

Les paradoxes des démarches qualité dans les hôpitaux publics : modélisation de formes d'ancrage rivales

Daniel Lozeau
Professeur
École nationale d'administration publique

Résumé

Avec en filigrane la montée du nouveau management public (NMP), nous avons amorcé en 1993 un programme de recherche longitudinal sur la pratique de la gestion de la qualité (GQ) et son évolution dans des centres hospitaliers publics (CHP) au Québec, considérant que les principes de cette approche de gestion semblent en décalage par rapport à la dynamique de ces organisations. Nos premiers résultats empiriques ont mis en relief des démarches qualité guidées par une logique de conformité aux pressions d'un organisme d'agrément et dont l'impact dans les CHP tend à se limiter à une implication plutôt bureaucratique et parfois inconstante des gestionnaires et des analystes. Mais, la découverte récente d'un CHP où l'ancrage de la GQ apparaît s'être étendu à une plus grande partie de son personnel (dont nombre de cliniciens) sous l'aspect d'initiatives reflétant des enjeux propres à ce site, nous oblige à revoir nos conclusions initiales. Ainsi, la GQ tendrait à s'ancrer dans un CHP lorsqu'elle s'inscrit dans un courant managérialiste plus profond – l'archétype du NMP – quand celui-ci réussit à s'y tailler une place par ajustement mutuel avec l'un ou l'autre de deux archétypes (conformiste et corporatiste) largement contradictoires qui cohabitent déjà dans ce milieu organisationnel. Par la modélisation de ces éléments et de leur interaction, nous proposons une synthèse des mécanismes impliqués dans l'ancrage de la GQ en révélant la complexité et les paradoxes à l'origine des difficultés ainsi que des limites qui semblent associées à ce processus. Par ailleurs, ce texte expose aussi une démarche de recherche dans laquelle nous tentons de dépasser le discours rationaliste et normatif que l'on retrouve si souvent dans les écrits traitant de GQ, notamment par la mise en évidence de la pluralité des intérêts d'acteurs ainsi que des rituels dont fait l'objet cette approche de gestion.

Abstract

In 1993, we launched a longitudinal research project to assess quality management (QM) practices and trends in Quebec general hospitals against the backdrop of the New Public Management, given the apparent incompatibility of the principles of this management approach with the dynamics of these institutions. Our initial empirical results demonstrated that quality measures are dictated by the need to defer to the accreditation agency, and that steps taken by the hospitals tended to be limited to a very bureaucratic and sometimes haphazard involvement of managers and analysts. However, we have recently had to revise our initial conclusion owing to our discovery of a general hospital in which QM appears to have taken root and been adopted by a large proportion of its staff (including many clinical practitioners), as manifest in the form of initiatives addressing issues unique to that site. QM apparently tends to take root in a general hospital when it is part of a deeper managerial stream—the essence of the NPM—and is able to carve a niche for itself by mutual accommodation with one or the other of the two, largely contradictory, archetypes (conformist or corporatist) that already coexist in this

organizational milieu. We model these elements and their interactions, creating a synthesis of the mechanisms that help QM take root by disclosing the complexity and contradictions that give rise to the difficulties as well as the limits that seem to be inherent in these processes. In addition, this paper also describes a research protocol in which we strive to go beyond the rationalist and normative discourse common to writings on QM, especially by underscoring the diversity of interests represented by actors as well as the rituals to which this management approach is applied.

Introduction

Ce texte porte sur la pratique de la gestion de la qualité (GQ), son évolution et son ancrage dans des centres hospitaliers publics (CHP) au Québec mais, en parallèle, il porte également sur notre propre démarche de chercheur, amorcée il y a environ 16 ans. Nous commencerons par retracer les principaux jalons qui ont marqué notre cheminement (pas toujours rectiligne) à travers nos questionnements, nos résultats empiriques (acquis en cours de route) et le développement progressif d'un cadre conceptuel. Puis, nous exposerons notre nouvelle modélisation dans laquelle l'enracinement du «managérialisme» duquel se nourrit la GQ est resitué à l'intérieur du contexte de l'ascension du «nouveau management public» (NMP)¹, dans un milieu hospitalier qui ne lui est pas favorable d'emblée.

Notons qu'en proposant ce modèle, nous ne cherchons pas à promouvoir quelque pratique de GQ que ce soit. Notre objectif consiste plutôt à mieux comprendre les tenants et les aboutissants de l'enracinement d'une approche de gestion et d'un courant de pensée plus large dans lequel elle s'inscrit largement, en retenant que bien que leurs principes et leur praxis semblent se fonder sur des critères de rationalité, ils n'en demeurent pas moins idéologiquement campés et objets de critiques². Partant de là, loin de nous suffire du discours de la rationalité administrative dans le cadre de nos recherches, la recension des écrits ainsi que les résultats de nos premières études empiriques sur la GQ nous ont amené à prendre en considération les intérêts des principaux groupes œuvrant dans le secteur hospitalier (qui ne coïncident pas nécessairement avec ceux de la haute direction des CHP ou des autorités publiques) ainsi que, entre autres, certains rituels administratifs (utilisés pour réduire artificiellement les tensions, les incohérences ou les contradictions organisationnelles, à défaut d'être autrement résolues).

À ce propos, qu'en est-il de l'intérêt des usagers comme de leurs proches en matière de GQ ? Sur ce point, les cliniciens sont traditionnellement perçus comme étant les premiers acteurs

¹ Par «managérialisme», nous entendons un mouvement qui fait la promotion des valeurs, des pratiques et des intérêts du management dans un monde néolibéral et par rapport auquel le «NMP» correspond à l'introduction de telles pratiques lorsqu'elles sont appliquées dans le secteur public. L'entrée en scène de la GQ dans les organisations publiques au moment où ces dernières sont traversées par le NMP ainsi que les attributs que partagent ces mouvements, mettent en exergue la dimension managérialiste des démarches qualité. C'est en fonction de ce contexte que nous présentons la GQ comme étant associée au NMP même si nous verrons que certaines caractéristiques d'une démarche qualité peuvent confluer avec d'autres courants organisationnels.

² La critique du managérialisme et des approches qui s'y rapportent (telle que la GQ) concerne notamment les dérives hégémoniques du management qui peuvent en résulter.

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». 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 destinés³ ; *vacuum* qui se reflète dans les résultats de nos propres recherches sur la GQ. À cet effet, nous verrons 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). D'ailleurs comme le disait l'un des nos répondants (chef de service) à l'occasion d'une entrevue qu'il nous accordait dans le cadre de nos études : «Dans l'expression "GQ", le mot clé est "gestion" et non pas "qualité" parce que quand tu fais de la GQ, tu fais d'abord de la gestion et non pas de la qualité, au point que plus la dimension gestion prend de la place, moins tu as le temps de faire de la qualité !»... Ce genre de commentaire, représentatif de plusieurs autres allant dans le même sens (où, curieusement, la gestion semble nuire à l'activité qu'elle est censée favoriser) a grandement contribué à orienter notre objet de recherche – la GQ telle que pratiquée par les acteurs qui s'y adonnent – et surtout la problématique par laquelle nous avons de plus en plus abordé cet objet, c'est-à-dire la difficulté à mettre en œuvre ou, plus exactement, à enraciner dans les modes de pensée et d'action des démarches qualité dans un milieu organisationnel donné que sont les CHP.

La construction graduelle d'un modèle

En l'espace de quelques années, la GQ s'est formellement diffusée dans presque tous les CHP du Québec selon une logique de conformité par rapport aux normes d'un organisme d'agrément externe et indépendant, le CCASS⁴. Or, à l'occasion d'une première étude (à caractère exploratoire) sur la pratique de cette approche de gestion dans ce milieu, nous avons montré que plusieurs démarches qualité, pourtant certifiées par cet organisme d'agrément, accusent néanmoins des difficultés chroniques de mise en œuvre. Plus exactement, les gestionnaires semblent surtout s'affairer à répondre à des pressions institutionnelles externes qui valorisent dans leur organisation la production de tâches bureaucratiques et technocratiques, ce qui favorise un isomorphisme organisationnel à l'échelle du secteur hospitalier (Lozeau, 1996, 1997). Ces résultats empiriques s'ajoutent aux écrits d'auteurs qui soutiennent que, à l'instar d'autres approches de gestion managériales, si la GQ met l'accent sur la satisfaction du client atomisé, elle semble négliger le citoyen en plus de s'avérer faiblement compatible avec certains milieux organisationnels complexes comme celui des CHP (Ferlie, 2002 ; Lozeau, 1997 ; Morton, 2000).

³ Paradoxalement, malgré l'existence (légalement prescrite au Québec) de comités d'usagers dans les établissements publics de santé ainsi que de leur représentation au sein du conseil d'administration de ces organisations, leur influence à l'intérieur de la structure de ces établissements reste marginale. D'ailleurs, les écrits empiriques révèlent peu de trace d'une telle influence. Au Québec, les associations indépendantes de défense des droits des patients sont, à ce chapitre, nettement plus actives et représentent la véritable voix des usagers.

⁴ Le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS), récemment rebaptisé Agrément Canada, est une entité non gouvernementale accordant à des organisations (telles que les CHP) des certificats d'agrément conditionnels à la réussite d'un processus d'évaluation périodique incluant un examen *in situ* par des pairs administrateurs qui, pour l'occasion, représentent cet organisme en tant que «visiteurs».

Dès lors, nous avons dirigé notre attention sur les circonstances qui semblent favoriser ou restreindre l'enracinement de ces démarches qualité dans les CHP. Par «enracinement» (ou «ancrage») d'une telle démarche, nous entendons (a) un processus d'«appropriation» des principes relatifs à la GQ (que nous préciserons plus loin) par les différents groupes d'acteurs organisationnels (gestionnaires, cliniciens et non cliniciens) qui «apprennent» à les convertir en pratiques quotidiennes rodées dont les finalités sont bien assimilées, puis (b) un processus à plus long terme de «sédimentation» de ces pratiques dans les procédures, les structures, les traditions et les symboles de leur organisation, de telle sorte qu'une empreinte – jouant le rôle de mémoire organisationnelle – se forme et perdure au-delà de la présence physique de ceux qui ont instauré ces pratiques.

Nous avons alors utilisé un modèle conceptuel étayé sur l'idée qu'il existe une «incompatibilité» ou un «écart» entre, d'un côté, les fondements d'approches de gestion managériales telles que la GQ et, d'un autre côté, la dynamique typique d'un CHP. Estimant que cet écart est une entrave à l'enracinement de ces approches dans ces organisations (et dans la perspective de ceux qui souhaitent un tel ancrage), le modèle propose un éventail de «scénarios» visant de diverses manières à réduire ce qui sépare ces deux pôles. Soumises à l'analyse, nos données empiriques suggèrent que le scénario d'«adaptation mutuelle» (entre les deux pôles) offre à une démarche comme la GQ le plus grand potentiel d'ancrage dans des CHP cherchant à se conformer à un environnement fortement institutionnalisé (Lozeau, Langley et Denis, 2002). Cependant, à la lumière de résultats plus récents, nous avons découvert au sein d'un CHP une démarche qualité qui semble particulièrement en voie de s'enraciner, mais dans des conditions qui la distinguent des autres démarches rapportées jusqu'alors, c'est-à-dire dans un milieu organisationnel confronté à des défis majeurs où se manifesteraient des actions négociées entre groupes internes clés profitant de l'occasion pour mieux se positionner entre eux (Lozeau, 2005). Qui plus est, la démarche qualité de ce site apparaît se déployer à l'intérieur mais surtout à la faveur d'une mouvance plus large composée d'autres éléments managériales qui interagissent avec celle-ci par renforcement réciproque.

Tout cela nous a mené à construire un nouveau modèle qui s'inspire des scénarios de réduction d'écart (mentionné précédemment), auquel nous y avons ajouté des paramètres permettant d'intégrer nos dernières données empiriques qui suggèrent une plus grande diversité et complexité entourant le processus d'ancrage relatif à la GQ par rapport à ce que nous avons anticipé au départ. Le nouveau modèle se distingue donc par le recadrage de cette approche de gestion à l'intérieur d'un changement plus ample et profond, porteur d'un nouvel «archétype organisationnel» (notion que nous préciserons plus loin) : celui du NMP. Par ailleurs, ce modèle propose l'existence de deux formes d'ancrage à l'intérieur du CHP, apparemment opposées et auxquelles participerait cet archétype (et, donc, la GQ qui s'y rattache), là encore, selon un scénario d'adaptation mutuelle : l'une par «normalisation» (principalement induite par les pressions institutionnelles de l'organisme d'agrément) et l'autre par «différenciation» (générée par les enjeux propres au CHP et aux intérêts des groupes clés y œuvrant). À chacune de ces formes d'ancrage correspondrait un rapprochement entre l'archétype du NMP et l'un ou bien l'autre de deux archétypes déjà installés au cœur du CHP : respectivement les archétypes

conformiste et corporatiste. À partir des évidences empiriques qui fondent ce nouveau modèle ainsi que sur la base de son potentiel heuristique (par les hypothèses qu'il soulève), nous discuterons à la fin de ce texte des stratégies d'acteurs qui semblent avoir été développées en vue de réaliser l'une ou l'autre des deux formes d'ancrage impliquant l'archétype du NMP ainsi que les conséquences sur la GQ découlant de la difficulté à réduire simultanément l'écart entre ce premier archétype et les deux autres, c'est-à-dire la difficulté à réunir les conditions propices à l'enracinement intégral du managérialisme dans les CHP. En définitive, ce modèle contribue à apporter une compréhension renouvelée des mécanismes sous-jacents qui tendent à déterminer les possibilités et les limites de l'enracinement d'une approche managériale comme la GQ dans un milieu tel que celui des CHP, quitte à relancer la question sur la désirabilité d'un tel projet, du moins, dans les formats prescrits par les organismes d'agrément et les autorités publiques.

Le cadre théorique

La GQ : cause ou effet d'un problème d'ancrage ?

