

Quand des professionnels contraignent leurs dirigeants à adopter une stratégie de découplage

Par Sébastien MAINHAGU⁽¹⁾

Maître de conférences en Sciences de gestion - Université de Haute-Alsace - CREGO

Traditionnellement, les dirigeants des organisations employant des professionnels (ou « gens de métier ») adoptent une stratégie de « découplage » pour réguler leurs relations avec ces derniers. Le concept de découplage développé par Meyer et Rowan (1977) permet en effet d'analyser le choix fait par ces directions de ne pas entrer en confrontation avec ces professionnels en acceptant plus ou moins explicitement des écarts entre les normes institutionnelles et les pratiques de ces derniers. Or, la perpétuation de ce type de fonctionnement ne va plus de soi, les gestionnaires s'immisçant de plus en plus dans les « affaires » des professionnels. Ces derniers ont encore des ressources qui leur permettent de contrarier la « stratégie de conformité » aux exigences des agents institutionnels mise en place par les dirigeants. Mais ils doivent lutter pour pouvoir préserver ce mode de régulation qui possède des vertus qui ne sont plus reconnues par les gestionnaires. Dans quelle mesure les professionnels contraignent-ils leurs dirigeants à adopter une stratégie de découplage ? Ce mode de régulation est-il une contrainte ou un bienfait pour ces organisations ? Pour répondre à ces questions, nous analyserons des données recueillies auprès de deux cliniques françaises employant majoritairement du personnel paramédical.

Les normes sont des règles (au pouvoir contraignant supérieur aux routines) qui régissent les conduites selon des principes généraux (FAVEREAU et LE GALL, 2003). Ces normes sont appliquées dans les organisations à travers des règles de fonctionnement contenues dans les dispositifs de gestion. De nombreux chercheurs observent dans les organisations des décalages durables entre les normes institutionnelles prescrites par les dirigeants et leur application par les salariés (BOXENBAUM et JONSSON, 2008).

Le concept de découplage qui a été développé pour expliquer ce type de situation peut être défini comme un état selon lequel les normes instituées dans l'organisation par leurs dirigeants pour se conformer aux exigences des agents institutionnels (instances qui établissent les normes qui régissent le secteur et qui en contrôlent l'application) ne sont pas appliquées par des salariés qui en produisent d'autres afin de réguler réellement l'activité (MEYER et ROWAN, 1977). Cette situation peut alors être analysée comme le résultat d'une stratégie plus ou moins explicite de la direction consistant à ne pas affronter les salariés qui ne

respectent pas les « bonnes pratiques » tout en donnant l'illusion aux agents institutionnels qu'elle se conforme à leurs attentes (OLIVER, 1991). Acceptant que les procédures ne soient pas appliquées, les dirigeants décident alors que l'évaluation ne doit être réalisée que superficiellement. On peut s'interroger sur le caractère délibéré de ce type de stratégie, qui apparaît davantage comme une réaction à une contrainte exercée sur eux par des « professionnels ».

La sociologie américaine des professions désigne ainsi ces travailleurs (l'équivalent des « gens de métier ») socialisés par des associations de métiers qui régulent de manière autonome leur activité et possèdent certaines ressources qui leur confèrent un pouvoir (FRIEDSON, 1970 ; MAURICE, 1972).

Dans les établissements d'hospitalisation, il s'agit de médecins ou de personnels paramédicaux. Le rôle de ces derniers est souvent négligé par les études portant sur ce sujet. Pourtant, la stratégie de conformité que les dirigeants voudraient imposer est susceptible d'être contrariée par les actes de résistance des professionnels, ce qui peut conduire à une situation de découplage. Cette situation peut paraître paradoxale puisque les dirigeants ont obtenu de l'État davantage de pouvoirs dans ces organisations. Pour quelle raison

⁽¹⁾ L'auteur remercie Yves Moulin pour son aide, ainsi que les deux évaluateurs de la revue *Gérer & Comprendre*.

les professionnels réussissent-ils encore à contraindre leurs dirigeants à adopter une stratégie de découplage ? Si leurs ressources restent importantes, les professionnels doivent davantage lutter pour préserver ce mode de régulation qui possède pourtant des vertus qui ne sont cependant plus reconnues par les gestionnaires. Nous verrons que les mobiles des professionnels réagissant à l'ingérence des gestionnaires ne sont pas seulement d'ordre politique, ils sont également d'ordre technique et culturel.

Après avoir développé le concept de découplage et ses causes, puis notre méthodologie, nous analysons les informations recueillies dans deux cliniques où les professionnels contraignent les dirigeants au découplage, préservant, non sans mal, l'organisation de dysfonctionnements provoqués par l'application des normes institutionnelles.

Le phénomène du découplage et ses causes

Le concept de découplage

Les fondateurs de la théorie néo-institutionnaliste reconnaissent, au travers du concept de découplage, que la conformité aux normes institutionnelles permettant à l'organisation d'obtenir une légitimité et un accès aux ressources (MEYER et ROWAN, 1977) est de pure forme.

Oliver (1991) considère que le découplage découle d'une stratégie délibérée des dirigeants de l'organisation consistant à accepter un compromis, pour éviter l'affrontement avec les professionnels qui résistent à la pression des agents institutionnels régulant leur secteur (État, associations, branches professionnelles, etc.). Elle n'est pas sans évoquer la tactique de la « conciliation » dans laquelle les dirigeants affichent une conformité de façade, obtenant ainsi une légitimité externe et des financements, mais tout en acceptant plus ou moins explicitement les déviances de leurs salariés, pour éviter d'entrer en confrontation avec eux.

