

LE NOUVEAU MANAGEMENT PUBLIC ET LA BUREAUCRATIE PROFESSIONNELLE

Florence Gangloff

▶ **To cite this version:**

Florence Gangloff. LE NOUVEAU MANAGEMENT PUBLIC ET LA BUREAUCRATIE PROFESSIONNELLE. La place de la dimension européenne dans la Comptabilité Contrôle Audit, May 2009, Strasbourg, France. pp.CD ROM. halshs-00460638

HAL Id: halshs-00460638
https://shs.hal.science/halshs-00460638

Submitted on 1 Mar 2010

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

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

LE NOUVEAU MANAGEMENT PUBLIC ET LA BUREAUCRATIE PROFESSIONNELLE

Florence GANGLOFF
Université Montpellier 1 – ERFI
Espace Richter – Rue Vendémaire
CS 19519
34960 Montpellier Cedex 2
Florence.gangloff@hotmail.fr

Résumé :

Le nouveau management public introduit de nouvelles façons de considérer les organisations publiques. Toutefois, ces changements ne peuvent être pris comme allant de soi lorsque l'on s'intéresse aux bureaucraties professionnelles. L'objectif de cet article est de mieux comprendre les relations entre les professionnels et le management et plus spécifiquement en regard des concepts et des pratiques de responsabilisation.

Mots Clés : Nouveau management public, organisations professionnelles, obligation de rendre compte, conflit

Abstract :

The New Public Management introduces new ways of considering public organizations. However those changes can't be taken for granted when we consider professional bureaucracies. The aim of this paper is to understand better the relations between the professionals and the management and more specifically regarding to the concepts and the accountability practices.

Key words : *New public management, professional organisations, accountability, conflict*

INTRODUCTION

Si la réflexion sur l'optimisation des administrations publiques n'est pas nouvelle, le rapport avec les organisations privées, lui, l'est davantage. Les organisations publiques se doivent aujourd'hui d'être efficaces, efficientes et économes. Pour cela, l'entreprise privée semble représenter le modèle à suivre s'opposant à une bureaucratie symbole de tous les dysfonctionnements. Les gouvernements des pays occidentaux mettent ainsi en place des réformes visant à l'introduction d'une « culture de la performance ». Pour certains auteurs nous assistons à la naissance d'une nouvelle organisation dite « post-bureaucratique » et d'un courant de réflexion sur le « new public management ». L'introduction de logiques issues du secteur privé ne peut toutefois pas être considérée comme allant de soi. De fait, les raisonnements en termes de marché et de concurrence ne sont pas forcément proches des valeurs qui fondent le service public.

D'autre part, la présence de professionnels au sein des organisations publiques est une variable importante dans le processus de changement en cours dans le secteur public. Ceux-ci possédent une certaine autonomie et n'accueillent pas avec enthousiasme cette intrusion de nouvelles normes de contrôle. Le thème des professionnels et de leurs rapports avec le management est souvent repris dans la littérature (Thevenet, 2006; Exworthy et Halford, 1999). De manière générale, les rapports entre professionnalisme et nouvelle gestion publique sont envisagés dans une dimension conflictuelle. En effet, des différences majeures (voire inconciliables) semblent exister entre les professionnels et les managers et le système qu'ils représentent. On prend alors pour acquis que professionnels et gestionnaires sont profondément différents aussi bien dans leur rapport à l'organisation dans laquelle ils évoluent, que du point de vue des valeurs qui les animent. (Raelin 1986, Exworthy et Halford, 1999). Dans les faits, les signes d'une réelle et continuelle préoccupation des professionnels se manifestent ces dernières années. Cette situation est d'autant plus aigüe dans le secteur de la santé.

L'objet est ici de mettre en relief les rapports entre les professionnels et ces nouvelles formes d'organisation en nous demandant si l'aspect conflictuel si souvent mis en avant est l'unique issue à cette réflexion. Dans un premier temps nous mettrons en avant les éléments de la nouvelle organisation publique ainsi que les fondements théoriques et idéologiques qu'elle véhicule. Puis, dans un second nous interrogerons les rapports entre professionnalisme et managérialisme.

LES BOULEVERSEMENTS DU NOUVEAU MANAGEMENT PUBLIC.

Les réformes voulues par les gouvernements visent à mettre en avant la responsabilisation des acteurs sur leurs utilisations des ressources, une obligation de rendre compte (*accountability*) sur les résultats. De nouvelles structures internes et externes voient le jour. Ces changements structurels ont un impact particulièrement important pour les mentalités du service public. Né dans les années 80 le *New Public Management* se développe au départ dans les pays anglo-saxons. Il concerne un certain nombre de logiques gestionnaires issues du secteur privé. Il convient de se pencher plus avant sur les principes qui fondent ce bouleversement mais aussi sur les éléments utilisés pour asseoir sa légitimité.

I. LES PRINCIPES FONDAMENTAUX DU NOUVEAU MANAGEMENT PUBLIC.

Les organisations se doivent de changer tel est désormais l'objectif poursuivi par les réformes. Les « anciennes » formes de gestion des administrations sont considérées comme obsolètes. La transformation requise renvoie aux théories de la gestion présentant l'organisation idéale à la logique moins bureaucratique et pour moins de mécanismes de contrôle traditionnels (Gomes da Silva, de Souza, 2007). Pour Thompson et Davidson (1995), ce discours peut être caractérisé de « restructuration organisationnelle». Le management n'est une chose nouvelle dans les organisations publiques. Mais ces premières tentatives n'ont pas entamé la domination par les professionnels et de leur autonomie au sein des bureaucraties. Toutefois, il semble que le management se trouve dans une position qu'il n'a jamais atteint auparavant. Les pressions de plus en plus fortes, cautionnées par l'ensemble des agents (gouvernements, citoyens, voire managers et professionnels) pour plus de « gestion » modifie le rapport de forces entre professionnels et gestionnaires.

I.1.NOUVEAU MANAGEMENT PUBLIC ?

Ce nouveau managérialisme dans sa construction même expliquerait ce développement très étendu de la gestion selon Exworthy et Halford (1999). Reprenant les réflexions de Hood (1991, 1995), nous assisterions au passage d'une forme de management taylorien à une nouvelle organisation entrepreneuriale.