Au cours de nos recherches sur l'état de la pratique de la GQ dans les CHP, nous nous sommes penchés sur les écrits, relativement rares, qui abordent les problèmes associés à cette approche. Parmi les tenants de la GQ qui reconnaissent l'existence d'obstacles à son application en milieu organisationnel, plusieurs attribuent la cause première du problème au peu d'engagement des dirigeants qui agissent comme s'ils excluaient ce dossier de leurs priorités (Harrington, 1997). À ce propos, il est vrai que les auteurs qui traitent de la GQ s'entendent sur le point que l'engagement de la haute direction, par exemple à travers des initiatives telles que la mise sur pied de programmes de formation du personnel ou la pratique d'activités de *benchmarking* entre établissements, constitue une condition *sine qua non* à la vitalité de toute démarche qualité dans une organisation (Beam, 2001 ; Harrington, 1997 ; Kélada, 2000 ; Nguyen, 2006). Or, il s'avère que dans le secteur hospitalier, malgré les prescriptions en matière de GQ, peu de dirigeants prennent des initiatives de cet ordre en vue d'améliorer la qualité de leurs processus et de leurs services, d'où il en découlerait les revers que connaissent nombre de démarches qualité dans ce secteur. Mais, doit-on se satisfaire de ce niveau d'explication ? Devant une interprétation analogue avancée par les défenseurs de la planification stratégique qui déplorent, eux aussi, de nombreux cas d'échecs ou de dérives que connaît cette autre approche, Mintzberg, Ahlstrand et Lampel (2005) proposent d'inverser la formulation du problème en faisant du peu d'implication des dirigeants non plus la cause mais bien l'effet d'un problème en amont lié aux propriétés mêmes de cette démarche. Se pourrait-il qu'il en soit pareillement de la GQ, notamment lorsque celle-ci est introduite dans des CHP ? Avant de répondre à cette question, nous aurons d'abord à proposer brièvement notre notion de la GQ ainsi qu'à expliciter le cadre théorique sur lequel reposent nos études sur cette approche. Puisque le champ organisationnel investi est celui des CHP, nous mettrons par la suite en parallèle les caractéristiques de la GQ avec celles du milieu organisationnel dans lequel elle est introduite afin de vérifier si le problème décrit plus tôt relève effectivement de l'essence même de cette démarche ou, tout au moins, de la nature des ses interactions avec la dynamique des CHP.

Notion de GQ et cadre théorique

En face d'un courant aux racines communes mais aux arborescences nombreuses et enchevêtrées (Dean et Bowan, 1994 ; Hackman et Wageman, 1995 ; Harrington, 1997 ; Ingraham, 1995 ; Lozeau, 1997 ; Nguyen, 2006), nous nommons «GQ» ou «démarche qualité», un ensemble d'activités perçu et annoncé par leurs tenants ainsi que par les utilisateurs sur le terrain comme étant rattaché au «mouvement de la qualité» et dont le contenu recoupe en bonne partie les éléments fondamentaux (précisés plus loin) 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). Cette notion répond à notre intention de saisir un phénomène à travers ses multiples réalités incluant celle que leur attribuent les acteurs dans leur propre milieu organisationnel. En cela, la notion de GQ utilisée dans ce texte reflètera la position normative du mouvement sans négliger le point de vue «indigène» des participants à une telle démarche dans leur propre organisation et selon leur propre compréhension (ce qui ne nous empêchera pas, par ailleurs, d'adopter au besoin une distance critique par rapport à la position normative et aux actions posées par les acteurs).

Quant à l'armature théorique de notre objet d'étude sur laquelle déployer notre analyse, nous avons dû nous rendre à l'évidence, à l'instar de Nguyen (2006), qu'il n'y a pas une théorie unifiée de la GQ faisant consensus dans la communauté scientifique alors que, par ailleurs, les écrits issus du mouvement de la qualité n'offrent guère plus au lecteur que des prescriptions destinées aux praticiens (ex. : les 14 points de Deming) habituellement dépourvues de recul critique et de perspective théorique articulée. Pour pallier cette carence, Cole et Scott (2000) identifient six théories de l'organisation procurant un cadre conceptuel général afin d'aborder les processus de changement générés par des démarches qualité. Selon nous, deux de ces théories présentent un intérêt particulier si l'on considère la place centrale que nous accordons aux dimensions évolutive et subjective du phénomène : la théorie de l'apprentissage organisationnel et la théorie néo-institutionnelle. Selon la théorie de l'apprentissage organisationnel, il existe des processus collectifs d'acquisition et d'élaboration de compétences qui sont au cœur du changement organisationnel (Koenig, 2006). L'«organisation apprend»⁵ tout au long de son histoire par encodage d'inférences qui portent sur les conséquences observées par les acteurs ainsi que sur leurs attentes (Levitt et March, 1988 ; Cole et Scott, 2000). Ces conséquences, lorsque jugées positives, sont «encodées» dans la mémoire des acteurs mais aussi dans les règles, les routines ou les structures qui, à leur tour, renforcent le comportement ultérieur des acteurs dans l'organisation. L'apprentissage est «organisationnel» en ce que ces règles, ces routines et ces structures deviennent autant de traces qui perdurent dans l'organisation bien au-delà du départ de ceux qui ont procédé à l'encodage. Dans le cadre de nos recherches, nous considérons que lorsqu'une démarche qualité s'accompagne de telles traces dans une organisation, cela constitue un indice important de son enracinement, car l'ancrage de la GQ est une application du processus d'apprentissage organisationnel. Nous tenterons aussi de vérifier l'affirmation de Sutcliffe *et al.* (Cole et Scott, 2000) à savoir que les méthodes systématiques d'amélioration de la qualité ne sont efficaces que lorsqu'elles se limitent à la résolution de problèmes déjà familiers aux acteurs, ce qui devrait avantager les apprentissages incrémentaux (et une logique d'apprentissage «en simple boucle» telles que décrites par Argyris

⁵ Précisons que lorsque nous écrivons que l'organisation «apprend», cela doit être compris comme une métaphore dépourvue d'anthropomorphisme psychologique.

et Schön, 2002). Nous serons également à l'affût d'apprentissages découlant d'inférences erronées puisque, comme le mentionnent March et Olsen (1976), les acteurs peuvent aussi tirer des mauvaises conclusions de l'histoire, se révéler superstitieux ou encore mal transposer des comportements ou des modèles jugés gagnants.

La théorie néo-institutionnelle porte sur l'influence qu'exercent les pressions plus ou moins coercitives d'objets socialement investis de légitimité et fournisseurs de ressources critiques. Lorsque ces objets légitimés opèrent dans l'environnement d'un champ organisationnel donné, les organisations sont incitées à s'associer à ce capital de pouvoir et de légitimité en développant une relation de dépendance qui les amène à adopter des comportements mimétiques ou de conformité dans la direction indiquée par les pressions de cet environnement (d'où en résulte un isomorphisme organisationnel), afin d'obtenir les ressources désirées (DiMaggio et Powell, 1983 ; Meyer et Rowan, 1977 ; Oliver, 1991 ; Pfeffer et Salancik, 1978). Les pressions institutionnelles peuvent s'exercer au point de s'imposer au détriment d'une logique d'efficacité, notamment lorsque le degré de coercition de ces pressions est élevé ou quand l'efficacité est difficile à évaluer. Cela amplifie les comportements mimétiques, l'effet «boule de neige» (*bandwagon*) (Abrahamson et Rosenkopf, 1993) et provoque un emballement du processus de diffusion (en vitesse comme en étendue). Concernant notre sujet d'étude, la théorie néo-institutionnelle prévoit une tendance au développement de démarches qualité conformes aux exigences particulières véhiculées par les pressions institutionnelles et homogènes dans le champ organisationnel. Le risque que des pressions institutionnelles entrent en conflit avec une logique d'efficacité ou avec toute autre logique divergente soulève la possibilité d'un affrontement que la théorie prévoit se résoudre à l'avantage de ces pressions.

Dans la prochaine section, nous exposerons les caractéristiques ainsi que les «écarts théoriques» qui opposent les principes de la GQ et la dynamique des CHP, à la lumière de ce cadre théorique. Puis, nous introduirons la notion d'archétype sur laquelle repose le nouveau modèle qui structure nos hypothèses de recherche en prévision de l'analyse des résultats de notre plus récente série d'études empiriques.

Écarts théoriques entre la GQ, les CHP et leur environnement

La position normative sur ce qu'est la GQ se décline à travers les quelques grands principes regroupés ici en trois dimensions. (1) La «conformité» à des normes et, à travers elle, le contrôle de la qualité axé sur la prévention plutôt que sur la correction, l'assurance qualité qui consiste à garantir la prestation d'un bien ou d'un service au client, ainsi que l'appréciation de la qualité qui est une activité d'évaluation utilisée pour déterminer les améliorations et les corrections à effectuer. (2) L'«orientation client», centrée sur la satisfaction de ce dernier et favorisée par la mise sur pied de structures décloisonnées et trans-fonctionnelles conçues en fonction des catégories de clients (plutôt que de fournisseurs de services) dans lesquelles chaque membre du personnel destine le résultat de son travail à un «client immédiat», externe ou interne à l'organisation. (3) Finalement, l'«excellence», liée au principe d'amélioration continue de la qualité, s'actualise par l'appropriation des processus de travail et la formation par habilitation du

personnel que rend possible un style de gestion post-bureaucratique soutenant l'innovation⁶. De l'application systématique des principes de la GQ à chaque étape du processus de production résulterait la «qualité totale» ou la «GQ intégrale» (Cole et Scott, 2000 ; Harrington, 1997 ; Kélada, 2000 ; Nguyen, 2006 ; Stupak et Leitner, 2001). Bien que ses principes se concrétisent par des procédés et techniques généralement développés pour une production industrielle de biens tangibles, la GQ 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). En cela, la GQ 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). De ce fait, la GQ 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. Sur ce point, nous verrons plus loin que, selon la nature des enjeux relatifs à l'ancrage de la GQ dans leur CHP, les gestionnaires se positionneront, tantôt en se rapprochant du niveau politique aux dépens des experts cliniciens, tantôt l'inverse.

Puisqu'il s'agit d'introduire la GQ dans des CHP, rappelons les principales caractéristiques internes de ces organisations. L'une d'elles porte sur sa structure duale. D'une part, les CHP possèdent une structure bureaucratique très hiérarchisée, dotée d'un cadre réglementaire lourd et rigide largement déterminé par les autorités publiques et chapeautant les administrateurs, la plupart des groupes cliniciens et le reste du personnel. Cet arrangement favorise à la fois un morcellement et un isolement des processus de travail (Bartoli, 1997 ; Lozeau, 2005 ; Sampieri, 1999), tend à entraver l'initiative des acteurs et tout changement d'envergure (Forcioli, 1999 ; Lozeau, 2005 ; Poirier, 1999). D'autre part, juxtaposée à cette structure bureaucratique, il y a la structure professionnelle qui, dans les organisations que nous étudions, est d'abord associée aux membres du corps médical (entrepreneurs libres puisqu'ils ne sont pas des employés du CHP) dans laquelle ce groupe y maintient des valeurs et des pratiques d'abord fondées sur l'expertise, la collégialité et l'autonomie de fournisseurs de services spécialisés, alors que la socialisation, l'identification et la loyauté de ses membres tendent bien plus à se tourner vers leur communauté professionnelle que vers l'établissement dans lequel ils offrent leurs services. Cependant, si les médecins correspondent à un idéal-type professionnel (Freidson, 1970, 1986), d'autres groupes en quête de professionnalisation trouvent aussi dans cette structure une source d'identification et des modèles de comportement, car l'identité professionnelle est aussi déterminée par la capacité des acteurs de construire socialement leur propre réalité (Paquette, 2008). Cette dualité des CHP – bureaucratique et professionnelle (Mintzberg, 1982) – qui creuse la fracture du pouvoir et des identités – favorise l'émergence de tensions et d'enjeux internes qui poussent ces organisations à se replier sur elles-mêmes (Derber et Schwartz, 1988 ; Mintzberg, 1982 ; Mintzberg, Ahlstrand et Lampel, 2005). Ainsi, nous pouvons raisonnablement nous attendre à ce que l'introduction de la GQ dans les CHP soit accompagnée de problèmes inhérents aux divergences qui opposent les principes de cette approche et la double dynamique

⁶ Le concept d'excellence utilisé en gestion prête flanc à critique (De Gaulejac, 2005 ; Pauchant, 1996), car ses promoteurs tendent à négliger les dérives qui peuvent s'y associer (épuisement professionnel, élitisme).

de ces organisations (Morton, 2000 ; Ferlie, 2002), *a fortiori* si cette approche est introduite non pas en vue d'une utilisation ciblée et circonscrite mais soutenue par le mythe de la rationalité administrative et l'idée de révolutionner la dynamique organisationnelle (De Gaulejac, 2005 ; Meyer, 1994 ; Meyer et Rowan, 1977).

Par ailleurs, les CHP sont intégrés à leur environnement institutionnel par l'entremise d'un réseau public de services de santé, soit en tant qu'établissements à part entière, soit en tant que parties de regroupements de services. Or, le positionnement stratégique et l'ampleur des enjeux qui se rattachent aux CHP (dus à la concentration de l'expertise clinique et à l'importance des budgets investis dans ces entités, ainsi qu'à cause de la portée des questions touchant à la santé publique auprès des citoyens-électeurs) exposent le management de ces organisations à l'instrumentalisation politique de leurs processus de gestion tels que la conception et la mise en œuvre de leur planification stratégique ou de leur programme de GQ (Backoff et Nutt, 1990 ; Boiral, 2003 ; Brown et Comola, 1988 ; Denis, Langley et Lozeau, 1992, 1993 ; Javidan et Dastmalchian, 1988 ; Lozeau, 1997 ; Lozeau, Langley et Denis, 2002 ; Montanari et Bracker, 1986 ; Redman *et al.*, 1995 ; Rushing, 1974 ; Swiss, 1992). Qui plus est, si la quête de la satisfaction du client payeur (en vue d'obtenir sa préférence et sa fidélisation) pèse de tout son poids lorsqu'en dépend la survie d'une organisation à but lucratif évoluant dans un marché concurrentiel, il en est tout autrement d'un CHP sans but lucratif, en position de monopole, distribuant des services à des usagers non payeurs, en surnombre et plutôt captifs, alors même que le rouleau compresseur des restrictions budgétaires ramène constamment les dirigeants de l'établissement à une logique de gestion de trésorerie. Cela contribue à enfoncer davantage les CHP dans une relation de dépendance par rapport aux autorités du réseau de la santé (qui ne cessent de formuler de nouvelles exigences bureaucratiques en termes de normes administratives et budgétaires) ainsi que par rapport à l'organisme d'agrément et son programme d'évaluation auquel adhèrent ces établissements. Cette vulnérabilité organisationnelle risque de détourner le personnel des CHP, entre autres, de l'orientation client (Éthier, 1994 ; Farquhar, 1993 ; Lozeau, 2005 ; Lozeau, Langley et Denis, 2002 ; Pfeffer et Salancik, 1978 ; Radin et Coffee, 1993 ; Rago, 1994, Younis, Bailey et Davidson, 1996).