Cette tactique paraît bien s'appliquer aux situations rencontrées dans des organisations composées essentiellement de professionnels ayant obtenu, grâce au prestige de leurs fonctions et à la valeur de leurs expertises relativement rares, que la gestion de leur activité soit l'apanage de la communauté de leurs pairs (FRIEDSON, 1970 ; MAURICE, 1972). Ce rapport de force qui pendant longtemps leur a été favorable a conduit au phénomène du découplage qui aboutit à un partage des responsabilités dans les organisations où ils travaillent, les gestionnaires s'occupant de faire fonctionner l'organisation en lien avec les financeurs externes, et les professionnels assumant, quant à eux, de manière autonome, la conduite de l'activité ayant justifié la création de l'entité (ETZIONI, 1959). Typiquement, ce phénomène de découplage a été observé dans les établissements d'hospitalisation (KELLOGG, 2009). La pression exercée par les agents institutionnels est particulièrement forte dans ce secteur régulé financièrement et réglementairement par la

puissance publique (SCOTT et *al.*, 2000). De plus, le pouvoir des médecins y est traditionnellement fort, du fait de leur expertise et de leur prestige (FRIEDSON, 1970). Le personnel paramédical (infirmières, aides-soignantes, etc.), plus nombreux, moins autonome et davantage intégré dans ces organisations, est lui aussi capable d'actes de résistance modifiant les pratiques inventées par leurs dirigeants.

Toutefois, le contexte a changé : le pouvoir des professionnels de santé a été atténué ces dernières années par l'accroissement de celui de gestionnaires « profanes » qui ont obtenu une légitimité institutionnelle pour piloter ces organisations et en contrôler les dépenses (BACH et DELLA ROCCA, 2000 ; SCOTT et *al.*, 2000). Portés par l'idéologie du *New Public Management*, les dirigeants des établissements d'hospitalisation ont adopté les dispositifs de gestion utilisés dans le secteur marchand (GUEST, 1990). Ainsi, des pratiques de Gestion des Ressources humaines (GRH) de conception « individualiste » (STOREY et BACON, 1993) ont été implémentées, alors que les professionnels plébiscitent traditionnellement un modèle de gestion du personnel plutôt collectif (TRUSS, 2002).

Mais en dépit de cette tendance, la stratégie de découplage adoptée par les dirigeants qui contournent ainsi la contrainte des professionnels en leur laissant modifier les normes continue d'être plus ou moins explicitement choisie.

La perpétuation de ce type de fonctionnement (y compris dans un contexte qui voit les gestionnaires s'immiscer davantage dans les « affaires » des professionnels) peut paraître paradoxale. En effet, on pourrait s'attendre à ce que les dirigeants soient en mesure de contraindre les professionnels à appliquer les normes en usant du pouvoir qui est le leur pour mieux contrôler le travail et rationaliser l'activité en imposant les « bonnes pratiques » préconisées par les agents institutionnels, et améliorer ainsi la qualité des soins tout en réduisant les coûts.

Mais c'est tout le contraire qui se passe : les professionnels ont suffisamment de ressources pour contrarier la stratégie de conformité des dirigeants, obligeant ces derniers à opter pour le découplage. Aussi, la plupart du temps, ce phénomène de découplage est-il moins le résultat d'une stratégie délibérée de la direction que d'une régulation subie face à une prise de position autonome de la part des professionnels. La théorie néo-institutionnelle gagnerait donc en pertinence en intégrant les apports de la sociologie américaine des professions (MONTGOMERY et OLIVER, 1996). Peu appréhendé par la littérature, le rôle du personnel paramédical dans le phénomène du découplage pourrait de la sorte être mieux analysé. En quoi les professionnels réussissent-ils encore à contraindre les dirigeants au découplage ?

Les causes du découplage

Peu de travaux proposent dans un même modèle d'analyse une explication de la stratégie de découplage par les causes politiques, techniques et culturelles. Oliver

(1992) les mentionne afin de comprendre le déclin d'une pratique liée à un processus de désinstitutionnalisation. Mais les causes recensées ne sont pas toutes mobilisées pour analyser la stratégie de découplage (OLIVER, 1991 ; PACHE et SANTOS, 2010). On les retrouve de manière éparse dans plusieurs écrits. Or, il est utile de les considérer ensemble pour pouvoir en appréhender les effets.

En effet, la cause politique du découplage est reconnue par DiMaggio et Powell (1991) : le phénomène de découplage n'est possible que par l'existence d'un rapport de force équilibré entre les gestionnaires et les professionnels en l'absence duquel les dirigeants pourraient choisir de nier les anomalies et de contraindre à la conformité (MEYER et ROWAN, 1977 ; PACHE et SANTOS, 2010).

La cause technique du découplage est liée à l'absence d'efficacité d'une norme à réguler l'activité de travail, justifiant sa transformation, voire son abandon (MEYER et ROWAN, 1977). L'encadrement de proximité et la

direction, conscients de l'incomplétude des normes pour mener à bien les missions dévolues aux professionnels, acceptent alors que ces derniers les transforment, ce qui entraîne la coexistence de normes officielles peu appliquées et de normes officieuses opérantes. L'évaluation de la conformité des pratiques aux normes est alors soit ignorée soit conduite de manière superficielle.

La troisième cause du découplage est d'ordre culturel : l'influence des professionnels sur le processus de production de normes est motivée par leur volonté de préserver des valeurs qui leur sont propres (DELMAS et TOFFEL, 2008 ; POWELL et COLYVAS, 2008), et lorsque les normes institutionnelles contredisent le sens de leur activité, qui fonde leur identité (DEJOURS, 2009), les professionnels cherchent alors à les transformer, voire à les faire supprimer (MAINHAGU, 2012).