Au départ, la bureaucratie apparaissait comme la seule forme organisationnelle capable de lutter contre la corruption et le népotisme en introduisant d'un large spectre de règles et procédures visant à limiter les intrusions à la fois du pouvoir politique et du pouvoir managérial. Aujourd'hui, les vertus de la bureaucratie sont été remises en cause et ce principalement à cause du décalage qui s'est instauré entre elle et la société actuelle. Selon Osborne et Gaebler (1993), l'ensemble des avantages de l'organisation bureaucratique deviennent des inconvénients dans une société post-industrielle caractérisée par la globalisation, et une économie des savoirs, où la demande en termes de qualité et de choix a changé. Pour répondre à ces nouvelles caractéristiques il s'agit de développer l'innovation ; la créativité et la responsabilisation. Les managers au centre de ce dispositif se doivent d'être motivés, hautement adaptables tout en étant adaptés. La part de la contribution individuelle est d'autant plus forte et met en exergue l'identification et l'implication dans le succès de l'organisation. En ce sens, ces principes ne se cantonnent pas à la sphère publique mais sous-entendent l'existence de notions, de fondements managériaux universels, génériques applicables à tous les types d'organisation. Les qualités de l'individu et ses compétences prendraient le pas sur la règle et la procédure *(*Halford et Savage, 1995). D'autre part, une place plus importante est laissée à l'établissement et à la dissémination de cultures organisationnelles appropriées au travers de valeurs partagées (Wood, 1989). Dès cet instant,

le management est considéré non seulement comme une culture mais comme la culture dominante dans les organisations. Cela pose immédiatement (voire brutalement) le problème de la rencontre et des rapports avec d'autres cultures déjà présentes (cultures professionnelles et cultures de service publique principalement, dans notre contexte).

La doctrine du *New Public Management* fait référence à sept éléments (Hood, 1995) : la décomposition du secteur public en unités stratégiques organisées par produit, « manageables » ; l'introduction d'une compétition entre organisations publiques mais aussi entre organisations publiques et privées ; une plus grande utilisation des techniques managériales issues du secteur privé ; une utilisation des ressources plus disciplinée et parcimonieuse et une recherche active de moyens alternatifs de production à moindre coût; un mouvement vers un contrôle des organisations publiques par des managers visibles exerçant un pouvoir discrétionnaire; un mouvement vers l'adoption de standards de performance plus explicites et mesurables (ou plus contrôlables), la mise en avant de la mesure du résultat (notamment en terme de rémunération des performances). Parmi les plus importants changements intervenus dans les organisations publiques, de nouvelles dispositions concernant la comptabilité et la mesure de l'efficacité, la « *markétisation* » avec notamment, le recours systématique aux appels d'offre font leur apparition. Ainsi, certaines activités hospitalières comme la restauration sont réalisées par des entreprises privées prestataires de services. Le recours à la sous-traitance devient un mode de fonctionnement quasi-obligatoire. Mais cette systématisation de la référence à la compétition et aux marchés se dégage implicitement une critique de l'organisation publique voulant que l'approvisionnement en « interne » n'est pas efficient. (Exworthy et Halford, 1999).

De manière générale, l'apport de procédés et de modes de penser caractéristiques du secteur privé fait référence au courant du « managérialisme ». Idéologie selon laquelle l'utilisation de formules managériales dîtes rationnelles conduit les organisations à une utilisation plus efficiente de leur ressources et à l'atteinte d'objectifs. Les organisations publiques sont alors gérées et managées selon les modes de fonctionnement de l'entreprise privée et notamment à travers une rationalisation de l'activité. Les principes de référence de cette organisation sont mis en relief par Thompson et Davidson (1995) : la décentralisation, la désagrégation, et la désorganisation. La décentralisation et la désagrégation, visent à démultiplier l'organisation en petites structures autonomes ou renforcées dans leurs prérogatives. Cet éclatement de l'organisation s'accompagne d'une référence à un noyau dur au centre duquel se rejoignent les différentes fonctions de l'organisation. La cohérence est maintenue par l'instauration d'une culture, des valeurs, une relation clientéliste et par la technologie. Enfin, la désorganisation répond au besoin de flexibilité des structures rompant ainsi avec les instruments classiques de planification et avec la recherche d'une continuité organisationnelle.

Les structures flexibles et réduites (dans ces niveaux hiérarchiques) constituent des signes particulièrement visibles des changements en cours au travers du principe d'*accountability* (obligation de rendre compte). La comptabilité joue un rôle particulièrement fort dans les réformes instaurées ces dernières années. D'autre part, les systèmes de mesure de la performance s'appuient sur une demande accrue de transparence de la part des acteurs. Elle s'appuie aussi sur les principes d'agence et de délégation qui sont au centre de la réflexion sur les services publics. L'*accountingization*, terme utilisé par Power et Laughlin (1992) signifie l'introduction de catégorisations de coûts plus explicites dans des domaines où les coûts étaient auparavant agrégés, mis en commun et vagues. Pour Miller (1992), la création de ces espaces «comptables » facilite l'établissement d'espace plus « gérables », avec plus de calculabilité et de comparabilité. Selon Dent (2003), les organisations de santé actuelles cherchent à rendre les médecins « comptables » en ce qui concerne les problèmes de gestion.

Cette recherche de transparence est attribuée au développement des systèmes d'information qui rendent les activités apparemment plus transparentes ou tout du moins plus communicables (Rapporto OASI 2007). L'acteur doit communiquer ses résultats.

L'organisation cherche à se construire autour d'un principe de rationalisation des structures afin de parvenir à la performance. Comme le souligne Smet (2005), le managérialisme est un discours qui loin d'être récent est l'expression des courants et des réflexions autour des organisations. Une forme de « doxa », une croyance qui ne fait plus l'objet de discussion et dont les principes sont admis comme allant de soi (Bourdieu, 1980, 1997). Le management quant à lui se caractérise par l'action. Il existe donc, de fait, une distorsion, un décalage entre ce que le discours produit de références, et la réalité des organisations. Dans ce cadre, la rhétorique organisationnelle insufflée par le nouveau managérialisme, ne cherche pas seulement à persuader du bien fondé de ses principes, mais a aussi pour objectif de fournir des valeurs, d'influencer et de justifier des comportements. « La rhétorique est une partie d'un système culturel qui possède ses propres règles de manipulation et d'action politique » (Gomes da Silva, de Souza, 2007).

Toutefois, ce discours ne peut être mis en application que dans la mesure où il est considéré comme légitime. Selon Hood (1995), cette transition vers des logiques issues du secteur privé repose sur deux aspects : une confiance affaiblie entraînant un recours au contrôle (obligation de rendre compte) ; la croyance selon laquelle les organisations privées ont une manière d'agir considérée comme l'unique et meilleure manière d'agir.

I.2. LA NOUVELLE MANAGEMENT PUBLIC COMME MODE DE FONCTIONNEMENT.

