur manque de confort (50%) et de sécurité (48%) et leur niveau moyen d'hygiène (48%).

50% des répondants considèrent que les dispositifs médicaux présentent un niveau moyen de sécurité. Par ailleurs, 56% d'eux estiment que leur approvisionnement en nombre suffisant pour s'adapter aux besoins de l'activité hospitalière n'est que d'un niveau moyen.

Dans la structure générale du questionnaire, une rubrique a été consacrée aux aspects relationnels et informationnels.

Les répondants interrogés sur la qualité de l'information diffusée à tous les niveaux, ont émis un avis plus ou moins favorable.

- information sur les soins et l'état de santé des patients : moyenne pour 56% des répondants ;
- information sur les examens complémentaires : moyenne pour 52% des répondants ;
- informations sur les conditions de séjour : moyenne pour 52% des répondants ;
- et informations sur les formalités administratives : moyenne pour 52% des répondants.

En ce qui concerne les aspects relationnels, les réponses ont été de la sorte :

- relation avec les patients (écoute de leurs préoccupations...) : moyenne pour 46% des répondants ;
- relation interpersonnelle : moyenne pour 60% des répondants ;
- relation entre le personnel technique et le personnel administratif : moyenne pour 56% des répondants ;
- consentement du patient et de son entourage pour les pratiques de soins : moyenne pour 60% des répondants ;
- respect de l'intimité et de la dignité humaine du malade : moyenne pour 48% des répondants ;
- et respect de la confidentialité des informations personnelles, médicales, sociales et de la vie privée du patient : moyenne pour 48% du personnel.

Nous avons interrogé le personnel hospitalier, s'il a fait au moins une consultation au sein de l'hôpital dans lequel il travaille. 80% d'eux ont répondu par l'affirmatif. En effet, les répondants, en sus de leur qualité professionnelle, sont susceptibles de tomber malades et de s'adresser à l'hôpital pour recevoir des soins. Ceci est d'autant plus vrai que le personnel hospitalier dispose d'un carnet de soin lui donnant droit à une gratuité des soins. Pour l'année 2009, parmi les patients qui ont fréquenté les consultations externes de l'EPS A, vient en tête les affiliés à la caisse nationale de sécurité sociale avec un taux de 38,54%, suivis par le personnel de la santé avec 16,29%.

Par ailleurs, à la question de savoir si le personnel hospitalier conseillerait à un membre de sa famille de venir se soigner à l'hôpital public, leurs réponses sont partagées, sur ceux qui y sont favorables (54%) et les autres qui y expriment un refus total (44%).

Les raisons pour ou contre le fait que des proches se soignent à l'hôpital public sont diverses. Les répondants qui y sont pour, évoquent les raisons suivantes :

Tout d'abord des raisons d'ordre technique, dans la mesure où l'hôpital public est mieux nanti en équipements, qu'il regroupe un personnel compétent et expérimenté en particulier les médecins, qu'il assure une continuité des soins et leur sécurité et qu'il présente un haut degré de spécialisation pour traiter certaines pathologies en question.

Ensuite, la deuxième raison tient principalement à l'accessibilité financière et la faiblesse des frais de soins dans le public. Les patients ayant des moyens financiers limités, n'ont pas de choix que de venir consulter à l'hôpital public. Quelques répondants, vont même jusqu'à dénoncer les cliniques privées qui facturent des frais de soins abusés, « *Le privé est pire que le public. Il ne faut pas sucer le sang des malades non plus !* ».

Enfin, la troisième raison est d'ordre particulièrement psychologique. Certains répondants estiment que l'hôpital assure une meilleure qualité d'écoute vis-à-vis des patients.

Il convient de souligner également que parmi les répondants ayant répondu par l'affirmative à la question de savoir s'il appuierait la décision d'un membre de leur famille de se diriger vers le public, certains déclarent que ceci ne se fera qu'à condition qu'ils soient présents lors de l'hospitalisation. Ils émettent une condition préalable, à savoir leur présence personnelle lors de l'hospitalisation de leur proche. Ceci dénoterait d'un manque de confiance dans le personnel soignant.

Raisons pour
Bien équipé
Compétence des médecins
Compétence et expérience
Continuité des soins
Disponibilité de plus de moyens médicaux à l'hôpital
Disponibilité du service et des soins
Compétence et non pas de l'accessibilité financière
Grande expérience des médecins
Moins cher que le privé
Moyens financiers limités
Parce qu'à l'hôpital il y a de l'écoute, en plus le travail est collectif (équipe de garde complète exigée).
Parce qu'il y a une sécurité des soins
Parce que j'ai confiance dans les médecins malgré la mauvaise organisation
Parce que le privé est pire que le public. Il ne faut pas sucer le sang des malades
Parce que la sécurité des soins à l'hôpital n'est pas mauvaise et l'emporte sur les conditions de l'hôtellerie.
Plus de spécialité et compétence
S'il n'a pas les moyens, il n'aura pas d'autres choix que d'aller consulter à l'hôpital
S'il ne peut pas consulter au privé, il doit venir à l'hôpital
Si l'hospitalisation se fait en ma présence (manque de confiance parfois)

Tableau 75 : Raisons favorables à la venue des proches à l'hôpital

Pour le personnel qui s'oppose à la venue de leurs proches pour consulter à l'hôpital, ils évoquent des carences inhérentes à la médiocrité de la qualité d'accueil, au manque de communication entre le personnel et les patients, aux conditions déplorables d'hygiène, à l'éloignement des rendez-vous et à l'encombrement des consultations. Ils leur proposent de s'orienter vers la clinique privée s'appuyant en cela sur une meilleure qualité de l'hôtellerie, un gain de temps et un plus grand respect des malades et de leur dignité humaine.

Raisons contre
Accueil d'une qualité médiocre
C'est vrai qu'on a beaucoup de compétences à l'hôpital, mais malheureusement ce n'est pas suffisant car il n'y a pas de communication entre le personnel et les patients. Je leur conseillerais d'aller au privé car c'est plus confortable (hygiène, accueil...)
Conditions déplorables
Consulter dans la clinique pour assurer un gain de temps et le respect du patient
Eloignement des rendez-vous et encombrement des consultations
Gagner du temps et éviter les mauvaises conditions
Il ne serait pas satisfait et content et il ne va pas trouver les soins et la surveillance nécessaires pour guérir. Il lui est conseillé d'aller au privé
Il y a une grande différence entre l'hôpital et les cliniques (confort, hygiène, sécurité...). Le patient sera plus satisfait dans les cliniques
Incompétence du personnel médical
Je préfère la clinique que l'hôpital car là-bas on trouve plus de sécurité, de respect, d'information sur l'état de santé (en termes de rapidité, de précision...)
Les cliniques privées deviennent de plus en plus, le meilleur concernant le professionnalisme, la rapidité des rendez-vous, l'accueil et surtout les compétences.
mauvaises conditions
Parce qu'il n'y a pas l'efficacité totale
Parce que je sais ce qui se trouve à l'hôpital et qu'il n'y a pas ce qui encourage pour le conseiller à y aller.
Parce que les conditions de travail ne sont pas bonnes et ne sont pas conformes
Pas d'hygiène, pas de respect de la dignité
Perte de temps

Tableau 76: Raisons contre la venue des proches à l'hôpital

A la question de savoir ce que doit symboliser l'hôpital pour le personnel hospitalier, les répondants ont émis des avis divergents. Au même titre, en interrogeant les répondants sur les caractéristiques qui doivent impérativement exister dans l'hôpital, ils ont proposé des classifications différentes.

70% des répondants placent la compétence au premier rang de ce que doit symboliser l'hôpital.

En revanche, pour ce qui est de l'aspect confort à l'hôpital, les répondants ne sont pas unanimes. 10% des répondants placent le confort, respectivement au 6^{ème} rang, au 10^{ème} rang, au 11^{ème} rang et au 14^{ème} rang. Il y a également 12% d'eux qui le placent au dernier rang, en l'occurrence le 15^{ème} rang.

Le dévouement pour 10% des répondants occupe les 9^{ème} et 10^{ème} rangs, contre 16% qui le placent au 14^{ème} rang et 18% au 13^{ème} rang.

20% des répondants classent l'aspect sécurité à l'hôpital au 9^{ème} rang, parmi les autres caractéristiques requises.

En ce qui concerne la rapidité qui doit caractériser l'hôpital, le personnel est partagé, puisque 12% d'eux la classent tantôt au 10^{ème} rang, tantôt au 15^{ème} rang.

La réactivité occupe la 13^{ème} place parmi les autres caractéristiques qui doivent exister dans l'hôpital et ceci pour 14% des répondants.

L'avis du personnel est partagé en ce qui concerne l'accessibilité financière à assurer par l'hôpital public. Pour 12% d'eux, l'accessibilité est placée respectivement au 3^{ème} rang, au 6^{ème} rang, et au 15^{ème} et dernier rang.

20% des répondants placent l'égalité de traitement au 2^{ème} rang des aspects importants de l'hôpital public.

Les répondants ne sont pas catégoriques pour se prononcer sur la simplicité des procédures administratives, comme une caractéristique indispensable de l'hôpital. En effet, il y a 16% d'eux qui la placent au 3^{ème} rang, 14% qui la placent au 14^{ème} rang et 16% qui la placent au 15^{ème} rang.

16% du personnel interrogé pense que la qualité des soins doit occuper le 3^{ème} rang parmi les autres caractéristiques requises de l'hôpital, contre 14% qui la placent au 5^{ème} rang.

20% des répondants placent la continuité des soins au 4^{ème} rang de ce que doit symboliser l'hôpital.

16% des répondants placent le soutien moral au 14^{ème} rang, contre 14% qui le placent au 11^{ème} rang.

Pour 12% du personnel, le plateau technique doit occuper soit le 3^{ème} rang, soit le 6^{ème} rang. En revanche, pour 10% d'eux, cet aspect vient au 9^{ème} rang de ce que doit symboliser l'hôpital.

En ce qui concerne la confidentialité, cet aspect occupe le 12^{ème} rang pour 16% du personnel interrogé et le 8^{ème} rang pour 14% d'eux.

Enfin, la dignité humaine vient au 10^{ème} rang pour 14% du personnel.

Rang	Ce que doit symboliser l'hôpital public
Rang 1	Compétence
Rang 2	Egalité de traitement
Rang 2, 10 ou 15	Rapidité
Rang 3	Qualité des soins
Rang 3 ou 6	Plateau technique
Rang 3 ou 15	Simplicité
Rang 3, ou 6 ou 15	Accessibilité
Rang 4	Continuité des soins
Rang 9	Sécurité
Rang 10	Dignité humaine
Rang 12	Confidentialité
Rang 13	Réactivité
Rang 13	Dévouement
Rang 14	Soutien moral
Rang 15	Confort

Tableau 77 : Ce que doit symboliser l'hôpital pour le personnel hospitalier par ordre de priorité

Une vue d'ensemble des divers classements proposés par le personnel hospitalier nous renseigne que ces derniers placent la compétence au premier rang de leur priorité, et ceci au même titre que l'égalité de traitement, qui vient en second lieu, au plateau technique qui occupe le 3^{ème} rang, à la qualité des soins et à la continuité des soins. En ce qui concerne les autres aspects devant exister au sein de l'hôpital public, les répondants ne sont pas aussi unanimes. En effet, les aspects confort, dévouement, sécurité, rapidité, réactivité, accessibilité

simplicité, soutien moral, confidentialité et respect de la dignité humaine, n'accaparent pas la même attention.

Il semblerait, donc que le personnel hospitalier accorde une plus grande importance aux aspects techniques, au détriment de ceux humains. Le personnel hospitalier tend à privilégier ses appartenances professionnelles aux dépens de ses aspirations personnelles. En effet, dans son esprit, la figure « *expertale* » du professionnel l'emporte sur celle « *profane* » du patient.

Nous avons essayé lors de l'élaboration de questionnaire à destination du personnel hospitalier, de faire ressortir de façon tacite sa « *face cachée* » de malade. En effet, nous avons postulé que les professionnels qui travaillent à l'hôpital, sont ou seront d'une façon ou d'une autre des patients potentiels. Néanmoins, il semblerait que nous avons échoué dans cette quête, puisque le personnel hospitalier s'est montré fortement attaché à son enracinement professionnel. Il n'a pas réussi à détacher les deux figures « *professionnel* » et « *patient* ».

Les répondants ont été interrogés sur les besoins spécifiques que devait apporter l'hôpital aux besoins de la santé. Ils ont été appelés à les classer sur une échelle allant de 1 à 12. Les réponses ont varié et ont été réparties de la sorte.

L'existence d'un plateau technique complet au sein de l'hôpital a été plébiscitée par 18% du personnel qui l'a placé au 1^{er} et au 2^{ème} rang.

Le travail en équipe pluridisciplinaire, occupe aux yeux de 20% des répondants, le 1^{er} rang.

L'accessibilité financière des soins à tous les patients, récolte 24% des taux de réponse du personnel hospitalier qui la place au 2^{ème} rang.

En ce qui concerne la prise en charge globale et coordonnée, les répondants sont partagés. En effet, ils sont 20% à classer ce critère au 4^{ème} rang et 18% à le classer au 5^{ème} rang.

Pour 20% des répondants hospitaliers, la prise en charge des pathologies lourdes figure à la 6^{ème} place des réponses spécifiques aux besoins de la santé.

Le personnel interrogé n'est pas unanime sur l'urgence médicale, chirurgicale et psychiatrique. Ils sont 16% à le classer respectivement au 2^{ème} et au 3^{ème} rang.

La mission de recherche, aux yeux de 12% des répondants vient au 7^{ème} rang parmi les réponses spécifiques aux besoins de la santé.

La sécurité technique des patients ne fait pas l'unanimité parmi les répondants hospitaliers en ce qui concerne les réponses spécifiques aux besoins de la santé. En effet, 14% la placent tantôt au 6^{ème}, tantôt au 8^{ème} et tantôt au 9^{ème} rang.

Les actions de prévention sont pour 14% des répondants au 7^{ème} ou 9^{ème} rang.

La surveillance épidémiologique est retenue par 16% du personnel hospitalier qui la place au 10^{ème} rang parmi ses priorités en termes de réponses aux besoins spécifiques de la santé.

26% des répondants classent la proximité des soins au 11^{ème} rang des missions de santé publique incombant aux hôpitaux publics.

Les répondants sont partagés sur la diffusion de l'information à l'extérieur de l'hôpital. Pour 36% d'eux, elle est classée au 12^{ème} rang, contre 24% qui la mettent au 13^{ème} rang.

L'accompagnement des malades en fin de vie, vient respectivement au 13^{ème} et au 14^{ème} rang pour 16% des répondants.

Enfin, la gestion de la souffrance est retenue par 16% du personnel qui la classe en 7^{ème} position parmi les autres critères.

Rang	Réponses spécifiques aux besoins de la santé
Rang 1 ou 2	Plateau technique complet
Rang 1	Travail en équipe pluridisciplinaire
Rang 2	Accessibilité financière
Rang 2 ou 3	Urgence médical, chirurgicale et psychiatrique
Rang 4	Prise en charge globale et coordonnée
Rang 6	Prise en charge des pathologies lourdes
Rang 6, 7 ou 8	Sécurité technique des patients
Rang 7	Gestion de la souffrance
Rang 7 ou 9	Actions de prévention
Rang 10 ou 13	Surveillance épidémiologique
Rang 11	Proximité des soins
Rang 12	Diffusion de l'information a l'extérieur de l'hôpital
Rang 13 ou 14	Accompagnement des malades en fin de vie

Rang 14	Mission de recherche
---------	----------------------

Tableau 78: Réponses spécifiques sur ce que doit apporter l'hôpital public aux besoins de la santé selon le personnel hospitalier par ordre de priorité⁴

A l'analyse du tableau de classement des réponses spécifiques aux besoins de la santé, nous constatons une primauté accordée aux aspects techniques et financiers, au détriment de ceux humains et de recherche. Ceci dénote d'une grande ambivalence chez le personnel, dont l'appartenance professionnelle l'emporte grandement sur l'appartenance aux malades. En effet, bien que nous ayons tenté d'ôter le statut professionnel aux répondants, ces derniers ont en gardé un attachement instinctif et inconscient.

Dans notre tentative de décrire l'hôpital public, nous avons soumis au personnel hospitalier une liste élargie de critères, parmi lesquels ils devaient choisir ceux qu'ils pensaient représenter au mieux l'hôpital où ils travaillaient.

70% du personnel pense que l'hôpital présente un degré élevé de compétence.

En ce qui concerne le critère de spécialisation, les répondants sont partagés. Alors que 56% pensent que ce critère existe à l'hôpital, 44% pensent le contraire.

84% des répondants considèrent que l'hôpital ne jouit pas d'une bonne réputation.

Les répondants hospitaliers sont quasi-unanimes (92%) pour dénoncer l'inconfort qui prévaut à l'intérieur de l'hôpital public. Ils sont également 84% à critiquer la proximité géographique de l'hôpital. 88% d'eux pensent qu'il n'y pas de sentiment de dévouement qui les anime. Cette tendance s'applique également aux critères de sécurité, de simplicité des procédures administratives, d'égalité de traitement, de soutien moral et psychologique, d'accessibilité financière, d'attachement au service public et de dignité humaine avec respectivement 70%, 78%, 70%, 82%, 82%, 84%, 70% des taux de réponse.

En revanche, le personnel hospitalier est partagé pour se prononcer sur la longueur des délais d'attente à l'hôpital. En effet, 52% considèrent que l'attente est une carence contre 48% qui pensent le contraire.

Pour ce qui est du risque de faute médicale, 68% du personnel considère que ce risque ne se présente pas.

⁴ Les critères proposés au personnel peuvent occuper un ou plusieurs rangs

Ils sont 68% à dénoncer le manque de la qualité des soins prodigués à l'hôpital public et 60% leur continuité.

L'existence de personnel en nombre suffisant récolte 66% de taux de réponse favorable.

Les répondants, à 78% ne pensent pas que l'hôpital public présente des carences de plateau technique.

Pour ce qui est de risque de contagion présente à l'hôpital, le personnel hospitalier est partagé. En effet, alors que 56% pense que ce risque est nul, le reste soit 44% pense que ce risque est réel.

En ayant une vue d'ensemble sur les résultats, nous relevons que les aspects humains sont les plus dénoncés parmi les autres critères descriptifs de l'hôpital. En effet, les répondants sont quasi-unanimes pour reconnaître les carences qui existent au niveau de l'égalité de traitement, du dévouement humain, de la simplicité des procédures du soutien moral et psychologique, de la proximité géographique et de la facilité d'accès, de l'accessibilité financière, de l'attachement au service public et du respect de la dignité humaine.

Dans la lignée des questions fermées, nous avons posé des questions ouvertes au personnel hospitalier sur les valeurs qui doivent être consacrées par les établissements publics de santé et sur les priorités qui s'imposent à eux, ainsi que sur leurs attentes futures.

Les valeurs à consacrer dans les EPS portent sur les aspects suivants :

Valeurs qui doivent exister à l'hôpital public
Amélioration sur le plan médical, paramédical et technique (matériel médical)
Compétence et responsabilité
Dignité humaine
Egalité des soins et justice
Souplesse et compréhension
Respect des malades et proximité des soins
Responsabilité, disponibilité et surtout la collaboration
Humanité
Relationnelles (patients- personnel, entre personnel), clarté et précision de l'information, rapidité des soins

Respect de l'intimité et de la dignité humaine
Solidarité et dévouement

Tableau 79 : Valeurs à consacrer par l'hôpital public selon le personnel hospitalier

Sur les valeurs qui doivent être consacrées par les EPS, le personnel évoque principalement les valeurs d'ordre morales et éthiques. Ils citent principalement la dignité humaine, l'égalité de traitement, l'humanité, la justice, le respect, le dévouement et la solidarité, comme les valeurs devant guider le fonctionnement des hôpitaux publics.

En ce qui concerne leurs attentes futures par rapport à l'hôpital, la réponse du personnel a porté sur les dimensions suivantes :

Attentes futures
Amélioration de l'équipement et des salaires des paramédicaux et des ouvriers
Amélioration des conditions de travail
Bonne organisation, hygiène, sécurité du patient, confort
Des services à la hauteur du patient tunisien quelque soit son niveau intellectuel, économique ou social
Des services bien équipés et un personnel adéquat
Intégrité, discipline, serviabilité
« J'aimerais bien que l'hôpital public devienne comme les cliniques privées et assure la même qualité de service »
« Je souhaite une amélioration de la qualité de prise en charge des patients quelque soit leur origine »
L'égalité des soins, le respect des malades et la proximité des soins
La médecine est un métier noble et doit le rester.
Les conditions d'accueil doivent devenir excellentes
Les gardes doivent être assurées par les seniors
Pour améliorer la qualité des soins, d'accueil du patient et donc du client, il faudra améliorer les conditions de travail, d'hébergement, les salaires du personnel paramédical pour qu'il soit équivalent à celui de la CNSS
Présence du matériel pour assurer le bon fonctionnement
Services adéquats
Un changement total des hôpitaux publics

Une amélioration sur tous les plans médical, paramédical et psychologique
Importance des valeurs morales

Tableau 80 : Attentes futures du personnel hospitalier

En interrogeant le personnel hospitalier sur ses attentes futures, ce dernier appelle à une amélioration des conditions de travail et en particulier du niveau des salaires des paramédicaux et des ouvriers. Ils considèrent que des améliorations à ce niveau, sont de nature à affecter de façon positive les conditions d'accueil des malades et la qualité des soins. Ils exigent une meilleure prise en charge des malades sur tous les plans, médical, paramédical, technique et psychologique. Ils insistent sur les valeurs morales : sécurité, confort, intégrité, serviabilité, égalité des soins, respect, et proximité des soins.

Enfin, à la question de recenser les priorités qui s'imposent à l'hôpital, les répondants ont fait des propositions divergentes. Les priorités telles que formulées par les répondants peuvent être scindées en trois grandes catégories : morales ou éthiques, techniques et organisationnelles relevant de l'organisation interne de l'hôpital.

Les priorités d'ordre moral concernent principalement l'égalité de traitement des patients, le respect mutuel, l'accessibilité des soins pour tous et une assistance psychologique et médicale plus évoluée.

Pour leur part, les priorités techniques portent sur la qualité des prestations de soins, l'amélioration du niveau de la compétence technique du personnel en leur prodiguant des sessions régulières de formation et la mise en place d'un plateau technique performant.

Enfin, les priorités relevant de l'organisation interne de l'hôpital, concernent principalement le renforcement du personnel médical et paramédical ainsi que l'enlèvement des APC. De nombreux personnel interrogés, accusent les APC de tenir les médecins seniors loin de leurs services. Ceci est de nature à affaiblir la vocation universitaire de l'EPS, et de porter atteinte à la qualité de l'encadrement des étudiants, à l'enseignement postuniversitaire et à la recherche scientifique. Par ailleurs, ils considèrent que les APC favorisent la ségrégation entre les malades du public et ceux du privé. Ces derniers sont privilégiés dans la répartition des programmes opératoires.

76% du personnel de l'EPS A considère que l'hôpital est d'un bon niveau de compétence. Ceci est également le cas pour 64% des répondants de l'EPS B.

En matière de spécialisation, les répondants sont partagés et ne se prononçant pas de façon catégorique. En effet, pour l'EPS A, 52% du personnel pense qu'il est spécialisé, pour 48% qui pensent le contraire. Dans le cas de l'EPS B, 60% pensent que le critère de spécialisation est bien rempli.

Les répondants hospitaliers dans les deux EPS A et B sont unanimes pour remettre en cause la réputation de l'hôpital. 96% du personnel interrogé de l'EPS A considère qu'il ne jouit pas d'une bonne réputation pour 72% de l'EPS B.

Appelés à se prononcer sur le confort offert par l'hôpital, le personnel avec un taux de réponse de 92%, dans les deux EPS ont déploré son inexistence.

En ce qui concerne le critère de proximité géographique, ce dernier n'a pas été retenu par le personnel hospitalier dans les deux EPS : 80% personnel dans l'EPS A et 88% de ceux de l'EPS B.

Les répondants sont partagés sur le délai d'attente à l'hôpital. 56% du personnel de l'EPS A considère que le délai d'attente est relativement long pour 44% qui pensent le contraire. Au même titre, le personnel de l'EPS B s'alignent sur eux, 48% sont y favorables et 52% le réfutent.

Le personnel dans les deux EPS est unanime pour dénoncer l'absence de dévouement : 92% pour l'EPS A et 84% pour l'EPS B. Ceci relèverait d'une sorte d'autocritique que le personnel hospitalier se fait à lui-même.

En termes de niveau de sécurité à l'hôpital, le personnel de l'EPS A avec un taux de réponse de 72% et le personnel de l'EPS B avec un taux de réponse de 68%, y portent dessus un jugement défavorable.

80% du personnel de l'EPS A et 76% de ceux de l'EPS B considèrent que la simplicité des procédures administratives fait défaut.

En ce qui concerne l'égalité de traitement, le personnel dans l'EPS B, avec un taux de réponse de 84%, est catégorique pour dénoncer son inexistence. Ceci n'est pas le cas pour le personnel de l'EPS A qui est partagé à son égard : 44% le retiennent comme critère pour décrire l'hôpital, pour 56% qui pensent le contraire.

Le personnel de l'EPS A à 76% pense que l'hôpital en question présente un risque de faute médicale élevé. Cet avis est partagé par 60% du personnel de l'EPS B.

En termes de qualité de soins, le personnel dans les deux EPS n'en est pas satisfait : EPS A (72%) et EPS B (64%). En revanche, en ce qui concerne la continuité des soins, les taux de réponse favorable et défavorable sont sensiblement proches pour le cas de l'EPS A : 44% pour et 56% contre et différents pour l'EPS B : 36% pour et 64% contre.

Le personnel dans les deux EPS est unanimement d'accord sur l'insuffisance du personnel : pour l'EPS A (68%) et pour l'EPS B (64%).

72% du personnel de l'EPS A et 84% du personnel de l'EPS B remettent en cause la qualité du plateau technique.

Le personnel est partagé pour se prononcer sur le risque de contagion à l'hôpital. Pour l'EPS A, 56% du personnel pense que ce risque est élevé, pour 44% qui pensent le contraire. Pour leur part, le personnel de l'EPS B, 60% pense que ce risque ne se présente pas.

Respectivement, 80% du personnel de l'EPS A et 84% de ceux de l'EPS B considèrent que le soutien moral et psychologique fait défaut. Ceci est également le cas pour l'accessibilité financière : EPS A (84%) et EPS B (80%).

Le faible attachement au service public est fortement dénoncé par le personnel de l'EPS A (76%) et de l'EPS B (92%). Ceci est également le cas pour le respect de la dignité humaine que le personnel considère comme faisant défaut à l'hôpital : EPS A (68%) et EPS B (72%).

2-Analyse psychométrique des échelles de mesure de la légitimité extra-organisationnelle « *expertale* »

Pour les besoins de l'épuration et de la validation des échelles de mesure de la légitimité extra-organisationnelle « *expertale* », nous avons appliqué le paradigme de Churchill (1979). Ce paradigme vise une amélioration du modèle initial en supprimant les énoncés qui présentent des indices de fiabilité et de validité inadéquats.

Dans le cadre de notre étude, l'ACP ainsi que l'Alpha de Crombach sont considérés afin de mesurer la dimensionnalité et la fiabilité des échelles de mesure retenues. Les résultats de la démarche seront développés dans ce qui suit.

-Purification des échelles de mesure relatives à la prise en charge des malades

La légitimité extra-organisationnelle telle que perçue par le personnel de l'hôpital est mesurée en termes de prise en charge des malades. Les différentes dimensions retenues ont fait l'objet d'une analyse factorielle et d'une analyse de fiabilité ayant conclu aux résultats suivants :

-L'échelle relative à l'accueil

L'échelle relative à la dimension, accueil des patients, est mesurée via 4 items. L'ACP conduite sur l'échelle de ce construit manifeste une structure unidimensionnelle, dans la mesure où la matrice de la variance totale expliquée permet de dégager une composante principale selon le critère de Kaiser (2,220) qui restitue 55,507% de l'information totale. Par ailleurs, les communalités ou la qualité de représentation des items traduisant la part de l'inertie de l'information qui est retrouvée pour chaque item, sont bonnes puisqu'elles sont toutes supérieures à 0,4 qui est le minimum requis. Ces résultats montrent que les items de l'accueil des patients mesurent et décrivent bien la dimension. En outre les résultats de l'analyse de la fiabilité sont acceptables pour une étude exploratoire, relevant une alpha de Crombach égale à 0,724. Ceci nous permet d'affirmer l'existence d'une bonne cohérence entre les items de l'accueil.

-L'échelle relative aux « soins prodigués aux malades »

Les soins administrés aux malades, sont de trois types : médicaux, paramédicaux et examens complémentaires dans les différents services des urgences, de consultations externes et d'hospitalisation.

-L'échelle relative aux soins dans les urgences

Les items considérés pour mesurer l'échelle relative aux soins des malades dans les urgences sont au nombre de 3 items. L'ACP réalisée sur l'échelle de ce construit montre une structure unidimensionnelle. La matrice de la variance totale expliquée permet de dégager une composante principale selon le critère de Kaiser (2,291) qui restitue 76,352% de l'information totale.

Par ailleurs, les communalités ou la qualité de la représentation des items traduisant la part de l'information qui est retrouvée pour chaque item, sont bonnes puisqu'elles sont toutes supérieures à 0,4, soit le minimum requis. Ces résultats montrent que les items des soins dans le service des urgences décrivent et mesurent bien la dimension.

L'analyse de la fiabilité conduite sur l'échelle de mesure dégage une alpha de Crombach de l'ordre de 0,839. Ceci nous permet de nous prononcer sur l'existence d'une bonne cohérence entre les différents items de l'échelle des soins dans les urgences.

-L'échelle relative aux soins dans les consultations externes

Le nombre d'items retenu pour mesurer cette échelle s'élève à 3 items.

L'ACP réalisée sur cette échelle conclut à l'unidimensionnalité de sa structure. La matrice de la variance totale expliquée dégage une composante principale selon le critère de KMO (2,280) qui restitue 76,003% de l'information totale.

Par ailleurs, les communalités des items, qui traduisent la part de l'inertie de l'information retrouvée pour chaque item, sont bonnes puisque supérieur à 0,4. Ces résultats montrent que les items retenus sont bien représentatifs de la dimension.

Au même titre que l'analyse de validité, l'analyse de fiabilité menée sur l'échelle de mesure a généré une alpha de Crombach d'une valeur de 0,841, affirmant l'existence d'une bonne cohérence inter-items.

-L'échelle relative aux soins dans les services d'hospitalisation

L'échelle portant sur la légitimité des soins dans les services d'hospitalisation est mesurée via 3 items.

L'ACP réalisée sur cette échelle a dégagé une structure unidimensionnelle, la matrice de la variance totale expliquée selon l'indice KMO (1,117) restitue 78,132% de l'information totale. L'examen de la qualité de la représentation a démontré que la part de l'inertie pour chaque item était supérieure à 0,4, le minimum requis pour se prononcer sur la validité interne de l'échelle.

L'analyse de la fiabilité, réalisée sur l'échelle en question, a été également concluante, puisqu'elle a généré une alpha de Crombach égale à 0,858.

-L'échelle relative à la gestion des médicaments dans les services hospitaliers

Nous avons considéré 3 items pour mesurer la gestion des médicaments. L'ACP conduite sur l'échelle de ce construit manifeste une structure unidimensionnelle. La matrice de la variance

totale expliquée permet de dégager une composante principale selon le critère de Kaiser (1,962) qui restitue 65,4% de l'information totale.

Par ailleurs, les communalités des items traduisant la part de l'inertie de l'information qui est retrouvée pour chaque item, sont bonnes puisqu'elles sont toutes supérieures à 0,4 qui est le minimum requis. Ces résultats montrent que les items de la gestion des médicaments mesurent et décrivent bien celle-ci. En outre, les résultats de l'analyse de la fiabilité sont acceptables, relevant une alpha de Crombach d'une valeur de 0,730.

-L'échelle relative aux conditions de séjour à l'hôpital

Les items retenus pour la mesure des conditions de séjour des patients, sont au nombre de 5 items. L'ACP réalisée sur cette échelle a révélé une structure bidimensionnelle. Deux axes ont été dégagés, dont le premier restitue 40,041% de la variance totale et le second 27,618%. Les contributions factorielles et les communalités sont respectivement supérieures à 0,4 soit le minimum requis. Ces résultats prouvent la bonne représentation des items de chaque dimension. Le calcul de l'alpha de Crombach révèle des résultats assez bons pour les deux axes restitués : pour le premier, l'analyse conclut à une alpha égale à 0,448, pour le second la corrélation interne de l'échelle est aussi confirmée avec une alpha de Crombach de 0,754.

-L'échelle relative aux locaux et aux dispositifs médicaux (propreté, hygiène, confort et sécurité)

-L'échelle relative à la sécurité du patient et des activités de soins

Cette échelle est mesurée via 6 items. Elle a été soumise à une ACP qui a conclu à l'existence d'une structure bidimensionnelle. Deux axes ont été dégagés, dont le premier restitue plus de 38,713% de la variance totale et le second plus de 28,016%. Les contributions factorielles et les communalités sont supérieures à 0,4.

Ces résultats prouvent la bonne représentation des items de chaque dimension. Le calcul de l'alpha de Crombach révèle également des résultats assez bons pour les deux axes restitués : pour le premier axe, l'alpha de Crombach s'élève à 0,597 (acceptable dans le cas d'une étude exploratoire) et pour le deuxième axe, elle est de l'ordre de 0,854.

-L'échelle relative aux salles d'attente

Les items retenus pour mesurer la manière dont le personnel perçoit les salles d'attente s'élèvent à 4 items.

L'ACP réalisée sur cette échelle a révélé une structure unidimensionnelle. Le facteur présente une valeur propre de l'ordre de 2,939, permettant de retenir plus de 73,487% de la variance totale. Par ailleurs, tous les items enregistrent une bonne qualité de représentation, supérieure à 0,4. Ces résultats montrent que les items retenus pour évaluer les salles d'attente expliquent bien la dimension.

Au même titre que l'analyse de la validité, l'analyse de la fiabilité au moyen de l'alpha de Crombach a abouti à des résultats acceptables (0,879).

-L'échelle relative aux chambres des malades

Le personnel hospitalier a été appelé à donner son avis sur les chambres des malades en termes de nombre, d'hygiène, de confort et de sécurité. L'échelle en question comprend 5 items et a fait l'objet d'une ACP qui a conclu à l'existence d'une structure unidimensionnelle. Le facteur présente une valeur propre de l'ordre de 3,605 permettant de retenir plus de 72,099% de l'information totale. Ces résultats confirment que les items retenus expliquent bien la dimension.

Par ailleurs, l'analyse de la fiabilité menée sur l'échelle a démontré une bonne cohérence interne entre les items. En effet l'alpha de Crombach dont la valeur est égale à 0,901 largement supérieure à 0,7, le minimum requis.

-L'échelle relative aux unités d'exploration

La manière dont le personnel perçoit les unités d'exploration a été mesurée en termes de nombre, d'hygiène, de sécurité et de confort. Les 5 items retenus pour la mesure de ce construit ont subi une ACP qui a révélé une unidimensionnalité de la structure. Le facteur présente une valeur propre égale à 3,297 permettant de retenir 65,940% de l'information totale. Par ailleurs, les 5 items affichent une bonne qualité de représentation supérieure à 0,4.