L'influence de ces trois types de déterminant du phénomène de découplage (technique, politique et culturel) est insuffisamment prise en compte dans les modèles



Photo © Patrick Regout/CARTOONBASE-PHOTONSTOP

« L'encadrement de proximité et la direction, conscients de l'incomplétude des normes pour mener à bien les missions dévolues aux professionnels, acceptent alors que ces derniers les transforment, ce qui entraîne la coexistence de normes officielles peu appliquées et de normes officieuses opérantes. »

théoriques développés récemment. Ainsi, Pache et Santos (2010) considèrent que trois facteurs provoquent les situations de découplage : des attentes institutionnelles multiples et contradictoires entre elles, des représentations disparates et des pouvoirs parvenus à l'équilibre. Mais ils négligent la dimension technique et ne distinguent pas les gestionnaires des professionnels au sein de l'organisation, contrairement à Sandholtz (2012). Mais ce dernier n'identifie pas les déterminants du découplage et ne prend pas en compte la socialisation des professionnels.

Notre étude avait pour objet de tenter de combler ces différentes lacunes, en montrant :

- que la stratégie de découplage est davantage un choix du personnel paramédical que celui des dirigeants des établissements ;
- que les variables politiques, techniques et culturelles s'articulent entre elles, dans leurs effets sur la stratégie de découplage.

Méthodologie de notre recherche

Pour réaliser cette recherche, nous avons opté pour une étude de cas, qui permet d'appréhender les données dans leur complexité microsociologique tout en offrant l'opportunité de comprendre l'ensemble des relations entre les groupes d'acteurs (YIN, 1980 ; HLADY-RISPAL, 2000).

Nous avons exploité des informations recueillies entre 2006 et 2009 auprès de deux cliniques qui ont été choisies en raison de leurs contextes similaires (spécialisations chirurgicales approchantes, adoption récente de normes de GRH visant à répondre aux exigences de la Haute Autorité de Santé (HAS), difficultés financières, etc.). En effet, depuis un décret de 1996, les établissements d'hospitalisation sont dans l'obligation de se conformer à une évaluation réalisée par une instance parapublique, la HAS : des experts-visiteurs inspectent les établissements pour contrôler d'éventuels écarts de qualité et vérifier la véracité des éléments reportés dans un support d'évaluation transmis à la HAS. Une rubrique concerne le « *management des ressources humaines* ».

Les dirigeants des deux cliniques que nous avons sollicités pour réaliser cette étude ont accepté notre présence dans leur établissement, car ils souhaitaient s'appuyer sur nos travaux pour préparer les futures évaluations de la HAS.

La clinique Acute (à but lucratif) emploie 170 salariés et appartient à un groupe de santé coté en bourse. Elle a connu des difficultés financières qui ont conduit le directeur à introduire en 2005 plus de flexibilité dans son organisation grâce à un dispositif de gestion des affectations associé à un système de primes, dont la gestion a été confiée à la directrice des Soins infirmiers (DSI). D'autres pratiques de GRH de type « individualiste » ont été implémentées pour répondre aux exigences formulées par des agents institutionnels dans le cadre de démarches « qualité ».

Pour ces mêmes raisons, la direction de la clinique (à but non lucratif) Bonétat, qui emploie près de 300 salariés

et appartient à une congrégation religieuse, a introduit des pratiques de GRH similaires.

La qualité des informations recueillies, qui rendent compte de phénomènes de découplage, a motivé la présentation de ces deux études de cas pour réaliser cette recherche. La triangulation des informations a été obtenue grâce à notre accès à des sources diversifiées :

- des observations directes réalisées durant plusieurs semaines lors de réunions d'équipes et de rencontres sur la démarche qualité (suivi des cadres, échanges informels, etc.),
- des documents présentant les pratiques de GRH (procédures qualité, auto-évaluation, journal interne, projet d'établissement et projets de services, manuels de certification de la HAS, supports d'entretiens annuels renseignés) et les débats à leur sujet (comptes rendus des comités d'entreprise et des conseils d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail - CHSCT),
- des témoignages recueillis entre 2006 et 2009 *via* 50 entretiens semi-directifs enregistrés et retranscrits réalisés auprès des directeurs des deux hôpitaux, des directrices des Soins infirmiers, de l'assistante-direction (AD) et du directeur régional de la clinique *Acute*, des DRH, de 9 responsables d'unités de soins, de 8 infirmiers diplômés d'État (IDE), de 9 aides-soignants (AS), d'un psychologue et de 4 médecins. Nous demandions à nos interlocuteurs de décrire les différentes activités de gestion du personnel et d'apporter une appréciation sur leur fonctionnement. Pour cela, nous nous sommes appuyés sur les procédures des établissements et sur les documents de la HAS. Pour ne pas influencer les réponses, nos questions étaient factuelles (nos interventions ont pour l'essentiel consisté en des relances et des demandes de reformulation).

Enfin, le traitement de ces données a été facilité par un système de codage inspiré de la théorie enracinée (STRAUSS et CORBIN, 1998) mettant en évidence les caractéristiques du phénomène de découplage et ses variables explicatives. Une comparaison régulière des codes définis formellement, dans un premier temps, au fur et à mesure des recueils de données (codage *in vivo*), nous a permis, dans un second temps, d'établir des liens (codage axial), et donc de nous interroger sur les définitions des codes et sur les raisonnements (démarche abductive).

