

Université Paris II- Panthéon-Assas

Master 2 Recherche en Sciences de Gestion

BANQUE DES MEMOIRES

Mémoire de Recherche en Sciences de Gestion
Soutenu le 11 septembre 2018

**L'influence du management sur les
activités de soin : pour une approche
soignant-centrée.**

Mémoire de Recherche / Septembre 2018



UNIVERSITÉ PARIS II
PANTHÉON-ASSAS

Olivier SAUBER

Sous la direction de M. Etienne MACLOUF, Maître de Conférence HDR

Membres du jury : MME Nathalie GUIBERT, Professeur des Universités

M. Etienne MACLOUF, Maître de Conférence HDR

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

Remerciements

Cette année de master recherche, dont l'élaboration du présent mémoire constitue l'aboutissement et la conclusion, aura été une année particulièrement riche. Riche en rencontres, riche en rebondissements, parfois riche en difficultés, mais surtout riche en enseignements.

Quoi qu'il en soit, cette aventure a constitué une étape supplémentaire sur la longue route de la construction intellectuelle de soi, et comme tout voyage, il ne s'effectue pas seul. C'est pourquoi je tiens à remercier plus particulièrement un certain nombre de personnes, qui ont rendu ce voyage possible et l'ont enrichi.

En premier lieu, je tenais à remercier tout particulièrement Etienne Maclouf, directeur de ce mémoire et Maître de Conférence HDR à l'Université Paris 2 Panthéon-Assas, qui a toujours répondu présent pour me guider dans cette quête d'appropriation intellectuelle des sciences de gestion sous un angle nouveau. Il a en effet toujours su m'amener sur le terrain de questionnements mettant au défi curiosité et esprit critique.

Je tenais également à remercier tous les professeurs et intervenants ayant pris part à ma formation à la recherche en cette deuxième année de master, et notamment à la directrice de cette formation, le Professeur Nathalie Guibert. Ils m'ont permis l'accès aux outils théoriques, méthodologiques et pratiques nécessaires afin de mener à bien l'aventure intellectuelle qu'a constitué cette année d'apprentissage de la recherche en sciences de gestion.

Mes remerciements vont également à l'ensemble des membres du LARGEPA, à sa responsable administrative Gaëlle Gloppe pour sa patience et son professionnalisme, aux professeurs et intervenants, aux doctorants qui ont su m'accueillir et me donner des clés de compréhension afin de mieux appréhender le monde de la recherche professionnelle. C'est aussi à sa directrice, le Professeur Véronique Chanut, que vont mes remerciements, pour m'avoir ouvert les portes du laboratoire, me permettant de prendre part à la réalité de la recherche telle qu'elle se vit et se pratique, et ainsi de faire l'expérience et l'apprentissage du monde académique en temps réel.

Je remercie par ailleurs tous les participants à cette recherche exploratoire, mes collègues professionnels de santé et étudiants du master santé de la faculté de médecine de Sorbonne Université. Avec une mention particulière pour le Professeur Philippe Cardot, directeur de ce master, qui m'a permis d'aborder cette formation comme terrain de recherche, ainsi que la responsable administrative du master, Raïssa-Carine Joly, pour son aide précieuse.

Enfin, mes remerciements vont à ma famille et à mes proches, dont la confiance et le soutien témoignés à mon égard n'ont jamais été ébranlés.

Résumé :

La tendance à augmenter la productivité et à réduire les coûts dans les activités de santé nous amène à explorer les deux points de vue antagonistes de la gestion des activités de santé qui s'opposent et coexistent actuellement dans ces organisations : le managérialisme et le professionnalisme. L'objectif est ici de solliciter une approche soignant-centrée afin clarifier et mesurer l'influence de l'orientation managériale sur les activités de soins.

Finale­ment, après avoir demandé à 55 soignants de co-définir leurs perceptions de l'environnement de travail et les variables associées, et réalisé une enquête par questionnaire auprès de 889 soignants de diverses professions, nous avons vu que le managérialisme et le professionnalisme sont deux concepts pertinents du point de vue des soignants. Notre analyse des données recueillies a cependant montré qu'ils appartiennent à un concept unidimensionnel. Nous les avons donc rassemblés dans une échelle unique : la Managerialism-Professionalism Scale (MPS) ou balance managérialisme-professionnalisme. Ce construit suggère d'un côté que plus les soignants se sentent soutenus professionnellement, moins ils perçoivent la pression managériale ; et de l'autre, que plus le contrôle managérial augmente, plus les variables caractéristiques de la logique professionnelle sont compromises. Ainsi, le score MPS est fortement et positivement corrélé à la fois à la qualité perçue et à l'expérience globale de travail des soignants. Nous avons aussi pu mettre en exergue que la taille de l'organisation joue un rôle marginal sur ces variables de qualité et d'expérience globale de travail. Par ailleurs, nous avons montré que l'exposition des soignants aux pratiques de gestion dépend de leurs spécialisations professionnelles, mais pas de leur sexe ni de leur expérience professionnelle.

Nos résultats confirment une forte corrélation entre les orientations managériales et la qualité des activités de soins. La recherche soignant-centrée semble donc pouvoir permettre de mieux comprendre les conséquences des orientations managériales en matière de santé.

Descripteurs :

Soignant-centré, management perçu, qualité des soins, managérialisme, professionnalisme, Nouveau Management Public, Sensemaking.

Principales abréviations

AFNOR : Association Française de Normalisation

CEN : Comité Européen de Normalisation

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

ISO : International Organization for Standardization

JDRQ : Job Demands-Resources Questionnaire

MBI-HSS(MP) : Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey for Medical Personnel

MPS : Managerialism-Professionalism Scale

NMP : Nouveau Management Public

NTIC : Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication

ONDAM : Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie

PDCA : Plan, Do, Check, Act

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

SAQ : Safety Attitude Questionnaire

SROS : Schémas Régionaux de l'Organisation Sanitaire

T2A : Tarification à l'Activité

UE : Unité d'Enseignement

WLCS : Work-Life Climate Scale

Sommaire

Mémoire de Recherche / Septembre 2018	1
Introduction	13
Partie 1 : Revue de la littérature, problématisation et design de l'étude	18
Chapitre 1 - Le nouveau management public dans le système de santé français : dynamique d'un phénomène institutionnel	21
1.1. Une approche historique de l'arrivée du Nouveau Management Public au sein du système de santé français	21
1.2. Retour sur le concept de Nouveau Management Public	24
1.3. Le constat du changement de paradigme ou quand la dynamique institutionnelle entraîne la déconnexion	25
Chapitre 2 - Les activités de soin comme processus, le système de santé comme organisation en train de se faire	28
2.1. Une vision d'abord moderniste de l'organisation	28
2.2. Puis l'espoir des approches cognitivistes	30
2.3. Finalement, des réalités équivoques laissant place à des logiques antagonistes au sein de l'organisation	33
Chapitre 3 - La recherche de qualité par tous et pour tous : un objectif unique, des chemins multiples	35
3.1. Un concept englobant plusieurs acceptions	35
3.2. Un concept principalement envisagé sous l'angle du managérialisme	37
Chapitre 4 - De l'utopie de la participation à la co-construction des savoirs : le parti-pris d'une étude soignant-centrée	39
4.1. Les fondements de la participation pour la construction de savoirs partagés	39
4.2. Les limites théoriques et contextuelles à la participation et le choix d'une étude soignant-centrée	41
Chapitre 5 - Problématisation et design de l'étude	43
Partie 2 : Recueil des données, analyses et résultats, discussion	45
Chapitre 6 - Étude préliminaire : co-construction du questionnaire de recherche	47
6.1. Le terrain d'enquête	47
6.2. Le recueil des données	47
6.3. Résultats de l'étude préliminaire : présentation du questionnaire	51

Chapitre 7 - Étude principale : enquête par questionnaire	55
7.1. Analyse statistique des données recueillies	57
7.2. Résultats à l'issue des analyses statistiques	59
Chapitre 8 - Discussion : contributions et limites, implications managériales et perspectives de recherche	61
8.1. Contributions	61
8.2. Limites	65
8.3. Implications managériales	67
8.4. Perspectives de recherche et projet de thèse envisagé	68
Conclusion	70
Bibliographie	72

Introduction

*Omerta à l'hôpital*¹. Le 28 février 2017, Valérie Auslander, médecin généraliste attachée à Sciences Po, et Christophe Dejours, psychiatre, psychanalyste et expert de la souffrance au travail, livrent un recueil de plus d'une centaine de témoignages d'étudiants en santé qui bouscule l'opinion public à sa sortie. Ces témoignages viennent en effet confirmer les résultats d'une enquête nationale réalisée en 2013 auprès de 1472 étudiants en médecine chiffrant les diverses violences subies durant leurs études : plus de 40 % d'entre eux déclarent avoir été confrontés à des pressions psychologiques, 50 % à des propos sexistes, 25 % à des propos racistes, 9 % à des violences physiques, près de 4 % à du harcèlement sexuel et 14 % auraient déjà pensé au suicide. De même pour les étudiants en soins infirmiers, qui attestent, pour 85% d'entre eux, de la brutalité des rapports avec le personnel encadrant durant leur stage.

*Burning out, dans le ventre de l'hôpital*². Le 3 octobre 2017 sur les télévisions françaises, c'est à travers un documentaire filmé sur une période de deux ans au sein d'un grand hôpital parisien que le réalisateur, Jérôme le Maire, donne à voir un nouveau témoignage du malaise latent qui semble régner au sein de l'hôpital public français. Dès son synopsis, le réalisateur affiche son point de vue et invite à la découverte d'un « bloc opératoire ultra performant » qui « fonctionne à la chaîne », d'une « organisation du travail, bien qu'extrêmement sophistiquée, [qui] est devenue pathogène » pour le personnel médical et paramédical, ainsi que « stress chronique, burn-out, et risques psychosociaux [qui] gangrènent l'hôpital », avec des « chirurgiens, anesthésistes, infirmiers et aides-soignants, mais aussi cadres, gestionnaires, et directeurs [qui] sont pris dans une course effrénée qui semble sans fin ».

¹ Auslander, V., & Dejours, C. (2017). *Omerta à l'hôpital: le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé*. Paris: Michalon éditeur.

² Jérôme le Maire. (2016). *Burning out* [HD].

#BalanceTonHosto, #BalanceTonEHPAD. Depuis janvier 2018, c'est au tour des réseaux sociaux de se faire le relais des manifestations de mécontentements émanant des professionnels des services de santé. Ainsi, par l'intermédiaire de l'application Twitter, ces derniers dénoncent de façon individuelle et publique un système de santé (l'hôpital n'est plus ici le seul visé) en manque de moyens, d'effectifs, et soulignent une désillusion « envers des structures gérées comme des entreprises ».

Une étude réalisée en 2017 par l'association Soins aux Professionnels de la Santé intitulée « Suicide et professionnels de santé », ayant mobilisé pas moins de 700 répondants de différentes professions de santé, révèle qu'un quart a déjà eu des idées suicidaires du fait de son travail au cours de sa carrière. Chaque professionnel rapporte également qu'en moyenne, près de 2,5 tentatives de suicide ont eu lieu dans son entourage, dont la moitié a abouti à un décès. Dans la même veine, une autre enquête de 2017 menée par quatre syndicats d'étudiants en médecine avec cette fois 22.000 répondants, révèle que 66% souffrent d'anxiété, 28% ont souffert de dépression et près de 24% ont déjà eu des idées suicidaires.

Bien qu'ils ne puissent pas nécessairement se parer du manteau de la rigueur scientifique, ces quelques exemples n'en demeurent pas moins pertinents pour illustrer le mal-être actuel qui semble toucher l'ensemble des professionnels de santé en France. Dans cette médiatisation de la souffrance des soignants, certains facteurs explicatifs présumés sont mentionnés de façon systématique et le coupable semble tout désigné : une tendance à l'augmentation de la productivité et à la réduction des coûts dans les activités de soin, qui serait diffusée par le management moderne prenant aujourd'hui place dans les organisations de santé. Cette conjecture soulève d'emblée un certain nombre de questions : qu'est-ce que le management moderne ? Quelle peut être l'influence relative de ce dernier sur les activités de soin ? Comment mesurer cette influence ? Comment observer le phénomène en prenant en compte le point de vue des soignants, à la fois donneurs d'alertes et principaux intéressés par l'évolution de la situation d'intérêt ?

Afin d'éclaircir la notion de management moderne, il est utile de se pencher sur l'arrivée du Nouveau Management Public dans les services de santé français au cours des années 1990. En effet, depuis lors, il s'est progressivement mis en place dans le secteur de la santé un équilibre instable entre d'une part, la pénétration du paradigme gestionnaire dans l'organisation des soins, et d'autres parts la pratique soignante telle qu'elle est expérimentée par les professionnels eux-mêmes. Ainsi, il semble s'opérer un schisme entre deux visions antagonistes des activités de soin : une logique managériale ou managérialisme, pour laquelle la priorité est donnée au contrôle managérial et à l'orientation des comportements ; et une logique professionnelle ou professionnalisme, basée sur l'expertise et une certaine autonomie du praticien autour des décisions prises concernant le patient dont il a la responsabilité.

Par ailleurs, ayant personnellement occupé la fonction de masseur-kinésithérapeute dans différents contextes organisationnels, j'ai moi-même pu expérimenter cette instabilité latente. J'ai ainsi pu toucher du doigt un phénomène qui se manifeste dans le quotidien du soignant : les politiques de gestion sont bel et bien omniprésentes et font parfois pression au point de contraindre le professionnel à opérer un choix entre la sensation pour celui-ci de bien faire son travail de soignant, donc de répondre à une obligation de moyens à prodiguer des soins de la meilleure qualité et sécurité qui soit pour les patients, et la sensation de bien remplir sa mission de producteur de soins dans l'organisation, entendue ici comme la réponse à une obligation de résultats et de rentabilité envers sa hiérarchie. Résultats qui doivent ensuite répondre à des standards de qualité appréciés au travers d'outils de gestion tels que la Tarification à l'Activité par la hiérarchie organisationnelle. Ceci fait donc des soignants, de façon paradoxale, à la fois le centre de tension critique dans la chaîne opérationnelle permettant à l'organisation de soins de réaliser sa vocation (le soin au patient), mais également l'extrémité inférieure de la chaîne hiérarchique dans les prises de décision concernant la façon dont le soin doit être réalisé, qui proviennent plutôt de normes établies au niveau des instances de tutelle et des organes de direction des établissements.

Par conséquent, une logique top-down dans les processus décisionnels, incarnée dans le concept de managérialisme, semble constituer la norme dans les organisations de

soins aujourd'hui, embrassant ainsi une vision moderniste de l'organisation. Afin de clarifier l'influence relative de cette logique managériale, le choix a été fait ici d'adopter une perspective symbolique. L'organisation est alors définie comme un processus regroupant un ensemble de contextes et de réalités continuellement construits et reconstruits par ses membres au travers d'interactions symboliques. L'organisation comme processus se crée donc à mesure qu'elle se réalise par l'expérience, qui elle-même est productrice de sens.

Prenant pour postulat l'organisation comme processus en train de se faire via les interactions prenant place entre ses membres, les sciences participatives et, au-delà, les sciences citoyennes, sont d'abord apparues comme un prisme particulièrement adapté à travers lequel observer notre objet d'étude. Finalement, l'utopie des sciences citoyennes se diluant petit à petit au sein du processus d'expérience de la science en train de se faire par l'interaction continue entre savoirs experts et savoirs profanes, c'est une approche centrée sur le soignant, ou soignant-centrée, permettant la co-construction par consultation, qui a été adoptée. Nous avons donc demandé à 55 professionnels de santé issus d'un Master Recherche d'une Université parisienne, de co-définir leur environnement de travail tel qu'ils le perçoivent ainsi que les variables qui lui sont corrélées. Par suite, un questionnaire a pu être co-construit puis diffusé par réseaux d'influences via les réseaux sociaux des participants.

Nous avons donc vu dans quel contexte et sur la base de quels constats la rédaction de ce mémoire de recherche a été entreprise. Loin de tenir tous les tenants et les aboutissants du phénomène, cette étude en propose une analyse à visée exploratoire suivant deux grandes parties.

Dans la première partie, nous conduisons une revue de la littérature dans les principaux champs connexes à notre objet d'étude. Celle-ci a été menée dans une perspective foucauldienne d'approche par l'historicité des concepts afin d'éviter l'écueil d'une vision ahistorique du phénomène étudié, permettant ainsi de s'ouvrir à une vision dynamique de celui-ci.

Nous revenons par ailleurs sur le cadre théorique qui a guidé l'élaboration de ce projet de recherche, pour finalement aborder les choix méthodologiques, qui ont été fait à la lumière du cadrage conceptuel et en lien avec celui-ci. Cette première partie aboutit à la formulation d'une problématique de recherche.