Après confirmation de la validité de l'échelle de mesure des unités exploratoires, nous avons procédé à une analyse de la fiabilité au moyen du coefficient alpha de Crombach. Les résultats ressortis de cette analyse ont abouti à une bonne cohérence interne entre les items (0,868).

-L'échelle relative aux salles de soins

L'échelle retenue pour mesurer, les perceptions du personnel hospitalier à l'égard des salles de soins, est formée de 5 items.

L'ensemble de ces items a fait l'objet d'une ACP qui a permis l'extraction d'une seule composante, dont la valeur propre s'élève à 3,688 permettant de retenir 77,762 de la variance totale. Par ailleurs, l'ensemble des items enregistrent une bonne qualité de représentation supérieure à 0,4, venant confirmer le caractère unidimensionnelle de la structure.

En ce qui concerne la fiabilité de l'échelle de mesure, cette dernière a été mesurée au moyen du coefficient alpha de Crombach, dont la valeur s'est élevée à 0,926.

-L'échelle relative aux équipements et aux dispositifs médicaux

L'échelle est mesurée via deux items.

L'ACP menée sur cette échelle a révélé une structure unidimensionnelle. Le facteur totalise une valeur propre de l'ordre de 1,430 restituant plus de 71,494% de la variance totale. Par ailleurs, les items présentent une bonne qualité de représentation supérieure à 0,4 qui est le minimum requis.

Ces résultats montrent que les items de mesure des équipements et des dispositifs médicaux présentent bien la dimension.

Une fois qu'on est assuré de la validité de l'échelle, une analyse de la fiabilité s'impose. Cette dernière s'est faite au moyen de l'alpha de Crombach dont la valeur s'élève à 0,598 (proche de 0,6), acceptable dans le cas d'une étude exploratoire.

-L'échelle relative à l'information des patients

Les items retenus pour mesurer l'information délivrée aux patients sont au nombre de 3.

L'ACP conduite sur l'échelle de ce construit manifeste une structure unidimensionnelle. La matrice de la variance totale expliquée permet de restituer 65,717% de l'information totale avec une valeur propre égale à 2,629. Par ailleurs, les items récoltent une bonne qualité de représentation supérieure à 0,4.

L'analyse de la fiabilité conduite sur l'échelle dégage également une alpha de Crombach égale à 0,811, permettant de se prononcer en faveur de la cohérence interne entre les items.

- L'échelle relative aux aspects relationnels et éthiques
- L'échelle relative aux relations qui lient le personnel entre eux et avec les malades

Cette échelle est mesurée via 3 items. Elle a fait l'objet d'une ACP qui a conclu à l'existence d'une structure unidimensionnelle du construit. Cette dernière dégage un seul facteur dont la valeur propre s'élève à 1,660 permettant de restituer 55,319% de l'information totale. Par ailleurs, les différents items totalisent une bonne qualité de représentation supérieure au minimum requis de 0,4.

L'analyse de la fiabilité menée sur l'échelle permet également de confirmer la cohérence inter-items. En effet, l'alpha de Cronbach est d'une valeur égale à 0,577 proche de 0,6, acceptable dans le cas d'une étude exploratoire.

- L'échelle relative aux aspects éthiques

Ce construit est mesurée via une échelle à 3 items. L'ACP qui y a été menée dessus a généré une structure unidimensionnelle, dont la valeur propre s'élève à 2,029 et le pourcentage de la variance totale à 67,650%. La validité se trouve également confirmée au travers de la qualité de la représentation pour chacun des 3 items qui est bonne, puisque supérieure à 0,4.

Par ailleurs, les résultats de l'analyse de la fiabilité ont été concluants, l'alpha de Cronbach pour cette échelle est d'une valeur de 0,741.

Dans ce qui a précédé, nous avons procédé à la purification des échelles de mesure de la légitimité extra-organisationnelle « *expertale* » telle que perçue par le personnel, en vue d'en obtenir des versions plus concises. En effet, l'analyse factorielle exploratoire (AFE) est une étape fondamentale dans toute étude empirique basée sur le questionnaire. Elle permet de faire un rapprochement entre les éléments théoriques et les éléments empiriques. L'ACP et l'analyse de fiabilité donnent la possibilité de déceler le degré de fidélité et de validité entre les mesures des dimensions examinées. La qualité des résultats obtenus est fortement tributaire de la qualité de l'instrument de mesure. Il est fort probable qu'un « *mauvais instrument procure de mauvaises données, et par conséquent des résultats biaisés* » (Igalens et Roussel, 1998, p.144).

3-Classification hiérarchique ascendante : cas du personnel hospitalier

Notre objectif étant de dresser une taxonomie de la légitimité extra-organisationnelle expérientielle « *expertale* », telle que perçue par le personnel hospitalier dans deux EPS tunisiens, nous avons procédé à une classification hiérarchique ascendante en utilisant la méthode de Ward.

Le principe qui guide la procédure de classification hiérarchique ascendante est la constitution de partition d'individus ou de variables de moins en moins fines par regroupement successif. Dans la mesure où le nombre de classes à constituer est a priori inconnu et étant à la recherche d'une solution optimale, la classification hiérarchique ascendante se fera en deux temps. La première étape consistera à réaliser la classification en utilisant comme stratégie, la méthode de Ward et comme mesure de la distance, le carré de la distance euclidienne. Ceci nous aidera à déterminer le nombre optimal de classes à retenir. La deuxième étape consistera à refaire une CAH avec le nombre de classes constituées, pour nous permettre d'associer à chaque cas dans notre échantillon un cluster en particulier.

La classification hiérarchique ascendante, au moyen de la méthode de Ward, réalisée sur l'ensemble des variables de la légitimité extra-organisationnelle a conclu à l'existence de deux grandes classes de légitimité : une légitimité extra-organisationnelle expérientielle « *acquise* » et une légitimité extra-organisationnelle expérientielle « *attendue* ».

Chacune de ces 2 classes, a fait l'objet d'une deuxième classification hiérarchique ascendante, au moyen de la méthode de Ward, qui a abouti aux résultats suivants :

Pour la légitimité extra-organisationnelle expérientielle acquise

Classes	Variables
Classe 1	séjour horaires des visites séjour jardins et moyens de distraction
Classe 2	unités d'exploration suffisantes entretien des unités d'exploration confort des unités d'exploration hygiène des unités d'exploration sécurité des unités d'exploration

Classe 3	<p>hygiène des salles d'attente</p> <p>sécurité des salles d'attente</p> <p>hygiène des chambres de malades</p> <p>sécurité des chambres de malades</p>
Classe 4	<p>propreté et hygiène corporelle des patients</p> <p>approvisionnement et équipements adaptés aux besoins de l'activité de l'hôpital</p>
Classe 5	<p>entretien des salles de soins</p> <p>confort des salles de soins</p> <p>hygiène des salles de soins</p> <p>sécurité des salles de soins</p>
Classe 6	<p>temps écoulé pour les procédures d'inscription</p> <p>entretien des salles d'attente</p> <p>confort des salles d'attente</p> <p>chambres de malades suffisantes</p> <p>confort des chambres de malades</p>
Classe 7	<p>sécurité anesthésique</p> <p>sécurité transfusionnelle</p> <p>sécurité des dispositifs médicaux</p>
Classe 8	<p>soins médicaux urgences</p> <p>soins paramédicaux urgences</p> <p>examens complémentaires urgences</p> <p>soins médicaux consultations externes</p> <p>soins paramédicaux consultations externes</p> <p>examens complémentaires consultations externes</p>
Classe 9	<p>soins médicaux hospitalisation</p> <p>soins paramédicaux hospitalisation</p> <p>examens complémentaires hospitalisation</p>
Classe 10	<p>disponibilité des sièges dans la salle d'attente</p> <p>séjour gestion des rendez-vous et continuité des soins</p>

Classe 11	conditions d'accueil des malades comportements des agents du bureau d'inscription gestion des médicaments organisation de la livraison informations sur les formalités administratives
Classe 12	gestion des médicaments disponibilité gestion des médicaments abus dans les prescriptions séjour restauration
Classe 13	séjour durée d'hospitalisation dispensation des médicaments tenue du dossier médical
Classe 14	information du patient sur les soins et sur son état de santé information sur la nécessité des examens complémentaires relation entre le personnel et les patients (écoute des préoccupations des patients...)
Classe 15	relation entre le personnel relation entre le personnel technique et le personnel administratif consentement du patient et ou de son entourage pour les pratiques de soins respect de l'intimité et de la dignité humaine du malade respect de la confidentialité des informations personnelles, médicales, sociales et de la vie privée du patient

Tableau 81 : Taxonomies de la légitimité extra-organisationnelle expertale acquise selon le personnel hospitalier

La première classe fait référence aux conditions de séjour relevant à la fois des horaires de visite et des jardins et autres moyens de distraction.

La deuxième classe relève des unités d'exploration, dont la légitimité est mesurée par le personnel, en termes de nombre, d'hygiène, de sécurité, de confort et d'entretien.

La troisième classe correspond aux deux dimensions hygiène et sécurité des salles d'attente et des chambres de malades.

La quatrième classe recouvre deux aspects, respectivement : l'hygiène corporelle des patients et la disponibilité des équipements nécessaires.

La cinquième classe correspond à la légitimité des salles de soins, en termes d'hygiène, de sécurité, d'entretien et de confort.

La sixième classe relève des conditions d'attente et de l'état des chambres de malades. La légitimité de l'aspect attente est évaluée en termes de durée et de longueur des procédures d'inscription ainsi que d'entretien et de confort. En ce qui concerne les chambres des malades, le personnel y porte un jugement en termes de disponibilité et de confort.

La septième classe recouvre les différents aspects de sécurité anesthésique, transfusionnelle et d'équipements médicaux.

La huitième classe de légitimité extra-organisationnelle, telle que ressortie de la CAH, concerne à la fois le service des urgences et celui des consultations externes. La légitimité de ces deux services est estimée en termes de soins médicaux, de soins paramédicaux et d'examens complémentaires.

La neuvième classe fait référence à la légitimité de l'hospitalisation, en fonction de trois dimensions : soins médicaux, soins paramédicaux et examens complémentaires.

La dixième classe porte sur la disponibilité des sièges dans les salles d'attente et l'espacement des rendez-vous.

La onzième classe fait référence à l'accueil des malades et la disponibilité des médicaments dont ils disposent à la pharmacie de l'hôpital. En effet, les différentes dimensions qui forment cette classe sont : l'accueil des malades, le comportement des agents du bureau d'inscription, information sur les formalités administratives et gestion de la livraison des médicaments aux malades.

La douzième classe relève à la fois des aspects gestion de la disponibilité et de la prescription des médicaments dans les services et restauration.

La treizième classe recouvre trois aspects liés à l'hospitalisation des malades : durée d'hospitalisation, dispensation des médicaments et tenue des dossiers médicaux.

La quatorzième classe est principalement d'ordre informationnel. Le personnel regroupe dans une même classe la qualité de l'information délivrée aux patients sur les soins, sur les examens complémentaire et sur l'évolution de l'état de leur santé, ainsi que celle de l'écoute de leurs préoccupations.

La quinzième et dernière classe est à dominante relationnelle et éthique. Les dimensions qui forment cette classe portent sur les relations qui lient le personnel les uns aux autres, le consentement des patients pour les pratiques de soins, le respect de la dignité humaine, la confidentialité des informations personnelles, sociales et médicales et la préservation de la vie privée des patients.

A l'interprétation des différentes classes de la légitimité extra-organisationnelle « *acquise* » du personnel, telles que ressorties de l'analyse de classification hiérarchique, nous constatons que la classification s'est faite dans une logique de spécialisation. Il s'agit principalement d'un regroupement spatial et géographique par service. Le personnel distingue entre unités d'exploration, salles de soins et services d'hospitalisation qu'il place chacun dans un groupe à part. Au même titre, il combine dans une même classe les salles d'attente et les chambres des malades d'une part et les urgences et les consultations externes d'autre part. A regarder de près cette classification, nous pouvons dire que la classification s'est faite sur la base du degré de technicité de ces services. Les unités d'exploration, les salles de soins et les services d'hospitalisation, sont de loin des services à haute teneur technique. Les salles d'attente et les chambres des malades sont plutôt des services d'accueil et d'hôtellerie. Enfin, les urgences et les consultations externes sont des services de transition.

Les autres classes ayant trait à la sécurité, la gestion des médicaments, la transmission de l'information du personnel vers les patients et les relations qui lient le personnel entre eux.

Cette classification de la légitimité extra-organisationnelle « *acquise* », confirme la tendance du personnel à faire prévaloir son affiliation professionnelle à celle personnelle et de service à celle de l'hôpital. En effet, à la différence des patients « *neutres* », les employés de l'hôpital s'appuient dans leur jugement de la légitimité extra-organisationnelle « *acquise* » sur leurs référents professionnels et sur leur appartenance de service. Bien qu'étant interrogé en leur qualité de patient, ils continuent à se positionner en personnel hospitalier. Ceci est un argument en plus en faveur de l'ancrage professionnel du personnel hospitalier et de la logique de cloisonnement inter-service, consacrés comme traits caractéristiques des établissements de santé.

La classification hiérarchique réalisée sur la légitimité extra-organisationnelle « *attendue* » identifiée à l'issue de la première classification a généré 4 grands clusters.

Pour la légitimité extra-organisationnelle expertale attendue

Classes	Variables
Classe 1	compétence qualité des soins
Classe 2	dévouement rapidité réactivité accessibilité simplicité
Classe 3	confort sécurité plateau technique
Classe 4	soutien moral confidentialité respect de la dignité humaine égalité de traitement

Tableau 82: Taxonomies de la légitimité extra-organisationnelle expertale attendue selon le personnel hospitalier

Le premier cluster, en ce qu'il comprend les deux dimensions compétence et qualité des soins, peut être qualifié de légitimité extra-organisationnelle « *attendue* » charismatique expertale.

La deuxième classe identifiée regroupe les dimensions dévouement, rapidité, réactivité, accessibilité et simplicité. Ces différentes dimensions renvoient à une légitimité normative procédurale.

La troisième classe, en s'attachant principalement aux aspects techniques de confort, de sécurité et de plateau technique peut être caractérisée comme une légitimité extra-organisationnelle « *attendue* » technique.

Enfin, la quatrième classe composée des dimensions morales de soutien psychologique, de confidentialité et de respect de dignité humaine renvoient à une légitimité extra-organisationnelle « *attendue* » morale ou éthique.

Le personnel hospitalier s'aligne sur les patients pour se prononcer sur la légitimité extra-organisationnelle « *attendue* ». En effet, les différentes taxonomies ressorties de l'analyse de cluster se ressemblent sensiblement, sauf pour le cas de la légitimité expertale. Il semblerait que les répondants placés dans des contextes différents de « *destinataire* » des soins, en l'occurrence les patients « *classiques* », et de prestataire et éventuellement de destinataire des soins (le personnel hospitalier), ont une lecture quelque peu différente de la légitimité acquise de l'hôpital, particulièrement de celle relevant des aspects techniques. En effet, alors que les patients confondent entre compétence et plateau technique, le personnel établit une nette distinction entre ces deux dimensions. Il distingue clairement entre technologie et technicité ou bien encore entre équipement technique et savoir-faire technique.

Conclusion

Tout au long de ce chapitre, nous avons exposé en détail la démarche d'analyse quantitative de la légitimité extra-organisationnelle de l'hôpital public, telle que perçue par les patients en externe. Ces patients ont été classés en deux grandes catégories : des patients dits « *ordinaires* » et des patients « *personnel* ». La grande différence entre ces deux populations réside dans le degré de connaissance de l'hôpital, de ses rouages et de leur niveau d'expertise. En effet, nous postulons que le personnel lorsqu'il s'adresse à l'hôpital en tant que patient a tendance à porter dessus un regard « *interne* » d'expert qui ne manquera pas de se répercuter sur la perception qu'il développe. Ceci n'est pas le cas pour les patients « *externes* », que nous avons appelés « *profanes* », qui s'adressent à l'hôpital à la recherche de soins sans avoir de préjugés le concernant. L'ensemble des acteurs hospitaliers en externe ont tendance à utiliser des référentiels disparates pour se prononcer sur la légitimité extra-organisationnelle de l'hôpital public. Ces derniers, en fonction de leurs perceptions, de leurs intérêts, de leur degré d'expertise et de leur expérience personnelle et professionnelle sont plus enclins à porter un avis divergent sur la légitimité extra-organisationnelle.

C'est ainsi, qu'à chacune de ces catégories, nous avons associé une composante de la légitimité extra-organisationnelle, respectivement, une légitimité extra-organisationnelle « *profane* » et une légitimité extra-organisationnelle « *expertale* ». Il convient de souligner à ce propos, que cette légitimité est dans le deux cas « *expérientielle* », en ce qu'elle découle de leur expérience personnelle.

Par ailleurs, deux questionnaires ont été élaborés et administrés à ces deux grandes catégories de patients. Ces questionnaires, étant orientés vers la reconstitution de l'image de l'hôpital

telle que renvoyée en externe, ont fait appel à des variables particulièrement de type perceptuel. Le choix de passer par les perceptions, se trouve d'autant plus justifié par la nature même du concept de légitimité, construit social, cognitif, individuel et collectif.

L'analyse quantitative s'est déroulée conformément à un cheminement en trois étapes. L'ensemble des traitements statistiques ont été réalisés via un logiciel largement utilisé dans les études empiriques dans le domaine des sciences de gestion et des sciences sociales, en l'occurrence « *Scientific Package for Social Sciences* » dans sa version SPSS 20.0.

Tout d'abord les questionnaires à l'adresse des patients ont fait l'objet de traitements statistiques exploratoires pour en dégager leurs principales caractéristiques distinctives.

Ensuite, en faisant état de la nature multidimensionnelle du construit de légitimité et en l'absence d'une assurance quant à la validité empirique des échelles censées le mesurer, il a été soumis à une analyse psychométrique au moyen du paradigme de Churchill (1979) pour en dégager ses propriétés caractéristiques en termes de structure factorielle et de fiabilité.

Une fois que la structure factorielle du construit de légitimité extra-organisationnelle a été validée, nous avons procédé dans la troisième et dernière étape à une analyse typologique pour établir une segmentation exploratoire de la légitimité de l'hôpital public telle que perçue en externe selon le profil des patients profane ou expert. Nous avons visé à travers cette classification la mise en avant de l'ambivalence des perceptions qui traversent l'esprit des malades, placés aux deux niveaux interne et externe et en miroir l'éclairage de ou des légitimité(s) de l'hôpital. Le choix de l'analyse typologique comme technique d'analyse n'a pas été fortuit. Il s'est fondé sur le postulat de la multi-dimensionnalité du concept de légitimité qui recèle en son sein une typologie diversifiée.

Les premiers résultats ressortis de l'analyse typologique confirment nos premières impressions quant à l'existence d'une différence des perceptions manifestées et développées par les patients à l'égard de l'hôpital public en fonction de leur positionnement, de leur registre identitaire, de leur affiliation professionnelle et de leur degré d'expertise. En effet, il s'est avéré que les patients « *classiques* » ont tendance à juger la légitimité de l'hôpital public en termes éthique et moral. Ceci n'est pas le cas pour le personnel, interrogé en sa qualité de patient. Ce dernier a tendance à estimer que la légitimité de l'hôpital découle plutôt d'aspects technique et financier. Il semblerait d'après cette typologie que le personnel est resté attaché à son essence professionnelle sans arriver à s'en détacher pour porter un regard plus neutre sur

l'hôpital. Ce dernier tend à être vu comme leur lieu de travail avant d'être un lieu de dispensation de soins.

Conclusion

Cette recherche a pour objectif principal de réaliser une analyse synoptique de la légitimité des hôpitaux publics en Tunisie. Cette légitimité de l'hôpital étant construite en interne et en externe par le personnel qui y travaille et les patients qui le fréquentent, nous en avons dégagé deux grandes catégories : légitimité « *intra-organisationnelle* » et légitimité « *extra-organisationnelle* ».

Au niveau intra-organisationnel, les hôpitaux publics tunisiens, ayant fait l'objet d'une réforme hospitalière débutée en 1990, l'étude de leur légitimité « *intra-organisationnelle* » ne pouvait se faire à l'insu de cet événement. En effet, l'hôpital public tel qu'il se présente aujourd'hui est le produit des politiques publiques qui ont façonné son évolution. Etudier l'état actuel de la légitimité « *intra-organisationnelle* » devra tenir compte de la réforme hospitalière. C'est ainsi que nous l'avons soumise à une analyse de légitimité ainsi qu'aux mécanismes qui lui ont servi de support. Par ailleurs, partant du caractère professionnel hétéroclite de l'hôpital et de sa départementalisation en services spécialisés, nous avons procédé à une scission de la légitimité hospitalière en légitimité professionnelle et de service. Ces différentes « *sous-légitimités* » agrégées ensemble ont permis de reconstituer la légitimité « *globale* » de l'hôpital public.

Au niveau extra-organisationnel, la légitimité des hôpitaux publics découle des perceptions que les patients développent à leur égard. Ayant pour raison d'être d'offrir des prestations de soins à la population, évaluer leur légitimité telle que renvoyée en externe impliquera les patients. Nous avons considéré deux catégories de patients. Tout d'abord, les patients que nous avons appelés « *classiques* », soient ceux qui s'adressent à l'hôpital pour obtenir des soins. Ensuite les patients, eux même personnel de l'hôpital. En effet, nous avons pensé que le personnel, en tant que citoyens peuvent se présenter à l'hôpital dans lequel ils travaillent pour exiger des soins. C'est ainsi que nous avons distingué entre légitimité extra-organisationnelle « *profane* » et légitimité extra-organisationnelle « *expertale* ». Ces deux « *sous-légitimités* » extra-organisationnelles relèvent d'une légitimité « *expérientielle* ». Les patients aussi bien profanes qu'experts s'appuient sur leur vécu pour se prononcer sur la légitimité de l'hôpital.

L'analyse de la légitimité « *intra-organisationnelle* » s'est faite au moyen d'une analyse qualitative par étude de cas dans deux EPS tunisiens. Pour sa part, l'analyse de la légitimité « *extra-organisationnelle* » a utilisé une analyse quantitative par questionnaires.

Discussion des résultats

Echographie de la réforme

La post-évaluation de la réforme a donné lieu à un bilan mitigé. La réforme émet les signaux d'une institutionnalisation « *cutanée* ». Plusieurs sont les symptômes dénonciateurs du non aboutissement de la réforme qui semble hériter des mêmes maux qui rongent l'hôpital public. Nous allons dans ce qui suit, faire une « *échographie* » de la réforme et en restituer ses principaux traits, tout en s'inspirant du champ lexical propre à la médecine.

- Dimension cloisonnée de la réforme

Les études de cas menées auprès des deux EPS tunisiens ont démontré que les acteurs au sein de l'hôpital s'approprient la réforme et les mécanismes qui lui servent de support de façon différenciée. Il semblerait que l'institutionnalisation des logiques managériales inhérentes à la réforme hospitalière manifeste des divergences notables par profession et par service. Parmi les différents dispositifs de la réforme à l'étude, les applications informatiques affichent une institutionnalisation plus prononcée auprès des cadres et des agents administratifs et ceci au même titre que le conseil d'administration, le personnel soignant n'y faisant aucune allusion. Cette tendance se trouve également valable pour le cas de l'introduction de la comptabilité et de la gestion des ressources humaines qui sont exclusivement invoquées par les administratifs.

Par ailleurs le fait que la réforme soit plus institutionnalisée dans les services administratifs plutôt que ceux à vocation médicale laisse présager d'une institutionnalisation « *cloisonnée* ». La réforme hériterait du cloisonnement propre à l'hôpital qui stipule une nette séparation entre les services à caractère médico-hospitaliers et les services à caractère administratif. Elle serait donc, scindée en deux grands volets : réforme « *administrative* » et réforme « *hospitalière* ». Ce cloisonnement est de l'aveu même du personnel dans les différents services de soins qui considèrent qu'ils ne sont pas appelés à connaître la réforme, dans la mesure où cette dernière fait partie des prérogatives de l'administration. Ce décalage des vitesses d'institutionnalisation de la réforme et de ses mécanismes entre le personnel administratif et le personnel soignant soulève la problématique de la tension entre « *managérialisme* » et « *professionnalisme* ». Le « *managérialisme* » prôné par le NPM semble mal s'accommoder au contexte hospitalier, marqué par un professionnalisme dominant. Selon Exworthy et Halford (1999) cités dans Gangloff (2009), le « *managérialisme* » à travers les changements qu'il provoque soulève

« des questions plus profondes sur la nature même des professions et des professionnels et sur leur futur ».

Ces résultats attestant des rapports conflictuels entre NPM et professionnalisme confirment des études menées dans d'autres contextes hospitaliers. De nombreux auteurs ont soulevé l'existence de divergences et d'incompatibilités entre les professionnels et les managers (Drevetton, 2010, Raelin, 1986 ; Exworthy et Halford, 1999 ; Thévenet, 2006, Gangloff, 2009, Lozeau, 2009). Ces deux « corps » affichent des différences inconciliables en termes de rapports les liant à l'organisation et de valeurs qui les animent, annonçant des obstacles à l'institutionnalisation des innovations managériales portées par la réforme hospitalière. A l'origine de cette tension, Gangloff (2009) cite la crainte de perte d'autonomie ressentie par les professionnels. Ces derniers ont tendance à porter un regard machiavélique sur les pratiques de gestion considérées comme des manœuvres pour les contrôler ainsi que comme une opportunité pour le renforcement du pouvoir du personnel gestionnaire-administratif. Holcman (2008) explique que contrairement aux plaintes du personnel médical et paramédical, l'hôpital ne souffre pas de manque de moyens, notamment de personnel, mais que leurs revendications tiennent principalement à leur crainte de voir leur activité encadrée et leur autonomie circonscrite. Cette crainte se trouve matérialisée par le rejet de la comptabilité et des systèmes de mesure de la performance, volet principal de la réforme hospitalière. Cette innovation managériale étant de nature à favoriser une catégorisation plus explicite des coûts (Laughlin, 1992) met à la charge des acteurs hospitaliers une obligation de rendre compte (accountability) et une demande accrue de transparence. Les médecins sont ceux qui contestent le plus l'utilisation des systèmes d'information comptables (Abernethy et al, 2001). Par ailleurs, Divay et Gadea (2008), expliquent que l'avènement de la logique gestionnaire dans l'hôpital est favorable à une évolution de la place des cadres au sein des collectifs de travail. Les bureaucrates gestionnaires et en particulier les cadres semblent être les premiers bénéficiaires de la « *managérialisation* » de l'hôpital. Ces derniers tout en subissant ce « *basculement managérial* », en sont certainement les « *porteurs* » et les garants de sa mise en œuvre aux yeux de la direction (Divay et Gadea, 2008). Ils ajoutent que la rationalité managériale est parvenue à s'imposer parmi les autres rationalités présentes (médicale, soignante...) et à bousculer les identités professionnelles déjà en place. Toutefois, certains auteurs mettent en garde contre cette volonté de responsabilisation des gestionnaires, qui peut avoir un effet contraire en renforçant le « *néo-compartimentalisme* » de l'administration (Knoepfel, 2002). Emery (2005), parle d'un « *sentiment de boutique* », qui anime les

gestionnaires préoccupés de la gestion de leurs objectifs et des ressources à leur disposition, qualifié par Knoepfel (2004), d'« *égoïsme institutionnel* ». De nombreux autres auteurs, ont identifié d'autres raisons à la tension entre « *managérialisme* » et « *professionnalisme* ». L'une de ces facettes, consiste dans l'opposition entre les logiques d'efficacité et les préoccupations de santé. De tout temps, le rapport entre santé et argent a suscité le débat, comme le soulignent Broadbent et al (2001). L'un des arguments évoqués par les médecins pour justifier le rejet des pratiques de gestion c'est qu'ils craignent que les retombées financières de leurs activités viennent détériorer la qualité humaine du travail hospitalier. Ils refusent que le malade soit réduit à une seule probabilité statistique (Ogien, 2000). L'autre facette consiste dans le manque de formation des praticiens qui n'ont pas les connaissances requises pour assimiler et manipuler les outils de gestion (Gibert, 2004, Pierru, 1999, Minvielle et Contandriopoulos, 2004). Pour exemple, Gangloff (2009), estime que les médecins sont démunis des compétences requises pour comprendre les enjeux de la mise en place d'un système budgétaire. Au même titre, Lozeau (2009), en expliquant les raisons à l'échec de l'institutionnalisation du management de la qualité totale dans le contexte hospitalier, a identifié entre autres le scepticisme et le manque de conviction des praticiens quant à l'utilité de cet outil. Ils le voient comme un « *corps* » étranger peu compatible avec leurs pratiques professionnelles et les valeurs du service public censées être défendues par eux.

Le cloisonnement manifeste de la réforme via sa scission en deux « *cellules* » distinctes « *administrative* » et « *hospitalière* », se trouve matérialisée également dans sa concentration « *juridico-légale* ». La réforme présenterait les symptômes d'une "overdose des règles juridiques" à portée théorique sans aucun fondement pratique. Gibert (2004) soulève à ce propos l'existence de deux rationalités politique et gestionnaire comme un frein à l'application d'une logique managériale dans le contexte public. La réforme hospitalière étant régie par des textes de lois, relève d'une dimension politique qui s'accommode mal à la dimension gestionnaire traduite dans les instruments de gestion transférés du secteur privé (Gangloff, 2009). La réforme hospitalière en ce qu'elle repose sur le NPM marque l'avènement d'un discours gestionnaire dans la rhétorique politique. Le poids de cette dimension politique a été ressenti dans les propos recueillis auprès des administratifs sur la réforme hospitalière, plus rattachés à ses aspects juridiques que gestionnaires. Ceci dénoterait donc d'un enracinement bureaucratique des administratifs, demeurés des « *bureaucrates* » sans pouvoir devenir des « *gestionnaires* ».

Tout en reconnaissant une institutionnalisation plus prononcée des pratiques de gestion auprès des administratifs, ceci ne nous permet pas de se positionner en faveur d'une appropriation totale. En effet, parmi les différentes pratiques de gestion introduites au sein des services administratifs, les applications informatiques, la comptabilité et la gestion des ressources humaines, aspects les plus visibles de la « *managérialisation* » de l'hôpital, sont utilisées de façon sous optimisée. C'est à ce titre que Mercereau et al (2005) soulignent que bien que l'hôpital soit doté d'outils de gestion permettant le suivi des dépenses et l'analyse des activités (comptabilité analytique par service, base de données des coûts pour les besoins des analyses comparatives...), ces derniers n'arrivent pas à s'imposer. Ils échouent à promouvoir un discours gestionnaire dans la mesure où leur utilisation n'est pas soumise à un système de sanction/ récompense qui stimule les partisans et dissuade les opposants (Gangloff, 2009). Leur diffusion est également ralentie par le poids des contraintes juridiques et des procédures administratives (Bartoli, 2005). En ce qui concerne la gestion des ressources humaines, celle-ci vit un dilemme entre les compétences « *bureaucratiques* » et les compétences « *managériales* ». Elle tarde à s'imposer à part entière dans le « *paysage* » hospitalier public. Ben Hassine et al (2012), expliquent que ce constat n'est pas exclusif à l'administration tunisienne, en ce qu'il s'étend à l'ensemble des pays du sud ayant tenté de moderniser leur système de gestion des ressources humaines. Elles postulent que les pays du sud ont du mal à migrer vers une approche par les compétences en maintenant en place une GRH traditionnelle dans une logique de postes.

A la lumière des « *symptômes* » diagnostiqués, il conviendrait de parler de la réforme en tant qu'un système « *à double vitesse* », où il y'a un décalage entre la réforme telle que prévue dans les textes et la réforme telle que concrétisée sur le terrain (réforme « *théorique* » vs réforme « *pratique* ») dans la mesure où les textes ont précédé les outils (Emery, 2005). Ceci rejoint ce qui a été démontré par Domin (2005), qui explique que la « *révolution managériale* », s'est limitée au seul discours politique et à quelques revues spécialisées. Le management a voulu investir le champ de la santé publique et imposer sa logique sans tenir compte des spécificités qui lui sont inhérentes (Minvielle, 2003). Ce décalage entre le discours et la réalité, prouve que la réforme a été abordée bien plus comme un effet de mode que comme une nécessité structurelle. Elle semble s'arrêter au stade de théorisation sans passer au stade suivant d'opérationnalisation, présentant les traits d'une réforme « *schizophrène* ».

- Approche techno-centrée de la réforme

Le NPM, en ce qu'il aborde le changement dans une perspective technocratique déterministe a été souvent battu en brèche. Il a tendance souvent à oublier le poids des hommes pour se focaliser sur les seuls aspects techniques. C'est ainsi que de nombreux auteurs (Emery, 2005, Enriquez 1997, Falcoz et Bécuwé 2007, Giaque, 2003, Le Goff, 1995, 1996, Pesqueux, 2010, Piron, 2003) proposent de s'inscrire dans une approche du changement des organisations publiques plus culturaliste, la réforme ne pouvant se faire à la marge des acteurs qui les peuplent. Ils appellent à relativiser la présumée supériorité managériale, les nombreuses vertus du management ne pouvant cacher ses vices. Ceci est particulièrement le cas des « *petits fonctionnaires* », appelés par Buffat (2007), « *bureaucratie de rue* » ou « *street level bureaucracy* ». Ces derniers disposeraient d'un pouvoir discrétionnaire non négligeable pour concrétiser les réformes (Lipsky, 1980). La « *vie* » des outils de gestion au sein des organisations publiques est décidée par les acteurs au plus bas de la hiérarchie. Cette intervention du facteur humain intervient aussi bien lors du fonctionnement de l'outil (Besson et al, 1998), qu'au cours de sa construction (Agro et al, 1996, Noyer, 1997), qu'il devient nécessaire de le placer « *au centre du dispositif* » (Naro, 1998, p.53-54). Les outils de gestion, objets du transfert, loin d'être neutres, sont porteurs de valeurs (Gangloff, 2009, Oakes et al, 1998) et vecteurs de discours (Falcoz et Bécuwé, 2007). Ils constituent « *une sorte d'ingénierie des représentations* » (Lorino, 1995, p.267) et contribuent aux activités de construction de sens pour soi et pour autrui (Weick 1979, 1995, Gioia et Chittipeddi, 1991), cités dans Senaux (2008). En se prévalant, de ces caractéristiques des outils de gestion, Dreveton (2002), propose d'étudier le processus d'instrumentation publique à travers un alignement sur une approche constructiviste qui place en ligne de mire les représentations, seules capables de repérer « *les traces d'une réalité construite* » (Rojot et Wacheux, 2000). Il postule que « *l'influence réciproque entre les acteurs, le futur outil de gestion et les organisations fait de ce processus un véritable processus de structuration sociale* » (Dreveton, 2002). Aussi fort, le pouvoir structurant exercé par les pratiques de gestion, l'organisation publique à vocation sociale doit maintenir en place ses principes fondamentaux de fonctionnement, desquels elle ne peut déroger à défaut de disparaître. Senaux (2008) en parle en terme d'importance de « *l'enchâssement institutionnel* ». C'est là où interviennent les usagers pour apporter les modifications nécessaires afin que ces pratiques soient en concordance avec leurs référentiels de valeurs et leurs univers de représentations.

