

L'ÉVALUATION MULTIDIMENSIONNELLE DU CHANGEMENT : LE CAS DES ORGANISATIONS PUBLIQUES

Karen ROSSIGNOL

Researcher

Centre de Recherche Public Henri Tudor –Luxembourg

karen.rossignol@gmail.com

Anne ROUSSEAU

Professeur

Head of Unit

IMaGinE : Innovation Management, orGanization & pEople

Public Research Centre Henri Tudor - Service Science & Innovation Department (SSI)

anne.rousseau@tudor.lu

Philippe VALOGGIA

Senior researcher

Centre de Recherche Public Henri Tudor –Luxembourg

philippe.valoggia@tudor.lu

François PICHAULT

Profeseur

HEC-Management School/University of Liège

Chairman of LENTIC

University of Liège/ Sart Tilman Belgium

F.pichault@ulg.ac.be

Résumé

Cette communication aborde la question de l'évaluation du changement dans le contexte des organisations publiques, en particulier le changement inhérent aux programmes de gestion de la qualité dans le contexte de la nouvelle gestion publique (NGP). Si les objectifs poursuivis par ces changements tiennent à la performance des organisations publiques, la question de l'évaluation des processus de changement à l'œuvre dans ces contextes spécifiques reste ouverte et ce quel que soit l'objet des changements.

L'ambition étant de pouvoir évaluer les processus de changement à l'œuvre dans toutes leurs dimensions, nous mobilisons le cadre conceptuel du modèle de cinq forces de François Pichault (2009) dans une perspective d'analyse contextualiste (A. Pettigrew, 1990). Le terrain d'observation privilégié est les organisations publiques et en particulier les hôpitaux publics luxembourgeois. Cette communication présente une étude de cas parmi les trois études réalisées dans le cadre d'un projet de recherche financé par le Fonds National de la Recherche luxembourgeois. La stratégie de recherche exposée relève de l'étude de cas avec une collecte des données reposant sur des documents, de l'observation in situ et des entretiens. Ces données sont traitées dans le cadre d'une analyse de contenu (NVivo) structurée autour des cinq dimensions du modèle conceptuel retenu.

Nos résultats mettent en exergue la dynamique des forces en présence pour comprendre le processus de changement à l'œuvre, ce qui permet d'une part, de proposer une évaluation nuancée de ces changements, et d'autre part, de concevoir des scénarii d'évolution de leur mode de

pilotage. Dans une perspective de digitalisation accrue des organisations publiques, un tel dispositif d'anticipation permettrait de mieux se préparer aux transformations à venir.

Mots clés : organisations publiques, gestion de la qualité, évaluation multidimensionnelle du changement organisationnel

Introduction

Depuis la fin des années 1990, les établissements hospitaliers publics du Grand-Duché de Luxembourg sont travaillés par une succession de changements dans leurs modes d'organisation et de gestion internes. Ces changements se produisent dans un contexte de réformes guidées par un programme national de « modernisation du secteur hospitalier » (Modernisation du secteur hospitalier, 2011) qui s'est notamment traduit par des fusions entre structures (Carte sanitaire, 2012 ; Consbruck, 2010) et des incitations à changer leurs modes d'organisation et de gestion par l'introduction d'un système de management de la qualité selon le « modèle d'excellence EFQM » développé par l'European Foundation for Quality Management (EFQM) (Vitali, 2005).

Notre communication se propose de comprendre comment les changements liés à la mise en œuvre et l'implantation de la gestion de la qualité sont gérés dans les établissements hospitaliers publics luxembourgeois, tâche qui n'a pas encore été réalisée à ce jour. Le système de management de la qualité est défini par six dimensions : l'orientation-client, l'approche systémique, l'exploitation des opportunités d'apprentissage, la maîtrise des processus, l'implication du personnel et l'amélioration continue. La littérature scientifique sur l'implantation de la gestion de la qualité dans les centres hospitaliers publics montre qu'elle est le plus souvent fragile (Lozeau, 1996 ; 2009) voire impossible compte tenu du cumul des difficultés auquel sont confrontés les porteurs de réformes et les gestionnaires du changement (contexte des organisations publiques, contexte du secteur des services, contexte des services publics, contexte du secteur hospitalier). Aussi, on pourrait penser que, à l'instar de nombreux projets de changement organisationnel, le projet de mise en œuvre d'un système de management de la qualité n'a que peu de chance d'aboutir au succès, c'est-à-dire à l'« enracinement » ou l'« ancrage » (Lozeau, 2009 : 4) de la gestion de la qualité dans les modes de pensée et d'action.

Afin d'appréhender de manière plus nuancée les notions d'échec et de réussite habituellement utilisées lors de l'évaluation d'un processus de changement (selon l'atteinte ou non des objectifs assignés au changement), nous nous servons du « modèle des Cinq Forces » développé par François Pichault (2009). Aussi, nous considérons que l'échec ou la réussite doivent également être examinés à partir d'une identification correcte du type de processus observé par rapport aux objectifs des différentes personnes concernées et par rapport au contexte dans lequel il se déroule. Concrètement, ce modèle se propose de décoder un changement organisationnel à l'aide de cinq approches explicatives – approche de la planification, approche contingente, approche politique, approche incrémentale et approche interprétative – chacune pouvant être « mobilisée pour rendre compte des évolutions concrètement observées » (Pichault, 2009 : 41). Ces approches correspondent à des « forces » – force de la planification, contingente, politique, incrémentale et interprétative – qui permettent de conclure qu'un projet de changement a réussi ou a échoué de manière plus nuancée qu'en se référant uniquement à l'atteinte ou non des objectifs initiaux. Ce modèle s'appuie sur les théories des organisations et sur les théories du changement organisationnel mobilisées selon un cadre d'analyse contextualiste (Pettigrew, 1985). D'un point de vue managérial, il souligne la nécessité d'une gestion multidimensionnelle du changement organisationnel dans la perspective de « son ancrage »

Comme point de départ de nos descriptions et de nos analyses des changements, nous nous servons des trois questions qui structurent habituellement les recherches sur le changement organisationnel qui ont été présentées par Andrew H. Van de Venet George P. Huber (1990:213): quelles sont les conditions d'émergence des changements ? (*"What are the antecedents of changes in organizational forms or administrative practices?"*), comment se développent-ils ? (*"How does an organisational change emerge, develop, grow or terminate over time?"*) et quels sont les effets ou les conséquences qu'ils produisent ? (*"What are the consequences of changes in organisational forms or administrative practices?"*).

Même si la gestion de la qualité n'est pas nécessairement inspirée par les principes de la Nouvelle Gestion Publique (NGP), les formes qu'elle prend dans le système de santé luxembourgeois traduisent la visée managériale qui définit la NGP. De manière générale, nous partons du principe que

dès lors que la mise en œuvre de la gestion de la qualité répond à un ou plusieurs des principes de la NGP et qu'elle adopte au moins l'une des pratiques associée à la NGP, elle est appréhendée comme l'une des formes que peut prendre la NGP (Lozeau, 2009). Ainsi, nous considérons que la mise en œuvre de la gestion par la qualité totale à travers l'application du modèle d'excellence EFQM dans les établissements hospitaliers publics luxembourgeois est une traduction de la NGP (Emery Y., 2009).

1. La Nouvelle Gestion Publique (NGP)

1.1. Les antécédents de la NGP

L'expression « *New Public Management* (NPM) » fait référence à un « mouvement » (« *NPM movement* » dans Gruening, 2001) ou à un ensemble d' « idées » (« *ideas* » dans Hood, 1991 et Norman & Gregory, 2003) développées à partir de la fin des années 1970 lors des réformes visant à changer les modes de gestion des organisations publiques. Les chercheurs qui ont présenté une étude critique sur les origines du NPM (voir en particulier les articles de Gruening, 2001 et de Hood, 2011) s'accordent pour faire naître les premières variantes de ce mouvement entre la fin des années 1970 et le début des années 1980 au Royaume-Uni, au moment des privatisations de nombreuses entreprises publiques telles que British Telecom, British Airways et British Rail. Ce n'est que plus tard que des chercheurs ont identifié des caractéristiques communes à ces réformes et les ont répertoriées sous une étiquette commune appelée « *New Public Management* » (Aucoin, 1995 ; Dunsire, 1995 : 21 cité par Gruening, 2001 : 2 ; Hood, 1991 ; Hood, 1995 ; Politt, 1990).

Pollitt et Bouckaert (2000) indique que l'émergence d'une nouvelle approche de la gestion des organisations publiques est issue de la conjonction de facteurs sociaux, économiques, politiques à la fois endogènes et exogènes à ces organisations. Les facteurs très souvent cités dans la littérature scientifique sur ce thème concernent les critiques de la gestion dite « classique » des organisations publiques et les attentes de transformations à leur égard de la part du monde politique, du monde universitaire et des médias dont elles sont la cible depuis la fin du 19^{ème} siècle. Ces critiques s'appuient sur des descriptions qui mettent en évidence des « limites » ou des « dysfonctionnements » dans la gestion des organisations publiques. Une forme de ces critiques, à partir des théories des organisations, mettent ainsi en évidence son caractère bureaucratique (Hablützel et al, 1995). Les « défauts » les plus fréquemment mentionnés sont la rigidité, la lourdeur, le cloisonnement, l'impersonnalité de leur fonctionnement interne (Perry & Kraemer, 1983), le fait qu'elles soient centrées sur leur auto entretien et sur leur propre développement (effet Léviathan), qu'elles soient peu sensibles à l'innovation (Warwick, 1975) et qu'elles induisent la création de cercles vicieux (Crozier, 1964). Comme l'écrit Le Bianic (2011 : 307), ce modèle « *combine une forte autonomie d'action des professionnels avec une dépendance consentie de ces derniers à l'égard du projet institutionnel des organisations où ils exercent* (Demally, 2008 ; Dubet, 2002). »

Une autre forme de critique de la gestion traditionnelle ou classique des organisations publiques met en évidence les coûts et le manque d'efficacité et fait appel, dans ses demandes de transformations, aux notions de rationalisation des moyens, de performance et de rendement. Au cours des années 70-80, afin d'augmenter la performance des organisations publiques en termes d'efficacité et d'efficience, de nombreuses études ont été produites pour mettre en évidence les facteurs jouant sur la « performance » individuelle et collective des agents. Ces dernières années, le thème des valeurs des fonctionnaires fait l'objet d'un regain d'intérêt au sein de la communauté des scientifiques et des praticiens, probablement en rapport avec la mise en œuvre de la NGP. Depuis les années 1990, le mouvement qui vise l'amélioration de la qualité dans les services publics associé à des principes et des outils de gestion de la qualité est particulièrement présent (Bendell et al., 1994; Hazlett & Hill, 2000; Scharitzer & Korunka, 2000 ; Touati, 2009a) : « *Bien que ses principes se concrétisent par des procédés et techniques généralement développés pour une production industrielle de biens tangibles, la gestion de la qualité est désormais présentée comme un élément essentiel de la gestion des organisations de services et des grandes bureaucraties publiques* (Davis et Fisher, 2002 ; De Gaulejac, 2005 ; Redman et al., 1995 ; Swiss, 1992). » (Lozeau, 2009 : 8)

1.2. Les contenus de la NGP

Le recours à l'expression « *New Public Management* » et à ses traductions en français « Nouvelle Gestion Publique » et « Nouveau Management Public » posent de grandes difficultés aux chercheurs qui s'en saisissent tant les phénomènes qu'elles regroupent sous une même notion générique sont nombreux et divers selon les périodes, les cadres nationaux, les secteurs, les domaines et les types d'organisation où ils sont observés (Bezes et al., 2011).

Une première difficulté réside dans le fait que l'étiquette NGP est attribuée à des phénomènes se produisant dans des organisations dont les appellations comportent certes le terme « public » mais

dont le statut, les missions, les valeurs et les activités exercées en leur sein ne sont pas identiques d'une organisation à l'autre¹. Cette remarque invite donc à réfléchir aux sens donnés au terme « public » et aux différences faites/à faire entre ce qui relève du privé et ce qui relève du public. Pour des raisons de commodité, nous utiliserons l'expression « organisation publique » pour désigner une organisation financée par l'argent public et exerçant des missions de service public.

Au-delà de ce contexte organisationnel, force est de constater que les descriptions de la NGP sont très variables selon les périodes, les cadres nationaux et les domaines où elle est implantée. Le plus souvent, les observateurs décrivent la NGP en faisant référence aux changements dans les modes de gestion des organisations : des modes de gestion qui seraient « anciens », « traditionnels », « habituels » ou « classiques » dans un passé plus ou moins lointain dans ces organisations seraient associés à ou remplacés par des modes de gestion qui seraient « nouveaux » (Dunleavy & Hood, 1994). Dès lors, les chercheurs sont invités à s'interroger sur ce qui est/serait « ancien », « traditionnel », « habituel » ou « classique » dans la gestion publique et ce qui y est/serait nouveau.

D'une façon générale, les travaux scientifiques indiquent que ce qui serait « nouveau » dans la gestion publique est l'introduction d'une « rationalité de type managériale » (Vigour, 2006), de « logiques managériales » ou de « managérialisme » (Chanlat, 2003) qui font la promotion des valeurs, des intérêts et des pratiques du management des entreprises privées à but lucratif (*business administration*) et introduisent ainsi les notions de performance (efficacité, efficience, qualité de la production), d'orientation-client, d'orientation vers les résultats et de recevabilité (Bezes et al., 2009). Les analyses s'intéressent ainsi aux phénomènes de transition entre un « ancien » et un « nouveau » mode de gestion (Metcalf & Richards, 1987 ; Hood, 1998) tout en considérant que "[w] hether or not either of these is a "new" formis debatable since both include elements of continuity as well as of change." (Evetts, 2011: 334).