La seconde partie de cet exposé vise à décrire le déroulement du projet de recherche à proprement parler, donc la manière avec laquelle nous avons tenté d'apporter des éléments de réponse à la problématique précédemment établie. Nous retraçons donc les différentes étapes qui ont conduit aux résultats de la recherche, à savoir une première phase de co-construction des savoirs avec les étudiants professionnels de santé au cours d'une étude préliminaire, suivie d'une seconde phase d'enquête par questionnaire diffusée par les réseaux d'influences des participants via les réseaux sociaux, constituant l'étude principale. Nous présentons ensuite les résultats de la recherche avant d'entamer une discussion autour de ceux-ci. Il s'agit là d'un exercice de mise en perspective et de prise de recul, permettant ainsi d'exposer les contributions théoriques et pratiques de ce travail, ses limites, les implications managériales ainsi que les éventuelles voies de recherche futures.

Partie 1 : Revue de la littérature, problématisation et design de l'étude

A la suite des quelques exemples cités à titre d'illustration du climat actuel régnant autour du phénomène étudié, à savoir les grands changements prenant place aujourd'hui dans les organisations de santé et influant sur les activités de soin, une première série de questions a émergé. Nous avons en effet résumé les facteurs donnés comme explicatifs dans la plupart des témoignages présentés, comme la tendance à l'augmentation de la productivité et à la réduction des coûts dans les organisations de soin, diffusée par le management moderne prenant aujourd'hui place dans les organisations de santé.

Dans le premier chapitre nous montrons que ce management moderne est en réalité le résultat d'un vaste changement d'orientation dans la manière de concevoir la gestion dans les activités de soins en France. Depuis la fin de la seconde guerre mondiale, un grand virage a peu à peu fait passer la santé d'une activité de service public distribuée suivant une logique de planification souple, à une activité de production de soins de santé pour des clients-usagers selon une logique de pilotage par la performance, greffant le marché et la concurrence aux questions de dispenses des soins. Dans ce chapitre, nous mettons également en lumière la manière dont l'implémentation du Nouveau Management Public (NMP) dans le paysage hospitalier français a permis de mener à bien ce changement d'orientation.

Dans le second chapitre, nous présentons le cadre théorique qui sous-tend cette nouvelle orientation portée par le NMP, à savoir une vision moderniste de l'organisation, considérant celle-ci comme une structure capable d'interagir avec son environnement de manière rationnelle. Cette rationalité s'appuie sur une standardisation et une centralisation forte.

Prenant le contre-pied de ces conceptions, les approches cognitivistes sont porteuses d'une vision complémentaire, replaçant l'individu au centre de l'organisation. En effet, celle-ci est alors énoncée par l'acteur pour qui l'organisation fait sens à mesure qu'il l'expérimente et la modifie par les réalités qu'ils partagent avec les autres individus qui y prennent part. Puisque ces deux conceptions complémentaires prennent simultanément place dans les organisations de santé, nous montrons que des orientations managériales antagonistes, le managérialisme et le professionnalisme, peuvent alors émerger et cohabiter au sein de ces organisations.

La qualité est un concept très étudié et discuté dans la littérature académique en santé et en management de la santé, et recouvre des réalités et acceptions multiples en fonction de l'angle sous lequel nous nous plaçons pour l'apprécier. Dans le chapitre 3, nous revenons donc sur ces différentes définitions du concept de qualité. Cette recherche de clarification nous permet, par là même, d'établir le constat que ce phénomène est principalement étudié sous l'angle du managérialisme, ce qui justifie notre approche soignant-centrée pour la compréhension de notre objet d'étude. Le viseur est ainsi déplacé sur les professionnels de santé et la façon dont ils construisent leurs réalités partagées, en accord avec les approches cognitivistes de l'organisation.

Dans le quatrième chapitre, nous posons les bases théoriques qui justifient notre approche par la participation des professionnels de santé pour la réalisation de l'étude. Les fondements de la participation sont exposés, ainsi que l'utopie qui accompagne toute cette démarche inversée censée redonner le pouvoir au citoyen via l'écoute et la traduction par le chercheur. Ce dernier procéderait donc à la transduction de savoirs profanes en savoirs scientifiques, afin de réinterjeter *par le haut* des réalités construites *par le bas*, c'est-à-dire sur le terrain par les acteurs de l'organisation. Malgré l'utopie diluée par la rencontre avec le terrain et les limites à la participation rencontrées, les principes poursuivis restent les mêmes et sont repris dans le choix d'une méthodologie soignant-centrée.

Enfin, dans le chapitre 5, nous présentons la problématique de la recherche qui peut être formulée comme suit :

Comment les soignants perçoivent-ils leur environnement de gestion, et comment ces perceptions sont-elles associées à la qualité des soins et à l'expérience que fait chacun de son environnement de travail ?

Elle découle de la revue de la littérature et du cadrage théorique établis dans les quatre premiers chapitres de cet exposé. Pour conclure ce cinquième chapitre, nous présentons finalement le design de recherche sur lequel se base le reste de l'étude pour tenter d'apporter des éléments de réponses à cette problématique.

CHAPITRE 1 - LE NOUVEAU MANAGEMENT PUBLIC DANS LE SYSTEME DE SANTE FRANÇAIS : DYNAMIQUE D'UN PHENOMENE INSTITUTIONNEL

Notre recherche prend place dans le contexte particulier du secteur de la santé en France. Ce dernier, au cours des dernières décennies, a vu son histoire particulièrement liée à l'arrivée du NMP. Il s'agit ici de retracer l'histoire de cette survenance et de revenir brièvement sur le concept même de NMP. Nous concluons ensuite sur le constat d'une certaine déconnexion entre les vues espérées d'un système fonctionnant par et pour la performance, et la réalité de certaines conséquences engendrées auprès des acteurs qui évoluent en son sein.

1.1. Une approche historique de l'arrivée du Nouveau Management Public au sein du système de santé français

En retraçant l'histoire de l'hôpital public en France depuis la fin de la seconde guerre mondiale, on peut y distinguer trois grandes phases (Moisdon, 2012) :

- Entre 1945 et 1975, une première phase de développement adossée à un début de logique de planification se met en place.
- À partir des années 1970, une nécessité de gestion interne émerge et un panel d'outils médico-économiques implémentés par l'État font leurs premiers pas dans la gestion hospitalière. À cette époque, on passe d'une planification lâche à une planification plus dure.
- Depuis les années 1990, l'hôpital public n'est plus dirigé mais piloté, via le prisme de la performance. Ceci témoigne de la progression du Nouveau Management Public, qui se concrétise notamment au travers de contrats d'objectifs et de moyens.

Durant la première phase, nous sommes dans l'après-guerre, en pleine période de croissance économique et d'innovation technologique.

C'est donc une période faste au cours de laquelle les enjeux de contrôle et de maîtrise des coûts ne sont pas encore prioritaires. Cependant, l'État commence tout de même à mettre en œuvre des outils suivant une logique de centralisation et de reprise en main. Cette logique se manifestera au travers de deux grandes réformes.

Dans un premier temps, la loi Debré de 1958 instaure le temps plein pour un grand nombre de médecins et fonde les centres hospitalo-universitaires (CHU), centres névralgiques et vitrines du système de santé moderne, autour desquels se mettra en place tout un maillage territorial. Vient ensuite, en 1970, la carte sanitaire, qui introduit la notion de service public hospitalier autour du triptyque « soins, enseignement, recherche ». Dans les faits, la carte sanitaire fait un découpage du territoire national en différents secteurs, pour lesquels sont précisées des capacités minimales et des conditions d'autorisation d'équipements lourds. Dans cette première phase, il s'agit donc plus de l'instauration d'une logique de planification que d'une logique de rationalisation par la performance. D'ailleurs, l'instrumentation gestionnaire est alors peu développée dans le secteur, les indicateurs d'activité pour les managers ne faisant pas légion et étant peu représentatifs de l'activité des professionnels de santé.

Dans la seconde phase, non seulement caractérisée par un contexte de crise des déficits publics, mais aussi plus globalement par le début des crises économiques à répétition, un tournant s'opère dans la conception des politiques hospitalières. L'hôpital, autrefois envisagé comme une structure d'élite à développer et à alimenter en ressources, est dorénavant également vu comme une organisation coûteuse et peu soucieuse de ce que serait une bonne gestion. Le mode de financement passe du prix de journée à la dotation globale, censée freiner l'inflation des dépenses hospitalières (Moisdon & Tonneau, 2011). L'État introduit une instrumentation médico-économique plus forte par le biais du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), dont le but affiché est de caractériser de façon précise l'activité d'un établissement. On passe alors d'une planification lâche à une planification plus dure.

Enfin, lors de la troisième phase, on assiste à l'émergence d'un État incitatif et contractualiste, qui cette fois ne dirige plus mais pilote, les structures hospitalières via l'évaluation quantitative de leurs performances, et par le biais de contrats d'objectifs et de moyens. Cette nouvelle tendance embrassée par l'État peut être vue comme les premiers pas du Nouveau Management Public dans l'organisation hospitalière française. Plusieurs mesures feront alors office de témoins de cette nouvelle vague de modernité. Nous citerons l'Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) qui fixe chaque année les « dépenses supportables par la collectivité », ainsi que les Schémas Régionaux de l'Organisation Sanitaire (SROS) qui remplacent la carte sanitaire avec un outillage plus fin pour l'aménagement du territoire. On peut également citer la naissance de la Haute Autorité de Santé (HAS) qui dispense les certifications et introduit des indicateurs de résultats tout en étant de plus en plus active dans la définition des protocoles médicaux, ou encore le renforcement du rôle de la fonction de directeur d'hôpital, censé favoriser les recompositions organisationnelles et une culture plus portée sur le changement pour l'atteinte de ses objectifs, faisant de l'hôpital une entreprise comme une autre.

Toutefois, la mesure phare de « l'hôpital-entreprise » n'en demeure pas moins l'instauration par le Ministère de la Santé, en 2004, de la tarification à l'activité (T2A). Elle est fondée sur le PMSI, et l'objectif affiché est double : garantir une plus grande équité dans l'allocation des ressources entre établissements, et introduire un incitatif à l'efficacité. La T2A est ainsi censée favoriser le déploiement d'outils médico-économiques pour une meilleure gestion de la performance dans les établissements hospitaliers. Une des conséquences espérées de cette mesure est par ailleurs d'inciter les établissements, de manière quasi mécanique, à se désengager d'activités considérées comme non rentables selon l'outil T2A, induisant par là même les restructurations nécessaires (Couty, 2009). Cela pose question sur ce qu'est une activité rentable en santé. Certains auteurs montreront d'ailleurs que les évolutions des comportements, pratiques et représentations liés à cette mesure et ses effets espérés sont encore limités aujourd'hui, notant même de nombreuses incompréhensions, contradictions et inexactitudes concernant les principes, dispositifs et indicateurs sur lesquelles elle repose (Crémieux, Saulpic, & Zarlowski, 2012).

Ces résultats attestent d'une certaine propension du NMP à se répandre et se répliquer de manière homogène sans nécessairement induire une meilleure performance économique pour l'institution en question. Cette homogénéisation peut s'apparenter ici à un isomorphisme au sens néo-institutionnaliste, de nature à la fois coercitive et normative, se diffusant sur la base d'une uniformisation des cadres cognitifs (Scott, 2014 ; Kostova & Roth, 2002 ; DiMaggio & Powell, 1983).

Après avoir présenté les trois phases qui ont conduit à l'arrivée du NMP au sein du paysage hospitalier français, il est maintenant temps d'opérer un détour par la littérature scientifique afin de clarifier ce concept de NMP.

1.2. Retour sur le concept de Nouveau Management Public

Le Nouveau Management Public peut être défini comme « l'ensemble des processus de finalisation, d'animation et de contrôle des organisations publiques visant à développer leurs performances générales et à piloter leur évolution dans le respect de leur vocation » (Bartoli & Blatrix, 2015). Cela étant dit, le NMP n'en demeure pas moins un concept ardu à définir, à la fois confus et recouvrant pourtant des réalités tangibles dans les organisations au sein desquelles il prend place. En effet, il s'agit plus d'un ensemble de techniques et de concepts, que d'un paradigme ou une théorie instituée.

Descendant direct des administrations néo-libérales mises en œuvre par Thatcher au Royaume-Uni et Reagan aux États-Unis dans les années 1970-80, ce n'est qu'au cours des années 1990 que le NMP s'est affirmé comme concept établi (Hood, 1991). Il est possible de le subdiviser en trois sous-concepts principaux se résumant au triptyque « marché, managers, mesures » (Clark, 1996) :

- La logique de marché, qui introduit de la concurrence dans les services publics en séparant l'acheteur du fournisseur, en introduisant des appels d'offre concurrentiels ou en externalisant au secteur privé certaines fonctions. Il se crée ainsi des « quasi-marchés » dans le secteur public, notamment dans les domaines de la santé, de l'éducation, des services sociaux et du logement social.

- La décentralisation, qui renforce la capacité stratégique centrale. Le contrôle des politiques et des cadres par un pouvoir central renforcé évite à ce dernier de se concentrer sur les processus et permet ainsi un phénomène de responsabilisation des différents organes qu'il gouverne.
- L'esprit d'entreprise, qui induit davantage de résultats ainsi qu'une plus grande efficacité globale. Celle-ci est recherchée à l'aide d'indicateurs de performance, de rémunérations liées à la performance pour inciter à l'efficacité, ainsi que par la mise en œuvre de nouvelles stratégies de gestion des ressources humaines.

Somme toute, le NMP propose un transfert des outils de gestion issus du secteur privé vers le secteur public, assimilant les biens produits par l'un ou l'autre comme étant de substance identique. Ces outils sont orientés vers la mesure de la performance et vers le pilotage par la performance. Le contrôle budgétaire, c'est-à-dire une rationalisation de la consommation des moyens financiers alloués, l'adoption d'une orientation client plutôt que citoyenne, ou encore l'implémentation d'une démarche de qualité totale, en sont des émanations (Hood, 1991).

Ce nouveau service public se veut donc producteur de biens de santé, eux-mêmes délivrés à des citoyens consommateurs. Il embrasse ainsi, avec l'adoption du NMP comme nouveau paradigme, une modernité qui peut cependant s'avérer insoutenable en pratique pour les acteurs évoluant quotidiennement dans ce système de santé.

1.3. Le constat du changement de paradigme ou quand la dynamique institutionnelle entraîne la déconnexion

Nous l'avons vu, l'introduction du modèle du Nouveau Management Public a conduit à des résultats contrastés, en particulier en termes de gestion des ressources humaines. Un manque de cohérence est pointé en ce qui concerne les contenus des réformes elles-mêmes, l'adéquation entre ces contenus et les contextes dans lesquels ils sont implantés, ainsi que la manière dont cette implantation est menée. Ces manques de cohérence à plusieurs niveaux pourraient contribuer dans une grande proportion aux problèmes rencontrés par le modèle (Pichault, 2007).

Le système est donc non seulement piloté par la performance, mais aussi et surtout par le flou. Ce flou ouvre la voie à une organisation plus instable, censée être par conséquent plus flexible, mais dont la rapidité et la turbulence du changement permanent conduisent à générer un nouveau laissé pour compte du NMP : les valeurs traditionnelles du service public et les implications éthiques attenantes. On observe notamment le renforcement du « hard side management » (budgets, objectifs de performance) au détriment du « people side management » (valeurs du soin, du respect, de l'autonomisation de la personne) (Kernaghan, 1997).

Cette bascule des valeurs conduit à la prédominance d'une logique managériale ou « managérialisme », semblant oublier que le rôle d'un organe de service public ou plus généralement d'un gouvernement, n'est pas d'agir en tant que propriétaire de ce dernier, mais bien comme un administrateur en assurant la dispense (du Gay, 2006), au risque de tomber dans une « dictature électorale » (Quinlan, 2004). Le NMP est par ailleurs traversé par de nombreuses tensions et paradoxes intrinsèques au modèle, faisant de ce dernier « comme la plupart des divinités, [...] quelque chose d'un peu mystique par essence », et difficilement définissable (Hood, 2004).

La marche en avant du NMP, mais aussi plus généralement l'arrivée d'un paradigme gestionnaire rationalisateur dans les services de santé, feront par ailleurs l'objet de nombreuses publications critiques dans la littérature scientifique en gestion. L'hôpital public est décrit comme financiarisé et réifié, au sein duquel un édifice disciplinaire comptable et financier s'est peu à peu développé sur les trente dernières années (Angelé-Halgand & Garrot, 2015). Ainsi, l'implantation des dispositifs de gestion, véhiculés par les réformes hospitalières, ont contribué à faire de l'hôpital un édifice panoptique (Foucault, 1975) visant à discipliner par le chiffre l'organisation et ses acteurs. Il y a émergence de signes de réification de l'humain et du social à tous les niveaux de l'hôpital. Réifier étant compris ici comme le processus faisant nier la reconnaissance de la préexistence d'un contexte humain ou social, par l'oubli ou la dénégation (Honneth, 2010).

La modernisation du système de santé entraîne par ailleurs un rejet par les professionnels de santé de certaines pratiques inhérentes au NMP, notamment celles concernant la gestion des ressources humaines par la flexibilité (Mainhagu, 2010). Celle-ci se caractérise par la tendance à pousser au développement de la polyvalence des soignants en les affectant dans les services en fonction de l'activité, induisant ainsi un turnover important. Les conditions de travail et la fidélisation du personnel se retrouvent alors impactées négativement par de telles pratiques managériales. La flexibilité est en effet rejetée quand elle est seulement de nature quantitative et organisationnelle, ne permettant pas les apprentissages et l'acquisition de compétences pourtant nécessaires dans ce type d'activités exercées par un personnel qualifié. On a donc un rejet d'une logique descendante du processus décisionnel par les professionnels, experts et expérimentés, que sont les soignants.