Cette approche culturaliste de la réforme institutionnelle est d'autant plus exigible dans le contexte des organisations hospitalières. Ces structures professionnelles ne doivent pas aborder le changement de façon globale et standardisée. Elles doivent incorporer les dimensions culturelles et fonctionnelles sous-jacentes et notamment la présence d'acteurs singuliers que sont les professionnels (Gangloff, 2009). Ces derniers, face au changement, se trouvent en manque de repères, allant même jusqu'à se sentir menacés. A cet égard, Resdlob et Gerard (2010) postulent l'existence d'une fracture entre les valeurs transmises par les pratiques et les valeurs ancrées de l'institution, exposant par la même les acteurs au risque de « *dissonance cognitive* » et de « *crispation identitaire* », « *parce que plus de source de dénégation des spécificités de l'action sociale que réponse permettant d'améliorer le service aux usagers* » (Falcoz et Bécuwé, 2007, p.12). Les institués se trouvent perdus face aux messages véhiculés par le discours managérial dont les pratiques de contrôle technocratique sont incohérentes avec celles de contrôle socio-idéologique auxquelles ils étaient habitués. Pour éviter ce risque de dissonance, il faut prévoir une adaptation des pratiques de gestion pour être en concordance avec le milieu d'accueil et donc adapter « *les outils d'un autre monde pour qu'ils parlent la langue de l'autre monde* » (Resdlob et Gerard, 2010). C'est ainsi qu'il devient nécessaire de veiller à la cohérence aussi bien « *instrumentale* » que « *psychologique* » des outils de gestion (Bourguignon et Jenkins, 2004). Le dilemme entre universalisme et particularisme ayant agité le management public, de nombreux auteurs (Falcoz et Bécuwé 2007, Pollitt et Bouckaert, 2000, 2003, Rouhaud, 2006, Lozeau, 2009), ont mis en garde contre toute tentative de réplique hégémonique du NPM. La singularité des systèmes politico-administratifs, des traditions et des cultures administratives appelle à une adaptation réciproque, « *le but est de bien faire du management un métier, à le professionnaliser et à lui donner de l'épaisseur, via des compétences rédigées pour l'organisation analysée et dûment référencées...* » (Falcoz et Bécuwé, 2007, p.15). Le NPM relèverait plutôt du « *sur mesure* » que du « *prêt à porter* ». C'est dans ce sens que Spanou (2003) a mis en avant, le caractère multiforme de la réforme, ayant épousé des formes extrêmement disparates, dans les pays dans lesquels, elle a été mise en œuvre.

Une des autres manifestations du techno-centrisme de la réforme est la consécration du « *fétichisme* » du chiffre. Les outils de gestion ont favorisé la prolifération d'indicateurs d'activité dans l'optique d'une finalisation de l'action publique (Santo et Verrier, 1993). Emery (2005), met en garde contre tout excès de finalisation managériale. Il appelle à ne pas soustraire le NPM au contrôle et à l'évaluation et ajoute que l'abus d'usage d'indicateurs

« *quantitatifs* », relève d'une tentative avortée d'allègement bureaucratique. Etant orientés vers les comptages, ils ne permettent pas ou mal de saisir la nature intrinsèque qualitative de l'action publique (Emery, 2005). En faisant primer la rigueur, la précision et la rationalité ils ignorent la subjectivité des individus (Boiral, 2006). Ceci est également le cas pour Giaouque (2004), qui considère que cette « *overdose* » d'indicateurs mène à une forme d'obsession de la mesure qui fait « *perdre le sens de la mesure* » aux responsables politiques et administratifs. Au même titre, les indicateurs sont accusés de promouvoir des formes d'organisation qui concentrent le pouvoir au centre (Reed 2004, Carter et al, 1995) et de restreindre l'autonomie professionnelle des gestionnaires (Farell et Morris, 2003, Davies et Kirkpatrick 1995). Selon Emery et Giaouque (2005), le style de management participatif prôné par le NPM a eu du mal à éclore, sous le poids des dispositifs de contrôle.

A cette batterie d'indicateurs vient s'ajouter un nouvel aspect, celui de l'informatisation. La gestion par les résultats est portée par des applications informatiques et des systèmes d'information, dont l'alimentation régulière est jugée favorable à une réincarnation de la bureaucratie (Emery, 2005). Kolthoff, Huberts et Van Den Heuvel (2007) considèrent que le NPM, via les pratiques de management et principalement les technologies informatiques cache les dessous d'une nouvelle taylorisation de la bureaucratie wébérienne. Le NPM contrairement à ce qu'il prétend n'œuvre pas pour le rejet du modèle bureaucratique, mais plutôt pour son renforcement. Cette dérive techniciste se trouve amplifiée dans le cas du personnel administratif principal usager des applications informatiques. Cette catégorie professionnelle, ayant le plus souvent une formation de juriste, voue un attachement viscéral à la procédure et à la règle qu'elle n'hésite pas à transposer à l'outil de gestion. Il serait en effet, très réducteur de considérer l'outil de gestion comme une technologie à sens unique qui impose sa loi aux usagers. Celui-ci correspondrait plutôt à un artefact humain qui se trouve façonné par l'homme à son contact et qui cristallise ses représentations. Amadio (2009), voit en l'attachement des travailleurs sociaux aux activités procédurales, une forme de repli et d'autoprotection pour échapper à la fragilisation identitaire qui les menace. Les travailleurs sociaux ne sachant pas quel sens instituer se replient sur les activités procédurales qui leur sont imposées, leur « *système immunitaire* », produisant des « *anticorps* », en réponse aux agressions externes. Les outils de gestion par la génération hypertrophique d'indicateurs d'activité quantitatifs aux dépens de ceux qualitatifs favorisent une réincarnation de la bureaucratie par la consécration de la suprématie du chiffre. Les acteurs à force d'être soumis à une obligation de résultats deviennent « *prisonniers* » d'indicateurs à remplir qui viennent

suppléer en quelque sorte les procédures écrites. Dans le domaine du travail social, l'emprise de l'institutionnalisation des pratiques de gestion est le signe fort d'un rétrécissement du sens du travail et de son appauvrissement. Le travail social en se réduisant à l'ensemble des activités organisationnelles se rigidifie. L'institution voulant échapper à la pesanteur institutionnelle, se trouve prise dans le piège de la rigidité des outils via la prolifération des critères d'évaluation, *« l'institution sociale se rend opaque à elle-même au moyen de ses outils d'organisation, car ce n'est plus tant elle qui fournit du sens que ces derniers »* (Amadio, 2009, p.8). C'est dans ce sens que Sledziewski (2009) met en garde contre toute tentative de sacralisation des pratiques de management du privé. Il explique que *« ...l'hôpital a besoin et avec lui la société toute entière d'une approche vigilante des innovations pour savoir si sous prétexte de modernisation et de rationalisation, ces dernières ne sont pas des machines broyeuses d'identité et d'humanité. Mais attention aussi à une obstruction qui relèverait... »* Sledziewski (2009). Niant toute tentative de diabolisation du NPM, il appelle le personnel à adopter une posture réflexive à son égard, qui puisse s'affranchir de la logique de soumission pour s'inscrire dans celle de participation. Il appelle à une adaptation réciproque entre les impératifs de *« managérialisation »* de l'hôpital et les exigences de son ancrage institutionnel. Pour lui, *« l'obsession de la rentabilité est idolâtre quand elle prétend soumettre à la tyrannie du chiffre l'ensemble de la démarche de soin, dont elle prétend la complexité et casse le sens. Symétriquement le déni du principe de réalité, et le refus phobique de toute contrainte gestionnaire condamnent la démarche de soin à la faillite socio-économique et donc aussi en fin de compte à celle du sens... »*.

La réforme en mettant l'emphase sur les outils de gestion semble s'aligner sur une approche techno-centrée. Elle tend à adopter une approche instrumentale trop axée sur les outils, qui s'est arrêtée au stade précoce d'importation sans se soucier de l'appropriation. En privilégiant une trajectoire exclusivement technique aux dépens d'une trajectoire humaine, la réforme souffre d'un déphasage entre le changement technique apparent et le changement cognitif latent. Elle propose des *« thérapies »* à dominante technique en omettant les aspects humains et ce bien que ces aspects soient déterminants pour le *« rétablissement »* de l'hôpital. Les hommes ont été dans l'incapacité de s'approprier son *« patrimoine génétique »*, en gardant les vieux réflexes, faisant état d'une *« sclérose »* des mentalités. Sur le plan humain, l'hôpital souffre d'une léthargie chronique, amplifiée par la réforme qui s'est attaquée exclusivement aux aspects techniques, justifiant l'urgence d'un changement cognitif humain intramuros, qualifié par Gangloff (2009) de changement idéologique. Elle ne traduirait qu'un changement

en « *façade* » qui n'a pas réussi à s'immerger et à pénétrer les profondeurs de l'hôpital. Ceci est d'autant plus vrai dans cette organisation professionnelle à forte densité humaine. Celle-ci ne doit pas traiter les individus en son sein comme des objets de gestion mais « *comme des sujets capables de contribuer de façon consciente à la réussite de l'organisation aussi bien qu'à leur propre destin* » (Gomes da Silva et de Souza, 2007).

- Caractère « *hypocrite* » de la réforme

Il y a une tendance à considérer la réforme comme un changement dans la forme mais pas dans le fond. En effet, la réforme semble s'être faite à la surface en omettant les problèmes réels, donnant l'illusion d'un changement qui ne s'est pas concrétisé. Elle semble s'être trompée dans son diagnostic initial en proposant des remèdes prématurés et hâtifs pour des pathologies chroniques et durables. A la lumière des résultats qui sont ressortis, il serait pertinent d'avancer le scénario d'une « *hypocrisie organisationnelle* » (Brunsson, 1989) entendue dans le sens d'une adoption cérémonielle des outils de gestion. La réforme serait de nature superficielle et éthérée n'ayant apporté dans son sillage aucun changement effectif, augurant d'une incantation managériale, d'une simple « *gadgétisation managériale* ». Elle s'apparenterait à un changement extérieur « *épidermique* » qui s'est arrêtée au stade de l'intention sans être en mesure de passer à l'action, présentant les symptômes d'une « *boulimie managériale* » couplée à une « *anémie stratégique* ». Cette « *anorexie stratégique* » dont souffre la réforme lui a été transmise par le NPM, qui s'est réduit à traiter les pratiques de gestion comme des variables exogènes, passant au travers de leur potentiel stratégique. Selon Keramidis et Rochet (2005), la réussite de la réforme est conditionnée par « *la capacité de conjuguer deux stratégies, celle de la gestion et celle de la création de valeur* ». A travers la stratégie de création de valeurs, les auteurs sous-entendent le management des systèmes d'information, le management participatif, la capacité à manager les équipes.... Drevetton (2002), pour sa part, distingue entre réforme « *opportuniste* » et réforme « *stratégique* » (OCDE, construire aujourd'hui l'administration de demain, OCDE, 2001). Il explique que les pouvoirs publics, s'ils veulent réussir leurs réformes, doivent avoir une vision stratégique.

D'autres auteurs, ont mis en garde contre le « *faux* » usage du NPM. Les organisations publiques pour suivre l'effet de mode, se contenteraient d'adopter « *l'écorce* » du NPM, à travers un « *découplage institutionnel* » (Meyer et Rowan, 1977). Boiral (2006), en étudiant l'adoption des pratiques de certification dans les organisations publiques, a démontré que

celle-ci n'était qu'une réponse à des pressions institutionnelles sans véritable intention de changement des pratiques en place. Il a conclu à l'existence d'un « *découplage* », soit d'une dissociation aigüe entre la recherche de la légitimité institutionnelle via les mythes rationnels et leur efficacité interne. En matière d'ancrage des pratiques de gestion de la qualité dans les hôpitaux, Lozeau (2009) a démontré que parmi les différents scénarios possibles, celui de « *couplage ritualisé* » au sens de Meyer et Rowen (1977), est le plus répandu. Les hôpitaux se fabriquent une image de conformité organisationnelle « *artificielle* ». Il ajoute que ce couplage relève d'une stratégie défensive adoptée par les acteurs pour protéger leur autonomie. Ces résultats ont été appuyés par Fraisse et al (2003), qui ont conclu à un « *découplage* » en faveur du maintien en place des règles de fonctionnement anciennes, malgré un discours cérémoniel qui promeut les nouvelles. Pour expliquer ce décalage entre praxis et discours, Fraisse et al (2003) font référence au concept de « *mythe* » de Meyer et Rowan (1977). Le mythe du fonctionnement privé inquiète souvent les salariés qui le voient comme une atteinte aux valeurs de service public, expliquant son rejet, sinon son détournement pour être en conformité avec les logiques en place. Falcoz et Bécuwé (2007), voient dans l'envahissement de la sphère publique par les procédés managériaux, un effet, de mode, «...*Si le management n'est pas une mode en soi, il peut être considéré comme tel dans le secteur public du fait qu'il a été « inventé » dans la grande entreprise privée et qu'il y a été importé relativement récemment. Il a aussi peut être le visage d'une mode parce qu'il fait l'objet d'un engouement subite, pas toujours réfléchi et dénué de prudence dans ce qui peut être importé ou non du « privé »...* » (Falcoz et Bécuwé, 2007). Le management importé à la sphère privée, s'il se répand dans les organisations publiques, c'est parce qu'il est considéré comme universel et qu'il repose sur des mythes et des légendes. Selon Merrien (1999), « *la Nouvelle Gestion Publique s'inscrit dans l'ordre de l'imaginaire. Elle réactive la quête de l'unité originelle. Elle évoque une société enfin réconciliée avec elle-même, un temps d'avant la séparation entre le public et le privé, une société auto-régulée. La Nouvelle Gestion Publique s'inscrit dans le symbolique du dépérissement de l'Etat. Elle suscite la référence à un paradis perdu ou à venir : un monde dans lequel les problèmes trouveront magiquement une solution, un monde dans lequel les besoins seront satisfaits à moindre coût. La Nouvelle Gestion Publique signifie l'évanouissement de l'Etat* » Merrien (1999) (pp.101-102).

- Aspect anachronique de la réforme

Plusieurs répondants ont soulevé le caractère désuet de la réforme qu'ils imputent à l'obsolescence du manuel des procédures. Ce manuel, support pratique de la réforme hospitalière n'est plus à l'ordre du jour. C'est ainsi qu'ils proposent son actualisation pour qu'il soit en adéquation avec les exigences du moment. La réforme relève d'un programme gouvernemental intervenu dans une période déterminée, qui depuis n'a pas été revu et dont les effets n'ont été ressentis qu'immédiatement sans donner suite. Les répondants s'accordent pour dénoncer l'atonie de la réforme, n'étant plus à l'ordre du jour, en ce qu'elle est achevée d'un point de vue juridique. Ils déclarent sa « *mort clinique* » tout en proposant de lui redonner la vie et de la ressusciter via d'autres programmes qui vont s'inscrire dans la continuité de celle-ci.

- Caractère « *introverti* » de la réforme

De nombreux auteurs ont reproché aux réformes menées dans l'esprit du NPM, d'être trop renfermées sur elles-mêmes. Domin (2005), impute l'échec de la réforme hospitalière à son caractère introverti. Il explique que la réforme conçue de la sorte, « *n'est pas en mesure de prendre en compte les intérêts de l'ensemble de la société, ni d'être l'instrument des choix politiques à long terme sur les grandes questions de la société comme l'éducation, la santé ou les retraites* » (Kazancigil, 2002, p.130). Au même titre, Busson-Villa (1999) a mis en évidence que les procédures de gestion, supports de la réforme, malgré leur caractère extraverti apparent, sont moins tournées vers l'environnement et plus vers les modalités de fonctionnement internes. Elle appelle de ce fait à leur "*extériorisation lente*" pour être plus tournées vers les effets des politiques publiques. Cet avis est également partagé par Merrien (1999), qui a soulevé de nombreuses limites au NPM dont le fait d'être trop tourné vers les aspects internes, prioritairement l'efficacité, sans se soucier des besoins de la société, c'est-à-dire de privilégier les produits aux dépens des résultats visés par l'action publique.

Pour promouvoir une réforme plus « *extravertie* », Comtesse (2010), propose de migrer vers le « *we public management* ». Il s'agit d'une vision renouvelée du processus de la réforme qui repose sur une approche « *multi partenariat* », favorable à la participation communautaire des citoyens. Au même titre, DeLeon et Denhardt (2000), ont conçu un nouveau management public qui admet une ouverture sur les concepts de participation démocratique. Dans le même sens, Denhardt et Denhardt (2000, 2002) ont introduit le concept de « *New Public Service* » au lieu du New Public Management, leur devise étant « *Serving than steering* » (Kothoff et al,

2007). Les hôpitaux de demain devront se défaire de leur « *égocentrisme* » pour devenir plus extravertis. Ils devront intégrer la logique démocratique en reconnaissant la capacité des citoyens à influencer les décisions politiques (Contandiopoulos et al, 1995).

- Approche « *clientéliste* » de la réforme

Une des facettes de l'échec du NPM, consiste dans le rejet de la figure du client ayant du mal à s'imposer à l'hôpital. Les résultats ressortis des analyses sémantiques menées sur l'ensemble des entretiens semi-directifs réalisés auprès du personnel ont démontré une prédominance des notions « *citoyen* » et « *malade* » aux dépens de celle de « *client* ». Ceci est un signe en plus de la faible institutionnalisation du NPM, qui n'a pas réussi à imposer le « *consommérisme* » qui le caractérise à l'univers hospitalier. Ce refus du glissement « *clientéliste* » de l'hôpital public a été ressenti particulièrement dans les propos virulents du personnel hospitalier à l'égard des APC, vues comme une « *colonisation* » du territoire public par le privé.

Parmi les critiques faites à l'adresse du NPM, a été sa volonté de vouloir transformer le citoyen en client dont « *la satisfaction est au centre des objectifs, des standards et des décisions d'ajustement des systèmes* » (Mailloux et Charland, 2001, p.2). Piron (2003), estime que ce glissement sémantique risque de mener à une individualisation consumériste des citoyens, qui deviendraient « *otages* » des *catégories managériales* » (Pesqueux, 2010). La notion de « *client* » ouvrant « *la porte à de nombreuses inégalités incompatibles avec les droits et les obligations associés au statut de citoyen, (...) elle bouleverse l'équilibre délicat d'obligations et de privilèges qui présidait au rapport traditionnel entre l'Etat et le citoyen* » (Pierre, 1995, p.51). Emery (2009), pour sa part, précise que l'usage de la notion client prend un sens différent dans le domaine de l'action publique. Elle ne rend pas compte de la « *poly-fonctionnalité* » des acteurs publics à la fois citoyens et bénéficiaires de l'action publique.

Les symptômes de la réforme hospitalière en Tunisie, tels que diagnostiqués ci-dessus sont précurseurs de son échec, son institutionnalisation s'étant faite de façon symbolique et superficielle. Ces résultats révélateurs ne sont pas exclusifs au contexte tunisien, d'autres travaux dans des contextes différents étant parvenus aux mêmes résultats. Les réformes publiques étant pensées dans l'esprit du NPM, leur échec y tiendrait probablement. Pour cause, la réforme s'est arrêtée au stade prématuré et précoce de la « *fécondation* » sans pouvoir atteindre le stade final de la « *gestation* ». Elle semble avoir été dans l'incapacité d'établir un statut autonome de l'hôpital permettant de concilier entre les invariants du public

et les impératifs du privé en se contentant d'un empilement « *stérile* ». Elle s'apparenterait en terme médical à une fécondation "*in vitro*", une procréation assistée avortée avant terme.

Depuis quelques années de nombreuses voix se sont élevées pour contester la suprématie du NPM, comme paradigme de modernisation publique. Elles dénoncent sa « *naïveté théorique* » à vouloir postuler l'existence d'une homologie entre les deux sphères publique et privée. Martineau (2006), Martineau et Sauviat (2007) entre autres, évoquent la difficulté du management public à s'imposer comme une discipline scientifique à part entière, en faisant état de la faiblesse de son corpus théorique et scientifique. Charbonneau (2012), pour sa part, ne manque pas de souligner l'ambiguïté du NPM qui suscite de nombreuses controverses et qui appelle à une prudence d'usage. Etant encore en phase de gestation, la légitimité de son existence et de son fonctionnement n'est pas encore acquise (Bartoli, 1997). Toutes ces controverses théoriques et pratiques soulevées, ont incité les chercheurs à proposer l'avènement d'un nouveau référentiel plus stable qui permet de maintenir en place les piliers du fonctionnement public. La modernisation du secteur public et de ses appareils, poserait la question de la distinction entre ce qui est « *réformable* » et ce qui est « *immuable* » (Khelil, 2000). La crainte suscitée par le NPM, serait qu'il provoque la destruction des valeurs éthiques du service public.

Nous assistons, depuis quelques années, au renouveau du modèle bureaucratique, une nouvelle ère de l'après nouvelle gestion publique semble se dessiner à l'horizon (Christensen et Laegreid, 2007, Emery, 2009). Il s'agit de l'organisation « *post-bureaucratique* » inscrite dans une logique « *constructive* » et « *intégrative* » renouvelée qui capitalise les avantages de la bureaucratie traditionnelle wébérienne, en la mettant au goût du jour via une plus grande ouverture sur les mécanismes de marché. Loin d'annoncer la fin du règne du modèle bureaucratique érigé par Weber (1921) et longtemps vénéré, l'organisation post-bureaucratique suggère son renouveau. Elle propose un modèle médian ou hybride qui permet d'introduire les valeurs managériales sans porter atteinte aux valeurs de l'éthos public, « *une lecture qui ne serait pas emprunte de la nostalgie d'un modèle injustement passé dans l'ombre, mais dont l'ambition serait de définir les contours d'une nouvelle conception hybride de l'organisation publique, mariant les principes et valeurs classiques de la bureaucratie et les exigences d'efficacité que l'approche NGP met en avant...* » (Emery, 2009, pp.5-6).

Pour justifier la persistance du modèle wébérien comme modèle de référence, Adler et Borys (1996), Olsen (2005) et Schofield (2001), ont rappelé qu'il était doté d'atouts certains, rendant très simpliste toute de volonté de l'abolir : « *la bureaucratie serait bien sur un instrument privilégié d'équilibre institutionnel (en tant que lieu de transmission de l'idée politique en action), mais également de management, car elle faciliterait le guidage de l'action, clarifierait les responsabilités et tendrait à renforcer la loyauté et l'implication au travail de ses membres....* » (Cueille, 2007, p.64). Spanou (2003) considère que l'Etat wébérien est le « foyer » de la démocratie représentative qui inclut les notions de légitimité, de responsabilité et de contrôle, contrairement à la démocratie prônée par le modèle marchand, « *...Le modèle marchand est loin d'être cohérent, il se présente sous des formes extrêmement variées et n'échappe pas à des contradictions internes. Qui sont le plus souvent dues à la confrontation de deux logiques opposées : la logique politique et la logique managériale....* » (Spanou, 2003 p.113).

Ce modèle hybride tel que proposé par Emery (2009) a été déjà ébauché par de nombreux auteurs en sciences administratives (Aucoin 1997, Pollitt et Bouckaert, 2004) et en sciences de l'organisation (Olsen, 2006). Pour Olsen (2006), le modèle bureaucratique doit être pensé dans une visée plus large sans toutefois prétendre à une nouvelle hégémonie, dans la mesure ou « *a new institutionalised moral vision synthesizing private and public ethical principles and standards is needed (...)* » (Olsen, 2006, p.7). Cette idée défendue par Olsen (2006) rejoint celle de l'Etat néo-wébérien (Neo-weberian state) de Pollitt et Bouckaert (2004) qui propose que la réforme maintienne en place les éléments wébériens de l'administration pour qu'ils cohabitent avec les « *néo* » éléments empruntés au management. Parmi ces éléments « *néo* », Pollitt et Bouckaert (2004, pp. 99-100) citent « *la complémentarisation et (non le remplacement) du rôle de la démocratie représentative par un éventail de techniques visant la consultation et la représentation directe de l'avis du citoyen* ». Cette approche s'aligne sur « *une attitude plus optimiste quant au futur rôle de l'Etat, une approche plus constructive/ moins culpabilisatrice de la réforme des services publics, et une attitude moins enthousiaste quant à l'éventuelle participation du secteur privé dans le domaine public que les tenants du NPM* ». (Pollitt et Bouckaert, 2004, pp.90-100). Le modèle de l'Etat néo-wébérien, suggère le « *renouveau de la bureaucratie* » par le maintien en place de ses fondamentaux tout en prônant une ouverture sur ceux du NPM et en l'occurrence ceux du secteur privé. Selon ces auteurs ce « *néo* » modèle « *marque un retour à la conception du rôle central de l'Etat, de la démocratie représentative et de la loi administrative dans la régulation sociale tout en*

proposant de miser sur la professionnalisation des employés pour rapprocher l'administration publique des citoyens et favoriser sa plus grande performance... » (Charbonneau, 2012). Cette voie médiane est de plus en plus prisée par les auteurs, notamment Bartoli (1997) qui explique qu'il est possible de trouver « *une synergie constructive entre les méthodes gestionnaires des organisations publiques et celles des organisations privées sans pour autant risquer l'incohérence et l'inefficacité résultant d'une transposition pure et simple* ».

Ces deux modèles post-bureaucratiques ne sont pas les seuls à être proposés comme alternative au modèle bureaucratique wébérien. Klijn (2005) propose une nouvelle lecture du NPM par la mise en place d'une gouvernance en réseau. Cueille (2007), propose comme voie de modernisation publique, le remplacement de la coordination hiérarchique par une coordination de type réseau. Ce fonctionnement en réseau est particulièrement adapté dans le cas des hôpitaux publics et pourrait être interprété comme la naissance d'un modèle post-bureaucratique (Desreumaux, 1996). Il annonce le management de la santé de demain, en permettant à l'hôpital public de se libérer de l'autarcie qui l'a paralysé durant de longues années, ainsi que de favoriser la coopération entre les soignants et les soignés en faveur d'une coproduction des prestations hospitalières (Sauviat, 2003).

Les diverses alternatives de renouveau du modèle bureaucratique classique réfutent l'existence d'un modèle monolithique pour mettre l'accent sur la diversité des valeurs qui pénètrent le secteur public. Ce modèle bureaucratique « *revisité* » devrait se défaire des lourdeurs procédurales tout en alliant de façon optimale « *l'orientation client* » et les exigences de légalité et d'équité propres à l'action publique (Emery, 2006). Il s'agit d'une « *forme organisationnelle et culturelle hybride, mariage difficile entre les fondements démocratiques de l'organisation wébérienne et la logique entrepreneuriale et ouverte sur les bénéficiaires, propre au managérialisme...* » (Emery, 2009, p.16). L'organisation post-bureaucratique, en ce qu'elle reconnaît l'existence de passerelles entre le management public et le management privé se rapproche du modèle de management public intermédiaire, à la fois adaptatif et autonome, proposé par Favoreu (2001). Elle relève du scénario d'adaptation mutuelle proposé par Lozeau (2009). Selon Greenhalgh et al (2004), les processus de diffusion et particulièrement d'enracinement des pratiques de gestion sont des processus organiques qui ne peuvent aboutir qu'à travers la mise en place de liens complexes avec le milieu organisationnel et l'adaptation mutuelle des différents éléments participant au changement (Lozeau, 2009).

Ces appels incessants au renouveau post-bureaucratique doivent être relativisés, la raison étant la fragilité de son assise théorique. Bourgeois (2004), explique que cette organisation n'existe pas en réalité, elle n'apparaît que via un ensemble de mécanismes tels que la participation du personnel, le travail en équipe, le consensus pour la prise de décision, l'instauration de frontières perméables entre elle et son environnement, l'orientation client, ... (Heckscher et Donellon, 1994).

En l'absence de bases conceptuelles solides du modèle post-bureaucratique « *hybride* », Emery (2009) propose de s'inspirer de l'ancrage théorique qui sous-tend le management de la qualité, certains auteurs allant même jusqu'à le reconnaître comme nouveau paradigme de management (Gogue, 2007). Par ailleurs, d'un point de vue empirique, la gestion par la qualité a fait l'objet de nombreuses applications dans différents contextes organisationnels y compris publics (Singh et Mansour-Nahra, 2006, Fryer, Anthony et al, 2007...). Appliquée au cas des systèmes de santé publique, la démarche de gestion de la qualité est présentée par Emery (2009), comme un levier de démocratie « *intra organisationnelle* » et « *extra-organisationnelle* ». En donnant la parole au personnel et aux bénéficiaires, et plus largement aux citoyens, pour la définition de l'action publique, le management de la qualité totale s'inscrit dans une approche globale et constructiviste (Watzlawick, 1988) qui reconnaît la subjectivité inhérente à leurs perceptions. Ce constructivisme est bénéfique à l'administration en ce qu'il vient relativiser le monopole de la vérité qu'elle prétend détenir (Dupuy, 1998).

Sur le plan pratique, ce nouveau modèle hybride promu par de nombreux chercheurs en gestion publique rencontre de nombreuses difficultés pour se concrétiser dans la réalité. La première difficulté est d'ordre cognitive, les acteurs face ce nouveau modèle hybride, se trouvent dans une confusion, tiraillés entre leurs repères « privé » et « public ». Ensuite, la deuxième difficulté concerne les managers publics qui sont dans l'obligation d'abandonner la logique de résultats à court terme pour s'inscrire dans une logique à long terme d'optimisation du système intégré de l'action publique. Enfin, des difficultés liées à la mesurabilité de la performance publique (Emery, 2009).

Bien qu'annoncé révolu, le NPM est encore d'actualité. Il faut se montrer prudent et relativiser le poids du discours tenu par ses détracteurs. En effet, en dépit de ces remises en question de l'existence même du NPM, de nombreuses voix s'attachent à souligner encore sa présence (Aucoin, 2008, Gualmini, 2008). Les principes et les outils du NPM sont entrain de s'enchaîner et de se rassembler dans des lois visant la modernisation de l'administration

publique. Il est pertinent de souligner qu'on est entrain d'assister ces dernières années à son institutionnalisation en même temps qu'à son dépassement (Charbonneau, 2012).

Anatomie de la légitimité des hôpitaux publics

Une vue d'ensemble de l'institutionnalisation de la réforme hospitalière et de ses dispositifs, principalement empruntés à la sphère privée, laisserait augurer d'une faible légitimation. En effet, nous avons postulé l'existence d'une relation causale entre institutionnalisation et légitimation, la deuxième étant un préalable à la première. La réforme hospitalière ne pourra être institutionnalisée qu'une fois légitimée par les acteurs de l'hôpital. Nous nous sommes alignées dans le cadre de cette recherche sur les travaux de Gangloff (2009) qui insiste sur la nécessité de légitimation des pratiques de gestion au fondement de la réforme hospitalière. Elle explique que les professionnels ne pourront accepter les processus de gestion qu'une fois assurés de leur légitimité. Ben Slimane (2007), pour sa part, estime que les nouvelles technologies pour être institutionnalisées, doivent subir un processus de légitimation. Il précise que « *dés lors que le sens et les associations cognitives sont à construire, le processus de légitimation interpelle un travail par les acteurs afin de rendre la technologie compréhensible et intelligible dans son usage et dans les valeurs qu'elle incarne* » (Ben Slimane, p.6). Le processus de légitimation des technologies fait intervenir les acteurs pour construire le sens et les cadres cognitifs et rendre ainsi la technologie compréhensible et perçue comme appropriée. Toutefois, cette légitimité « *individuelle* » n'est pas neutre en ce qu'elle reflète les référents personnels, professionnels et de service des répondants. Se contenter de l'étude de la légitimité de la réforme et de ses pratiques à l'œuvre ne donnera qu'une image tronquée de la légitimité « *globale* » de l'hôpital. Ce dernier étant donné le poids des professionnels en son sein et la diversité des services spécialisés qui le composent devra intégrer les légitimités professionnelles et de service. Selon Fraisse et al (2003), la légitimité « *intra-organisationnelle* », des pratiques de gestion relèverait plus d'une question de gestion des ressources humaines. Selon eux, « *ce ne sont pas tant les outils qui comptent que les acteurs qui les mettent en place* » (Fraisse et al, 2003).

L'analyse des résultats au niveau intra-organisationnel, a révélé une grande diversité des légitimités en jeu entre les services hospitaliers et une plus grande homogénéité au sein des mêmes groupes professionnels. Ces résultats attestent donc du caractère discriminant de l'appartenance au service et professionnelle pour juger de la légitimité de l'hôpital.

Pour le cas du service maternité, la non institutionnalisation de la réforme et de ses logiques semble être expliquée par la variation de leur capital de légitimité d'ordre pragmatique et morale. Ces deux dimensions semblent exercer un plus grand impact pour l'appropriation de la réforme et de ses facettes. Au niveau du service, les résultats ont révélé une prédominance des légitimités morale, pragmatique et normative. Au même titre, les paramédicaux, en l'occurrence les infirmières, semblent privilégier ces mêmes dimensions.

Pour le cas du service consultations externes, les légitimités sont principalement d'ordre morale, pragmatique et normative. Les infirmières qui y travaillent accordent la plus grande importance à ces différents aspects.

Pour le cas du service administration, sa légitimité est jugée par référence aux dimensions morale, technique, pragmatique, normative et managériale. Pour le cas du personnel administratif, les typologies de légitimité professionnelle pragmatique et normative occupent le premier rang, suivies de très loin par la légitimité morale.

Pour le cas du service CCVT, nous avons relevé une prééminence des légitimités de service normative, morale et technique. Le personnel médical et paramédical semble plus attaché aux dimensions professionnelles morale et normative.

Enfin, pour le cas du service radiologie, les légitimités les plus dominantes ont été celles pragmatique, morale et technique. Ces dernières ont également été retenues par les techniciens en radiologie.

Il existe une nette différence entre les services hospitaliers (maternité, consultations externes, CCVT et radiologie) et le service administration, en matière de légitimité morale. En revanche, ils ont en commun les légitimités pragmatique, technique et normative. Il convient de souligner également, que le poids de la légitimité technique est plus important pour les services hospitaliers ou bien encore médico-technique à forte teneur technologique. Au niveau professionnel, les paramédicaux quelque soit le service auquel ils appartiennent, privilégient les dimensions morale, pragmatique et normative. Ceci est également le cas pour les administratifs, en matière de pragmatisme et de normativité, mais pas de moralité. En effet, ces derniers étant situés plus à la marge des patients, ne vivent pas leur travail avec la même intensité émotionnelle que les paramédicaux. La logique des soignants est marquée par les aspects relationnels alors que la logique du personnel administratif (agents et cadres) est plus tournée vers des aspects juridiques.

Cette concentration des légitimités (au niveau professionnel et de service) morale et normative tient principalement à la nature du travail hospitalier guidé par des considérations humaines et réalisé conformément à des normes de soins et des protocoles thérapeutiques prédéfinis. En ce qui concerne le versant pragmatique (échange financière, évolution personnelle et de carrière), partagé par l'ensemble du personnel, il renvoie au « *prisme individuel* ». Même aussi prégnantes, les valeurs morales ne peuvent pas annihiler les exigences individualistes. La réalisation du travail demeure teintée par une dose de pragmatisme et de réalisme, les acteurs ayant tendance à évaluer la légitimité de l'hôpital par rapport à leur situation personnelle. Selon Lordon (2006), la légitimité relève d'un jugement personnel, « ... « *légitime* » ou « *illégitime* », *c'est toujours une question d'affirmation singulière, de points de vue particuliers...* ». Aussi forte soit-elle, l'identité professionnelle ne peut pas passer outre l'identité individuelle, en atteste la diversité intra-professionnelle revendiquée par les individus. L'individu ne se réduit pas au groupe professionnel, voulant marquer ses différences et ses territoires. Au même titre que l'enchâssement institutionnel, Senaux (2008) insiste sur la préservation et la protection des couches profondes de l'identité qu'il appelle « *similitude* » ou « *samensess* » (par opposition à « *distinctivness* ») telle que présenté par Albert et Whetten (1985).