Cette seconde lecture des entretiens nous a permis de corriger le choix que nous avons fait initialement pour les codes. Les erreurs d'interprétation ont pu être corrigées, et les raisonnements régulièrement mentionnés dans des « mémos » ont été relevés. Nos choix de codage ont pu être discutés auprès d'autres chercheurs, garantissant ainsi une bonne adéquation des interprétations aux données. Tous les codes relevant d'un même type ont été regroupés afin de tester la robustesse des interprétations et d'évaluer le poids des variables. Enfin, la saturation des données a semblé satisfaisante du fait de la répétition des informations obtenues auprès d'acteurs de types différents et du contenu récurrent des mémos. Ce travail a été réalisé pour chacune des deux cliniques, séparément. Une

similitude des phénomènes a été observée, à quelques nuances près. Nous insisterons dans cet article sur les points communs, puisque, dans les deux entités, nous avons observé le même phénomène de découplage et nous lui avons trouvé des explications similaires. La validité externe de nos résultats s'en trouve renforcée.

Résultats

Le découplage des normes de GRH dans les cliniques

Dans les deux cliniques, l'essentiel des initiatives récentes en matière de GRH sont des réponses aux exigences de la HAS et à la contrainte financière imposée par l'État. Nous avons constaté, dans les deux cas, un écart entre les intentions des dirigeants et la réalité des pratiques. Certaines pratiques de GRH avaient été abandonnées et d'autres modifiées dans leurs principes par les professionnels de santé :

- Dans les deux cliniques, les entretiens annuels, réalisés avec les membres du personnel, ont été mis en place pour la première accréditation, puis relancés en vue de la certification suivante. La norme de la HAS établit que ces échanges doivent être réalisés une fois par an et formalisés sur un document permettant de faire un bilan de l'année et de fixer des objectifs pour les années à venir. Les experts-visiteurs de la HAS contrôlent l'existence de cette pratique lors de leurs visites. Un lien avec la performance est le plus souvent souhaité de manière à valoriser les salariés contribuant à la réussite de l'organisation et de définir un plan d'action permettant de développer les compétences. Or, nous avons recensé seulement 44 supports remplis pour des soignants de la clinique *Acute* en 2003 et 27 en 2007 (périodes de certification), qui font peu état de compétences, d'objectifs ou de résultats. Les soignants que nous avons interviewés dans les deux cliniques reconnaissent que si, dans leur principe, les entretiens d'évaluation existent, dans les faits, la pratique s'est perdue. De plus, lors de la création de cet outil dans la clinique *Acute* en 2001, les soignants ont obtenu du directeur que le terme d'évaluation soit supprimé. La norme sous-jacente à ce dispositif n'est plus d'évaluer des performances individuelles, mais de ménager un temps d'échange entre pairs.
- Les projets de service sont aussi une exigence de la HAS dûment mentionnée dans son manuel de certification. Ceux qui avaient été élaborés à l'occasion de la préparation de la certification dans les deux cliniques n'ont jamais été mis en œuvre.
- Les réunions d'équipe, également préconisées par la HAS pour favoriser le management participatif, ont été notifiées comme une pratique usuelle dans le document d'autoévaluation des cliniques. Elles sont en réalité rarement organisées. Leur utilité est remise en question soit parce qu'aucun changement ne se produit après leur tenue, soit parce que le responsable redoute des critiques, voire des conflits.

- Le tutorat fait lui aussi l'objet d'une rubrique dans le manuel de certification. Une relation personnalisée, dans un parcours formalisé prévoyant des étapes d'évaluation entre les stagiaires (ou les recrues) et leur tuteur, est censée favoriser les apprentissages et l'intégration. Mais, dans les faits, les protocoles élaborés à cette fin en amont des visites des experts-visiteurs sont rarement respectés, et ce, dans les deux cliniques. N'étant pas remplacés dans leurs fonctions comme cela avait été prévu, les soignants ne renseignent pas les documents *ad hoc*.

- L'affectation des soignants aux différentes unités de soins en fonction de leur activité ne fait pas l'objet de norme, mais la HAS exige l'existence d'une Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC). La mise en œuvre des modalités de suivi des acquis en termes de compétences des salariés, et donc leur adéquation aux exigences des postes, constitue une attente de la HAS. De plus, la contrainte financière exercée par l'État a conduit les dirigeants des deux cliniques à rendre plus flexibles leurs organisations respectives.

Sur ce point, au moment de l'étude, les deux cliniques n'en étaient pas au même stade. Un système d'affectation du personnel a été mis en place dans la clinique *Acute* depuis 2005, comme le précisait le directeur : « *On est obligé de demander à notre personnel d'avoir une certaine flexibilité : on essaie de variabiliser les charges du personnel* ».

La DSI modifie l'affectation des soignants, établie par chaque unité de soins, en fonction du niveau d'activité et des absences connues. Pour éviter d'avoir à faire appel à des intérimaires coûteux, elle propose à des soignants de revenir de congés pour faire des remplacements, parfois dans une autre unité que la leur. Ce dispositif est présenté comme une GPEC dans le document d'autoévaluation envoyé à la HAS. En réalité, il s'agit d'un système d'ajustement journalier quantitatif : la DSI ne peut pas choisir les personnes en fonction de leurs compétences, en raison du manque de candidats. De plus, la planification peut ne pas être respectée par les soignants, car ce système est peu apprécié, comme en témoignent plusieurs comptes rendus du CE et du CHSCT. La direction maintient pourtant ce dispositif afin de contenir la masse salariale.