Dans un célèbre article intitulé "A Public Management for All Seasons?", Hood (1991) montre ainsi que la NGP est un terme polysémique, inspiré par des idées et des perspectives théoriques différentes (Table 1). Face aux difficultés d'apporter une définition de la NGP qui fasse l'unanimité chez les chercheurs et plutôt que de définir la NGP *stricto sensu*, des chercheurs tels que Gruening (2001) ont proposé de mettre en lumière les principales caractéristiques de la NGP en termes d'objectifs ou de principes. De ce point de vue, les formules proposées par Norman & Gregory (2003) résument très bien ces objectifs/ principes de la NGP : « *Central to the NPM prescription is the promise of greater efficiency within public organisations as a result of providing managers with greater freedom to allocate resources, while holding them accountable for results.* » ; « *NPM prescriptions effectively set out to create the 'self-correcting, dynamic feedback loop' (Dixon et al. 1998:169) that is characteristic of an individual firm constantly subject to the feedback of price signals from the market.* » La NGP n'est pas une doctrine stabilisée (Hood, 1998), avec des objectifs ou des principes qui seraient clairement identifiés une fois pour toutes. Elle s'incarne avant tout dans des pratiques concrètes, c'est-à-dire dans des formes d'organisation (agences, externalisation, etc.) et des instruments (indicateurs de performance, systèmes d'audit, démarches qualité, etc.), variant selon les périodes, les cadres nationaux et les domaines où elle est implantée. Définir la gestion de la qualité reste donc difficile car, comme l'indique Nguyen (2006), il n'y a pas de théorie unifiée de la gestion de la qualité qui fait consensus dans la communauté scientifique. Il s'agit plutôt d'un mouvement de pensée aux racines communes se nourrissant de fondements théoriques diversifiés dont les arborescences sont nombreuses et enchevêtrées (Dean et Bowan, 1994 ; Hackman et Wageman, 1995 ; Harrington, 1997 ; Ingraham, 1995 ; Lozeau, 1997 ; Nguyen, 2006). Il apparaît que le mot qualité a été tellement utilisé qu'il en est devenu suranné. En suivant Lozeau (2009), on peut définir la gestion de la qualité comme un ensemble d'activités rattachées au « mouvement de la qualité » et « dont le contenu recoupe en bonne partie les éléments fondamentaux [...] qui tirent leurs sources des écrits de ceux communément reconnus comme les « pères » de ce mouvement : Crosby, Deming, Juran, Feigenbaum et Ishikawa (Harrington, 1997 ; Kélada, 2000 ; Nguyen, 2006). » (Lozeau, 2009 : 6). Toutefois, les principes qui fondent cette qualité sont bien ceux de la NGP : « *La gestion de la qualité peut être rattachée au NMP qui introduit dans le secteur public les pratiques de la gestion d'entreprises privées « exemplaires », axées sur l'utilisation optimale des ressources selon des critères d'efficience, d'efficacité et de rationalité économique, appelant une forte adhésion de leur personnel (De Gaulejac, 2005 ; Ferlie et Geraghty : Ferlie, Lynn et Pollitt, 2005).* » (Lozeau, 2009 : 8). Dès lors, nous suivons l'auteur considérant que « *La gestion de la qualité participe aussi à un mouvement managérialiste de valorisation des gestionnaires dans les organisations où ils aspirent à plus de reconnaissance, de légitimité et de pouvoir décisionnel, tant par rapport aux groupes experts internes (ex. : les cliniciens) que par rapport aux acteurs politiques.* » (Lozeau, 2009 : 8)

¹Parmi ces appellations, la littérature consacrée à ce sujet compte notamment les expressions « administrations publiques », « organisations publiques », « entreprises publiques », « organisations du secteur public », « collectivités locales », « collectivités publiques », « organisations au service de l'intérêt général », « organisations de la fonction publique » et « organisations exerçant des missions de services publics ».

1.3. La mise en œuvre

La mise en œuvre, la diffusion et l'implantation de nouvelles pratiques de gestion et d'organisation ne sont jamais sans difficultés, quelles que soient les organisations où ces changements se produisent. Les recherches en matière de gestion du changement font apparaître un certain nombre de facteurs de succès (Hsieh *et al.*, 2002 ; Robertson et Ball, 2002 ; Robinson, 1997) telles que la clarté des objectifs, l'implication des employés, le suivi régulier, la formation, l'alignement des différents programmes organisationnels, la communication, l'implication de la haute direction et le leadership. Les particularités des organisations publiques obligent les réformateurs et les gestionnaires du changement à être particulièrement attentifs aux facteurs d'échec qui caractérisent l'implantation de changements à visée managériale. La mise en œuvre de la NGP peut faire naître des tensions et des difficultés dont les sources sont pour partie liées aux contradictions inhérentes aux prescriptions mêmes de la NGP car, comme l'indiquent Norman & Gregory (2003: 36), « *far from establishing an unambiguous path way towards the achievement of results, the NPM prescriptions for managerial control transmit a series of contradictory messages [...] a paradox being the 'simultaneous presence of contradictory, even mutually exclusive elements' (Cameron and Quinn 1988: 2) ».*

Ces tensions, difficultés et défis relatives à la mise en œuvre de la gestion de la qualité sont pour l'essentiel inhérentes à trois types d'éléments qui relèvent de l'orientation client, du recours aux normes et standards et enfin du contrôle ainsi mis en œuvre:

- le « client » des services publics ne correspond pas à un seul acteur (Bartoli & Hermel, 2006) puisque qu'il existe plusieurs catégories de « clients » selon qu'il soit le destinataire direct du service – l'utilisateur direct – ou celui qui « bénéficie » du service – l'utilisateur indirect. Dans le domaine de la santé, le client direct est le patient (qui, par définition, peut-être de différents types) et sa famille/ses accompagnants tout comme les prestataires de soins sont des clients/utilisateurs indirects.
- les soignants vivent un dilemme en qu'ils doivent soit se rapprocher d'un modèle axé sur la conformité à des standards recommandés par des autorités fortement légitimées (archétype « conformiste »), soit se rapprocher des modes d'action basés sur l'autonomie professionnelle caractérisés par une aversion *a priori* à l'encontre de toute norme ou autres contraintes imposées par une autorité extérieure. » (archétype « corporatiste ») (cité par Touati, 2009b : 3-4)
- enfin, comme le souligne Janet Newman (2001), le discours de modernisation des organisations publiques porté par la NGP oscille constamment entre deux modèles tenant à l'autonomie et au contrôle dans/sur le travail : « *l'un qui promeut (...) la standardisation des procédures de travail, l'intégration verticale et le contrôle des résultats des professionnels ; l'autre qui met davantage l'accent sur la « modernisation » des services publics en renforçant les capacités d'initiative locale, l'expertise, l'autorégulation et l'implication des professionnels dans les réformes. »* (Le Bianic, 2011 : 311-312).

De nombreux observateurs décrivent les difficultés de la mise en œuvre de la gestion de la qualité dans les organisations², et en particulier dans les organisations publiques (Walsh, 1991). Dans de nombreuses recherches, les caractéristiques des organisations publiques sont décrites comme des contraintes qui compliquent l'implantation de la gestion de la qualité totale par rapport aux entreprises privées à but lucratif (Madsen, 1995 ; Radin & Coffee, 1993 ; Stupak & Garity, 1993) : la culture organisationnelle (Madsen, 1995 ; Swiss, 1992), la structure organisationnelle (Lozeau, 2002 ; Madsen, 1995), l'absence d'incitatifs au rendement (Baker *et al.*, 2007), l'incertitude du contexte (Radin & Coffee, 1993 ; Stupak & Garity, 1993), les jeux politiques (Madsen, 1995). Aussi, Bartoli et Hermel (2006) et Touati, (2009a) affirment que l'adaptation des démarches de la gestion de qualité au contexte des organisations publiques s'avère nécessaire : « *Les enjeux ne se situent pas tant au niveau de l'utilisation des techniques, ni au niveau de la mobilisation des conditions de succès, facteurs qui sont similaires à ceux qu'on retrouve dans le secteur privé, mais plutôt au niveau de l'adaptation de la démarche au contexte particulier des organisations publiques et au niveau de l'intégration des spécificités de l'action publique dans cette même démarche.* » (Touati, 2009a)

La NGP vise à introduire un esprit d'entreprise et un management participatif qui se traduirait par une plus grande marge de manœuvre pour les agents publics. Il est demandé aux agents publics de faire preuve d'initiative et de ne pas se cantonner au descriptif de leur poste dans l'idée de s'identifier aux valeurs de l'organisation (Paarlberg & Perry, 2007). Comme l'indique Emery (2009 : 15): « *En retour, les agent-e-s attendent de leur hiérarchie une capacité d'écoute et une proximité qui permettent d'instaurer une relation de confiance propice à l'expression des idées et la prise d'initiative (Emery, Sanchez et al. 2007), voire pour les plus hardis d'entre eux, à un authentique comportement d'entrepreneur (...)* ».

²Voir Masters (1996) qui résume les principales barrières de l'implémentation du management par la qualité totale.

1.4. Les conséquences de la NGP

De très nombreuses recherches visent à mettre en lumière les enjeux liés aux réformes managériales, les effets qu'elles produisent (sur les modes d'organisation, les pratiques de travail, les missions, etc.) ainsi que les réactions des professionnels qu'elles provoquent. « À l'épreuve de ces nouveaux instruments, écrivent Bezes & Demazière (2011 : 300), les modalités de pilotage et de direction des organisations publiques sont en pleine mutation mais ne débouchent pas sur une seule figure. ». Selon ces auteurs, la NGP s'incarne dans des dispositifs de gestion dont les effets sur les professions et les activités professionnelles sont variables dans leurs contenus, selon les organisations où ils sont implantés, et notamment, selon les positions des acteurs et les rapports de force qui s'exercent entre eux. Ainsi, il a été montré que la portée de ces effets est variable selon les professions. Dans son analyse du secteur hospitalier britannique, Stephen Ackroyd (1998) met en lumière les impacts différenciés de la NGP selon les groupes professionnels et les inégalités entre ces derniers. Il démontre en particulier que les médecins préservent plus leur autonomie et sont moins affectés par la NGP que les infirmières.

D'autres travaux montrent que les réformes inspirées par les idées de la NGP ont pour effet, voire pour but, de remettre en cause les fondements du modèle bureaucratique et du modèle de la bureaucratie professionnelle. Dans les études récentes portant sur les conséquences des réformes managériales dans les organisations publiques est souvent développé l'idée selon laquelle deux systèmes de valeurs seraient en concurrence pour la gestion de ces organisations (Schoenaers, 2009b ; Du Gay, 1996). Un premier système de valeurs correspond au modèle associé à la rationalité managériale tandis que le second correspond au modèle associé à la gestion publique traditionnelle et basée sur un « ethos de service public » (Horton, 2006) comme ensemble de valeurs dépassant les divergences liées aux organisations, aux métiers, aux catégories professionnelles, aux niveaux hiérarchiques et aux parcours professionnels ou individuels des agents. Cette vision implique qu'au-delà de leurs spécificités, l'identité professionnelle des agents publics s'est construite historiquement autour de valeurs centrales dont les plus importantes sont leur mise au service de l'intérêt général dans le cadre d'un Etat de Droit, le principe de respect des règles (garantes de l'équité) et le principe d'égalité de traitement, à la fois des usagers pour les missions à accomplir et des agents pour les modalités de gestion des ressources humaines. Aussi, il est admis que même si le respect strict des règles peut générer des lenteurs ou des lourdeurs qui entraînent des dysfonctionnements, rien ne peut justifier de s'en écarter fondamentalement dans une perspective de gains en performance en terme d'efficacité, d'efficience, etc. Suivant cette conception, le référentiel gestionnaire du secteur public serait en phase de mutation (Schoenaers, 2009b) avec l'introduction d'un modèle de gestion managérial, entraînant la formation d'un cadre identitaire nouveau pour les employés (Du Gay, 1996). Si l'état de droit reste la référence en matière d'exercice de l'action publique, la NGP demande que ce dernier coexiste avec de nouvelles valeurs dites managériales qui introduisent des idées telles que l'évaluation de la performance (individuelle ou collective), la flexibilité organisationnelle, l'accent sur les objectifs ou les résultats de l'organisation et la satisfaction des usagers. De ce point de vue, la NGP incarne un idéal de performativité visant une normalisation des comportements des membres des organisations publiques autour de thèmes génériques qui seraient l'amélioration de la qualité du service et de la rentabilité des ressources mises à disposition.

Une autre grille de lecture met en exergue les formes de recomposition des relations entre les acteurs qui découlent des réformes managériales (Dent *et al.*, 2004 ; Jespersen *et al.*, 2002). Ici, les travaux montrent que les réformes managériales contribuent à redéfinir les positions, les pouvoirs et les hiérarchies, par exemple en créant de nouvelles reconfigurations, de nouveaux rôles, en valorisant ou en dépréciant certaines pratiques, en promouvant et en introduisant de nouvelles formes de valorisation, de motivation et d'espaces d'engagement.