Le «nouveau management public » rend compte d'une crise dans la validité perçue des systèmes en vigueur. Les bouleversements observés au sein des organisations publiques soulignent les pressions exercées par les pouvoirs publics. On transpose alors des concepts et des pratiques provenant du secteur privé vers les organisations publiques affirmant par la même la supériorité de notions de gestion que l'on croyait dévolues aux entreprises privées. Les organisations publiques sont désormais marquées par un discours prônant le changement. Différents domaines de l'action publique (éducation, santé, …) mettent en avant les pressions exercées pour la réalisation d'une réforme. Toutefois, la prise en compte d'un nouveau référentiel de valeurs ne représente pas une simple application d'outils et de pratiques, il s'agit véritablement de réaliser des modifications dans les valeurs même du secteur public. Modifications dont nous ne savons pas quelles incidences elles peuvent avoir sur les fondement même du concept de service public. Ces réformes ne sont pas les premières du genre et le managérialisme a, à de nombreuses reprises, tenté d'infiltrer l'administration publique. Pour autant, ces dernières années ont vu s'affirmer le management comme une guide fondamental de gestion du service public. En effet, on assiste à deux mouvements complémentaires. D'une part, une forte remise en cause de la bureaucratie critiquée et présentée comme inflexible, a-réactive (Thompson, O'Connell, 1995). Aussi bien les managers « bureaucrates » que les professionnels sont visés par cette critique. De plus, cette logique d'argumentation a pour hypothèse de base l'immersion des organisations dans un temps turbulent où plane perpétuelle la menace d'une crise. Comme le souligne Thompson et Davisdson (1995), sont présents de manière constante dans les discours les symptômes de cette instabilité environnementale : la concurrence intensive, de nouvelles données démographiques, l'accélération des cycles des technologies et de produits, des consommateurs portés vers l'innovation, une société saturée d'informations. Afin de pourvoir répondre à cette nouvelle complexité, l'organisation se doit d'être de plus en plus flexible, laissant alors place à des modes d'organisation plus modulables.

Selon la théorie néo-institutionnelle, les organisations, dans un milieu particulier, vont avoir tendance à imiter les autres dans un souci de conformité. L'adaptation de ces modèles « vise avant tout à mettre l'organisation en phase avec les attentes des autorités publiques et d'un environnement socio-économique dominé par le culte de la raison » (Boiral, 2004). DiMaggio et Powell (1983) dégagent de leurs travaux le concept d « isomorphisme » définit comme « un processus d'homogénéisation croissante des organisations ». Trois types d'isomorphismes émergent : coercitif lorsqu'il est issu des pressions sociales et institutionnelles, mimétique lorsqu'il s'agit de l'imitation du comportement d'autres firmes et normatif issu de la professionnalisation et de ses normes. Dans ce contexte, les administrations publiques semblent adopter un mode hybride des comportements coercitif et mimétique. Ainsi, les pouvoirs législatif et politique semblent les premiers instigateurs de cette modification structurelle. Sa réalisation apparaît comme la mise en place d'une logique issue du secteur privée incorporant des logiques managériales et de gestion. La stratégie, la comptabilité (dans tous les sens du terme) et la qualité semblent devenir des éléments incontournables. En théorie, l'introduction de ces logiques issues du secteur privé ne semble pas entacher les missions primordiales de service public.

La légitimité de ces nouvelles perspectives managériales est renforcée dans un grand nombre de pays par une crise de l'Etat-Providence et de sa capacité à répondre aux besoins des usagers. Une des dimensions de cette crise selon les théories d'influence marxiste réside dans une crise culturelle du capitalisme. Ainsi, l'Etat dans un système capitaliste est pris entre deux impératifs contradictoires : maintenir le système d'accumulation du capital et d'autre redresser les déséquilibres issus de ce même système. Pour ce faire il légitime une partie de la population, les managers pour rationaliser les impératifs en termes de pratiques. D'autre part, selon ces mêmes auteurs, la nature même du capitalisme provoque des crises cycliques pendant lesquelles les revenus des individus baissent, les demandes en termes de service de l'Etat augmentent. Ce faisant l'Etat ne peut plus répondre et cela crée une forte demande de changement avec aujourd'hui une orientation fortement managérialiste (Rommel, 2005).

Dans le cas de l'hôpital public français, l'ensemble du discours sur la réforme est orienté vers l'amélioration du soin à travers une organisation accrue. La gestion devient le garant de la qualité et de la possibilité de fournir dans le futur une offre pertinente. Afin de consacrer la justesse de ces présupposés, on retrouve de manière systématique l'utilisation de chiffres de référence (tels que l'évolution des dépenses de santé entre 1975 (17 milliards d'Euros) et 2008 (215 milliards d'Euros)[1], mettant en avant la condition critique de la situation sanitaire. Il s'agit alors de justifier l'établissement de réformes. Ceci s'ajoute aux propos critiques sur les organisations publiques permet de légitimer le discours autour de la performance. Ce discours semble être destiné à l'ensemble des personnels de santé. Toutefois, le relais médiatique dont il fait l'objet implique l'ensemble de la population. L'opinion publique est, elle aussi, sensible et sensibilisée à ces arguments par l'intermédiaire de livres, d'émissions télévisées. La dimension particulièrement délicate du sujet de la santé provoque des réactions d'ampleur (grèves notamment). La difficulté de cette légitimation tient en partie à la rationalisation d'un secteur où l'affectif est un des aspects centraux. En effet, la maladie reste une des grandes inquiétudes et ce faisant provoque un grand nombre de questions de la part de l'opinion publique.

La mise en place d'une structure de gestion aux caractéristiques issues du secteur privé met en relief un certain nombre de difficultés. Gibert (2004) soulignent quatre types de limites à l'application d'une logique gestionnaire : limites d'ordre politique, idéologique, cognitif et technique. La première limite tient à la mise en parallèle de deux rationalités, celle de gestion et celle politique. En effet, la dimension politique fait partie intégrante de la réflexion sur les

[1] Eco-Santé France 2009, D'après les Comptes nationaux de la santé, Drees

changements dans le secteur public. Les réformes sont instaurées à travers des lois, décrets et directives. Ceux-ci sont l'émanation des choix de l'Etat en matière de gestion des administrations publiques. Cette attitude volontariste de l'Etat « constitue le révélateur de la logique qui préside à la construction du service public » (Lemoyne de Forges et al., 1998). Selon Gibert (2004), l'action politique est marqué par « le besoin d'une certaine ambiguïté, la nécessité d'un certain flou pour gouverner et garder une certaine marge de manœuvre par rapport aux promesses électorales ». Or, la gestion semble s'opposer à cette ambiguïté puisqu'elle recherche au contraire, le développement de choix précis.

D'autre part, l'utilisation de logiques de l'entreprise au sein de l'hôpital pose le problème de la finalité des instruments. En effet, les outils issus de l'entreprise ont pour vocation la réalisation d'un profit, d'une rentabilité. Les informations financières qu'ils proposent ne sont pas les seuls éléments à propos desquels le contrôle de gestion doit rendre compte. La performance ne se situe pas uniquement au niveau budgétaire mais doit rendre compte d'aspects non financiers tels que la qualité ainsi que des indicateurs de volume. Contrairement à l'idée répandue, les hôpitaux possèdent des outils permettant le suivi des dépenses et l'analyse des activités (description fine de l'activité avec le PMSI, comptabilité analytique par service, voire par séjours, base de données de coûts permettant des comparaisons) (Mercereau et al. 2005). Pour autant, le système de gestion rencontre des difficultés principalement de deux ordres. Tout d'abord, les établissements de santé ne possèdent pas une marge de manœuvre suffisante à court terme. En effet, le poids des dépenses de personnel représente une part majoritaire dans les budgets (à titre d'exemple, les maisons de retraite ont 75% de leur budget consacré aux rémunérations du personnel). Cela s'explique, notamment, par le fait que l'organisation fonctionne de manière continue sur l'ensemble de l'année. Deuxièmement, les réformes se heurtent à la difficulté de promouvoir un discours gestionnaire. L'absence d'un système de sanction/ récompense est un des facteurs explicatifs de la faible adhésion des parties prenantes internes[2] (Mercereau et al., 2005). La sous-utilisation des outils de gestion déjà présents à l'hôpital ne permet pas de crédibiliser le discours recherché.