Alors, comment réorienter l'attention des acteurs vers le client en concordance avec les prescriptions du mouvement qualité ? Une première option consiste à s'inspirer du modèle américain de système de santé, largement aux mains d'entreprises privées en concurrence vouées, en principe, à la satisfaction du client-roi. Cependant, malgré l'existence du *managed care* (qui accorde une place appréciable à la prévention), le modèle engendre globalement des dérives favorisant la prise en compte de la satisfaction des patients payeurs plus fortunés (De Gaulejac, 2005) qui requièrent des soins médicaux coûteux et autour desquels gravite un système de santé axé sur la dimension curative renforcé par le développement d'une médecine ultra-spécialisée objectivement alliée à une industrie biomédicale fort lucrative et au marketing «créatif». Une option alternative, en concordance avec le NMP, serait de créer des marchés ou des quasi-marchés mettant en compétition interne des services du système public (Osborne et Gaebler, 1992), afin de renforcer le pouvoir des utilisateurs et d'inciter les acteurs de ces services publics de santé à les satisfaire (Thompson, 2000). Brunelle (1996) nous indique une avenue possible en proposant l'instauration d'un système dans lequel une instance centrale gèrerait un budget correspondant à un financement par capitation. Ainsi, les fournisseurs (dont

les établissements) seraient payés par cette instance selon les usagers qui requièrent leurs services. On s'attend à ce que la concurrence soit stimulée par ces fournisseurs afin de s'attirer la clientèle et les budgets qui leur sont associés. Si cette dernière option ne semble pas souffrir des inconvénients inhérents à un système de santé privé et capitaliste qui avantage les nantis, il n'en demeure pas moins que ce mécanisme se présente *a priori* comme étant rigide, compliqué à administrer et presque immanquablement inéquitable⁷ en plus de reposer également sur des renforcements économiques, donc extrinsèques. Même en écartant le problème de l'instrumentalisme économique, il reste que ces deux dernières options partagent l'objectif ultime de satisfaire *hic et nunc* des clients évoluant dans un marché au gré de la «main invisible». Bien qu'une pareille perspective converge tout à fait avec les principes de la GQ, cela va à contresens d'une logique populationnelle des services socio-sanitaires accordant une place prépondérante à la prévention par la prise en compte d'enjeux sociaux, d'éducation et de santé publique à long terme, susceptibles de concerner non seulement les individus hospitalisés et leurs proches (c'est-à-dire les clients atomisés), mais tous les citoyens actuels et des générations futures en vue de poser des actions collectives concertées (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000). En résumé, les pressions et les contraintes émanant de l'environnement institutionnel des CHP ne convergent pas toujours avec l'application des principes de la GQ d'où, là aussi, l'existence d'un écart entre ces deux entités. En tant qu'approche managériale largement associée au NMP, il ressort que le NMP et la GQ qui s'y rattache ne sont pas socialement neutres (De Gaulejac, 2005), car l'extension de leurs principes – au-delà du domaine de l'efficacité opérationnelle – pourrait bien dénaturer la mission des services publics tels que les CHP.

En définitive, devant les contradictions (ou écarts théoriques) qui opposent les principes de la GQ, la dynamique interne des CHP ainsi que les pressions de leur environnement institutionnel et ce, malgré l'apparente pénétration de cette approche dans ce champ organisationnel, nous avons progressivement ciblé notre actuel objet d'étude au cours de nos recherches empiriques amorcées sur le terrain dans la première moitié des années 1990, en nous interrogeant de plus en plus sur le degré d'ancrage de la GQ dans ce milieu organisationnel et les conditions favorables ainsi que défavorables à un tel processus. Les résultats des études empiriques qui ont jalonné cette période sont succinctement présentés dans la prochaine section.

Études empiriques et construction d'un modèle de «scénarios par réduction des écarts»

Première étude empirique

Lors de notre première étude empirique consacrée à la GQ dans les CHP au Québec (réalisée entre 1994 et 1996 dans le cadre de notre thèse de doctorat), notre but était de tracer l'évolution de la pratique de cette approche en milieu hospitalier afin de vérifier dans quelle mesure et de quelle manière les «écarts théoriques» (exposés plus tôt) entre les principes de la GQ et le milieu des CHP, posent des difficultés dans la pratique de cette démarche, telle que rapportée par les responsables de la GQ ainsi que par d'autres acteurs de ces organisations.

⁷ Ne serait-ce que dans l'illusoire détermination de justes bases de calcul sur lesquelles reposerait le budget de chaque usager.

Nous avons d'abord procédé à une étude lors de laquelle 13 entrevues semi-dirigées dans autant de CHP (ou sites) de la région de Montréal ont été effectuées auprès de responsables de la GQ afin de dresser un premier portrait sur la pratique de cette approche (Lozeau, 1996). De là, nous y avons sélectionné les deux sites dont la démarche qualité nous apparaissait la mieux établie afin de réaliser dans chacun d'eux une étude de cas en profondeur (incluant une recherche documentaire et des entrevues auprès d'un échantillon représentatif d'administrateurs, de cliniciens et d'autres employés appelés à participer à la démarche) pour mieux connaître les circonstances qui facilitent ou nuisent à l'instauration de ces démarches (Lozeau, 1999). Nous avons alors constaté que si la GQ s'est rapidement diffusée parmi les CHP dès que le CCASS a ajouté une «norme qualité» à son programme d'évaluation des établissements, il reste que la pratique d'activités associées à cette approche s'est appliquée de façon inégale à l'intérieur des départements et des services. Dans quelques CHP, la GQ semble avoir été appropriée par plusieurs cadres qui se sont livrés, par exemple, à des activités systématiques de conformité et d'appréciation de la qualité. Mais dans d'autres CHP, c'est essentiellement le responsable de la GQ qui s'est affairé à mettre sur pied des structures formelles et à initier quelques activités (de formation, d'information, etc.) en compagnie d'une poignée de convaincus, pendant que plusieurs administrateurs se sont à peu près limités à produire des documents, essentiellement pour répondre aux exigences de cet organisme d'agrément. Sur ce point, notons que les périodes d'intense activité des démarches qualité correspondent généralement au branle-bas des préparatifs en vue de la visite prochaine des représentants du CCASS dans le cadre de leur programme d'évaluation.

Manifestement, les pressions institutionnelles se sont exercées avec force sur des CHP structurellement et financièrement dépendants des autorités du réseau public de la santé et de leur organisme d'agrément. Pour le reste, peu d'impacts tangibles semblent avoir transpiré de ces démarches dans les CHP, à l'exception de quelques cas remarquables mais isolés à l'intérieur même de leur organisation : soit des démarches strictement conformes à l'orthodoxie des principes de la GQ mais ayant rapidement avortées (souvent pour cause de participation anémique du personnel), soit des projets originaux et novateurs initiés à la base et adaptés à leur milieu, qui semblent avoir connu un succès local basé sur un projet d'habilitation (*empowerment*) du personnel, mais qui n'ont pas pu se diffuser dans leur organisation (ex. : le service de la salubrité du CHP Oméga)⁸. Notons le cas des infirmières à qui reviennent des tâches en gestion, qui se sont parfois beaucoup impliquées dans des activités d'appréciation de la qualité à l'intérieur du cadre de référence proposé par l'organisme d'agrément après que leur direction ait hérité du dossier de la GQ à l'échelle de leur organisation. Par contre, dans d'autres sites, les infirmières n'ont fait qu'adopter le vocabulaire de la démarche qualité en le plaquant presque sans adaptation sur leur processus habituel d'appréciation professionnelle (dorénavant renommé «appréciation qualité»). De leur côté, certains administrateurs et plusieurs membres du corps médical ont discrètement pris leurs distances par rapport à la démarche qualité, ce contre quoi le responsable de la GQ ne pouvait que peu de choses devant le haut degré d'autonomie de ces groupes et, souvent, en l'absence d'un solide appui en faveur de cette démarche de la part de

⁸ Voir, à titre d'exemple, le récit d'un chef de service concernant l'introduction (laborieuse à ses débuts) d'une démarche qualité dans le service de la salubrité (entretien lourd) du CHP Oméga et dont le succès local aurait été en partie attribuable à une stratégie volontaire d'isolement afin d'éviter que ce service soit confronté à la culture bureaucratique ambiante du programme de GQ du CHP (Lozeau, 1997).

la direction générale (Lozeau, 1997, 1999 ; Lozeau, Langley et Denis, 2002). En résumé, bien que les CHP ont acquis une reconnaissance officielle dans leur réseau pour s'être dotés de programmes de GQ conformes aux normes du CCASS, ceux-ci se sont relativement enlisés à l'interne sous le poids des actions bureaucratiques, des rituels administratifs et de la résistance de plusieurs acteurs (Lozeau, 1997, 1999)⁹.

D'autres auteurs signalent aussi des manifestations problématiques relatives aux démarches qualité en milieu organisationnel : scepticisme des employés à propos de l'utilité de la GQ (dans des organisations pourtant certifiées ISO9000 au Québec) qui perçoivent en cette démarche une nouvelle forme de contrôle managérial (Boiral, 2003) ; groupes professionnels dans le secteur de la santé qui voient en la GQ une menace à leur autonomie qui est difficile à traduire en une démarche holistique (Yang, 2003) ; manque d'implication de gestionnaires envers la GQ (Beer, Eisenstat et Spector, 2003 ; Leonard et McAdam, 2003) ; diffusion superficielle de programmes de GQ qui ne sont fondés que sur une rhétorique d'experts et quelques «*success stories*» (Zbaracki, 1998).

Deuxième étude empirique et modèle des scénarios de réduction des écarts

En 2000, l'obtention d'un agrément est devenue au Canada une étape «normale» à franchir pour tout CHP désirant maintenir une image organisationnelle acceptable dans son réseau. Entretemps, le CCASS a modifié son processus d'examen des établissements en réduisant quelque peu l'importance relative accordée à la vérification des documents internes tout en mettant plus d'accent sur les rencontres auprès du personnel. Dans ce contexte apparemment plus favorable à l'ancrage de la GQ dans les CHP, nous avons effectué un retour dans les CHP déjà étudiés cinq ans auparavant, auprès des responsables de GQ, pour connaître l'évolution de la situation. Partant de notre analyse des «écarts théoriques» qui opposent les principes de la GQ et la dynamique des CHP ainsi que des résultats obtenus lors de notre première étude empirique à l'effet que l'existence effective de ces écarts s'accompagne d'une grande difficulté à enraciner la GQ dans ces organisations, nous avons soulevé l'hypothèse que la réduction de tels écarts pourrait faciliter le processus d'ancrage de cette approche. Mais encore, fallait-il déceler sur le terrain la présence de stratégies d'acteurs ou de scénarios favorisant la réduction de tels d'écarts.

Pour affiner cette hypothèse, nous avons analysé les résultats de notre deuxième étude empirique à la lumière d'une typologie appliquée aux résultats empiriques obtenus lors de notre première étude sur cette démarche (Lozeau, Langley et Denis, 2002)¹⁰. Cette typologie propose quatre scénarios différents de «réduction des écarts» auxquels s'associe un ancrage plus ou moins important de la GQ dans des CHP. Les deux premiers scénarios impliquent un changement substantiel de l'organisation dans le sens induit par un processus de GQ, favorisant donc son enracinement : (1) la «transformation», où l'intégralité des principes de la démarche qualité s'impose par renouvellement radical des modes de fonctionnement d'une organisation dans le cadre d'une «GQ orthodoxe». Cette situation correspond à l'idéal de la GQ du point de

⁹ Notons qu'en France, l'instauration d'un système analogue d'«accréditation» fondé sur la mise en place de programmes de GQ en milieu hospitalier semble avoir mené à une dérive comparable (Bayad, 2002).

¹⁰ Notons qu'en plus d'être inspirée par les résultats empiriques extraits de nos recherches sur la GQ, cette typologie est aussi tirée d'une autre série de recherches (initiées et dirigées quelques années auparavant par Ann Langley et auxquelles nous avons participé) qui a porté sur la planification stratégique, là aussi, dans des CHP.

vue de ses tenants mais, en revanche, ce scénario ne nous a jamais été rapporté dans les sites étudiés ; (2) l'«adaptation mutuelle» – à rapprocher du concept de «*customization*» de Westphal, Gulati et Shortell (1997) – où la GQ et le milieu organisationnel s'ajustent l'un à l'autre selon leurs particularités propres en adoptant des solutions *ad hoc* desquelles émerge une «GQ différenciée». Si les résultats issus de notre première étude suggèrent que ce scénario correspond à des cas effectifs d'ancrage de la GQ, nous donnés restent parcellaires puisque cette situation n'a été rapportée que dans un nombre réduit de services ou de départements à l'intérieur d'une minorité de sites étudiés. Par contraste, les deux autres scénarios n'impliquent pas une modification substantielle de l'organisation dans le sens des principes de la GQ (scénarios d'échec du point de vue des tenants de l'ancrage de cette démarche en tant que moteur de changement organisationnel) : (3) le «couplage ritualisé», inspiré notamment par Meyer et Rowan (1977), où des rituels de GQ – sous la forme de discours, cérémonies, surproduction de documents, etc. – tendent à occulter le caractère dysfonctionnel des activités réelles de cette approche qui, en fait, sont disjointes de celles de l'organisation. Ce scénario, couramment rapporté lors de notre première étude, prend l'aspect d'une stratégie défensive pratiquée dans le cadre d'«ententes tacites» entre divers groupes qui cherchent à protéger leur autonomie respective dans le CHP en restreignant les zones de changements touchées par la démarche qualité ; (4) la «corruption», où des activités de GQ sont techniquement réalisées quoique instrumentalisées ou détournées à d'autres fins pour servir les intérêts particuliers de certains groupes. Les résultats de notre première étude montrent que cette stratégie proactive et opportuniste semble sporadiquement utilisée par des groupes managériaux ou cliniciens dans des circonstances bien précises, par exemple lorsque cela s'inscrit dans la promotion d'un projet qui leur tient à cœur (rénovation d'un lieu, demande de nouveaux équipements, etc.).