Les redéfinitions des pouvoirs qui s'opèrent se déroulent entre les entités locales et les « tutelles », entre une élite et une base au sein d'une même profession, entre groupes professionnels ou encore entre gestionnaires et praticiens / personnels de terrain. Ainsi, Benamouzig & Pierru (2011) montrent que les changements à l'œuvre dans le système de santé français, liés à la création d'agence et les phénomènes de contractualisation, se sont accompagnés d'une « redéfinition des pouvoirs » et d'une « redistribution des pouvoirs » entre les établissements hospitaliers et les « tutelles ». Ils les décrivent comme « paradoxales » (p. 330) parce qu'elles se caractérisent à la fois par un renforcement de la capacité de régulation des tutelles et un renforcement de l'autonomie des acteurs dans les établissements hospitaliers. Avec cette contractualisation, il est demandé aux établissements de produire des informations qui sont destinées aux tutelles (Benamouzig & Pierru, 2011). Les instruments mis en œuvre permettent ainsi d'évaluer le volume et la nature de leurs activités (*reportings*). En parallèle ont été développées des procédures de certification qui, adossées aux indicateurs de qualité des soins, permettent de décrire des dimensions de l'activité échappant aux indicateurs financiers (Robelet, 1999). Et Emery (2002) de remarquer que « la NGP introduit un

changement culturel profond, elle modifie les rôles, compétences et moyens d'intervention attribués aux dirigeants politiques ainsi qu'aux gestionnaires publics – essentiellement donc, leurs sources de pouvoir. ». Bezes & Demazière (2011) indiquent quant à eux qu'on assiste à des scénarios de « colonisation » des fonctions managériales par des professionnels du secteur public et à l'émergence de nouvelles formes d'expertises d'État. Cela permet aux professionnels de limiter les effets potentiels des instruments de contrôle et de préserver une marge d'autonomie professionnelle au niveau collectif.

Selon certains observateurs, on assisterait le plus souvent à des formes de « découplage » (Dent *et al.*, 2004) entre les nouveaux dispositifs de gestion et les pratiques professionnelles. Le concept de découplage est employé pour montrer que ces dispositifs peuvent être adoptés sur un plan formel mais sans impact réel sur le travail effectif et qu'on n'aboutit pas à de réels changements dans le fonctionnement et la gestion des organisations publiques. Ces formes de découplage laissent apparaître une soumission de façade des professionnels (loyalisme). De nombreuses recherches ont souligné le caractère inabouti de ces réformes (Hoggett, 1996) qui conduisent souvent à la « coexistence de mécanismes bureaucratiques classiques (centralisation des décisions, formalisme des procédures d'évaluation) avec des éléments d'innovation » (Le Bianic, 2011 : 308). Les réformes managériales peuvent dès lors se traduire par des formes de superposition ou de coexistence entre modes de gestion (Bezes & Demazière, 2011). Comme l'indique Hood (2007), les chercheurs constatent une appropriation routinière des instruments et une dérive formaliste consistant avant tout à « se couvrir » au moment de la présentation des résultats, par exemple lors des audits, et à se lancer dans une « chasse aux coupables » (*blame shifting*) en cas d'échec, plutôt que de tenter de corriger les sources de dysfonctionnements.

Dans leur enquête sur les changements organisationnels dans les établissements de santé français, Gheorghiu *et al.* (2007) montrent que les changements les plus importants du point de vue des directeurs et membres de la direction d'hôpitaux interrogés sont d'ordre symbolique : le patient (l'usager) est mis au centre des discours de réforme. Ils indiquent que cette référence discursive structure les propos tenus lors des changements organisationnels en cours, jugés parmi les plus importants qu'étaient alors la nouvelle gouvernance (l'organisation en pôles) et la tarification à l'activité (T2A). Ces discours évoquent les expressions « dossier patient », « approche globale du patient », « approche transversale ou pluridisciplinaire du patient » afin d'« être au plus près des malades » et d'« œuvrer dans l'intérêt du patient », etc. même si, dans les faits, l'organisation par spécialité continuait de perdurer (Gheorghiu *et al.* (2007).

Les enquêtes empiriques de Daniel Lozeau, menées depuis 1993 sur la pratique de la gestion de la qualité et son évolution dans des centres hospitaliers publics (CHP) au Québec, indiquent que « *les cliniciens sont traditionnellement perçus comme étant les premiers acteurs dédiés à la cause des patients mais, avec la montée du NMP, les gestionnaires revendiquent de plus en plus la légitimité de parler au nom du bien-être des usagers, par exemple, par le biais de la 'quête de la satisfaction du client'.* ». (Lozeau, 2009 : 2-3)

Ce centrage des discours sur le patient ne veut pas dire que le patient est invité à participer aux décisions, « *Par contre, il semble bien que sur le terrain, les patients demeurent encore aujourd'hui des acteurs mineurs (sinon les grands absents) dans les processus décisionnels de gestion ayant une incidence sur la qualité des services de santé qui leur sont pourtant destinés* » (Lozeau, 2009 : 2-3). Cet auteur met en exergue le fait « *que la démarche qualité dans les CHP est généralement vécue comme étant d'abord l'affaire des administrateurs, parfois des cliniciens ou du personnel non clinique, mais presque jamais des usagers ou de leurs représentants directs (sauf quand il s'agit de leur faire remplir des questionnaires de satisfaction).* » (Lozeau, 2009 : 3)

2. Le cas des hôpitaux publics luxembourgeois

Sylvain Vitali (2005), Conseiller soins à l'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois, décrit ainsi les raisons de l'introduction du programme des incitants qualité dans les établissements hospitaliers : « *Le désir des partenaires EHL – UCM lors de la définition et de la mise en place du modèle des Incitants Qualité était en premier lieu d'aider au développement de la qualité des prestations hospitalières offertes aux patients, de sensibiliser tous les acteurs hospitaliers à l'approche qualité et de garantir une dynamisation des processus d'amélioration continue des prestations. D'autres plus-values attendues étaient une cohérence dans l'évolution de l'approche qualité entre les différents établissements de santé, le développement des échanges inter-établissements, la tendance vers une équité d'accès à des prestations de qualité pour les patients et la réduction de certains coûts cachés. Afin de pouvoir atteindre cet objectif il a été convenu de définir en partenariat et consensuellement un ou des programmes nationaux relatifs à l'approche qualité. Les établissements de santé gardaient un*

libre choix quant à leur participation à ces Incitants Qualité et quant au développement interne de la stratégie de mise en place et de changement. » (Vitali, 2005 : 2)

Il explique ainsi que quatre programmes ont été mis en place dans quatre domaines identifiés au préalable comme prioritaires : la prévention des infections nosocomiales, le dossier du patient, la prise en charge de la douleur et la qualité technique des mammographies : « *La transition vers le modèle EFQM est à considérer comme un défi important afin de garantir des prestations de service efficaces en adéquation avec des référentiels prédéfinis.* » (Vitali, 2005 : 5)

De nombreuses recherches dressent des constats d'échec de l'implantation de la gestion de la qualité dans le secteur de la santé (voir la revue de littérature proposée par Davies *et al.*, 2007), et en particulier dans les hôpitaux. Lozeau (2009) écrit que les cas de réussite dans les centres hospitaliers publics sont plutôt des exceptions en raison de l'écart entre les principes de la gestion de la qualité et les caractéristiques de ces organisations.

Le secteur hospitalier est souvent décrit en faisant référence à des valeurs associées aux activités de soin telles que l'universalité de l'accès aux soins et à la mission de service public que les professionnels se proposent de remplir (Gheorghiu *et al.* 2007) ou encore l'empathie. Or, les valeurs relatives aux missions de service public peuvent entrer en conflit avec les missions relatives à la rationalité managériale. Le secteur apparaît ainsi comme en évolution permanente, tant dans le domaine administratif, technique que médical, sans que le « *temps pour digérer ces nouvelles évolutions* » ne soit toujours disponible. (Gheorghiu *et al.* 2007 : 24)

Les effets de la gestion de la qualité dans les établissements hospitaliers publics font échos à ceux qui ont été énoncés lors de notre description des effets des réformes managériales dans le secteur public. De manière générale, le secteur de la santé fait l'objet de très nombreuses recherches sur les effets des réformes inspirées de la NGP. De multiples analyses ont été produites lors des réformes des systèmes de santé publique, particulièrement au Royaume-Uni lors des réformes du *National Health Service* (NHS) (Allsop, 2006 ; Currie *et al.*, 2009 ; Dent, 2003 ; Harrison, 2002; Harrison et Pollitt, 1994; Moran, 2000 ; Morrell, 2006). Dans d'autres pays d'Europe, les réformes dans le secteur de la santé ont donné lieu à de nombreuses recherches analysant les effets des réformes néo-managériales sur les professions et les « réactions » de divers groupes professionnels : les professionnels soignants (chefs de service, médecins, infirmières) des hôpitaux en France (Belorgey, 2010), les infirmières collectivement mobilisées en appui, puis contre les réformes du système de santé dans les années 1990 en Suède (Blomgren, 2003) ou aux Pays-Bas face à l'introduction de contrats de performance (Oomkens, 2010), les médecins au Danemark et en Grande-Bretagne (Kirkpatrick *et al.*, 2009) ou en Allemagne et en Grande-Bretagne (Kuhlmann *et al.*, 2009), les professionnels des soins de maternité (médecins, sages-femmes, infirmières) en Finlande ou au Canada (Sandall *et al.*, 2009), etc.

3. Méthodologie

Cette communication présente une étude de cas parmi les trois études réalisées dans le cadre d'un projet de recherche financé par le Fonds National de la Recherche luxembourgeois. La stratégie de recherche exposée relève de l'étude de cas avec une collecte des données reposant pour l'essentiel sur des entretiens semi-directifs préparés sur base d'une analyse documentaire (contextualisation) et complétés par de l'observation in situ à des fins de triangulation. La grille d'entretien était composée de cinq thèmes correspondant à ces cinq approches. La collecte des données s'étend sur un peu plus d'un an (d'octobre 2012 à décembre 2013) de façon discontinue. Les services investigués, à savoir le service hospitalisation, le service ergothérapie et le service kinésithérapie, ont été identifiés par la Direction de l'hôpital que, pour des raisons de confidentialité, nous dénommerons ici le CENTROSPI sur base de sa représentation de l'état d'avancement du projet qualité de l'institution. Les personnes interviewées ont dans un premier temps également été identifiées par la Direction ; par la suite, la démarche s'est faite sur base volontaire, endéans les temps de pause. Au total, 26 entretiens semi-directifs d'une durée de quarante-cinq minutes à deux heures ont été réalisés. Nous avons également exploité les documents disponibles dont 15 ont fait l'objet d'une analyse approfondie. C'est le cas pour le document intitulé *Projet d'établissement 2011-2015* qui définit les objectifs stratégiques du Centre pour les années 2011 à 2015 et pour les documents qui ont été rédigés afin d'aider les chefs de service à réaliser le plan de service de leur propre service, en particulier le *Manuel d'élaboration d'un plan de service* qui a été rédigé en grande partie par la coordinatrice qualité du CENTROSPI.

La méthode de l'étude de cas a été choisie parce que c'était le design de recherche qui était le plus adapté aux objectifs que nous nous étions fixés. D'abord, cette méthode permettait de se concentrer sur un nombre limité d'événements observés dans leur contexte et selon de multiples sources (discours des acteurs concernés par les changements, observations, documentation) et d'examiner

les processus à l'œuvre selon des niveaux d'analyse variés et interconnectés (Stake, 1995 ; Miles & Huberman, 1994; Yin, 2009; Ragin & Becker, 2009). De plus, cette méthode présentait l'avantage de pouvoir révéler les multiples origines des événements et les divers liens de causes à effet dont l'identification est nécessaire pour expliquer les processus de changements. Enfin, cette méthode permettait de prendre en considération la dimension temporelle du changement (et son pendant, la continuité), sur un plan à la fois théorique et empirique, en mettant en évidence les cadres temporels, les origines et les mouvements entre le changement et la continuité.

L'analyse des données recueillies a été faite suivant une approche thématique appelée aussi analyse de contenu thématique (ACT), définie comme une méthode d'analyse consistant « à repérer dans des expressions verbales ou textuelles des thèmes généraux récurrents qui apparaissent sous divers contenus plus concrets » (Mucchielli, 1996, p. 259). Dit autrement, il s'agissait de « procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus » (Paillé & Mucchielli, 2008, p. 162), un thème étant entendu comme « une expression ou une phrase qui identifie ce sur quoi porte une unité de données ou ce qu'elle signifie » (Saldana, 2009, p. 139). Notre but était d'identifier, de recenser et de classer les éléments du matériau en vue d'opérations ultérieures de comparaison et d'interprétation. Le changement a été « décodé » à l'aide des différentes forces. L'organisation du contenu thématique de notre corpus prenait une forme arborescente de trois niveaux comptant 39 codes au total : 5 codes au premier niveau (thème), 13 codes au deuxième niveau (sous-thème), 21 codes au troisième niveau (indicateurs). Une fois entièrement retranscrits, les entretiens ont fait l'objet d'un encodage à l'aide du logiciel NVivo en sélectionnant les morceaux de texte paragraphes et en les encodant au nœud correspondant à un thème, à un sous-thème ou à un indicateur.

Enfin, deux focus groups ont été organisés avec les acteurs clés, en vue de valider empiriquement nos analyses.

Pour désigner les personnes au sein des trois services qui ont participé à l'enquête, nous utiliserons le terme générique de « soignants » (expression qui apparaît parfois dans les entretiens). Ces soignants occupent les postes (par ordre alphabétique) d'aides-soignants, d'ergothérapeute, d'infirmier et de kinésithérapeute au sein de l'entité analysée. Certains enquêtés assurent des responsabilités managériales (à temps complet en ce qui concerne les « chefs de service » (CS), à temps partiel en ce qui concerne les « responsables d'unité » (RU). Certains de ces soignants se qualifient de « thérapeutes », c'est en particulier les cas des « kinésithérapeutes » et/ou des « ergothérapeutes ».