En ce qui concerne la clinique *Bonétat*, sa DSI a mis en place en 2009 un système de mobilité interservices afin d'assurer les remplacements lors des grandes périodes de congés. Ce sont les cadres des unités de soins qui, au quotidien, sont chargés des affectations à l'aide d'un logiciel de planification récemment implémenté. La DSI s'occupe de gérer une petite équipe de soignantes dites « volantes », qui répondent aux besoins de remplacements. Ce dispositif de gestion des affectations a été accepté par les soignants, mais sa généralisation inquiète. Ainsi, une aide-soignante nous confiait qu'elle ne s'estimait pas compétente pour travailler dans une autre unité de soins, n'en connaissant pas les pathologies. Elle ne veut pas risquer d'être mal jugée par ses collègues sur la qualité de son travail, alors que dans son propre service, elle a confiance en elle.

• La HAS ne fait pas de recommandation en matière de rémunération. La généralisation des primes est aussi une réponse à la contrainte financière exercée par l'État. Le directeur de la clinique *Acute* nous expliquait le rôle joué par le système de primes qu'il avait contribué à développer afin de faire accepter la flexibilité : « *Il y a eu un accompagnement des changements en termes de rémunérations* ».

Pour lui, c'est aussi un moyen de rendre la clinique attractive dans un contexte de pénurie de soignants. Il a créé six nouvelles primes, notamment la « prime de rappel », qui récompense les soignants qui acceptent de revenir de leurs congés pour effectuer un remplacement, et la « prime de mobilité », qui est une compensation financière allouée au personnel d'une unité de soins de semaine régulièrement fermée. Il a aussi autorisé le paiement d'heures supplémentaires. Mais, là encore, les normes définies par l'organisation ne sont pas toujours respectées : ainsi, l'assistante de direction se plaint que la DSI octroie la prime de rappel, alors que les salariés bénéficiaires n'étaient pas en repos. De plus, elle observe que les heures supplémentaires sont indûment payées : « *Certains soignants se mettent présents, alors qu'ils sont arrivés en retard et n'ont pas travaillé plus longtemps : c'est une façon de rendre le message officiel, car le compte rendu est affiché* ». Pour elle, c'est là une manière de compenser des conditions de travail rendues difficiles par la gestion flexible des effectifs : « *Les cadres « ferment les yeux » : c'est une manière d'avoir la paix sociale* ». Plusieurs comptes rendus de réunions du CE font également état de ce problème provoquant des tensions dans la clinique.

Les trois causes du découplage

Nos deux études de cas révèlent que les normes de GRH, correspondant à une conception « individualiste » (STOREY et BACON, 1993) préconisée par les agents institutionnels, ne sont pas respectées dans les faits. Les dirigeants sont contrariés dans l'application des normes de la HAS. De même, ils constatent des déviations dans la mise en œuvre des dispositifs développés par l'organisation qui correspondent aux pratiques en vogue dans le secteur (MAINHAGU, 2011) afin de répondre aux attentes d'un État qui ne cesse de réduire ses financements. Les dirigeants adoptent une tactique de « conciliation », acceptant l'absence de conformité des pratiques aux procédures élaborées pour obtenir une légitimité externe (OLIVER, 1991). Ils laissent les professionnels adapter celles-ci aux situations concrètes, voire les abandonner (MEYER et ROWAN, 1977).

Pour comprendre en quoi les professionnels réussissent encore à contraindre leurs dirigeants à une stratégie de découplage, nous distinguerons trois causes (OLIVER, 1992) :

- a) une cause technique,
- b) une cause politique
- c) et, enfin, une cause culturelle.

La cause technique du découplage

Pour justifier leur comportement, les soignants évoquent des problèmes techniques qu'induit l'appli-

cation de ces dispositifs de GRH. L'évaluation des recrues lors de leur période d'essai, le tutorat et l'entretien annuel sont autant de dispositifs qui ne sont pas appliqués en raison des contraintes de l'activité. Ainsi, par exemple, pour respecter les règles de tutorat, le personnel devrait être disponible, or, les financements publics ne permettent pas de recruter, et, même si c'était le cas, ces ressources sont rares sur le marché du travail. Aussi la direction accepte-t-elle cette situation pour éviter les coûts générés par l'application d'une norme institutionnelle.

Même les principes de gestion des effectifs, qui ont été instaurés par la direction de la clinique *Acute* pour assurer la survie de l'établissement, sont appliqués avec une certaine liberté, car ils posent des problèmes techniques. La directrice des Soins infirmiers accepte que ses choix d'affectation soient parfois modifiés par les soignants. Une explication de cette situation peut venir du fait que de telles pratiques sont difficiles à mettre en place et qu'elles perturbent le bon fonctionnement des unités de soins : « *La consigne était d'appeler des soignants d'un autre service, mais il n'y avait plus possibilité de les déplacer : donc elles ont fait tout ça, à deux ! On y arrive... mais dans quelles conditions !?...* » (un responsable d'unité de soins). Le plus important pour la direction, c'est que la masse salariale soit contenue et que les apparences soient sauvées. L'un des déterminants du phénomène de découplage est donc d'ordre purement technique.

La cause politique du découplage

Ces entorses à la règle ne vont pas sans générer des conflits alimentant des jeux de pouvoir traditionnellement forts dans ce secteur. En effet, la transformation, voire l'abandon, des pratiques ne sont possibles qu'en raison du pouvoir détenu par les soignants, qui compense celui de la direction (OLIVER, 1992).

Dans la clinique *Acute*, les soignants ont un poids important dans les rapports sociaux de l'organisation. Ils négocient et, parfois, imposent de nouvelles normes de GRH, notamment par l'intermédiaire du comité d'entreprise qui est à l'initiative de l'instauration d'une nouvelle prime : « *On a fait un effort pour les gens de chirurgie, car c'est eux qui bougent le plus. Au niveau du CE, j'avais négocié une prime de mobilité. On a mis un peu de temps à trouver comment on allait faire : on ne voulait rien faire qui soit donné à chaque fois que l'on bouge...* » (un aide-soignant membre du CE).