À l'aide de cette même typologie, nous avons procédé à l'analyse des résultats de notre seconde étude empirique effectuée cinq ans plus tard. De manière générale, nous y avons retrouvé des démarches qualité aux prises avec à peu près les mêmes difficultés relevées auparavant. C'est dire que, loin de se réduire à un problème transitoire d'apprentissage (par exemple, de rodage de nouvelles procédures ou routines à assimiler), les ratés associés à la pratique de la GQ tendent à se perpétuer parmi plusieurs CHP revisités. Ainsi, dans plus de la moitié des sites, la démarche qualité semble encore reposer sur des stratégies de «couplage ritualisé» d'où en résulterait une image fabriquée de conformité organisationnelle façonnée par le comportement mimétique d'acteurs internes usant d'artifices – le temps d'une visite de l'organisme d'agrément une fois par trois ans – afin masquer leur difficulté à répondre aux pressions institutionnelles d'un environnement dominant qu'ils n'osent pas contester ou afin de taire leur peu de conviction à consacrer autant d'effort pour si peu d'avantages. Parallèlement à cela, nous recevons les échos d'autres sites dans lesquels on y développe aussi des activités de GQ principalement axées sur la conformité aux normes telles que formatées par le CCASS mais, à la différence des sites précédents, de manière systématique et apparemment continue. Les répondants de notre étude nous expliquent que dans ces derniers CHP, la démarche qualité aurait été prise en charge par certains gestionnaires et analystes carburant à l'intérieur de projets qui les valorisent particulièrement dans leur milieu tout en étant en prolongement logique avec leurs tâches régulières ou leur style de gestion.

Toutefois, au-delà de ces résultats qui sont en continuité avec ceux de notre précédente étude, nous avons découvert un site d'exception où la démarche qualité semble s'enraciner plus qu'ailleurs, dans les pratiques quotidiennes de gestion, mais aussi dans des activités d'amélioration continue touchant aux processus de travail de production. Selon le témoignage du responsable de la GQ du site, le niveau d'activité de cette démarche se serait maintenu pendant l'intervalle de trois ans qui a séparé les deux dernières visites du CCASS et ce, dans la plupart des services et des unités de soins de l'établissement. Cette démarche qualité aurait pris racine pendant que les dirigeants du CHP procédaient à nombre d'initiatives et ajustements dans une organisation alors en pleine transformation. Bien qu'au début, les actions entrepreneuriales ont été plus ou moins cohérentes et ponctuées tout autant de reculs que d'avancées (ex. : emploi, pas toujours judicieux, de symboles et d'un discours emphatiques sur les vertus de la GQ qui se sont avérés peu crédibles auprès du personnel), cet apprentissage organisationnel par essai et erreur a graduellement débouché sur l'introduction d'éléments managérialistes (incluant la GQ) qui ont fini par converger les uns vers les autres¹¹. C'est ainsi que, par exemple, l'histoire de ce site été marquée par la modification de la structure organisationnelle, autrefois par fonction, en une structure par programme clientèle (ce qui était, à l'époque, nouveau dans les CHP au Québec). Or, l'événement a donné lieu à un jeu de négociation entre la direction du CHP et son corps médical à l'issue duquel il a été décidé de chapeauter chacun des nouveaux programmes clientèle par des codirecteurs dont obligatoirement un médecin. Ce procédé a consolidé la culture bicéphale médicale et administrative du CHP, mais a aussi enchâssé l'une des dimensions de la GQ au cœur de la structure organisationnelle : l'orientation client. Bref, l'existence de processus d'apprentissages incrémentaux ainsi que de rapprochements d'intérêts par négociation entre groupes d'acteurs clés nous confirme l'importance centrale du rôle joué par l'«adaptation mutuelle» dans l'enracinement d'une démarche qualité au sein d'un CHP. Enfin, si l'on ajoute qu'en filigrane, ces initiatives se sont déroulées dans un climat de grande insécurité organisationnelle alimenté par la menace de voir l'établissement perdre sa mission universitaire en recherche et en enseignement, nous constatons que cette démarche qualité s'est insérée dans une stratégie de positionnement organisationnel afin de contrer cette menace externe, ce qui montre à quel point la GQ a aussi fait partie d'une trame de fond dont elle a été, en retour, bénéficiaire. Tous ces facteurs rendent plus intelligible ce pourquoi le processus d'ancrage de la démarche qualité de ce site semble avoir connu une vigueur singulière (Lozeau, 2002, 2005).

Bien que les données empiriques qui précèdent soient intéressantes pour ce qu'elles sont, il demeure que le processus d'ancrage de la démarche qualité de ce CHP, tel que rapporté lors de notre deuxième enquête, ne repose que sur les dires d'un seul répondant (le responsable de la GQ) dans un seul site, à propos d'une étude qui n'a porté que sur quelques CHP de la région de Montréal (Lozeau, 2005). Cependant, les leçons provisoires que nous retenons de ce cas d'exception – c'est-à-dire, l'importance de procéder avec souplesse et persistance par adaptation mutuelle ainsi que par intégration de la GQ dans un courant de changement plus vaste lorsqu'une semblable démarche est introduite dans un milieu organisationnel complexe et plus ou moins convergent – peuvent être rapprochées des conclusions que nous retrouvons dans certains écrits. Ainsi, pour appuyer la GQ, il importerait d'accentuer l'interdépendance de ses

¹¹ À noter que cette dynamique d'apprentissage par tâtonnement n'est pas sans évoquer les processus incrémentaux décrits par Lindblom (Braybrooke et Lindblom, 1970) et Quinn (1980).

activités dans toutes les unités de l'organisation (ce que favorise une démarche transversale et plutôt participative) tout en renforçant les comportements qui mettent en valeur les principes de cette approche (Beer, Eisenstat et Spector, 2003 ; Cohen *et al.*, 2004 ; Johnson, 2004). L'ancrage de la GQ serait aussi favorisé en situation de changement culturel caractérisé par un engagement des administrateurs envers la satisfaction des clients (Yang, 2003). Il en serait réciproquement lorsque les principes de la GQ sont adaptés au milieu organisationnel (Hansson et Klefsjö, 2003), spécialement dans les services publics de santé (Joss *et al.*, 1994 ; Stahr, 2001), par exemple en adaptant le vocabulaire de l'amélioration continue de la qualité au langage déjà utilisé dans l'organisation. Pour leur part, Greenhalgh *et al.* (2004) soutiennent que la diffusion mais surtout l'enracinement d'une innovation en gestion sont des processus organiques qui exigent la mise en place de liens complexes avec le milieu organisationnel et appellent une adaptation réciproque des éléments participant au changement. D'autres études montrent que l'ancrage de telles innovations est renforcé dans des organisations dotées d'une structure souple et adaptable (Georgsdottir et Gets, 2004 ; Llorens-Montez, Verdu-Jover et Garcia-Morales, 2005 ; Lonti et Verma, 2003). Parmi les initiatives facilitant le changement, Beer, Eisenstat & Spector (1990) proposent des modes de fonctionnement *ad hoc* visant des situations précises et des tâches concrètes aisément transposables en expériences de travail capables de guider les comportements (plutôt qu'une procédure bureaucratique édictée sur des grands énoncés et quelques «*buzz words*» superficiels). Lorsque de tels changements doivent opérer en profondeur dans une organisation, c'est-à-dire au niveau des valeurs, des croyances et des habitudes, il serait alors approprié de combiner un processus soutenu par une coalition dominante et une stratégie basée sur l'atteinte d'une succession d'objectifs à court terme afin de maintenir un rythme de croisière en renforçant les acteurs de manière récurrente, car dans son ensemble, l'achèvement d'un tel parcours requiert souvent plusieurs années (Kotter, 2005). Enfin, il existerait un lien entre les phases du processus de diffusion d'une approche et son plus ou moins grand potentiel d'enracinement dans une organisation. Ainsi, rappelons que Westphal (1997 ; Cole et Scott, 2000) montre que les acteurs qui procèdent par «adoption précoce» lors d'un processus de diffusion tendent à remanier les pratiques de la GQ selon les besoins particuliers de leur organisation (*customization*) tandis que ceux qui opèrent par «adoption tardive» cherchent plutôt à suivre le courant en se conformant aux pressions institutionnelles par mimétisme.

Ces considérations nous ont convaincu d'initier une nouvelle étude empirique afin de vérifier la justesse des conclusions extraites des écrits récemment recensés ainsi que de nos derniers résultats dont, notamment, ceux du site dans lequel nous avons identifié une démarche qualité possiblement ancrée ou en route vers un ancrage exceptionnellement étendu au niveau du personnel impliqué dans des activités de production (plutôt que confinée à des administrateurs et des analystes). Conséquemment, nous avons repensé notre modélisation du processus d'ancrage de la GQ dans les CHP afin d'y intégrer les nouvelles dimensions non prises en compte jusqu'à maintenant dans le dessein de soutenir nos nouvelles hypothèses et interrogations.

De l'ancrage d'une approche de gestion à celui d'un archétype

Nous avons vu que si l'enracinement d'une démarche qualité appelle un changement organisationnel majeur à l'intérieur d'un CHP (à cause de l'écart important à combler entre les

principes de cette approche et la nature de cette organisation), une telle initiative se révèle difficile à réaliser à moins que la GQ et son milieu d'accueil effectuent un rapprochement par «adaptation mutuelle». Or, nos récents résultats empiriques suggèrent aussi que l'enracinement de la GQ dans un CHP serait favorisé lorsque cette démarche réussit à interagir avec des éléments de l'organisation qui lui sont convergents par «renforcement réciproque». Mais, pour que ce mécanisme opère de façon systématique et durable, encore faut-il qu'un terreau commun puisse servir de centre de gravité et de boussole afin de donner de la cohérence et une orientation à la mouvance de cet ensemble d'éléments dans lequel s'insère la démarche qualité.

Quel est donc la nature de ce terreau dans lequel s'organise cette mouvance ? Celui-ci serait constitué de représentations institutionnalisées (idées largement partagées et valorisées qui ont cours dans la société) dont certaines, tels des flux, imprègnent les organisations et leurs acteurs en les rendant plus perméables et réceptifs lorsqu'ils sont mis en contact avec des initiatives dont les référentiels vont dans le même sens. Par exemple, Cole (2000) ainsi que Easton et Jarrell (2000) remarquent que quand la structure de gouvernance d'une société est généralement participative, cela accroît la rapidité et la force de la diffusion de pratiques telles que les cercles de qualité dans les organisations. De même, l'adoption de nouvelles idées et valeurs qui se rattachent à la modernité (au sens historique du terme), sont autant de puissants moteurs de changement dans les sociétés tournées vers la rationalité et l'idée d'amélioration (Meyer, 1994). L'ancrage d'une démarche qualité serait donc grandement favorisé lorsque ce processus s'insère au bon endroit et au bon moment, c'est-à-dire dans un contexte organisationnel où les acteurs sont à la recherche d'une solution correspondant à l'horizon que leur propose justement une pareille démarche (ce qui rappelle la dynamique du «*Garbage can model*» de Cohen, Marsh et Olsen, 1972) ou quand les principes d'une telle initiative s'inscrivent dans l'air du temps, notamment quant au sens et à la valeur que les acteurs accordent à la notion générique de «qualité» (Cole et Scott, 2000). Ces considérations nous introduisent au concept d'«archétype organisationnel».

Différents auteurs avancent que les valeurs et les principes de fonctionnement d'une organisation tendent à se constituer en formations cohérentes auxquelles correspondent certains modèles types d'organisation tantôt qualifiés de «configurations» (Mintzberg, 1982 ; Mintzberg, Ahlstrand et Lampel 2005), de «paradigmes» (Lathrop, 1993) ou encore d'«archétypes» (Greenwood et Hinings, 1996 ; Kitchener, 1999 ; Lozeau, Langley et Denis, 2002 ; Powell, Brock et Hinings, 1999). Par «archétype organisationnel», Greenwood et Hinings (1996) désignent un ensemble de structures, de processus et (nous ajoutons) de routines auxquels correspondrait un «schème interprétatif» partagé par des acteurs. Ce système idéationnel, qui propose aux acteurs des valeurs et un sens à donner aux événements et aux actions organisationnelles, s'organise à partir de divers matériaux (actuels ou sédimentés) de la vie et du milieu organisationnels. La diffusion d'un archétype dans un champ d'organisations favorise un phénomène d'isomorphisme organisationnel (DiMaggio et Powell, 1983).

Un archétype organisationnel est un modèle type d'organisation, de sorte que si un archétype couvre de nombreuses organisations, une organisation donnée peut abriter plus d'un archétype. À cet effet, plusieurs organisations où œuvrent des groupes professionnels très qualifiés (universités, hôpitaux etc.) sont souvent décrites comme étant «duales» (Mintzberg, 1982). Par

ailleurs, rien ne s'oppose à ce que le profil archétypal d'une organisation puisse évoluer, cependant les processus de changement qui l'animent sont habituellement complexes et lents, ce qui confère à l'archétype organisationnel une fausse image de pérennité et d'inertie (Kitchener, 1999 ; Powell, Brock et Hinings, 1999).

Nouvelle modélisation fondée sur trois archétypes organisationnels et cinq types de GQ

Caractéristiques générales du nouveau modèle

Considérant les implications théoriques relatives au concept d'archétype organisationnel et suite à nos récents résultats empiriques, nous avons développé un deuxième modèle qui situe de manière plus articulée les conditions propices à l'ancrage de la GQ, en tant que composante de ce que nous appellerons l'«archétype du NMP» (défini plus loin), dans une organisation complexe et poly-archétypale qu'est le CHP.

Tout d'abord, qu'est-ce qui justifie la construction d'un deuxième modèle et en quoi il se différencie du précédent ? En premier lieu, bien que notre objet porte toujours sur l'ancrage de nouveaux principes et modes de fonctionnement en milieu organisationnel, le phénomène examiné ne concernera plus seulement la GQ mais aussi le NMP par rapport auquel la démarche qualité se rattache. Conséquemment, si la GQ a été et demeure l'objet de notre programme de recherche longitudinal, cet objet sera désormais recadré dans le contexte de l'ancrage d'un ensemble d'éléments reliés entre eux par l'«archétype du NMP». En second lieu, plutôt que de considérer le milieu organisationnel et son environnement comme un tout indifférencié à opposer à la GQ (ce que nous faisons dans la modélisation précédente), nous y distinguerons deux modèles d'organisation : l'«archétype conformiste», centré sur la conformité aux normes et aux pressions institutionnelles, et l'«archétype corporatiste» axé sur l'autonomie et l'intérêt des groupes dans les CHP. Dans la prochaine section consacrée à la dynamique de notre nouvelle modélisation, nous verrons qu'en discriminant ainsi l'espace archétypal, ce nouveau modèle est alors en mesure de proposer deux formes différentes d'ancrage de la GQ qui tendent à s'exclure mutuellement. Mais auparavant, retenons que nos recherches ne se situent pas à l'intérieur d'une perspective normative en ce que nous ne présumons pas la désirabilité d'un tel processus d'ancrage. Nous cherchons plutôt à mieux comprendre quels sont les impacts du NMP sur la dynamique des organisations publiques selon une perspective critique et par le biais d'une situation type : l'introduction de démarches qualité dans des CHP.