Le CENTROSPI est un établissement public dont la mission est de prêter des soins stationnaires et ambulatoires dans le traitement, la rééducation fonctionnelle et la réadaptation des personnes accidentées de la vie. Il emploie près de trois cents employés, qui occupent des postes variés tels que, en ce qui concerne le personnel médical et soignant, par ordre alphabétique : aides-soignants, ergothérapeutes, infirmiers, kinésithérapeutes, médecins, nutritionnistes. Il dispose actuellement accueille en moyenne autour de 500 patients ambulatoires par semaine et dispose d'une centaine de lits. Il est administré par un Conseil d'Administration et dirigé par un Comité de Direction composée d'une Direction Administrative, d'une Direction Médicale et d'une Direction des Soins. Les activités de soins sont organisées en service : Service Médical, Service Ergothérapie, Service Hospitalisation, Service Kinésithérapie).

Le changement étudié dans cette étude de cas est inhérent au plan de service tel que défini dans le manuel du CENTROSPI : « *La finalité première du plan de service est de contribuer à la réalisation du projet d'établissement. Le plan de service répond donc d'abord à la nécessité de décliner le projet d'établissement à l'échelle des services internes du Centre, en termes de mission, de moyens, d'objectifs et de plans d'action contribuant à la réalisation des initiatives stratégiques et des axes de développement du projet médical.* » (Manuel d'élaboration d'un plan de service, 2012). L'objet du changement analysé tient à la définition et la mise en œuvre de plans de service au sein des trois entités investiguées. S'inscrivant dans la politique qualité de l'institution, ces plans de services sont des documents formels composés d'une « carte de visite » du service (missions, moyens et objectifs) et d'un plan d'action annuel. Comme ce qui est le cas le plus souvent en matière de changement dans les organisations, le changement analysé résulte d'une intention managériale : il s'agit d'un changement intentionnel (ou délibéré) et « programmé » (Wilson, 1992). Le fait de faire faire à chacun des services du Centre, un « plan de service » a été décidé par le Comité de Direction, dans la foulée de la formalisation du projet institutionnel (2010) et du déménagement sur le site actuel, en 2007. Ce changement a été annoncé de manière formelle dans le Projet d'établissement 2011-2015 (2011).

Il consiste en une instrumentation gestionnaire de ce projet institutionnel, dans la logique de sa politique qualité. Ce changement est de nature organisationnelle en ce qu'il concerne les manières de travailler des soignants (thérapeutes et responsables) au sein de chacun des trois services et se situe à deux niveaux : un niveau managérial (ou de coordination -dans le sens où de nouvelles orientations se prennent en termes de procédures à suivre et de moyens de contrôle sur le travail réalisé) et un

niveau opératoire (car le changement en cours a des conséquences sur les modes de fonctionnement concrets de l'organisation).

L'ampleur du changement est donc importante dans la mesure où il concerne toutes les parties de l'organisation, chaque service est concerné par la définition et la mise en œuvre de ce plan : les services qui réunissent les médecins et les soignants (aides-soignants, ergothérapeutes, infirmiers, kinésithérapeutes, médecins, etc.). En termes de contenu attendu, cette ampleur est également marquée dans la mesure où le fait l'objet du changement traduit en termes de travail en mode projet d'une part, de formalisation des activités d'autre part, représente une modification importante (des façons de travailler) pour les personnes concernées.

Comme l'indique Pichault (2009 : 38), on ne peut traiter la question des temporalités du changement qu'en reconnaissant de prime abord que l'on ne dispose pas de critères « objectifs » permettant de dire à partir de quand un processus de changement s'enclenche. Afin d'identifier les moments clé de ce processus, Pichault (2009) préconise de se baser sur les représentations des acteurs concernés (et pas seulement de l'équipe dirigeante) et, sur un plan méthodologique, de s'appuyer sur quelques témoignages croisés. L'amarce du changement analysé est marquée ici par un événement-phare qui est la diffusion du plan stratégique de l'organisation sous la forme d'un Projet d'établissement 2011-2015 (2011) dont l'objectif est de définir les objectifs stratégiques du Centre pour les années 2011 à 2015³. On peut lire dans ce document que le projet d'établissement est mis en œuvre, notamment, au travers des plans d'actions de chaque service (Projet d'établissement 2011-2015, 2011: 9). Cet événement-phare permet de délimiter l'échelle du changement analysé à la période 2011-2015 qui correspond à la durée de validité du projet d'établissement (avant qu'un autre projet d'établissement ne voie le jour en 2015, moment où le Comité de Direction sera modifié en raison du départ en retraite du directeur actuel). L'avant-changement (période durant laquelle les signes avant-coureurs du changement s'accumulent) se situe autour de 2006-2007, au moment de la préparation du déménagement et du déménagement de la structure sur le site actuel⁴.

4. Discussion des résultats

Le cadre conceptuel retenu pour cette recherche est un modèle intégré dit des cinq forces permettant de décrypter les diverses trajectoires qu'un processus de changement est susceptible de suivre (Pichault, 2009). Cette section présente les éléments relatifs au processus de changement relatif à la définition et à la mise en œuvre des plans de service, sur base de ces cinq forces en présence. Elle précise

- les objectifs et résultats attendus du changement (4.1 -force planificatrice)
- les décisions antérieures dont la temporalité interfère avec le processus analysé (4.2 - force incrémentale)
- les acteurs en présence, leurs enjeux ainsi que leurs stratégies face au processus de changement (4.3 - force politique)
- les conventions (anciennes et nouvelles) mobilisées et combinées en vue de donner un sens collectivement acceptable au processus (4.4 - force interprétative)
- les contraintes et opportunités du contexte à la fois interne et externe auxquels il s'agit de s'adapter (4.5 - force contingente)

4.1. Force planificatrice : un changement volontaire, planifié et outillé

Comme mentionné ci-dessus, le déclenchement du processus de changement relève d'une décision de la direction de l'établissement. Cette initiative intentionnelle du management se traduit par la

³Dans le préambule de ce document écrit par le Directeur du Centre, il est indiqué que « [c]e projet d'établissement a été élaboré entre septembre 2010 et mars 2011 selon une démarche participative qui a impliqué des représentants de l'organe de gestion, de l'encadrement et du personnel. Cette démarche s'est ainsi inscrite parfaitement dans les principes fondamentaux sous-tendant le modèle EFQM d'Excellence. » (Projet d'établissement 2011-2015, 2011: 1)

⁴Le Centre a ouvert sur le site actuel en 2007. Un « Service de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelles » avait commencé à fonctionner en 1978 sur le site de Luxembourg/Hamm « grâce à l'initiative et aux concours de l'Association d'Assurance contre les Accidents, des Hospices Civils de la Ville de Luxembourg, de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie du Nord-Est de la France et de l'Institut Régional de Réadaptation de Nancy pour réaliser un "Système de réadaptation fonctionnelle et professionnelle". » (CENTROSPI. Présentation/historique, 2012). « Réserve tout d'abord aux accidentés du travail, le service de rééducation a pu, grâce à une convention le liant avec l'Union des Caisses de Maladie, s'ouvrir au bout de dix-huit mois de fonctionnement à toutes personnes relevant de la médecine de rééducation. Installé dans le cadre de la Maison de Retraite et de Gériatrie de Hamm, la première unité d'hospitalisation est ouverte en 1981 avec création de 12 lits. » (CENTROSPI. Présentation/historique, 2012)

rédaction et la diffusion d'un Manuel d'élaboration d'un plan de service datant de 2012 par les pilotes du changement que sont le Comité de Direction et la coordinatrice qualité du Centre.

La démarche adoptée comporte tous les ingrédients de l'approche rationnelle : des objectifs ont été clairement définis, une démarche pour atteindre ces objectifs a été planifiée selon un cadre qui comporte un certain nombre d'étapes à suivre et des ressources ont été allouées aux membres des services afin de pouvoir suivre cette démarche (support méthodologique, documents servant de guides, etc).

4.2. Force incrémentale : un déménagement antérieur non « digéré »

Approche incrémental

Le déménagement de 2007 et la nouvelle architecture des lieux de travail sont très souvent évoqués dans les entretiens, le plus souvent de manière négative. Certains positionnements à l'égard des plans de services ne peuvent se comprendre qu'en prenant en considération le déménagement dans les nouveaux locaux évoqués comme à l'origine de nombreux dysfonctionnements et causes d'insatisfaction dans le chef des soignants. Dans les entretiens, les interviewés parlent souvent d'un "avant" et d'un "aujourd'hui" soulignant par-là l'effectif réduit « à l'époque de Hamm », la forte interconnaissance du travail réalisé, la très bonne ambiance, les nombreux échanges et la qualité du travail collaboratif entre des soignants pas encore structurés par service. Aujourd'hui, l'effectif est certes plus important et la reconnaissance du CENTROSPI comme centre d'excellence plus institutionnalisée, il n'en reste pas moins que ce sont les contraintes inhérentes au cloisonnement par service (que l'on retrouve au niveau de l'architecture des lieux) et à la prégnance de la hiérarchie qui sont pointées du doigt par les soignants. De ce point de vue, le changement en cours peut être considéré par certains comme une opportunité de retour au « paradis perdu ».

4.3. Force politique :

La force politique met en exergue les acteurs et leurs enjeux ainsi que les stratégies et jeux de pouvoir qui façonnent le processus de changement à l'œuvre.

En l'occurrence, le changement inhérent aux plans de services est porté par la direction, la cellule Qualité et la ligne hiérarchique et mobilise tout le personnel à travers des groupes de travail (carte du service, forces et faiblesses, enquêtes,...) et des projets menés par des référents (responsables de la définition, de la mise en œuvre et de la résolution des problèmes)

Les rôles dans la conduite du changement sont les suivants : le lead est assuré par la hiérarchie ; l'ensemble des personnels des services est invité à participer, sur base volontaire ; le support méthodologique est assuré par la cellule qualité qui est également l'instance clé du *reporting*.

Les enjeux identifiés au travers des interviews des professionnels de la santé dans le cadre du changement sont de trois types : ils relèvent du niveau organisationnel d'une part, métier et service d'autre part. Compte tenu des acteurs en présence et des enjeux identifiés, les jeux politiques sont intenses dans le cadre de ce processus de changement. Les stratégies de loyalisme sont également très présentes. Les stratégies de légitimation occupent toutefois le devant de la scène, au nom de la qualité de la prise en charge du patient. Dès lors, les stratégies d'évitement consiste à définir, non pas des projets, mais de « simples » actions, de manière à éviter ce qui est dénoncé comme la lourdeur du formalisme des projets, leur coté abstrait nécessitant beaucoup de temps... pour peu de résultats dits concrets. En procédant de la sorte, il est possible d'éviter non seulement la « mise en forme » mais également l'imputabilité inhérente au contrôle. La démarche de changement permet de faire valoir que certains des objectifs de la nouvelle gestion publique sont suivis, notamment l'objectif de rentabilité, d'imputabilité gestionnaire, et de participation de tous les employés. Si d'aucuns disent comprendre et partager les préoccupations de la direction de ce point de vue, c'est le niveau de centralisation des décisions et validation qui est ouvertement questionné car entraînant une non pertinence des sujets traités d'une part, un immobilisme de fait d'autre part

4.5. La force interprétative

La force interprétative est relative à la légitimité que les différentes parties prenantes accordent au projet de changement, aussi bien en ce qui concerne ses protagonistes (la légitimité de ceux qui le portent, la Direction et la hiérarchie en l'occurrence) qu'en ce qui concerne son objet et son déroulement (la manière dont les changements sont gérés et les valeurs qu'ils incorporent/reflètent). Cette dernière peut être appréhendée au travers de l'utilisation des idéaux-types de la théorie des conventions qui permettent de dégager les principes de légitimation en présence. Elle peut aussi se lire au travers du sens qu'accordent les parties prenantes au projet, sens duquel elles adopteront un légitime comportement. L'amélioration continue au bénéfice du patient et des soignants s'appuyant sur une responsabilisation des personnels sont considérés comme légitimes alors que le langage et

les symboles attachés au changement ainsi que les temps qui le caractérisent sont quant à eux fortement remis en cause de ce point de vue.

4.6. La force contingente

Prendre en considération la force contingente (Donaldson, 2001), c'est analyser dans quelle mesure le changement a permis à l'organisation de s'adapter aux contraintes de son environnement, à la fois externe et interne. De ce point de vue il est à noter que l'objectif visant à aligner les actions menées au niveau des services à la stratégie du Centre s'inscrit dans la démarche Qualité adoptée par le Centre autour de l'EFQM. Le plan d'actions, de par son objectif d'alignement des actions à la stratégie du Centre, est un moyen de répondre aux enjeux de positionnement du Centre dans le monde de la Santé. Dans le préambule du Projet d'établissement 2011-2015 (2011), le Directeur ne précise pas si ce « monde de la santé » est celui du Grand Duché de Luxembourg, de la Grande région ou de l'Europe. Il indique que le Centre se situe dans un contexte de difficultés économiques mais ne précise pas si le Centre est menacé à plus ou moins long terme par une baisse du nombre d'employés, une restructuration ou une fusion avec une autre structure du Grand Duché de Luxembourg.