Les soignants se sentent en position de force parce qu'ils sont solidaires et que l'entreprise est dépendante de leur qualification pour faire fonctionner les unités de soins dans un contexte de pénurie sur le marché du travail. Le comité d'entreprise est leur porte-parole, notamment lorsque les représentants du personnel y dénoncent les injustices que provoque le non-respect des règles de GRH, en particulier celles afférentes aux heures supplémentaires. En effet, si l'application des normes institutionnelles par les professionnels peut être source d'inefficacité, si elles finissent par gêner l'activité de soin, l'absence de normes claires, discutées et approuvées par le plus grand nombre, et donc institutionnalisées en interne, peut l'être elle aussi, puisqu'elle engendre des conflits permanents.

La dimension technique sert d'argument à des soignants qui ont du poids dans l'organisation. Ils contestent la légitimité des normes de GRH de conception « individualiste » qu'ils transforment plus ou moins clandestinement, avec l'accord implicite de la direction, dont le pouvoir n'est qu'en partie amoindri puisqu'elle réussit à maintenir une gestion des effectifs controversée.

La cause culturelle du découplage

Ces décalages entre les normes officielles et les principes appliqués dans les usages sont également justifiés par des arguments puisés dans les cultures (OLIVER, 1992). En effet, même si la dimension économique est mieux intégrée par les professionnels (notamment dans les établissements à but lucratif), les valeurs dominantes de ce groupe sont d'un autre ordre : les valeurs éthiques, d'égalité et de solidarité sont plus largement sollicitées dans leurs argumentations. C'est aussi cet ensemble de valeurs qui prévaut lorsque des heures supplémentaires sont payées indûment. La remise en question, par les évolutions du métier, des valeurs humanistes (exprimant la considération due à toute personne humaine à travers la relation soignant-patient) est génératrice d'amertume.

La valeur de la solidarité vis-à-vis de l'équipe est, quant à elle, souvent exprimée dans un contexte de surcharge de travail : « Hier soir, on était en sous-effectif suite à l'arrivée imprévue de patients. Par chance, une collègue qui était là, est restée jusqu'à 19h30 pour donner un coup de main, car elle voyait qu'elles allaient « débloquer » ! » (IDE).

L'imprévisibilité des affectations et la fermeture des services, synonymes de fragmentation des équipes, et le paiement de primes individuelles et d'heures supplémentaires heurtent le système de croyance des soignants (MAINHAGU, 2012).

Le sentiment de non-reconnaissance de cette dimension de leur travail et l'isolement, qu'induit une gestion flexible des effectifs en détachant des soignants de leur équipe avec laquelle ils ont des affinités et qui leur apportent un soutien, provoquent alors des réactions hostiles. De plus, la valeur éthique du métier de soignant liée à la qualité de la prise en charge du patient est contrariée par ses effets délétères sur les conditions de travail. En effet, comme la prévision de la charge de travail est par nature impossible, les soignants perçoivent que la gestion des effectifs dégrade leur situation, plutôt qu'elle ne l'améliore, et ce, alors qu'elle était censée compenser l'accroissement du nombre des patients en affectant des ressources humaines en nombre suffisant.

Les liens entre activité de travail et culture sont perceptibles : la guérison d'un patient est le résultat de l'action d'un collectif. Les soignants contestent de ce fait des normes de GRH qui valorisent plus les individus que le groupe. Les affectations doivent, selon eux, être gérées à leur niveau : « Ce n'est pas moi qui le gère. C'est dommage, car c'est moi qui sais le mieux ce qui se passe. Ce n'est pas le nombre de patients présents qui compte : on peut en avoir beaucoup et avoir une charge de travail moindre et en avoir cinq de moins et avoir une charge de travail catastrophique, c'est la personne du

service qui voit le mieux... » (un responsable d'unité de soins).

Leurs perceptions des normes de GRH sont plus proches d'un modèle collectif que d'un modèle individuel (STOREY et BACON, 1993). Si, dans le libellé des entretiens, le terme d'évaluation est supprimé par les soignants et si celui d'individuel n'y figure pas, c'est pour imposer une gestion autonome de ce dispositif, mais c'est aussi une autre manière de concevoir cette pratique. Ils considèrent que la direction n'est pas légitime pour connaître leur niveau d'acquisition de compétences, qui a de toute façon été certifié par l'obtention du diplôme. Ils souhaitent plutôt que ce soit un moment d'échange entre pairs, qui sont les seuls à être à même de comprendre leur activité. S'ils n'obtiennent pas officiellement gain de cause, la direction ferme les yeux sur la transgression de la norme pour faire en sorte que celle-ci s'adapte aux valeurs qui sont les leurs. Le phénomène de découplage est donc également dû à une différence de culture entre gestionnaires et professionnels de santé.

Discussion et conclusion

Les deux études de cas révèlent, d'une part, la stratégie de découplage comme étant le résultat davantage d'un choix des professionnels que d'un choix des dirigeants et, d'autre part, une articulation de causes politiques, de causes techniques et de causes culturelles. Or, pour expliquer ce phénomène, la littérature insiste plutôt sur le rôle des dirigeants et n'appréhende pas ensemble les trois variables.