Au sein des organisations de soin, ce rejet ne saurait se cantonner à la seule catégorie socio-professionnelle des soignants. La situation des cadres intermédiaires au sein de la hiérarchie hospitalière les place en effet dans une situation paradoxale : d'un côté, une injonction à la mise en œuvre des décisions prises par les organes de direction et de l'autre, un rôle de porte-parole et de gardien des acquis de la corporation professionnelle dont ils sont issus (Resenterra, Siggen, & Giauque, 2013). Ces dilemmes permanent sont vecteurs de mal-être pour les cadres intermédiaires, qui se trouvent alors dans une posture similaire à celle des soignants.

Cette dichotomie entre logiques contraires, logique managériale d'une part et logique professionnelle d'autres parts, prend donc bel et bien place dans la structure et la dynamique de l'organisation, et donc dans la posture qui est perçue comme requise par et pour les soignants.

CHAPITRE 2 - LES ACTIVITES DE SOIN COMME PROCESSUS, LE SYSTEME DE SANTE COMME ORGANISATION EN TRAIN DE SE FAIRE

Après avoir abordé l’histoire de la grandeur et de la décadence du NMP au sein du secteur de la santé française, il s’agit maintenant de questionner les fondements théoriques qui sous-tendent la vision moderniste de l’organisation qui est véhiculée par le NMP. Ceux-ci étant établis, nous décrivons ensuite comment les approches cognitivistes parviennent à prendre le contre-pied de certaines pratiques descendantes de l’organisation moderne en créant l’espoir de nouveaux modes de management, plus volontiers centrées sur l’humain et donc plus ascendantes. Puis nous concluons ce chapitre avec le constat de réalités organisationnelles de nature malgré tout équivoque, pouvant ainsi laisser place à la cohabitation de logiques antagonistes et concurrentes dans le quotidien de l’organisation.

2.1. Une vision d’abord moderniste de l’organisation

Nous l’avons vu, les activités de soins telles qu’elles sont envisagées aujourd’hui en France, évoluent au rythme du Nouveau Management Public, ce qui témoigne d’une organisation des soins largement encrée dans une vision moderniste de l’organisation. Nous entendons par moderniste cette approche de l’organisation qui entend diagnostiquer et résoudre les problèmes organisationnels de manière rationnelle, afin de créer un avantage concurrentiel et une forme de rentabilité. Cette perspective renvoie à des organisations qui équilibrent les pressions internes et externes, développent des compétences de base et s’adaptent au changement, tout en optimisant leur efficacité afin de minimiser l’utilisation de ressources rares (Hatch & Cunliffe, 2013). Ces idées se retrouvent particulièrement dans trois courants théoriques de l’organisation : la théorie générale des systèmes, la théorie des systèmes sociotechniques et la théorie de la contingence. Nous nous appuyons sur cette dernière, et plus précisément sur les théories Tom Burns et George Stalker, pour illustrer notre propos.

T. Burns et G. Stalker sont deux sociologues anglais ayant théorisé les deux formes que peuvent adopter une organisation, mécaniste ou organique, lorsqu'elle entre en relation avec son environnement (Burns & Stalker, 1961). Cette question rejoint notre propos puisque l'arrivée du NMP a entraîné l'intégration délibérée de la compétitivité entre les organisations de soins, qui se sont retrouvées brutalement confrontées à un environnement concurrentiel jusqu'alors inexistant. Les activités de soins, auparavant service public non soumis aux règles de la concurrence, ont dû se muer en organisations poursuivant des objectifs de rentabilité, avec une meilleure efficacité tout en minimisant l'utilisation des ressources ; autrement dit : elles ont dû « faire plus avec moins ».

T. Burns et G. Stalker ont donc montré que dans un environnement stable, les formes organisationnelles mécanistes faisaient preuve d'une plus grande efficacité car elles permettent de générer des procédures standards pour la réalisation d'activités routinières. Ainsi, dans des conditions environnementales stables, les organisations peuvent optimiser leurs performances en minimisant les coûts et en maximisant les bénéfices. Cependant, quand l'environnement est incertain, les organisations mécanistes ne sont plus aussi viables, la nécessité à s'adapter continuellement ayant tendance à enrayer les mécanismes bien huilés de la routine organisationnelle. C'est à ce moment que deviennent pertinentes les organisations de type organiques, dont la flexibilité est particulièrement adaptée à l'innovation et au changement.

Ces formes organisationnelles théorisées suivant une vision rationnelle de l'organisation, reprennent le thème d'un certain antagonisme entre deux approches possibles du management. En effet, les organisations basées sur la force de la routine et de la standardisation d'une part, et celles basées sur l'adaptation impliquant une forte place de l'informelle dans le quotidien de ses acteurs d'autres parts, sont censées appartenir à deux mondes qui s'ignorent, l'un stable et l'autre incertain. Pourtant, dans le quotidien des soignants, certains moments du cycle de vie de l'organisation relèvent de l'inconnu, de l'incertain, alors que d'autres relèvent plus volontiers de la routine et de l'habitude.

Ces réalités à la fois concomitantes et antinomiques semblent soulever la nécessité d'outrepasser ces catégories et nous invitent à redescendre l'objectif au niveau de l'humain pour comprendre le monde tel qu'il l'expérimente. C'est ce que nous nous proposons de faire en mobilisant les approches cognitivistes de l'organisation pour la suite de notre exposé.

2.2. Puis l'espoir des approches cognitivistes

Dans les années 1950, la révolution cognitive a pris corps par le biais de grands changements survenus au sein de différentes disciplines des sciences humaines. À cette époque, la psychologie, l'anthropologie et la linguistique étaient en pleine redéfinition, alors même que l'informatique et les neurosciences commençaient à s'établir. En psychologie, la révolution cognitive fut en fait une contre-révolution, en réaction au courant béhavioriste qui avait fait du comportement l'objet d'étude de la psychologie (Miller, 2003). Celui-ci étant observable, la psychologie pouvait alors devenir une science objective, s'appuyant sur l'expérimentation. Seulement, une des grandes limites de cette vision de la pensée humaine, est l'existence d'une boîte noire au sein de laquelle l'expérimentateur se garde de pénétrer puisque son contenu n'est pas directement observable via le comportement du sujet. C'est cette limite que les cognitivistes vont franchir, en investiguant le champ de la pensée et de l'action par l'étude des mécanismes internes les sous-tendant. Ces mécanismes sont abordés par l'étude du cerveau, créant ainsi des ponts avec la biologie. Ces ponts s'étendront à d'autres disciplines telles que la philosophie, l'intelligence artificielle ou encore la linguistique, offrant aux nouvellement formées sciences cognitives, une nature fondamentalement pluri- et interdisciplinaire.

Dans ce contexte, les recherches dans le champ disciplinaire de la santé ont également engagé un changement de paradigme, accordant aux perceptions, aux connaissances, et à la communication une place centrale dans les processus d'organisation des soins (Manojlovich, 2010). Nous parlons ici sciemment de processus d'organisation des soins, suivant une approche dynamique de l'organisation, et non plus d'organisation des soins au sens d'une structure stable dans l'espace et dans le temps.

En effet, en se référant à la définition du « sensemaking » de Karl Weick (Daft & Weick, 1984), l'organisation est une réalité multiple que les individus perçoivent selon leurs schémas mentaux propres. L'organisation est ainsi l'émergence, en perpétuel remaniement, de perceptions partagées par les individus qui évoluent en son sein. C'est sur la base de ces perceptions partagées que les individus construisent leurs actions et décisions. La réalité construite fait donc sens pour les individus, et ce sens leur permet en retour de partager des processus mentaux, des valeurs, des croyances, de communiquer et de se coordonner. Dès lors, ils énaquent leur environnement qui se construit à mesure que les interprétations émergent et se modifient. Cependant, Weick avertit : « comment puis-je savoir ce que je pense avant d'avoir vu ce que je dis ? » Il met ainsi l'accent sur l'aspect rétrospectif du processus de sensemaking : l'action survient, créant incertitude et ambiguïté, elle est équivoque, puis l'individu lui donnera rétrospectivement sens (Weick, 2001).

En appliquant à la santé le sensemaking, les structures de soins sont énaquées par les individus y prenant part, et ne sont pas seulement des flux de travail descendants conçus par des experts en gestion des activités de santé. Le sensemaking produit un contrôle social et technique sur les organisations et par les organisations. Les processus d'interprétations permettent de construire, d'énaquer, l'environnement de travail, les machines, les outils de gestion, le langage et les symboles traversant l'organisation. Ceux-ci vont ensuite contribuer à encadrer les lieux dans lesquels l'organisation se déploie, les rôles et le statut social de ses acteurs, et à encourager ou exclure des routines lorsqu'elles se manifestent aux individus en action.

Cela se produit également avec les espaces de travail, lorsque ces derniers sont modifiés et réorientés vers de nouvelles tâches. Les routines sont à leur tour modifiées, pouvant ainsi altérer le rôle et les représentations qui lui sont adossées chez les individus qui réalisaient anciennement ces tâches (Mikesell & Bromley, 2012). Il en est de même avec les technologies qui, suite à leur irruption, induisent des redistributions de cartes et des modifications dans la structure sociale de l'organisation (Barley, 1986).

Les approches cognitivistes sont porteuses d'espoirs pour la gestion des soins, en ce sens qu'elles ouvrent de nouvelles possibilités dans les rôles que peuvent jouer les instances de directions auprès des collaborateurs. Managers comme collaborateurs sont des participants co-producteurs de l'action organisée du soin, ils produisent des récits décrivant leur interprétation de ce qu'il se passe. C'est ainsi que les infirmières réalisent leur travail à travers un cadre qui fait collectivement sens, leur permettant de concilier des priorités concurrentes pour optimiser les performances, tout en utilisant leurs compétences, leur expérience et leurs connaissances tacites (O'Keeffe, Thompson, Tuckey, & Blewett, 2015).

Le nouveau rôle de la direction peut donc consister à engager des processus d'apprentissage en créant des conditions de travail favorables grâce, par exemple, à des décisions prises suivant des processus collaboratifs, ou encore via une bonne adéquation perçue entre charge de travail et personnel en action (J B Sexton et al., 2006). Les conditions de travail favorables peuvent encore se manifester à travers un investissement favorisant les interactions (J. Bryan Sexton et al., 2018), ainsi que le travail d'équipe, les collaborations interprofessionnelles et la communication (Romijn, Teunissen, de Bruijne, Wagner, & de Groot, 2018 ; Kim et al., 2015 ; Leonard, 2004). Des concepts innovants sont également constamment diffusés (Fitzgerald & Davison, 2008), tels que la réingénierie des environnements de travail (Mikesell & Bromley, 2012 ; Walston, Burns, & Kimberly, 2000), le lean management (Poksinska, Fialkowska-Filipek, & Engström, 2017), les approches patient-centrées et la personnalisation (Minvielle, Waelli, Sicotte, & Kimberly, 2014), afin d'activer des processus d'apprentissage collectifs pour améliorer la qualité et la performance, et développer les compétences des professionnels.

Par ailleurs, lorsque la gestion est mise en œuvre suivant ces approches cognitivistes, l'attention des soignants particulièrement sollicitée et exige de ce dernier la mobilisation de ses ressources cognitives. Les processus d'apprentissage dépendent du contexte (Loersch & Payne, 2014) et les symboles ne « suscitent pas chez un individu, ce qu'ils suscitent chez un autre » (Mead, Morris, Huebner, & Joas, 2015).

Face à des stimuli toujours plus exigeants en attention et ambivalents dans le sens qu'ils peuvent produire, les réactions sont diverses de la part des acteurs organisationnels. Paradoxalement, en adoptant ce paradigme, les unités de soins deviennent alors plus complexes, les perceptions sont multiples (J B Sexton et al., 2006), et ne sont pas nécessairement alignées (Romijn et al., 2018). En réaction à ce désordre et à cet environnement en apparence trouble et opaque, le management descendant hérité de la gestion industrielle et de l'organisation moderniste peut se réaffirmer et se justifier en s'appuyant sur des vertus de clarté supposée, adossées à la rhétorique de la rationalisation.

2.3. Finalement, des réalités équivoques laissant place à des logiques antagonistes au sein de l'organisation

En nous référant à la littérature récente (Pettersen & Solstad, 2014 ; O'Reilly & Reed, 2011), nous avons pu dégager deux grandes orientations managériales antagonistes, coexistant au sein des organisations de soins : le professionnalisme, qui privilégie les processus d'apprentissage émergents et choisis par les professionnels, se concentrant sur des notions telles que l'expertise professionnelle et l'autonomie centrée sur le client ; et le managérialisme, qui donne la priorité au contrôle managérial et à la maîtrise des comportements, faisant ainsi la part belle aux processus d'apprentissage planifiés et contraignants.

Les soignants perçoivent ces orientations essentiellement au travers des réalités qu'ils interprètent comme autant de manifestations ou de conséquences de stratégies délibérées. Ces stratégies peuvent être incarnées par la surcharge d'informations (Wilson, 2001), la dégradation des conditions de travail, la pression perçue, le turnover des équipes ou la flexibilité demandée au personnel, et une exigence toujours plus grande requise pour l'exercice de l'activité de soin elle-même. Cette dernière notion est résumée dans le concept de « job demand » (Huang, Wang, & You, 2016), issu du Job Demands-Ressources model of Burnout, qui est le modèle développé par Demerouti et al. concernant l'épuisement professionnel.

Il est basé sur l'équilibre entre la demande, c'est-à-dire la charge imposée par l'activité professionnelle, qui est rapportée aux ressources que possède le professionnel pour y faire face (Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001).

Ces réalités qui s'imposent peuvent être génératrices d'effets indésirables, survenant « au détriment de la motivation, de l'engagement, de la performance et de la capacité pour l'organisation à s'adapter sur le long terme » (Carlisle, 2011), avec pour conséquence de constituer un frein dans les processus de collaboration et d'apprentissage au sein de l'organisation (Kislov, Hodgson, & Boaden, 2016). De ce fait, les orientations managériales prises par l'organisation de santé sont intimement liées à l'expérience globale de travail que peuvent vivre les collaborateurs.

Cette équivocité de l'environnement organisationnel, qui peut conduire à l'adoption de logiques contraires en fonction du contexte dans lequel l'activité de soin est produite, justifie une quête de compréhension du management tel qu'il est perçu par les professionnels. En effet, logiquement, l'approche descendante par le managérialisme n'a pas nécessairement besoin de se remettre en question à part à produire des outils de gestion qui guideront ses prochaines initiatives, qui à leur tour confirmeront, modifieront ou infirmeront les précédentes pratiques en place. En revanche, la logique professionnelle nécessite un travail d'interprétation de la part des managers qui traduiront les réalités des acteurs en routines organisationnelles, qui pourront ensuite être adoptées ou rejetées. Par ailleurs, quelle que soit l'orientation embrassée par l'organisation, qu'elle privilégie une logique managériale ou professionnelle, tout semble malgré tout converger vers une quête de qualité. Concept sur lequel nous nous attardons dans le chapitre qui suit.

CHAPITRE 3 - LA RECHERCHE DE QUALITE PAR TOUS ET POUR TOUS : UN OBJECTIF UNIQUE, DES CHEMINS MULTIPLES

A plusieurs reprises nous avons abordé le sujet de la qualité. Nous avons présenté des soignants pris en étau entre la délivrance d'un soin de qualité au sens professionnel, c'est-à-dire en lien avec un état des connaissances scientifiques couplé d'une expertise et d'une expérience professionnelle, et celui de qualité au sens managérial, c'est-à-dire en référence à un standard donné. Nous revenons ici sur le concept de qualité.

3.1. Un concept englobant plusieurs acceptions

La qualité est un concept très large, mobilisé dans plusieurs disciplines selon différents usages.

D'après le dictionnaire Larousse, la qualité est « (l') aspect, (la) manière d'être de quelque chose, (l') ensemble des modalités sous lesquelles quelque chose se présente ». Cette définition se place dans la lignée de l'origine latine du mot « qualité », qui vient de « qualitas », signifiant « manière d'être ». Le concept de qualité permet donc de faire l'inventaire des caractéristiques d'un objet (au sens de l'objet d'étude), sans préjuger de l'aspect positif ou négatif de celles-ci. On s'éloigne donc de l'acception commune de la qualité vue comme « ce qui rend quelque chose supérieur à la moyenne » (Doucet, 2010).

L'Association Française de Normalisation (AFNOR), qui est l'organisation française représentant la France auprès de l'International Organization for Standardization (ISO) et du Comité Européen de Normalisation (CEN), définit la qualité comme suit : « un produit ou service de qualité est un produit dont les caractéristiques lui permettent de satisfaire les besoins exprimés ou implicites des consommateurs ». On retrouve ici la qualité comme ensemble des caractéristiques d'un objet. A cela s'ajoute la notion que la qualité l'est relativement à ce que le destinataire du produit ou service en attend. Ce qui est de bonne qualité ne l'est donc pas intrinsèquement, mais vis-à-vis d'un besoin exprimé ou implicite, qui doit constituer la norme pour la production.