L'histoire spécifique du Centre et le rôle particulier qui a joué et joue encore son créateur toujours directeur sont à maintes reprises cités par nos interlocuteurs comme une des forces en présence façonnant le processus de changement à l'œuvre. Le mode de fonctionnement qualifié de « patriarcal » ou « paternaliste » est tout spécifiquement pointé quand il s'agit d'explicitier la définition et mise en œuvre des plans de service

5. Discussion

5.1. Une évaluation multidimensionnelle du processus de changement

Lien entre la force contingente et la force

Evaluer le changement à l'œuvre au CENTROSPI suppose de prendre en considération l'ensemble des forces en présence et leurs interactions. De ce point de vue, le changement et sa gestion font l'objet de réflexions et de préparations importantes au début du processus analysé. Les réalisations sont suivies de près et les *reportings* opérés mettent en exergue des objectifs considérés comme atteints. Les forces planificatrice et contingente se répondent l'une l'autre, l'ambition affichée du changement visant à apporter des éléments de réponse aux opportunités et menaces présentes dans l'environnement du Centre. Toutefois, les temps et rythmes du changement ne s'accrochent pas aux temps et rythmes du travail quotidien des soignants, ce qui soulève de multiples questionnements et engendre de premières difficultés (force incrémentale). En outre, le changement – qui se réfère largement à des principes relevant du monde industriel – fait l'objet de peu d'investissement de sens de la part de ses porteurs et se contente de s'appuyer sur le compromis entre mondes domestique et civique, présent de longue date au Centre (force interprétativiste). La force politique s'intensifie progressivement. Aux attitudes initiales de loyalisme, succèdent des stratégies de non implication et/ou de détournement/évitement se référant à un changement antérieur, mal vécu ou « non digéré » d'un point de vue humain (le déménagement) et réaffirmant la primauté de la logique des soins (monde civique). Dans la perspective d'une évaluation multidimensionnelle du processus de changement à l'œuvre, nous dégagons ainsi trois étapes principales: une première étape de combinaison des forces planificatrice et contingente, une deuxième étape où les forces incrémentale et interprétative sont mobilisées en contre-champ et une troisième étape où la force politique s'intensifie progressivement.

- **Combinaison des forces planificatrice et contingente, prenant appui sur les conventions domestique et civique**

La définition des plans de service est une réponse aux opportunités et menaces identifiées au niveau du contexte du Centre (force contingente) et leur mise en œuvre a suivi une démarche délibérée dont les phases s'inscrivent dans une démarche structurée séquentielle (force planificatrice).

En termes de style de gestion du changement, nous pouvons donc conclure que ce changement a d'abord fait l'objet d'un management « panoptique » (Pichault, 2013). L'approche retenue se veut essentiellement top-down — même si elle prend une forme participative — conformément aux principes et valeurs affichés dans le projet institutionnel. Ce dernier a fait l'objet d'une communication interne soutenue et le manuel du plan de service a été conçu sur base d'une démarche pilote ayant permis de tester et d'améliorer les outils proposés (force planificatrice). Un des services s'est porté volontaire

pour le test, ce qui a permis d'ancrer le dispositif dans les pratiques et routines du Centre. Le « pourquoi changer » est alors perçu comme légitime tant du point de vue des personnes qui en sont à l'initiative, que du point de vue de son contenu (conforme aux attentes des autorités de tutelle et donc garantie de survie pour l'organisation) et de son processus qui implique et mobilise les professionnels des soins. Cette combinaison de forces prend appui sur le compromis antérieur entre mondes domestique et civique et génère, dans un premier temps, du loyalisme pour l'essentiel. L'accompagnement du changement s'opère via la formation aux outils et méthodes de gestion de la qualité dispensée par la cellule qualité dont les compétences et la disponibilité sont reconnues de tous. La démarche est participative du fait de la nécessité reconnue de mobiliser les parties prenantes du changement dans le processus si on souhaite que celui-ci aboutisse. Toutefois, elle reste strictement cadrée par l'intention managériale qu'elle sert.

Une telle combinaison se traduit par la réalisation des objectifs assignés au changement qui amène ses promoteurs à le considérer comme une réussite. En effet, de l'avis des personnes interviewées, les objectifs définis au préalable ont été atteints :

- des actions d'amélioration sont menées dans chaque service; des activités sont menées afin de discuter collectivement des problèmes liés à l'organisation des tâches, de comprendre les origines des problèmes et de trouver des moyens de les résoudre;
- les membres des services participent à des « projets transversaux » et à des « groupes de travail »
- des actions concrètes sont décrites dans le plan de service.

Mais l'essentiel des efforts de communication et de formation s'est concentré en début de projet et semble avoir été rapidement réduit pour être aujourd'hui considéré comme insuffisant. Dès lors, c'est le sens même du changement qui est remis en cause d'autant plus que les temps et rythmes de ce dernier ne s'emboîtent pas ou s'emboîtent mal avec le travail quotidien des soignants. Ceci nous amène à relativiser la perception de réussite du changement initié en prenant en considération les autres dimensions à l'œuvre.

- **Le jeu en contre-champ des forces interprétatives et incrémentale**

Pour la plupart des personnes interviewées, le changement analysé est associé à la gestion de la qualité. Ces préoccupations sont pour l'essentiel d'ordre gestionnaire et sont considérées nous l'avons vu, comme « un plus » au regard des métiers des soignants et de la mission du Centre. En effet, si les communications faites en cours de changement mettent l'accent sur la qualité telle qu'entendue par le compromis domestico-civique en vigueur, les acteurs distinguent ce qui est la qualité des soins au patient (qui reste leur préoccupation première) et ce qu'ils appellent « la logistique » ou la logique administrative, davantage gouvernée par la convention industrielle autour d'une ingénierie de la prestation de soins. Si cette deuxième convention participe à la qualité globale telle que perçue (et évaluée) par le patient, elle n'en est pas moins considérée par le personnel soignant comme moins prioritaire. S'ajoute à cela une certaine lourdeur administrative inhérente à la gestion de projet (qui elle, est strictement associée à la qualité « administrative » et donc s'éloigne encore du patient), un langage et une instrumentation de gestion peu familiers ainsi qu'un argumentaire économique jugé peu relevant dans le contexte du Centre/des soins. Dès lors, les interprétations du changement se diversifient, progressivement portées par des acteurs aux enjeux spécifiques. Une défaillance de la construction de sens dans la gestion du changement conduit à l'émergence d'une pluralité de sens associés. La force interprétative joue donc en contre-champ par rapport aux forces planificatrices et contingente, prenant appui sur les conventions en vigueur, considérées comme supérieures à la nouvelle convention en cours d'introduction.

La force incrémentale joue également en contre-champ du fait de la non prise en compte des changements antérieurs (le déménagement de 2007) tout comme des temps du travail quotidien des soignants. Souhaitant que le changement s'intègre pleinement au quotidien, ses porteurs ne semblent guère prêter attention à la nécessité d'un ancrage incrémental, c'est-à-dire à l'articulation de leur projet de changement avec les diverses façons de faire face et de « digérer » les changements antérieurs. On ne s'étonnera donc pas que ces deux forces conduisent à l'émergence de jeux d'acteurs, marqués par des stratégies de non-implication et d'évitement, toujours légitimées par le compromis domestico-civique.

Prendre en considération ces forces en contre-champ vis-à-vis de l'intention managériale première invite à nuancer l'impression de réussite fondée sur les forces planificatrice et contingente.

- **Intensification progressive de la force politique**

Au fil du temps, les phénomènes de résistance se manifestent de plus en plus (le fait de ne pas soumettre de projet mais de définir des actions par exemple, en vue d'échapper au formalisme de la gestion de projet et à la transparence de son *reporting*) et les jeux politiques s'intensifient.

Les positions des personnes mais aussi des services se marquent progressivement. La courtoisie reste de rigueur, les traits culturels inhérents à une gestion « en bon père de famille » (relevant du monde domestique pour l'essentiel) restent prégnants, il n'y a pas de conflit ouvert à ce stade mais les ambitions de transversalité et de responsabilisation inhérentes à l'introduction des plans de service sont loin d'être atteintes.

Ces jeux de pouvoir prennent essentiellement la forme de stratégies de légitimation, mobilisant les ressources clés du langage et des symboles. Les justifications avancées par les acteurs en présence (tant pour faire que pour ne pas faire) s'ancrent dans l'histoire du CENTROSPI et en particulier de ce qui ressort comme un moment idéalisé de la vie de l'organisation (l'avant-déménagement). Les regrets inhérents au déménagement ont maintes fois été mentionnés par nos interlocuteurs, ce qui se traduit soit par une sorte de retour en arrière à travers les plans de service pour les uns, soit dans une volonté de ne pas adopter ce changement pour les autres, au motif que cela entraînerait davantage d'irréversibilité dans les phénomènes en cours. Cette sorte de paradis perdu est mobilisée tant par les acteurs en faveur du changement que par ceux qui recherchent le statu quo. Ce qui est en jeu ici va bien au-delà du contenu du changement analysé et concerne la transformation progressive du CENTROSPI en Centre national d'excellence et d'expertise, avec la philosophie et les dispositifs de gestion qui le sous-tendent. Selon le modèle de Pichault (2013), la situation pourrait rapidement évoluer vers des formes de dissidence, où le personnel soignant arguerait du fait que le projet médical n'est pas intégré à la démarche de changement. Le fait que le projet actuel ne concerne « que » les trois services ayant spécifiquement fait l'objet de nos investigations est d'ailleurs interprété par certains de nos interlocuteurs comme un indice annonciateur d'une possible prolifération d'initiatives parallèles.

A l'heure de clôturer notre collecte de données par un focus group de validation empirique, nous constatons une double tendance : la multiplication d'initiatives parallèles pour les uns, une adaptation progressive pour les autres avec une crainte/un risque qui se cristallise de plus en plus autour du départ prochain à la retraite du Directeur-fondateur. Si l'histoire et la culture de l'organisation influencent pleinement le processus de changement à l'œuvre, il faut s'attendre à de multiples évolutions liées à ce départ annoncé. La direction en place a retenu l'option d'une réingénierie de ses processus d'affaires en faisant appel à une société de conseil. Nos derniers échanges avec les soignants laissent entrevoir la probabilité d'une intensification des jeux de pouvoir tels que décrits ci-dessus, prenant appui sur les conventions en confrontation.

Conclusion

Cette communication a abordé la question de l'évaluation du changement dans le contexte des organisations publiques, en particulier le changement inhérent aux programmes de gestion de la qualité dans le contexte de la nouvelle gestion publique (NGP) en milieu hospitalier. Si les objectifs poursuivis par ces changements tiennent à la performance des organisations publiques, la question de l'évaluation des processus de changement à l'œuvre dans ces contextes spécifiques reste ouverte et ce quel que soit l'objet des changements.

Mobilisant le modèle des cinq forces, nos résultats mettent en exergue la dynamique des forces en présence pour comprendre le processus de changement à l'œuvre, ce qui permet d'une part, de proposer une évaluation nuancée de ces changements, et d'autre part, de concevoir des scénarii d'évolution de leur mode de pilotage.

L'élargissement des critères d'évaluation habituellement pris en compte nous permet d'isoler les dimensions susceptibles de faire l'objet d'interventions managériales. Dans le cas CENTROSPI, le style de management initialement adopté ne renvoie qu'à la dynamique induite par les forces planificatrice et contingente. Il néglige par contre les stratégies des acteurs, le sens accordé au changement et les événements passés susceptibles d'influencer la réussite du projet. Il ne permet donc pas l'intéressement et l'enrôlement des parties prenantes et s'expose, à la longue, à des réactions de rejet et d'opposition, conduisant à l'échec. En revanche, en multipliant les dimensions à prendre en compte et en n'étant pas focalisé sur les seuls objectifs initialement fixés, le recours à une grille d'évaluation multidimensionnelle favorise l'émergence d'un style de management davantage polyphonique (Pichault, 2013). Un tel style de management s'avère plus à même, par sa capacité à conjuguer la pluralité des « voix » organisationnelles, de mener un processus de changement vers la réussite.

Ce mode alternatif de pilotage, qui fait largement référence à la conceptualisation des processus d'innovation proposée par les tenants de la théorie de l'acteur-réseau (Akrich, Callon et Latour, 2006),

suppose que l'attention des promoteurs du projet soit davantage centrée sur le *processus* (temporalités, acteurs, significations) et sur le *contexte* dans lequel il est introduit que sur le *contenu* même du projet. C'est sans doute là que réside, à notre avis, la clé de la réussite des démarches qualité dans le secteur hospitalier et, plus généralement, des démarches de modernisation fondées sur les principes du NPM.

D'autres travaux empiriques restent nécessaires pour conforter cette hypothèse tout comme il nous semble particulièrement intéressant de se poser la question de l'outillage de cette gestion du changement intégrant contenu, contexte et processus. Dans une perspective de digitalisation accrue des organisations publiques, un tel dispositif de gestion et d'anticipation permettrait de mieux se préparer et accompagner les transformations à venir.