Notre premier apport interroge la nature des décisions des dirigeants qui souhaitent initialement une conformité aux normes institutionnelles, puis acceptent tacitement une situation qui leur est imposée par les professionnels. En effet, le phénomène du découplage n'advient pas à l'initiative des dirigeants, ceux-ci ayant plutôt un comportement passif. Ces derniers se cantonnent à ne pas sanctionner les transgressions des normes dès lors qu'à leurs yeux la légitimité des agents institutionnels est préservée et que les apparences sont sauvées. Ils participent ainsi à un processus de dés-institutionnalisation d'une norme en interne, reconnaissant implicitement les arguments des professionnels (OLIVER, 1992), sans avoir été eux-mêmes à l'origine de cette régulation. Si les pratiques sont affichées sans être appliquées, c'est parce que les professionnels ont fait le choix de résister et de transformer les normes (OLIVER, 1991). La stratégie initiale des dirigeants est celle de la conformité aux attentes des agents institutionnels. Ce sont les professionnels qui les poussent au découplage, à « tricher » sur les évaluations et sur le contenu de leur communication auprès des agents institutionnels.

Comme les médecins (KELLOGG, 2009), le personnel paramédical possède une capacité de mobilisation (rarement décrite par les études réalisées sur ce thème), qui dépend de leur prise de conscience de leur pouvoir et de l'existence d'une vision partagée. Leur pouvoir ne leur permet pas toujours d'affronter les agents institutionnels gestionnaires : ils ne s'opposent aux décisions

qu'en interne, laissant les managers réaliser le travail d'interface avec les agents institutionnels.

Parfois, ils n'ont pas conscience de transgresser les normes, guidés comme ils le sont par leurs valeurs et considérant leur interprétation comme allant de soi. Les réactions des soignants s'expliquent autant (si ce n'est davantage) en référence à cette culture commune que par leur conscience collective de détenir un certain pouvoir.

C'est parce que l'activité qui structure l'identité des soignants est mise à mal par les normes institutionnelles que ceux-ci y résistent, provoquant le découplage.

Trop souvent, les dirigeants assimilent les réactions des professionnels à une « résistance au changement » motivée par leur seule volonté de préserver leur pouvoir dans l'organisation.

Nous montrons que ce n'est pas là la seule cause. À l'instar de ceux de médecins, les actes de résistance collectifs du personnel paramédical ne sont pas désorganisés. Leur prise de parole peut être guidée par un projet clairement établi au sein des instances non seulement vis-à-vis de la direction, mais aussi vis-à-vis des soignants déviants. Leurs actions, qui peuvent parfois paraître pour partie préméditées, révèlent au contraire une capacité de mobilisation qui est d'autant plus développée qu'elle est guidée par des valeurs. Ainsi, il paraît pertinent d'appréhender le phénomène de découplage comme autre chose qu'un simple ajustement de la direction aux réflexes corporatistes des soignants. Ces derniers sont des acteurs à part entière élaborant des stratégies s'appuyant sur des arguments techniques et éthiques.

Ces manœuvres n'auraient-elles pas pour but un partage du pilotage des organisations avec les gestionnaires et l'imposition d'une double direction des affaires ?

Dans nos deux cas, les membres du personnel se révèlent être eux aussi des « dirigeants » qui produisent un projet et des normes pour l'organisation. Dans cette perspective, pour mieux conduire le changement, les gestionnaires ont intérêt à modifier leur regard sur ces professionnels dont la résistance doit être interprétée comme le signe d'un engagement - et non d'un désengagement.

Notre deuxième apport est d'expliquer le découplage par les trois variables politique, technique et culturelle, qui sont rarement appréhendées ensemble pour expliquer ce phénomène.

Cette stratégie est la conséquence d'une inefficacité technique des normes à réguler l'activité des professionnels, d'un équilibre des forces politiques et d'une différence culturelle entre les professionnels et les gestionnaires.

Nos observations révèlent une articulation entre ces trois causes du découplage qu'il faut prendre en compte dans l'analyse. C'est parce que les soignants ont une expertise reconnue sur une activité légitime qu'ils ont du pouvoir dans ces organisations et que leurs arguments

techniques ont du poids. C'est aussi parce que les buts des soignants font sens pour les gestionnaires que leurs critiques sont entendues et leurs arrangements acceptés. La cause technique (souvent négligée par la littérature) joue donc un rôle important dans le phénomène du découplage. Cela peut expliquer la passivité des dirigeants en ce qui concerne l'abandon de certaines pratiques, voire la complaisance des agents institutionnels dans leurs évaluations. Ceux-ci ne sont vraisemblablement pas insensibles aux problèmes techniques engendrés par les normes institutionnelles ; jusqu'à une certaine limite, car lorsqu'il s'agit de réduction des coûts, les dirigeants sont moins à l'écoute...

Et, en effet, les dirigeants ne sont pas forcément incités par les agents institutionnels à avoir une attitude conciliante. Les normes de GRH qui véhiculent une conception « individualiste » (STOREY et BACON, 1993) sont considérées comme « allant de soi ».

Par ailleurs, par leur mode de fonctionnement au travers des procédures de contrôle de la qualité (attitude coercitive), les tutelles n'incitent pas à la discussion du contenu de ces règles en interne.

L'idéologie du « New Public Management », qui a pour corolaire l'application mimétique des pratiques du secteur marchand, est souvent adoptée par les gestionnaires sans distance critique. Derrière cette attitude se cache une défiance vis-à-vis des professionnels de santé, qui ont encore des ressources pour contester leur pouvoir fraîchement acquis.

Les normes des agents institutionnels offrent aux gestionnaires un moyen pour s'imposer, à l'image d'un DRH qui légitime son rôle au détour de la mise en œuvre d'une GPEC formelle.