Dynamique du nouveau modèle

Examinons de plus près ce nouveau modèle qui présente des CHP fondés sur trois archétypes organisationnels dont l'un – l'archétype du NMP – est en phase plus ou moins avancée d'instauration. D'abord, nous montrerons que ces archétypes se distinguent les uns des autres et ce, notamment par la nature des motifs – intrinsèques ou extrinsèques – qui poussent les acteurs à manifester de l'intérêt pour l'«idée de qualité» et d'où il devrait en résulter des conséquences diversifiées, sinon opposées. Cependant, si ces archétypes s'opposent nettement entre eux au niveau des principes et des motifs d'acteurs (finalités de l'action), ils se superposent en partie au niveau des actions ou des activités réalisées sur le terrain. Cela crée des «espaces» – là où des archétypes se superposent – faisant en sorte qu'une même action ou activité sera interprétée

cohérente sur la grille de lecture de chacun de ces archétypes et, donc, acceptable aux yeux des acteurs adhérant à l'un ou l'autre de ces archétypes. En regard de ce qui précède, notre hypothèse est que l'actualisation de ces superpositions à travers des actions ou des activités, lorsqu'elles impliquent l'archétype du NMP, sont des événements critiques qui devraient favoriser le processus d'enracinement de la GQ dans les CHP (voir la figure 1).

Amorçons notre description en présentant les archétypes de notre nouvelle modélisation. Premièrement, il y a l'«archétype du NMP», animé par des motifs d'acteurs intrinsèques à la GQ, qui sous-tend l'insertion dans les CHP d'un management entrepreneurial dont les principes et la pratique s'inspirent de ceux prévalant dans les organisations qui évoluent à l'intérieur d'un marché concurrentiel où est favorisé l'adoption de critères d'efficacité et une orientation vers les résultats et la satisfaction des clients (Osborne et Gaebler : 1992). Cet archétype qui, bien sûr, n'est pas neutre dans sa conception du partage du pouvoir et le discours qu'il privilégie, prône également une plus grande autonomie dévolue aux gestionnaires et donc (en ce qui a trait au secteur public) une nette séparation entre les sphères politique et administrative afin de limiter l'influence, jugée parfois indésirable, de la première sphère sur la seconde (puisque, selon l'idéologie managériale, la «rationalité» est d'abord l'apanage des gestionnaires et de leurs outils techniques). Pour toutes ces raisons, c'est à cet archétype que se rattache la GQ.

Deuxièmement, il y a l'«archétype conformiste», qui se déploie sur une logique de conformité à des normes et standards ainsi qu'à des façons de procéder recommandés par des autorités fortement légitimées. Dans le contexte des CHP, cet archétype est renforcé par un lien de dépendance que ces organisations entretiennent auprès d'autorités (organisme d'agrément et autorités publiques) qui leur fournissent des ressources vitales (économiques, légales et symboliques). Qui plus est, la multiplication des comportements de conformité à l'échelle du champ organisationnel accentue le mimétisme des acteurs, ce qui amplifie encore plus les pressions institutionnelles dans le sens de la diffusion de la GQ (effet boule-de-neige). Mais, au-delà de l'ascendant que possèdent ces autorités sur les CHP, cet archétype se réfère aussi à une culture de la conformité soudée à un monde administratif qui tend à élever cette notion au rang de finalité en l'utilisant comme succédané à une éthique. Malgré leur lourdeur et leur rigidité, la mise en place de procédures techniques routinières soutenant la gestion de ces normes est rapidement adoptée par les gestionnaires, par obéissance mais aussi par habitude (Ils sont en pays de connaissance). Bref, bien que les autorités publiques et l'organisme d'agrément fassent explicitement la promotion de la GQ dans toutes ses dimensions, il reste que la nature même des pressions institutionnelles jumelée au contexte bureaucratique des CHP semblent favoriser le développement de démarches qualité guidées par des motifs extrinsèques (faire de la GQ pour être conforme) et d'abord axées sur la détermination, le contrôle et l'évaluation de normes, reléguant au second plan des éléments comme l'initiative entrepreneuriale, la quête de l'excellence et l'approche client (d'où un écart opposant les archétypes conformiste et du NMP). Cela dit, selon les situations, une action de conformité peut aussi être perçue dans le prolongement de l'archétype du NMP, par exemple, si elle est interprétée comme étant utilisée pour les fins d'une démarche qualité (être conforme pour faire de la GQ). Cela illustre comment le rapprochement entre les grilles de lecture de deux archétypes différents à travers une même action peut contribuer à réduire l'écart entre ces archétypes et devenir un lieu privilégié d'ancrage de la GQ et ce, sans qu'aucun acteur quitte son schème interprétatif respectif.

Enfin, troisièmement, il y a l'«archétype corporatiste», associés d'autres motifs extrinsèques à la GQ, qui se manifeste par l'action de groupes d'acteurs (cliniciens, administrateurs, etc.) lorsque ces derniers subordonnent la démarche qualité et son potentiel à leurs intérêts spécifiques de groupe par rapport auxquels, la défense de l'intégrité de l'organisation peut servir de tremplin et, éventuellement, devenir une fin en soi si ces intérêts convergent vers un projet organisationnel commun. Leurs modes d'action reposent donc sur un amalgame d'esprit de groupe et d'identification à leur organisation, ce qui les porte à nourrir une aversion *a priori* contre toute norme ou autres contraintes imposées par une autorité extérieure (d'où un écart opposant les archétypes corporatiste et conformiste). De même, ces groupes tendent à craindre la remise en cause des processus de production largement basés sur leur logique de producteurs de services d'où ils tirent une autonomie et avec lesquels ils sont si familiers, ce qui tend à entrer en collision avec l'approche client au cœur de la démarche qualité (d'où un écart opposant les archétypes corporatiste et du NMP). Cela dit, des aspects de l'archétype du NMP, tels que l'entrepreneuriat et l'amélioration continue, peuvent être interprétés convergents avec l'archétype corporatiste malgré les diverses finalités d'acteurs (faire de la GQ pour être autonome ou bien prendre des initiatives pour faire de la GQ). Là encore, la convergence entre les grilles de lecture de deux archétypes différents concernant les mêmes activités peut concourir à réduire l'écart entre ces archétypes et devenir un point d'ancrage privilégié de la GQ.

Après avoir exposé les assises des trois archétypes organisationnels de notre modèle, nous sommes maintenant en mesure de présenter – sur la base de notre analyse théorique et des résultats de nos études empiriques – un éventail de cinq types GQ pouvant se retrouver dans les CHP. D'abord, les deux premiers types de GQ (rapportés dans certains sites lors de nos études empiriques précédentes) partagent la caractéristique à l'effet que des acteurs clés du CHP s'impliquent dans une démarche qualité pour des motifs extrinsèques. Il en est ainsi de (1) la «GQ mimétique», lorsque des acteurs clés du CHP, essentiellement des gestionnaires, désirent se conformer aux pressions institutionnelles de leur champ organisationnel, soit pour éviter d'être sanctionnés directement ou indirectement par des instances vis-à-vis lesquelles ils dépendent, soit parce que l'incertitude entourant les actions à prendre en matière de GQ les incite à jouer de prudence en suivant le mouvement de diffusion qui se dessine à l'intérieur de leur champ organisationnel. Les acteurs impliqués dans le dossier de la GQ adoptent alors des comportements d'imitation pendant que leur attention se concentre bien plus sur la construction d'une image externe positive que sur la mise en place d'une démarche qualité substantielle¹². Le moment fort du programme de GQ est alors systématiquement en phase avec les préparatifs et le moment de la visite des représentants de l'organisme d'agrément suivis d'un retour à une relative léthargie. Cela met en évidence à quel point les énergies sont aspirées par une stratégie inscrite dans l'archétype conformiste au détriment d'une démarche qualité alors à peu près réduite à l'état de coquille vide (situation correspondant au scénario de «corruption»).

¹² Cette situation rappelle le phénomène auquel Brunsson (1989) a attribué le nom d'«hypocrisie organisationnelle».

De même, (2) la «GQ instrumentalisée» résulte d'acteurs animés de motifs extrinsèques à l'endroit de la démarche qualité lorsqu'ils la détournent de ses fins premières mais, cette fois, au profit d'enjeux portant sur la protection ou la consolidation de leurs rapports de force et de leurs privilèges dans le contexte de la dynamique interne de leur CHP. Lors d'une telle utilisation de la GQ, sa pratique peut s'avérer plus ou moins substantielle suivant les rôles techniques ou ritualisés que les acteurs lui réservent mais, dans tous les cas, sa finalité est instrumentalisée par une logique tournée vers les intérêts de groupes situés au sein du CHP et soutenus par l'archétype corporatif. Par exemple, il en est ainsi de l'implication apparente des infirmières dans la GQ à l'intérieur de certains CHP, là où elles ont troqué leur vocabulaire professionnel pour celui de la GQ sans modifier leur pratique afin d'être perçues comme le fer de lance de la GQ dans leur organisation (ce qui revoie aussi, mais par d'autres chemins, au scénario de «corruption»).

Au regard de ces deux types de GQ, que peut-on prévoir à propos de leur destin lorsqu'ils se développent dans un CHP ? Les données de nos études empiriques passées suggèrent que le «succès» des acteurs qui tentent d'asseoir une démarche qualité sur un archétype purement conformiste ou bien corporatiste repose, certes, sur leur aptitude à entretenir auprès de tiers l'illusion d'une démarche qualité qui n'a pas été déviée de ses fins ainsi que sur le pari d'une capacité limitée de contrôle des évaluateurs, mais également (il faut bien de dire) sur la conclusion d'«ententes tacites» impliquant des acteurs qui trouvent commode de garder le silence sur les dérives et les rituels administratifs dont ils ont connaissance, par opportunisme ou pour éviter tout embarras (Lozeau, 1997, 1999, 2005). Cependant, l'existence de ces deux types de GQ ainsi que les comportements ambigus qu'ils tendent à provoquer dans leur sillage ne doivent pas nécessairement être interprétés comme de simples manquements individuels mais, possiblement, comme le symptôme d'un malaise organisationnel plus profond que l'introduction de la GQ dans les CHP ne fait qu'actualiser ou mettre en lumière sans pouvoir le résoudre (par exemple, lorsque le milieu organisationnel est dégradé au point de rendre inopérante la mise en place d'une démarche qualité).

Par opposition à ces deux premiers types de GQ, il y a (3) la «GQ orthodoxe» qui est guidée, pour l'essentiel, par les motifs intrinsèques d'acteurs prônant à l'interne un changement fondamental en vue de convertir leur organisation à l'intégralité (ou à l'orthodoxie) des principes de la GQ (en accord avec le managérialisme), convaincus des bienfaits consécutifs à l'application de cette approche dans leur milieu. Dans le premier modèle, nous avons envisagé la possibilité qu'une telle situation puisse survenir (à laquelle correspond le scénario de «transformation»). Cependant, nos études empiriques récentes suggèrent que lorsque les tenants de la GQ ne font appel qu'à la rationalité technico-administrative de l'archétype du NMP pour amener rapidement les autres acteurs de leur CHP à prendre le «virage qualité» (sans tenir compte du contexte organisationnel dans lequel évoluent ces derniers ou d'un rythme de changement à ne pas dépasser), l'initiative se bute systématiquement à l'indifférence, sinon à la résistance sourde de plusieurs groupes qui, dans leur sphère respective, ont vite fait d'isoler discrètement les promoteurs de la GQ et de court-circuiter leurs prescriptions. Ce type de démarche qualité semble souvent réduite à la production de quelques activités rituelles (afin de combler de manière factice les écarts entre archétypes) rapidement tablettées et sans conséquence significative pour l'organisation (ce à quoi fait référence le scénario de «couplage

ritualisé»). Perçue peu utile ou encombrante dans l'organisation, la démarche qualité semble alors vouée à la marginalisation puis à l'extinction (Lozeau, 1997, 1999).

Malgré leurs différences de fond, retenons que ces trois premiers types de GQ concernent des démarches qui, en fait, ne s'appuient que sur un seul archétype à la fois et, dans deux types sur trois, procèdent par corruption de l'archétype du NMP. En effet, cet archétype est isolé des deux autres archétypes lors d'une GQ orthodoxe, alors qu'il est dissous par l'archétype conformiste lors d'une GQ mimétique et qu'il est détourné par l'archétype corporatiste lors d'une GQ instrumentalisée. De telles conditions tendent à exclure l'ancrage des principes du managérialisme et de la GQ dans les CHP. Ces considérations ainsi que nos données empiriques nous amènent à introduire deux types de GQ supplémentaires qui s'articulent autour d'un rapprochement par «adaptation mutuelle» impliquant l'archétype du NMP et l'un des deux autres archétypes de notre modèle, là où des groupes aux intérêts différents pourraient plus facilement s'entendre dans des actions communes favorables à l'ancrage d'une démarche qualité.

D'une part, il y a (4) la «GQ normalisée» qui résulte des motifs intrinsèques et extrinsèques d'acteurs désirant établir les principes d'une authentique GQ dans un CHP doté d'une culture bureaucratique et cherchant à répondre aux pressions institutionnelles des autorités de leur champ organisationnel, elles-mêmes en faveur d'une démarche qualité qu'elles proposent selon certains paramètres de processus, de formats et de contenus. Pour le CHP, l'enjeu est de gagner en crédibilité externe afin de mieux se positionner et d'obtenir diverses ressources : certificat d'agrément, budgets supplémentaires, etc. La stratégie consiste alors à réduire autant que possible l'écart entre les archétypes du NMP et conformiste en effectuant des actions qui peuvent être interprétées de manière cohérente par l'un ou l'autre de ces deux archétypes, ce qui devrait faciliter un processus d'enracinement de GQ «par normalisation» (orienté vers l'analyse, l'évaluation et le contrôle de gestion). À cet effet, les acteurs particulièrement perméables aux pressions institutionnelles de l'environnement¹³ et ceux qui œuvrent dans la sphère administrative devraient être les plus réceptifs à participer à un pareil processus d'ancrage. C'est d'ailleurs ce que suggèrent nos données empiriques. Il en est ainsi des administrateurs du CHP, des acteurs qui sont particulièrement impliqués dans le réseau de la santé (ex. : gestionnaires ou cliniciens du CHP également visiteurs pour un organisme d'agrément) ainsi que du personnel de la technostructure¹⁴ (car les tâches d'un tel type de GQ sont en continuité avec leurs activités habituelles de production de normes, de procédures, d'outils de contrôle et de processus de planification). Rappelons aussi le rôle joué par certaines infirmières occupant un poste en gestion, surtout à l'occasion de leurs activités d'appréciation de la qualité (lorsque ces activités se distinguent de leur processus professionnel d'évaluation). Par contre, nos données suggèrent aussi que cette forme d'ancrage semble peu propice au développement d'initiatives *ad hoc* émergentes, possiblement parce que les activités de normalisation requièrent beaucoup d'attention chez les acteurs engagés dans une démarche perçue par d'aucuns comme étant passablement lourde. De plus, le caractère inévitablement formaté de ce type de démarche

¹³ Relations entre des éléments de l'environnement et d'organisations aux frontières poreuses mises en relief par Thompson (1967).