Annexe 1 :

Table1 : Doctrinal components of new public management (Hood, 1991: 4-5)

No.	Doctrine	Meaning	Typical justification
1	'Hands-on professional management' in the public sector	Active, visible, discretionary control of organizations from named persons at the top, 'free to manage'	Accountability requires clear assignment of responsibility for action, not diffusion of power
2	Explicit standards and measures of performance	Definition of goals, targets, indicators of success, preferably expressed in quantitative terms, especially for professional services (cf. Day and Klein 1987; Carter 1989)	Accountability requires clear statement of goals: efficiency requires 'hard look' at objectives
3	Greater emphasis on <i>output controls</i>	Resource allocation and rewards linked to measured performance; breakup of centralized bureaucracy-wide personnel management	Need to stress results rather than procedures
4	Shift to <i>disaggregation</i> of units in the public sector	Break up of formerly 'monolithic' units, unbundling of U-form management systems into corporatized units around products, operating on decentralized 'one-line' budgets and dealing with one another on an 'arms length' basis	Need to create 'manageable' units, separate <i>provision</i> and production interests, gain efficiency advantages of use of contract or franchise arrangements inside as well as outside the public sector
5	Shift to greater <i>competition</i> in public sector	Move to term contracts and public tendering procedures	<i>Rivalry</i> as the key to lower costs and better standards
6	Stress on <i>private sector styles of management practice</i>	Move away from military-style 'public service ethic', greater flexibility in hiring and rewards; greater use of PR techniques	Need to use 'proven' private sector management tools in the public sector
7	Stress on greater <i>discipline</i> and <i>parsimony</i> in resource use	Cutting direct costs, raising labour discipline, resisting union demands, limiting 'compliance costs' to business	Need to check resource demands of public sector and 'do more with less'

Annexe 2 : GDL : Le programme "Incitants Qualité", 2013

<p>Le programme "Incitants Qualité".</p> <p>En 1999, la CNS (anciennement l'UCM) conjointement avec la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL, anciennement Entente des Hôpitaux Luxembourgeois) introduit les programmes "Incitants Qualité" en attribuant une prime substantielle aux établissements hospitaliers mettant en œuvre les moyens pour atteindre un niveau déterminé de qualité.</p> <p>La convention conclue entre la Caisse Nationale de Santé (CNS, anciennement UCM) et la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL, anciennement Entente des Hôpitaux Luxembourgeois) détermine certaines modalités relatives à l'approche qualité dans établissements de soins au Luxembourg (article 43 Incitants Qualité).</p> <p>Dans ce cadre, la Caisse Nationale de Santé (CNS, anciennement UCM) s'engage à verser une prime annuelle à chaque hôpital remplissant les critères de qualité et de performance arrêtés de commun accord par une commission d'évaluation composée paritairément de représentants de l'EHL et de la CNS.</p> <p>Les établissements de santé gardaient un libre choix quant à leur participation des programmes nationaux prédéfinis relatifs à ces "Incitants Qualité".</p> <p>Les critères sont fixés annuellement et communiqués aux hôpitaux au plus tard le 1er avril de l'année précédant l'exercice budgétaire au cours duquel ils sont applicables.</p> <p>Des échelles de points allant de 0 à 100 points sont associés aux différents critères. Le maximum de 100 points pour un critère est atteint, lorsque l'hôpital satisfait entièrement aux exigences du critère.</p> <p>La commission d'évaluation détermine l'applicabilité et la pondération des critères par hôpital, celui-ci entendu en son avis.</p> <p>La prime maximale qu'un hôpital peut atteindre est de 2% des charges opposables de l'hôpital, composées des frais fixes budgétisés et éventuellement rectifiés et des frais variables constatés en fin d'exercice.</p> <p>Le pourcentage de la prime accordée par rapport à la prime maximale est fonction de la moyenne arithmétique ou pondérée des points obtenus par l'hôpital sur tous les critères retenus pour cet hôpital:</p>

Nombre moyen de points	% de la prime accordée par rapport à la prime maximale
------------------------	--

(0 - 10)	0%
(10 - 20)	10%
(20 - 30)	20%
(30 - 40)	30%
(40 - 50)	40%
(50 - 60)	60%
(60 - 70)	70%
(70 - 80)	80%
(80 - 90)	90%
(90 - 100)	100%

Le montant de la prime annuelle est déterminé par la commission d'évaluation prévue sur base d'un rapport présenté par l'hôpital duquel ressort le degré d'accomplissement des critères. Ce rapport est fourni au plus tard le 1er juin de l'année subséquente.

La Caisse Nationale de Santé s'engage à liquider la prime annuelle avant le 1er octobre de l'année de présentation du rapport.

En cas de désaccord au sein de la commission d'évaluation au sujet du montant de la prime allouée à un hôpital, la partie la plus diligente respectivement de l'EHL et de la CNS peut saisir la commission des budgets qui tranche définitivement dans le mois de la saisine.

Les établissements de santé restent libres dans leur choix de l'affectation de la prime ainsi obtenue.

Le présent texte ne remplace en aucun cas les textes légaux ou réglementaires en vigueur.

Bibliographie

- Acker, F. (2005). Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital. *Revue française des affaires sociales* 1, 161–181.
- Allison, G.T. (1983). "Public and private management: are they fundamentally alike in all respects?". In Perry J.L. & Kraemer K.L., *Public Management: Public and Private perspectives*, Palo Alto: Mayfield.
- Alvesson, M. (2004). *Knowledge Work and Knowledge Intensive Firms*. Oxford University Press, Oxford.
- Ashish K, Jha M, Orav E *et al.* (2008). Patients' perception of hospital care in the United States. *N Engl J Med*, 359: 1921–31.
- Allsop, J. (2006). Regaining Trust in Medicine. *Current Sociology* 54 (4), 621–636.
- Allsop, J. & Jones, K. (2006). The Regulation of the Health Care Professions: Towards Greater Partnership Between the State, Professions and Citizens in the UK. *Knowledge, Work and Society* 4 (1), 35–58.
- Ackroyd, S. (1998). Nursing. In: Laffin, M. (Ed.), *Beyond Bureaucracy? The Professions in the Contemporary Public Sector*. Ashgate Publishing, Aldershot, p. 38–55.
- Alford, R. (1975). *Health Care Politics. Ideological and Interest Group Barriers to Reforms*. University of Chicago Press, Chicago.
- Arnaboldi, M. & Azzone, G. (2010). "Constructing Performance Measurement in the Public Sector", *Critical Perspectives on Accounting*, April, 21(4), 266-282.
- Badrick, T. & Preston, A. (2001). Influences on the implementation of TQM in health care organizations: professional bureaucracies, ownership and complexity, *Australian Health Review*, 24(1), pp. 166-175.
- Baker, S., Beitsch, L., Landrum, L. & Head R. (2007). "The Role of Performance Management and Quality Improvement in a National Voluntary Public Health Accreditation System"; *Journal of Public Health Management & Practice*, 13 (4), 427-429
- Bartoli, A. & Hermel, P. (2006). "Quelles compatibilités entre « orientation-client » et service public ?"; In : *Politique et management public*; 24 (3)
- Bartoli, A. (1997). *Le management dans les organisations publiques*. Paris :Dunod
- Beam, G. (2001). "Quality Public Management: What It Is and How It Can Be Improved and Advanced", Chicago: Burnham; 323 p.
- Belorgey, N. (2010). *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*. Paris : La Découverte (Textes à l'appui).
- Benamouzig, D. (2009). « Les agences sanitaires : entre réformes et technocratie. » In *Les réorganisations administratives : bilan et perspectives en France et en Europe*, ed. Julien Meimon, 73-93. Paris: Comité pour l'histoire économique et financière de la France

- Bernoux, P. (1979). "La résistance ouvrière à la rationalisation: la réappropriation du travail", *Sociologie du travail*, 1, 76-90.
- Besançon, J. & Benamouzig, D. (2005). « Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France. » *Sociologie du travail*, 47 (3): 301-322.
- Benamouzig, D. & Pierru, F. (2011). Le professionnel et le « système » : l'intégration institutionnelle du monde médical. In Dossier-débat. New public management et professions dans l'Etat: au-delà des oppositions, quelles recompositions ? *Sociologie du travail*, 53 : 327-333.
- Bezes, P.(2005). Le renouveau du contrôle des bureaucraties. L'impact du New Public Management. *Informations sociales* 126, 26–37.
- Bezes, P., Demazière, D., Le Bianic, T., Paradeise, C., Normand, R. Pierru, F., Evetts, J. & Benamouzig, D. (2011). Dossier-débat. New public management et professions dans l'Etat: au-delà des oppositions, quelles recompositions ? *Sociologie du travail*, 53 : 293–348.
- Bezes, P. & Demazière, D. (2011). Introduction. In Dossier-débat. New public management et professions dans l'Etat: au-delà des oppositions, quelles recompositions ? *Sociologie du travail*, 53 : 295-305.
- Bezes, P., Demazière, D., Le Bianic, T., Paradeise, C., Normand, R. Pierru, F., Evetts, J. & Benamouzig, D. (2012). New public management and professionals in the public sector. *Sociologie du travail*, 54 (suppl. 1): 1-52 [traduction de Dossier-débat. New public management et professions dans l'Etat: au-delà des oppositions, quelles recompositions ?2011]
- Blomgren, M. (2003). Ordering a Profession: Swedish Nurses Encounter New Public Management Reforms. *Financial Accountability and Management* 19 (1), 45–71.
- Brint, S. (1994). In an Age of Experts. The Changing Role of Professionals in Politics and Public Life. Princeton University Press, Princeton.
- Brewer, G. A., Coleman, S., Facer II, R. L. (2000). « Individual Conceptions of Public Service Motivation », *Public Administration Review*, 60 (3), , pp. 254-264.
- Berwick, D.M. (2009). What 'patient-centered' should mean: confessions of an extremist. *Health Aff*;28: w555–65.
- Braithwaite, J., Lazarus, L., Vining, R. F., Soar, J. (1995). Hospitals: to the next millennium. *International Journal of Health Planning and Management* 10, 87-98.
- Bonelli, L., Pelletier, W.(2010). L'État démantelé. La Découverte, Paris.
- Barrère, A. (2006). Sociologie des chefs d'établissement. Les managers de la République. Paris : PUF.
- Berg, A.M. (2006). Transforming public services - transforming the public servant? *International Journal of Public Sector Management*, 19 (6): 556-568.
- Brown, P. (2011). The concept of life world as a tool in analysing health-care work: Exploring professionals' resistance to governance through subjectivity, norms and experiential knowledge, *Social Theory & Health*, 9 (2), 147-165.
- Buisson-Fenet, H. (2009). De la politique des personnels à la gestion des ressources humaines ? « L'État-patron » et l'Éducation nationale, entre idéal managérial et autonomie professionnelle. Communication au Congrès de l'Association française de science politique, Section thématique 29, Grenoble.
- Carte sanitaire (2012). Luxembourg: Portail Santé du Grand-Duché de Luxembourg. URL: <http://www.ms.public.lu/fr/activites/analyse-statistique/ressources-systeme-sante/030-carte-sanitaire/index.html>. Retrieved August 16, 2012.
- Carroll, J. D. (1998). Book Review. *American Review of Public Administration* 28(4): 402-7.
- Castel, P., Merle, I. (2002). Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins. *Sociologie du travail* 44 (3), 337–355.
- Charmel P, Frampton S. Building the business case for patient centered care. *HealthcFinanc Manage* 2008;62: 80–5.
- Chevallier, J. & Lochak, D. (1982). "Rationalité juridique et rationalité managériale dans l'administration française". *Revue Française d'Administration Publique*.
- Christensen, T. & Lægreid, P. (2007). Transcending new public management: the transformation of public sector reforms. Ashgate Publishing Ltd.
- Collins, C. & Green, A. (1999). Public sector hospitals and organizational change: an agenda for policy analysis, *International Journal of Health Planning and Management*, 14(2), p.107-28.
- Caron, Daniel J. & Giauque, David (2006). "Civil servant identity at the crossroads: new challenges for public administrations", *International Journal of Public Sector Management*, 19 (6): 543-555.
- Currie, G., Finn, R., Graham, M. (2009). Professional Competition and Modernizing the Clinical Workforce in the NHS. *Work, Employment and Society* 23 (2), 267–284.
- Cronin C. (2004). Patient-Centred Care—An Overview of Definitions and Concepts. Washington, DC: National Health Council.