Par ailleurs, nous avons remarqué un alignement des légitimités professionnelles sur celles de service. Il semblerait que l'orientation de service et son degré de spécialisation exercent un effet contraignant sur les praticiens qui y évoluent. Le système de valeurs au niveau méso du service pourrait avoir un impact sur les systèmes de valeur individuel et professionnel.

Les résultats auxquels nous sommes parvenus attestent de la nécessité d'une gestion de la légitimité intra-organisationnelle différenciée, qui tienne compte des spécificités des appartenances aux services et aux communautés professionnelles.

Au niveau extra-organisationnel, la légitimité a été décomposée en légitimité « *profane* » des patients et en légitimité « *expertale* » du personnel. Ces deux catégories de légitimité ont affiché des divergences considérables, les patients étant plus portés vers des aspects moraux pour juger de la légitimité contrairement au personnel, qui bien qu'interrogé en leur qualité de citoyen-malade, maintiennent intact leur ancrage professionnel, en accordant plus d'importance aux aspects techniques et financiers.

Apports, limites et perspectives de la recherche

En guise de conclusion, nous allons présenter les contributions de notre recherche, ses principales limites ainsi que les voies futures de recherche en vue de son amélioration.

- Implications et contributions de la recherche

Les contributions de la recherche se situent à un triple niveau théorique, méthodologique et managérial.

Tout d'abord, d'un point de vue théorique, cette étude a proposé un nouvel angle d'approche de l'étude des réformes hospitalière publiques dans le prisme du concept de légitimité. Bien qu'elle soit un thème classique, la légitimité dans les organisations publiques, se renouvelle sans cesse au vu des évènements politiques, économiques et sociaux. Il existe deux grandes déclinaisons de la légitimité d'une organisation publique : légitimité d'existence et légitimité de fonctionnement. Dans le cadre de cette étude, nous avons abordé la légitimité des hôpitaux publics, en termes de fonctionnement et d'impact. La force de ce concept réside dans le fait qu'il est favorable à une approche plus symbolique et socialisée de la réforme institutionnelle incarnée dans la théorie néo-institutionnelle issue des travaux de DiMaggio et Powell (1983) et de Meyer et de Rowan (1977). Lordon (2006), met en avant la relation ténue entre les deux concepts institution et légitimité, *« ...Si la « légitimité » est ainsi devenue le concept-compagnon de « l'institution », c'est parce qu'elle est réputée en donner les conditions de viabilité-parfois même d'efficience. La « bonne » institution est l'institution légitime. Elle est bonne parce que la légitimité est fondamentalement de l'ordre de l'accord....Dans cette nouvelle configuration humaniste-théorique, on a enfin retrouvé les individus consciences réfléchissantes, et surtout la nature véritable du monde dans lequel ils vivent : c'est un monde moral. Le légitime est l'expression d'un bien commun et la légitimité le premier des réquisits auxquels doivent satisfaire les institutions des hommes... Légitime est la première question posée à l'institution. S'y joue la qualité et parfois, même la possibilité de son opération. Car tout fonctionne désormais « à la légitimité...la légitimité a été le véhicule d'un « retour à l'homme » dont chacun sait qu'il vit (aussi) « de sens » » (Lordon, 2006).*

Cette approche socio-cognitive permet de s'affranchir de la vision fonctionnaliste et réductionniste du management public pour s'insérer dans une nouvelle plus globale et contingente à l'univers public. Selon Lordon (2006), l'institution vient placer l'homme au centre des ses préoccupations. Elle vient lui rendre justice, après avoir été ignoré par la

structure. « ...*Contre la structure presque minérale, l'institution reprend chair humaine. On y voit des acteurs s'adonner à leurs pratiques, elle est une part de ce monde qu'ils investissent de leurs significations, le sens au principe de leurs actions, et en définitive ce sont bien ces dernières qui donnent l'histoire à son moteur...L'argument humaniste théorique fait donc subtilement revenir l'acteur dans le sillage du changement. Les forces motrices de l'histoire sont humaines en dernière analyse puisque « ce sont les hommes qui font leur histoire »...* » (Lordon, 2006).

Les pratiques de gestion d'ascendance privée, piliers de la réforme hospitalière sont des pratiques discursives, vectrices d'un discours managérial qui ne se cantonne pas aux référents officiels écrits mais intègre les représentations des utilisateurs (Fraisie et al, 2003). Ces derniers, au-delà d'être techniques sont des instruments sociaux politisés, porteurs de sens et créateurs de représentations. Selon Lascoumes et La Galès (2004), passer au travers des instruments de l'action publique ne fait que priver les analystes d'éléments de compréhension pertinents.

Dans la lignée de cette lecture constructiviste des outils de gestion, nous avons privilégié une approche ascendante et volontariste de la légitimité de l'hôpital public tunisien dont celle de la réforme qui l'a instauré. Assurés d'une légitimité par le haut telle que prodiguée par la loi, « *top-down legitimacy* », soit encore d'une légitimité « *de principe* » acquise (Busson-Villa, 1999), il a été pertinent dans le contexte tunisien actuel de se poser la question de la légitimité par le bas, « *bottom-up legitimacy* ». Celle-ci, pour les besoins de contextualisation, a été scindée en deux grandes légitimités : légitimité « *intra-organisationnelle* » et légitimité « *extra-organisationnelle* ». Cette différenciation spatiale s'explique par le caractère co-construit de la légitimité mis en avant par Hatzfeld (1998) qui estime que « *la construction de légitimités n'est pas un phénomène à sens unique. Elle s'inscrit dans un processus complexe où chacun (et donc aussi les autres) est conduit à refonder ses légitimités ou cherche à en acquérir de nouvelles* » (Hatzfeld, 1998). Au même titre la légitimité « *intra-organisationnelle* », a été décomposée en sous-légitimité professionnelle et sous-légitimité de service. Lors de l'étude d'une organisation professionnelle telle qu'un établissement de soins il est pertinent de prendre en considération l'ensemble des services, des professions et des échelons hiérarchiques. Pour sa part, la légitimité « *extra-organisationnelle* » a été scindée en fonction du degré d'expertise des patients en sous-légitimité « *profane* » et sous-légitimité « *expertale* » (Divay et Gadea, 2007, Lascoumes, 2004). Cette distinction renvoie à la catégorisation de Bellina (2010) en légitimité par les processus ou « *in put legitimacy* » et

légitimité par les résultats (*out put legitimacy*). Alors que la légitimité par les processus questionne la légitimité du fonctionnement des appareils de l'Etat, la légitimité par les résultats est définie en termes d'efficacité et de qualité reconnues aux services publics en fonction des attentes des citoyens (sécurité, égalité...).

Ensuite sur le plan méthodologique, pour capturer la complexité du concept « *labyrinthe* » légitimité (Lordon, 2006), nous nous sommes placés dans un paradigme interprétatif qui mobilise un croisement des méthodes qualitatives et quantitatives. L'analyse qualitative a servi au repérage des fondements de la légitimité « *extra-organisationnelle* », à travers l'analyse de ses discours pour en dégager les modèles cognitifs et les schémas mentaux associés. Cette entrée par les discours et la narrativité est justifiée par la nature du concept de légitimité, une construction sociale, intersubjective et abstraite, qui s'exprime à travers des paroles et des actes. La légitimité, « *n'existe pas en soi, mais se construit à travers un ensemble d'argumentations, d'épreuves toujours recommencées. Toute légitimité est le résultat d'une interaction. Entre des hommes ou des institutions ayant des logiques différentes, des ajustements concrets s'opèrent, sources de dynamiques et de légitimités* ». (Hatzfeld, 1998). Les discours sont capables de construire des subjectivités, des identités et des objets.

A la recherche d'une plus grande exhaustivité, nous avons veillé à la diversité des interviewés en termes d'appartenance hiérarchique, professionnelle et de service. Cette hétérogénéité a été mise à profit, dans une logique de comparabilité, à travers des études de cas multiples, les services analysés dans les deux EPS A et B, ont été traités comme étant des études de cas à part. La méthode des cas s'accommode au caractère inductif et qualitatif de la recherche, favorable à l'exploration de nouvelles théories (Eisenhardt et Bourgeois, 1988). En revanche, l'étude de la légitimité « *extra-organisationnelle* », s'est faite au travers d'une analyse quantitative auprès des patients « *experts* » et « *profanes* ».

En termes d'apports managériaux, nous pensons qu'après un peu plus de deux décennies, il était opportun de s'interroger sur la réalité de la réforme hospitalière dans le contexte tunisien et d'en faire un état des lieux, cette période étant supposée largement suffisante pour assurer une totale appropriation. Les institutions hospitalières étant des lieux chargés d'histoire, nous ne pourrions étudier leur évolution qu'à travers un retour en arrière. Selon Divay et Gadea (2008, p.5), « *pour comprendre comment s'est constituée la situation actuelle, il faut situer les transformations du présent à l'intérieur d'une histoire plus longue de l'institution*

hospitalière ». Une fois le diagnostic de la réforme hospitalière opéré et les origines de son échec identifiées, les décideurs politiques seront en mesure d'apporter les actions correctives nécessaires pour y pallier et concevoir les réformes de demain.

- Limites et perspectives de la recherche

Comme toute recherche, celle-ci présente des limites théoriques, méthodologiques et relatives à la spécificité des hôpitaux publics, à la procédure de collecte des données et à la validité externe des résultats obtenus.

La première limite tient à la spécificité des EPS tunisiens. Ceux-ci présentent des spécificités inhérentes à la manière dont ils ont intégré la réforme hospitalière. L'âge de l'hôpital, son ancienneté, son emplacement géographique, les spécialités médicales et chirurgicales qu'il compte, le nombre de service peuvent constituer des éléments de contingence de la réforme hospitalière, exercer un impact sur la légitimité de l'hôpital en interne et en externe, et soulever des limites de validité externe.

La deuxième limite est d'ordre méthodologique. Elle concerne la procédure de collecte des données, la sélection de l'échantillon et sa taille. Dans le cadre des études de cas, nous avons eu à faire lors de la réalisation des entretiens semi-directifs à une variabilité interne d'ordre temporel des répondants, sur leur « vécu » de la réforme. En effet, parmi, les professionnels de santé interrogés, certains étaient présents à l'hôpital avant la mise en œuvre de la réforme, d'autres l'ont été pendant, et enfin quelques uns ont intégré le milieu hospitalier dans la période post-réforme. Ce décalage vécu par les répondants au sein des deux EPS, objets de l'étude de cas, présente des limites sur le plan analytique en termes de mémorisation des événements inhérents à la réforme et donc de rationalité à posteriori pour la restitution des discours.

Au même titre, la recherche présente une limite relative à la sélection et à la taille de l'échantillon des répondants qui ne permet pas une représentativité des professionnels de santé interrogés et des services hospitaliers étudiés. La population enquêtée ne correspond pas à l'ensemble de la population étudiée. Cette différence est due aux contraintes de réalisation de l'enquête et aux non-réponses. L'hôpital admet une diversité des groupements professionnels et des services de soins médicaux, médico-techniques, chirurgicaux et administratifs, qu'il nous a été impossible de saisir via les entretiens semi-directifs.

Enfin, en matière de procédure de collecte des données, la taille de l'échantillon pose problème. Au niveau de l'analyse qualitative nous n'avons pu réaliser que quelques dizaines d'entretiens dans 5 services uniquement, respectivement le service maternité, le service consultations externe, le service de CCVT, le service de radiologie et le service administration. En ce qui concerne les questionnaires à l'adresse des patients et du personnel interrogé en cette qualité, nous en avons administré respectivement 100 questionnaires, pour ne collecter que 47 et 50.

Les limites telles que déclinées ci-dessus, offrent autant de voies futures de recherche.

Tout d'abord, dans l'optique d'une validité externe renforcée, il serait envisageable d'étendre les observations à un plus grand nombre d'hôpitaux publics, de façon à saisir le poids des facteurs de contingence pour l'édification de leurs légitimités (intra-organisationnelle et extra-organisationnelle).

D'autre part, et afin de contourner la limite relative à la variabilité temporelle des répondants, dont la présence sur le terrain hospitalier pouvait intervenir à trois moments distincts : pré-réforme, au moment de la réforme et post-réforme, il serait opportun d'intégrer la variable temporelle et de catégoriser les acteurs en fonction de leur présence sur le terrain à travers une analyse en différentiel de rythme. Au-delà de son caractère subjectif, symbolique et évaluatif, la légitimité telle que mise en avant par Suchman (1995) est évolutive et dynamique, qu'il conviendrait de la soumettre à une analyse temporelle. Nous pourrions nous placer dans une visée prospective de la légitimité qui viendrait se marier à celle rétrospective actuelle de notre étude. Au même titre, la variabilité des univers professionnels et de service devrait être mise à profit pour s'imprégner du caractère pluriel de la légitimité, une construction humaine, intersubjective, individuelle et collective, personnelle et sociale.

A côté de ces perspectives de recherche découlant des limites présentées ci-dessus, ce travail doctoral présente d'autres opportunités prometteuses d'amélioration et d'approfondissement.

La révolution tunisienne intervenue lors de notre investigation empirique a provoqué un changement dans les attitudes des acteurs hospitaliers. Nous avons constaté que la réticence des répondants à laquelle nous avons été confrontés tout au long de la période pré-révolution s'est vite dissipée pour laisser place à une plus grande verbalisation. Toutefois, ce changement bien que perceptible est encore trop précoce pour renseigner sur les nouvelles trajectoires d'évolution de la légitimité des hôpitaux publics. Il serait pertinent de reprendre

l'investigation empirique dans ces deux EPS (et dans d'autres), sur une période plus élargie soit une dizaine d'années, de manière à caractériser les typologies de légitimité et les comparer avec celles présentées dans la thèse pour mieux en saisir leur évolution et proposer un modèle théorique puissant de compréhension générale ayant une valeur confirmatoire. Nous pourrions également envisager la réplique de ces études dans des secteurs publics autres qu'hospitalier, tels que l'enseignement supérieur (notamment la réforme LMD) ou bien encore les systèmes de protection sociale.

Une autre voie tout aussi prometteuse de la recherche (en lien avec la révolution) est la démocratie sanitaire. Il conviendrait d'interroger la possibilité d'activation de nouvelles modalités de participation des citoyens à la décision hospitalière publique. Dans le cadre de l'analyse de la légitimité extra-organisationnelle, nous avons considéré les patients comme dotés d'un savoir « *profane* » (Ghadi et Naiditch, 2006), leur donnant droit à une participation plus active dans les décisions de soins qui les concerne. Cette participation pourrait se voir consolider par le mouvement de démocratie sanitaire. Ceci tiendrait au caractère délicat du secteur de la santé dont la réforme et toute autre décision l'affectant devront être discutées à l'échelle de l'opinion publique à défaut de provoquer des réactions de contestations de grande ampleur (Gangloff, 2009). Pour marquer cette nouvelle place occupée par le citoyen dans le « *paysage* » des actions publiques, Comtesse (2010), propose de migrer du concept de « *New Public Management* », à celui de « *We Public Management* ». Cette nouvelle conception du management public, s'inscrit dans un cadre prospectif de la gestion des organisations publiques. Elle revisite la relation entre administration et administré et cherche à dépasser la figure de citoyen-client, en faveur d'une nouvelle figure de « *citoyen-partenaire* ».

Bibliographie

- Abderrazak K. (2004), « La question de la légitimité du secteur public », *Revue Sciences Humaines*, n°14, Décembre 2000, pp 27-32
- Abernethy M.A. et Stoelwinder J.U. (1995), “ The Role of Professional Control in the Management of Complex Organizations”, *Accounting Organizations and Society*, Vol. 20 N° 1, p.1-17.
- Abernethy M. A. et Chua,W. F. (1996), “ A field study of control systems ‘redesign’: the impact of institutional processes on strategic choice”, *Contemporary Accounting Research*, Vol.13, p.569–606.
- Abernethy, M.A. et Comerford S.E. (1999), “ Budgeting and the Management of Role Conflict in Hospitals”, *Behavioral Research in Accounting*, Vol.11, p.93-110.
- Abernethy M.A. et Lillis A.M. (2001), “Interdependencies in Organization Design: A Test in Hospitals”, *Journal of Management Accounting Research*, Vol. 13, p.107-129.
- Abernethy M. A. et Vagnoni E. (2004), “Power, organization design and managerial behavior”, *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 29, p. 207-225.
- Adler P. S. et Borys. B (1996), « Two types of bureaucracy: enabling and coercive », *Administrative Science Quarterly*, March, 41, p. 61-89.
- Albert. E, Bournois .F, Duval-Hamel.J, Rojot. J, Roussillon. S, Sainsaulieu. R (2003), *Pourquoi j’irais travailler ?*, Eyrolles.
- Albert. S et Whetten.D.A (1985), “ Organizational identity”, in L.L Cummings & B.M Staw (Eds), *Research in Organizational Behavior*, Vol 8, Greenwich, CT: JAI Press, 263-295.
- Alexander J.A. et D’Aunno T.A (1990), “ Transformation of Institutional Environments : Perspectives on the Corporatization of US Health Care”, in *Innovations in Health Care Delivery : Insights for Organization Theory*, sous la direction de S.S. Mick et coll. San Francisco, Jossey-Bass Pub., p. 53-85
- Aldrich H. E. et Fiol C. M. (1994), « Fools Rush In? The Institutional Context of Industry Creation », *Academy of Management Review*, Vol 19, N°4, p. 645-670.
- Alford, J. (2002). " Defining the Client in the Public Sector: A Social-Exchange Perspective." *Public Administration Review*, Vol 62, N°3, p.337-346.
- Amadio N. (2009), « Le travail social de secteur à l’épreuve des logiques managériales », Journées Internationales de Sociologie du Travail (JIST) 2009, Nancy 25 et 26 Juin 2009.
- Amar A. et Berthier L. «Le Nouveau Management Public : Avantages et Limites », RECEMEP.
- Anastassopoulos J.-P., Blanc G., Nioche J.-P. et Ramanantsoa B. (1985), *Pour une nouvelle politique d’entreprise*, Presses Universitaires de France, 1985, p.217

Anderson J. C. et Gerbing D.W. (1988), “ Structural equation modeling in practice: a review and recommended two-step approach”, *Psychological Bulletin*, Vol.103, N°33, p.411-423.

Angerer D.J et Hammerschmid G. (2005), « Public private partnership between euphoria and disillusionment. Recent experiences from Austria and implications for countries in transformation”, *Romanian journal of political science*, Vol.5, N°1.

Apker, J. et Eggly, S. (2004), “ Communicating Professional Identity in Medical Socialization: Considering the Ideological Discourse of Morning Report”, *Qualitative Health Research*, Vol.14 N°3, p.411-429.

Aranya N. et Ferris K.R. (1984), “A Re-examination of Accounting Organizational–Professional Conflict”, *The Accounting Review*, Vol.59 N°1, p.1-15.

Ashforth, B.E., Gibbs, B.W., (1990), “ The double-edge of organizational legitimation”, *Organization science*, Vol.1, N°2, p.177-194.

Aucoin, P. (1990) “Administrative Reform in Public Management: Paradigms, Principles, Paradoxes and Pendulums” *Governance: An International Journal of Policy and Administration*, Vol.3, N°2, p.115-137, April.

Aucoin, P. (1997). « Design of the Public Organizations for the 21st Century: Why Bureaucracy will Survive in Public Management », *Administration publique du Canada*, Vol. 40, N° 2, p. 290-306.

Aucoin, P. (2008). « New Public Management and New Public Governance: Finding the Balance », in D. Siegel et K. Rasmussen (dir.), *Professionalism & Public Service. Essays in Honour of Kenneth Kernaghan*, Toronto, Institut d'administration publique du Canada, p. 16-33.

Babeau O et Chanlat J.F (2007), « La transgression : une dimension oubliée de l'organisation. Les pratiques transgressives comme médiatrices des contradictions organisationnelles », XVIème conférence internationale de management stratégique, Montréal 6 - 9 juin 2007.

Baillargeon. G et Ouellet. F (1999), *Traitement des données avec SPSS pour Windows*, Trois-Rivières.

Baillargeon. J (2003), « *L'analyse en composantes principales* », 22 Janvier 2003, <http://www.uqtr.quebec.ca/cours/srp-6020/documents/acp.pdf>

Baillargeon. J (2003), « *L'analyse factorielle exploratoire* », 22 Janvier 2003, <http://www.uqtr.quebec.ca/cours/srp-6020/documents/afe.pdf>

Baillargeon. J (2003), « *L'analyse typologique* », 25 Mars, 2003, www.uqtr.quebec.ca/cours/srp-6020/documents/typologique.pdf

Ball, S.J. (1998), “ Big Policies/Small World: an introduction to international perspectives in education policy”, *Comparative Education*, Vol. 34, N°2, p. 119-130.

Bardin L. (1977), *L'analyse de contenu*, Presses Universitaires de France, 1977, Le psychologue, Quadriges, 2009 Septembre

- Bardhan, P. (2001). "Distribute conflicts, collective action, and institutional economics" *In* Meier & Stiglitz (Eds.), *Frontiers of development economics: the future in perspective* (pp. 269-301). Washington, New York: World Bank, Oxford University Press.
- Barley S.R. et Tolbert P.S. (1991), "At the intersection of organizations and occupations", *Research in sociology of organization*, p.1-16.
- Bartoli A. et Trouiller G., « Le management dans le secteur public », Document de recherche, CERIM, n°9223, Septembre 1993.
- Bartoli A. (1997), *Le management dans les organisations publiques*, Dunod, Paris.
- Batifoulier P, Domin J.P et Gadreau M (2006), « La crise de l'assurance maladie est-elle imputable à l'orientation marchande de l'Etat social ? », Colloque international Etat et régulation sociale, comment penser la cohérence de l'intervention publique ?, 11,12 et 13 Septembre 2006, Paris.
- Bazzoli. L et Dutraive. V (1998), « Une conception institutionnaliste de l'organisation comme institution. Eléments sur l'apport de J.R Commons », Communication aux journées d'étude sur « Institutions et Organisations », Amiens, le 13 Mai 1998
- Bazzoli. L et Dutraive.V (2002), « L'entreprise comme organisation et comme institution, un regard à partir de l'institutionnalisme de J.R Commons », *Economie et Institution*, n°1, 2^{ème} semestre 2002
- Beaulieu. S, Roy. M, et Pasquero. J (2 002), "Linking the management of legitimacy and the learning process : evidence from a case study", Third European Conference on Organizational Knowledge, Learning and Capabilities, 5-6 avril 2002, Athènes.
- Beitone A (2009), « L'analyse sociologique de l'individualisme », Dossier documentaire, <http://www.eloge-des-ses.fr/dossier-doc/individualisme-2009.pdf>
- Bélangier P. R. (1988), « Santé et services sociaux au Québec: un système en otage ou en crise? De l'analyse stratégique aux modes de régulation », *Revue internationale d'action communautaire*, 20(60): 145–56.
- Bellina S. (2009), « La légitimité dans tous ses états : réalités, pluralisme et enracinement des pouvoirs », *Chroniques de la gouvernance*, 2009-2010.
- Benda-Beckmann, F. V., 2001, " Legal Pluralism and Social Justice in Economic and Political Development", *IDS Bulletin*, Vol 32, N°1, p.46-56.
- Bendell, T., L. Boulter, et al. (1994). *Implementing Quality in the Public Sector*. Londres, Pitman Publishing.
- Ben Hassine. A, Zeribi.O et Baouab. S (2012), « Un profil tiraillé entre des compétences bureaucratiques versus managériales pour les gestionnaires publics tunisiens », *Management international*, Vol 16, N°3, p.51-63.
- Ben Slimane. K (2007), « Les stratégies discursives de légitimation du changement institutionnel : le cas du MPEG4 dans la télévision numérique de terre en France », *LEM, Lille, Economie et Management*, 2007-16
- Berger.P et Luckmann. T (1967), *The social construction of reality*, New York : Doubleday.

- Bernard. B (2007), « L'adaptation locale d'une politique nationale : bureaucratie et post-bureaucratie en contraste », *Politiques et management public*, Vol. 25 N° 2, 2007. p. 65-83.
- Bernier L. et Hafsi T (2002), « Innovation et Entrepreneurship dans le secteur public au Canada », Workshop on public sector innovation, Université d'Ottawa, 9-10 février 2002.
- Besson.P, Escoffier.B, Lorino.P, Pesqueux.Y et Bouquin.H (1998), « Contrôle de gestion et responsabilité : le contrôle rend-il irresponsable ? », *Entreprise et Histoire*, N°20, 1998, p.117-127.
- Bessy C. et Favereau O. (2003), « Institutions et économie des conventions », *Cahiers d'économie politique* 2003/1 n°44, p 119-164.
- Beyllier R.P, Messeghem K et Sammut S (2007), « Recherche de légitimité et poursuite d'opportunités : proposition d'une typologie des créateurs », 9^{ème} CIFEPME, web.hec.ca/airepme/images/File/2008/C39.pdf
- Binst M. (1994), « Vertus et limites de l'analyse stratégique pour l'intervention à l'hôpital », in F. Pavé (ed.) *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, p. 369-72. Paris: Éditions du Seuil.
- Blashfield, R.K., et Aldenderfer, M.S. (1988), The methods and problems of cluster analysis. Dans J.R. Nesselroad (Éd.), *Handbook of multivariate experimental psychology*, 2nd ed. (447-473). New York : Plenum.
- Bô D. (1998), « Des Quanti plus Quali », *Revue française du Marketing*.
- Boddewyn, J.J. (1995). The legitimacy of international-business political behavior, *The International Trade Journal*, Vol.IX, N°1, p.143-161.
- Boiral, O. (2006), « La certification ISO 14001 : une perspective néo-institutionnelle », *Management International*, Vol. 10, N°3, p. 67-79.
- Bolgiani, I. (2002). L'application des nouvelles méthodes de gestion publique dans les secteurs sanitaire et hospitalier: risques et opportunités. Muri, Société suisse pour la politique de la santé (SSPS).
- Bonoli. G et Palier. B (1999), « Phénomènes de Path Dependence et réformes des systèmes de protection sociale », *Revue Française de science politique*, Année 1999, Vol 49, N°3, p.399-420.
- Bordogna L (2008), «Moral hazard, transaction costs and the reform of public service employment relations», paper N°19, Social dialogue, Labour law and labour administration branch, International Labour Office, Geneva, June 2008.
- Boudon R. (1986), *L'idéologie ou l'origine des idées reçues*, Fayard, Paris.
- Bouckaert. G (2003), « La réforme de la gestion publique change-t-elle les systèmes administratifs ? », Ecole Nationale d'Administration, *Revue française d'administration publique*, 2003/1-2- N° 105-106, p. 39-45.
- Bougon, M.G et Komocar, J.M., (1994), « Les cartes cognitives composites - Théorie holistique et dynamique des organisations et du processus d'organisation », in *Cartes cognitives et organisations*, coord. par P. Cossette, Les Presses de l'Université Laval, Québec, et Editions Eska, Paris, p.37-56.

Bonetti, M., Descendre, D., Gaulejac (de), V., et Pages, M. (1998). *L'emprise de l'organisation*. Paris: Desclée de Brouwer.

Bouletereau.A, Chouanière.D, Wild.P et Fontana. J.M (1999), « Concevoir, traduire et valider un questionnaire. A propos d'un exemple EUROQUEST », Service d'épidémiologie INRS, Mai, 1999.

Bourgeon L et Demil B. (1999), « Slack organisationnel et innovation : application au secteur hospitalier public », AIMS, 26,27 et 28 Mai 1999.

Bourret C. (2007), « Partager l'information pour dépasser les frontières institutionnelles et professionnelles ou le défi des réseaux de santé dans le système de santé français », 35 th Annual Conference Information Sharing in a Fragmented World. Crossing Boundaries, ACSI (Association Canadienne des Sciences de l'Information), Université Mc Gill, Montréal, 10-12 mai 2007.

Bouteiller C, Crombez C et Verbecq A (2004), « Les relations de pouvoir dans les organisations », droit.univ-lille2.fr/enseignants/villalba/.../dossier1_2003_MDRH.pdf

Boyd J. (2000), “ Actional legitimation: No crisis necessary”, *Journal of Public Relations Research*, Vol.12, N°4, p. 341-353.

Boyer.R (2004), « A quelles conditions les réformes institutionnelles réussissent-elles ? », Contribution au contrat finalisé Commissariat Général du Plan- CEPREMAP 2003-2004, <http://www.cepremap.ens.fr/-boyer/>

Botazzi. P (2005), « Les ordres institutionnels au cœur de la gouvernance locale : vers une méthode d'analyse des mécanismes de l'action collective en contexte de développement », Working Paper, NCCR NS-IP8 (WP1,IUED), <http://www.nccr-north-south.unibe.ch/document/document.asp?ID=3997&refTitle=the%20NCCR%20NorthSouth&Context=NCCR>

Brasseur M et Buisson M-L. (2008), « La transférabilité des pratiques de gestion ; une approche par le concept de légitimité », Congrès AGRH, Dakar, Sénégal, 2008, halshs-00384421, version 1 <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00384421>

Brechet J-P (1998), « Quel diagnostic pour une grande organisation complexe comme l'université ? », Colloque « Total Quality Management for University », Toulon, CRGNA, Rubrique Travaux disponibles, Les cahiers de recherche <http://www.iae.univ-nantes.fr/recherch/travaux/cahiers98/jpbrechet.html>

Brémond M (1993), « Peut-on faire naître l'hôpital organisation à coup d'instrument de gestion : le cas du PMSI ? », *Informatique et santé*, Vol 6, pp 23-34.

Brousselle A et Champagne F (2004), « L'analyse stratégique, modèle d'analyse ou démarche théorique pour l'évaluation de l'implantation ? », www.sqep.ca/archives/

Broadbent J., Jacobs K, Laughlin R (2001), “Organizational Resistance strategies to Unwanted Accounting and Finance Changes. The case of General Medical Practice in the UK, Accounting”, *Auditing and Accountability Journal* Vol. 14 N° 5, pp 565-586.

- Broadbent J. et Laughlin R. (1998), "Resisting the "New Public Management": Absorption and Absorbing Groups in Schools and GP Practices in the UK", *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, Vol. 11, N° 4, pp 403-435.
- Brown A. (1997). "Narcissism, Identity, and Legitimacy", *Academy of Management Review*, Vol 22, N°3, p. 643-686.
- Brunsson N. (1989), *The organization of hypocrisy-talk, decisions and actions in organizations*, John Wiley and sons, New-York.
- Bucher R. et Stelling J. (1969), « Characteristics of professional organizations», *Journal of Health and Sociological Behavior*, Vol. 10, N° 1, p. 3-15.
- Buffat.A (2007), "Analyser les réformes institutionnelles sur le terrain : l'exemple de la réforme de l'armée suisse « Armée XXI » », *Swiss Political Science Review*, Vol 13, N°2, p.261-289.
- Buisson M.L et Hernandez, S (2004) « Entreprises de service public : vers une légitimité renouvelée ? », *Economie et Humanisme*, numéro 370, Octobre 2004.
- Buisson M.-L. (2005), « La gestion de la légitimité organisationnelle : un outil pour faire face à la complexification de l'environnement? », *Revue Management & Avenir*, 6 (octobre), pp. 147-164.
- Buisson M.L (2005), « Réconcilier l'économique et le social : une approche par le concept de légitimité », 16^{ème} conférence de l'AGRH, Paris Dauphine, 15 et 16 Septembre 2005
- Buisson M.L (2007), « Diffusion des logiques managériales et transférabilité des outils de GRH. De la légitimité intra-organisationnelle de la rémunération des performances dans le secteur public français », *Revue de gestion des ressources humaines*, N°66.
- Buisson M.L (2009), « La légitimité intra organisationnelle des pratiques de gestion : le cas de l'introduction de la rémunération au mérite dans les organisations de service public », *Revue internationale de gestion*, Vol 34, N°3, p.38-46.
- Burellier F et Valette A. (2009), « Garder ou tomber la blouse : le rôle pour analyser le changement », 20^{ème} Congrès de l'AGRH, Toulouse, 2009.
- Busson-Villa F. (1999), « L'émergence d'une logique évaluative dans la gestion publique : le cas des organisations communales », *Finance, Contrôle, Stratégie*, Volume 2, N°1, mars 1999, pp 5-25
- Butler A.G. (1973), Project Management : A Study in Organisational Conflict, *The Academy of Management Journal*, Vol.16, N°1, March 1973, p.84-101.
- Butler M.J.R. (2003) "Managing from the Inside Out: Drawing on 'Receptivity' to Explain Variation in Strategy Implementation" *British Journal of Management*, Vol.14, N°47, p.60.
- Campbell J.L (2004), *Institutional change and globalization*, Princeton and Oxford, Princeton University Press.
- Carricano M., Poujol.F, et Bertrandis.L (2010), *Analyse de données avec SPSS*, Collection Synthex, Pearson Education France, 2^{ème} Edition.

Carpentier, F-G (2005), « *Introduction aux analyses multidimensionnelles* », geai.univ-brest.fr/~carpenti/2004-2005/PSRS83B-revision.pdf

Chandon. J-L et Pinson.S (1980), *Analyse typologique*, Masson (1980).

Chanlat. J-F (1998), *Sciences sociales et management, Plaidoyer pour une anthropologie générale*. Les presses de l'Université Laval. Edition Eska.

Champagne F, Denis, J.L et Bilodeau, H (1998), « Les intérêts médicaux et hospitaliers : la réconciliation sera elle possible ? », *Ruptures, Revue transdisciplinaire en santé*, Vol.5, N°1, 1998, p.53-61.

Charbonneau M. (2012). « Nouveau management public », dans L. Côté et J.-F. Savard (dir.), *Le Dictionnaire encyclopédique de l'administration publique*, (en ligne), www.dictionnaire.enap.ca

Chavance. B (2001), « Organisations, institutions, système : types et niveaux de règles », *Revue d'économie industrielle*, Année 2001, volume 97, n°1, pp 85-102.

Chelimsky, E. (1994), Remarques sur l'évaluation de programmes, in F. Pavé (ed.) *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*. Paris: Éditions du Seuil.

Chevallier F (1996), « Recherches qualitatives et longitudinales : les relations entre sociologie et histoire », Cahier de recherche n° 96-11-09, Novembre 1996, Colloque international recherche qualitative et gestion, Ecole des Hautes Etudes Commerciales, Montréal, le 26 Octobre 1996.

Chtioui. T (2010), « Vers une typologie des modes de contrôle de gestion fondées sur la communication », Manuscrit auteur, publié dans " La comptabilité, le contrôle et l'audit entre changement et stabilité », France 2008, halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/52/24/92/PDF/p201.pdf

Churchill G.A. (1979), "A paradigm for developing better measures of marketing constructs", *Journal of Marketing Research*, XVI, February, 64-73.