Enfin, l'hôpital est basé sur le principe d'égalité. Il s'agit de produire le même type de soin pour tous et en tous lieux. Or, le développement d'une rationalisation des unités de soins en fonction de la demande avec l'apport de la stratégie semble contredire cette dimension égalitaire. Ainsi, « l'opposition entre l'utilitarisme de la stratégie et du marketing et un certain égalitarisme démocratique apparaît alors flagrante » (Gibert, 2004). L'apport de logiques issues du secteur privé ne prend pas en compte la dimension de redistribution qui est l'essence même du secteur public. La troisième limite met en évidence le manque de formation des personnels de santé en ce qui concerne la gestion. Cette dimension est particulièrement intéressante dans la mesure où les médecins, par exemple, n'ont pas les compétences suffisantes pour comprendre pleinement les enjeux d'un système budgétaire. Comme le soulignent Minvielle et Contandriopoulos (2004) « les directeurs d'hôpitaux et les professionnels ne sont pas, à de rares exceptions près, formés à la prise en compte de telles considérations ». Les organisations hospitalières doivent modifier leur comportement à l'intérieur de leur secteur en développant une logique de complémentarité. Toutefois, « jusqu'à présent, l'hôpital public avait l'habitude de penser seul sa stratégie en se plaçant plutôt dans une perspective de concurrence que de complémentarité avec les autres services de soins » (Minvielle, Contandriopoulos, 2004). Les modifications dans l'essence même du secteur public entre en conflit avec les capacités d'adaptation de l'hôpital. Cette structure déjà ancienne ne peut introduire de changement de manière globale sans prendre en compte les

[2] Etant entendu par "parties prenantes internes", l'ensemble des personnes réalisant une activité au sein de l'organisation.

aspects culturels et fonctionnels qui la sous-tendent et en particulier la présence d'acteurs tout à fait singuliers que sont les professionnels.

Au travers d'une nouvelle forme de managérialisme, l'organisation publique vit aujourd'hui des modifications fondamentales aussi bien dans ses pratiques que dans ses fondements culturels. Si ce nouveau discours apparaît légitime aux vues de profondes modifications environnementales, il ne suscite pas une adhésion uniforme. De nombreuses questions restent en suspens concernant le sens de l'action publique et les aspects sur lesquels elle se doit d'être comptable (obligation de résultats, d'efficience, d'économie). D'autre part dans des organisations telles que hôpitaux publics, il est nécessaire de s'interroger sur les relations entre professionnalisme et managérialisme, sur les nouveaux espaces de pouvoir et de responsabilité que génèrent de telles restructurations, et les conflits qui peuvent en résulter. En effet, ces changements dans les structures organisationnelles posent « des questions plus profondes sur la nature même des professions et des professionnels et sur leur futur » (Exworthy et Halford, 1999).

LES RAPPORTS ENTRE PROFESSIONNELS ET NOUVEAU MANAGEMENT PUBLIC.

L'objectif est de réaliser le changement. Les résistances humaines constituent un des *a priori* sur les facteurs contraignant du changement. Or, une des critiques faites aux processus de changement selon Gomes da Silva et de Souza (2007), est une attitude pour trop simplificatrice des situations. Ainsi, les organisations sont souvent considérées comme des ensembles uniformes, traitant « les individus comme des objets de la gestion et non comme des sujets capables de contribuer de façon consciente, à la réussite de l'organisation aussi bien qu'à leur propre destin ». Pour Dent (2003), qui s'appuie sur l'exemple des hôpitaux, les organisations sont des ensembles hétérogènes constitués de réseaux d'acteurs qui possèdent des visions différentes sur la réalité et qui l'interprètent de façons différentes. Dans ce cadre de réflexion, les professionnels de santé sont des acteurs particulièrement intéressants. Dans une perspective teintée de machiavélisme, la nouvelle gestion publique serait interprétée comme une manœuvre pour contrôler les pouvoirs des professionnels et le monopole des bureaucrates. Sans aller jusqu'à consacrer une telle vision, il est nécessaire de réaliser que les relations entre professionnels et managérialisme demeurent problématiques. Selon Newman et Clarke (1994), le management oeuvrerait pour une révolution dans les systèmes afin de créer un nouveau régime autour duquel les organisations pourraient se reconstruire. Ce système serait fondé autour de principes de management modifiant, de fait, les cultures et les valeurs jusque là en place.

De manière générale il existe un hiatus entre le fait de faire de plus en plus reposer l'organisation sur les individus considérés comme des entrepreneurs et le fait que ces mêmes individus ne soient pas d'accord ou malmenés (moins d'autonomie par exemple) par le système. Selon Gomes da Silva et de Souza (20007), « le paradoxe est que l'organisation doit, pour être flexible maintenir une relation de partenariat avec les employés. Pourtant, ces partenaires sont justement ceux que les organisations ont l'habitude de culpabiliser par leurs difficultés à réaliser les changements ».

II.1. ETRE PROFESSIONNEL ?

Le concept de professionnel a particulièrement été étudié dans le cadre de la sociologie. Des auteurs comme Friedson (1984, 1994) et Butler (1973) mettent en avant la particularité de ces acteurs. Pour Butler (1973) l'activité professionnelle se caractérise par 5

éléments: une autonomie, une autorité, la référence à de hauts standards éthiques, une évaluation collégiale et la prépondérance du service rendu à la communauté vis à vis des intérêts personnels. Ce sont des acteurs déliés dans l'organisation. L'autonomie peut se comprendre ici comme une « distanciation vis-à-vis des règles, principes et commandements de l'organisation ». D'autre part, ils possèdent une expertise qui détermine fortement leurs choix d'activité et de pratique professionnelle. Bien que cette expertise soit partagée par d'autres, elle est vécue comme une caractéristique personnelle qui fonde la relation entre la personne et son travail. Cette autonomie dans l'organisation d'exercice ne signifie pas une autonomie absolue dans la mesure où le contrôle est exercé par les autres professionnels. L'autorité que confère l'expertise est d'autant plus forte qu'elle est reconnue comme légitime (Friedson, 1984) dans un contexte social donné. Afin de maintenir cette légitimité et cette valeur socialement perçue, les professionnels trouvent leur finalité dans la poursuite de hauts standards éthiques. De même le désintéressement est une des valeurs théoriques majeures de la définition du professionnel. Cette représentation du travail et ces références communes ont des conséquences très concrètes sur la manière de travailler, de considérer l'organisation, la hiérarchie ainsi que son devenir personnel et professionnel.