¹⁴ Notion de «technostructure» telle qu'exposée par Mintzberg (1982).

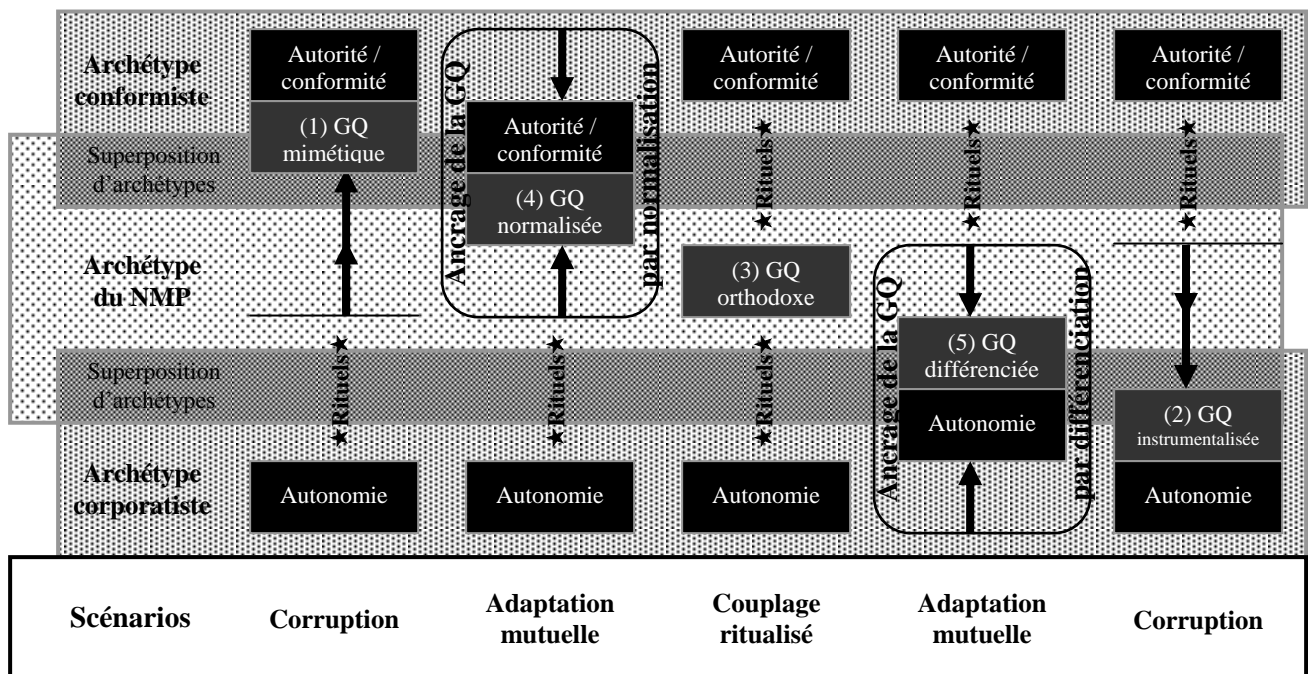
qualité combiné à la culture bureaucratique des CHP ne semblent pas encourager la diffusion interne d'initiatives originales (ce qu'illustre le cas, présenté plus tôt, du service de la salubrité d'un CHP dans lequel le chef de service avait développé une démarche qualité basée sur l'habilitation de son personnel mais sans parvenir à diffuser son initiative dans le reste de l'organisation). Ainsi, un rapprochement entre les archétypes du NMP et conformiste ne favoriserait pas un mouvement similaire avec l'archétype corporatiste.

D'autre part, il y a (5) la «GQ différenciée», également alimentée par les motifs intrinsèques et extrinsèques d'acteurs organisationnels qui, dans ce cas, cherchent à concilier l'application des principes de la démarche qualité avec la dynamique d'une organisation complexe, là où les intérêts et les enjeux peuvent évoluer dans un espace donnant cours à des processus négociés (souvent transversaux ou ascendants) sur un fond d'identification à des groupes (cliniciens, administrateurs, etc.) ou à l'organisation elle-même lorsque les enjeux se situent à ce niveau (ex. : lorsque le CHP doit affronter une menace externe obligeant le personnel à se serrer les coudes) (Lozeau, Langley et Denis, 2002 ; Lozeau, 2005 ; Morgan et Murgatroyd, 1994 ; Redman *et al.*, 1995 ; Swiss, 1992). La stratégie consiste alors à réduire autant que possible l'écart entre l'archétype du NMP et l'archétype corporatiste en effectuant des actions qui peuvent être traduites de manière cohérente par l'un ou l'autre de ces deux archétypes. De là, nous supposons l'existence d'une seconde forme d'ancrage de la GQ favorisant un processus «par différenciation», plus ouverte à l'habilitation du personnel et aux initiatives *ad hoc* dans la pratique au quotidien d'activités qualité au sein des services et les départements, là où l'offre de service aux patients se réalise concrètement (situations se prêtant à de nombreux apprentissages par essai et erreur sur le terrain) tout en se déclinant aux couleurs spécifiques des intérêts des groupes concernés. Une telle forme d'enracinement pourrait aussi déboucher sur un projet original de démarche qualité organisationnelle impliquant une part importante du personnel (administrateurs, cliniciens et autres groupes). Sur ce point, les données empiriques tirées du site d'exception (notamment l'implication des médecins à la codirection de programmes clientèle) ainsi que, par exemple, du service de la salubrité d'un autre CHP tendent à accréditer notre hypothèse. Cependant, bien que la GQ différenciée apparaisse comme l'arrangement archétypal offrant le potentiel d'ancrage le plus étendu et approfondi à l'intérieur d'un CHP (car il s'étend bien au-delà de l'appareil administratif et du groupe des analystes), combien de dirigeants sont prêts à s'aventurer en-dehors d'un cadre de référence déjà construit et proposé par les autorités du champ organisationnel des CHP, qui plus est se révélant convergeant avec les assises de la culture bureaucratique dominante des gestionnaires ? Cela explique sans doute qu'à ce jour, nous n'ayons identifié qu'un seul site (d'ailleurs, qui reste à explorer davantage) dont la démarche qualité semble globalement en train de s'enraciner par différenciation.

Finalement, notre analyse donne à penser que la difficulté à ancrer la GQ par réduction simultanée de l'écart entre les trois archétypes (ancrage intégral) fait en sorte que, quelque soit le type de GQ dans lequel les acteurs s'engagent, le recours à des rituels (pour créer une apparence de cohésion organisationnelle) semble inévitable. Ainsi, les résultats de nos études empiriques et notre nouvelle modélisation ont contribué à mettre en évidence que les dirigeants des CHP peuvent difficilement s'impliquer simultanément dans une GQ donnant sur un processus intensif de «normalisation» (centré sur des activités de conformité et des processus de contrôle de gestion s'adressant aux administrateurs et aux analystes) et sur une GQ conduisant à

un processus de «différenciation» (centré sur des initiatives *ad hoc* associées à une culture valorisant l'habilitation des groupes – notamment cliniciens – dans l'organisation), sans faire comme s'ils se lançaient à la poursuite de deux lièvres à la fois. Cette réflexion représente un élément nouveau puisque nous mettons en relief pour la première fois l'existence de deux processus distincts d'enracinement de la GQ (et du NMP) ainsi que leur relation de quasi exclusion réciproque. Or, en supposant que cette situation corresponde à la réalité, la question est alors de savoir si le dilemme dans lequel les dirigeants de CHP semblent coincés (celui de devoir choisir entre l'un ou l'autre de deux processus d'ancrage de GQ rivaux, partiels et forcément inachevés) tend à se perpétuer ou si nous sommes devant un phénomène évolutif. Cette interrogation fera l'objet de notre discussion.

Figure 1. Modèle de réduction d'écart entre archétypes organisationnels selon cinq types de GQ



Discussion et conclusion : les paradoxes de l'enracinement de la GQ dans les CHP

Deux niveaux de lecture : les actions et les motifs d'acteurs

Malgré la popularité grandissante du NMP auprès de la direction de plusieurs organisations publiques, nous avons vu que ce mouvement managérialiste suscite certaines controverses quant à son potentiel d'ancrage et aux impacts qui risquent d'en résulter. C'est dans ce contexte que nous avons amorcé dans la première moitié des années 1990 un programme de recherche longitudinal portant sur la pratique de la GQ (associée au NMP) dans les CHP. Pour l'essentiel, nos études empiriques ont mis au jour le plus souvent des démarches qualité qui obtiennent leur certification mais dont la pratique au quotidien se révèle paradoxalement inconstante et plutôt ritualisée. Suite à ces résultats, nous avons développé un nouveau modèle dans lequel les CHP sont traversés par trois archétypes qui, en raison des divergences qui les opposent, gênent

l'enracinement de la GQ. La dynamique de ce modèle s'articule donc autour de scénarios de réduction des écarts entre ces archétypes, desquels nous avons tiré cinq types de GQ, dont seulement deux favoriseraient l'ancrage de démarches qualité. Dans les lignes qui suivent, nous concluons sur les obstacles qui gênent l'ancrage de la GQ dans les CHP et leur possible dénouement, tout en formulant quelques hypothèses et questions de recherche en prévision de l'analyse de nos prochains résultats empiriques.

Bien qu'à l'évidence, personne ne peut s'objecter à l'idée de «produire de la qualité» dans une organisation, il appert que le programme de GQ dans la plupart des CHP se caractérise par une pratique inconstante et en partie ritualisée qui ne débouche pas sur un ancrage généralisé. Comment expliquer cette tendance ? Par ailleurs, le constat que presque toutes ces démarches qualité accusent des problèmes chroniques de fonctionnement sans pour autant les empêcher de franchir avec succès le processus d'agrément, soulève des interrogations. Or, puisqu'une bonne part de ces effets semble en relation avec la présence de groupes d'acteurs œuvrant dans les CHP qui ne convergent pas vers les mêmes valeurs ni les mêmes finalités, nous avons schématisé la situation en construisant un nouveau modèle étayé sur les écarts qui opposent des archétypes organisationnels se partageant l'allégeance de ces groupes. En l'occurrence, il s'agit de l'archétype du NMP (vecteur du managérialisme dans les organisations publiques) qui est à une étape plus ou moins avancée d'instauration dans des CHP déjà occupés par deux autres entités du même ordre : l'archétype conformiste (centré sur la conformité aux normes bureaucratiques et aux pressions institutionnelles de l'environnement, à laquelle adhèrent surtout les administrateurs et les analystes) et l'archétype corporatiste (se rapportant à une dynamique générée par des groupes œuvrant dans l'organisation – notamment cliniciens – qui voient en celle-ci le véhicule de leurs intérêts et, parfois même, de leur identité).

Sur la base de la recension des écrits et de nos études empiriques, nous soutenons que l'ancrage de la GQ serait idéalement favorisé par un rapprochement des trois archétypes selon un scénario généralisé d'adaptation mutuelle. Or, certaines conditions font en sorte qu'il est extrêmement difficile de procéder simultanément (a) à la réduction de l'écart entre l'archétype du NMP et l'archétype conformiste dans le cadre d'une GQ normalisée (et d'un processus d'enracinement par normalisation) et (b) à la réduction de l'écart entre ce même archétype du NMP et l'archétype corporatiste à l'intérieur d'une GQ différenciée (et d'un processus d'ancrage par différenciation), étant donné les directions opposées que ces deux processus tendent à emprunter. À ce propos, quelles sont les divergences qui gênent la réalisation conjointe des deux formes d'ancrage de la GQ et est-ce que cela signifie que leur exclusion mutuelle soit irréductible ? Enfin, comment expliquer que le processus d'ancrage par normalisation soit de loin plus fréquent que celui par différenciation ?

À cet effet, la plupart des dirigeants de CHP qui participent à l'instauration d'une GQ privilégient une démarche qui, d'abord, se conformera aux demandes de l'organisme d'agrément afin de franchir rapidement l'étape intermédiaire de la certification (agrément) dans l'espoir d'obtenir plus de légitimité et de ressources externes de la part des autorités publiques de la santé. Mais, comme la lourdeur du procédé les incite à concentrer leur disponibilité et leurs efforts sur des tâches administratives et sur des façons de faire qui, de plus, se révèlent

concordantes avec leurs compétences techniques et leurs routines bureaucratiques de gestionnaires, leur démarche tend à accorder peu d'espace à l'habilitation des personnels clinique et non clinique et au soutien actif de leurs initiatives dans les processus de travail et la production des services. Bref, ces démarches qualité tendent à déboucher sur un ancrage par normalisation plutôt que par différenciation. Pourtant, les facteurs d'habilitation, reconnus pour susciter l'engagement dans les organisations, seraient d'autant plus stratégiques à exploiter, considérant que plusieurs membres du personnel des CHP jouissent d'une grande autonomie professionnelle et, donc, aussi, d'une grande force d'inertie lorsqu'ils sont démobilisés. Cependant, il demeure que la prévalence de l'enjeu portant sur la satisfaction des autorités institutionnelles conditionne les dirigeants de CHP à opter à court terme pour une GQ normalisée (qu'ils soient conscients ou non des limites que cela comporte par la suite sur le potentiel d'implication d'une grande partie du personnel de la base, dont plusieurs cliniciens).