Clarke, J. (2004). Consumers, Clients or Citizens? Politics, Policy and Practice in the reform of Social Care, Symposium on Consumerism and Social Care, Copenhagen.

Clarkson M. B. (1995). "A Stakeholder Framework for Analyzing and Evaluating Corporate Social Performance", *Academy of Management Review*, vol 20 n°1, pp. 92-117.

Commons J.R. (1924), *Legal Foundations of Capitalism*, MacMillan, réédition Transactions Publishers, 1996.

Commons J.R. (1931), "Institutional Economics", *American Economic Review*.

Commons J.R. (1934), *Institutional Economics. Its Place in Political Economy*, MacMillan, réédition Transactions Publishers, 1990.

Commons J.R. (1950)], *The Economics of Collective Action*, The University of Wisconsin Press.

Commons J.R. (1899, 1900), *A Sociological View of Sovereignty*, Reprints of economic classics, Augustus M.Kelley, 1905.

Commons. J.R. (1990), *Institutional Economics. Its Place in Political Economy*, Transactions Publishers, New Brunswick.

Comtesse X. (2010), « Le « new public management » est mort ! Quels sont les nouveaux paradigmes du management public ? », *Affaires publiques*, 02/2010.

Contandriopoulos, A.P et Trottier, L.H (1998), « L'hôpital dans le système de soins de demain » Ruptures, *Revue transdisciplinaire en Santé*, vol 5, n°1,1998, pp 106-120

Copur, H. (1990), "Academic Professionals: A Study of Conflict and Satisfaction in Professoriate", *Human Relations*, pp 113-127.

Coris M, Fringant V. et Lung Y. (2009), « Changements organisationnels et diversité des formes institutionnelles », *Cahiers du GREThA*, n°2009-23.

Cornish.R (2007), « Cluster analysis », *Mathematics Learning Support Center*, www.mlsc.lboro.ac.uk

Crozier M et Friedberg E. (1977), *L'acteur et le système*, Seuil, Paris.

Cueille. S (2007), Quelle forme organisationnelle pour la réalisation d'une activité de service public ? Réflexion sur les transformations organisationnelles de l'hôpital public In: *Politiques et management public*, vol. 25 n° 4, 2007. Public : nouvelles figures ? Nouvelles frontières ? Actes du seizième Colloque international Florence, 15 et 16 mars 2007 organisé en collaboration avec l'Université Paris X (Laboratoires CEROS et CRDP) - Tome 2. pp. 63-80.

Dambrin C, Lambert C et Sponem S (2005), « Contrôle et changement : une perspective néo-institutionnelle », 26ème Congrès de l'Association Francophone de Comptabilité, Lille : France (2005).

Darbon. D (1993) « À qui profite le mime ? », dans *Les politiques du mimétisme institutionnel : la greffe et le rejet*, p. 113-133, sous la direction d'Yves Mény, L'Harmattan, collection « Logiques politiques », Paris, 1993.

Darbon. D (1995) « Une transaction démocratique : le miracle de la refondation », *Les Temps modernes*, no 585, 1995, p. 294-313.

Darbon. D (2007), « Réformer un inexistant désiré ou supprimer un inopportun incontournable ? Le service public confronté à l'état et aux sociétés projetées en Afrique », <http://www.cean.sciencespobordeaux.fr/APUservicepublictelescope2007final.pdf>

Davies. A., Kirkpatrick. I (1995) : "Performance indicators, bureaucratie control and the decline of professional autonomy" in MARTINEZ LUCIO M., KIRKPATRICK I. (eds) *The Politics of Quality in the Public Sector*, London, Routledge, pp. 85-107.

De Closets, F. (1994), La réforme modeste, in F. Pavé (ed.) *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*. Paris: Éditions du Seuil.

Deephouse D.L., "Does Isomorphism Legitimate ?", *Academy of Management Journal*, Vol. 39, n°4, pp 1024-1039.

De Gaulejac. V et Taboada Leonetti, I. (Eds.), 1994, *La Lutte des places*, Desclée de Brouwer, Paris.

Dejours, C. (1987). *Plaisir et souffrance dans le travail*: Editions de l'AOCIP.

Dejours. C (1993). *Travail et usure mentale. Essai de psychopathologie du travail*. Paris: Bayard.

De Leon. L et Denhardt. R.P (2000), "The Political Theory of Reinvention", *Public Administration Review* 2000, vol 60, n°2.

Denhardt, R.B.; Denhardt, V. J (2000), "The New Public Service: Serving Rather than Steering", *Public Administration Review* 2000, November.

Denhardt, J.V.; R.B. Denhardt, R.B (2002), *The New Public Service: serving, not steering*; M.E. Sharpe: Armonk, NY, 2002.

Dent M. (2003), *Managing Doctors and Saving a Hospital : Irony, Rhetorique and Actors Networks*, *Organization*, février 2003, Vol.10 N°1, p.107-127.

De Pourville, G. (1994), *Le sociologue, l'ingénieur et l'hôpital*, in F. Pavé (ed.) *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, pp. 357-61. Paris: Éditions du Seuil.

Desbois, D (1998) « Une introduction à l'analyse en composantes principales avec SPSS pour Windows », la revue MODULAD, N°20, Janvier 1998.

De Kersvadoué J. (2003), *La Crise des Professions de santé*, Editions Dunod, Paris.

De Kersvadoué J. (2004), *L'hôpital Vu du Lit*, Seuil, Paris.

De Kersvadoué J. (2004), *L'hôpital*, 1^{ère} Edition, 2004, Mai, Presses Universitaires de France

Delpuech T. (2008), « L'analyse des transferts internationaux de politiques publiques : un état de l'art », *Questions de recherche/ Research in question- N°27- Décembre 2008*, Centre d'étude et de recherche internationale Sciences Po.

Demers C. (2003), « L'entretien » in Giordano Y. (Coord.), *Conduire un projet de recherche : une perspective qualitative*, les essentiels de la gestion, collection dirigée par G.Charreaux, P.Joffre, et G.Koenig, EMS, Management et Société, Paris, p. 173-209.

Denis.J.L, Lamothe L., Langley. A. et Valette. A. (1999), *The struggle to redefine boundaries in health care systems*, dans D. Brock, M. Powell, C.R. Hinings (éds) *Restructuring the professional organization : accounting, health care and law*. Routledge

Denis J.-L., Hébert. Y, Langley. A, Trottier L.-H et Lozeau. D (2002), "Explaining Diffusion Patterns for Complex Health Care Innovations", *Health Care Management Review*, Vol. 27, N°3, p. 60-73

- Denis J.L, Langley. A., Rouleau. L. (2007), Strategizing in pluralistic contexts : Rethinking theoretical frames, *Human Relations*, Vol. 60:179-215
- Denis, J.-L., Langley, A., Cazale, L. (1996), "Leadership and strategic change under ambiguity", *Organization Studies*, vol. 17, n° 4, pp. 673-699.
- Denzau, A. et North, D. (1994), Shared Mental Models: Ideologies and Institutions, *Kyklos*, 47, 3-30.
- De Pourville, G et Tedesco, J (2003) « La contractualisation interne dans les établissements hospitaliers publics », *Lavoisier, revue française de gestion*, 2003/5, n°146, p 205-218.
- Dent M. (2003), "Managing Doctors and Saving a Hospital : Irony, Rhetorique and Actors Networks", *Organization*, février 2003, Vol.10 N°1, pp.107-127.
- Desage F (2006), « Faut-il que « rien ne change » pour que les institutions intercommunales changent ? » Journées d'étude de Grenoble : « Les politiques publiques à l'épreuve de l'action territoriale », 15 et 16 juin 2006.
- Dereumaux. A. (1993), *Stratégie*, Précis Dalloz, 447 p.
- Divay.S et Gadea, C (2008), « Les cadres de santé face à la logique managériale » Halshs 00269036, version 1, Avril 2008.
- Derbert R et Schwartz W.A., (1991), New mandarins or new proletariat? Professional power at work, *Research in sociology of organization*, p.71-96.
- Di Maggio P.J et Powell W.W. (1983), « The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields », *American Sociological Review*, Vol.48, p. 147-160.
- Draelants.H et Maroy.C (2007), « Changement institutionnel et politique publique », *Revue de la littérature (partie 2), Knowledge and Policy in education and health sectors*, Juin 2007.
- Draelants H (2007), « Identités organisationnelles et établissements scolaires. Pertinence et conditions d'un transfert conceptuel », *Revue Communication et Organisation*, n°30, pp 188-213.
- Dodier. N (1995), *Les Hommes et les machines, la conscience collective dans les sociétés technicisées*, Paris, Métailié.
- Dodier N. (2003), *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, Éditions de l'EHESS.
- Domin J.P (2004), « La nouvelle gouvernance sauvera-t-elle les hôpitaux publics ? », *Mouvement*, 2004/2, n°32, pp 55-59.
- Domin. J.P (2005), « La nouvelle gouvernance hospitalière : fondements théoriques et applications », *Communication au Colloque de l'économie politique de la gouvernance*, CEMF, Université de Bourgogne.
- Domin J.P (2008), « L'Etat et le marché au chevet de l'hôpital public », *Revue Savoir et Agir* N°5.

- Douglas M. (1999), *Comment pensent les institutions ?*, Paris, La Découverte/M.A.U.S.S.
- Dowling J. et Pfeffer J. (1975), "Organizational legitimacy: Social values and organizational behavior", *Pacific Sociological Review*, 18, pp 122-136.
- Drevetton, B (2002), « La confrontation des représentations des acteurs comme facteur de structuration de l'action publique. Le cas de l'agence de l'environnement de la maîtrise de l'énergie. » Colloque de l'action publique au travail, Paris, les 30 et 31 Octobre, 2002
- Drevetton B. (2008), « Le rôle des représentations sociales au cours du processus de construction d'un outil de contrôle de gestion » *Comptabilité, Contrôle, Audit* (2008), pp 125-153
- Dubar, C (1992), « Formes identitaires et socialisation professionnelle », *Revue française de sociologie*, 1992, 33-4.
- Dubar C. (2000), *La socialisation: construction des identités sociales et professionnelles*, Armand Colin, 4^{ème} édition, Collection U Sociologie, Paris.
- Dubar C. et Tripiet P. (2005), *Sociologie des professions*, Armand Colin, 2^{ème} édition, Collection U sociologie, Paris.
- Dubet F. (2002), *Le déclin de l'institution*, Seuil, collection « L'épreuve des faits », Paris.
- Dubois, C.A (2003) « Renouveau managérial dans le contexte des réformes des services de santé : mirage ou réalité ? » *Sciences Sociales et Santé*, vol 21, n°4, décembre 2003.
- Dufourt D. (1993), "La problématique institutionnaliste de l'accumulation technologique endogène", in Abdelmalki L. (ed), *Technologie et développement humain. Les enjeux de la maîtrise sociale de la technologie*, L'interdisciplinaire.
- Dufourt D. (1995), "Arrangements institutionnels et explications du processus de changement : les enjeux d'une réflexion renouvelée sur les institutions", in Baslé M. et al. (eds), *Changement institutionnel et changement technique*, Presses du CNRS.
- Dunham, N.C, Kindig, D.A, and Schultz,R. 1994. The value of the Physician Executive Role to Organizational Effectiveness and Performance, *Journal of Applied Psychology*, vol. 81, p. 358- 368.
- Dupuy, F (1998), *Le client et le bureaucrate*; Paris, Dunod (1998)
- Eisenhardt, K.M. et Bourgeois, L.J. (1988). « Politics of Strategic Decision Making in High-Velocity Environments : Toward a Midrange Theory », *Academy of Management Journal*, vol. 31, no. 4, p. 737-770.
- Emery.Y (2005), « Réformes et légitimité du secteur public », Journée de droit administratif Faculté de droit, Université de Genève le 22 Février 2005. Unité « management public et gestion des ressources humaines » Institut de Hautes Etudes en Administration Publique, IDHEAP, Lausanne

Emery Y. (2005), « La gestion par les résultats dans les organisations publiques : de l'idée au défi de la réalisation », *Télescope, Revue d'analyse comparée en administration publique*, Vol. 12, N° 3 automne 2005, p. 1-11.

Emery Y et Giauque D. (2005), « Emploi dans les secteurs public et privé : vers un processus confus d'hybridation », *Revue internationale des sciences administratives*, 2005/4- vol 71, pp 681-699.

Emery Y. (2009), « Apports essentiels du management de la qualité au renouveau du modèle bureaucratique », *La revue de l'innovation dans le secteur public*, vol 14 (3), 2009, article 2

El-Saharty, Sameh et al (2006). "Etude du secteur de la santé en Tunisie" Département du développement humain, région Moyen-Orient et Afrique du Nord. La Banque mondiale, Washington, DC, Mai 2006.

Elsbach, K.D., (1994), "Managing organizational legitimacy in the California cattle industry: the construction and effectiveness of verbal accounts", *Administrative Science Quarterly*, Vol.39, p.57-88.

Elsbach, K. D., Sutton R. I. (1992), "Acquiring organizational legitimacy through illegitimate actions : A marriage of institutional and impression management theories". *Academy of management Journal*, Vol. N°35, p.699-738.

Everitt, B.S., Landau, S. and Leese, M. (2001), *Cluster Analysis*, Fourth edition, Arnold.

Evrard Y., Pras B. et Roux E. (2003), *Market. Etudes et recherches en marketing*, Dunod.

Exworthy M., Halford S. (1999), *Professionals and Managers in a Changing Public Sector : Conflict, Compromise and Collaboration?*, in *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector*, Open University Press, Buckingham et Philadelphie.

Falcoz, C et Bécuwe, A (2007), « Le management dans les organisations publiques : Mode ou nécessité ? Le cas d'un organisme d'action sociale », 18 ème congrès de l'AGR18-22 Septembre 2007 Fribourg.

Farell. C et Morris. J (2003) : "The "Neo-Bureaucratic" State: Professionals, Managers and Professional Managers in Schools, General Practices and Social Work", *Organization*, 10, 1, pp. 129-156.

Favoreu.C (2001), « Légimité, contenu et nature du management stratégique public : le cas des démarches stratégiques urbaines », Xième conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique, 13-14-15 juin 2001.

Federowickz. M (2000), «Anticipated institutions: the power of path-finding expectations», in M. Dobry (ed.), *Democratic and Capitalist Transitions in Eastern Europe*, London, Kluwer, pp. 91-106.

Ferge, S. 2001. «Welfare and ' ill-fare ' systems in Central-Eastern Europe » , dans R. S. SYKES, B. PALIER et P. PRIOR, dir. *Globalization and European Welfare States : Challenges and Changes*. Londres, Palgrave.

Ferlie, E., L. Ashburner, et al., Eds. (1996). *The New Public Management in Action*, Oxford, Oxford University Press.

Finger. M et Ruchat. B. (1997). «Le New Public Management : Etat, administration et politique» in *Pour une nouvelle approche du management public - réflexions autour de Michel Crozier*. M. Finger, M. & Ruchat, B. (Eds) (1997). Seli Arslan.

Flynn R. (1999), *Managerialism, Professionalism and Quasi Markets*, in *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector*, Open University Press, Buckingham et Philadelphie.

Fortier.I (2003), « Du scepticisme au cynisme, paradoxes des réformes administratives », *Choix, Gestion de l'Etat*, vol 9, n°6 aout 2003, www.irpp.org.

Fraisse, S, Robelet M et Vinot D (2003), « La qualité à l'hôpital : entre incantations managériales et traductions professionnelles », *Revue française de gestion* 2003/5 n°146, pp 155-166.

Fray. A.M et Picouneau. S (2009), "L'identité professionnelle: une qualité au travail à prendre en compte », 27^{ème} Université d'été de l'Audit social-27 et 28 Aout 2009-Saint-Etienne, pp110-121.

Freeman. R (1984), *Strategic management: a stakeholder approach*, Marshall, M.A. Pitman, Boston.

Friedberg, E (1993), *Le pouvoir et la règle*, Paris: Seuil.

Friedson E. (1984), *La Profession Médicale*, Editions Payot, Paris.

Friedson E. (1994), *Professionalism reborn: Theory, Prophecy, and Policy*, University Chicago Press, Chicago.

Friedland, R. & Alford, R. R. (1991), "Bringing Society Back In: Symbols, Practices and Institutional Contradictions", In W. W. Powell & P. J. DiMaggio (Eds.), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, Chicago, The University of Chicago Press, p. 232-263.

Fryer, K. J., J. Antony, et al. "Critical Success Factors of continuous Improvement in the Public Sector: A literature review and some key findings"; *The TQM Magazine* (2007); 19 (5) : 497-517

Funck-Brentano, J.-L. (1994), L'analyse stratégique dans les activités de santé, in F. Pavé (ed.) *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, pp. 345–9. Paris: Éditions du Seuil.

Gabriel P., Cadiou C. (2005), « Responsabilité sociale et environnementale : les modes de gouvernance face aux crises de légitimité des entreprises », in DUPUIS J.-C., LE BAS C., *Le management responsable, Vers un nouveau comportement des entreprises ?*, Economica, Paris, p. 41-62.

Gabriel P., 2006, « Le système de légitimité de l'entreprise responsable: délimitations et dynamique, XV^e Conférence internationale de management stratégique », AIMS, 14-16 juin, Université de Savoie, Annecy-le-Vieux, 28 p.

- Gagnon. S (2009), « Gérer le changement au sein d'une main d'œuvre professionnelle : le cas d'un centre hospitalier », *Gestion*, volume 34, n°1, Printemps, 2009.
- Gangloff F. (2009), « Le nouveau management public et la bureaucratie professionnelle », 30^{ème} Congrès de l'AFC, 27-29 mai 2009, Strasbourg, France.
- Garaudel P., Noel F et Schmid. G (2008), « Instituer de nouvelles règles de gestion des restructurations : le fonctionnement d'un réseau d'entrepreneurs institutionnels », Association Francophone de Gestion des Ressources Humaines (AGRH), Dakar Sénégal, 09 -12 Novembre
- Gastaldi, L., Gilbert, P. (2007), « Vers un modèle d'analyse des instruments de gestion des ressources humaines. Le cas de la double échelle scientifique et managériale », Actes du congrès de l'AGRH, Reims.
- Gazibo M (2002), « Le néo-institutionnalisme dans l'analyse comparée des processus de démocratisation », *Politique et Sociétés*, vol 21, n°3, 2002, p 139-160.
- George. D et Mallery. P (1999), *SPSS for Windows Step by Step*, Boston, Allyn and Bacon.
- Georgescu I (2008), « Etude sur les effets de la technologie informationnelle dans le secteur hospitalier », Management des technologies organisationnelles, Collection Economie et Gestion, Presse des Mines 2009, p 327-341.
- Gerbing D.W. et Anderson J.C. (1988), "An update paradigm for scale development incorporating unidimensionality and its assessment", *Journal of Marketing Research*, XXV, May, 186-192.
- Gerbing D.W. et Hamilton J.G. (1996), The viability of exploratory factor analysis as a precursor to confirmatory factor analysis, *Structural Equation Modeling*, 3, 1, 62-72.
- Ghadi, V et Naiditch, M (2006), « Comment construire la légitimité de la participation des usagers à des problématiques de santé ? » *Santé publique*, 2006, vol 18, n°2, pp 171-186
- Giauque D. (2003), « Nouvelle gestion publique et régulation organisationnelle. La bureaucratie libérale », *Revue internationale des sciences administratives*, vol 69, n°4, pp 663-692.
- Giauque D. et Gaillard T. (2006), « Partenariats entre secteurs public, privé et associatif : une affaire de valeurs et d'adhésion », *Revue économique et sociale*, n°2, Juin 2006.
- Gibert P., (2004), « Les formes du management, le management public », Cahiers français N° 321
- Gilbert, P. (1998), *L'instrumentation de gestion*, Paris, Economica.
- Gioia. D.A et Chittipeddi.K (1991), « Sensemaking and sensegiving in strategic change initiation", *Strategic Management Journal*, Vol 12, pp. 433-448.
- Giordano Y (2003), *Conduire un projet de recherche Une perspective qualitative*, Edition ems, 2003 Management et Société. Les essentiels de la gestion Collection dirigée par G.Charreaux, P.Joffre et G.Koenig

- Giroux N. (2001), « La gestion discursive des paradoxes de l'identité », Xième conférence de l'Association Internationale de management stratégique, 13, 14, 15 Juin 2001
- Giroux N. (2003), « L'étude de cas », in Giordano Y (Coord.), *Conduire un projet de recherche : une perspective qualitative*, les essentiels de la gestion, collection dirigée par G.Charreaux, P.Joffre, et G.Koenig, EMS, Management et Société, Paris, p. 41-78.
- Glouberman S et Mintzberg H. (2001), « Managing the care of health and the cure of disease », *Health Care Management Review*, Vol. 26, N°1, Winter 2001, p. 70-84.
- Glynn M.A., Abzug R. (2002), « Institutionalizing identity: symbolic isomorphism and organizational names », *Academy of Management Journal*, Vol.45, n°1, p.267-280.
- Gohier. C et Alin.C (2000), *Enseignant-Formateur : la construction de l'identité professionnelle*, L'Harmattan, Collection Education et formation.
- Gomes da Silva J. R., de Souza Penteadó A. (2007), « Le discours bureaucratique ou « postbureaucratique » dans le secteur de la santé : le cas d'une entreprise qui formalise la gestion et les relations avec les médecins », XVIème Conférence Internationale de Management Stratégique, 6-9 juin 2007, Montréal.
- Gonnet F. (1992), *L'hôpital en question(s). Un diagnostic pour améliorer les relations de travail*, Editions Lamarre, Coll. « Management Hospitalier », 1992, 355 p.
- Gonnet, F. (1994), Application du raisonnement stratégique et systémique aux hôpitaux publics', in F. Pavé (ed.) *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, pp. 337-44. Paris: Éditions du Seuil.
- Gray. R., Kouhy. R. et Lavers. S. (1995), "Corporate social and environmental reporting: a review of the literature and a longitudinal study of UK disclosure", *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, Vol. 8 No.2, pp.47-77.
- Green. S, Salkind.N et Akey. T (1997), *Using SPSS for Windows: Analyzing and Understanding Data*, Upper Saddle River, Prentice Hall.
- Greenhalgh.T, Robert.G, Bate.P, Kyriakidou.O, Macfarlans.F (2004), "Diffusions and innovations in service organizations: systematic review and recommendations" *The Milbank Quarterly*, 2004, Vol 82, N°4, pp.581-629.
- Gow J.I (1984), « La réforme institutionnelle de la fonction publique de 1983 : contexte, contenu et enjeux », *Politique* n°6, 1984, p 51-101.
- Gow J.I et Dufour.C (1998). « Is Public Management a paradigm? Does it matter? », texte présenté au congrès annuel de l'Association canadienne de science politique, Ottawa.
- Gualmini, E. (2008). « Restructuring Weberian Bureaucracy: Comparing Managerial Reforms in Europe and the United States », *Public Administration*, vol. 86, n° 1, p. 75-94.
- Habermas. J (1978), Raison et légitimité, Problèmes de légitimation dans le capitalisme avancé, Payot, Paris.

- Habermas, J. (2003). *The structural transformation of the public sphere*, Cambridge, Policy Press.
- Hafferty, F.W, and Light D.W 1995. Professional Dynamics and The Changing Nature of Medical Work, *Journal of Health and Social Behavior*, vol.36, p.132-153.
- Hair J.F., Anderson R., Tatham R. et Black W. (1998), *Multivariate Data Analysis*, 5thEdition, New Jersey, Prentice Hall International Edition.
- Hair, J. F. Jr., & Black, W. C. (2000). Cluster analysis. Dans Grimm, L. G. & Yarnold, P. R. (Éd.), *Reading and understanding more multivariate statistics* (pp. 147-205). Washington, DC: APA.
- Halford S. (1999), *New identities? Professionalism, Managerialism and the Construction of self, in Professionnals and The New Managerialism in the Public Sector*, Open University Press, Buckingham et Philadelphie
- Hall. R (1967), "Some organizational considerations in the Professional organizational relationship", *Administrative Science Quarterly*, 12: 461-478.
- Hall. P, *Governing the Economy : The Politics of State Intervention in Britain and France*, Oxford, Oxford University Press, 1986.
- Hall, P.A. (1993), "Policy Paradigms, Social Learning, and the State. The Case of Economic Policymaking in Britain", *Comparative Politics*, vol. 25, n°3, pp 275-296.
- Hall. P.A et Taylor.R.C.R (1987), « La science politique » ; Peter Berger et Thomas Luckmann, *La construction sociale de la réalité*, Paris, Méridien-Klincksieck, 1987.
- Hall. P.A et Taylor. R.C.R (1997), « La science politique et les trois néo-institutionnalisme » , *Revue Française de science politique*, Année 1997, Volume 47,N°3, p469-496.
- Hecksecher.C, Donellon.A eds (1994): *The Post Bureaucratie Organization : New perspectives on organizational Change*, London, Sage.
- Hoff, T.J. 1999. The Social Organization of Physicians Managers in a Changing HMO, *Work and Occupations*, vol. 26, p.324-351.
- Hoff, T.J. 1999. The Paradox of Legitimacy: Physician Executives and the Practice of Medicine, *Health Care Management Review*, vol. 24, p. 54-64.
- Hoggett, P. (1996). «New modes of control in the public service», *Public Administration*, Vol 74, n° 9, p.32
- Howitt.D et Cramer. D (1997), *A guide to Computing Statistics with SPSS for Windows*, Boston, Prentice Hall.
- Hmam A (2004), «La mise en place de la redevabilité dans l'administration tunisienne », Actes de la table ronde préparatoire n°3, la bonne gouvernance : objet et condition de financement, <http://democratie.francophonie.org>.

Hammerschmid. G (2005), « le pénible parcours des PPP en Autriche », L'observatoire de l'administration publique, *Télescope, revue d'analyse comparée en administration publique*, vol 12, n°1, février, 2005.

Hassenteufel.P., (1997), *Les médecins face à l'État*, Paris, Presses de sciences politiques.

Hassenteufel P et Palier B. (2001), « Le social sans frontières ? Vers une analyse transnationaliste de la protection sociale », *Revue Lien social et Politiques*, N° 45, Printemps 2001, p. 13-27.

Hassenteufel P et Smith A (2002), « Essoufflement ou second souffle ? L'analyse des politiques publiques « à la française » », *Revue française de science politique*, vol 52, n°1, février 2002, p53-73.

Hatzfeld (1998), *Construire de nouvelles légitimités en travail social*, Paris Edition Dunod.

Hedlund.S (2000), «Path dependence in Russian policy making: Constraints on Putin's economic choice», *Post-Communist Economies*, vol.12, n°4, pp.389-407.

Hedlund.S. (2001), «Property without rights: Dimensions of Russian privatisation», *Europe-Asia Studies*, vol.53, n°2, pp.213-237.

Herreros G. (2007), « L'hôpital à l'épreuve des réformes : Entre institution et organisation », *Santé et sociétés*, N°21, p. 23-36.

Hirst, P. (2000). *Democracy and Governance. Debating Governance*. J. Pierre. Oxford, Oxford University Press.

Hlady-Rispall M. (2002), *La méthode des cas : Application à la recherche en gestion*, De Boeck, Bruxelles.

Hodgson, G. (1998), The approach of institutional economics, *Journal of economic Literature*, XXXVI, 166-192.

Hodgson, G. (2002), The evolution of institutions: an agenda for future theoretical research *Constitutional Political Economy*, 13, 111-127.

Hodgson, G. (2006), What are institutions?, *Journal of Economic Issues*, XL(1), 1-23.

Hood C. (1991), « A public management for all seasons », *Public Administration*, Vol.69, N°1, p. 3-19.

Hood C. (1995), “ The “New public management” in the 1980s: variations on a theme”, *Accounting, Organizations and Society* Vol. 20, N°3, pp. 93-109.

Hoffman, A.J., (1999), “Institutional evolution and change: environmentalism and the U.S. chemical industry”, *Academy of Management Journal*, Vol.42, n°4, p.351-371.

Holm, P., (1995), “The dynamics of institutionalization: transformation processes in Norwegian fisheries”, *Administrative Science Quarterly*, Vol.40, p.398-422.

Hufty, M., Ed. (1998). La pensée comptable. Etat, néolibéralisme, nouvelle gestion publique. Paris, PUF/Les nouveaux cahiers de l'IUED.

IBM SPSS Statistics Base 20, www.ibm.com/software/fr/analytics/spss/

Igalens. J et Roussel. P (1998), *Méthodes de recherche en Gestion des Ressources Humaines*, Paris, Economica.

Jacob, J.-P. (1998), « L'enlissement des réformes de l'administration locale en milieu rural africain. La difficile négociation de la décision de décentraliser par les Etats et les Intervenants externes. » Bulletin de l'APAD, n °15: 119-137.

James. O et Lodge. M (2003), « The Limitations of 'Policy Transfer' and 'Lesson Drawing' for Public Policy Research », *Political Studies Review*, vol.1, n°2, 2003, p.179- 193

Jepperson, R.L. (1991), *Institutions, Institutional Effects, and Institutionalism*, in W.W. Powell & P.J. DiMaggio (eds.), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, Chicago: The University of Chicago Press.

Juan. S (2009), « Le combat de l'organisation et de l'institution », SociologieS en ligne, Théories et recherche, mis en ligne le 22 Octobre 2006, <http://sociologies.revues.org/index582.html>

Kaspi, A., et Ruano-Borbalan, J.-C. (1997). La dynamique identitaire. Sciences Humaines, Hors Série : Identité, Identités, 15(décembre 1996-janvier1997), 4.

Kazancigil. A. (2002), « La gouvernance : itinéraires d'un concept », in SANTISO J. (Éd), À la recherche de la démocratie. Mélanges offerts à Guy Hermet, Paris, Éditions Karthala, p. 121-131.

Keramidas O et Rochet C. (2005), « Les organisations publiques face à l'innovation : la crise comme stratégie de changement organisationnel », XIV ème Conférence Internationale de Management Stratégique, Pays de la Loire, Angers, 2005.

Kerremans, B. (2001), *Institutionalism, Multi-Level Governance, and the European Union's Actions in External Trade Negotiations: Some Clues for Research*, Paper presented at the ECPR, Workshop on "Decision-Making within International Organizations, April 2001.

Kinnear. P et Gray.C (2000), *SPSS for Windows Made Simple*, East Sussex, Psychology Press.

Klijn. E.H (2005), "Network and inter-organizational management", dans E.Ferlie, L.E Lynn, Jr et C.Pollitt (dir.), *The Oxford Handbook of Public Management*, Oxford, Oxford University Press, p.257-281.

Knoepfel. P, Varone.F (1999), « Mesurer la performance publique- Méfions nous des terribles simplifications », 9^{ème} colloque international de la Revue « Politiques et Management Public ».

Knoepfel. P (2001), « Le New Public Management : attentes insatisfaites ou échecs reprogrammés : une critique à la lumière de l'analyse des politiques publiques », Institut des Hautes Etudes en Administration Publique, Lausanne.

Koleva (2003), « Changement institutionnel et dialectique entre héritage et création : le cas de la transformation de la structure de propriété dans l'agriculture bulgare », les cahiers de CEDIMES

Kolthoff, E, Huberts, L et Van den Heuvel, H, “ The ethics of New Public Management: Is integrity at stake?”, *Public Administration Quarterly*, vol 30, n°4, Winter (2006, 2007)

Kostova T., (1999), « Transnational transfer of strategic organizational practices: a contextual perspective”, *Academy of management review*, Vol 24, pp. 308-324.

Kostova.T et Zaheer.S (1999),“Organizational legitimacy under conditions of complexity : The case of the multinational enterprise”,*Academy of Management Review*,Vol. 24, n°1, p.64-81.

Kostova T et Roth K. (2002), « Adoption of an organizational practice by subsidiaries of multinational corporations: institutional and relational effects », *Academy of Management Journal*, 2002, Vol.45, N°1, p. 215-233.

Krief N (2009), “Projet stratégique et dynamique de l'hôpital public », VIIIème Conférence de l'AIMS, 28-31 Mai 2009, Grenoble.

Kurunmaki L.(2004), “A hybrid profession_the acquisition on management accounting expertise by medical professionals”, *Accounting, Organizations and Society*, Vol.29 N°3-4, pp 327-347.

Kuty, O. et Vrancken. D (1994), Stratégies et identités professionnelles. La nouvelle valeur d'autonomie en gériatrie, in F. Pavé (ed.) *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*. Paris: Éditions du Seuil.

Lamertz. K et Baum J.A.C. (1998), “The legitimacy of organizational downsizing in Canada : An analysis of explanatory media accounts”, *Revue Canadienne des Sciences de l'Administration*,Vol.15, n°1, p.93-107.

Lane, J.-E. (2000). *New Public Management*. London, Routledge.

Langley, A. et J.-L. Denis (2006). « Neglected Dimensions of Organizational Change: Towards a Situated View », dans R. Lines, I. G. Stensaker et A. Langley (dir.), *New Perspectives on Organizational Change and Learning*, Bergen, Fagbokforlaget, p. 136-161.

Larçon, J.-P., et Reitter, R. (1979). *Structures de pouvoir et identité de l'entreprise*. Paris: Nathan.

Lascoumes P. et Le Galès P. (2004), *Gouverner par les instruments*, Paris Presses de Sciences Po.

Lascoumes. P (2005), « L'utilisateur, acteurs fictif ou vecteur de changement dans la politique de santé ? », *Les tribunes de la santé*, 2003/1 n°1, p 59-70.

Laufer R et Burlaud A. (1980), *Management public : Gestion et légitimité*, Dalloz Gestion, Système et Stratégie, Paris.

Laufer R. et Ramanantsoa B., « Crise d'identité ou crise de légitimité ? », *Revue Française de Gestion*, septembre 1982, N° spécial « Les nouveaux défis de la stratégie », 1988, pp. 45-53.

Lebarbier, « D'une légitimité implicite à une nécessaire légitimation procédural de l'entreprise, l'affirmation contemporaine de la RSE comme 3^{ème} voie de régulation du capitalisme ». 4ème Congrès RIODD, « La RSE, une nouvelle régulation du capitalisme ? », Lille, 25,26 et 27 Juin 2009.

Le Breton D. (2004), *L'interactionnisme symbolique*, PUF, Coll Quairidge.

Lecours.A (2002), « L'approche néo-institutionnaliste en science politique : unité ou diversité ? », *Politique et Sociétés*, vol 21, N°3, 2002, pp 3-19.

Leicht, K.T.et Fennell M.L (1997). The Changing Organizational Context of Professional Work, *Annual Review of Sociology*, vol. 23, p.215-231.

Linhart D. (1994), *La modernisation des entreprises*, Paris, La découverte.

Livian Y.F et Baret C. (2002), « Pour une meilleure prise en compte de l'inscription institutionnelle de la Gestion des Ressources Humaines : quelques propositions », in Huault I (eds), *La construction sociale de l'entreprise, autour des travaux de Mark Granovetter*, EMS, Paris, p. 289-311.

Locatelli C. (2000), « Les conditions de transposition des institutions de marché dans les économies en transition (Russie). Le cas de l'énergie », Cahier de recherche n°19, Institut d'économie et de politique de l'énergie.