La vision du monde des professionnels repose sur un processus de socialisation fort. C'est durant cette phase que l' « idéologie médicale » prend sa place. Pour Apker et Eggly (2004), le langage utilisé par cette croyance développe des valeurs fondamentales telles que l'autorité et l'objectivité. Ainsi, les représentations scientifiques sont affirmées comme étant prépondérantes sur toutes les autres conceptions. L'individu / professionnel est idéalisé comme un « super individu quant à son autonomie, ses jugements de valeur, ses habilités, son engagement et sa motivation. Cela crée une tendance de l'individu à cultiver le sentiment de pouvoir exercer un fort contrôle social par son expertise ainsi qu'une idée de dépendance du malade vis à vis du médecin (hégémonie de la connaissance) ».

Le contrôle dans la décision demeure un des piliers des structures professionnelles de santé. On peut souligner que les médecins hospitaliers ont réussi dans l'histoire de manière générale à préserver leur autonomie et à éviter la soumission aux règles organisationnelles (Dent, 2003 ; Mueller, Harvey, Howorth, 2003). Cette capacité à s'abstraire leur est conférée par «un ensemble de compétences que l'hôpital ne peut acquérir autrement et qui n'est pas standardisable » (Dent, 2003), et par leur place dans l'organisation en tant que catégorie professionnelle à part. De manière traditionnelle, dans la littérature, les professionnels sont opposés aux managers. Comme le résume le tableau 1, ces deux notions sont fondées sur des éléments contradictoires qui semblent ne pas pouvoir s'accorder. Leurs relations sont donc généralement présentées comme conflictuelles.

Le rôle se définit au travers des compétences, savoirs-faire au sein d'un domaine assigné. La notion de pouvoir est envisagée selon deux perspectives. Dans le sens où l'individu a la capacité, la possibilité de réaliser une action mais aussi d'«exercer une influence nette ». Selon French et Raven (1968), parmi les sources de pouvoir, l'expertise établit un lien de dépendance vis-à-vis des autres individus de l'organisation ne disposant pas de ces compétences. De même, selon Crozier (1963) a du pouvoir « celui qui détient une expertise qu'il pourra négocier dans la structure ». Cette autorité prend dans certains cas comme dans celui de l'hôpital, une dimension informelle. Celle-ci est définie par Alexander et Morlock (2000) comme « la capacité d'un individu ou de groupes d'individus à influencer les décisions et les activités de l'organisation de manière à ne pas être sanctionné par le système d'autorité formelle ». Le pouvoir formel définit les rôles et les responsabilités (Abernethy et Vagnoni, 2004). Il constitue à travers le contrôle « visible ou formel », « un ensemble de références auxquelles les décideurs et les acteurs font appel pour choisir, pour agir : ce sont des procédures standards, des règlements, des dispositifs incitatifs... » (Bouquin, 2004).

L'autorité informelle basée sur l'expertise s'appuie sur la capacité des individus à maîtriser les compétences essentielles de l'organisation. Cette recherche du pouvoir repose sur la poursuite d'intérêts propres aux individus ou aux groupes. En cela, ces buts peuvent entrer en concurrence avec les objectifs de l'organisation. Au sein de organisation où les professionnels occupent une place fondamentale du fait de leur savoir, les notions de pouvoir et de contrôle sont particulièrement présentes. En effet, dans le cas des hôpitaux, le personnel de santé et plus spécifiquement les médecins seront le socle de référence des organisations. Ce pouvoir leur ait traditionnellement dévolu notamment dans les décisions (Abernethy et Stoelwinder, 1995; Chua et Degeling, 1991). Les médecins possèdent un référent extra organisationnel au sein du groupe professionnel (ordre des médecins, faculté de médecine). Ils procèdent donc d'une forme de contrôle clanique : « le contrôle clanique décrit par Ouchi peut-être une forme de contrôle par la culture, celle d'un milieu professionnel, mais il peut également être un contrôle par un corps de professionnels se plaçant au dehors, est généralement au-dessus, des règles de l'entreprise » (Burlaud et al., 2004). Selon Ouchi (1979), ces individus n'ont pas uniquement intégré des connaissances mais aussi des normes et valeurs qui dirigeront leur comportement, réactions et leurs actions. Ce type de contrôle professionnel renvoie à l'idéal type (Weber) de la bureaucratie professionnelle développée par Mintzberg (1995). Il s'agit alors de définir des règles et des protocoles conçus en adéquation avec les normes professionnelles (protocoles chirurgicaux, d'analyse des symptômes...). Ces professionnels se distinguent des autres membres de l'organisation par une dimension d'autocontrôle forte ainsi que par des mécanismes de socialisation marqués. Ils jouissent d'une certaine autonomie éloignée des contrôles administratifs du fait de leur capacité à gérer des tâches complexes : «Lorsque les processus clés de production deviennent dépendant de l'expertise des professionnels, l'individu bien souvent gagne une autonomie considérable au sein de l'organisation » (Abernethy et Stoelwinder, 1995).

L'importance des médecins est renforcée par le statut de leur profession au sein de la société : servir le bien public (Abernethy et Stoelwinder, 1995). Cette valeur sociétale modifie la perception de l'utilité de cette profession pour lui conférer une dimension sacralisée. Il existe donc une zone d'incertitude pour les médecins au sein des établissements hospitaliers qui leur permet d'exercer une forme de pouvoir sur les décisions prises par l'organisation (achat de matériel, choix de traitements plus ou moins onéreux...). Toutefois, même si ces décisions renvoient à l'expertise du professionnel, elles engagent l'ensemble de l'organisation. Les considérations financières développées depuis ces dernières années mettent en relief la nécessité d'exercer d'autres formes de contrôle notamment administratif. Si le médecin est un des acteurs majeurs de l'hôpital, il devient de manière incontournable une partie prenante de ces modifications et « son implication dans le management des ressources est perçue comme étant cruciale pour la survie de l'hôpital ». Toutefois, cette association des médecins au processus de contrôle n'est pas si évidente. Il peut donc émerger une opposition entre le contrôle professionnel et le contrôle «bureaucratique ».