- Chauvière, M. (2007). Trop de gestion tue le social. Essai sur une discrète chalandisation. La Découverte, Paris. Clarendon Press, Oxford.
- Coburn, D. (2006). Medical Dominance Then and Now: Critical Reflexions. *Health Sociology Review* 15 (5), 432–443.
- Causer, G., Exworthy, M. (1999). Professionals as Managers Across the Public Sector. In: Exworthy, M., Halford, S. (Eds.), *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector*. Open University Press, Buckingham, p. 83–101.
- Consbruck, R. (2010). A Brief History of Hospitals in the Grand Duchy of Luxembourg. Portail Santé, Grand-Duché de Luxembourg, Luxembourg, 57 slides. URL : <http://www.sante.public.lu/publications/systeme-sante/politique-nationale-sante/histoire-succincte-hopitaux-lux/histoire-succincte-hopitaux-luxembourg-en.pdf>
- CNS (2013). Le guide administratif de l'Etat luxembourgeois. URL : <http://www.guichet.public.lu/citoyens/fr/organismes/caisse-nationale-sante/index.html>. Consulté en octobre 2013.
- Davies, H., Powell, A. & R., Rushmer (2007). "Healthcare professionals' views on clinician engagement in quality improvement: a literature review; The Healthcare Foundation
- Dent, M., Chandler, J., Barry, J. (2004). *Questioning the New Public Management*. Ashgate, Aldershot.
- DiGioia AM. (2008) The AHRQ Innovation Exchange: Patient- and family-centered care initiative is associated with high patient satisfaction and positive outcomes for total joint replacement patients. *Agency Health Care Res Qual* published online 18 December, 2008.
- Douguet F., Muñoz J. & D., Le Boul (2005). "Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur la qualité des soins sur l'activité du personnel soignant"; Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques.
- Dhaouadi, I., El Akremi, A. & Igalens J. (2008) Une analyse critique du management par la qualité totale : implications pour la GRH. *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, 67: 2-22.
- Dent, M. (2003). *Remodelling Hospitals and Health Professions in Europe: Medicine, Nursing and the State*. Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Dent, M., Chandler, J., Barry, J. (2004). *Questioning the New Public Management*. Ashgate, Aldershot.
- Du Gay, P. (1996) *Consumption and Identity at Work*. London: Sage.
- Demailly, L. (2008). *Politiques de la relation : approche sociologique des métiers et activités professionnelles*. Presses du Septentrion, Villeneuve-d'Ascq.
- Doolin, B. (2002). "Enterprise Discourse, Professional Identity and the Organizational Control of Hospital Clinicians", *Organization Studies*, May, 23(3), 369-390.
- Dubet, F. (2002). *Le déclin de l'institution*. Seuil, Paris.
- Dunleavy, P. & Hood, C. (1994). From Old Public Administration to New Public Management, *Public Money and Management*, 14, 9-16.
- Emery, Y. & Giauque, D. (2001). Nouvelle gestion publique, contrats de prestations et mécanismes d'incitations financières. *Pratiques et problèmes rencontrés en Suisse*, *Revue Internationale des Sciences Administratives*, vol. 67, no. 1, pp. 171-194
- Emery, Y. & Giauque, D. (2005). *Paradoxes de la gestion publique*, L'Harmattan, Paris
- Emery, Y. (2009). L'apport du management de la qualité au renouveau du modèle bureaucratique, *Revue de l'Innovation*, 14(3), pp.1-24
- Evetts, J. (2011). New professionalism and New Public Management : changes and continuities. In Dossier-débat. *New public management et professions dans l'Etat: au-delà des oppositions, quelles recompositions ? Sociologie du travail*, 53 : 334-340.
- Exworthy, M., Halford, S. (Eds.) (1999). *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector*. Open University Press, Buckingham.
- Exworthy, M., Halford, S. (Eds.) (1999), *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector*. Open University Press, Buckingham, p. 83–101.
- Farrell, C., Morris, J. (2003). The "Neo-Bureaucratic" State: Professionals, Managers and Professional Managers in Schools, General Practices and Social Work. *Organization* 10, 129–156.
- Feldman, M. S. & Pentland, B. T. (2003). "Reconceptualizing Organizational Routines as a Source of Flexibility and Change", *Administrative Science Quarterly*, 48, 1, 94-118.
- Ferlie, E., Ashburner L., Fitzgerald L., Pettigrew A. (1996) *The New Public Management in Action*. Oxford: Oxford University Press.
- Ferlie, E. (2002) "Quasi Strategy: Strategic Management in the Contemporary Public Sector"; In : A. Pettigrew, H. Thomas, R. Whittington; *Handbook of Strategy and Management*; London: Sage: 279-298
- Ferlie, E., Geraghty, K.J. (2005). Professionals in Public Service Organizations. Implications for Public Sector Reforming. In: Ferlie, E., Lynn Jr., L.E., Pollitt, C. (Eds.), *The Oxford Handbook of Public Management*. Oxford University Press, Oxford, p. 422–445.

- Freidson, E. (1984). The Changing Nature of Professional Control. *Annual Review of Sociology* 10 (1), 1–20.
- Fraisse, S., Robelet, M. & Vinot, D. (2003). "La qualité à l'hôpital : entre incantations managériales et traductions professionnelles", *Revue Française de gestion*, 146, 155-166
- François P. & Rhéaume, J. (2001). "Les systèmes de gestion de la qualité des soins dans les hôpitaux du Québec", *Ruptures*, 8 (1), 6-26
- François P. & Pomey, M. P. (2005). "Implantation de la gestion de la qualité dans les hôpitaux français, jeux d'acteurs et transformations induites", *Revue Épidémiologie Santé Publique*, 53 : S 4-11
- Ferlie, E., Geraghty, K.J. (2005). Professionals in Public Service Organizations. Implications for Public Sector Reforming. In: Ferlie, E., Lynn Jr., L.E., Pollitt, C. (Eds.), *The Oxford Handbook of Public Management*. Oxford University Press, Oxford, p. 422–445.
- Foster, P., Wilding, P. (2000). Whither Welfare Professionalism? *Social Policy and Administration* 34 (2), 143–159.
- Flynn, R. (1999). Managerialism, Professionalism and Quasi-markets. In: Exworthyand, M., Halford, S. (Eds.), *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector*. Open University Press, Buckingham, p. 19–36.
- Farrell, C., Morris, J. (2003). The "Neo-Bureaucratic" State: Professionals, Managers and Professional Managers in Schools, General Practices and Social Work. *Organization* 10, 129–156.
- Gestion de la qualité (2013). Wikipedia. Disponible sur http://fr.wikipedia.org/wiki/Gestion_de_qualit%C3%A9. Consulté en 2013.
- Gheorghiu M. D., Guillemot D. & Moatty F. (2008). « Gestionnaires et médecins face aux changements organisationnels des hôpitaux français », in Jean-Yves Causer, Jean-Pierre Durand et William Gasparini, *Identités et identifications au travail. Catégories d'analyse, enquêtes et controverses*. Toulouse, Octarès, Collection « Le travail en débats ».
- Gheorghiu M. D., Guillemot D. & Moatty F. (2007). Préparation de l'enquête COI Les changements organisationnels et leurs outils : Entretien avec les dirigeants d'hôpitaux, DREES, Série Études n°72, novembre 2007, [en ligne au 10/02/2009]
- Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J. et al.(eds)(1993). *Through the Patient's Eyes: Understanding and Promoting Patient-Centered Care*. San Francisco: Jossey-Bass.
- &, S. & Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease--Part I: Differentiation, *Health Care Management Review*, 26(1): 56-69.
- Gori, R., Cassin, B., Laval, C. (Eds.)(2009). *L'appel des appels. Pour une insurrection des consciences*. Mille et un nuits, Paris.
- Giauque, D. (2004). "L'acteur, le grand oublié des réformes administratives". In Sardas J.-C. et Guénette A.-M. (dir.), *Sait-on piloter le changement ?* Paris : L'Harmattan.
- Gleeson, D., Knights, D. (2006). Challenging Dualism: Public Professionalism in "Troubled" Times. *Sociology* 40 (2), 277–295.
- Groupe AFNOR (2013a). EFQM le signe des meilleures pratiques managériales (plaquette d'information). Disponible sur www.afnor.org/efqm. Consulté en octobre 2013.
- Groupe AFNOR (2013c). EFQM (présentation). Disponible sur <http://www.afnor.org/profils/centre-d-interet/efqm>. Consulté en octobre 2013.
- Gruening, G. (2001). "Origin and Theoretical Basis of New Public Management", *International Public Management Journal*, n°4, 1-25.
- Haddad, S., Roberge, D. & R., Pineault (1997). "Comprendre la qualité : en reconnaître la complexité", *Ruptures*, Québec, 4 (1), 59-78
- Hazlett, Shirley-Ann & Hill, Frances (2000). Policy and practice: an investigation of organizational change for service quality in the public sector in Northern Ireland. *Total Quality Management*, 11 (4/5/6): 515-520.
- Herreros G., Milly B. (2011). *La qualité à l'hôpital. Un regard sociologique*. Paris : L'Harmattan
- Hood, C. (1991). A Public Management for All Seasons? *Public Administration*, 69(1): 3-19.
- Hood, C. (1995). The 'New Public Management' in the 1980s: variations on a theme. *Accounting, Organizations and Society*, 20: 93-109.
- Hood, C. (1998). "The Art of the State". In *Culture, Rhetoric and Public Management*. Oxford: Oxford University Press.
- Hood, C. (2001) Public Service Managerialism: Onwards and Upwards, or 'Trobriand Cricket' Again? *Political Quarterly*, 72 (3), p.300-309.
- Hood, C. (2007). What Happens When Transparency Meets Blame-Avoidance? *Public Management Review* 9 (2), 191–210.
- Hood, C., Scott, C., James, O., Jones, G., Travers, T. (1999). *Regulation inside Government Waste-Watchers, Quality Police and Sleaze-Busters*. Oxford University Press, Oxford.
- Hoggett, P. (1996). New Modes of Control in the Public Service. *Public Administration* 74 (1), 9–32.

- Hufty, M. (1998) *La pensée comptable, État, néolibéralisme, nouvelle gestion publique*. Paris : P.U.F. (Collection Enjeux)
- Hsieh, A. H., Chou, C-H. & Chen, C. H. (2002). "Job standardization and service quality: a closer look at the application of total quality management to the public sector"; *Total quality management*, 13 (7), 899- 912
- Horton, S. (2006) "New public management: its impact on public servant's identity: An introduction to this symposium", *International Journal of Public Sector Management*, 19 (6): 533-542.
- Ham, C. (Ed.) (1997). *Health Care Reform: Learning from International Experience*. Buckingham: Open University Press.
- Harrison, S. (2002). *NewLabour, Modernisation and the Medical Labour Process*. *Journal of Social Policy* 31 (2), 465–485.
- Harrison, S. & Pollitt, C. (1994). *Controlling Health Professionals*. Open University Press, Buckingham.
- Harrison, S. & Ahmad, W. I. (2000). *Medical Autonomy and the UK State 1975 to 2025*. *Sociology* 34 (1), 129–146.
- Hughes, J. C., Bamford, C. & May, C. (2008) *Types of centredness in health care: themes and concepts*. *Med Health Care Philos*, 11: 455–63.
- Hassenteufel, P. (1997). *Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne*. Presses de Sciences Po, Paris.
- Hanlon, G. (2000). *Sacking the NewJerusalem? The NewRight, Social Democracy and Professional Identities*. *Sociological Research Online* 5 (1), <http://www.socresonline.org.uk/5/1/hanlon.html>.
- Isaac T., Zaslavsky A., Cleary P.D. et al. (2010) *The Relationship between Patients' Perception of Care and Measures of Hospital Quality and Safety*. *Health Serv Res*, 45:1024–40.
- International Alliance of Patients' Organizations (2007) *What is Patient-Centred Health Care? A Review of Definitions and Principles*, IAPO, 2nd edn. London, 1–34.
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. In: *Committee on Quality of Health Care in America*, Institute of Medicine, National Academies Press, Washington, DC, USA.
- Jeannot, G. (2006) *Diffusing values or adjusting practices? A review of research on French public utilities*. *International Journal of Public Sector Management*, 19 (6): 598-608.
- Jespersen, P.K., Nielsen, L. L. & Sognstrup, M.H. (2002). *Professions Institutional Dynamics, and New Public Management in the Danish Hospital Field*. *International Journal of Public Administration* 25 (12), 1555–1574.
- Jobert, B. (1979). *Le social en plan*. Éditions Ouvrières, Paris.
- Kitchener, M. (2000). *The Bureaucratization of Professional Roles: The Case of Clinical Directors in UK Hospitals*. *Organization* 17 (1), 129–154.
- Kelen, M. (2000) *Too much or too little: the language of TQM*. *Journal of Management Studies*, 37 (4): 483-49.
- Kuhlmann, E. & Burau, V. (2008). *The "Healthcare State" in Transition, National and International Contexts of Changing Professional Governance*. *European Societies* 10 (4), 619–633.
- Langbroeck, P. & Fabri, M. (2000) "Developing a public administration perspective on judicial systems in Europe". In *Fabri, M., Langbroeck, P., (Eds.) The challenge of change for judicial systems*, IOS Press.
- Lascombes, P. & Simard, L. (2011). « L'action publique au prisme de ses instruments », *Revue Française de Science Politique*, 61(1), 5-22.
- Le Bianic, T. (2011). *Les bureaucraties professionnelles face à la nouvelle gestion publique : déclin ou nouveau souffle ?* In *Dossier-débat. New public management et professions dans l'Etat: au-delà des oppositions, quelles recompositions ?* *Sociologie du travail*, 53 : 305-313.
- Light, D.W. (2000). *Sociological Perspectives on Competition in Health Care*. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 25 (5), 969–974.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. Sage, New York.
- Lozeau, D. (1996) "L'effondrement tranquille de la gestion de la qualité : résultats d'une étude réalisée dans douze hôpitaux publics au Québec"; *Ruptures*, 3 (2), 187-208
- Lozeau, D. (1997) "Étude critique de la pratique de la gestion de la qualité dans des hôpitaux au Québec"; *Thèse de doctorat en administration*, Montréal, UQAM
- Lozeau, D., Langley, A. & Denis, J.-L. (2002). "The Corruption of Managerial Techniques by Organizations"; *Human Relations*; 55 (5), 537-564
- Lozeau, D. (2005) "Le labyrinthe de la gestion de la qualité : entre l'enlisement d'une démarche et l'enracinement d'un archétype"; In : *Joffre, P., Rouillard, C. et L. Lemire, Gestion privée et management public : une perspective québécoise et française; EMS, Management et Société (Colombelles, France); 171-202*