Lordon, F (2006), « La légitimité n'existe pas : Eléments pour une théorie des institutions », RP Working Paper série 2006-1 www.theorie-regulation.org Association Recherche et Régulation c/o LEPII-CNRS

Lorino. P (1995), *Comptes et récits de la performance : essai sur le pilotage de l'entreprise*. Paris, Les éditions d'Organisation.

Lorino.P (2003), *Méthodes et pratiques de la performance*, Paris, Editions d'Organisation.

Lozeau, D (2005), "Le labyrinthe de la gestion de la qualité : entre l'enlisement d'une démarche et l'enracinement d'un archétype" (2005) ; In : P. Joffre, C. Rouillard et L. Lemire; *Gestion privée et management public : une perspective québécoise et française*; Colombelles (France) : EMS, Management et Société (2005); 171-202

Lozeau, D (2009), « Les paradoxes des démarches qualité dans les hôpitaux publics : modélisation de formes d'ancrage rivales », *La Revue de l'innovation dans le secteur public*, vol 14 (3), 2009, article 7.

Louart P. (1997), « Structures organisationnelles, vers un continuum public-privé », *Revue Française de Gestion*, Septembre-Octobre.

Luoma. P. et Goodstein. J. (1999), "Stakeholders and corporate boards: institutional influences on board composition and structure", *Academy of Management Journal*, Vol.42, p.553-563.

Lynn L.E., (1998), "A Critical Analysis of the New Public Management", *International Public Management Journal*, Vol.1 N°1, p.107-123.

Mahoney, J. (2000), Pathdependence in Historical Sociology, *Theory and Society*, 29, 507-548.

- Mahoney, J. (2001), Path-dependent explanations of regime change: Central America in comparative perspective, *Studies in Comparative International Development*, 36(n°1), 111-141.
- Mailloux A. et Charland. M, (2001), « *L'administration et le service au citoyen : initiatives et expériences étrangères* », *Autrement*, 13. Secrétariat à la modernisation de la gestion publique, Gouvernement du Québec.
- Mappa. S (1998), «L'injonction démocratique » ; F. Akindès, *Les mirages de la démocratisation en Afrique subsaharienne francophone*, Paris, Karthala, 1996 ; Mwayila Tshiyembe, « La science politique africaniste et le statut théorique de l'État : un bilan négatif », *Politique africaine*, no 71, 1998, p. 109-132.
- Manly, B.F.J. (2005), *Multivariate Statistical Methods: A primer*, Third edition, Chapman and Hall.
- March.J et Olsen.J (1989), *Rediscovering Institutions : The Organizational Basis of Politics*, New York, Free Press, 1989.
- Marchesnay M. (1998), « Confiances et logiques entrepreneuriales », *Economies et Sociétés*, Série SG, n°8-0/1998, p. 99-117.
- Marie J.M (2005), « L'ouverture croissante de la science politique à la psychologie sociale », *HERMÈS* 41, documents.irevues.inist.fr/bitstream/.../HERMES_2005_41_141.pdf
- Martineau. R (2006), « La légitimité du management public : l'apport de la lecture d'Adam Smith », Cahiers de recherche du CERMAT, Vol 18# 05-127 : « La légitimité du Management Public : l'apport de la lecture d'Adam Smith »
- Martineau R et Sauviat I. (2007), « Le public au travers du prisme managérial : état des lieux d'un domaine des sciences de gestion », Article présenté au 16ème colloque international de la revue « Politiques et Management Public » ayant pour thème : « Public : nouvelles figures, nouvelles frontières ? », les 14 et 15 Mars 2007 à Florence.
- Martinet. A.C et Pesqueux. Y (2013), *Epistémologie des sciences de gestion*, Collec. FNEFE, Ed. Vuibert, Mai 2013
- Maroy C (2007), « L'école à la lumière de la sociologie des organisations », Les cahiers de recherche en éducation et formation, N°56, Mars 2007.
- Maudet G (2002) « La démocratie sanitaire » : penser et construire l'usager », *Lien social et Politiques*, n°48, 2002, p 95-102
- Merrien F.X (1999), « La Nouvelle Gestion Publique : un concept mythique », *Revue Lien social et Politiques*, N°41, printemps 1999, p. 95-103.
- Ménard C., 1990, *Economie des organisations*, La Découverte, Paris.
- Ménard C (2003), « L'approche néo-institutionnelle : des concepts, une méthode, des résultats », *Cahier d'économie politique*, n°44, l'Harmattan 2003.

Menou.M (2008), « Analyse des données », www.hermosilloenlinea.net/drive/.../Cours%20SPSS/courinfostat.doc

Mény. Y et Thoenig J.C, *Politiques publiques*, Paris, PUF, 1989, p. 140.

Mény. Y (dir.), *Les politiques du mimétisme institutionnel, la greffe ou le rejet ?*, Paris, L'Harmattan, 1993 ; B. Badie, *L'État importé, essai sur l'occidentalisation de l'ordre politique*, Paris, Fayard, 1992.

Meyer J.W et Rowan B. (1977), « Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony », *American journal of sociology*, Vol.83, N°2, p. 340-363.

Meyers. Lawrence.S, Gamst.G et Guarino A.J (2013), *Applied Multivariate Research: Design and Interpretation Second Edition*, SAGE Publications, Inc.

Mintzberg, H. (1979), *The Structuring of Organizations: A Synthesis of the Research*, Prentice Hall.

Mintzberg H. (1996), *Structures et Dynamiques des Organisations*, Ed. d'Organisation, Paris. Onzième tirage, 1996, Les éditions d'organisation

Mintzberg, H., B. Ahlstrand et J. Lampel (1999). « Transformer l'entreprise », *Gestion*, vol. 24, n° 3, p. 122-131.

Minvielle. E (2003), « De l'usage des concepts gestionnaires dans le champ de la santé. Le cas de la qualité hospitalière », *Revue française de gestion*, Vol.5, N°146, pp 31-49.

Minvielle E.; Contandriopoulos A.P., (2004), « La Conduite du Changement: Quelles Leçons Tirer de la Restructuration Hospitalière? », *Revue Française de Gestion*; Mai :Juin Vol. 30, pp.150

Moison, J.-C. (1994), *Hôpital, instrumentation de gestion et analyse stratégique*, in F. Pavé (ed.) *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, pp. 350–6. Paris: Éditions du Seuil

Mönks, J. (1998). *La nouvelle gestion publique: boîte à outils ou changement paradigmatique? La pensée comptable*. In: M. Hufty. Genève/Paris, Les Nouveaux Cahiers de l'IUED/PUF: 77-89.

Morin. E et Le Moigne J.L. (2003), *L'intelligence de la complexité*. L'Harmattan, 332 p.

Mucchielli A. (2009), *L'identité*, 7^e éd., Paris, P.U.F. « Que sais-je ? », 2009.

Mueller F., Harvey C., Howorth C. (2003), "The Contestation of Archetypes : Negotiating Scripts in a UK Hospital Trust Board", *Journal of Management Studies*, Vol.40 N°8, p.1971-1995.

Morneau.G, Hatimi.I.E, Khuong.B.L et Dionne.N (2005), « La gestion du changement dans les organisations publiques : le cas de la Régie des rentes du Québec (PRQ) », *Télescope, Revue d'analyse comparée en administration publique*, vol 12, n°3 automne 2005.

Moyon.E et Lecoq.X (2007), « La dynamique des réponses stratégiques des majors au changement institutionnel dans l'industrie de la musique », Document de travail du LEM Lille Economie et Management.

- Muller P. (2005), «Esquisse d'une théorie du changement dans l'action publique : structures, acteurs et cadres cognitifs », *Revue française de science politique*, Vol.55, N°1, Février 2005, p155-187.
- Musselin.C (2005), « Sociologie de l'action organisée et analyse des politiques publiques : deux approches pour un même objet ? », *Revue française de science politique*, vol 55, n°1, février 2005, p.51-57.
- Naro.G (1998), « Dimension humaine du contrôle de gestion », *Comptabilité, Contrôle, Audit*, 1998, p.45-69.
- Needham, C. (2003). *Citizen-consumers. New Labour's marketplace democracy*. The Catalyst Forum. London.
- Needham, C. (2003). *The Consumerisation of Citizenship in Local Government: Beyond Service Delivery*. Political Studies Association Conference, Leicester.
- Nils. C S (2008), «La budgétisation au service de la performance avant et après la nouvelle gestion publique » Working Paper de l'IDHEAP, Chaire des Finances Publiques.
- Noordhoek, P. & Saner, R. (2005). «Beyond New Public Management: Answering the Claims of Both Politics and Society». *Public Organization Review: A Global Journal* 5: 35-53.
- North D. (1990), *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*, Cambridge, Cambridge University Press.
- North D.C (1991), « Institutions », *The Journal of Economics Perspectives*, vol 5, n°1, Winter 1991, pp 97-112.
- Norusis. M (1997), *SPSS for Windows: Boase Systeme User's Guide*, Chicago, SPSS.
- Norusis. M (1998), *Guide to Data Analysis, SPSS 8.0*, Upper Saddle River, Prentice Hall.
- Noyer.V.F (1997), « Les paradoxes de la gestion dans les communes : réalités administratives et politique de mise en œuvre d'un contrôle de gestion », *Cahier de recherche management public local « le pilotage des collectivités territoriales »*, N°1, 1997, p.90-101.
- Nsibet.R, Elder. J et Miner.G (2009), *Handbook of statistical analysis and data mining*, Academic Press, 2009, Elsevier Inc.
- Oakes. L.S, Townley.B et Cooper.D.J (1998), «Business planning pedagogy: language and control in a changing institutional field», *Administrative Science Quarterly*, Vol 43, N°2, p.257-292.
- Odin. Y (2011), « L'analyse typologique : objectifs, principes, méthodes et interprétations statistiques », www.univ-lyon1.fr
- O'Flynn J (2007), «From New Public Management to Public Value: Paradigmatic change and managerial implications», *The Australian Journal of Public Administration*, vol 66, n°3, pp 353-366.

- Ogien A. (2000), « Médecine, santé et gestion », in CRESSON G., SCHWEYER F.- X. (Éds), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*, Rennes, Presses de l'ENSP, p. 133-148.
- Oliver C. (1991), "Strategic responses to institutional processes", *Academy of management review*, vol. 16, n° 1, p. 145-179.
- Olsen J.P. (2005), « Maybe it is time to rediscover bureaucracy », *Journal of Public Administration Research and Theory*, 16, 1, pp. 1-24.
- Osborne D. et Gaebler T. (1993), *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*, Penguin, New York.
- Osty. F (2008), *Le désir de métier- Engagement, identité et reconnaissance au travail*, Presse universitaire de Rennes, Collection « des Sociétés ».
- Ouchi W.G., (1977), "The Relationship Between Organizational Structure and Organizational Control", *Administrative Science Quarterly*, Vol.22 , p.95-113
- Ouchi W.G., (1979), " A Conceptual Framework for the Design of Organizational Control Mechanisms", *Management Science*, Vol.25 N°9, p.833-848.
- Oullet, L. (1992), « Le secteur public et sa gestion », in PARENTEAU, R. et ÉTHIER G., *Management public : comprendre et gérer les institutions de l'État*, Sillery, Presses de l'Université du Québec, pp 25-48.
- Pacherie E (1995), « Le fonctionnalisme : Etat des lieux », *Intellectica*, 1995/2, 21, pp 9-37.
- Palier B. (2004), *La réforme des systèmes de santé*, Presses Universitaires de France, Paris.
- Palier B et Surel Y. (2005), « « Les 3 I » et l'analyse de l'Etat en action », *Revue française des sciences politiques*, vol 55, n°1, février 2005, pp 7-32, Presses de sciences Po.
- Parsons K. (1950), "J.R. Commons's Point of View", Appendix iii, in Commons J.R. *The Economics of Collective Action*, MacMillan.
- T. Parsons (1960), *Structure and process in modern societies*, New York, Free Press.
- Parsons K. (1970), "J.R. Commons's point of view", Appendix iii, in Commons J.R. *The economics of collective action*, MacMillan, second edition.
- Perret.V (1996), « La gestion du changement organisationnel : articulation et représentations ambivalentes », 5^{ème} Conférence Internationale de Management Stratégique, 13-14-15 Mai, 2006, Lille.
- Perrot J (2004), « Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé », Organisation mondiale de la santé.
- Perrot J (2006), "Different approaches to contracting in health systems", Department of health systems financing, Bulletin of the World Health Organization, November 2006, 84, (11).
- Pesqueux. Y (2004), « La notion de performance globale », 5^{ème} Forum international ETHICS, Tunis, Tunisie, disponible sur le lien <http://halshs.archives-ouvertes.fr/>

- Pesqueux Y. (2007), *Gouvernance et privatisation*, 1^{ère} édition 2007 Avril, Presses Universitaires de France, Paris.
- Pesqueux. Y (2007), « Critiques du néo-institutionnalisme en sciences des organisations », manuscrit publié dans Conférence internationale sur les méthodes de recherche, Lyon, France. Hal-00481067, version 1-5 May 2010
- Pesqueux Y (2010), « Le « nouveau management public » (ou New Public Management) » hal,00510878, version 1, 22 August 2010.
- Pfeffer. J et Salancik. G.R. (1978), *The external control of organizations: A resource dependence perspective*, New York: Harper and Row.
- Pflieger, G. (2003). *Consommateur, client, citoyen : l'utilisateur dans les nouvelles régulations des services de réseaux. Les cas de l'eau, de l'électricité et des télécommunications en France.* Paris, École nationale des Ponts et Chaussées.
- Pierre. J (1995), « La commercialisation de l'État : citoyens, consommateurs et émergence du marché public » : 49-70, in B. G. Peters et D. J. Savoie (dir.), *Les nouveaux défis de la gouvernance*. Centre canadien de gestion et Presses de l'Université Laval.
- Pierru F et Hassenteufel P, « L' « hôpital entreprise », une self-fulfilling prophecy avortée », *Politix*. Vol. 12, N°46. Deuxième trimestre 1999. pp. 7-47.
- Pinson. G (2008), « Encore un effort pour rendre la gouvernance démocratique ! », Place publique (Nantes), N°11, p.18-24, in halshs-00514404, version 1 - 2 Sep 2011.
- Piron, F (2003), « La production politique de l'indifférence dans le nouveau management public », *Anthropologie et Sociétés*, vol 27, n°3, 2003, pp 47-71 <http://id.erudit.org/iderudit/007924ar>
- Plaisent. M, Bernard. P, Morin.E, Zuccaro. C, Chéron. E et Bodson.P (1999), *SPSS 9.0 Windows. Guide d'auto-formation*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec.
- Pollitt, C. (1993). *Management Techniques for the Public Sector: Pulpit and Practice. Governance in a Changing Environment.* In: D. J. Savoie. Montreal, McGill-Queen's University Press.
- Politt.C (1993), *Managerialisme and the Public Service*, Oxford, Blackwell, 2^{ème} éd.
- Pollitt C. et Bouckaert .G, *Public Management Reform : A Comparative Analysis*, Oxford : Oxford University Press, 2004, p. 99-100.
- Powell W.W et Di Maggio P.J (1991), *The new institutionalism in organizational analysis*, University of Chicago Press.
- Powell, M., Brock, D., Hinings, C.R. (1999), « The changing professional organization», dans Brock, D., Powell, M., Hinings, C.R. (dir.), *Restructuring the Professional Organization*, Routledge.
- Raelin J.A. (1986), *The Clash of Culture - Managers and Professionals*, Boston : Havard Business School Press.

Ramonjy D. (2005), « Discussions autour de la co-construction de la légitimité organisationnelle: comment l'entreprise (ré)concilie l'économique et le social dans les relations avec ses parties prenantes ? », XVIe Congrès de l'AGRH, Paris, 31 p. Disponible sur : www.crepa.dauphine.fr/documents/Co/doc_cJnpt.pdf

Rawls J. (1971), *A Theory of Justice*, Harvard University Press.

Rawls. J (1987), *La théorie de la justice*, Trad. C.Audard, Le Seuil, Paris.

Reed. M. (2004) : "Beyond the Iron Cage? Bureaucracy and Democracy in the Knowledge Economy and society" in du GAY, P. (ed), *Defending Bureaucracy*, Oxford, Oxford University Press, pp. 115-140.

Rencher, A.C. (2002), *Methods of Multivariate Analysis*, Second edition, Wiley.

Resdlob. L et Gerard. B (2010), « Ni d'ici, ni de là bas », dans *Crises et nouvelles et problématiques de la valeur*, Nice, France, 2010, hal-00481075, version 1 - 5 May 2010

Reynaud, J.-D. (1989). *Les règles du jeu*. Paris: Armand Colin.

Rodeghier. M (1996), *Surveys with condense: A Practical Guide to Survey Research Using SPSS*, Chicago, SPSS.

Rodrigues, S.B. et D.H. Hickson (1995), "Success in Decision-Making: Different Organizations, Different Reasons for Success", *Journal of Management Studies* 32(5), 655-678.

Rochaix. L et Wilsford. D. (2005), « State Autonomy, policy paralysis: paradoxes of institutions and culture in the French health care system », *Journal of health politics, Policy and Law*, n° 1-2, Volume 30, pp. 97-119.

Rochet. C (2009), « Pas de philosophie SVP, nous sommes des managers », *Management public et bien commun : convergences euro-atlantiques*, Working Paper n°848, Juin 2009, IASS 2009, Helsinki, 7 au 11/07/2009, « History and future of nation building, the role of public administration, civil servants and public finances in nation building ».

Rojot. J et Wacheux. F (2000), « Le paradigme de l'interactionnisme symbolique sur l'analyse des situations organisationnelles : complémentarités et ambivalences avec la structuration », in *Structuration et management des organisations. Gestion de l'action et du changement dans les entreprises*, Sous la direction de D. Autissier et F. Wacheux, l'Harmattan, Collection Logique de Gestion, 2000, p. 264.

Rojot. J (2005), chapitre 14 « Le néo-institutionnalisme » p 409-444 in *Théorie des organisations*, Edition ESKA 2005, Paris, France.

Rommel J. (2005), *Political Consequences of the New Public Management*, 10th Biennial CIGAR Conference – PhD Conference – 24-25 Mai 2005, Poitiers.

Rondeau. A (2008), « L'évolution de la pensée en gestion du changement : leçons pour la mise en œuvre de changements complexes », *Télescope*, automne, 2008.

Rondeaux G. (2008), « La modernisation de l'administration publique : gérer le changement par/ avec/ malgré les identités ? », Actes du XIXe Congrès de l'AGRH, Dakar, novembre.

- Rose. R (1991), « What is Lesson Drawing », *Journal of Public policy*, vol.11, n°1, 1991, p.3-30.
- Rouillard. C (2003), « Du cynisme au désabusement organisationnel : le nouveau management public en tant que facteur de confusion », *Choix, Gestion de l'Etat*, vol 9, n°6 aout 2003, www.irpp.org.
- Rowan, B., (1982), « Organizational structure and the institutional environment : the case of public schools », *Administrative science Quarterly*, Vol.27, p.259-279.
- Rowley T.J et Moldoveanu. M (2003), «When will stakeholder groups act ? An interest- and identity-based model of stakeholder group mobilization», *Academy of Management Review*, Vol.28, n°2, p.204-219.
- Ruef M et Scott R.W. (1998), « A multi-dimensional model of organizational legitimacy: hospital survival in changing institutional environments », *Administrative Science Quarterly*, Vol 43, p. 877-904.
- Sainsaulieu I (2007), *L'hôpital et ses acteurs : appartenances et égalité*, Edition Belin 2007, Paris, France.
- Sainsaulieu R. (1996), *L'identité au travail : les effets culturels de l'organisation*, 3^{ème} édition Paris, Presses de sciences Po, 1996
- Saint Martin D (1998), « Apprentissage social et changement institutionnel : la politique de « l'investissement dans l'enfance » au Canada et en Grande Bretagne », *Politique et Sociétés*, vol 21, n°3, 2002, pp 41-67.
- Saint-Martin, D (1998), «The new managerialism and the policy influence of consultants in government», *Governance*, 3, 319-356.
- Sampieri, N. «Le développement potentiel de la logistique hospitalière : des enjeux pour l'amélioration de la qualité» ; *Gestions hospitalières, Cahier gestions hospitalières*; (1999) ; 155, 449-453
- Santo-Viriato M. et Verrier P.E (2007), *Le management public*, 1^{ère} édition 1993, 3^{ème} édition mise à jour, 2007, Octobre, Que sais-je ?
- Saoud. H (2005), «La contribution de l'analyse sociologique de Michel Crozier au Management Public », document préparé dans le cadre du séminaire RECEMAP, IAE Lyon, 2 et 3 juin 2005.
- Sauviat I (2003), « Les réseaux de soins, ou la légitimité d'une voie de modernisation hospitalière tentant d'allier situation de service coproduite et situation de gestion coopérative », *Cahiers de recherche CERMAT*, n°108.
- Schwenk, G (1990), «Conflict in Organizational Decision-Making : An Exploratory Study of its Effects in For-Profit and Not-for-Profit Organizations», *Management Science* Vol 26, n°4, pp 436-448.
- Scott, S.G.; Lane, V.R. (2000) «A Stakeholder Approach to Organizational Identity» *Academy of Management Review*, 25 (1): 43-62.

Scott W.R., M. Ruef, P.J. M et Carona.C.A (2000), *Institutional Change and Health Care Organizations : From Professional Dominance to Managed Care*. Chicago, The University of Chicago Press.

Scott W.R (2001), *Institutions and Organizations*, 2nd Ed, 1ère Ed en 1995, Thousand Oaks, CA: Sage.

Shannon. D et Davenport.M (2001), *Using SPSS to Solve Statistical Problems: A self-Instruction Guide*, Upper Saddle River, Prentice Hall.

Scheibler, D et Schneider, W. (1985), " Monte Carlo tests of the accuracy of cluster analysis algorithms. Multivariate", *Behavioral Research*, Vol 20, p. 283-304.

Schneller, E.S., Greenwald, H.P., Richardson, M.L., and Ott, J. 1997. The Physician Executive: Role in the Adaptation of American Medicine, *Health Care Management Review*, vol. 22, p. 90- 96.

Schmit C, Vas A et D'Hoore W. (2007), « Initier le changement au sein des organisations complexes, une étude exploratoire en milieu hospitalier », Working paper 15/2007, CRECIS Center for Research in Change, Innovation, Strategy.

Schmit C, Vas A et D'Hoore W. (2008), « Initier le changement au sein d'organisations complexes. Alignement des objectifs, des logiques d'actions et des rôles », XVIIème Conférence de l'AIMS.

Schofield J. (2001), «The old ways are the best? The durability and usefulness of bureaucracy in public sector management », *Organization*, 8, 1, pp. 77-96.

Senaux. B (2008), « Le rôle des outils de gestion dans l'adaptation de l'identité organisationnelle », 30^{ème} congrès de l'AFC, Strasbourg, France.

Singh, P. J.et P. Mansour-Nahra. "ISO 9000 in the public sector: a successful case from Australia"; *The TQM Magazine* (2006); 18 (2) : 131-142

Siddiqui S, Masud I.T et Belgacem S (2006), "Contracting but not without caution: experiences with outsourcing of health services in countries of the Eastern Mediterranean Region", *Bulletin of the World Health Organization*, November 2006, 84, (11).

Sledziewski. E.G (2009), « Concurrence et éthique : quelle conciliation possible ? », *Espace Ethique*, AP-HP, éditorial, Mai 2009.

Solle, G. (2001a), "Rénovation des outils de gestion et faits sociaux : le cas des organisations universitaires", *Comptabilité Contrôle Audit*, mars, vol.7, n°1, pp.147-159.

Solle, G. (2001b), "Concilier autonomie et contrôle : l'apport de l'ABC", *Actes du 22^{ème} Congrès de l'AFC*, Metz, Mai 2001.

Spanou C (2003). « Abandonner ou renforcer l'Etat Wébérien ? », *Revue française d'administration publique*, 2003/1, n°105-106, pp 109-120.

Spanou, C. (2003). *Citoyens et administration: les enjeux de l'autonomie et du pluralisme*. Paris, L'Harmattan.

- Stafford, J et Bodson, P (2006), *L'analyse multivariée avec SPSS, Presses de l'Université du Québec, 2006.*
- Stewart, J. and S. Ransom (1994). Management in the public domain. Public Sector management, theory critiques and practices. D. McKeivt and A. Lawton. London, Sage.
- Stone, M.M, Brush, C.G. (1996). Planning in ambiguous contexts: the dilemma of meeting needs for commitment and demands for legitimacy, *Strategic Management Journal*, Vol.17, n°8, p.633-653.
- Suchman M.C. (1995), "Managing Legitimacy: Strategic and Institutional Approaches", *Academy of Management Journal*, vol. 20 n° 3, pp 571-610.
- Suddaby, R., Greenwood, R. (2005), «Rhetorical strategies of legitimacy», *Administrative Science Quarterly*, vol. 50, p. 35-67.
- Surel, Y (2000), « The Role of Cognitive and Normative Frames in Policy- Making », *Journal of European Public Policy* , 7 (4), décembre 2000, p. 495-512.
- Takagi, J. 2006. L'évolution du management des médecins américains, *Revue française de gestion*, vol.168-169, p. 55-81.
- Thévenet M. (2006), « Tous Professionnels », *Revue Française de Gestion*, Nov/Déc 2006, N°168/169, p.15-34.
- Thiétart R.A et coll. (2007), *Méthodes de recherche en management*, 3^{ème} édition, Dunod, Paris.
- Tilling M.V. (2004), «Refinements to legitimacy theory in social and environmental accounting », *Commerce Research Paper Series*, N°04-6, p 11. www.ssn.flinders.edu.au/business/research/papers/04-6.pdf
- Tolbert, P.S., Zucker, L.G., (1983), "Institutional sources of change in the formal structure of organizations: the diffusion of civil service reform, 1880-1935", *Administrative Science Quarterly*, Vol.28, p.22-39.
- Trosa, S. (1994), Qui a vu passer la décentralisation?, in F. Pavé (ed.) *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*. Paris: Éditions du Seuil.
- Trouinard, A (2004), « Les bouleversements des champs organisationnels : Quelles leçons tirer de la Presse Quotidienne Parisienne ? », XIII^{ème} conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique, Normandie, Vallée de Seine, 2-3-4 Juin 2004.
- Turmel A (1997), « Le retour du concept d'institution », Un article publié dans l'ouvrage sous la direction d'André Turmel, culture, institution et savoir. Culture française d'Amérique, pp 1-24, Québec, les presses de l'Université Laval, 1997, 230 pp.
- Vachon .M, Beaulieu- Prévost .D, Ouellette. A et Achille M. (2005), « Analyse de la classification hiérarchique et qualité de vie », *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 2005, vol. 1 (1), pp 25-30.

- Van Haecht, A. (1998), Les politiques éducatives, figure exemplaire des politiques publiques ?, Education et Sociétés, n°1, p. 21-46.
- Van Zanten, A. (2004), *Les politiques d'éducation*, Paris : PUF, Que sais-je ?
- Varone F et Jacob S (2004), « Institutionnalisation de l'évaluation et Nouvelle Gestion Publique : un état des lieux comparatif », *Revue internationale de politique comparée*, Vol 11, n°2, pp 271-292.
- Vasseur V. (2005), *L'Hôpital en danger*, Editions Flammarion, Paris.
- Vas, A et Lejeune, C (2007), « La gestion du changement à l'université : une approche interprétativiste », XVI ème Conférence Internationale de Management Stratégique, 6-9 Juin 2007, Montréal
- Vibert, S (2007), « La référence à la société comme « totalité ». Pour un réalisme ontologique de l'être-en-société (Sociologie dialectique et anthropologie holiste) », *Revue du MAUSS permanente*, 19 Juin 2007, <http://www.journaldumauss.net/spip.php?article129>
- Vigoda, E. (2002). "From responsiveness to collaboration: Governance, citizens, and the next generation of public administration." *Public Administration Review*, vol 62, n°5.
- Villeneuve, J.P (2005), « Citoyens, clients et usagers face à l'administration publique. Les balises d'une relation difficile » Working paper de l'IDHEAP 6/2005, <http://www.idheap.ch>
- Villeneuve, J.P (2006), « Citoyens-clients et administrations : Acteurs confus et organisations entêtées Typologie et analyse des rôles », *Revue économique et sociale*, n°1, mars 2006, pp 81-90.
- Vogt, W. P. (1993). *Dictionary of statistics and methodology: A nontechnical guide for the social sciences*. Newbury Park, CA : Sage.
- Voisin, C (1991), « Nature et légitimité des entreprises publiques : vers un renouvellement du débat », *Revue Française d'économie*, Volume 6, n °4, 1991, pp 121, 175. [http : //www. Persee.fr](http://www.persee.fr)
- Warin, P (1999), « Les « ressortissants » dans les analyses des politiques publiques », *Revue Française de sciences politiques*, Année 1999, Volume 49, Numéro 1.
- Watzlawick, P (1988), *L'invention de la réalité: contributions au constructivisme*; Paris, Le Seuil (1988)
- Weber, M (1968), *Le savant et le politique*, Union générale d'éditions, coll 10/18, 1963.
- Weber, M. (1971). *Économie et société, Tome 1 : Les catégories de la sociologie* , Coll. Recherches en sciences humaines, Plon, Paris.
- Weick. K.E (1979), *The Social Psychology of Organizing*, Reading: Addison-Wesley.
- Weick. K.E (1995), *Sensemaking in Organizations*: Sage Publications
- Wolman.H (2002), Ed Page, « Policy Transfer among Local Governments: An Information-Theory Approach », *Governance*, vol. 15, n°4, 2002.

Worms, J.-P. (1994), Mais si, on peut changer la société par décret!, in F. Pavé (ed.) *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*. Paris: Éditions du Seuil.

Yaya H.S (2005), « Les partenariats public-privé comme nouvelle forme de gouvernance et alternative au dirigisme étatique : ancrages théoriques et influences conceptuelles », *La revue de l'innovation, dans le secteur public*, vol 10, n°3, 2005, article n°1.

Yin, R.K (1994), *Case Study Research. Design and Methods*. Newbury Park, CA. Sage

Zeribi-Benslimane. O (2004), « Les principes du « new public management » et leur applicabilité aux entreprises publiques » in *Le droit des entreprises publiques*, sous la direction des professeurs H.Ben Salah et A.A Mrad p 95-101, suite à la communication au colloque international organisé par l'Association Tunisienne de droit administratif et la Faculté de droit et des sciences politiques de Tunis, Université El Manar, 11, 12 Mars, 2004.

Zeribi Benslimane O. (2001), « Quel système d'information pour l'organisation hospitalière ? », *Revue Tunisienne d'Administration Publique « Servir »*, N°32, 2^{ème} semestre, 2001.

Zimmerman, M.A., Zeitz, G.J., (2002), "Beyond survival: Achieving new venture growth by building legitimacy", *Academy of Management Review*, 27, n°3, p.414-431.

Zucker, L. G. (1977). « The Role of Institutionalization in the Cultural Persistence », *American Sociological Review*, 42 : 726-743.

Annexes

Annexe 1 Rétrospective historique de la réforme publique hospitalière en Tunisie

La réforme publique du secteur de la santé a été introduite en 1990, pour tenter de pallier aux nombreux problèmes auxquels, il faisait face. En effet, les hôpitaux publics étaient critiqués pour l'inefficacité de leur offre publique de soins, tenant principalement à leur léthargie bureaucratique et la rigidité de leurs procédures administratives et budgétaires, à l'excès de centralisation du système, au manque de qualification des cadres hospitaliers, à la défaillance du système d'information pour la bonne prise de décision et à la médiocrité de la qualité des soins. La Banque Mondiale, a été le principal instigateur de la réforme hospitalière en Tunisie. Elle a apporté son appui aux efforts entrepris par le gouvernement pour le développement du secteur de la santé publique. (El Saharty et al, 2006).

Présentation des EPS

L'avènement des EPS s'appuie sur un arsenal juridique construit autour de textes de lois, de décrets, d'arrêtés, et de circulaires :

- La loi n°91-63 du 29 Juillet 1991, relative à l'organisation sanitaire ;
- Le décret n°91-1844 du 2 Décembre 1991 fixant l'organisation administrative et financière ainsi que les modalités de fonctionnement des établissements publics de santé ;
- Le décret n°91-1845 du 2 Décembre 1991, fixant le régime de rémunération ainsi que les conditions de nomination des directeurs généraux et du personnel administratif et technique titulaires d'un emploi fonctionnel au sein des établissements publics de santé.

La réforme hospitalière est régie par la loi 91-63 du 29 Juillet 1991, portant création des établissements publics de santé « EPS ». L'article 18 stipule que *« les établissements publics de santé sont dotés de la personnalité civile et de l'autonomie financière. Ils sont réputés commerçants dans leurs relations avec les tiers et sont régis par la législation commerciale dans la mesure où il n'y est pas dérogé par la présente loi »*.

La réforme marque la migration de l'hôpital vers un nouveau style de management à visée managériale qui se rapproche de celui de l'entreprise par l'abandon de la rationalité administrative au profit d'une nouvelle rationalité managériale. En effet, elle a ciblé la modernisation de la gestion hospitalière publique, en empruntant à la sphère privée certaines de ses pratiques de gestion.

Les principales actions décidées dans le cadre de la réforme ont concerné les domaines suivants :

- La conception d'un système d'information adapté aux établissements de santé
- L'adoption d'une comptabilité commerciale telle qu'appliquée dans les entreprises, en remplacement de la comptabilité publique
- La création d'une entité spécialisée vouée à la conception et à la mise en place d'un système d'information hospitalier, construit autour d'un ensemble de logiciels

Conformément à la loi 91-63 relative à l'organisation sanitaire, la mission qui incombe aux EPS, est celle d'assurer la protection sanitaire de la population. Selon l'article 3 de la loi n° 91-63 du 29 Juillet 1991 relative à l'organisation sanitaire, les EPS « *assurent des prestations préventives, curatives, palliatives, de diagnostic et de réadaptation fonctionnelle avec ou sans hospitalisation à titre onéreux ou gratuit* ». Au même titre, et selon l'article 15 de la même loi, « *ils participent et contribuent également à l'enseignement universitaire et post universitaire, médical, pharmaceutique et dentaire, ainsi qu'à la formation des personnels de la santé. Ils entreprennent et participent à tous les travaux de recherche scientifique, notamment en matière médicale, pharmaceutique et dentaire* ».

Au même titre que les autres structures sanitaires publiques et privées, les EPS sont tenus de prodiguer des soins de qualité à toute la population. Ils sont tenus de répondre aux besoins de santé de la population, en total respect : des droits fondamentaux de la personne humaine et de la sécurité des malades, des règles d'hygiène fixées par la législation en vigueur, de la dignité professionnelle de l'ensemble du personnel de santé, et de l'indépendance scientifique des médecins et des pharmaciens, conformément à leurs codes déontologiques respectifs.

Selon l'article 11 de la loi 91-63 du 29 Juillet 1991, relative à l'organisation sanitaire, les attributions des EPS sont respectivement :

- Le traitement des maladies courantes ;
- La diffusion des règles d'hygiène et de protection de l'environnement par le biais d'une éducation sanitaire ;
- La prévention et le contrôle des maladies transmissibles et contagieuses ;
- Les prestations de médecine maternelle, scolaire et universitaire ;
- La collecte et l'exploitation des données statistiques sanitaires épidémiologiques ;
- La protection maternelle et infantile, y compris la planification familiale.