La mise en place de systèmes de contrôle interne (PMSI, contrôle par les résultats...) semble entrer en opposition avec le pouvoir exercé par les médecins au sein des hôpitaux publics. Selon Barley et Tolbert (1991), Derbert et Schwartz (1991), « cette autonomie devient problématique lorsque les professionnels demandent, et souvent obtiennent, le contrôle pas uniquement sur les processus de l'activité mais aussi sur les buts et fins de l'activité ». On assiste, selon Raelin (1986), à un « clash de cultures ». En effet, l'objet du contrôle organisationnel est de permettre de maîtriser les résultats comme les comportements qui les engendrent. Des logiques d'efficience, de responsabilité (*accountability*) entrent en conflit avec les préoccupations de santé. Broadbent et al. (2001) insistent sur la sensibilité de la question de l'union entre les préoccupations financières et celles de la santé : « le lien entre santé et argent est particulièrement sensible ». Ils mettent en relief les résistances opposées

par les médecins préoccupés par les relations qu'ils devront instaurer avec le patient s'ils doivent prendre en compte les retombées financières de leurs activités. Il s'agirait alors de placer les valeurs monétaires en regard des valeurs de la vie (Broadbent et al., 2001). Cet ensemble de préoccupations pousse au développement de conflits de rôle. Celui-ci apparaît quant aux valeurs professionnelles s'opposent des valeurs managériales (Abernethy et Stoelwinder, 1995). Copur (1990) explique en effet que la nature même de ces deux systèmes de références est différente. De même, les buts les professionnels deviennent antithétiques par rapport aux buts de l'organisation. Le passage d'une logique du professionnel dominant à un système de management entraîne un rapport de forces. Suit un mouvement attribuant un statut d'employé à des professionnels indépendants (Copur, 1990). Il s'agit de déléguer certains aspects de la gestion au niveau des subordonnées (Abernethy et Vagnoni, 2004). On assiste donc à une perte de pouvoir qui est mise en relief par la notion de responsabilité. D'autre part, ajouter une nouvelle forme de contrôle revient à augmenter le référentiel des praticiens de santé. Ce référentiel ne prend plus uniquement en compte la manière de réaliser leurs activités (obligations de moyens) mais aussi les moyens de la réaliser (obligation de résultat). En ce sens, il impose une rationalisation de la complexité des tâches. D'autre part, ces études (Abernethy et al., 2001) montrent que les données fournies par les systèmes d'informations comptables ne sont pas considérées comme pertinentes par les médecins. Cela accentue donc leur résistance à l'adoption de règles bureaucratiques.

II.2. UNE ALTERNATIVE ?

Les professionnels de la santé sont désormais au cœur du processus de contrôle et d'efficacité des organisations. Pour autant, ce mouvement vers une place de partie « actante » ne peut être opérée de manière naturelle. En effet, la remise en cause du pouvoir des médecins et l'opposition de deux systèmes de valeurs (administratif et professionnel), conduisent au conflit de rôle. Toutefois, ce changement organisationnel formalisé par l'émergence de logiques gestionnaires est poursuivi avec au centre de sa légitimité, la survie de l'hôpital. Un ensemble d'études a mis en relief les éléments permettant une diminution de ces conflits en exposant toutefois des limites.

Certains auteurs ont remis en cause l'aspect conflictuel de la relation entre les dimensions bureaucratique et professionnelle. Barley et Tolbert (1991) mettent en relief l'importance des conditions de rencontre de ces valeurs. Il s'agit alors de mettre en cohérence les buts des professionnels et ceux de l'organisation, l'autonomie des médecins et la nécessité de suivi des critères d'efficience et de comptabilité (Derber et Schwartz, 1991). Dans cette perspective, la mise en relief de facteurs induisant un conflit de rôle est nécessaire. Le degré du conflit est tout d'abord influencé par le degré d'orientation professionnelle de l'individu. Autrement dit, il s'agit de la mesure dans laquelle il est capable d'admettre d'autres valeurs partiellement ou totalement. Ainsi, un professionnel très impliqué dans les valeurs de la profession aura tendance à émettre une résistance plus forte. Il développera son pouvoir, une connaissance abstraite et recherchera le soutien de ses pairs à l'intérieur comme à l'extérieur de l'organisation. Toutefois, il est à noter selon Aranya et Ferris (1984) et Hall (1967) que des différences existent au sein des groupes professionnels ainsi que d'un groupe professionnel à un autre. D'autre part, les systèmes de contrôle développent des stratégies permettant une coopération des professionnels et du management. Ainsi, selon Ouchi (1979), le lieu de travail, l'organisation peuvent devenir des médias de socialisation suffisamment forte pour éviter le conflit. Pour Dent (2003), le nouveau managérialisme « ne signifie pas, pour autant la disparition de la domination médicale pour les professionnels dans la mesure où ils conservent leur capacité d'obstruction des changements et que beaucoup de managers s'attendant à avoir des problèmes avec les médecins, se modèrent vis à vis des questions qui

pourraient poser problèmes » .Les aspects politiques ou historiques de la profession apparaissent eux aussi comme une source de développement et d'ampleur du conflit dans la mesure où ils exercent des pressions plus ou moins fortes dans le rapport avec les valeurs. L'imposition de contrôles plus resserrés augmente de même le conflit en instaurant une pression en même temps qu'une différenciation plus nette ente les valeurs organisationnelles et les valeurs bureaucratiques (Friedson, 1994).

Selon Abernethy et Stoelwinder (1995) et Abernethy et Comerford (1999), le management se trouve face à plusieurs types d'options. Tout d'abord, il s'agirait de mettre en place un système de socialisation des professionnels au contact des managers. Le concept de « responsabilisation de l'autonomie » (Dent,, 2003) permettrait de réduire la traditionnelle dichotomie entre professionnels et gestionnaires par l'intermédiaire de concepts communs tels que la qualité des services, orientation vers le client, compétitivité et survie économique. Toutefois, cette acceptation de nouvelles responsabilités ne peut être pour les médecins le signe d'un renoncement à leur autonomie ou d'une subordination aveugle aux principes managériaux. Malgré les aspects positifs de cette solution, elle fait émerger la problématique du maintien du cœur, de l' «âme » de la profession (Derber et Schwartz, 1991). En effet, l'acquisition de nouvelles valeurs au détriment des valeurs professionnelles peut entraîner une conception faussée du rôle. Cette crainte est exprimée par Broadbent et al. (2001) : « cette peur est basée sur la perspective que la relation médecin/ patient pourrait être ébranlée si le patient craignait plus les problèmes financiers que le traitement dicté par son état de santé ». Le médecin devient alors un employé comme un autre au niveau de ses attentes, ses habitudes de travail, sa satisfaction (Copur, 1990).

Une autre alternative réside dans la mise en avant des objectifs professionnels en favorisant le contrôle clanique et donc le contrôle informel (Aranya et Ferris, 1984). Dans cette hypothèse, les conditions de l'apparition du conflit sont éliminées. Toutefois, il reste à voir si la concordance entre ce type de structure de contrôle et la recherche de résultats est possible. Selon l'étude d'Abernethy et Stoelwinder (1995), le contrôle professionnel n'a pas de conséquences négatives sur l'organisation. Ils proposent que la création d'une culture organisationnelle appropriée peut permettre la réalisation des buts organisationnels dans la mesure où sont pris en compte les buts et les valeurs de ces deux parties prenantes selon le principe « réaliser mon propre bien être (sens économique) conduit au bien être de tous ». Selon Abernethy et Comerford (1999), la compatibilité de ces attentes peut même renforcer l'atteinte des objectifs. Il s'agit alors d'établir une relation de confiance entre le management et les professionnels dans la mesure où ces derniers ont foi en « la sincérité, l'honnêteté et la volonté de l'administration de prendre en compte leurs valeurs » (Korsgard et al., 1995). Cette mise en avant des valeurs professionnelles passe par l'association des professionnels aux processus de gestion de l'organisation. Selon Mueller et al. (2003), le conflit n'est pas uniforme dans la mesure où chacune des parties est capable de prendre en considération les exigences de l'autre. Ainsi les gestionnaires seraient capables d'adapter leur discours de rationalité à celui des professionnels afin de minimiser les désaccords et maintenir une cohésion dans le processus de décision. Les professionnels quant à eux peuvent accepter les processus de gestion quand ils perçoivent leur légitimité. Gomes da Silva et de Souza (2007) soulignent que pour rendre le discours gestionnaire acceptable pour les médecins, celui-ci doit être accompagné de mesures compensatoires (débats, responsabilité,…).