- Lozeau, D. (2009) Les paradoxes des démarches qualité dans les hôpitaux publics : modélisation de formes d'ancrage rivales, *La revue de l'innovation : La Revue de l'innovation dans le secteur public*, Vol. 14(3), article 7, p.1-35
- Luxford, K., Gelb Safran, D. & Delbanco, T. (2011) Promoting patient-centered care: a qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience, *International Journal for Quality in Health Care*, 23(5): 510-515.
- Lynn, L.E. (2001) The myth of the bureaucratic paradigm: what traditional public administration really stood for. *Public Administration Review* 61 (2), 144-160.
- Madsen, O. N. (1995) "Public enterprise and total quality management, *Total Quality Management*"; 6 (2), 165-173
- Mathiasen, D.G. (1999) The New Public Management and Its Critics. *International Journal of Public Management* 2 (1): 90-111.
- Mead, N. & Bower, P. (2000) Patient-centredness: a conceptual framework and review of empirical literature. *SocSci Med*, 51: 1087-110.
- Mead, N. & Bower, P. (2002) Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient EducCouns*, 48: 51-61.
- Merrien, F.X. (1999). La nouvelle gestion publique : un concept mythique. *Lien social et politiques* 41, 95-103.
- Metcalfe, L. & Richards, S. (1987) *Improving Public Management*, Maastricht: EIPA.
- Meterko, M, Wright, S, Lin, H. et al.(2010) Mortality among patients with acute myocardial infarction: The influences of patient centered care and evidence-based medicine. *Health Serv Res*, 45:1188-204.
- Mintzberg, H.(1983a).Power In and Around Organisations, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.
- Mintzberg, H.(1983b). Structure in Fives - Designing Effective Organisations, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.
- Mintzberg, H. (2003 [1978]), *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Editions d'Organisation, 434 p. (coll. Les références)
- Modell, S. (2004) Performance Measurement Myths in the Public Sector: A Research Note. *Financial Accountability& Management*, 20 (1): 39-55.
- Moisdon, J.C. (1999). Quelle est la valeur de ton point ISA ? Nouveaux outils de gestion et de régulation dans le système hospitalier français. *Sociologie du travail* 42 (1), 31-49.
- Moisdon, J. C & Tonneau, D. (1997). La démarche gestionnaire à l'hôpital
- Moisdon, J.C., Tonneau, D. (2008). Le financement concurrentiel des hôpitaux : menace ou avantage pour le service public ? *Politiques et management public*, 26 (1), 116-126.
- Moisdon, J.C. (2010). L'évaluation du changement organisationnel par l'approche de la recherche intervention. L'exemple des impacts de la T2A. *Revue française des affaires sociales* 1-2, 213-226.
- Moran, M. (2000). Understanding the Welfare State: the Case of Health Care. *British Journal of Politics and International Relations* 2 (2), 135-160.
- Morrell, K. (2006). Policy Narrative: New Labour's Reform of the National Health Service. *Public Administration* 84 (2), 367-385.
- Morton, L.W. (2000) "Health Care Restructuring: Market Theory vs Civil Society"; Westport (Conn): Auburn House
- Mougeot, F. (2013) À quoi tient la mesure ? Engagement dans le travail et opérations de codifications. Le cas du travail infirmier en psychiatrie, *Les Cahiers Internationaux de Sociologie de la Gestion*, n°11, p.24-35.
- Muller, P. (1999) *Les politiques publiques*. Paris : PUF (Coll. Que sais-je ?)
- Newell, S., Robertson, M. & Swan, J. (2012) Sub-theme 26: Organizing Healthcare Innovation: Building Bridges and Dismantling Barricades, 29th EGOS Colloquium in Montréal, July 4-6, 2013.
- Newman, J. (2001). Modernising Governance. New Labour, Policy and Society. Sage, London.
- Nobre, T. (2003). « Quelles métamorphoses pour l'hôpital », La métamorphoses des organisations : design organisationnel : créer, innover, relier. Coordonné par Froehlicher, T. et Waliser, B. Paris : L'Harmattan.
- Nobre, T. (2013). L'innovation managériale à l'hôpital. Changer les principes du management pour que rien ne change ? *Revue Française de Gestion*, 39/235 : 113-127.
- Nomden, K. (2000) "Flexible Working Patterns in Public Administration", in Horton S. and Farnham D., *Flexibilities in European Public Services*, MacMillan.
- Noordegraaf, M. (2007). From "Pure" to "Hybrid" Professionalism: Present-Day Professionalism in Ambiguous Public Domains. *Administration & Society* 39 (6), 761-785.
- Norman, R. & Gregory, R. (2003) Paradoxes and Pendulum Swings: Performance Management in New Zealand's Public Sector. *Australian Journal of Public Administration*, 62(4): 35-49.

- O' Flynn, J. (2007) From New Public Management to Public Value: Paradigmatic Change and Managerial Implications. *Australian Journal of Public Administration*, 66(3): 353-366.
- Osborne, D.E. & Gaebler, T. (1992) *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*. Reading, Mass.: Addison-Wesley Pub. Co.
- Osborne, S. (2006) The new public governance? *Public Management Review*, 8(3): 377-387.
- OECD (1992). *The Reform of Health Care: a Comparative Analysis of Seven OECD Countries*. OECD, Paris.
- Oomkens, R. F. (2010). *Professionals under Supervision: Performance-based Contracting in Hospital Care and Home Care*. IRSPM Conference, April, Berne, Switzerland.
- Paillet, A. (2007). *Sauver la vie et donner la mort*. La Dispute, Paris.
- Perry, J.L. & Kraemer, K.L. (1983) *Public Management: Public and Private Perspectives*. Palo Alto: Mayfield Publishing Company.
- Perry, J. L. & Hondeghem, A.(eds.)(2008), *Motivation in Public Management: The Call of Public Service*, Oxford, Oxford University Press.
- Pettigrew, A., McKee, L. & Ferlie, E. (1988). 'Understanding change in the NHS', *Public Administration*, 66: 297-317.
- Pettigrew, A.M. (1990) Longitudinal Field Research on Change: Theory and Practice, *Organization Science*, 1(3): 267-292.
- Pichault, F. (2009) *Gestion du changement. Perspectives théoriques et pratiques*, De Boeck, 197 p. (coll. Manager RH)
- Pierru, F. (1999). *L'hôpital entreprise : une self-fulfilling prophecy avortée*. *Politix* 12 (46), 7-47.
- Pollitt, C. & Bouckaert, G. (2000) *Public Management Reform: A Comparative Analysis*. Oxford: Oxford University Press.
- Pollitt, C. & Bouckaert, G. (2004) *Public management reform: a comparative analysis*. Oxford: Oxford University Press.
- Pomey, M. P., Contandriopoulos, A-P., François, P. & Bertrand, D. (2004). "Accreditation as a tool for organisational change", *International Journal Health Care Quality Assurance*, 17 (3), 113-124
- Power, M. (1999). *The Audit Explosion. Rituals of Verification*. Oxford University Press, Oxford.
- Programmes "Incitants Qualité" (2013). Luxembourg: Portail Santé du Grand-Duché de Luxembourg. URL : <http://www.sante.public.lu/fr/systeme-sante/financement/budget-hospitalier/incitants-qualite/index.html>. Retrieved October 3, 2012.
- Purenne, A. & Aust, J. (2010) « Piloter la police par les indicateurs ? ... et limites des instruments de mesure des performances », *Déviante et Société*, n° 1
- Qualité(2013). Centre Nationale de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), Nancy, France. Disponible sur <http://www.cnrtl.fr/definition/changement>. Consulté en 2013.
- Radin, B. A. & Coffee, J. N.(1993). "A critique of TQM : problems of implementation in the public sector"; *Public administration Quarterly*; 17 (1), 42-54
- Raelin, J. A. (1986). *The Clash of Culture. Managers and Professionals*. Harvard Business School Press, Boston.
- Redman *et al.* (1995). "Quality management in services: is the public sector keeping place?"; *International Journal of Public Sector Management*, 8 (7), 21-34
- Richard Norman & Robert Gregory (2003) Paradoxes and Pendulum Swings: Performance Management in New Zealand's Public Sector, *Australian Journal of Public Administration*, 62(4):35-49.
- Robelet, M. (1999). Les médecins placés sous observation. Mobilisations autour du développement de l'évaluation médicale en France. *Politix* 12 (46), 71-97.
- Robertson, R. & Ball, R.(2002). "Innovation and Improvement in the Delivery of Public Services: The Use of Quality Management within Local Government in Canada". *Public Organization Review*, 2 (4), 387-405
- Robinson, L. (1997). "Barriers to total quality management in public leisure services"; *Managing leisure*, 2 (1), 17-28
- Rouban, L. (2010) "L'univers axiologique des fonctionnaires". *Revue française d'administration publique*, 132(4) : 771-788.
- Saks, M. (1995). *Professions and the Public Interest: Medical Power, Altruism and Alternative Medicine*. Routledge, London.
- Shaller, D. (2007) *Patient-centered care: what does it take?* Report for the Picker Institute and The Commonwealth Fund. NY: The Commonwealth Fund.
- Sandall, J., Benoit, C., Wrede, S., Murray, S.F., van Teijlingen, E.R., Westfall, R. (2009). Social Service Professional or Market Expert? *Maternity Care Relations under Neoliberal Healthcare Reform*. *Current Sociology* 57 (4), 529-553.
- Schedler, K. & Proeller, I. (2000) *New Public Management*, Berne :Haupt.

- Scharitzer, D. & Korunka, C. (2000). "New public management: evaluating the success of total quality management and change management interventions in public services from the employees' and customers' perspectives"; *Total Quality Management*; 11 (7), 941-953.
- Scott, W. R. (2008). *Lords of the Dance. Professionals as Institutional Agents*. *Organization Studies* 29 (2), 219-238.
- Scott, W.R., Ruef, M., Mendel, P., Caronna, C.A. (2000). *Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*. University of Chicago Press, Chicago.
- Schweyer, F.X. (1998). La régulation régionale du système hospitalier : pilotage par l'État ou territorialisation. *Politique et management public* 16 (3), 43-68.
- Schweyer, F.X. (2006). Une profession de l'État providence, les directeurs d'hôpital. *Revue européenne des sciences sociales [En ligne]*, XLIV-135; mis en ligne le 13 octobre 2009, consulté le 25 janvier 2010.
- Sehested, K. (2002). How New Public Management Reforms Challenge the Roles of Professionals. *International Journal of Public Administration* 25 (12), 1513-1538.
- Spreitzer, G. & Quinn, R. (1996). "Empowering Middle Managers to be Transformational Leaders", *Journal of Applied Behavioral Science*, 32, 237-261.
- Sternberg, R.J., Horvarth, J.A. (Eds.) (1999). *Tactic Knowledge in Professional Practice*. Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ.
- Stanley, N., Manthorpe, J. (2004). *The Age of the Inquiry. Learning and Blaming in Health and Social Care*. Routledge, London.
- Stupak, R. J. & Garity, R. B. (1993). "Change, challenge, and the responsibility of public administrators for Total Quality Management in the 1990s; *Public Administration Quarterly*"; 17 (1), 3-19
- Sutherland, K., Dawson, S., 2002. Making Sense in Practice: Doctors at Work. *International Studies of Management and Organization* 32 (2), 51-69.
- Swiss, J. E. (1992) Adapting total quality management to government, *Public Administration review*; 52 (4), 356-360
- Thomas, R., Davies, A. (2005). Theorizing the Micropolitics of Resistance: New Public Management and Managerial Identities in the UK Public services. *Organization Studies* 26 (5), 683-706.
- Touati N. (2009a). Introduction : La gestion de la qualité dans le secteur public : a-t-on fait le tour de la question ? *La revue de l'innovation : La Revue de l'innovation dans le secteur public*, Vol. 14(3), article 1, p. 1-13. Disponible sur http://www.innovation.cc/francais/intro14_3nassera_touati1.pdf.
- Touati N. (2009b). Conclusion : La gestion de la qualité des services publics: apprendre à gérer les tensions, *La revue de l'innovation : La Revue de l'innovation dans le secteur public*, Vol. 14(3), article 11.
- Van Bockel, J. & Noordegraaf, M. (2006) Identifying identities: performance-driven, but professional public managers. *International Journal of Public Sector Management*, 19 (6): 585-597.
- Vandenabeele, W. (2008) "Development of a Public Service Motivation Measurement Scale: Corroborating and Extending Perry's Measurement Instrument". *International Public Management Journal*, 11 (1): 143-167.
- Vigour, C. (2006) Justice : l'introduction d'une rationalité managériale comme euphémisation du politique, *Droit et Société*, 63-64 : 425-455.
- Vinni, R. (2007) Total Quality Management and Paradigms of Public Administrations. *International Public Management Review*, 8 (1): 103-130.
- Vincent, G. (2005). Les réformes hospitalières. *Revue française d'administration publique* 113, 49-63.
- Vincent-Jones, P. (2006), *The New Public Contracting: Regulation, Responsiveness, Relationality*, New York: Oxford University Press.
- Vitali, S. (2005). L'approche qualité hospitalière au Luxembourg, Luxembourg : Entente des Hôpitaux Luxembourgeois (EHL), 5 p. URL : H:\Journal EHL\article HOPITAL. Retrieved July 2012.
- Walsh, K. (1991) Quality and public services. *Public Administration*, 69: 503-514.
- Wardhani, V., Utarini, A., van Dijk, Jitse P., Post, D. & Groothoff, J. W. (2009) Determinants of quality management systems implementation in hospitals, *Health Policy*, 89 (3), p.239-251.
- Weber, M. (1971 [1921] *Économie et Société*. Traduction française Paris, Plon, XXII-650 p.
- Weller, J.M. (1998). La modernisation des services publics par l'utilisateur : une revue de la littérature (1986-1996). *Sociologie du travail* 40 (3), 365-392.
- Wilkinson, A & Willmot, H. (1995) *Making Quality Critical. New perspectives on Organizational Change*. London: Routledge, 247 p.
- Zbaracki, M. J. (1998) "The Rhetoric and Reality of Total Quality Management"; *Administrative Science Quarterly*; 43, 602-636
- Zeithaml, V., Parasuraman, A. & Berry (1990). "Delivering quality service, Balancing customer perceptions and expectations", New York: The free Press.

Øvretveit, J. (2005) Public Service Quality Improvement.” In *The Oxford Handbook of Public Management*, eds. Ferlie, E., Lynn, L.E., Pollitt, C., Oxford University Press: 537-562