En découle une série de normes, les normes ISO 9000, qui normalisent la qualité et le management de la qualité en imposant une forme d'exigence de base à la production de tout produit ou service.

Dans les organisations, la notion de qualité a été présente dès les débuts de l'organisation scientifique du travail et le bureau des méthodes de F.W. Taylor au début du 20^e siècle (Taylor, 1911). En effet, après la production du produit unique dont la qualité était maîtrisée par l'artisan fort de son savoir-faire, il a fallu normer cette qualité quand les intervenants se sont multipliés avec la division du travail orientée vers la production de masse au début du 20^e siècle. Puis, dans l'école néo-classique et la pensée pragmatique de l'après seconde guerre mondiale, W. Deming popularisera une nouvelle approche de la qualité inspirée par le cycle de Shewhart (Deming, 1952), comme une dynamique d'attention permanente et de prévention plutôt que comme une vérification a posteriori. Ses idées se retrouvent dans la Roue de Deming et le PDCA (Plan, Do, Check, Act), qui véhiculent l'idée d'inscrire la démarche qualité dans un cycle d'amélioration permanente des processus grâce à l'expérience acquise. Ce concept s'implantera d'abord au Japon puis l'industrie américaine s'en emparera une trentaine d'années plus tard.

Par ailleurs, en santé, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la qualité des soins comme « une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ». Il s'agit donc d'optimiser le rapport bénéfice-risque pour le patient, qui est consommateur du service de santé proposé par l'organisation étatique dans laquelle il évolue. De la même façon que pour les normes ISO, nous nous trouvons en présence d'une multitude de normes et de bonnes pratiques (ici l'Evidence-Based Practice ou pratique basée sur les preuves) à respecter pour la production du service de santé par le médecin, producteur de soins.

Ces normes viennent de divers organismes, professionnels (conseil de l'ordre, sociétés savantes) et d'État (OMS, HAS, Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP)).

Finalement, la qualité est un concept majeur qui participe à la performance de l'organisation. Cependant, telle qu'étudiée dans la littérature de gestion en santé aujourd'hui, la qualité l'est principalement sous l'angle du managérialisme, en ce sens qu'elle répond, le plus souvent, soit d'une injonction descendante de standard à obtenir ou maintenir, soit d'une démarche centrée client.

3.2. Un concept principalement envisagé sous l'angle du managérialisme

Dès le début des années 2000, la qualité des soins a été envisagée comme une transformation de la pratique médicale, la faisant passer d'une forme d'art à l'exercice d'une action collective scientifiquement fondée et centrée sur la recherche d'une qualité cherchant le juste compromis entre efficacité curative et maîtrise des dépenses (Setbon, 2000). Pour cela, l'exigence de qualité repose sur l'élaboration de méthodes et techniques normatives permettant d'encadrer les comportements professionnels. La qualité est donc abordée sous l'angle de la rationalité.

D'autres auteurs, lorsqu'ils abordent le management par la qualité, parlent d'approches très normées et procédurales, peu adaptées à l'environnement changeant auquel sont confrontés quotidiennement les établissements de soins (Sebai, 2015). Les difficultés à définir la qualité sous une forme standardisée et opérationnelle dans le but de relever les défis organisationnels des activités de soins semblent poser des difficultés aux managers, pour qui les limites d'une vision descendante de la qualité semblent se profiler. Pour y répondre, certains auteurs appellent à envisager celle-ci selon une approche patient-centrée (Fitzsimons & Cornwell, 2018).

Dans cette lignée, Figueroa et al. montreront par exemple qu'une meilleure coordination des soins est positivement corrélée à une meilleure expérience patient (Figueroa, Feyman, Zhou, & Joynt Maddox, 2018).

Cependant, il demeure un grand absent dans l'équation : quid des soignants, ces acteurs de l'organisation de santé qui sont, par définition, les plus à même d'influer sur la qualité des soins, puisque ce sont eux qui les dispensent.

En 2013, Lu et al. ont établi qu'une bonne adéquation du personnel infirmier à la demande de soins était corrélée à un meilleur taux de satisfaction au travail et une meilleure qualité des soins (Lu, Ruan, Xing, & Hu, 2015). Pour obtenir ce résultat l'équipe de recherche s'est basée sur un questionnaire diffusé dans une population d'infirmiers, visant à évaluer comment l'adéquation de la quantité de personnel à la demande en soins pouvait jouer sur la satisfaction au travail et la qualité des soins. Les auteurs ont donc franchi le pas de lier l'étude de la qualité des soins à la perception d'une variable managériale par des professionnels de santé.

Nous plaçant dans la lignée de ces approches de la qualité telle qu'elle est influencée par l'expérience des soignants dans l'organisation, nous avons voulu aller encore plus loin. En faisant participer des soignants à l'élaboration même de la recherche via la participation, nous avons voulu explorer plus profondément encore ce qui fait réellement sens pour eux, relativement à leurs perceptions du management dans l'organisation, avec ses différentes orientations et influences. Dans le chapitre qui suit, il s'agit donc d'investiguer le concept de participation.

CHAPITRE 4 - DE L'UTOPIE DE LA PARTICIPATION A LA CO-CONSTRUCTION DES SAVOIRS : LE PARTI-PRIS D'UNE ETUDE SOIGNANT-CENTREE

4.1. Les fondements de la participation pour la construction de savoirs partagés

Les sciences participatives sont « des formes de production de connaissances scientifiques auxquelles des acteurs non-scientifiques-professionnels — qu'il s'agisse d'individus ou de groupes — participent de façon active et délibérée » (Houllier & Merilhou-Goudard, 2016).

Cette forme de sciences s'est historiquement développée dans le domaine des sciences naturelles, avec les sociétés savantes, où une grande partie du travail se faisait sur le terrain sans nécessiter de moyens coûteux ou de laboratoire, permettant à des non-professionnels de contribuer aux avancées en matière de connaissance et d'inventaires. Avec l'avènement des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC), elles ont investi d'autres domaines comme la médecine, l'astronomie ou la physique.

Le concept de sciences citoyennes en tant que tel provient des États-Unis, dans les années 1970, avec deux physiciens : Joël Primack, chercheur en astrophysique, et Frank von Hippel directeur de l'institut de recherche sur l'énergie et l'environnement à l'Université de Princeton. Ils s'inscrivent à la suite d'une tradition du comptage des oiseaux initiée vers 1900 et réalisée chaque année par des experts non scientifiques en Amérique du Nord.

Depuis les années 2000, on assiste en France à un regain de popularité pour la mesure des phénomènes de biodiversité de grande ampleur, avec de nombreuses expériences menées notamment au Muséum National d'Histoire Naturelle.

Ces expériences sollicitent des citoyens engagés producteurs d'observations scientifiques, pour la production de grands jeux de données sur des sujets précis. Celles-ci peuvent permettre au citoyen d'influencer des politiques publiques et des stratégies d'entreprises, avec l'aide de chercheurs engagés pour co-construire des protocoles de recherche.

« La science citoyenne peut être définie comme l'effort participatif et combiné de recherche, d'analyse et d'éducation publique qui poursuit strictement, comme principe de base, l'objectif de bien-être collectif des générations présentes et futures d'êtres humains sur la planète et de la biosphère. » (Schneider, 2002).

« Le scientifique citoyen, à travers ses capacités particulières de recherche et d'analyse, doit participer à la protection de la société contre des modes de développement qui placent l'intérêt de l'État ou l'intérêt corporatif au-dessus du bénéfice collectif. Le scientifique citoyen est donc un contre-expert par excellence. » (Schneider, 2002).

Dans la littérature académique, c'est à Alan Irwin qu'est attribuée la paternité du concept de citizen sciences ou sciences citoyennes (Irwin & Staff, 1995). Dans son ouvrage, il montre au travers de nombreux exemples et expériences, la nécessité d'une meilleure maîtrise des sciences et technologies en les reconnectant à la réalité des menaces notamment environnementales. C'est par la réappropriation par les citoyens de la science, des savoirs et des techniques, que cette reconnexion pourra s'opérer. Ceci correspond à un basculement important en termes de posture pour le chercheur qui doit aller au contact de la demande du citoyen. Il se mue alors en traducteur et pédagogue tout en se plaçant au service d'une demande émanant du savoir « profane ». Là peut émerger un collectif de recherche nouveau, basé sur des échanges entre spécialistes et lesdits profanes, s'émancipant d'une vision descendante de la production du savoir par le chercheur dans sa tour d'ivoire (Callon, Lascoumes, & Barthe, 2001).

Nous sommes plongés dans l'Anthropocène, cette nouvelle ère géologique décrite par Paul J. Crutzen comme une époque dans laquelle les activités humaines exercent des effets de plus en plus importants sur l'environnement à toutes les échelles, éliminant ainsi peu à peu les processus naturels (Crutzen, 2006). Dans ce contexte, la science ne peut plus se contenter d'observer le monde comme un phénomène extérieur de manière déconnectée, puisque c'est précisément ce monde et l'humanité qui le compose, qui façonnent les phénomènes que le chercheur observera en retour. De ce point de vue, nous nous rapprochons du paradigme des sciences de l'artificiel développé par Herbert Simon il y a un demi-siècle, pour qui la quasi-totalité des éléments de notre environnement sont des témoignages de l'artifice humain (Simon, 1969). Le monde que nous expérimentons peut ainsi être vu comme façonné par l'homme, et donc « artificiel ».

Sur la base de ces présupposés, nous avons voulu expérimenter l'utopie de l'élaboration collaborative des savoirs, avec l'objectif de faire de ces derniers un nouvel « artifice » créé par et pour l'humain. Nous avons abordé notre terrain de recherche en se plaçant dans une logique tout à fait exploratoire, puisque les sciences participatives ne sont pas encore, à ce jour, une modalité méthodologique employée pour la recherche en sciences de gestion à notre connaissance. Cependant, nous avons rapidement été confrontés à des limites à la fois contextuelles et théoriques pour la mise en œuvre concrète d'une méthodologie réellement participative. Nous présentons ci-après ces limites théoriques ayant rencontré un écho en pratique, et exposons notre choix d'une étude soignant-centrée s'inscrivant dans la lignée des objectifs visés initialement par la mobilisation des sciences participatives.

4.2. Les limites théoriques et contextuelles à la participation et le choix d'une étude soignant-centrée

Nous l'avons vu, les sciences participatives sont porteuses d'une certaine utopie dans laquelle la participation de tout un chacun permettrait l'élaboration d'une science qui serait à la fois à l'image du scientifique professionnel, mais également à celle du citoyen ou de l'expert profane.

Les savoirs ainsi produits répondraient donc à la fois à des critères de scientificité, d'utilité puisque répondant à une demande tangible, mais seraient également porteurs de vertus pédagogiques, en ce sens que le participant ressort grandi, mieux informé et plus conscient, concernant le phénomène qu'il a participé à étudier.

Nous nous placerions ainsi dans la lignée du pédagogue Paolo Freire, qui préconisait une approche globale de la transmission des savoirs qui ne se ferait plus par simple transmission mais via l'établissement de rapports nouveaux entre enseignants et apprenants (Freire, 1974). Ces rapports, au lieu d'être verticaux et hiérarchiques, deviennent dialectiques et permettent d'aiguiser le sens critique de l'apprenant-participant, faisant de sa participation une forme d'émancipation. Nous parlons ici volontiers d'apprenants, puisque pour la réalisation de notre étude préliminaire, nous avons été confrontés à un échantillon de population particulier de professionnels de santé se formant à la recherche.

Nous nous sommes rapidement rendu compte que la rhétorique de la participation laissait place, dans les faits, à une dilution de celle-ci au travers du processus de choix qui devait être opéré à toutes les étapes par les chercheurs. Dans ce contexte, il s'est mis en place un phénomène d'hypostase ou « lorsque les humains ne se reconnaissent pas dans le résultat de leurs actions » (Dupuy & Livet, 2003), propre ici à l'action collective. Forts de ce constat, l'expérience du réel nous amène à revoir notre idéal de la participation pour une recherche du compromis plutôt que du consensus dans une perspective polyphonique (Pichault & Friedberg, 2013).

Dès lors, nous nous sommes concentrés sur une vision plus nuancée de la participation en nous concentrant sur l'aspect co-construit des savoirs selon une méthodologie que nous présentons dans la suite. Nous ne prétendons donc pas encore, dans cette étude, revendiquer une méthodologie relevant des sciences participatives, et ce pour différentes raisons que nous évoquons dans la présentation de notre étude. Il n'en demeure pas moins que les objectifs de construction de savoirs rigoureux et scientifiques, utiles, liés à une demande tangible du citoyen participant à la recherche, avec une approche pédagogique d'une participation émancipatrice ont été maintenus.

CHAPITRE 5 - PROBLEMATISATION ET DESIGN DE L'ETUDE

A l'aide de la revue de littérature et du cadrage théorique menés au cours des quatre précédents chapitres, nous avons pu faire le constat d'un certain nombre de gaps dans la littérature explorée, et identifié un cadre théorique à travers lequel nous pourrions envisager une approche novatrice de ceux-ci. Afin de mieux comprendre l'influence du management sur la pratique du soin, nous avons voulu investiguer ces réalités multiples que revêt la pratique, telles qu'elles sont énoncées par les professionnels de santé dans leur quotidien. Cette recherche aborde donc la question de l'influence, sur les activités de soins, du management tel qu'il est perçu par les soignants. Cette problématique, co-construite suivant une méthodologie que nous détaillons dans la deuxième partie de cet exposé, peut être formulée de la manière suivante :

Comment les soignants perçoivent-ils leur environnement de gestion, et comment ces perceptions sont-elles associées à la qualité des soins et à l'expérience que fait chacun de son environnement de travail ?

Afin d'illustrer cette problématique, nous avons construit un modèle (*cf. figure 1*) qui reprend les différentes variables exposées et annonce les résultats attendus à travers une distribution particulière en variables explicatives et expliquées. En se référant notre revue de la littérature et suivant la théorie de Karl Weick, nous nous attendions donc à ce que les individus activent et interprètent les éléments significatifs de la vie quotidienne des organisations de soins leur faisant sens, comme relevant de deux orientations antagonistes : managérialisme et professionnalisme. Nous nous attendions également à trouver des relations significatives entre, d'une part, ces interprétations de leur vécu organisationnel et, d'autres parts, la qualité des soins prodigués telle qu'il la perçoive et l'expérience globale qu'ils ont de leur environnement de travail. Par expérience globale de leur environnement de travail, nous entendons l'équilibre perçu par les soignants entre satisfaction et insatisfaction lorsqu'ils pensent à leur vie professionnelle.

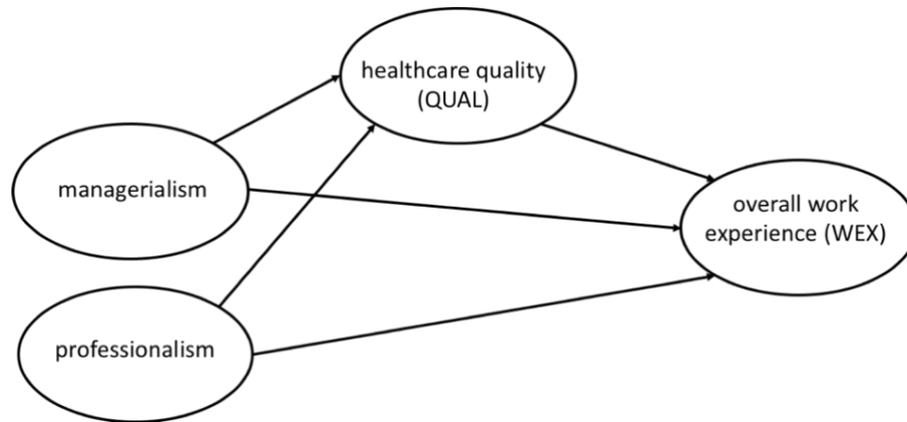


Figure 1 : modèle théorique de l'influence des orientations managériales sur la qualité des soins et l'expérience globale de travail.

En somme, le managérialisme et le professionnalisme sont des variables explicatives de l'expérience globale de travail et de la qualité des soins prodigués qui sont des variables expliquées, la qualité des soins étant elle-même explicative de l'expérience de travail.

Nous nous sommes également intéressés à l'évaluation des variables contextuelles, les organisations de soins de grande taille pouvant être plus orientées vers le managérialisme que les plus petites, les plus spécialisés pouvant être plus volontiers tournés vers le professionnalisme. Les soignants pourraient également être traités différemment en fonction de leur profession (infirmier, médecin, kinésithérapeute, etc.) et de leur expérience professionnelle (plus l'expérience professionnelle est longue, moins le contrôle managérial devrait être nécessaire). Les cas de discriminations fondées sur le genre seront également testés.