CONCLUSION

Les professionnels et les managers, deux types d'acteurs majeurs dans les organisations publiques semblent de prime abord opposés dans la littérature traditionnelle. Pour autant, cette opposition si marquée semble être érodée par les nouvelles conceptions se

développant dans les organisations publiques. Le rôle de plus en plus prégnant des managers dans la gestion des activités, l'acceptation des systèmes de contrôle de la performance semblent faire disparaître les différences entre professionnels et managers d'un point de vue administratif. Toutefois, cette apparente tolérance ne doit pas masquer les oppositions de valeurs et de pouvoir sous-jacentes. On se trouve face à un trio constitué des managers ,professionnels et citoyens. Les deux premiers sont persuadés d'être les garants de l'intérêt du service au public. Pour les managers, la gestion optimale des moyens et une logique de concurrence permet une meilleure utilisation des deniers publics. Pour les professionnels, les services sont les éléments principaux de la réflexion sur l'amélioration du service public.

A cette vision manichéenne de l'organisation publique semble se substituer une vision plus nuancée du rôle de chacune des parties prenantes. Les professionnels se « managérialisent » pour devenir des administratifs à part. Ce phénomène d'hybridation soulève un certain nombre de questions aussi bien éthiques que pragmatiques.

Références bibliographiques :

Abernethy M.A., Horne M. , Lillis A.M., Malina M.A. ,Selto F.H. (2005), A Multi-Method Approach to Building Causal Performance Maps from Expert Knowledge, *Management Accounting Research* Vol.16, p.135-155.

Abernethy M.A., Vagnoni E. (2004), Power, Organization Design and Managerial Behaviour, *Accounting, Organizations and Society* Vol.29, p.207-225.

Abernethy M.A., Lillis A.M., Brownell P., Carter P. (2001), Product Diversity and Costing System Design Choice: Field Study Evidence, *Management Accounting Research*,Vol. 12, p.261-279.

Abernethy M.A., Lillis A.M. (2001),Interdependencies in Organization Design: A Test in Hospitals, *Journal of Management Accounting Research;* Vol. 13, p.107-129.

Abernethy M.A., Comerford S.E. (1999), Budgeting and the Management of Role Conflict in Hospitals, *Behavioral Research in Accounting* Vol.11, p.93-110.

Abernethy M.A., Brownell P. (1999), The Role of Budgets in Organizations Facing Strategic Change : an Exploratory Study, *Accounting, Organizations and Society*, Vol.24, p189-204.

Abernethy M.A., Brownell P. (1997), Management Control Systems in Research and Development Organizations : The Role of Accounting, Behavior and Personnel Controls, *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 22, N° ¾, p.233-248.

Abernethy M.A., Stoelwinder J.U. (1995), The Role of Professional Control in the Management of Complex Organizations, *Accounting Organizations and Society*. Vol. 20. N° 1, p.1-17.

Abernethy M.A., Lillis A.M. (1995), The Impact of Manufacturing Flexibility on Management Control System Design, *Accounting 0rganizations and Society*, Vol. 20, N° 4, p.241-258.

Alexander J.A. and Morlock, L.L., 2000. *Power and politics in health services organizations, in health care management: organization design and behavior (4th ed.)*, Thomson Learning, Albany, NY

Apker, J. et Eggly, S. (2004), Communicating Professional Identity in Medical Socialization: Considering the Ideological Discourse of Morning Report, *Qualitative Health Research*, Vol.14 N°3, 411-429.

Aranya N. et Ferris K.R. (1984), A Re-examination of Accounting Organizational–Professional Conflict, *The Accounting Review*, Vol.59 N°1, p.1-15.

Barley S.R. et Tolbert P.S. (1991), At the intersection of organizations and occupations, *Research in sociology of organization*, p.1-16.

Boiral O.(2007), Mettre en œuvre ISO 14 001 : De la Quête de Légitimité à l'Emergence d'un "Mythe Rationnel", *XVIème Conférence Internationale de Management Stratégique, 6-9 juin 2007, Montréal.*

Bouquin H. (2004), *Le Contrôle de Gestion, 6ème édition*, Editions Presses Universitaires de France.

Bourdieu P. (1997), *Méditations Pascaliennes*, Seuil, Paris.

Bourdieu P. (1980), *Le Sens Pratique*, Edition de Minuit, Paris.

Bovens M. (2005), "Public Accountability", in *The Oxford Handbook*

of Public Management (Dir.) Ferlie E., Lynn L.E., Pollitt C., Oxford University Press.

Broadbent J., Laughlin R. (2003), Public Private Partnerships: An introduction, *Accounting, Auditing and Accountability Journal*; Vo.16 N°3, p.332-341.

Broadbent J., Jacobs K, Laughlin R (2001), Organisational Resistance strategies to Unwanted Accounting and Finance Changes. The case of General Medical Practice in the UK, *Accounting, Auditing and Accountability Journal* Vol. 14 N°.5, p.565-586.

Broadbent J. (1999), The state of Public Sector Accounting Research, The APIRA conference and Some Personal Reflections, *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, Vol. 12, N°1, p.52-58.

Broadbent J., Laughlin R. (1998), Resisting the "New Public Management": Absorption and Absorbing Groups in Schools and GP Practices in the UK, *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, Vol. 11, N° 4, p.403-435.

Broadbent J., Laughlin R., (1997), Evaluating the "New Public Management" Reforms in the UK : A Constitutional Possibility?, *Public Administration*, Vol. 75, p.487-507.

Burlaud A., Teller R., Chatelain-Ponroy S., Mignon S., Walliser E.(2004), *Contrôle de Gestion*, Editions Vuibert, Paris.

Butler A.G. (1973), Project Management : A Study in Organisational Conflict, *The Academy of Management Journal*, Vol.16, N°1, March 1973, p.84-101.

Charles-Jones H, Latimer J., May C. (2003), Transforming General Practice: The Redistribution of Medical Work un Primary Care, *Sociology of Health and Illness*, Vol.25 N°1, p.71-92.

Copur, H. (1990), Academic Professionals: A Study of Conflict and Satisfaction in Professoriate, Human Relations, P.113-127.

Crozier M. , Friedberg E. (1977*), L'Acteur et le Système. Les Contraintes de l'Action Collective*, Editions du Seuil, Paris.

Crozier M. (1963), *Le Phénomène Bureaucratique*, Editions du Seuil, Paris

De Kersvadoué J. (2003) , *La Crise des Professions de santé*, Editions Dunod, Paris.