Serions-nous alors en face de deux processus contradictoires d'ancrage de la GQ, s'excluant mutuellement et favorisant systématiquement l'enracinement par normalisation aux dépens de celui par différenciation ? Pas forcément, en autant que l'origine du phénomène d'inhibition ne soit que circonstancielle, par exemple, lorsqu'il n'y a pas déjà appropriation de l'ensemble des dimensions d'une démarche qualité par les acteurs, que l'apprentissage organisationnel de ces dimensions (à travers la sédimentation des éléments de cette démarche dans les habitudes, les procédures et les structures administratives) ne soit pas encore chose faite et que, pour ces raisons, ces acteurs choisissent provisoirement de se concentrer sur quelques aspects techniques de la GQ, plus faciles à circonscrire. Par contre, il en va autrement si le blocage est attribuable à une divergence de fond entre les assises de la GQ et le schème interprétatif d'acteurs à qui l'on demande d'introduire et d'appliquer cette démarche. À cet effet, puisque dans le cadre du managérialisme, une démarche qualité intégrale est fondée sur les dimensions de conformité, d'orientation client et d'excellence, cela appelle la pratique d'activités de normalisation, soit, mais aussi des mesures pour habiliter le personnel et renforcer les initiatives émergeant de la base (notamment parce que la volonté d'implication des acteurs de premier niveau est hautement souhaitée pour qu'ils mettent leur connaissance du milieu de travail et leur créativité au service des processus d'amélioration continue). Or, procéder à une approche qui repose sur l'habilitation du personnel exige au préalable de la part des gestionnaires d'une organisation (et à plus forte raison de ses dirigeants) leur adhésion à une philosophie de gestion résolument post-bureaucratique¹⁵ (Kochan et Rubinstein, 1999). Mais, comme les gestionnaires de CHP baignent depuis longtemps dans une culture bureaucratique (pour plusieurs, la gestion hospitalière semble même indissociable de ce modèle), l'abandon du schème (extrêmement ancré) de l'archétype conformiste, au profit du schème de l'archétype du NMP représenterait, pour plusieurs d'entre eux, un virage relevant presque de la conversion religieuse. L'on peut donc raisonnablement soutenir qu'une telle transformation touchant aux convictions les plus profondes relatives à la nature, au fonctionnement et à la finalité d'une organisation comme des acteurs qui y travaillent ainsi qu'aux actions à prendre en conséquence, ne peut quasiment pas s'accomplir isolément et sur commande, même à l'occasion d'une formation ou d'un mentorat (*coaching*). Ainsi, cela expliquerait en bonne partie la domination persistante de l'archétype conformiste parmi les

¹⁵ Une philosophie de gestion post-bureaucratique n'abolit pas les tâches techniques de conformité, d'évaluation et de contrôle de gestion, mais les décline au rang de moyens plutôt que de leur attribuer un statut de finalité ou de raison d'être du processus administratif ou encore d'en faire des outils essentiellement au service de la hiérarchie.

gestionnaires de CHP – malgré le discours prônant l’instauration de démarches qualité intégrales – en ce que ce sont essentiellement les dimensions de la GQ compatibles avec les pratiques de conformité et d’appréciation (axées sur l’obéissance à l’environnement institutionnel et le contrôle managérial centralisé) qui tendent à être vraiment appliquées dans ces organisations et ce, par l’entremise du seul processus d’ancrage couvert par cet archétype : celui par normalisation.

Ce n’est donc pas le fait de réaliser, tantôt des activités de conformité, tantôt des activités d’habilitation qui, en soi, signale la présence d’une contradiction au sein de la GQ, car toutes ces activités peuvent s’inscrire dans la pratique courante d’une démarche qualité intégrale donnant sur des processus d’enracinement par normalisation et par différenciation, à la condition que la motivation première des acteurs soit vraiment de faire de la GQ (selon les prémisses et l’idéologie de l’archétype du NMP). Mais lorsque les actions de conformité – officiellement intégrées à une démarche qualité – deviennent une finalité (c’est-à-dire lorsqu’elles se rattachent, en fait, à l’archétype conformiste), la GQ tend à être détournée dès la première occasion de «faire de la GQ pour se conformer»¹⁶. C’est dans ces circonstances que l’habilitation du personnel peut entrer en contradiction avec la démarche qualité (de type normalisé), car les initiatives des divers acteurs en matière d’amélioration continue accentuent le risque de réalisations ou de résultats se démarquant des normes prescrites.

N.B. : Pour diagnostiquer l’archétype dominant qui correspond à une démarche qualité étudiée, il ne suffit pas de décrire les actions posées isolément par les acteurs, mais bien de les replacer dans leur contexte (et de comparer des situations différentes dans lesquelles ces actions tendent à apparaître ou non) afin de pouvoir donner un sens et une cohérence sous-jacentes aux actions posées (et, ainsi, diminuer le risque de faire une lecture superficielle ou carrément erronée sur des motifs d’acteurs). Par exemple, il en est des démarches de CHP répondant aux demandes de conformité de l’organisme d’agrément mais dont le niveau d’activité n’est élevé que ponctuellement, lors de la période entourant la visite des représentants de cet organisme dans ces sites (période caractérisée par un climat interne de branle-bas où les acteurs s’adonnent à des activités intensives de «rattrapage»). Dans ces sites, nous pouvons faire l’hypothèse que la GQ est induite par des motifs largement extrinsèques (ce que nous confirment plusieurs acteurs interviewés dans ces CHP) qui correspondent à la domination de l’archétype conformiste et à une GQ mimétique (hypersensibilité aux pressions institutionnelles) : situation qui, dans ce cas, annonce non seulement l’exclusion de la forme d’ancrage par différenciation, mais aussi de celle par normalisation.

Retour sur notre orientation de recherche et regard sur l’avenir

¹⁶ De même, un potentiel de contradiction surgit lorsque des actions d’habilitation, officiellement intégrées à une démarche qualité, deviennent une finalité (c’est-à-dire, quand elles se rattachent, en fait, à l’archétype corporatiste) par rapport à laquelle la GQ risque d’être instrumentalisée par des groupes dans le CHP dès la première occasion de «faire de la GQ pour acquérir plus d’autonomie u de pouvoir».

Revenant au problème de recherche sur lequel nous nous penchons depuis environ 16 ans, nous avons montré que malgré l'arrivée en force du discours du NMP dans le champ des CHP et les pressions récurrentes qui s'exercent sur ces organisations en faveur de l'instauration officielle de la GQ, plusieurs sites semblent posséder une démarche qualité chroniquement «en voie de développement», axée essentiellement sur une culture de conformité et, souvent, caractérisée par un niveau d'activité irrégulier. Pendant ce temps, le personnel et la clientèle se retrouvent dans un milieu organisationnel dégradé à l'intérieur d'un réseau des services de santé en constante refonte¹⁷. Dans de telles conditions, il y a de quoi se questionner sur le fait que les programmes de GQ dans la plupart des CHP parviennent quand même à obtenir un agrément¹⁸. Cela dit, si nous portons notre regard sur ces questions, ce n'est pas que nous cherchions absolument à trouver un moyen pour contrer les réticences du milieu hospitalier afin d'enraciner la GQ tout en préservant la désirabilité de cette démarche, mais plutôt que nous nous intéressons à l'étude du cheminement d'une pratique de gestion qui, par son introduction dans des organisations complexes, participe à un courant de changement majeur mais dont l'issue demeure incertaine. À ce sujet, notons que de par ses liens avec le NMP, la GQ accorde une importance considérable à la gestion par résultat, à la clientélisation et à la marchandisation des biens et des services au nom d'une efficacité apparemment «sans saveur» mais, en fait, souvent à courte vue et établie sur une logique de marché économique. En l'occurrence, dans l'hypothèse d'un ancrage à peu près intégral des principes et des modes d'action de la GQ dans les CHP, nous avons montré que cette démarche tend à encourager des initiatives allant à contresens des objectifs sociaux et de longue portée associés aux approches populationnelles en matière de services sanitaires. En bref, si les difficultés d'ancrage de la GQ sont perçues par les tenants de cette démarche comme une dysfonction et un problème à résoudre, par contraste, nous n'écartons pas l'idée que l'enracinement intégral des principes de cette approche (ou d'approches qui s'y apparentent) dans certains milieux organisationnels puisse s'avérer tout autant problématique. Bref, en ce qui nous concerne, le débat sur la pertinence d'introduire la GQ – du moins, dans sa forme actuelle – à l'intérieur d'organisations publiques comme les CHP, demeure ouvert.

Pour la suite des choses, nous souhaitons continuer l'étude de l'évolution de la pratique de la GQ dans les CHP, notamment quant au devenir de ses processus d'ancrage. Par exemple, nous voulons savoir si les démarches qualité continueront à se limiter, sauf exception, à de l'ancrage par normalisation ou si elles tendront de plus en plus à déboucher sur un ancrage par différenciation. Nous chercherons aussi à déterminer si les difficultés particulières à ancrer la GQ par cette seconde forme d'enracinement sont surtout attribuables à des facteurs transitoires d'apprentissage organisationnel (ce qui devrait permettre tôt ou tard l'éclosion de démarches

¹⁷ Pendant que les établissements et le réseau socio-sanitaires connaissent de graves difficultés chroniques d'ordres budgétaire et organisationnel ainsi que dans leur capacité limitée à répondre à la demande croissante de services dans un contexte de vieillissement de la population ainsi que de hausse du coût des produits et des services de santé, «le système québécois de santé et de services sociaux présente l'image d'un édifice en rénovation perpétuelle» (Turgeon, Anctil et Gauthier 2003), dans lequel «les réformes se succèdent, avant que la mise en œuvre de la précédente n'ait été complétée et évidemment, bien avant que les résultats n'aient été obtenus» (Lamarche, 2008).

¹⁸ Entre 2003 et 2007 inclusivement, le pourcentage de CHP visités et évalués par le CCASS qui ont obtenu l'un ou l'autre des deux niveaux les meilleurs sur une gradation qualitative de cinq niveaux, s'élève à 89,9% (N.B. : Échelle des niveaux : #1. Certificat d'agrément sans suivi ; #2. Certificat d'agrément avec suivi sous forme de rapport ; #3. Certificat d'agrément avec suivi sous forme de visite supplémentaire ; #4. Certificat d'agrément avec suivi sous forme de rapport et de visite supplémentaire ; #5. Refus d'agrément) (Agrément Canada, 2008).

qualité intégrales soutenues par l'archétype du NMP) ou surtout à un blocage plus fondamental se rapportant à la difficulté de plusieurs gestionnaires à abandonner l'archétype conformiste au profit de l'archétype du NMP (auquel cas cela devrait tendre à faire perdurer la situation actuelle dans laquelle les démarches qualité ne sont dotées, au mieux, que d'une forme d'ancrage par normalisation). Par ailleurs, une étude plus poussée du site d'exception mentionné précédemment – qui semble doté d'une démarche avec ancrage par différenciation (où toute autre démarche semblable que nous découvrirons éventuellement dans d'autres sites) – pourrait bien donner des pistes de réponses à nos questions de recherche mais, cette fois, sous l'angle des facteurs qui favorisent l'émergence de cette seconde forme d'ancrage. Enfin, nous chercherons à savoir dans quelle mesure l'ancrage par différenciation, lorsqu'il se concrétise, tend à mettre fin à l'apparente relation d'exclusion réciproque entre les deux formes d'ancrage identifiées dans notre modèle et, dans l'affirmative, si ces deux formes d'enracinement tendent à s'insérer dans une démarche «intégrée» (fondée effectivement sur l'archétype du NMP) ou, au contraire, à se développer séparément dans deux démarches «parallèles» (basées, en réalité, sur la juxtaposition des archétypes conformiste et corporatiste et la marginalisation de l'archétype du NMP).

L'histoire étant toujours en marche, nous sommes d'avis que la question du potentiel et des limites du NMP mérite encore l'attention que nous prévoyons lui accorder au cours des prochaines années. C'est ainsi que notre équipe de recherche est actuellement à achever deux études complémentaires. La première concerne une vaste enquête pancanadienne dans laquelle nous cherchons à cerner les caractéristiques de base de la pratique de la GQ dans les CHP en comparant les résultats, entre autres, selon les différentes régions du Canada. La seconde porte sur un petit nombre d'études de cas en profondeur réalisées dans des CHP situés au Québec (incluant le site d'exception) afin de mieux comprendre les méandres du processus d'enracinement de démarches qualité en évolution.

Daniel Lozeau, professeur à l'École nationale d'administration publique (campus de Montréal), enseigne la pensée stratégique ainsi que la théorie de l'organisation et du management public. Ses recherches portent principalement sur l'étude critique concernant la pratique de la gestion de la qualité (GQ) au sein des hôpitaux publics dans le contexte de la montée du «nouveau management public». Il s'intéresse notamment aux difficultés d'ancrage de cette approche à travers la manifestation de rituels administratifs et la mise en évidence d'acteurs aux intérêts parfois divergents. Cet auteur adopte un point de vue qui dépasse le discours rationaliste et normatif dominant dans les écrits traitant de la GQ.