Afin d'apporter des éléments de réponses à cette problématique, nous avons testé ce modèle en le confrontant au terrain (bien que le terrain ait déjà en partie pris part à l'élaboration du modèle). Pour ce faire, nous avons réalisé une étude se décomposant en deux parties : la première correspond à une étude préliminaire ancrée dans des approches qualitatives, ayant pour but de développer un questionnaire de recherche ; la seconde est l'étude principale, sollicitant une approche quantitative pour la réalisation d'une enquête par questionnaire dont les réponses sont analysées et discutées.

Partie 2 : Recueil des données, analyses et résultats, discussion

Dans la première partie de cet exposé, nous avons procédé à une revue de la littérature ainsi qu'à un cadrage théorique, au cours desquels nous sommes d'abord revenus sur l'arrivée du Nouveau Management Public dans le secteur hospitalier français. Nous avons présenté les différents espoirs et désillusions qu'il a pu porter, ainsi que le constat certain d'un vaste tournant dans la pensée managériale qui l'a accompagné dans son implantation. Nous avons également présenté les vues théoriques qui sous-tendent ce virage dans la gestion des soins, à savoir une vision rationnelle et relevant des théories modernes de l'organisation, avant de nous pencher longuement sur ce qui constitue les fondements de notre cadre théorique avec les approches cognitivistes de l'organisation, notamment les théories du sensemaking et de l'enactment de Karl Weick. Ces dernières n'en demeurant pas moins pourvoyeuse de complexité, elles peuvent à la fois constituer le terreau d'innovation managériales nécessaires au management de l'environnement incertain qui accompagne les activités de soins, mais aussi justifier un retour en force d'une logique managérialiste descendante dans les processus décisionnels. Après avoir entrevus les acceptions multiples que recouvre le concept central de qualité, nous avons abordé la question de la participation et, là encore, la question de son ambivalence, entre l'utopie qu'elle porte et les frustrations qu'elle peut générer chez le participant. Finalement, tous ces éléments pris ensemble, nous en sommes arrivés à l'établissement de notre problématique de recherche, que nous citons à nouveau ici :

Comment les soignants perçoivent-ils leur environnement de gestion, et comment ces perceptions sont-elles associées à la qualité des soins et à l'expérience que fait chacun de son environnement de travail ?

Afin d'apporter des éléments de réponse à cette problématique, nous avons réalisé une étude qui se divise en étude préliminaire et étude principale. Dans la lignée des études récentes vantant les bénéfices de l'usage de méthodes mixtes pour aborder le terrain d'étude (Mannion & Smith, 2018), nous avons combiné des approches qualitatives et quantitatives. Les méthodes qualitatives ont été mobilisées pour la co-construction des savoirs au cours de l'étude préliminaire, décrite au chapitre 6. Les méthodes quantitatives, quant à elles, sont les approches qui ont été préférées pour l'enquête principale, présentée dans le chapitre 7.

Au chapitre 6, après avoir présenté le terrain d'enquête, nous détaillons la méthodologie ayant permis la co-construction d'un questionnaire de recherche. Une approche abductive a été mobilisée pour cette phase. Elle procède par allers et retours entre méthodes qualitatives sur le terrain et travail de recherche dans les bases de données académiques. Elle a permis de réaliser un réel travail de traduction depuis l'émergence de l'idée issue d'une intuition liée à l'expérience de l'expert-profane jusqu'au rapprochement de celle-ci à un savoir scientifique établi par le chercheur. Cette phase de traduction correspond au recueil des données, et leur analyse a posteriori constitue le matériau permettant d'élaborer notre questionnaire co-construit, résultat de la première partie de la recherche.

Dans le chapitre suivant, nous décrivons la deuxième partie de l'étude, pour laquelle ce questionnaire est repris pour une vaste collecte des données, qui feront à leur tour l'objet d'analyses, cette fois via des méthodes quantitatives.

Après présentation des résultats de l'étude principale, il s'agit, dans un huitième et dernier chapitre, de discuter les contributions et les limites de cette recherche, avant d'en présenter les implications managériales. Enfin, une dernière mise en perspective nous permet de proposer des voies possibles de recherches futures, notamment dans le cas d'une éventuelle poursuite en thèse de doctorat.

CHAPITRE 6 - ÉTUDE PRELIMINAIRE : CO-CONSTRUCTION DU QUESTIONNAIRE DE RECHERCHE

6.1. Le terrain d'enquête

Pour mener à bien cette étude, nous nous sommes appuyés sur un terrain particulier : l'animation de six cours magistraux de quatre heures dans le cadre d'une unité d'enseignement (UE) expérimentale sur les thématiques de la gestion au sein d'un master de recherche en santé d'une faculté de médecine parisienne. L'UE en question regroupait 55 étudiants présentant un âge médian de 26,5 ans (min 22 - max 35), avec un ratio de 1 homme pour 5 femmes. Ces étudiants sont eux-mêmes professionnels de santé, issus de professions paramédicales diverses (infirmiers, kinésithérapeutes, orthoptistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, podologues) et provenant de multiples structures de soins différentes (hôpital public, privé, centre de rééducation, cabinet libéral, EHPAD). C'est ce groupe de soignants engagés dans un cursus complémentaire du système Licence-Master-Doctorat (LMD), leur permettant d'être en mesure de devenir chercheur dans leurs spécialités et domaines de compétences respectifs, qui constitue notre cohorte d'étude (N = 55).

6.2. Le recueil des données

L'UE a suivi un schéma de « learning by doing », une modalité pédagogique théorisée par John Dewey, pour qui l'apprentissage devrait être pratique et utile, et non simplement passif et théorique (Dewey, 1916). Ici, sa mise en œuvre vise à former des étudiants à la recherche en leur faisant faire de la recherche. En cours magistral, nous co-construisons donc, au travers d'une dialectique prenant place entre chercheurs et apprenants, un projet de recherche de manière abductive. Nous citons ici une méthode abductive telle qu'elle a été théorisée par Charles Sanders Peirce (Peirce, 1931) et résumée par Atocha Aliseda comme « un processus de raisonnement invoqué pour expliquer une observation intrigante », un fait surprenant (Aliseda, 2006).

Ainsi, l'abduction est cette manière de remonter en arrière depuis un fait déroutant et de concevoir une hypothèse nouvelle pouvant expliquer le phénomène que la théorie pré-existante n'intègre pas. Nous nous inscrivons donc dans une posture de recherche en harmonie avec notre cadre théorique, puisqu'il s'agit d'interpréter, en concevant des hypothèses a posteriori, des phénomènes qui sont énoncés par le chercheur et qui deviennent ainsi potentiellement l'objet d'investigations scientifiques. Nous entrons ainsi dans une démarche de co-construction où l'étudiant-professionnel de santé devient producteur de données scientifiques, et le chercheur fait l'interface, le traducteur, entre la connaissance profane et la connaissance scientifique. Les échanges pouvaient être poursuivis sur « Basecamp », une plateforme numérique de gestion de projet mobilisée à cet effet.

Conformément à notre cadre théorique donc, nous avons utilisé une approche par co-construction dont l'objectif assumé n'était pas de développer une compréhension approfondie des organisations de soin comme proposé par certains auteurs (Vindrola-Padros et al., 2018), mais bel et bien de comprendre la façon dont les aidants perçoivent les orientations managériales et, par exemple, de voir si ces perceptions dépendent des caractéristiques des organisations de soins dans lesquelles ils évoluent.

Chaque session de l'UE a été organisée suivant deux phases. Une première phase de lancement permet aux chercheurs de lancer la session en fournissant les bases théoriques et disciplinaires utiles à la séance. Dans une seconde phase, les candidats se voient divisés en sous-groupes selon deux méthodes en fonction du moment de la recherche : focus groups (Morgan, 1996) et design thinking (Kimbell, 2011 ; Brown & Katz, 2009). Nous nous sommes ainsi appuyés sur un triptyque méthodologique qualitatif pour ce premier recueil de données intégrant et faisant interagir learning by doing, focus groups et design thinking (*cf. Figure 2*).

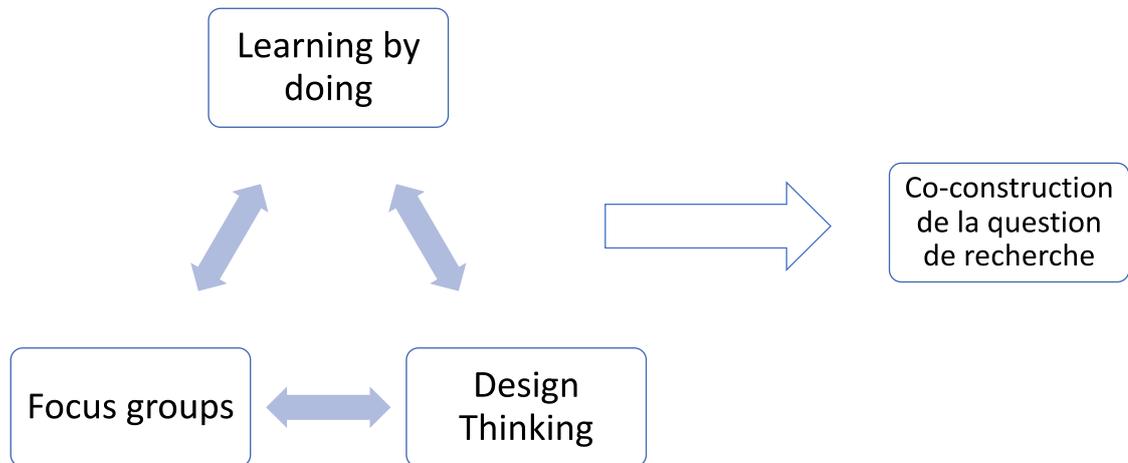


Figure 2 : modèles des différentes méthodes mobilisées pour le recueil des données de l'étude préliminaire.

Parallèlement aux sessions, nous avons questionné les bases de données académiques afin d'identifier, dans la littérature scientifique, des références correspondantes aux idées soulevées. Afin de partager ces résultats et de poursuivre les réflexions de manière collégiale, un journal de bord participatif a été tenu de façon numérique sur la plateforme Basecamp.

Le processus global de l'élaboration du questionnaire s'est par ailleurs déroulé selon trois grandes étapes. La première a consisté à définir le sujet principal de la recherche et à formaliser ce que les soignants considéraient comme des outils de gestion dans leur travail quotidien et selon leurs pratiques. Les participants se sont ensuite attachés à identifier les éléments clés de leur expérience professionnelle et à les relier à l'organisation du travail dans leurs structures. Ce qui a conduit à identifier trois grands axes de travail :

- Manifestations des politiques de gestion des soins (l'organisation des soins)
- Organisation et travail réel (la pratique soignante, l'expérience globale de travail)
- Effets sur les soins (le soin : sécurité, qualité)

Les manifestations de la politique de gestion vis-à-vis des soignants correspondent à l'ensemble des outils, documents, consignes formelles ou informelles, explicites ou tacites, qui indiquent aux soignants ce que l'on attend d'eux. Ici, les soignants citent par exemple des manifestations objectives telles que les emplois du temps, les prescriptions, les transmissions ou encore le dossier unique. On a aussi des manifestations implicites telles que l'augmentation de l'activité au détriment du temps alloué aux soins, les prescriptions inadaptées ou incomplètes, une lourdeur administrative sans temps prévu à cet effet, ou encore le poids des instances de tutelles à travers la Tarification à l'Activité notamment. On a donc des facteurs favorisant le flou, la flexibilité et le glissement de tâches, ainsi que des marqueurs d'une culture de gestion.

Le travail réel correspond à la façon dont l'activité se déroule réellement, donc comment s'articulent l'organisation des soins et le travail des soignants au quotidien. C'est ce que nous regrouperons sous la dénomination d'expérience globale de travail. Ici, on retrouve encore des facteurs favorisant le flou, la polyvalence et le glissement de tâches avec, par exemple, la plainte des soignants sur des notions de « tâches sans rapports avec le métier », subies ou choisies (mais au détriment d'autre chose), ou encore de « tâches sans rapport avec les soins », subies ou choisies également. Il apparaît ici une forme de contrainte pesant sur la culture du soin, par une culture de gestion.

Enfin, la troisième thématique concerne l'acte même, la partie opérationnelle de l'organisation de soins, c'est-à-dire les effets sur la qualité et la sécurité des soins. On retrouve ici la nécessité pour les soignants d'opérer constamment des arbitrages entre pression de la structure organisationnelle, gestionnaire, et le fait de prodiguer des soins qu'ils considèrent, au regard de leur expertise professionnelle, comme étant de qualité. Ils font donc tampon entre deux sources de pression, organisationnelle et professionnelle.

Nous voyons apparaître ici un certain recoupement entre ces thèmes isolés au cours des différentes sessions et notre revue de la littérature présentée plus haut. Ainsi, nous avons pu faire émerger un consensus relatif à des problématiques communes entre chercheurs et professionnels. S'en est suivie la deuxième étape du déroulement de l'étude préliminaire, qui a conduit à la production d'un prototype de questionnaire et de son test. Après avoir délimité le sujet, nous avons donc proposé une première ébauche de test du questionnaire, qui a été testée sur un échantillon de 77 répondants ($N = 77$), composé d'étudiants professionnels de la promotion et d'un nombre restreint de contacts. Deux constats sont ressortis de l'analyse des premières réponses : la nécessité de simplifier et de clarifier les questions posées. Une vaste phase d'ajustements s'en est suivie, ayant permis d'élaguer considérablement le questionnaire, toujours avec les méthodes d'animation précédemment citées.

Enfin, la troisième et dernière étape a été réservée à l'élaboration du construit définitif, qui pourra ensuite être diffusé à grande échelle. C'est à cette étape que nous avons dû procéder à une dernière revue de la littérature afin de lier les items retenus pour notre construit à des items validés de la littérature scientifique.

6.3. Résultats de l'étude préliminaire : présentation du questionnaire

Pour tous les items retenus dans le questionnaire final, nous avons procédé suivant une méthode standardisée. Partant de la littérature académique, les sessions avec les étudiants-professionnels-participants ont conduit à la définition de construits regroupant une sélection d'items correspondants. Comme le recommandent Huang et al., nous avons inclus des items à valence positive comme à valence négative (Huang et al., 2016). Les items sont divisés en trois sous-échelles : perception des orientations managériales, qualité des soins observés (QUAL), et expérience globale de travail (WEX). Nous les résumons dans le *tableau 1* puis les détaillons ci-après.

Libellé de la sous-échelle	Libellé de l'item	Source de l'item	Concept mobilisé
<i>Logique professionnelle ou professionnalisme</i>			
	AUTONOMY	Job Demands-Resources Questionnaire	Job Control
	COLLSUPPORT	Safety Attitudes Questionnaire	Teamwork Climate
	COMPOVERT	Job Demands-Resources Questionnaire	Rewards
	FREEDUR	Job Demands-Resources Questionnaire	Job Control
	HIEREL	Job Demands-Resources Questionnaire	Supervisor Support
	INADPRESCR	Safety Attitudes Questionnaire	Working Conditions
	INTEGRATION	Safety Attitudes Questionnaire	Working Conditions
	MATCOND	Job Demands-Resources Questionnaire	Physical Environment
	RESTIME	Work-Life Climate Scale	Work Life Balance
	RIGHTNURS	Safety Attitudes Questionnaire	Teamwork Climate
	SECU	Safety Attitudes Questionnaire	Safety Climate
<i>Logique managériale ou managérialisme</i>			
	ADMOVERLAP	Job Demands-Resources Questionnaire	Time Pressure
	ADSTAF	Safety Attitudes Questionnaire	Perceptions Of Management
	AWKL	Job Demands-Resources Questionnaire	Time Pressure
	FORCENUM	Job Demands-Resources Questionnaire	Participation
	NOFREETIME	Work-Life Climate Scale	Work Life Balance
	NOTIMEOFF	Work-Life Climate Scale	Work Life Balance
	OVERTIME	Work-Life Climate Scale	Work Life Balance
	PROFIT	Safety Attitudes Questionnaire	Perceptions Of Management
	STDDURATION	Job Demands-Resources Questionnaire	Participation
	TURNOVER	Safety Attitudes Questionnaire	Perceptions Of Management
<i>Qualité perçue</i>			
	BADTi	Maslach Burnout Inventory	Depersonalization
	COM	Maslach Burnout Inventory	Depersonalization
	FAILEDi	Safety Attitudes Questionnaire	Safety Climate
	PATSUFi	Safety Attitudes Questionnaire	Safety Climate
<i>Expérience globale de travail</i>			
	EXHAUSTi	Maslach Burnout Inventory	Emotional Exhaustion
	PERSLIFEi	Maslach Burnout Inventory	Emotional Exhaustion
	PLEAS	Maslach Burnout Inventory	Personal Accomplishment
	SERENATM	Maslach Burnout Inventory	Personal Accomplishment
	WKSUF	Maslach Burnout Inventory	Emotional Exhaustion

Tableau 1 : sources des items retenus pour le questionnaire final

Perception des orientations managériales

En accord avec la théorie, les ateliers de co-construction ont montré que les soignants éprouvent des orientations managériales antagonistes dans leur quotidien : managérialisme versus professionnalisme, avec deux groupes d'items correspondants.