De Kersvadoué J. (2004*), L'hôpital Vu du Lit*, Seuil, Paris.

Dent M. (2003), Managing Doctors and Saving a Hospital : Irony, Rhetorique and Actors Networks, *Organization*, février 2003, Vol.10 N°1, p.107-127.

Derbert R et Schwartz W.A., (1991), New mandarins or new proletariat? Professional power at work, *Research in sociology of organization*, p.71-96.

DiMaggio, P. J. and Powell, W. W. 1983. The iron cage revisited: institutional isomorphism in organizational fields, *American Sociological Review*, vol. 48, p.147–160.

Exworthy M., Halford S. (1999), Professionals and Managers in a Changing Public Sector : Conflict, Compromise and Collaboration?, in *Professionnals and the New Managerialism in the Public Sector*, Open University Press, Buckingham et Philadelphie.

Flynn R. (1999), Managerialism, Professionalism and Quasi Markets, in *Professionnals and the New Managerialism in the Public Sector*, Open University Press, Buckingham et Philadelphie.

Friedson E. (1984), *La Profession Médicale*, Editions Payot, Paris.

Friedson E. (1994), *Professionalism reborn : Theory, Prophecy, and Policy*, University Chicago Press, Chicago.

Gibert P., (2004), Les formes du management, le management public, *Cahiers français* N° 321

Gomes da Silva J. R.,de Souza Penteado A. (2007), Le discours bureaucratique ou «postbureaucratique » dans le secteur de la santé : le cas d'une entreprise qui formalise la gestion et les relations avec les médecins, *XVIème Conférence Internationale de Management Stratégique, 6-9 juin 2007, Montréal.*

Halford S. (1999), New identities? Professionalism, Managerialism and the Construction of self, in *Professionnals and The New Managerialism in the Public Sector*, Open University Press, Buckingham et Philadelphie

Hall, Richard. 1967. "Some organizational considerations in the Professional organizational relationship", *Administrative Science Quaterly*, 12: 461-478.

Harrison S. (1999), Clinical Autonomy and Health Policy: Past and Futures, in *Professionnals and the New Managerialism in the Public Sector*, Open University Press, Buckingham et Philadelphie

Hood C. (1991), A public management for all seasons?, *Public Administration* Vol.6 N°1, p. 3-19.

Hood C. (1995), The "New public management" in the 1980s: variations on a theme, *Accounting, Organizations and Society* Vol. 20, N°3, pp. 93-109.

Kurunmaki L., Lapsley I., Melia K. (2003), Accountingzation v. legitimization: A comparative study of the use of accounting information in intensive care, *Management Accounting Research*, Vol.14 N°2.

Kurunmaki L. (2004), A hybrid profession_the acquisition on management accounting expertise by medical professionals, *Accounting, Organizations and Society*, Vol.29 N°3-4, 327-347.

Kurunmaki L., Miller P. (2006), Modernising government : the calculating self, hybridization and perfomance measurement, *Financial Accountability and Management* Vol.22 N°1.

Lallé B. (1999), Nouvelles Technologies et Evolution de la Dialectique (contrôle/ autonomie) dans le Secteur des Services, Application au Cas Bancaire, *Revue de Gestion des Ressources Humaines, 10ème congrès de l'AGRH*, N°32.

Lebas M., (1995), Oui, Il Faut Définir la Performance, *Revue Française de Comptabilité*, N°269.

Lemoyne de Forges J.M., Chevallier J., Ferstenberg J., Melin-Soucramanien F., Mescheriakoff A.S., Pochard M., De Foucauld J.B. (1998), Réformer les Administrations, le Dilemme entre Unité et Diversité, *La documentation française*.

Lynn L.E., (1998), A Critical Analysis of the New Public Management, *International Public Management Journal*, Vol.1 N°1, p.107-123.

Mahé de Boislandelle H., (1998), *Dictionnaire de Gestion:Vocabulaire, Concepts et Outils*, Edition Economica.

Marmuse C., (1997), *La performance*, in Encyclopédie de gestion, Edition Economica.

Mercereau F., Boutereau-Tichet S., Maigne G., Guillaume H., Berard M., Clavreul G., Sarlat G. (2005), *Rapport d'enquête sur le pilotage des dépenses hospitalières, Rapport n° 2005-137 de l'inspection générale des affaires sociales et n° 2005-M-021-02 de l'inspection générale des finances*

Mintzberg H. (1995), Structures et Dynamiques des Organisations, Ed. d'Organisation, Paris.

Minvielle E.; Contandriopoulos A.P., (2004), La Conduite du Changement: Quelles Leçons Tirer de la Restructuration Hospitalière?, *Revue Française de Gestion*; Mai :Juin Vol. 30, p.150

Mueller F., Harvey C., Howorth C. (2003), The Contestation of Archetypes : Negotiating Scripts in a UK Hospital Trust Board, *Journal of Management Studies*, Vol.40 N°8, p.1971-1995.

Osborne D., Gaebler T. (1993), *Reinventing Government. How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*, Plume.

Ouchi W.G., (1977), The Relashionship Between Organizational Structure and Organizational Control, *Administrative Science Quaterly*, Vol.22 , p.95-113

Ouchi W.G., (1979), A Conceptual Framework for the Design of Organizational Control Mechanisms, *Management Science*, Vol.25 N°9, p.833-848.

Power M. , Laughlin R. (1992), " Critical Theory and Accounting, In Alveson N., Wilmott H. (eds), *Critical Management Studies*, p.113-135, Sage, London.

Raelin J.A. (1986), *The Clash of Culture - Managers and Professionals*, Boston : Havard Business School Press.

Rapporto OASI 2007 (2007), *L'Aziendalizzazione della Sanità in Italia*, Dir. Pessina E.A., Cantù E., Egea, Novembre 2007.

Rommel J. (2005), Political Consequences of the New Public Management, *10th Biennial CIGAR Conference – PhD Conference – 24-25 Mai 2005, Poitiers.*

Smets P. (2005), *La Légitimité au Quotidien - L'idéologie dans le Discours Managérial*, Thèse de Doctorat en Sciences Sociales, Faculté des Sciences Sociales, Politiques et Economiques de l'Université de Bruxelles.

Gomes da Silva J. R. ,de Souza P.A., Le discours bureaucratique ou « postbureaucratique » dans le secteur de la santé : le cas d'une entreprise qui formalise la gestion et les relations avec les médecins, XVIème Conférence Internationale de Management Stratégique, 6-9 juin 2007, Montréal

Thévenet M. (2006), Tous Professionnels, *Revue Française de Gestion*, Nov/Déc 2006, N°168/169, p.15-34.

Thompson P., Davidson J.O. (1995), The Continuity and Discontinuity: Managerial Rhetoric in Turbulent Times, *Personnel Review*, Vol. 24 N°4, p.17-33.

Vasseur V. (2005), *L'Hôpital en danger*, Editions Flammarion, Paris.