Par ailleurs, les EPS sont concernés par les activités d'enseignement, de formation et de recherche dans le domaine de la santé. Ils sont tenus de participer aux travaux de recherche scientifique et d'enseignement universitaire et postuniversitaire.

Les EPS sont placés sous la tutelle du ministère de la santé publique. Ils sont dotés de la personnalité civile, de l'autonomie financière et sont réputés commerçants dans leur relation avec les tiers. Chaque EPS est créée par une loi, son organisation administrative et financière est fixée par décret, son directeur général est nommé par décret et son personnel est régi conformément aux dispositions réglementaires qui régissent le personnel de l'Etat et des établissements publics à caractère administratif (EPA) et par les dispositions de leur statut particulier.

Aux termes des dispositions de la loi 91-63 du 29 Juillet 1991 relative à l'organisation sanitaire, les établissements publics de santé sont placés sous la tutelle du ministère de la santé publique, administrés par un conseil d'administration et dirigés par un directeur général. En outre, un comité médical a été institué dans les EPS, ayant à la charge de diriger les activités scientifiques et de recherches médicales.

La structure de pouvoir de l'EPS est organisée autour d'un système à trois têtes, qui comprend respectivement le directeur général, le conseil d'administration et le comité médical.

- La tutelle

La tutelle exerce son pouvoir sur les EPS en décidant des principaux axes de la politique de

l'Etat en matière de santé, de prévention des soins, de l'enseignement et de la recherche. Elle veille au suivi de l'exécution de la politique hospitalière. En effet, les tarifs des soins et d'hospitalisation pratiqués dans les EPS sont fixés par le ministère de la santé publique, en fonction de la politique sanitaire et sociale du pays et devront être appliqués quelque soit le coût réel des soins rendus.

- Le conseil d'administration

Le conseil d'administration dans les EPS et conformément à la législation en vigueur, dispose des pouvoirs les plus étendus pour agir au nom de l'hôpital:

- La création, la suppression et la modification des services médicaux et pharmaceutiques, des laboratoires d'analyse et de recherches et de contrôle des unités d'enseignement ;
- L'organisation des services administratifs et techniques de l'établissement
- L'élaboration du règlement interne de l'établissement ;
- L'approbation des contrats programmes et le suivi de leur exécution ;
- L'arrêté des états financiers de l'établissement conformément à la réglementation en vigueur ;
- L'approbation de la passation des marchés publics par le directeur général conformément à la réglementation en vigueur.

Néanmoins, certaines délibérations, bien qu'elles relèvent du champ de décision du conseil d'administration, demeurent soumises à l'agrément du ministre de la santé publique. Elles concernent les décisions relatives à l'organisation des différents services administratifs et techniques de l'établissement, les transactions, les acquisitions ou cession de nature immobilière.

Le conseil d'administration se réunit sur convocation de son président ou bien encore à la demande de la moitié de ses membres au moins quatre fois par an. Il peut également se réunir sur demande du ministre de la santé publique.

Son ordre du jour est arrêté par le président sur proposition du directeur général de l'établissement. Il doit être communiqué à tous les membres, au contrôleur d'Etat et à la tutelle, 10 jours avant la tenue de ses travaux.

Le conseil d'administration fait l'objet d'une diversité interne. Il regroupe des membres dont les horizons professionnels sont très divers : personnel de l'hôpital, municipalité, association des usagers...). En effet, le conseil d'administration comprend 15 membres, respectivement :

-un représentant du ministère de la santé publique

-un représentant du ministère des Finances

-un représentant du ministère du Plan et du développement régional

-un représentant du ministère des affaires sociales

-le président du comité médical de l'établissement

-trois chefs de service élus par leurs pairs au sein de l'établissement hospitalier

-un représentant des médecins maitres de conférences agrégés et des médecins des hôpitaux exerçant au sein de l'établissement élu par eux et parmi eux

-un médecin assistant hospitalo-universitaire élu par ses pairs

-le doyen de la faculté de médecine de rattachement le cas échéant de l'établissement public de santé ou son représentant

-un représentant des médecins de libre pratique proposé par le conseil national de l'ordre des médecins

-un représentant du corps paramédical de l'établissement élu par ses pairs

-un représentant de la commune dans laquelle est situé l'établissement

-un représentant des usagers désigné à cet effet, par l'association de défense des consommateurs la plus représentative

Les membres du CA sont nommés par arrêté du ministre de la santé publique sur proposition de leurs départements, et organismes respectifs. Par ailleurs, le directeur général ne peut assister aux réunions du conseil d'administration qu'avec voix consultative.

- Le directeur général

La nomination du directeur général est faite sur décret, sur proposition du Ministre de la Santé Publique, en respect des conditions prévues par le décret N°91-1845 du 2 Décembre 1991, qui fixe le niveau institutionnel, l'ancienneté et le grade des personnes éligibles à ce poste.

Le directeur a pour charge de veiller au fonctionnement de l'établissement. Il est doté des pouvoirs de décisions dans tous les domaines qui n'ont pas été expressément réservés au conseil d'administration ou qui lui ont été délégués par ce dernier. Il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel de l'hôpital, dans la limite des règles de déontologie professionnelle et de l'indépendance professionnelle des praticiens.

Il a pour principales attributions de :

- assurer la direction à la fois administrative, financière et technique de l'établissement
- veiller au bon fonctionnement de l'établissement
- veiller à l'exécution des décisions du conseil d'administration
- représenter l'établissement auprès des tiers pour tous les actes civils, administratifs et judiciaires
- ordonnancer les salaires, les indemnités et les avantages des agents conformément à la réglementation en vigueur
- décider de toutes les mesures nécessaires au recouvrement des frais de soins et d'explorations prodigués par l'établissement
- assurer la passation des marchés publics tels que prévus par la réglementation en vigueur.

- Le comité médical

Le comité médical comprend l'ensemble des chefs de services et des élus parmi les médecins, les pharmaciens, les médecins dentistes, les médecins professeurs, maîtres de conférence agrégés, assistants hospitalo-universitaires et résidents.

Il a à la charge de décider de la politique de l'établissement en matière de recherche

scientifique et médicale. C'est ainsi qu'il doit respectivement :

- fixer les programmes annuels de recherche
- assurer le suivi de l'avancement des études en cours
- procéder de façon périodique à l'évaluation de l'efficacité de fonctionnement des services à la fois médicale pour la dispensation des soins que de la recherche et la formation
- organiser les activités d'enseignement et de formation dans les services et veiller au bon déroulement des stages

Il est tenu d'élaborer un rapport annuel d'évaluation technique et économique des soins prodigués par l'hôpital, qui sera remis au conseil d'administration et au ministère de la santé publique.

Mécanismes de la réforme

- **Le système comptable des EPS**

La comptabilité constitue une des facettes de la réforme. Elle marque une intrusion du privé dans le domaine de la santé publique. Le système comptable est orienté vers la génération des informations comptables et financières de l'hôpital. Il s'articule autour de 2 grands types de comptabilité : une comptabilité générale et une comptabilité analytique.

La comptabilité générale, est au fondement de la comptabilité des EPS. Elle est orientée vers la communication externe pour répondre aux attentes des utilisateurs. La comptabilité analytique est plus tournée vers les besoins internes de l'hôpital, par la détermination de la structure des coûts, l'analyse des résultats et la mesure des performances.

La migration de l'hôpital de la comptabilité publique vers la comptabilité privée telle qu'appliquée dans les entreprises constitue une des nouveautés de la réforme. Les EPS sont tenus de tenir leurs comptes conformément à la législation en vigueur. Deux grandes variantes de la comptabilité s'imposent aux EPS : la comptabilité générale et la comptabilité analytique.

En matière de comptabilité générale, et conformément à l'article 18 de la loi 91-63 du 29 Juillet 1991, portant réglementation de l'organisation sanitaire, les EPS sont dotés de l'autonomie financière et sont soumis à la législation commerciale tunisienne, en vertu de laquelle, ils sont dans l'obligation de tenir une comptabilité commerciale. Cette obligation est explicitement mentionnée dans l'article 17 du décret 91-1844 du 2 Décembre 1991 fixant l'organisation administrative et financière et les modalités de fonctionnement des EPS. Cet article stipule que « *la comptabilité de l'établissement public de santé est tenue conformément aux règles qui régissent la comptabilité commerciale* ».

La comptabilité des EPS obéit aux règles comptables telles que prévues par le système comptable tunisien promulgué par la loi 96-112 du 30 Décembre 1996. Le système comptable des EPS comprend :

- une norme générale fixant la présentation des états financiers et la définition de la nomenclature comptable
- des normes techniques fixant les modalités de traitement des opérations et difficultés comptables
- des normes sectorielles fixant les modalités de traitement des opérations et des difficultés spécifiques des secteurs en particulier.

La tenue de la comptabilité des EPS doit être régulière et obéir aux mêmes principes prévus

pour les entreprises commerciales. Elle doit utiliser comme supports comptables, les journaux comptables, le grand livre, la balance, les états financiers et le livre d'inventaire. En effet, les opérations financières réalisées par l'EPS doivent être inscrites de façon quotidienne et régulière sur les journaux comptables, pour être reportées par la suite sur le grand livre afin d'arrêter les soldes comptables. Ces mouvements, devront être par la suite portés sur la balance comptable générale pour l'établissement des états financiers.

En matière de comptabilité analytique, il n'y a aucune obligation légale qui pèse sur les EPS. En effet, contrairement à la comptabilité générale qui s'impose aux EPS, en vertu des lois et des normes spécifiques, la comptabilité analytique n'est régie par aucun texte réglementaire. La décision de conception et de mise en place d'un système de comptabilité analytique revient au dirigeant. C'est ce dernier, en fonction des besoins internes de l'établissement, qui va décider de la pertinence ou non du système. La comptabilité analytique, revêt de plus en plus d'importance, en ce qu'elle intervient en tant qu'outil d'aide à la décision.

Les objectifs de la comptabilité analytique appliquée aux EPS sont :

- la détermination des prix de revient des soins ;
- la négociation avec la tutelle des tarifs de soins pratiqués ainsi que des montants de prise en charge des soins par les caisses de sécurité sociale ;
- l'analyse approfondie de la structure des coûts, ainsi que de leur évolution, ce qui est de nature à favoriser un meilleur fonctionnement interne et une plus grande réactivité pour prendre les mesures correctives adéquates.

- **Le régime fiscal des EPS**

En matière fiscale, les EPS empruntent également au secteur privé le régime fiscal des entreprises. Conformément aux articles 45 et 46 du code de l'impôt sur les revenus des personnes physiques (IRPP) et de l'impôt sur les sociétés (IS), les EPS, en raison de leur affiliation commerciale, sont soumis au même régime fiscal que les entreprises commerciales, tel que prévu expressément par l'article 18 de la loi 91-63 portant organisation du secteur sanitaire public.

- **L'organisation financière des EPS**

La nouvelle organisation hospitalière met à la charge des EPS un ensemble d'obligations financières.

- **La contractualisation**

Dans le domaine de l'action administrative publique, le contrat s'est imposé comme un moyen à la disposition des autorités publiques pour résoudre les problèmes, auxquels, elles faisaient face. En effet, les autorités publiques, n'ont pas tardé à conclure divers contrats, intra sphère publique et même avec des personnes privées. Elles se sont engagées massivement dans la passation de contrat avec le secteur non public. Le mécanisme de contractualisation qui a investi le domaine de l'action administrative publique relève « *d'une forme d'institutionnalisation du contrat, une généralisation et une pérennisation de la relation contractuelle. Cette passion pour le contrat peut sembler paradoxale à divers égards. Le contrat constitue surtout le mode juridique de droit commun des relations entre personnes privées. Il n'est donc pas le mode premier d'intervention de la puissance publique qui lui a longtemps préféré l'acte unilatéral....* » (Siddiqui et al, 2006).

Dans le domaine de la santé publique, la contractualisation constitue un axe stratégique important de la réforme, « *contracting is an important element of health sector reform*

programmes in many countries because it provides governments with a management and regulatory tool that creates incentives for improved performance and increased accountability » (Perrot, 2006). Les EPS se sont engagés dans une démarche contractuelle par la passation de plusieurs contrats aussi bien avec des acteurs publics qu'avec des acteurs privés. En effet, la contractualisation a investit des champs d'action étendus de l'hôpital public, aussi bien avec l'autorité de tutelle, par le biais du contrat programme ou contrat d'objectifs, qu'avec le privé, les fournisseurs, les prestataires de service, les sociétés de sous-traitance, les salariés temporels et contractuels et les Activités Privées Complémentaires (APC).

La contractualisation est entendue ici dans son sens le plus large. Elle couvre tous les arrangements contractuels conclus entre les hôpitaux publics et les acteurs publics d'une part et les hôpitaux publics et les acteurs privés d'autre part. Perrot (2006), fait état de la diversité des arrangements contractuels qui peuvent être passés entre le secteur public et le secteur privé. Il les définit comme *« une alliance volontaire sur un objet donné de partenaires indépendants ou autonomes qui s'engagent avec des devoirs et des obligations réciproques et qui attendent chacun des bénéfices de leur relation »* (Perrot, 2004, p.11).

L'idée à l'origine du recours à la contractualisation dans le domaine de la santé publique, repose sur la volonté de concrétiser le principe de marché, l'exemple type étant les appels d'offre pour les marchés publics.

Le contrat programme conclu en interne entre l'autorité de tutelle et l'EPS, constitue un des axes de la contractualisation. Il s'inscrit dans le cadre d'une plus grande autonomisation des hôpitaux publics, en leur concédant une marge de manœuvre pour traiter de certains domaines de la gestion. Selon l'article 13 du décret 1844 du 2 Décembre 1991, fixant l'organisation administrative et financière des EPS, le contrat programme est un contrat *« établi entre le ministère de la santé publique, et l'établissement public de santé, doit définir les objectifs généraux des activités de l'établissement et leur développement sur les plans sanitaire, technique et financier. A ces fins le contrat programme détermine les moyens humains et matériels dont l'établissement doit disposer pour accomplir sa mission »*. Le contrat programme, comme son nom l'indique s'inscrit dans le cadre d'une stratégie long terme de l'hôpital. Il intervient en tant que plan d'action, pour aider l'établissement à l'élaboration de sa stratégie. Il prévoit une planification sur plusieurs années de l'activité hospitalière. L'élaboration du contrat programme est faite conjointement par le directeur général et par le comité médical, en respect de la méthodologie suivante :

- inventaire des activités et des moyens à la disposition de l'établissement
- définition des objectifs et des priorités de l'établissement
- détermination des moyens financiers et humains à mobiliser pour atteindre ces objectifs
- répartition annuelle des objectifs fixés et des moyens à mettre en place pour les atteindre

Le contrat programme est un plan d'action quinquennal, il est établi sur une période de cinq ans. Il prévoit une évaluation annuelle des réalisations par l'établissement d'un rapport de suivi qui calcule les écarts entre les prévisions et les réalisations. Les écarts identifiés, doivent faire l'objet d'une justification, les motifs du retard doivent être expliqués.

L'autre figure classique de la contractualisation dans les EPS est l'externalisation de services non médicaux par le mécanisme de sous-traitance. Depuis 1993, les EPS font recours à la contractualisation pour certaines activités à caractère non médical : restauration des malades,

nettoyage, gardiennage et assistance comptable. En 2001, sur les 21 EPS, 16 ont fait appel à la contractualisation. Deux raisons principales ont poussé les EPS à choisir la sous-traitance de certains de leurs activités non médicales : tout d'abord, la qualité médiocre des services de restauration et de nettoyage qui a été critiquée par les patients. Ensuite, l'indisponibilité d'un personnel qualifié en nombre suffisant pour assurer ces activités, en raison des restrictions budgétaires.

Les EPS, en concertation avec le ministère de la santé publique, ont élaboré des cahiers de charge pour servir de référence à l'élaboration des contrats de sous-traitance. Ces cahiers de charge mettent l'accent sur 4 domaines en particulier : les considérations techniques spécifiques à chaque activité, les ressources allouées par chacune des parties, la répartition des tâches entre les parties contractantes et les moyens de contrôle prévus par l'organisation hospitalière.

➤ Les Activités Privées Complémentaires (APC)

Les APC remontent à l'année 1995. Elles ont été créées en vertu du décret N° 95-1634 du 4 Septembre 1995, relatif à l'exercice d'une activité privée complémentaire par les professeurs et les maîtres de conférences agrégés hospitalo-universitaires et complété par le décret N° 2007-120 du 25 Janvier 2007.

L'APC donne droit aux médecins hospitalo-universitaires de la santé publique, d'exercer une activité privée à raison de deux demi-journées par semaine. Lorsqu'elle a été promulguée, l'APC avait pour objectif de garder les médecins du secteur public et d'éviter leur « fuite » vers le secteur privé, par l'augmentation de leurs sources de revenus.

➤ La budgétisation

Les EPS sont tenus d'établir annuellement un budget prévisionnel de fonctionnement et d'investissement ainsi qu'un schéma de financement. Cette obligation est stipulée par le décret 91-1844 du 2 décembre 1991 fixant l'organisation administrative et financière des EPS dans ses articles 12, 14, 15 et 17.

Les budgets sont établis sur la base des estimations de l'activité et en totale concordance avec le contrat programme. Ils sont élaborés par la direction générale de l'EPS et arrêtés par le conseil d'administration, au plus tard le 31 Aout de chaque année et approuvés par la tutelle.

➤ L'autonomie financière

La nouvelle loi sur l'organisation hospitalière, a doté les EPS d'une autonomie financière. Conformément à l'article 18 de la loi 91-63 du 29 juillet 1991, « *les EPS sont dotés de la personnalité civile et de l'autonomie financière. Ils sont réputés commerçants dans leurs relations avec les tiers* ». En vertu de cette loi, les EPS ont gagné leur indépendance juridique et financière. Ils ne relèvent plus de la tutelle, pour assurer leur financement, en ce qu'ils gèrent leurs propres ressources. L'autonomie financière concédée aux EPS a induit des conséquences comptables, juridiques, financières et économiques.

D'un point de vue juridique, les EPS ont acquis une indépendance vis-à-vis de la tutelle. Ils sont détenteurs d'une personnalité morale et de ce fait, leur responsabilité civile peut être engagée vis-à-vis des tiers. C'est ainsi qu'ils peuvent assigner et se faire assigner devant les tribunaux conformément au code des procédures civiles et commerciales. Les actes qu'ils

concluent sont réglementés par le code des obligations et des contrats et le code du commerce.

D'un point de vue financier, les EPS disposent d'une autonomie pour la gestion de leurs ressources et de leurs dépenses. Ces aspects relèvent du domaine d'action du conseil d'administration et du directeur général. En effet, les ressources des EPS ne sont plus financées uniquement et intégralement par le budget de l'Etat. Engageant des charges propres, ils ne peuvent plus se contenter de simples subventions allouées dans le cadre d'un budget de l'Etat. Les ressources à leur disposition sont composées principalement des encaissements reçus des clients (malades, caisse de sécurité sociale et assurance), et du budget de l'Etat.

D'un point de vue comptable, les EPS ont migré vers une comptabilité financière, en remplacement de la comptabilité publique. Cette dernière est recommandée pour la mesure et le suivi des charges et des produits, de manière à pouvoir assurer l'équilibre financier de l'établissement.

D'un point de vue économique, les EPS disposent de l'entière responsabilité pour la gestion de leurs propres moyens par l'approvisionnement des biens et des services nécessaires à leur fonctionnement. Ils sont tenus donc responsables des répercussions financières pouvant résulter des transactions engagées.

➤ L'orientation client

Le manuel des procédures se place explicitement en faveur d'une plus grande ouverture sur l'environnement externe. Il porte une attention particulière aux patients, incitant à une meilleure écoute de leurs besoins par l'activation de plusieurs mécanismes participatifs. En effet, en vue d'une plus grande humanisation de la structure hospitalière et en vue d'améliorer les conditions d'accueil et de renseignement du public, le manuel des procédures a prévu l'implantation d'un bureau de renseignement à l'entrée des établissements hospitaliers. Il insiste sur le fait que cette cellule soit confiée à un responsable qui maîtrise les rouages des services de l'hôpital et qui ait un sens des relations humaines. Par ailleurs, le manuel prévoit la désignation d'une assistante sociale ou à défaut d'une infirmière formée dans le domaine social pour se mettre à l'écoute des patients. Au niveau du bureau d'accueil ou de renseignement, un registre côté et paraphé par le ministère de la santé publique, à été mis à la disposition des citoyens pour pouvoir y inscrire leurs suggestions et leurs réclamations.

L'orientation client constitue un des principaux axes de la réforme. Elle marque une nette évolution de la réforme à travers l'ouverture de l'hôpital sur son environnement externe (politique « *Exit* » vs politique « *Voice* »). L'hôpital a intégré la démarche de qualité totale. En effet, la figure « *classique* » du patient, n'est plus à l'ordre du jour, elle a évolué pour épouser les nouveaux traits propres à l'utilisateur et au client. L'hôpital public en optant pour une démarche de qualité, s'est mis à l'écoute des patients pour la satisfaction de leurs besoins. A cet égard, plusieurs actions ont été entreprises : enquêtes de satisfaction, livret d'accueil, participation de l'association de défense des usagers...

➤ Les applications informatiques

L'informatisation du système d'information hospitalier a été décidée dans le cadre de réforme hospitalière de 1991, portant création des EPS. Le ministère de la santé publique a procédé à la création d'un centre informatique en son sein, ainsi que l'élaboration d'un système informatique construit autour d'un ensemble d'applications informatiques.

Le Centre Informatique du Ministère de la Santé Publique (CIMSP) est responsable de la conception, du développement, de l'installation et de la maintenance du système informatique de tous les EPS, ainsi que de la formation du personnel à son usage. Il est le seul habilité à procéder aux modifications et aux mises à jour de façon centralisée pour être généralisées à tous les EPS tunisiens.

Les applications informatiques dans les EPS, comportent plusieurs modules : la comptabilité générale, la gestion de trésorerie, la gestion des approvisionnements et des stocks, la gestion des médicaments, la maintenance des équipements biomédicaux, la gestion des admissions, la facturation, la gestion des soins ambulatoires. Ces applications informatiques sont réparties entre le « *front office* » et le « *back office* ».

Nous allons dans ce qui suit dresser un inventaire des principales applications informatiques tout en présentant leurs modalités de fonctionnement :

- L'application de gestion financière

Elle comporte deux modules, un module de gestion de trésorerie et un module de gestion des paiements. Le module de gestion de trésorerie est relatif à l'enregistrement des règlements des patients ainsi que l'édition des encaissements. Pour le second module, il est destiné à la prise en charge des factures des fournisseurs et de leur paiement.

- L'application de comptabilité générale

Cette application comme son nom l'indique est consacrée à la saisie et à la tenue des opérations comptables pour l'établissement des états financiers (grand livre, balance comptable...).

- L'application gestion comptable des immobilisations

L'application est réalisée par le centre informatique du ministère de la santé publique en collaboration avec les EPS dans le but d'aider les hôpitaux à gérer les immobilisations.

Ses principales tâches sont :

*gestion des paramètres tels que les familles, les sous-familles, et les articles d'immobilisation

*gestion des immobilisations

*calcul des amortissements

*gestion des travaux de démarrage

L'utilité de l'inventaire réside dans le fait qu'il permet un rapprochement entre les chiffres de comptabilité et la réalité afin que l'hôpital puisse s'apercevoir de l'importance du patrimoine de son établissement à la date de l'inventaire. L'inventaire à une importance capitale, il est à la fois le résumé des situations antérieures et préfaces des situations suivantes, il constitue un élément stable, le pivot en quelque sorte d'une comptabilité.

- L'application de gestion des approvisionnements

Cette application permet la gestion des fournisseurs et le suivi des commandes lancées et des marchés conclus, en fonction des données saisies sur les marchés, les fournisseurs et les commandes. Elle permet un suivi régulier des commandes lancées, livrées et celles en cours, l'identification des marchés en cours et la détermination des marchés par fournisseur, par commande et par période.

- L'application de gestion des stocks

Les traitements relatifs à cette application concernent la tenue des stocks, la saisie des réceptions des matières et des marchandises, les livraisons aux services, la saisie des bons de

sortie et de retour. Elle assure la gestion des inventaires par la prise en charge du stock initial, des quantités inventoriées, la visualisation et l'édition des listes d'inventaires. Enfin, elle permet le rapprochement entre l'inventaire physique et le stock théorique pour le calcul des écarts. Elle produit des indicateurs tels que la consommation d'un article par période et par service. La finalité de l'application STKMAG est de faire en sorte que les approvisionnements soient aptes à répondre aux demandes des utilisateurs dans des conditions économiques optimales. Il existe deux objectifs complémentaires : aptitude à répondre aux besoins des services et optimisation des conditions économiques par la gestion des coûts d'approvisionnements.

- L'application de suivi budgétaire

Cette application consiste à vérifier la correspondance entre le budget et les recettes. Elle permet également l'élaboration du projet de budget à soumettre à l'autorité de tutelle, soit le budget prévisionnel.

- L'application de gestion des admissions

L'application de gestion des admissions, permet le suivi de l'épisode d'hospitalisation d'un patient depuis son arrivée à l'hôpital jusqu'à sa sortie. Elle présente les fonctionnalités suivantes :

- gestion des informations médico-administratives du patient
- normalisation des paramètres par l'utilisation d'une nomenclature nationale (service, régime, région...)
- identification du patient par un index unique
- production de statistiques et d'indicateurs d'aide à la décision
- gestion des transferts inter-service (le service, le médecin, la date)
- production d'une base de données sur les médecins (statut, grade, spécialité, service)
- gestion des sorties (date, mode de sortie)

- L'application gestion des soins ambulatoires

Elle permet la saisie des inscriptions des patients et la production de statistiques relatives à la détermination du nombre de malade par médecin et par catégorie.

- L'application de gestion des médicaments

Cette application est affectée à la gestion de l'approvisionnement, du stockage et de la distribution des médicaments. Les principaux traitements qui lui sont relatifs concernent, la détermination des commandes, l'enregistrement des livraisons et leur prise en charge par l'établissement des bons de sortie et de prélèvement, les travaux d'inventaire...

- L'application de gestion de la facturation

Elle est affectée à l'établissement des factures des patients par acte et conformément aux données figurant dans le dossier médico-administratif. Ces factures feront l'objet d'une génération automatique dans l'application comptabilité.

Cette application fournit des indicateurs sur le chiffre d'affaire et les actes réalisés par type et par régime de prise en charge. Elle permet également l'édition de la liste des factures par période, par régime, par service, par liste des acceptés et non facturés et des sortants non facturés.

- L'application gestion des rendez-vous

Cette application est utilisée au niveau des consultations externes pour la gestion des prises de rendez-vous. Elle permet la gestion des salles d'attente, l'affectation des rendez-vous par

médecin et la prise en charge des dossiers de consultation. Cette application vise entre autres :

*l'amélioration de la qualité d'accueil et du confort des patients par la réduction des délais d'attente et la diminution des goulots d'étranglement

*l'optimisation de la gestion des ressources de service

*l'allègement de la charge de travail pour les secrétaires, en les déchargeant des tâches de manipulation d'agenda, de tri et de classement

*l'amélioration de la fiabilité des informations.

Le système en question présente les fonctionnalités suivantes :

- attribution d'un rendez vous

- suivi des charges et des disponibilités des différents services ainsi que la gestion des plannings et des congés du corps médical du service

- préparation de la venue des patients (édition de la liste des patients par consultation, récupération des dossiers des malades la veille et diffusion des informations utiles aux services concernés)

- mesure de l'activité prévisionnelle de l'hôpital

- L'application de maintenance biomédicale

Cette application est tournée vers la gestion des équipements de l'hôpital depuis leur acquisition jusqu'à leur amortissement. Elle attribue à chaque équipement un code unique pour permettre le suivi des interventions palliatives et curatives auxquelles, il a été soumis.

Organisation des EPS

• Le manuel des procédures

Le manuel des procédures est la pierre angulaire de la réforme hospitalière de 1991. Ce manuel, rédigé en 1992, a guidé la refonte du système d'information et de gestion des hôpitaux. Ce manuel, à travers la définition claire et concise de la politique, des structures, des fonctions, et des procédures applicables dans les organisations sanitaires publiques, s'est imposé comme le référentiel de base de la réforme hospitalière. Il s'agit d'un document écrit qui décrit l'organisation et la formalisation des procédures de gestion en se basant sur la combinaison de deux approches : la définition des fonctions et la description des processus de travail.

La conception du manuel des procédures s'est faite en tenant compte des particularités de l'activité hospitalière. Il a intégré les principales procédures auxquelles l'hôpital est tenu de se conformer dans ses relations avec les usagers et le personnel. Il a fixé également les documents administratifs nécessaires au fonctionnement de l'hôpital.

En matière d'organisation, le manuel propose un modèle d'organigramme pour les EPS. Il présente également les fiches de postes des principales fonctions en décrivant les relations hiérarchiques qui les lient les unes aux autres et les missions dont elles ont la charge.

Les procédures suivantes ont été portées dans le manuel des procédures :

- les procédures de gestion du bureau d'ordre, de réception, d'émission et de transmission du

courrier aux différentes unités de l'hôpital

- les procédures d'hospitalisation et de gestion des malades. Ce volet concerne les procédures d'admission et de prise en charge des malades, les procédures des transferts interservices, des formalités de sortie et de facturation

- les procédures de gestion des rendez-vous, de consultation externe et des soins ambulatoires

- les procédures de gestion des dossiers médico-administratifs des malades, de leurs rapports d'analyse, et des bulletins de prescription des médicaments;

- les procédures de gestion financière notamment de gestion budgétaire, de gestion de trésorerie et d'établissement des états financiers

- les procédures des services auxiliaires pour la gestion de la maintenance des équipements, de la restauration et de gardiennage

- les procédures de gestion des approvisionnements en marchandises, en produits pharmaceutiques, en produits alimentaires ainsi que les procédures de lancement des appels d'offres

- les procédures de gestion des magasins pour le suivi des stocks, la détermination des commandes et l'inventaire physique

- les procédures de gestion des ressources humaines relevant des domaines de recrutement, de gestion des carrières, de gestion des congés, de gestion des rémunérations et de gestion sociale.

- **Organigramme des EPS**

Le manuel des procédures en tant que cadre normatif de gestion hospitalière, propose une réorganisation de l'hôpital par l'ajout de plusieurs services à visée gestionnaire. L'organigramme, défend un modèle de dilution des responsabilités, selon lequel les pouvoirs ne restent pas concentrés aux mains d'une seule partie. L'organigramme type des EPS tel que proposé établit une direction par objectifs, consacre une continuité du système d'information indépendamment du personnel hospitalier et prend en considération le degré de spécialisation des centres hospitaliers et de la nature de leur activité. Dans cette structure, les organes consultatifs ont un rôle très important à jouer en matière de conception des plans de développement. Le nouveau découpage fonctionnel, permet une nette séparation des tâches, en vue d'éliminer les incompatibilités qui ont pour longtemps entraver l'installation d'un système de contrôle interne et d'un système d'information de gestion fiable. Le choix de cette nouvelle configuration structurelle vise également la consolidation de certaines fonctions qui ont été marginalisées, en dépit de leur centralité, notamment les fonctions maintenance des équipements, d'hôtellerie, d'accueil et d'audit....

- **Organisation fonctionnelle des EPS**

La structure organisationnelle de l'EPS place en haut de la hiérarchie la direction générale, les unités de contrôle de gestion et d'audit interne et le comité médical. Elle admet les fonctions suivantes :

- la fonction financière

- la fonction d'approvisionnement
- la fonction des ressources humaines
- la fonction de gestion des malades
- la fonction des services auxiliaires
- les services hospitaliers
- la pharmacie

L'équipe de direction est composée par la direction générale, le comité médical, le contrôleur de gestion et l'auditeur interne. Ces différentes unités, assistent la direction générale pour l'organisation, le contrôle et la maîtrise des activités de l'établissement. Elles ont été placées en staff, pour qu'elles puissent être indépendantes et tenir comme il se doit leur rôle de contrôle de la direction.

Le directeur général est celui qui gère l'établissement. Il est tenu de représenter l'EPS dans tous les actes engagés et d'assurer sa liaison avec les organismes externes.

L'audit interne a pour mission d'évaluer de façon périodique et régulière le degré de respect et d'application des procédures de travail, par la mise en place d'un système de contrôle interne.

Le contrôle de gestion est destiné à aider la direction générale pour la conception de la stratégie de l'établissement. Il procède à l'évaluation des différentes fonctions par la production d'indicateurs de gestion et de tableaux de bord, pour le calcul des coûts et des résultats et la suggestion des actions correctives à apporter dans le sens de la réalisation des objectifs prévus.

Le comité médical, est responsable de la politique de l'établissement en matière médicale et scientifique. En effet, il procède à l'élaboration et à la supervision du programme annuel de recherche médicale de l'hôpital. Il est tenu également de s'assurer de l'efficacité et de l'efficacité du fonctionnement des différents services hospitaliers sur le double plan médical et de formation-enseignement.

- La fonction financière : elle comprend plusieurs unités, ayant pour rôle de veiller à la gestion de la trésorerie, de la comptabilité générale et analytique et du budget. Elles sont appelées à s'assurer de l'équilibre financier à l'hôpital, en portant conseil à la direction générale en matière de décisions financières à la faveur d'une meilleure gestion des ressources financières par le paiement des engagements et le recouvrement des créances.

Pour l'unité des opérations financières, elle a la charge d'assurer la gestion de la trésorerie. Elle est responsable de l'établissement des traites, du suivi et du recouvrement des créances de l'hôpital. En outre, elle doit procéder à l'élaboration des échéanciers des paiements et au contrôle des règlements des fournisseurs et des créanciers de l'hôpital.

Pour l'unité comptable, sa mission consiste à assurer le traitement comptable des événements, faits et opérations relatifs aux activités de l'EPS conformément à la réglementation en vigueur. L'unité de comptabilité générale a pour rôle d'établir les états financiers tel que prévus par la norme comptable tunisienne, ainsi que de procéder aux travaux d'imputation et de tenue des écritures comptables. En matière de comptabilité analytique, cette fonction est chargée d'élaborer un système

analytique adapté aux activités hospitalières permettant de mesurer les coûts et d'améliorer les performances. Elle est tenue d'élaborer de façon périodique des tableaux de bord et des états comparatifs de coûts.

En ce qui concerne la gestion budgétaire, le budget de l'EPS est préparé au cours du quatrième trimestre de chaque année. Il mobilise la participation des divers centres de responsabilité de l'hôpital. L'élaboration du budget se fait selon les étapes suivantes :

- fixation des objectifs de l'hôpital pour l'année à venir
- élaboration du budget par centre de responsabilité
- ajustement des prévisions pour l'élaboration du budget général
- soumission du budget à la direction générale pour discussion
- soumission du budget au conseil d'administration et à l'autorité de tutelle pour approbation.

- La fonction des ressources humaines : Le personnel est au cœur du fonctionnement des EPS. En effet, les charges du personnel constituent la part la plus importante des charges engagées par l'hôpital. La fonction des ressources humaines couvre les domaines suivants : la gestion du personnel, la formation, l'activité médico-sociale et les affaires juridiques de l'EPS. Elle veille à assurer la bonne application de la politique du ministère et des directives de la direction générale en matière de ressources humaines, des prestations sociales et de la formation du personnel.