Pour évaluer le professionnalisme, nous avons sélectionné un échantillon de 11 items issus de cette sous-échelle, ayant été adaptées à partir de trois questionnaires validés : le Safety Attitude Questionnaire (SAQ) (John B Sexton et al., 2006), le Job Demands-Resources Questionnaire (JDRQ) (Demerouti et al., 2001), et le Work-Life Climate Scale (WLCS) (J Bryan Sexton et al., 2017).

Parmi celles-ci, notre sous-échelle de professionnalisme comprenait cinq items du SAQ, cinq items du JDRQ et un du WLCS. Les cinq items dérivés du SAQ visaient à évaluer le climat de sécurité (1 item), les conditions de travail (deux items) et le climat de travail en équipe (deux items). Les cinq items du JDRQ ont évalué l'environnement physique (un item), le contrôle des tâches (deux items), le soutien aux superviseurs (un item) et les récompenses (un item). Enfin, ceux issus du WLCS faisait une évaluation de l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée.

Pour le managérialisme, nous avons, de la même manière, sélectionné 10 items adaptés des trois mêmes échelles validées : trois items du SAQ évaluait la perception du management, quatre items du JDRQ visaient à évaluer la pression temporelle (deux items) et la participation (deux items également). Le WLCS évaluait les pressions directes sur l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée.

La qualité des soins observée (QUAL)

Dans la vie quotidienne d'une organisation, les soignants expérimentent et observent directement de nombreux aspects de la qualité des soins, telle qu'elle est définie selon leur point de vue. Afin de mesurer la qualité des soins de santé perçue (QUAL), nous avons sélectionné des items issus de deux échelles validées : deux items provenant encore une fois du SAQ évaluait le climat de sécurité régnant dans l'environnement de travail, et deux items concernant la dépersonnalisation provenaient de la Depersonalization subscale du Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey for Medical Personnel (MBI-HSS(MP)) (Maslach, Jackson, & Leiter, 2016).

L'expérience globale de travail (WEX)

Pendant les sessions d'élaboration du questionnaire, les soignants interprétaient spontanément des aspects importants de leur vie comme des conséquences directes de leur travail : épuisement, domination et empiètement du professionnel sur le privé, satisfaction, stress, etc. Pour évaluer cette composante, nous avons sélectionné six items, tous adaptés MBI-HSS(MP) : deux items évaluant l'accomplissement personnel, et quatre items relevant de la mesure de l'épuisement émotionnel.

En accord avec la littérature et sur la base d'observations faites lors de notre étude préliminaire, nous avons observé que des divisions existent entre les différentes professions de santé (Fitzgerald & Davison, 2008). Au cours des différentes sessions, ce point a attiré notre attention sur l'identité professionnelle des soignants. Des débats, à la fois vigoureux et fructueux, ont eu lieu au sujet des différences qui peuvent exister entre les professions d'une part, et sur la difficulté que soulève le fait de poser les mêmes questions à des professionnels issus d'organisations de formes diverses. Nous avons donc inclus dans notre questionnaire des items permettant d'explorer les différences potentielles que peuvent soulever le fait d'appartenir à une profession plutôt qu'une autre, d'avoir plus ou moins d'années d'expérience, ou encore de venir de différents types d'organisations de soins.

CHAPITRE 7 - ÉTUDE PRINCIPALE : ENQUÊTE PAR QUESTIONNAIRE

Le questionnaire a été présenté sous une forme dématérialisée, disponible sur la plateforme collaborative « Google Forms ». Il a été mis en ligne du 30 mars au 22 avril 2018. Après une brève introduction, il se divisait en seize rubriques qui proposent dans sa partie initiale de décrire la structure et le rôle qu'y joue le répondant. Par la suite il tente de définir les relations professionnelles entretenues, la gestion de l'activité, des horaires et les conditions d'exercice du métier. Enfin il aborde la réalisation des soins, la relation aux patients ainsi que le ressenti personnel du praticien sur sa propre pratique. Des commentaires libres pouvaient être laissés à la fin du questionnaire. La diffusion du questionnaire s'est faite exclusivement par voie numérique, essentiellement par mails et réseaux sociaux, via les réseaux d'influence des professionnels-participants. Nous avons obtenu 889 (N = 889) réponses au questionnaire après diffusion. Les caractéristiques de notre échantillon sont présentées dans le *tableau 2*. Certains types d'établissements similaires ont été regroupés en catégories, et les tailles des organisations ont été regroupées en différentes tranches selon le nombre d'employés y évoluant.

Organisation de soins		
<i>Type d'organisation</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Établissements pour adultes	16	1.80
Association	20	2.25
Établissements pour enfants et adolescents	49	5.51
Établissements pour personnes âgées	69	7.76
Hôpitaux	475	53.43
Établissements médico-pédagogiques	39	4.39
Établissements médico-sociaux	41	4.61
Autres	31	3.49
Établissements privés	149	16.76
<i>Taille de l'organisation</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
1	25	2.81
2-10	164	18.45
11-50	173	19.46
51-250	133	14.96
251-500	75	8.44
> 500	319	35.88
Professionnels de santé		
<i>Sexe</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Femmes	753	84.70
<i>Expérience professionnelle (en années)</i>	<i>Moyenne / Écart-type</i>	<i>Min / Max</i>
	9.69 / 9.09	1 / 44
<i>Profession</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Aides-soignants	62	6.97
Infirmiers	383	43.08
Ergothérapeutes	56	6.30
Orthoptistes	97	10.91
Autres	43	4.84
Médecins	30	3.37
Masseur-Kinésithérapeutes	113	12.71
Psychomotriciens	105	11.81

Tableau 2 : caractéristiques de l'échantillon des répondants au questionnaire

7.1. Analyse statistique des données recueillies

La présente recherche a fait l'objet de la co-écriture d'un article aux côtés de mon directeur de mémoire, et cet article est actuellement en procédure de publication. En raison de contraintes liées à un manque de temps nécessaire pour l'acquisition d'une maîtrise des outils statistiques requis pour mener à bien l'analyse quantitative des données recueillies, l'analyse statistique a été menée par mon directeur de mémoire pour l'écriture de cet article. C'est cette analyse que nous présentons ici de manière synthétique, afin d'apporter au lecteur des éléments de compréhension plus précis des résultats exposés.

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel libre R. Elles ont consisté, dans un premier temps, à tester la fiabilité du construits, puis, dans un second temps, une analyse confirmatoire a été menée. Par construits, nous entendons ici les sous-échelles évaluées par notre questionnaire et présentées ci-dessus.

Fiabilité des construits

Globalement, pour chaque construit exploré, la fiabilité de l'échelle correspondante a été testée via l'établissement de coefficients α de Cronbach (un $\alpha > 0.7$ étant considéré comme bon ; un $0.6 < \alpha < 0.7$ étant considéré comme acceptable). Après sélection des items comme vu précédemment, la fiabilité a été considérée comme bonne pour l'expérience globale de travail comme pour la qualité des soins. Ensuite, partant de la littérature, nous nous attendions à trouver les deux dimensions antagonistes d'orientations managériales, à savoir professionnalisme et managérialisme. Après, à nouveau, sélection des items (avec un item exclu par sous-échelle), la fiabilité de ces deux sous-échelles a pu être confirmée pour le professionnalisme ainsi que pour le managérialisme.

Cependant, en appliquant une modélisation par équations structurelles, nous avons pu constater que les deux concepts étaient liés.

Afin de vérifier qu'il s'agissait bien de deux dimensions distinctes, une analyse en composantes principales (ACP) a été menée et deux facteurs ont ainsi pu être identifiés avec une répartition des items légèrement différente. Le premier groupe d'items présentait une bonne cohérence interne alors que celle du second était particulièrement faible.

Ces résultats suggèrent donc que, dans notre étude, les orientations managériales appartiennent à un construit unidimensionnel. En effet, pris ensembles, les items sélectionnés présentaient une bonne fiabilité. Nous avons ainsi défini une seule variable latente pour ces deux orientations : l'échelle managérialisme-professionnalisme ou Managerialism-Professionalism Scale (MPS). Par conséquent, plus la variable MPS présente un score élevé, moins les soignants perçoivent la pression managériale et plus ils se sentent soutenus en tant que professionnels de santé. Inversement, plus le score est bas, plus les soignants perçoivent le management comme un système de contrôle et moins l'environnement et leurs actes sont tournés vers le professionnalisme.

Analyse confirmatoire

Les trois variables latentes restantes (QUAL, MPS, WEX) ont ensuite été testées via des modèles de régressions par équations structurelles au sein d'un modèle global, avec QUAL et WEX comme variables expliquées, MPS comme variable explicative, ainsi que la taille de l'organisation (SIZE) et l'expérience professionnelle (EXP) comme variables contrôles.

Une exploration par régression linéaire a ensuite été menée pour les déterminants de l'orientation managériale, via un score MPS moyen comme variable expliquée, et la taille de l'organisation de soins (SIZE), le métier du professionnel répondant (prof), le sexe (gender) et l'expérience du soignant (EXP) comme variables indépendantes.

7.2. Résultats à l'issus des analyses statistiques

A l'issus des analyses statistiques, les résultats peuvent être décomposés en deux grands types. D'un côté, nous avons ceux relatifs à l'influence du management sur la qualité des soins et sur l'expérience globale de travail. De l'autre, il s'agit de résultats faisant références aux déterminants qui influencent l'exposition aux différentes orientations managériales, que celles-ci soient tournées vers une logique managériale ou professionnelle.

Influence du management sur la qualité des soins et sur l'expérience globale de travail

Après l'application de différents tests statistiques, notre modèle a fini par converger, démontrant ainsi la juste adéquation du modèle à nos données. Il en résulte que l'orientation managériale tournée vers le professionnalisme (caractérisée par un score MPS élevé) est fortement et positivement corrélée à une meilleure qualité des soins ainsi qu'à une meilleure expérience globale de travail, et inversement pour le managérialisme. En effet, ces orientations sont regroupées, dans notre modèle, au sein d'une seule et même échelle à la manière des deux plateaux d'une balance.

En ce qui concerne les variables contrôles :

- l'expérience professionnelle est faiblement et négativement corrélée à l'expérience globale de travail ;
- aucune relation significative n'a été trouvée entre expérience professionnelle et qualité des soins ;
- la taille de l'organisation est faiblement et négativement corrélée à la qualité des soins ;
- aucune relation significative n'a été trouvée entre la taille de l'organisation et l'expérience globale de travail.

Déterminants influençant l'exposition aux différentes orientations managériales

Deux grands résultats peuvent être décrits dans cette sous-partie. Un premier résultat majeur concerne les métiers : les soignants ne sont pas tous exposés de la même manière aux orientations managériales prises par l'organisation de soin dans laquelle ils évoluent. Des moins exposés aux plus exposés, on trouve : les psychomotriciens, les ergothérapeutes, les masseur-kinésithérapeutes, les médecins, les orthoptistes, les infirmiers, puis les aides-soignants.

Le second résultat majeur que nous exposons ici est relatif à l'influence de la taille de l'organisation. Cette taille est en effet faiblement et négativement corrélée au professionnalisme. Les caractéristiques individuelles des professionnels de santé ayant pris part à l'étude telles que le sexe et l'expérience professionnelles ne jouant, quant à elles, aucun rôle significatif dans l'exposition à l'orientation managériale.

CHAPITRE 8 - DISCUSSION : CONTRIBUTIONS ET LIMITES, IMPLICATIONS MANAGERIALES ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE

Pour finir, il s'agit, dans ce huitième et dernier chapitre, de dérouler le fil d'une discussion qui procède, dans un premier temps, d'une mise en parallèle des résultats de cette étude vis-à-vis de la revue de la littérature présentée en première partie, afin de tenter d'apporter des éléments de réponse à la problématique posée. Cette première étape va nous permettre de formuler nos contributions, avant de revenir sur les principales limites de l'étude. Nous mettrons ensuite en lumière les implications managériales qui peuvent être déduites de ce travail. Enfin, nous remettrons en perspective ce travail sous ses différents aspects afin d'ouvrir sur les pistes de recherches possibles qui en découlent, notamment dans l'éventualité d'une poursuite en thèse de doctorat.

8.1. Contributions

Notre contribution générale concerne la manière dont les soignants perçoivent les orientations managériales adoptées par les organisations de santé dans laquelle ils évoluent, et les influences de ces orientations sur les activités de soins. Tout d'abord, nous avons réussi à donner une première définition et mesure de l'élément clé de notre recherche : les orientations managériales telles qu'elles sont perçues par les soignants sur le terrain.

En se basant sur la littérature (Pettersen & Solstad, 2014 ; O'Reilly & Reed, 2011), nous avons recherché deux orientations antagonistes, le managérialisme et le professionnalisme. Prises indépendamment, les deux dimensions ont montré une fiabilité correcte. Prises ensemble dans un modèle d'équation structurelle, ces orientations managériales se sont révélées appartenir à un même concept unidimensionnel : la Managerialism-Professionalism Scale (MPS).

Plus le score de cette échelle est élevé, moins les soignants perçoivent la pression managériale et plus ils se sentent soutenus en tant que professionnels de la santé. Inversement, plus le score est bas, plus les soignants perçoivent le contrôle managérial et moins ils font preuve de professionnalisme. Ainsi la logique managériale et la logique professionnelle sont tels les deux plateaux d'une balance. Quand l'un augmente, l'autre diminue, et les effets de ces évolutions sont à la fois antagonistes et proportionnels. On peut aisément rapprocher cette balance professionnalisme / managérialisme au concept, constamment utilisé dans la pratique médicale et soignante, de balance bénéfice / risque, qui permet d'arbitrer en situation entre différentes procédures concurrentes.

Malgré l'établissement de ce concept unidimensionnel, nous recommandons aux chercheurs et aux praticiens de ne pas abandonner pour autant la distinction qui existe entre managérialisme et professionnalisme trop rapidement. Au cours de notre exploration qualitative au travers des focus groups et des séquences de design thinking, nous avons pu observer que, du point de vue des soignants, ces orientations concurrentes présentent une consistance et une matérialité propre, reflétant ainsi l'existence de réalités rivales dans les organisations de soins. Et les soignants font effectivement une distinction.

Quand ils décrivent leur perception du managérialisme, les soignants font référence à des outils de normalisation des activités de santé, qui viseraient à surveiller et à piloter les performances du système de manière industrielle. Se fondant sur l'argument selon lequel une réingénierie urgente est nécessaire (Hagland, 2008), pour des clients qui demandent « des preuves que le service médical rendu soit de qualité en échange des dollars investis pour la santé », les soignants sont considérés comme des « travailleurs de première ligne » à la manière de pilotes de ligne appliquant des procédures standardisées et donnant des feedbacks de l'utilisation de ces pratiques basées sur les preuves. On retrouve ici le concept d'Evidence Based-Practice qui prend aujourd'hui place dans les organisations de santé, « tout comme l'industrie de l'aviation a pu utiliser des listes de vérification pour appliquer les principes de sécurité ».

Dans cette approche « system first », mettant l'accent sur la performance globale de l'organisation plutôt que sur les compromis nécessaires à trouver pour la gestion d'une multitude de cas particuliers, les perceptions des soignants sont incluses comme moyens d'améliorer les flux de travail, mettant de côté leurs capacités d'adaptation individuelles liées à leur expertise métier.

Dans la seconde approche, basée sur une vision inclusive et non hiérarchique des processus cognitifs qui prennent place collectivement, nous trouvons des pratiques qui reposent sur le professionnalisme des soignants, la confiance organisationnelle et managériale. Les soignants perçoivent alors le professionnalisme comme intégrant les soins dans une vision plus artisanale, chaque acte étant considéré comme singulier.

Ces deux approches du management correspondant à des réalités propres et étant porteuses de sens radicalement opposés sur certains points, la manipulation du concept unidimensionnel de MPS doit impliquer une vigilance quant à la mobilisation de l'un ou l'autre des plateaux de la balance. Managérialisme et professionnalisme évoluent certes de manière inversement proportionnelle, mais agir sur l'un ne signifie pas nécessairement agir sur l'autre en sens inverse. Autrement dit, les deux pendants du concept ne s'équivalent pas, puisqu'ils sont porteurs d'interprétations différentes et bien distinctes des réalités qu'ils suggèrent chez les professionnels de santé. En empruntant ses termes à la logique, on pourrait dire que les propositions ne sont pas réciproques, et que l'évolution de l'une d'elle est nécessaire mais pas suffisante à l'évolution inverse de l'autre.

Les résultats de l'étude ont également montré des corrélations fortes et négatives entre le contrôle managérial perçu, mesuré par un faible score MPS, et la qualité observée et l'expérience de travail globale. Il illustre la pertinence de l'approche des outils de mesure de la gestion (ici la qualité) centrée sur le soignant. En effet, dans notre étude, du point de vue du soignant, le managérialisme crée des manques de façon artificielle dans les besoins que doivent combler les professionnels de santé pour les patients-consommateurs.