Mais ils rencontrent des professionnels qui sont unis dans l'exercice de leur activité et autour de l'idéologie inhérente à leur métier.

Alimentée par des gouvernements désireux de réduire les coûts, cette rivalité conduit au phénomène du découplage, lequel institue des cérémoniaux d'évaluation parfois fort éloignés de la réalité des pratiques (MEYER et ROWAN, 1977).

Finalement, ce mode de fonctionnement ne favoriserait-il pas l'immobilisme ?

BIBLIOGRAPHIE

BACH (S.) & DELLA ROCCA (G.), "The Management Strategies of Public Service Employers in Europe", in *Industrial Relation Journal*, vol. 31, n°2, pp. 82-96, 2000.

BOXENBAUM (E.) & JONSSON (S.), "Isomorphism, Diffusion and Decoupling", in GREENWOOD (R.), OLIVER (C.), SAHLIN (K) & SUDDABY (R.) (eds), *Introduction of the Sage handbook of organizational institutionalism*, Sage, pp. 78-98, 2008.

DEJOURS (C.), *Travail vivant*, Paris, Payot, 2009.

DELMAS (M.A.) & TOFFEL (M.W.), "Organizational Responses to Environmental Demands: Opening the

- Black Box”, in *Strategic Management Journal*, vol. 29, pp. 1027-1055, 2008.
- DiMAGGIO (P.J.) & POWELL (W.W.), “Introduction”, in DiMAGGIO (P.J.) & POWELL (W.W.) (eds) *The New Institutionalism in Organization Analysis*, University of Chicago Press, Chicago, pp. 1-38, 1991.
- ETZIONI (A.), “Authority Structure and Organizational Effectiveness”, in *Administrative Science Quarterly*, vol. 4, n°1, pp. 43-67, 1959.
- FAVEREAU (O.) & LE GALL (J-M.), « Règles, normes et routines », in ALLOUCHE (J.) (coord.) *Encyclopédie des ressources humaines*, Paris, Vuibert, pp. 983-996, 2002.
- FREIDSON (E.), *La Profession médicale*, Paris, Payot, 1984 (édition originale 1970).
- GUEST (D.E.), “Human Resource Management and the American Dream”, in *Journal of Management Studies*, vol. 27, n°4, pp. 377-397, 1990.
- HLADY-RISPAL (M.), « Une stratégie de recherche en gestion : l'étude de cas », in *Revue française de gestion*, n°127, pp. 61-70, janvier-février 2000.
- KELLOGG (K.C.), “Operating Room: Relation, space and Micro-institutional Change in Surgery”, in *American Journal of Sociology*, vol. 115, n°3, pp. 657-711, 2009.
- MAINHAGU (S.), *L'adoption du modèle de GRH individualisant dans les établissements d'hospitalisation*, Actes du congrès de l'AGRH de Marrakech, 2011.
- MAINHAGU (S.), « Le Pouvoir paradoxal des soignants sur la GRH », *Revue @GRH*, n°4, pp. 33-52, 2012.
- MAURICE (M.), « Propos sur la sociologie des professions », in *Sociologie du travail*, vol. 14, n°2, pp. 213-225, 1972.
- MEYER (J.) & ROWAN (B.), “Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony”, in *American Journal of Sociology*, vol. 83, n°2, pp. 340-363, 1977.
- MONTGOMERY (K.) & OLIVER (A.L.), “Reponses by Professional Organization to Multiple and Ambiguous Institutional Environments: the Case of AIDS”, in *Organization Studies*, vol. 17, n°4, pp. 649-671, 1996.
- OLIVER (C.), “Strategic Responses to Institutional Processes”, in *Academy of Management Review*, vol. 16, n°1, pp. 145-179, 1991.
- OLIVER (C.), “The Antecedents of Deinstitutionalization”, in *Organization Studies*, vol. 13, n°4, pp. 563-588, 1992.
- PACHE (A.C.) & SANTOS (F.), “When Words Collide: the Internal Dynamics of Organizational Responses to Conflicting Institutional Demands”, in *Academy of Management Review*, vol. 35, n°3, pp. 455-476, 2010.
- POWELL (W.W.) & COLYNAS (J.A.), “Microfoundations of Institutional Theory”, in GREENWOOD (R.), OLIVER (C.), SAHLIN (K.) & SUDDABY (R.) (eds), *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism*, Sage, Londres, pp. 276-298, 2008.
- SANDHOLTZ (K.W.), “Making Standards Stick: a Theory of Coupled vs. Decoupled Compliance”, in *Organization Studies*, vol. 33, n°5-6, pp. 655-679, 2012.
- SCOTT (W.R.), “Lords of the Dance: Professionals as Institutional Agents”, in *Organization Studies*, vol. 29, n°2, pp. 219-238, 2008.
- SCOTT (W.R.), RUEF (R.), MENDEL (P.J.) & CARONNA (C.A.), *Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*, University of Chicago Press, Chicago, 2000.
- STOREY (J.) & BACON (B.), “Individualism and collectivism: into the 1990”, in *The International Journal of Human Resource Management*, vol. 4, n°3, pp. 665-684, 1993.
- STRAUSS (A.) & CORBIN (J.), *Les Fondements de la recherche qualitative*, Academic Press Fribourg, Fribourg, 2004 (édition originale 1998).
- TRUSS (C.), “Strategic HRM: Enablers and Constraints in the NHS”, in *The International Journal of Public Sector Management*, vol. 16, n°1, pp. 48-60, 2003.
- YIN (R. K.), “The Case Study Crisis: Some Answers”, in *Administrative Science Quarterly*, vol. 26, pp. 58-65, 1981.