Références

Abrahamson, E. "Managerial Fads and Fashions : the Diffusion and Rejection of Innovations"; *Academy of Management Review* (1991); 16 (3), 586-612

Abrahamson, E., Rosenkopf, L. "Institutional and Competitive Bandwagon : Using Mathematical Modeling as a Tool to explore Innovation Diffusion"; *Academy of Management Review* (1993); 18 (3), 487-517

- Agrément Canada. “L’utilité et les répercussions de l’agrément dans le milieu des soins de santé : revue de la littérature” (2008);
http://www.accreditationcanada.ca/upload/files/pdf/Value%20of%20Accreditation_FR.pdf
(consulté le 8 avril 2009)
- Argyris, C., Schön, D.A. “Apprentissage organisationnel. Théorie, méthode et pratique”;
Bruxelles : De Boeck (2002); 384 p.
- Backoff, R.W., Nutt, P.C. “Organizational Publicness and its Implications for Strategic Management”; Division du secteur public de l'Academy of Management
(communication personnelle) (1990)
- Bartoli, A. “Le management dans les organisations publiques”; Paris : Dunod. (1997);
300 p.
- Bayad, M., Delobel, B., Ribau, N. “Les projets de qualité dans les hôpitaux publics en France: les perceptions des acteurs”; *Gestion* (2002); 27 (3), 100-112
- Beam, G. “Quality Public Management: What It Is and How It Can Be Improved and Advanced.”; Chicago: Burnham. (2001); 323 p.
- Beer, M., Eisenstat, R.A., Spector, B. “Why Change Programs Don’t Produce Change?”; *Harvard Business Review* (nov.-déc. 1990); 68 (6), 158-166
- Boiral, O. “ISO 9000 : Outside the Iroj Cage”; *Organization Science* (2003); 14 (6), 720-737
- Braybrooke, D., Lindblom, C. “A strategy of decision”; New York : The Free Press
(1970); 268 p.
- Brock, D. Powell, M.J., Hinings, C.R. “Restructuring the Professional Organizations: Accounting, Health Care and Law”; London : Routledge (1999); 259 p.
- Brown, J.H.U., Comola, J. “Improving Productivity in Health Care”; Boca Raton
(Floride): CRC Press (1988)
- Brunelle, Y. “La capitation régionale, une avenue d'intérêt ?”; *Planification-évaluation santé et services sociaux*; Sainte-Foy (Qué.) : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (1996)
- Brunsson, N. “The Organization of Hypocrisy”; New York : Wiley (1989)
- Cohen, D., McDaniel, R., Benjamin, F., Mary, C. et al. “A practice change model for quality improvement in primary care practice”; *Journal of Healthcare Management* (2004); 49 (3), 155-170

- Cohen, M. D., March, J.G., Olsen, J.P. "A Garbage Can Model of Organizational Choice"; *Administrative Science Quarterly* (1972); 17, 1-25
- Cole, R.E. "Market Pressures and Institutional Forces : The Early Years of the Quality Movement"; In R.E. Cole et W.R. Scott; *The Quality Movement & Organization Theory*; Thousand Oaks : Sage. (2000); 67-88
- Cole, R.E., Scott, W.R. "The Quality Movement & Organization Theory"; Thousand Oaks : Sage (2000); 425 p.
- Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. "Les solutions émergentes : rapport et recommandations"; Ministère de la santé et des services sociaux; Québec : Gouvernement du Québec (2000)
- Davis, D., Fisher, T. "Attitudes of middle managers to quality-based organisational change, *Managing Service Quality*" (2002); 12 (6), 405-413
- Dean, J.W., Bowan, D.E. "Management Theory and Total Quality: Improving Research and Practice through Theory"; *Academy of Management Review* (1994); 19 (3), 392-418
- De Gaulejac, V. "La société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social"; Paris : Seuil. (2005); 276 p.
- Denis, J.-L., Langley, A., Lozeau, D. "Anatomie d'un outil de gestion: la planification stratégique dans les organisations publiques de santé"; *Sciences sociales et santé* (1992); 10 (1), 93-119
- Denis, J.-L., Langley, A., Lozeau, D. "Les paradoxes de la planification stratégique dans le secteur public"; *Optimum* (1993); 24 (1), 33-45
- Derber, C., Schwartz, W. "Des hiérarchies à l'intérieur de hiérarchies: Le pouvoir professionnel à l'œuvre"; *Sociologie et sociétés* (1988); 20 (2), 55-76
- DiMaggio, P.J., Powell, W.W. "The Iron Cage Revised : Institutionnal Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields", *American Sociological Review* (1983); 48, 147-160
- Easton, G.S., Jarrell, S.L. "The Effets of Total Quality Management on Corporate Performance: An Empirical Investigation"; In R.E. Cole et W.R. Scott.; *The Quality Movement & Organization Theory*; Thousand Oaks : Sage. (2000); 237-270
- Éthier, G. "La qualité totale: une panacée du secteur public?"; Ste-Foy (Qué.): Presses de l'université du Québec (1994); 220 p.

- Farquhar, C.R. "Focussing on the Customer: A Catalyst for Change in the Public Sector"; Ottawa: Conference Board of Canada (1993); 58 p.
- Ferlie, E. "Quasi Strategy: Strategic Management in the Contemporary Public Sector"; In : A. Pettigrew, H. Thomas, R. Whittington; *Handbook of Strategy and Management*; London: Sage. (2002); 279-298
- Ferlie, E., Lynn, L.E., Pollitt, C., "The Oxford Handbook of Public Management"; Oxford : Oxford University Press, (2005); 789 p.
- Forcioli, P. "Le Budget de l'hôpital"; Paris : Masson (1999)
- Freidson, E. "Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care"; New York: Atherton Press (1970)
- Freidson, E. "Professional Powers: A study of Institutionalization of Formal Knowledge"; Chicago: University of Chicago Press (1986)
- Georgsdottir, A.S. Getz, I. "How Flexibility Facilitates Innovation and Ways to Manage it in Organizations"; *Creativity and Innovations Management* (2004); 13 (3), 166-174
- Greenhalgh, T., Robert, G., Bate, P., Kyriakidou, O., Macfarlans, F. "Diffusion of Innovations in Service Organizations : Systematic Review and Recommendations"; *The Milbank Quarterly* (2004); 82 (4), 581-629
- Greenwood, R., Hinings, C.R. "Understanding Radical Organizational Change: Bringing Together New and Old Institutionalism"; *Academy of Management Review* (1996); 21 (4), 1022-1055
- Hackman, J., Wageman, R. "Total Quality Management: Empirical, Conceptual, and Practical Issues"; *Administrative Science Quarterly* (1995); 40 (2), 319-342
- Hansson, J., Klefsjö, B. "A core value model for implementing total quality management in small organizations"; *The TQM Magazine* (2003); 15 (2), 71-87
- Harrington, H.J. "Le nouveau management selon Harrington : gérer l'amélioration totale"; Montréal : Transcontinental (1997); 593 p.
- Ingraham, P.W. "La gestion de la qualité dans le secteur public: perspectives et dilemmes"; In B.G. Peters et D.J. Savoie; *Les nouveaux défis de la gouvernance*; Ottawa : Centre canadien de gestion (1995); 217-237
- Javidan, M., Dastmalchian, A. "Why Planning in State Enterprises Doesn't Work"; *Long Range Planning* (1988); 21 (3), 98-104

- Johnson, D. "Adaptation of organizational change models to the implementation of quality standards requirements"; *International Journal of Quality & Reliability Management* (2004); 21 (2), 154-174
- Kélada, J. "Qualité Totale: amélioration continue et réingénierie" Pierrefonds : Éditions Quafec (2000); 480 p.
- Kitchener, M. "All Fur Coat and No knickers: Contemporary Organizational Change in United Kingdom" (1999); In: D. Brock, M. Powell et C.R. Hinings; *Restructuring the Professional Organizations: Accounting, Health Care and Law*; London : Routledge; 183-199
- Kochan, T.A., Rubinstein, S. "Human Ressource Policies and Quality. From Quality Circles to Organizational Tranformation"; In R.E. Cole et W.R. Scott. *The Quality Movement & Organization Theory*; Thousand Oaks : Sage (1999); 387-399
- Koenig, G. "L'apprentissage organisationnel : repérage des lieux"; *Revue française de gestion* (2006); 32, 293-306
- Kotter, J.P. "Eight Steps to Transforming your Organisation A synopsis of «Leading Change»: Why Transformation Efforts Fail" (2005); www.aboutit.co.nz/ianda/Transform%5B36kb%5D.doc (consulté le 22/06/2005)
- Lamarche, P.A. "De la conception à l'action : le point de vue d'un réformateur du système de santé québécois" ; In : P. Laborier, P. Noreau, M. Rioux, G. Rocher, *Les réformes en santé et en justice. Le droit et la gouvernance* ; Québec : Les Presses de l'Université Laval (2008); 77-82
- Lathrop, J.P. "Restructuring Health Care : The Patient-Focused Paradigm"; Francisco: Jossey-Bass (1993)
- Leonard, D., McAdam, R. "An Evaluative Framework for TQM Dynamics in Organizations"; *International Journal of Operations & Production Management* (2003); 23 (6), 652-677
- Llorens-Montez, J.F., Verdu-Jover, A.J., Garcia-Morales, V.J. "Flexibility, Fit and Innovative Capacity : an an Empirical Examination "; *International Journal of Technology Management* (2005); 30 (1), 131-146
- Lonti, Z., Verma, A. "The déterminants of Flexibility and Innovsntion in the Government Workplace : Recent Evidence from Canada"; *Journal of Publcic Administration Research and Theory* (2003); 13 (3), 283-310

- Lozeau, D. "L'effondrement tranquille de la gestion de la qualité: résultats d'une étude réalisée dans douze hôpitaux publics au Québec", *Ruptures* (1996); 3 (2), 187-208
- Lozeau, D. "Étude critique de la pratique de la gestion de la qualité dans des hôpitaux au Québec"; Thèse de doctorat en administration, Montréal, UQAM (1997)
- Lozeau, D. "Des rituels et des hommes : la gestion de la qualité en milieu hospitalier au Québec"; *Administration publique du Canada* (1999); 42 (4), 542-565
- Lozeau, D. "Les chemins tortueux de la gestion de la qualité dans les hôpitaux publics au Québec", *Revue internationale de gestion* (2002); 27 (3), 113-122
- Lozeau, D. "Le labyrinthe de la gestion de la qualité : entre l'enlisement d'une démarche et l'enracinement d'un archétype" (2005) ; In : P. Joffre, C. Rouillard et L. Lemire; *Gestion privée et management public : une perspective québécoise et française*; Colombelles (France) : EMS, Management et Société (2005); 171-202
- Lozeau, D., Denis, J.-L., Langley, A. "La diffusion d'une innovation portant les germes de son plafonnement : la réutilisation des hémodialyseurs au Québec", *Administration publique du Canada* (2001); 44 (3), 292-319
- Lozeau, D., Langley, A., Denis, J.-L. "The Corruption of Managerial Techniques by Organizations"; *Human Relations* (2002); 55 (5), 537-564
- March, J.G., Olsen, J.P. "Ambiguity and Choice in Organizations"; Bergen: (Norvège): Universitetsforlaget (1976); 408 p.
- Meyer, J. "Rationalized Environments"; In: W.R. Scott et J.W. Meyer. *Institutional Environments and Organizations: Structural Complexity and Individualism*; Thousand Oaks (Ca.): Sage (1994); 28-54
- Meyer, J. W., Rowan, B. "Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony"; *American Journal of Sociology* (1977); 83, 340-363
- Mintzberg, H. "Structure et dynamique des organisations" ; Paris : Éditions d'Organisation (1982); 434 p.
- Mintzberg, H., Ahlstrand, B., Lampel, J. 2e éd. "Safari en pays stratégie. L'exploration des grands courants de la pensée stratégique"; Paris : Village mondial (2005); 423 p.
- Montanari, J.R., Bracker, J.S. "The strategic Management Process at the Public Planning Unit Level"; *Strategic Management Journal* (1986); 7, 251-265
- Morgan, C., Murgatroyd, S. "Total Quality Management in the Public Sector: A International Perspective"; Philadelphie: Open University Press (1994)

- Morton, L.W. "Health Care Restructuring: Market Theory vs Civil Society"; Westport (Conn): Auburn House (2000)
- Nguyen, N. "Gestion de la qualité"; Montréal : Chenelière éducation. (2006) 527 p.
- Oliver, C. "Strategic Responses To Institutional Processes"; *Academy of Management Review* (1991); 16 (1), 145-179
- Osborne, D.E., Gaebler, T. "Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector"; Reading (Ma) : Addison-Wesley (1992)
- Paquette, J. "Nouvelle gestion publique et identités professionnelles : crise et recomposition identitaire dans le secteur culturel. Le cas des communicateurs des sciences de Science Nord" ; Thèse de doctorat, ÉNAP (2008)
- Pauchant, T. "La quête de sens et le déni de la mort». In : *La quête du sens : gérer nos organisations pour la santé des personnes, de nos sociétés et de la nature* ; Montréal : Presses du HEC (1996); 139-162
- Pfeffer, J., Salancik, G.R. "The External Control of Organizations: A Ressource Dependence Perspective"; New York: Harper & Row (1978); 300 p.
- Poirier, C. "Responsabilité médicale et activités des services d'urgence" ; Cahiers hospitaliers (1999); 151, 23-32
- Powell, M., Brock, D., Hinings, C.R. "The Changing Professional Organization"; In : D. Brock, M. Powell et C.R. Hinings; *Restructuring the Professional Organizations: Accounting, Health Care and Law*; London : Routledge (1999); 1-19
- Quinn, J. B. "Strategies for Change: Logical Incrementalism"; Homewood (Ill.): Irwin (1980)
- Radin, B.A., Coffee, J.N. "A Critic of TQM: Problems of Implementation in the Public Sector"; *Public Administration Quaterly* (1993); (17) 1, 42-54
- Rago, W.V. "Adapting Total Quality Management (TQM). to Government: Another Point of View"; *Public Administration Review* (1994); 54 (1), 61-64
- Redman, T., Mathews, B., Wilkinson, A., Snape, E. "Quality Management in Services: is the Public Sector Keeping pace?"; *International Journal of Public Sector Management* (1995); 8 (7), 21-34
- Rushing, W. "Differences in Profit and Nonprofit Organizations: A Study of Effectiveness and Efficiency in General Short-Stay Hospital"; *Administrative Science Quaterly* (1974); 19 (4), 474-484

- Sampieri, N. "Le développement potentiel de la logistique hospitalière : des enjeux pour l'amélioration de la qualité" ; *Gestions hospitalières, Cahier gestions hospitalières*; (1999) ; 155, 449-453
- Stahr, H. "Developing a culture of quality within the United Kingdom healthcare system"; *International Journal of Health Care Quality Assurance* (2001); 14 (4), 174-180
- Swiss, J.E. "Adapting Total Quality Management (TQM) to Government"; *Public Administration Review* (1992); 52 (4), 356-362
- Thompson, J.D. "Organizations in Action"; N.Y. : McGraw-Hill (1967); 192 p.
- Thompson, J.R. "Quasi Market and Strategic Change in Public Organizations"; In: J.L. Brudney, L.J.Jr. O'Toole, H.G. Rainey; *Advancing Public Management: New Developments in Theory, Methods, and Practice*; Washington (D.C.): Georgetown University Press (2000); 197-214
- Turgeon, J., Anctil, H., Gauthier, "Le ministère et le réseau: continuité ou rupture?"; In : V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin, G. Bélanger; *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux* (2e éd.); Québec : Les Presses de l'Université Laval (2003) ; 93-117
- Westphal, J.D., Gulati, R., Shortell, S.M. "Customization or Conformity: An Institutional and Network Perspective on the Content and Consequences of TQM"; *Administrative Sciences Quarterly* (1997); 42 (2), 366-394
- Yang, C.C. "The Establishment of a TQM system for the Health Care Industry"; *The TQM Magazine* (2003); 15 (2), 93-98
- Younis, T., Bailey, S.J., Davidson, C. "L'application au secteur public de la gestion de la qualité totale"; *RISA* (1996); 3, 445-461
- Zbaracki, M.J. "The Rhetoric and Reality of Total Quality Management"; *Administrative Science Quarterly* (1998); 43, 602-636