La fonction des ressources humaines assure les rôles suivants :

- la tenue des dossiers administratifs du personnel ainsi que la gestion des salaires (recrutement, titularisation, paie, congés, sanctions...)
- la gestion des carrières et des promotions
- l'organisation et la gestion des activités de formation au profit du personnel
- la gestion des affaires sociales du personnel (sécurité sociale, médecine de travail...)

- La fonction approvisionnement : elle tient une place importante au sein des EPS. Elle consomme une part prépondérante des budgets d'investissement et de fonctionnement. Les besoins en approvisionnement de l'hôpital sont variés, ils concernent principalement des produits de nature médicale, tels que les médicaments, les réactifs, les équipements médicaux... ainsi que les produits alimentaires et de restauration. Elle est tenue de subvenir aux besoins des autres services, dans la limite du budget alloué, tout en assurant les meilleures conditions d'achat et en total respect de la réglementation en vigueur pour le lancement des marchés publics. C'est le chef de service concerné ou le directeur général qui doit exprimer des besoins pour l'établissement du bon de commande. Pour les achats de biens qui dépassent 100 000 dinars et ceux de service qui dépassent 30 000 dinars, ils doivent faire l'objet d'un marché public. En ce qui concerne les acquisitions des immobilisations (équipement et mobilier), elles relèvent de la responsabilité d'un comité d'immobilisation. Cette fonction est portée par deux unités, achat et stock. L'unité d'achat est composée d'un bureau de prospection, d'un bureau de gestion des commandes et d'un bureau de transport et de livraison. L'unité de gestion des stocks, comprend un bureau de réception, un bureau de distribution, et un bureau de comptabilité matière. L'unité de gestion des achats, est tenue de mettre en application la stratégie de l'EPS en matière d'approvisionnement afin de garantir une utilisation rationnelle des ressources de l'hôpital. Elle intervient au nom de l'EPS auprès des fournisseurs, et réalise les opérations d'achat depuis le lancement de la commande

jusqu'à la réception de la marchandise. Par ailleurs, elle gère les marchés lancés, négocie les contrats d'approvisionnement passés et règle les non conformités et les réclamations des fournisseurs. L'unité de gestion des stocks, vise une gestion économique du stock par l'optimisation des coûts de stockage des articles au magasin. Elle veille au maintien des stocks à un niveau adapté aux besoins de l'EPS et dans de bonnes conditions de conservation.

- La fonction de gestion des malades : La gestion des malades concerne la gestion administrative et logistique des malades depuis leur entrée jusqu'à la fin des soins et donc de la sortie. Ses structures sont destinées à l'accueil, à l'information et le renseignement des malades et des accompagnants. Elle procède à la création du dossier administratif du patient, à son suivi tout au long du séjour et à l'accomplissement des procédures de sortie des malades. Elles procèdent à la facturation et à l'encaissement des sommes payées par les malades.
- Les services hospitaliers : Le service des protocoles médicaux et de nursing, le service d'hygiène hospitalière et le service de l'archivage font partie des services hospitaliers. Ils sont tournés vers les activités de surveillance, de prévention, d'éducation sanitaire et d'hygiène hospitalière. Pour sa part, le service en charge des archives médicales veille à assurer la conservation des dossiers médicaux, leur accessibilité, et la protection de leur confidentialité.
- Les services médicaux : A l'opposé des services hospitaliers, les services médicaux sont plus tournés vers l'hébergement et les soins des malades. Chaque service médical, procède à la mise à jour du dossier médical du malade en y inscrivant toutes les informations se rapportant au séjour, aux actes de soins prodigués. Il doit s'assurer que le dossier médico-administratif comprend toutes les informations requises pour les besoins de la facturation. Il est en mesure d'autoriser ou non la sortie des malades en assurant le transfert des informations au service de gestion des malades. Par ailleurs, il a la charge de préparer les bons de commande des repas, des médicaments, des examens, des analyses....
- Les services médico-techniques : L'activité médico-technique couvre les laboratoires d'analyse médicale, les blocs opératoires, et les salles de réanimation, les services de radiologie et de radiothérapie. Il s'agit des services chargés de réaliser les actes médico-techniques pour le compte des services d'hospitalisation et de consultations externes. Ces actes relèvent des actes d'analyse, de radiologie, et opératoires. Les laboratoires, le service de radiologie et les salles de bloc opératoires, font partie de ces services.
- Les services auxiliaires : ils sont plus tournés vers les activités d'entretien et de maintenance des équipements de l'hôpital. Ils veillent à assurer le fonctionnement optimal du plateau technique par la réalisation d'action de maintenance préventive et curative planifiées ou urgentes. Les actions de maintenance préventives sont prévues à l'avance conformément à un planning préétabli. Egalement, ces services doivent réagir aux demandes des services pour assurer la réparation urgente des équipements. Ils assurent également la réception et l'installation technique des équipements de

l'EPS. Par ailleurs, ils procèdent à la supervision et au contrôle des travaux d'investissement confiés à des entrepreneurs.

En vertu de la réforme, les deux mondes public et privé, jadis étanches devenaient de plus en plus perméables, empruntant chacun à l'un et à l'autre, par le biais d'un rapprochement idéologique.

La réforme hospitalière a jeté les fondements d'une nouvelle gestion hospitalière. Elle a principalement visé les procédures de gestion des hôpitaux publics par la concession d'une plus grande autonomie et la décentralisation de certaines tâches administratives, jadis confiées aux autorités centrales. Elle considère que la rigidité du statut de la fonction publique, la centralisation de la décision, et l'utilisation d'un système de budget global avec des médecins salariés, constitue une entrave à des prestations de soins de qualité.

La réforme hospitalière a concerné deux grands champs structuraux et institutionnels des hôpitaux universitaires. Sur un plan institutionnel, les hôpitaux universitaires ont migré vers le statut d'EPS. Cette nouvelle entité légale qui a fait irruption dans le paysage public de santé, est de nature à conférer moins d'autonomie que l'Etablissement Public Industriel et Commercial (EPIC) et plus d'autonomie que l'Etablissement Public Administratif (EPA). A défaut de privatiser la santé, les autorités gouvernementales ont opté pour un statut médian qui maintient le caractère public tout en lui conférant une plus grande autonomie, « *tout en continuant de relever du secteur public, la formation sanitaire est dotée d'une personnalité morale de droit public assumant une mission de service public et disposant de l'autonomie administrative et financière* ». A ce jour la Tunisie compte 20 EPS, doté chacun d'un conseil administration et d'un directeur général. Sur le plan de la structure organisationnelle, la réforme a œuvré en faveur d'une déconcentration du pouvoir par la mise en place d'une structure d'autorité tripartite dans laquelle le conseil d'administration se charge de définir les orientations politiques de l'établissement et d'approuver la gestion, le comité médical organise les activités médicales et scientifiques de l'établissement et la direction générale exécutive assure la gestion quotidienne de l'hôpital. Elle a entraîné un changement de l'organigramme par la création de nouvelles unités administratives à connotation managériale.

Annexe 2 Guide d'entretien avec le personnel

Thème 1 : La réforme, une mise en contexte

Il s'agit dans cette première partie d'approcher la réforme hospitalière en des termes généraux en amenant les répondants à évoquer les changements survenus respectivement dans l'hôpital et dans le service tout en décelant leurs appréciations personnelles à leurs égards.

La réforme a été initiée, depuis un peu plus de deux décennies, elle est de ce fait un fait accompli, une réalité vécue par les acteurs. C'est ainsi que dans l'entretien, elle sera abordée de façon implicite, en dépistant ses principales facettes. Le travail de recherche à accomplir relève de l'ordre d'une recherche rétrospective.

- Depuis quand travaillez vous dans l'hôpital ? Est-ce que vous avez toujours travaillé ici ou bien est ce que vous avez été muté d'un autre établissement public ?
- Pour intégrer l'hôpital, quelle est la formation que vous avez suivie ?
- A quel service appartenez-vous ? Est-ce que vous avez toujours travaillé dans ce service ? Quand est-ce que vous l'avez intégré ? Sinon, est ce que vous avez été muté d'un autre ? Pourquoi ?⁵
- Depuis que vous êtes à l'hôpital, quelles sont les principaux évènements qui l'ont marqué ? Et à propos du service dans lequel vous travaillez, quels sont les principaux évènements qui l'ont marqué ?
- Que pensez-vous de la réforme ?
- Comment avez-vous trouvé l'hôpital après cette réforme ?
- Qu'est ce qui a changé pour vous après la réforme ? Quels sont les aspects de votre travail qui ont été touchés par la réforme ?

Thème 2 : Le travail hospitalier à l'épreuve de la réforme

Il est question dans cette partie, d'interroger les acteurs sur le contenu de leur travail, l'objectif étant de déceler les caractéristiques du travail, d'apprécier à quel point le travail a changé suite à la réforme, d'identifier le niveau de pénétration des nouvelles pratiques apportées par la réforme dans les habitudes du personnel et de préciser l'appréciation personnelle que ces derniers portent à l'égard du changement.

⁵ Questionner l'histoire personnelle et ancienneté à travers la reconstitution d'évènements et d'expérience du passé.

Sous-thème 1 : Le contenu du poste de travail

- En quoi consiste votre travail ?
- Pouvez-vous me décrire une journée de travail ?
- Quels sont les aspects principaux de votre travail ? Pouvez-vous les décrire ?
- Quelles sont les tâches qui vous prennent le plus de temps ?
- Quelles sont à vos yeux, les tâches les plus importantes ? Pourquoi ?
- Quels sont les aspects de votre travail que vous appréciez le plus ? Pourquoi ?
- Quelles sont les principales valeurs⁶ qui guident la réalisation de votre travail ?
- Qu'est ce que vous faites passer en priorité⁷ dans votre travail ?
- Qu'est ce que qui compte le plus pour vous ? Pourquoi ?

Sous-thème 2 : La place du poste de travail dans l'organisation

- Si j'avais à remplacer, quelles aptitudes, capacités, compétences devrais-je développer ?
- A qui et à quoi, votre poste est-t-il utile en priorité ? Pourquoi faire ?
- Quelles sont les contributions et les services que vous fournissez à chacun de vos clients (internes et externes) ?
- De qui dépendez-vous dans l'hôpital ? Sous la responsabilité de qui êtes-vous ?
- Comment s'articulent vos activités par rapport à celles des autres collègues au sein du bureau, du service... ? Sont-elles bien délimitées ? Y-a-t-il des recouvrements de tâches avec d'autres catégories, lesquelles ? A quels moments ? Quels sont les avantages et/ ou les inconvénients de ces recouvrements ?
- Avec quel (s) service (s) êtes-vous le plus fréquemment en contact ?

Sous-thème 3 : L'organisation du travail⁸

- Pouvez prendre des initiatives ? Lesquelles ? Avez-vous des délégations de tâches ?
- Qui se charge d'organiser votre travail ? Comment ?
- Est-ce que vous travaillez en équipe ?
- Est-ce que vous êtes contrôlé dans la réalisation de votre travail ? Par qui ? Sur quoi on est exigeant vis-à-vis de vous ? Etes vous évalué et sur quoi ?
- Qui est votre supérieur hiérarchique ?

Sous-thème 4 : La place de l'informatisation et de l'outil informatique⁹

- Quelle est la place de l'outil informatique dans votre travail ? Est-ce que vous y avez recours pour la réalisation de votre travail ? Depuis quand ? Pourquoi faire ?

⁶ Questionner les valeurs du travail, permettra de cerner l'identité-métier.

⁷ En raison de l'ambivalence des perceptions à laquelle sont soumis les acteurs, ces derniers procèdent à une hiérarchisation de leurs priorités.

⁸ Dans l'entretien, on essaiera de faire ériger des concepts et des préceptes managériaux (le management participatif par objectifs, l'empowerment, individualisation des rémunérations, travail en équipe,...) l'objectif étant de mettre en exergue les outils de la réforme et en quoi elle s'inspire de la NGP.

⁹ Cette partie de l'entretien vise à dépister les enjeux humains de l'instrumentation de l'activité publique. Elle cherche à mesurer la vitesse de propagation du changement et à démontrer et à expliquer les décalages temporels d'appropriation des outils de gestion entre les acteurs intra et inter services. L'usage des TIC constitue le support de la réforme hospitalière. En effet, les nouvelles pratiques de management sont portées par les outils informatiques et logiciels. La consultation des documents internes et l'observation du terrain ont conforté notre choix pour les applications informatiques comme vecteur de la réforme institutionnelle.

Avec quelle fréquence utilisez-vous l'informatique ?

- Est-ce que vous avez trouvé des difficultés pour utiliser les applications informatiques fournies par le CIMSP ?
- Est-ce que vous avez reçu une formation d'initiation spécifique avant l'informatisation ?
- Votre initiation à l'outil informatique et aux logiciels, est-ce qu'elle a été facile ou difficile ? Comment avez-vous trouvé vous cette formation ? Est-ce qu'elle a répondu à vos besoins ?
- Quelle(s) est la ou les applications utilisées au sein de votre service ou unité ? Depuis quand avez-vous commencé effectivement à utiliser les applications ?
- Quelle (s) sont la ou les applications informatiques que vous utilisez personnellement le plus dans votre travail ?

Sous-thème 5 : L'impact de l'usage des TIC sur le travail

- Que pensez vous des logiciels informatiques prévus par le CIMSP afin d'être utilisés dans le service ? Pourquoi ?
- Les nouvelles pratiques induites par les applications sont caractérisées par quoi ?
- A votre avis, quels sont les aspects de votre activité qui ont été le plus touchés par l'introduction de l'informatique ?
- Est-ce que vous avez remarqué une amélioration du travail suite à l'usage des logiciels ? A quel niveau ? Pourquoi ? Comment ?
- Quelle évaluation faites-vous du travail réalisé au sein de votre unité ? Pourquoi ? Quels critères¹⁰ utilisez-vous ?

Sous-thème 6 : Les contraintes et les difficultés du poste

- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour la réalisation de votre travail ?
- Comment parvenez-vous à les surmonter ?
- Sur qui vous appuyez-vous ? auprès de qui trouvez-vous de l'aide ou bien au contraire qui vous empêche de bien faire votre travail ?

Thème 3 : Les relations de travail avec les différents partenaires

Une fois les activités décrites et les difficultés y afférentes identifiées, il est question de passer à un niveau d'analyse plus perceptuel qui permette de clarifier et d'approfondir le réseau des relations sociales. Aborder dans la première partie les aspects factuels (les tâches concrètes), permet d'éviter l'obtention d'une cartographie biaisée où prédomine l'affectif et le relationnel.

Sous-thème 1 : La nature des relations de travail

- Avec qui êtes-vous en relation suivie dans votre travail ?
- Pour votre travail, lesquelles de ces relations sont les plus importantes ? Lesquelles vous aident ou bien vous créent des problèmes et sont conflictuelles (citez des exemples précis) ?
- Quelles sont vos relations avec vos collègues ?

¹⁰ L'entretien va servir à identifier des critères d'activités pour nous aider à suivre l'évolution de l'activité dans le temps (chronogramme). Il s'agit d'estimer l'ampleur de la pénétration des pratiques dans les routines organisationnelles du monde hospitalier héritées du passé.

- A l'intérieur de votre catégorie ? Avec les autres catégories ?
- Entre les différentes équipes ?
- Avec les malades ?
- Avec les autres services de l'hôpital ?
- A l'extérieur de l'hôpital ?

Sous-thème 2 : L'intensité des relations de travail

- Est-ce qu'il y'a entraide ou non entre votre service et les autres ? Sur quoi ? A quel niveau ? Comment ? Dans quelles circonstances ? A quels moments ?
- Avec quel (s) service (s) êtes-vous en relation étroite ? Qu'est ce que vous pensez de ce(s) service(s) ?
- Qu'en est-t-il des autres services ou unités ?
- Comment percevez-vous les relations avec les autres catégories même si vous ne travaillez pas avec elles ?
- Comment trouvez-vous la qualité des services fournis, en termes de délais¹¹ de réponse principalement (citez des exemples précis) ? Est-ce qu'ils répondent à vos besoins ?

Thème 4 : Perspectives d'avenir et changement

Cette partie est l'occasion pour l'interlocuteur de reprendre le thème centrale de la réforme d'une manière plus pointue en ciblant des questions spécifiques ainsi que de conclure sur les possibilités de changement futur et sur son avenir au sein de l'hôpital.

- Que pensez-vous de la réforme ? Est-ce que vos attentes par rapport à la réforme hospitalière ont été atteintes ou non ?
- Qu'est ce que vous proposez comme changement pour améliorer votre situation de travail ? Que faudrait-il changer pour améliorer votre travail, pour améliorer le fonctionnement d'ensemble de l'hôpital ?
- Comment envisagez-vous l'hôpital dans l'avenir ? Pourquoi ?
- Comment envisagez-vous votre avenir en son sein ? Que comptez-vous faire dans l'avenir ? Souhaitez-vous accéder à la catégorie supérieure ? Pourquoi ?
- Avez-vous déjà entendu parler de la mise à niveau du secteur hospitalier¹² ? Pouvez-vous m'en parler un peu plus ? En quoi consiste-t-il ?
- Pourquoi, à votre avis, le PMN est intervenu à ce moment soit après presque deux décennies de l'entrée de la réforme en application ?

¹¹ Le facteur temps est un facteur clé de l'activité hospitalière.

¹² Un programme de mise à niveau a été décidé en 2009 et a concerné 26 sites dont l'hôpital y compris l'hôpital, objet de l'étude de cas.

Annexe 3 Questionnaire Patient

Dans le cadre d'une recherche doctorale en cours sur les hôpitaux publics, je sollicite votre collaboration pour mieux connaître votre opinion sur les prestations de service offertes. Votre contribution sera précieuse pour la réalisation et l'aboutissement de cette recherche et pour la mise en œuvre éventuelle des actions correctives nécessaires.

Nous vous remercions d'avance pour votre coopération et du temps que vous voudrez bien consacrer pour répondre au questionnaire.

Bien entendu, vos réponses resteront confidentielles et anonymes.

1)- Avez-vous déjà visité l'un des hôpitaux suivants ?

EPS A EPS B Les deux

2)- Depuis quand fréquentez-vous l'hôpital ?

semaine mois ans

3)- Avec quelle fréquence, visitez-vous l'hôpital ?

par semaine par mois par an

4)- Que pensez-vous de l'hôpital ?

Mauvais Moyen Bien Excellent

5)- Est-ce que c'est vous qui avez choisi de vous faire soigner dans l'hôpital ?

Oui Non

6)- Parmi les critères suivants, quels sont ceux qui ont motivé votre choix pour l'hôpital (veuillez mettre une croix devant la réponse qui vous convient) ?

- La proximité géographique
- La spécialisation
- La réputation
- La recommandation du médecin traitant
- La compétence du personnel médical
- L'attachement au service public
- Le plateau technique
- L'accessibilité financière

- Autres.....

7)- Quelle est votre opinion sur les aspects suivants de l'hôpital ? (Mettez une croix devant la case correspondante)

1 Très mauvais 2 Mauvais 3 Moyen 4 Bien 5 Excellent

***Accueil**

	1	2	3	4	5
Conditions de l'accueil (accueil des malades, des accompagnants....)					
Comportement des agents du bureau d'inscription					
Disponibilité des sièges dans la salle d'attente et à l'inscription					
Durée des procédures administratives de l'inscription (délai moyen d'attente d'inscription)					

***Soins**

	1	2	3	4	5
Délai d'obtention d'un rendez-vous					
Horaires des consultations					
Durée de la consultation					
Disponibilité du personnel hospitalier					
Disponibilité des médicaments					
Rapidité de réponse à l'appel du malade					

***Séjour**

	1	2	3	4	5
Horaires des visites					
Restauration					
Tranquillité et calme					
Etat des jardins et des espaces verts					

Conditions de visite de la famille					
------------------------------------	--	--	--	--	--

***Locaux, installations, équipements et dispositifs médicaux (Propreté, hygiène et sécurité)**

	1	2	3	4	5
Propreté et confort de la salle d'attente					
Hygiène des salles de soins					
Confort des salles de soins					
Sécurité des salles de soins					
Hygiène des chambres					
Confort des chambres					
Sécurité des chambres					
Propreté et hygiène des sanitaires					
L'état des équipements et des dispositifs médicaux (unité d'exploration, radio, scanners...)					

***Information des patients**

	1	2	3	4	5
Disponibilité d'information concernant l'hôpital, les services, les modalités administratives d'inscription, le régime d'hospitalisation, les conditions de séjour...					
Qualité de l'information dispensée au patient et à ses accompagnants					
Manière d'expliquer l'état de santé au malade et à ses proches					
Information sur l'évolution de la maladie					
Information sur le protocole de traitement					
Explications quant à la prise et l'utilisation des médicaments					
Explications fournies sur les raisons de réalisation des					

examens complémentaires prescrits					
Informations données sur le suivi, après la fin de la consultation (suivi médical de l'état de santé des malades)					

***Relationnel et éthique (Les relations avec les médecins et les équipes soignantes)**

	1	2	3	4	5
Comportement du médecin avec les patients					
Disponibilité du médecin (en cas de besoin, pendant la journée...)					
Durée et nombre de visites médicales					
Relation patient-infirmier					
Disponibilité des infirmiers (le soir, pendant la journée, rapidité de réaction...)					
Aide prodiguée par les infirmiers au patient (manger, se doucher, se déplacer...)					
Soutien moral et psychologique apporté au patient (écoute du médecin et de l'infirmier aux préoccupations du malade, communication...)					
Respect de la vie privée, de la confidentialité et de l'intimité					

8)- Que doit symboliser pour vous l'hôpital public¹³ (Mettez une croix devant la case correspondante) ?

La compétence	
Le confort	
Le dévouement	
La sécurité	
La rapidité et la réactivité	

¹³ L'intérêt de cette question est de pouvoir évaluer le décalage entre la légitimité « voulue » et la légitimité réellement vécue.

L'accessibilité	
L'égalité de traitement	
La simplicité des procédures	
La qualité des soins	
La continuité des soins	
Le soutien moral et psychologique	
Le plateau technique	
La confidentialité	
Le respect de la dignité humaine	
Autres

9)- Quels sont les aspects de l'hôpital public, auxquels vous accordez la plus grande importance ? (classez les par ordre d'importance de 1 à 13) ? ¹⁴

La compétence	
Le confort	
Le dévouement	
La sécurité	
La rapidité	
L'accessibilité	
L'égalité de traitement	
La simplicité des procédures	
La qualité des soins	
La continuité des soins	
Le soutien moral et psychologique	
Le plateau technique	

¹⁴ Hiérarchisation des priorités et des attentes des malades

La confidentialité	
Le respect de la dignité humaine	

10)- Parmi les critères suivants, quels sont ceux que vous retenir pour caractériser l'hôpital ?

La compétence	
Le confort	
L'attente	
Le dévouement	
La sécurité	
Le risque de faute médicale	
La qualité des soins	
La continuité des soins	
L'insuffisance du personnel	
Le plateau technique	
Le risque de contagion	
Le soutien moral et psychologique	
L'accessibilité	
Le respect de la dignité humaine	
Autres	

11)- Votre état de santé s'est-il amélioré ?

Amélioration Etat stationnaire Dégradation

12)- Est-ce que vous avez l'intention de revenir ?

Oui Non

13)- Au cas où un des membres de votre famille tombait malade, lui conseilleriez de venir à l'hôpital ?

Oui Non

14)- Avez-vous déjà visité l'hôpital A et ou B ¹⁵ ?

Oui Non

15)- Qu'en pensez-vous ?

.....
.....

16)- Quelle est la différence entre l'hôpital A et l'hôpital B ?

.....
.....

17)- Dans l'ensemble comment évaluez-vous les prestations de l'hôpital ?

.....
.....

18)- Quelle est votre opinion sur les hôpitaux publics en général ?¹⁶

.....
.....

Fiche signalétique ¹⁷

Service _____ Consultation _____

Urgences

Adultes _____ Enfants _____ Maternité _____

Age _____

Sexe : M F

Etudes Néant Primaire Secondaire Universitaire

Profession Employé Ouvrier Retraité Etudiant

¹⁵ Dans l'optique d'une étude comparative entre l'hôpital X et l'hôpital Y, il est pertinent de se faire une première idée sur leurs traits distinctifs et sur la manière dont les patients les conçoivent.

¹⁶ L'ensemble des questions 18, 19 et 20 permettent à l'interlocuteur de résumer son point de vue sur l'hôpital dans lequel il est hospitalisé par rapport à d'autres hôpitaux (en l'occurrence l'hôpital Y) ainsi qu'ouvrir sur l'hôpital en général et les événements majeurs qui l'ont marqué depuis quelques années.

¹⁷ Possibilité d'établir des relations entre les dimensions potentielles de légitimité organisationnelle et les autres variables « *personnelles* », âge, sexe, CSP, région, niveau intellectuel, type de pathologie, service d'admission....

Annexe 4 Questionnaire Personnel santé

Dans le cadre d'un travail de thèse en sciences de gestion, je voudrais solliciter votre coopération pour répondre à ce questionnaire qui aura pour objectif d'avoir votre opinion sur l'hôpital et sur sa réforme.

Ce questionnaire est anonyme et ne constitue pas une évaluation personnelle de vos activités.

Nous vous remercions d'avance de bien vouloir répondre à ce questionnaire.

Age _____

Sexe M F

Catégorie professionnelle

Administrative Médecin/ pharmacien/dentiste

Paramédical Administrative technique

Chef de service Surveillant paramédical

1) Comment évaluez-vous les prestations de l'hôpital public, pour chacun des domaines suivants (veuillez, cocher la case correspondante en vous situant sur une échelle graduée de 1 à 5)

1 Très mauvais 2 Mauvais 3 Moyen 4 Bien 5 Excellent

Prise en charge des malades					
• Accueil					
	1	2	3	4	5
Conditions de l'accueil					
Comportement des agents du bureau d'inscription					
Disponibilité des sièges dans la salle d'attente					
Temps écoulé pour les procédures d'inscription					
• Soins					

Urgences	1	2	3	4	5
-soins médicaux					
-soins paramédicaux					
-examens complémentaires					
Consultations externes	1	2	3	4	5
-soins médicaux					
-soins paramédicaux					
-examens complémentaires					
Hospitalisation	1	2	3	4	5
-soins médicaux					
-soins paramédicaux					
-examens complémentaires					
Gestion des médicaments	1	2	3	4	5
-disponibilité					
-abus dans les prescriptions					
-organisation de la livraison					
	1	2	3	4	5
Relation entre services hospitaliers et plateau technique (radio, laboratoires...)					
• Séjour					
	1	2	3	4	5
Durée d'hospitalisation					
Gestion des rendez-vous et continuité des soins					
Restauration					
Horaires des visites					
Jardin et moyens de distraction					
• Locaux et dispositifs médicaux : propreté, hygiène, confort et sécurité					

	1	2	3	4	5
Propreté et hygiène corporelle des patients					
Sécurité du patient et des activités de soins :					
-dispensation du médicament					
-tenue du dossier du malade					
- lutte contre les infections nosocomiales					
-sécurité anesthésique					
-sécurité transfusionnelle					
-sécurité des dispositifs médicaux					
Salles d'attente :					
-bien entretenues					
-confort					
-hygiène					
-sécurité					
Chambres des malades :					
-suffisantes					
-bien entretenues					
-confort					
-hygiène					
-sécurité					
Unités d'exploration :					
-suffisantes					
-bien entretenues					
-confort					
-hygiène					
-sécurité					

Salles de soins :					
-suffisantes					
-bien entretenues					
-confort					
-hygiène					
-sécurité					
Equipements et dispositifs médicaux :					
-sécurité liée aux dispositifs médicaux assurée					
-approvisionnements et équipements adaptés aux besoins de l'activité de l'hôpital					
• Information des patients					
Information claire du patient	1	2	3	4	5
-sur ses soins et son état de santé					
-sur la nécessité des examens complémentaires					
-sur les conditions du séjour					
-sur les formalités administratives					
• Aspects relationnels et éthiques					
Relationnel	1	2	3	4	5
-personnel et patient (écoute des préoccupations des patients, soutien moral et psychologique prodigué au patient....)					
-entre personnel					
-personnel technique et personnel administratif					
Ethique	1	2	3	4	5
-consentement du patient et/ ou de son entourage pour toute pratique de soins					
-respect de l'intimité et de la dignité humaine du malade					
-respect de la confidentialité des informations personnelles, médicales, sociales et de la vie privée du patient					

2) Depuis que vous travaillez dans l'hôpital, avez-vous fait une consultation ?

Oui

Non

3) Si un de vos proches, venait à tomber malade, lui conseilleriez lui de venir à l'hôpital ?

Oui

Non

Pourquoi ?.....

4) Que doit symboliser pour vous l'hôpital public (Classez les par ordre d'importance, 1 étant le plus important)

La compétence	
Le confort	
Le dévouement	
La sécurité	
La rapidité	
La réactivité	
L'accessibilité	
L'égalité de traitement	
La simplicité	
La qualité des soins	
La continuité des soins	
Le soutien moral et psychologique	
Le plateau technique	
La confidentialité	
Le respect de l'intimité et de la dignité humaine	

5) Selon vous, quelles réponses spécifiques, l'hôpital public doit-il apporter aux besoins de santé de la population ? (Classer les réponses, 1 étant la plus importante)

Plateau technique complet	
Travail en équipes pluridisciplinaires	
Soins accessibles à tous	
Prise en charge globale et coordonnée	
Prise en charge des pathologies lourdes	
Assurer l'urgence médicale, chirurgicale, psychiatrique	
Mission de recherche	
Sécurité technique des patients	
Actions de prévention	
Surveillance épidémiologique	
Mission de proximité de soins	
Diffusion d'information à l'extérieur de l'hôpital	
Accompagnement des malades en fin de vie	
Gestion de la souffrance	

6) Parmi, ces critères, quels sont ceux que vous retenir pour décrire l'hôpital? (Veuillez cocher la case correspondante)

La compétence	
La spécialisation	
La réputation et l'image	
Le confort	
La proximité	
L'attente	
Le dévouement	
La sécurité	

La simplicité	
L'égalité de traitement	
Le risque de faute médicale	
La qualité des soins	
La continuité des soins	
L'insuffisance du personnel	
Le plateau technique	
Le risque de contagion	
Le soutien moral et psychologique	
L'accessibilité	
L'attachement au service public	
Le respect de la dignité humaine	
Autres

Anatomie de la légitimité des hôpitaux publics tunisiens

Résumé : Cette thèse est consacrée à une analyse synoptique de la légitimité des hôpitaux publics tunisiens. Cette légitimité de l'hôpital étant construite en interne et en externe par le personnel qui y travaille et les patients qui le fréquentent, nous l'avons soumise à une catégorisation spatiale en légitimité « *intra-organisationnelle* » et en légitimité « *extra-organisationnelle* ». Au niveau intra-organisationnel, les hôpitaux publics tunisiens, ayant fait l'objet d'une réforme débutée depuis un peu plus de deux décennies, l'étude de leur légitimité ne pouvait se faire à l'insu de cet événement. Par ailleurs, étant donné le caractère professionnel des hôpitaux publics et leur organisation en plusieurs services spécialisés, nous avons procédé à une scission de leur légitimité en légitimité « professionnelle » et en légitimité de « service ». Ces « sous-légitimités » agrégées ensemble ont permis de reconstituer la légitimité globale de l'hôpital. L'analyse de la légitimité « intra organisationnelle » s'est faite au moyen d'une analyse qualitative par étude de cas dans deux EPS tunisiens. Pour le cas de la légitimité de la réforme hospitalière et des mécanismes qui lui ont servi de support, nous avons postulé l'existence d'une relation de causalité circulaire entre institutionnalisation et légitimation, la deuxième étant un préalable à la première. Les analyses menées sur l'ensemble des mécanismes de la réforme ont conclu à une faible institutionnalisation, laissant augurer d'une faible légitimation. Pour le cas des légitimités au niveau professionnel et de service, les résultats ont affiché une grande diversité des légitimités en jeu entre les services hospitaliers et une plus grande homogénéité au sein des mêmes groupes professionnels. Ces résultats attestent du caractère discriminant de l'appartenance au service et professionnelle pour juger de la légitimité de l'hôpital. Au niveau extra-organisationnel, la légitimité de l'hôpital renvoie à celle développée par les patients en externe. Nous avons considéré deux catégories de patients : des patients appelés « classiques » qui s'adressent à l'hôpital pour l'obtention de soins et des patients personnel de l'hôpital, qui en leur qualité de citoyens peuvent s'y présenter pour se soigner. C'est ainsi que nous avons distingué entre légitimité extra-organisationnelle « *profane* » et entre légitimité extra-organisationnelle « *expertale* ». Ces deux sous-légitimités relèvent d'une légitimité « *expérientielle* ». Les patients « *profanes* » et « *experts* » vont juger de la légitimité de l'hôpital en s'appuyant sur leur expérience personnelle. Ces deux catégories de légitimité, soumises à une classification hiérarchique ascendante, ont affiché des divergences considérables, les patients étant plus portés vers des aspects moraux pour juger de la légitimité contrairement au personnel, qui maintient intact son ancrage professionnel, en accordant plus d'importance aux aspects techniques et financiers. **Mots clés :** Réforme hospitalière, hôpitaux publics, Institutionnalisation, Légitimation, Légitimité intra-organisationnelle, Légitimité extra-organisationnelle.

Résumé en anglais: This dissertation aims to analyze synoptically the legitimacy of Tunisian public hospitals. This hospital's legitimacy is constructed internally and externally by both the employees and the patients, has been submitted to a spatial categorization in "intra-organizational legitimacy" and "extra-organizational legitimacy". At intra-organizational level, Tunisian public hospitals have been subject of a reform that started a little over two decades; the study of their legitimacy could not be done without the knowledge of this event. In addition, given the professional characteristic of the public hospitals and their organization in several specialized services, we conducted a split of their legitimacy in "professional legitimacy" and "service's legitimacy". These sub legitimacies aggregated together helped restore the overall legitimacy of the hospital. The analysis of "intra organizational" was made using a qualitative analysis, by case studies in two Tunisian public hospitals. In the case of the reform's legitimacy and the mechanisms that have served as support, we postulated the existence of a circular causality between institutionalization and legitimization, the second is a prerequisite to the first. The analysis conducted on all the mechanisms of reform have concluded to a weak institutionalization revealing a weak legitimacy. In the case of "professional legitimacy" and "service's legitimacy", the results showed a wide range of legitimacy at stake between and hospital services and a greater homogeneity within the same professional groups. These results attest to the discriminatory nature of the professional and service membership to judge the hospital's legitimacy. At extra-organizational level, the hospital's legitimacy refers to that developed by the patients. We considered two categories of patients: patients called "classic" that go to the hospital to obtain medical care and others hospital staff patients, who in their capacity as citizens may present themselves for treatment. Thus we distinguished between "profane extra-organizational legitimacy" and "expertal extra organizational legitimacy". These two sub-legitimacies refer to "experiential legitimacy". Both profane and expert patients will judge hospital's legitimacy based on their personal experience. These two categories of extra-organizational legitimacy submitted to a hierarchical cluster analysis, showed significant differences, patients are more likely to judge legitimacy based on moral aspects, unlike staff who maintain intact their professional anchor paying more attention to technical and financial aspects. **Key words:** Hospital reform, Public Hospitals, Institutionalization, Legitimation, Intra-organizational legitimacy, Extra-organizational legitimacy.