C'est notamment le cas de certains critères de performance comme la rentabilité qui doivent être toujours plus relevé afin de stimuler la concurrence entre les organisations. Mais dans ce cas, l'on doit se demander si nous ne nous inscrivons pas en réalité dans la rhétorique d'un système qui tourne à rebours. En effet, n'est-ce pas plutôt la mise en concurrence qui a besoin d'objectifs de rentabilité toujours plus haut pour stimuler les performances des organisations, créant par là même de façon performative de nouveaux besoins pour le consommateur de soins que les soignants se trouvent finalement contraints de combler ? Les soignants sont en effet dans l'obligation de s'adapter à des critères d'évaluation qui ne sont pas nécessairement corrélés à la réalité du soin qu'ils pratiquent, ce qui nuit à la qualité et à l'expérience globale de travail. La vision s'appuyant sur le professionnalisme, quant à elle, repose sur la décision des soignants de prodiguer les justes soins à chaque patient, sur la base d'un juste équilibre entre routine et improvisation basée sur l'expertise et l'expérience, avec des impacts perçus comme positifs sur la qualité des soins prodigués. Les managers se trouvent alors, non plus dans une posture d'évangélistes de processus décisionnels descendants, mais deviennent des traducteurs de ces improvisations expertes qu'ils peuvent ensuite réinjecter sous formes de routines dans l'organisation, participant ainsi à la création de réalités partagées et construites de manière ascendante.

Notre recherche a également mis en évidence des différences entre les soignants. Le fait que les soignants soient traités différemment en fonction de leur spécialité, peut être relativement bien accepté en fonction de la culture de l'organisation de santé dans laquelle on se place. Cependant, cette différence d'exposition peut contribuer à limiter la communication et la coopération entre professionnels, au détriment de la cohérence, et donc de la qualité des soins qui seront reçus par le patient. En dépit de ces différences, nous avons constaté l'absence d'une différence significative entre les hommes et les femmes, et donc de discrimination sur la base de genre.

De manière plus contre-intuitive, les résultats montrent que les années d'expérience ne sont pas associées à un contrôle managérial moins marqué, malgré que les soignants expérimentés devraient être considérés comme plus autonomes.

Ces résultats peuvent indiquer une prédominance du managérialisme chez la population étudiée, avec une prise en compte insuffisante des capacités ou des spécificités des soignants. Les opinions antagonistes sont certes habituelles entre équipes fonctionnellement et structurellement diversifiées (Cronin & Weingart, 2007), mais semblent ici être plus profondément ancrées dans la conception des systèmes de gestion actuels (Conrad & Guven Uslu, 2012).

Un autre résultat relativement contre-intuitif vis-à-vis des résultats attendus mis en avant lors des sessions de groupes, est que la taille de l'organisation de soins a une influence marginale sur la dominance ou non d'une logique tendue vers le managérialisme. En effet, les participants avaient émis l'hypothèse que le managérialisme devait être plus développé dans les grands hôpitaux que dans les petits établissements. Nos résultats infirmant ces hypothèses vont dans le sens d'une logique managérialiste largement répandues à l'échelle du système de santé dans son ensemble, indépendamment de la taille de l'organisation (O'Reilly & Reed, 2011).

8.2. Limites

Nos recherches rencontrent également des limites. Dans notre recherche, la manière dont les soignants définissent les orientations managériales semble relativement impersonnelle, relevant plutôt d'une variable systémique ou technique. D'autres recherches seraient nécessaires pour relier cette définition à celles données par d'autres catégories socio-professionnelles comme les cadres intermédiaires dont le rôle hybride se situe à la croisée du manager et du soignant (Spyridonidis & Currie, 2016).

Cette recherche soulevant des sujets sensibles dans l'opinion publique, ainsi que pour des raisons d'anonymat afin de recueillir des données non biaisées, nous n'avons pas souhaité sélectionner notre échantillon de population par des choix d'adressage en termes de types de structures et de catégories professionnelles concernées parmi les soignants. Pour cette étude, il s'agissait surtout de déblayer de manière exploratoire le champ de notre étude afin de tester une méthodologie soignant-centrée qui se veut prendre le contre-pied de la majorité des recherches sur nos thématiques.

Cependant, en procédant ainsi, de nombreux contextes organisationnels spécifiques, marginaux, ou alternatifs, demeurent inexplorés et nécessiteraient d'être spécifiquement investigués.

Le choix de la méthode quantitative a été débattue pendant la phase de co-construction, mais la qualité, les orientations managériales et l'expérience globale de travail sont des phénomènes complexes, que les analyses statistiques peuvent avoir tendance à simplifier et réduire. Notre méthodologie pourrait ainsi être complétée par des études de cas menées sur le modèle « researcher-in-residence » par exemple (Vindrola-Padros et al., 2018).

Enfin, une autre limite de notre étude concerne la participation. Nous avons déjà exposé en première partie les limites théoriques et intrinsèque à l'utopie de la participation, notamment sur les questions d'hypothèse et de compromis. Cette participation s'est effectivement diluée dans la pratique, et nous n'avons pas réussi à assurer la participation complète de tous les participants. Bien qu'ils aient tous exprimé une opinion positive et une adéquation sur les résultats finaux de la recherche, témoignant d'une certaine réussite du processus puisque tout un chacun a pu se reconnaître en partie dans celui-ci une fois terminé, cette identification aux résultats de la recherche n'a pu être totale. Nous pouvons supposer qu'en l'absence d'appropriation réelle du processus jusqu'à son terme, il peut en résulter une certaine forme de contestation et de non appropriation allant à l'encontre des visées émancipatrices recherchées au départ. Par conséquent, la recherche co-construite ne peut pas encore être considérée comme une solution standard.

De plus, les professionnels de santé ayant pris part à la co-construction sont particuliers en ce sens qu'ils ont déjà pris un certain recul sur leur contexte institutionnel en venant se former volontairement à la recherche, adoptant eux-mêmes une posture réflexive sur leurs pratiques. Il est donc difficile ici de faire la part des choses entre la mobilisation citoyenne et la mobilisation déclenchée lorsque les soignants se sont investis dans la participation et la co-construction.

8.3. Implications managériales

D'un point de vue pratique, notre étude confirme la diffusion des orientations managériales dominantes indépendamment des organisations de soins et illustre l'importance de l'environnement psychosocial de travail (Piko, 2006). Par ailleurs, les commentaires libres laissés par les soignants expriment un besoin social de plus de co-conception et d'innovations citoyennes dans les activités de soins. Bien qu'un changement de paradigme semble se produire depuis plusieurs décennies en matière de gestion des soins avec l'introduction du management à tous les niveaux de l'organisation, suivant une orientation managérialiste globalement dominante, il semblerait qu'une demande subsistante et même croissante de transmissions de valeurs basées sur la profession dans la gestion des soins de santé soit de mise.

Par ailleurs, le construit qui a émergé de l'analyse des résultats du questionnaire, à savoir la balance managérialisme-professionnalisme ou MPS semble pouvoir aider à relever quelques défis pratiques. En effet, ce construit nouveau intégrant les deux logiques antagonistes dans un même concept, peut être apparenté à la balance bénéfice / risque constamment utilisée dans la pratique médicale et soignante. Cette dernière permet notamment au praticien d'arbitrer, en situation, entre différentes procédures concurrentes qui peuvent s'offrir pour le patient pris en charge. Ainsi, cette balance MPS pourrait permettre un arbitrage de manière flexible et adaptée entre différents processus décisionnels lorsqu'une situation nouvelle émerge. Ainsi, l'arbitrage peut se faire sans préjuger d'un choix de politique organisationnelle tendue vers l'une ou l'autre des deux orientations managériales, mais plutôt comme une nouvelle réponse construite via des interprétations partagées par les acteurs de l'organisation face à un phénomène émergent. Elle permet ainsi, par là même, d'éviter à l'organisation de s'enfermer dans l'une ou l'autre des deux grandes orientations managériales créant rigidité et frustration pour les membres qui n'y adhèreraient pas.

8.4. Perspectives de recherche et projet de thèse envisagé

L'exposition des limites de cette recherche a permis de faire émerger un certain nombre de perspectives de recherches pouvant s'inscrire à la suite de celle-ci. Nous pouvons citer la nécessité d'aller investiguer ces thématiques de l'influence du paradigme organisationnel prenant place dans l'organisation de soins sur la pratique soignante, non plus seulement à travers la perception des soignants, mais aussi à travers celles des autres acteurs de l'organisation. Nous pensons notamment aux patients et aux cadres, afin de pouvoir être en mesure de confronter différentes visions.

Il s'agirait également de sélectionner certains terrains et certaines populations, notamment dans le but d'aller au contact de contextes organisationnels spécifiques, marginaux, ou alternatifs, demeurant inexplorés et qui nécessiteraient d'être spécifiquement investigués. Cette démarche permettrait d'entrer dans une logique de cartographie exhaustive, ne cherchant pas à faire performer un modèle sur la réalité, mais plutôt à interjeter dans les modèles des réalités existantes.

Notre approche quantitative du phénomène, tout en conservant sa spécificité soignant-centrée, pourrait être maintenue et complétée par des approches plus qualitatives visant une compréhension approfondie des organisations de soins et des phénomènes qui la traverse.

Pour aller plus loin dans l'aspect « perçu » du phénomène, les théories de l'esthétique organisationnelle semblent tout à fait indiquées pour poursuivre ces objectifs de captation d'une photographie d'un moment organisationnel à un instant donné. D'autres cadres théoriques pourraient se prêter à l'approche de nos thématiques par une vision « cartographiante » de l'organisation, notamment les théories du phénomène distribué issues de l'anthropologie. Elles permettraient en effet d'approcher de manière globale, des phénomènes prenant place localement.

Globalement les perspectives de recherches envisagées répondent à un désir d'entrer dans une logique à la fois cartographique, mais aussi comparative, des systèmes de soins et des organisations qui les composent, afin de tenter d'en comprendre les tenants et les aboutissants tels qu'ils sont vécus, expérimentés ou même envisagés par les acteurs mêmes de ces systèmes. A la manière d'un observatoire suivant l'évolution des planètes connues et cherchant à en découvrir de nouvelles aux propriétés parfois inespérées, il serait question, dans le cadre d'une thèse de doctorat, de tenter de comprendre le monde des systèmes de santé tel qu'il est, et non plus tel qu'on le mesure.

Conclusion

En conclusion de cet exposé, après avoir procédé à une revue de la littérature ainsi qu'à un cadrage théorique, au cours desquels nous sommes d'abord revenus sur l'arrivée du Nouveau Management Public dans le secteur hospitalier français, nous avons présenté les différents espoirs et désillusions qu'il a pu porter, ainsi que le constat certain d'un vaste tournant dans la pensée managériale qui l'a accompagné dans son implantation.

Nous avons également présenté les vues théoriques qui sous-tendent ce virage dans la gestion des soins, à savoir une vision rationnelle et relevant des théories modernes de l'organisation, avant de nous pencher longuement sur ce qui constitue les fondements de notre cadre théorique avec les approches cognitivistes de l'organisation, notamment les théories du sensemaking et de l'enactment de Karl Weick. Ces dernières n'en demeurant pas moins pourvoyeuse de complexité, elles peuvent à la fois constituer le terreau d'innovation managériales nécessaires au management de l'environnement incertain qui accompagne les activités de soins, mais aussi justifier un retour en force d'une logique managériale descendante dans les processus décisionnels.

Après avoir entrevus les acceptions multiples que recouvre le concept central de qualité, nous avons abordé la question de la participation et, là encore, la question de son ambivalence, entre l'utopie qu'elle porte et les frustrations qu'elle peut générer chez le participant. Finalement, tous ces éléments pris ensemble, nous en sommes arrivés à l'établissement de notre problématique de recherche :

Comment les soignants perçoivent-ils leur environnement de gestion, et comment ces perceptions sont-elles associées à la qualité des soins et à l'expérience que fait chacun de son environnement de travail ?

Enfin, après avoir demandé à 55 soignants de co-définir leurs perceptions de l'environnement de travail et les variables associées, et réalisé une enquête par questionnaire auprès de 889 soignants de diverses professions, nous avons vu que le managérialisme et le professionnalisme sont deux concepts pertinents du point de vue des soignants. Notre analyse des données recueillies a cependant montré qu'ils appartiennent à un concept unidimensionnel. Nous les avons donc rassemblés dans une échelle unique : la Management Balance Scale ou balance managérialisme-professionnalisme. Ce construit suggère d'un côté que plus les aidants se sentent soutenus professionnellement, moins ils perçoivent la pression managériale ; et de l'autre, que plus le contrôle managérial augmente, plus les variables caractéristiques de la logique professionnelle sont compromises. Ainsi, le score MPS est fortement et positivement corrélé, à la fois à la qualité perçue et à l'expérience globale de travail des soignants. Nous avons aussi pu mettre en exergue que la taille de l'organisation joue un rôle marginal sur ces variables de qualité et d'expérience globale de travail. Par ailleurs, nous avons montré que l'exposition des soignants aux pratiques de gestion dépend de leurs spécialisations professionnelles, mais pas de leur sexe ni de leur expérience professionnelle.

Nos résultats confirment une forte corrélation entre les orientations managériales et la qualité des activités de soins. La recherche soignant-centrée semble donc pouvoir permettre de mieux comprendre les conséquences des orientations managériales en matière de santé. Notre étude suggère également de continuer à confronter les variables organisationnelles issues du managérialisme avec celles perçues et appliquées par les soignants, en plus des perspectives patient-centrées déjà adoptées dans la littérature. De telles approches devraient ainsi contribuer à recentrer le débat vers une plus grande objectivité lorsque l'on discute des conséquences des stratégies de modernisation des soins de santé. Enfin, le sensemaking contribue à mettre en évidence la complexité et l'autonomie des processus cognitifs d'interprétations collectives impliqués dans les organisations de soins. Ces résultats suggèrent que les comportements requis, tels que les collaborations entre patients et professionnels dans la coproduction de services de santé, dépendront également de la manière dont les soignants perçoivent la gestion.

Bibliographie

Aliseda, A. (2006). What Is Abduction? Overview And Proposal For Investigation. In A. Aliseda (Éd.), *Abductive Reasoning: Logical Investigations Into Discovery And Explanation* (p. 27-50). Dordrecht: Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/1-4020-3907-7_2

Angelé-Halgand, N., & Garrot, T. (2015). Discipliner par le chiffre : l'hôpital financiarisé au risque de la réification ? *Entreprises et histoire*, 79(2), 41. <https://doi.org/10.3917/eh.079.0041>

Barley, S. R. (1986). Technology as an Occasion for Structuring: Evidence from Observations of CT Scanners and the Social Order of Radiology Departments. *Administrative Science Quarterly*, 31(1), 78. <https://doi.org/10.2307/2392767>

Bartoli, A., & Blatrix, C. (2015). *Management dans les organisations publiques: défis et logiques d'action*. Paris: Dunod.

Brown, T., & Katz, B. (2009). *Change by design: how design thinking transforms organizations and inspires innovation* (1st ed). New York: Harper Business.

Burns, T., & Stalker, G. M. (1961). *The management of innovation*. London: Tavistock Publications.

Callon, M., Lascoumes, P., & Barthe, Y. (2001). *Agir dans un monde incertain - Essai sur la démocratie technique*. Paris: Seuil.

Carlisle, Y. (2011). Complexity dynamics: Managerialism and undesirable emergence in healthcare organizations. *Journal of Medical Marketing: Device, Diagnostic and Pharmaceutical Marketing*, 11(4), 284-293.

<https://doi.org/10.1177/1745790411424972>

Clark, D. (1996). Open government in Britain: Discourse and practice. *Public Money & Management*, 16(1), 23-30. <https://doi.org/10.1080/09540969609387905>

Conrad, L., & Guven Uslu, P. (2012). UK health sector performance management: Conflict, crisis and unintended consequences. *Accounting Forum*, 36(4), 231-250.

<https://doi.org/10.1016/j.accfor.2012.06.001>

Couty, É. (2009). 25. Les restructurations dans le secteur hospitalier. In *Traité d'économie et de gestion de la santé* (p. 247-254). Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.). Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/traite-d-economie-et-de-gestion-de-la-sante--9782724611144-p-247.htm>

Crémieux, F., Saulpic, O., & Zarlowski, P. (2012). L'introduction de comptes de résultats de pôles dans un hôpital public : analyses et propositions à partir d'une étude de cas. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 30(7), 419.

<https://doi.org/10.3917/jgem.127.0419>

Cronin, M. A., & Weingart, L. R. (2007). Representational gaps, information processing, and conflict in functionally diverse teams. *Academy of Management Review*, 32(3), 761-773. <https://doi.org/10.5465/amr.2007.25275511>

Crutzen, P. J. (2006). The "Anthropocene". In E. Ehlers & T. Krafft (Éd.), *Earth System Science in the Anthropocene* (p. 13-18). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/3-540-26590-2_3

- Daft, R. L., & Weick, K. E. (1984). Toward a Model of Organizations as Interpretation Systems. *The Academy of Management Review*, 9(2), 284. <https://doi.org/10.2307/258441>
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512. <https://doi.org/10.1037//0021-9010.86.3.499>
- Deming, W. E. (1952). *Elementary principles of the statistical control of quality;: A series of lectures* (2nd edition). Nippon Kagaku Gijutsu Remmei.
- Dewey, J. (1916). *Democracy and Education: An introduction to the philosophy of education*. New York: The Macmillan Company.
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147. <https://doi.org/10.2307/2095101>
- Doucet, C. (2010). *La qualité*. Paris: Diffusion] Cairn.info.
- du Gay, P. (2006). Machinery of government and standards in public service: teaching new dogs old tricks: Texts reviewed. *Economy and Society*, 35(1), 148-167. <https://doi.org/10.1080/03085140500465949>
- Dupuy, J.-P., & Livet, P. (2003). *Les limites de la rationalité. Tome 1*. Paris (9bis, rue Abel Hovelacque 75013): La Découverte. Consulté à l'adresse <http://www.cairn.info/les-limites-de-la-rationalite-tome-1--9782707126757.htm>
- Figuroa, J. F., Feyman, Y., Zhou, X., & Joynt Maddox, K. (2018). Hospital-level care coordination strategies associated with better patient experience. *BMJ Quality & Safety*, bmjqs-2017-007597. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007597>

Fitzgerald, A., & Davison, G. (2008). Innovative health care delivery teams: Learning to be a team player is as important as learning other specialised skills. *Journal of Health Organization and Management*, 22(2), 129-146.

<https://doi.org/10.1108/14777260810876303>

Fitzsimons, B., & Cornwell, J. (2018). What can we learn from patients' perspectives on the quality and safety of hospital care? *BMJ Quality & Safety*, bmjqs-2018-008106. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008106>

Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Editions Gallimard.
Freire, P. (1974). *Pédagogie des opprimés Suivi de Conscientisation et révolution* (1re éd.). François Maspero.

Hagland, M. (2008). *Transformative Quality: The Emerging Revolution in Health Care Performance* (1 edition). New York: Productivity Press.

Hatch, M. J., & Cunliffe, A. L. (2013). *Organization theory: modern, symbolic, and postmodern perspectives* (Third edition). Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.

Honneth, A. (2010). *La réification: petit traité de théorie critique*. Paris: Gallimard.

Hood, C. (2004). The Middle Aging of New Public Management: Into the Age of Paradox? *Journal of Public Administration Research and Theory*, 14(3), 267-282. <https://doi.org/10.1093/jopart/muh019>

Hood, Christopher. (1991). A Public Management for All Seasons? *Public Administration*, 69(1), 3-19. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x>

Houllier, F., & Merilhou-Goudard, J.-B. (2016). *Les sciences participatives en France : Etats des lieux, bonnes pratiques et recommandations*. Consulté à l'adresse

<http://agris.fao.org/agris-search/search.do?recordID=FR2016206628>

Huang, J., Wang, Y., & You, X. (2016). The Job Demands-Resources Model and Job Burnout: The Mediating Role of Personal Resources. *Current Psychology*, 35(4), 562-569. <https://doi.org/10.1007/s12144-015-9321-2>

Irwin, A., & Staff, I. a. (1995). *Citizen Science: A Study of People, Expertise and Sustainable Development*. Psychology Press.

Kernaghan, K. (1997). Towards a public-service code of conduct — and beyond. *Canadian Public Administration/Administration Publique Du Canada*, 40(1), 40-54. <https://doi.org/10.1111/j.1754-7121.1997.tb01495.x>

Kim, S. E., Kim, C. W., Lee, S. J., Oh, J. H., Lee, D. H., Lim, T. H., ... Jung, J. H. (2015). A questionnaire survey exploring healthcare professionals' attitudes towards teamwork and safety in acute care areas in South Korea. *BMJ Open*, 5(7), e007881. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-007881>

Kimbell, L. (2011). Rethinking Design Thinking: Part I. *Design and Culture*, 3(3), 285-306. <https://doi.org/10.2752/175470811X13071166525216>

Kislov, R., Hodgson, D., & Boaden, R. (2016). Professionals as knowledge brokers: the limits of authority in healthcare collaboration. *Public Administration*, 94(2), 472-489. <https://doi.org/10.1111/padm.12227>

Kostova, T., & Roth, K. (2002). Adoption of an Organizational Practice by Subsidiaries of Multinational Corporations: Institutional and Relational Effects. *The Academy of Management Journal*, 45(1), 215-233. <https://doi.org/10.2307/3069293>

Leonard, M. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*, 13(suppl_1), i85-i90. <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.010033>

Loersch, C., & Payne, B. K. (2014). Situated Inferences and the What, Who, and Where of Priming. *Social Cognition*, 32(Supplement), 137-151.
<https://doi.org/10.1521/soco.2014.32.sup.137>

Lu, M., Ruan, H., Xing, W., & Hu, Y. (2015). Nurse burnout in China: a questionnaire survey on staffing, job satisfaction, and quality of care. *Journal of Nursing Management*, 23(4), 440-447. <https://doi.org/10.1111/jonm.12150>

Mainhagu, S. (2010). Les soignants face à la flexibilité des effectifs, Health care professionals face to flexible staffing management. *Journal d'économie médicale, me* 28(3), 114-126. <https://doi.org/10.3917/jgem.103.0114>

Mannion, R., & Smith, J. (2018). Hospital culture and clinical performance: where next? *BMJ Quality & Safety*, 27(3), 179-181. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007668>

Manojlovich, M. (2010). Nurse/physician communication through a sensemaking lens: shifting the paradigm to improve patient safety. *Medical Care*, 48(11), 941-946.
<https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181eb31bd>

Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (2016). *Maslach burnout inventory: manual*. Place of publication not identified: Mind Garden.

Mead, G. H., Morris, C. W., Huebner, D. R., & Joas, H. (2015). *Mind, self, and society* (The definitive edition). Chicago ; London: University of Chicago Press.

Mikesell, L., & Bromley, E. (2012). Patient Centered, Nurse Averse? Nurses' Care Experiences in a 21st-Century Hospital. *Qualitative Health Research*, 22(12), 1659-1671. <https://doi.org/10.1177/1049732312458180>

- Miller, G. A. (2003). The cognitive revolution: a historical perspective. *Trends in Cognitive Sciences*, 7(3), 141-144. [https://doi.org/10.1016/S1364-6613\(03\)00029-9](https://doi.org/10.1016/S1364-6613(03)00029-9)
- Minvielle, E., Waelli, M., Sicotte, C., & Kimberly, J. R. (2014). Managing customization in health care: A framework derived from the services sector literature. *Health Policy*, 117(2), 216-227. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.04.005>
- Moisdon, J.-C. (2012). Le paradoxe de la boîte noire. Réformes hospitalières et organisation, The “Black Box” Paradox. Hospital Reforms and Organization. *Droit et société*, (80), 91-115.
- Moisdon, J.-C., & Tonneau, D. (2011). Le financement concurrentiel des hôpitaux : menace ou avantage pour le service public ? *Politiques et Management Public*, (Vol. 26/1), 111-126. <https://doi.org/10.4000/pmp.1340>
- Morgan, D. L. (1996). Focus Groups. *Annual Review of Sociology*, 22(1), 129-152. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.22.1.129>
- O’Keeffe, V. J., Thompson, K. R., Tuckey, M. R., & Blewett, V. L. (2015). Putting Safety in the Frame: Nurses’ Sensemaking at Work. *Global Qualitative Nursing Research*, 2, 233339361559239. <https://doi.org/10.1177/2333393615592390>
- O’Reilly, D., & Reed, M. (2011). The Grit in the Oyster: Professionalism, Managerialism and Leaderism as Discourses of UK Public Services Modernization. *Organization Studies*, 32(8), 1079-1101. <https://doi.org/10.1177/0170840611416742>
- Peirce, C. S. (1931). *Collected Papers of Charles Sanders Peirce*. Cambridge: Harvard University Press.
- Pettersen, I. J., & Solstad, E. (2014). Managerialism and Profession-Based Logic: The Use of Accounting Information in Changing Hospitals: MANAGERIALISM AND PROFESSION-BASED LOGIC. *Financial Accountability & Management*,

30(4), 363-382. <https://doi.org/10.1111/faam.12043>

Pichault, F. (2007). HRM-based reforms in public organisations: problems and perspectives. *Human Resource Management Journal*, 17(3), 265-282.

<https://doi.org/10.1111/j.1748-8583.2007.00041.x>

Pichault, F., & Friedberg, E. (2013). *Gestion du changement vers un management polyphonique* (2e édition). Bruxelles: De Boeck.

Piko, B. F. (2006). Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43(3), 311-318. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.05.003>

Poksinska, B. B., Fialkowska-Filipek, M., & Engström, J. (2017). Does Lean healthcare improve patient satisfaction? A mixed-method investigation into primary care. *BMJ Quality & Safety*, 26(2), 95-103. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004290>

Quinlan, M. (2004). 'Lessons for governmental process'. In *Hutton and Butler: Lifting the Lid on the Workings of Power*. Oxford: British Academy/ Oxford University Press.

Resenterra, F., Siggen, M., & Giaque, D. (2013). Les cadres intermédiaires entre contraintes managériales et défense des identités professionnelles : l'exemple des hôpitaux de Suisse romande. *Humanisme et Entreprise*, 315(5), 1.

<https://doi.org/10.3917/hume.315.0001>

Romijn, A., Teunissen, P. W., de Bruijne, M. C., Wagner, C., & de Groot, C. J. M. (2018). Interprofessional collaboration among care professionals in obstetrical care: are perceptions aligned? *BMJ Quality & Safety*, 27(4), 279-286.

<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-006401>

Schneider, M. (2002). *De l'expertise indépendante à la science citoyenne*. Présenté à Séminaire « Expertise et principe de précaution », de l'AITEC (Association Internationale de Techniciens, Experts et Chercheurs), Global Chance et SOLAGRAL, Paris.

Scott, W. R. (2014). *Institutions and organizations: ideas, interests, and identities* (Fourth edition). Los Angeles: SAGE.

Sebai, J. (2015). L'évaluation de la performance dans le système de soins. Que disent les théories ? *Santé Publique*, 27(3), 395. <https://doi.org/10.3917/spub.153.0395>

Setbon, M. (2000). La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective ? *Sociologie du Travail*, 42(1), 51-68. [https://doi.org/10.1016/S0038-0296\(00\)00107-2](https://doi.org/10.1016/S0038-0296(00)00107-2)

Sexton, J B, Holzmueller, C. G., Pronovost, P. J., Thomas, E. J., McFerran, S., Nunes, J., Thompson, D. A., Knight, A. P., Penning, D. H., Fox, H. E. (2006). Variation in caregiver perceptions of teamwork climate in labor and delivery units. *Journal of Perinatology*, 26(8), 463-470. <https://doi.org/10.1038/sj.jp.7211556>

Sexton, J. Bryan, Adair, K. C., Leonard, M. W., Frankel, T. C., Proulx, J., Watson, S. R., Magnus, B., Bogan, B., Jamal, M., Schwendimann, R., Frankel, A. S. (2018). Providing feedback following Leadership WalkRounds is associated with better patient safety culture, higher employee engagement and lower burnout. *BMJ Qual Saf*, 27(4), 261-270. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-006399>

Sexton, J Bryan, Schwartz, S. P., Chadwick, W. A., Rehder, K. J., Bae, J., Bokovoy, J., Doram, K., Sotile, W., Adair, K. C., Profit, J. (2017). The associations between work–life balance behaviours, teamwork climate and safety climate: cross-sectional survey introducing the work–life climate scale, psychometric properties, benchmarking data and future directions. *BMJ Quality & Safety*, 26(8), 632-640. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-006032>

Sexton, John B, Helmreich, R. L., Neilands, T. B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., Roberts, P. R., Thomas, E. J. (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-44>

Simon, H. A. (1969). *The sciences of the artificial*. Cambridge (Mass.); London: The MIT Press.

Spyridonidis, D., & Currie, G. (2016). The Translational Role of Hybrid Nurse Middle Managers in Implementing Clinical Guidelines: Effect of, and upon, Professional and Managerial Hierarchies: Translational Role of Hybrid Nurse Middle Managers. *British Journal of Management*, 27(4), 760-777. <https://doi.org/10.1111/1467-8551.12164>

Taylor, F. W. (1911). *The principles of scientific management*. New York, London, Harper & Brothers. Consulté à l'adresse <https://archive.org/details/principlesofscie00taylrich>

Vindrola-Padros, C., Eyre, L., Baxter, H., Cramer, H., George, B., Wye, L., ...

Marshall, M. (2018). Addressing the challenges of knowledge co-production in quality improvement: learning from the implementation of the researcher-in-residence model. *BMJ Quality & Safety*, bmjqs-2017-007127. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007127>

Marshall, M. (2018). Addressing the challenges of knowledge co-production in quality improvement: learning from the implementation of the researcher-in-residence model. *BMJ Quality & Safety*, bmjqs-2017-007127. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007127>

Walston, S. L., Burns, L. R., & Kimberly, J. R. (2000). Does reengineering really work? An examination of the context and outcomes of hospital reengineering initiatives. *Health Services Research*, 34(6), 1363-1388.

Weick, K. E. (2001). *Making sense of the organization*. Oxford, UK ; Malden, MA: Blackwell Publishers.

Wilson, T. D. (2001). Information overload: implications for healthcare services. *Health Informatics Journal*, 7(2), 112-117.

<https://doi.org/10.1177/146045820100700210>

Résumé :

La tendance à augmenter la productivité et à réduire les coûts dans les activités de santé nous amène à explorer les deux points de vue antagonistes de la gestion des activités de santé qui s'opposent et coexistent actuellement dans ces organisations : le managérialisme et le professionnalisme. L'objectif est ici de solliciter une approche soignant-centrée afin clarifier et mesurer l'influence de l'orientation managériale sur les activités de soins.

Enfinement, après avoir demandé à 55 soignants de co-définir leurs perceptions de l'environnement de travail et les variables associées, et réalisé une enquête par questionnaire auprès de 889 soignants de diverses professions, nous avons vu que le managérialisme et le professionnalisme sont deux concepts pertinents du point de vue des soignants. Notre analyse des données recueillies a cependant montré qu'ils appartiennent à un concept unidimensionnel. Nous les avons donc rassemblés dans une échelle unique : la Managerialism-Professionalism Scale (MPS) ou balance managérialisme-professionnalisme. Ce construit suggère d'un côté que plus les soignants se sentent soutenus professionnellement, moins ils perçoivent la pression managériale ; et de l'autre, que plus le contrôle managérial augmente, plus les variables caractéristiques de la logique professionnelle sont compromises. Ainsi, le score MPS est fortement et positivement corrélé à la fois à la qualité perçue et à l'expérience globale de travail des soignants. Nous avons aussi pu mettre en exergue que la taille de l'organisation joue un rôle marginal sur ces variables de qualité et d'expérience globale de travail. Par ailleurs, nous avons montré que l'exposition des soignants aux pratiques de gestion dépend de leurs spécialisations professionnelles, mais pas de leur sexe ni de leur expérience professionnelle.

Nos résultats confirment une forte corrélation entre les orientations managériales et la qualité des activités de soins. La recherche soignant-centrée semble donc pouvoir permettre de mieux comprendre les conséquences des orientations managériales en matière de santé.

Descripteurs :

Soignant-centré, management perçu, qualité des soins, managérialisme, professionnalisme, Nouveau Management Public, Sensemaking.

Résumé :

La tendance à augmenter la productivité et à réduire les coûts dans les activités de santé nous amène à explorer les deux points de vue antagonistes de la gestion des activités de santé qui s'opposent et coexistent actuellement dans ces organisations : le managérialisme et le professionnalisme. L'objectif est ici de solliciter une approche soignant-centrée afin clarifier et mesurer l'influence de l'orientation managériale sur les activités de soins.

Finalemnt, après avoir demandé à 55 soignants de co-définir leurs perceptions de l'environnement de travail et les variables associées, et réalisé une enquête par questionnaire auprès de 889 soignants de diverses professions, nous avons vu que le managérialisme et le professionnalisme sont deux concepts pertinents du point de vue des soignants. Notre analyse des données recueillies a cependant montré qu'ils appartiennent à un concept unidimensionnel. Nous les avons donc rassemblés dans une échelle unique : la Managerialism-Professionalism Scale (MPS) ou balance managérialisme-professionnalisme. Ce construit suggère d'un côté que plus les soignants se sentent soutenus professionnellement, moins ils perçoivent la pression managériale ; et de l'autre, que plus le contrôle managérial augmente, plus les variables caractéristiques de la logique professionnelle sont compromises. Ainsi, le score MPS est fortement et positivement corrélé à la fois à la qualité perçue et à l'expérience globale de travail des soignants. Nous avons aussi pu mettre en exergue que la taille de l'organisation joue un rôle marginal sur ces variables de qualité et d'expérience globale de travail. Par ailleurs, nous avons montré que l'exposition des soignants aux pratiques de gestion dépend de leurs spécialisations professionnelles, mais pas de leur sexe ni de leur expérience professionnelle.

Nos résultats confirment une forte corrélation entre les orientations managériales et la qualité des activités de soins. La recherche soignant-centrée semble donc pouvoir permettre de mieux comprendre les conséquences des orientations managériales en matière de santé.

Descripteurs :

Soignant-centré, management perçu, qualité des soins, managérialisme, professionnalisme, Nouveau Management Public, Sensemaking.