

Nouvelles pratiques sociales



Le difficile ancrage de la gestion de la qualité dans les hôpitaux publics

Écart et cohabitation entre trois archétypes organisationnels

Daniel Lozeau

Volume 22, numéro 2, printemps 2010

Pratiques sociales et pratiques managériales : des convergences possibles ?

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/044220ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/044220ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

0843-4468 (imprimé)

1703-9312 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Lozeau, D. (2010). Le difficile ancrage de la gestion de la qualité dans les hôpitaux publics : écart et cohabitation entre trois archétypes organisationnels. *Nouvelles pratiques sociales*, 22(2), 66–82. <https://doi.org/10.7202/044220ar>

Résumé de l'article

Dans le contexte de la montée de l'archétype de la Nouvelle gestion publique (NGP), nous avons amorcé des études sur la pratique de la gestion de la qualité (GQ) et son évolution dans des centres hospitaliers publics (CHP). Nos premiers résultats empiriques ont révélé des démarches qualité qui se limitent généralement à la mise en place d'activités administratives axées sur la conformité. Or, la découverte récente d'un CHP où l'ancrage de la GQ semble s'être étendu au personnel de la base (dont les cliniciens) sous l'aspect de projets qualité originaux résultant de leur habilitation en milieu organisationnel nous oblige à revoir les conclusions initiales de nos recherches ainsi que la modélisation des rapports entre les archétypes bureaucratique, professionnel et de la NGP dans les CHP.

Le difficile ancrage de la gestion de la qualité dans les hôpitaux publics

Écarts et cohabitation entre trois archétypes organisationnels

Daniel LOZEAU

École nationale d'administration publique

Dans le contexte de la montée de l'archétype de la Nouvelle gestion publique (NGP), nous avons amorcé des études sur la pratique de la gestion de la qualité (GQ) et son évolution dans des centres hospitaliers publics (CHP). Nos premiers résultats empiriques ont révélé des démarches qualité qui se limitent généralement à la mise en place d'activités administratives axées sur la conformité. Or, la découverte récente d'un CHP où l'ancrage de la GQ semble s'être étendu au personnel de la base (dont les cliniciens) sous l'aspect de projets qualité originaux résultant de leur habilitation en milieu organisationnel nous oblige à revoir les conclusions initiales

de nos recherches ainsi que la modélisation des rapports entre les archétypes bureaucratique, professionnel et de la NGP dans les CHP.

In the context of the rise of the New Public Management (NPM), we have initiated studies on the evolution of quality management (QM) practice in public hospital (PH). Our first empirical results have shown that quality processes are generally limited to the establishment of administrative activities for compliance. However, since the discovery of a QM program widely spread among empowered staff (including clinicians) in original quality projects, led us to review our initial findings but also modeling relations between professional, bureaucratic, and NPM archetypes in PH.

INTRODUCTION

Bien qu'en peu d'années, la gestion de la qualité (GQ) – liée à la Nouvelle gestion publique (NGP)¹ – ait réussi à se diffuser officiellement dans presque tous les centres hospitaliers publics (CHP) du Québec et que, la plupart du temps, ces démarches répondent aux normes d'agrément du CCASS², nos recherches révèlent qu'elles connaissent des difficultés chroniques d'ancrage (Lozeau, 1997). Parmi les auteurs qui admettent l'existence d'obstacles à l'ancrage de la GQ dans les organisations, plusieurs en attribuent la cause au peu d'engagement des dirigeants à l'égard de cette approche alors que, pourtant, une telle implication est considérée *sine qua non* à toute démarche qualité (Beam, 2001; Harrington, 1997; Kélada, 2000; Nguyen, 2006). Devant la dérive analogue de nombreuses planifications stratégiques, Mintzberg, Ahlstrand et Lampel (2005) proposent d'inverser les termes du problème en posant que le peu d'implication des dirigeants découlerait plutôt des contradictions engendrées par cette approche. En serait-il de même de la GQ? Par ailleurs, des critiques suggèrent qu'à l'instar d'autres approches managériales la GQ est une gestion axée sur la satisfaction *hic et nunc* de clients atomisés (Ferlie, 2002; Morton, 2000) plutôt que sur l'intérêt public des citoyens en matière de santé et de services sociaux. Dans le texte qui suit, nous présenterons les assises d'un modèle qui, pour la première fois,

1. La NGP est un mouvement issu du secteur privé qui fait la promotion des valeurs, des pratiques et des intérêts du management (managérialisme) lorsque appliqué dans les organisations publiques.

2. Le CCASS (Conseil canadien d'agrément des services de santé, récemment rebaptisé « Agrément Canada ») est un organisme indépendant qui accorde à des organisations un agrément conditionnel à la réussite d'un processus d'évaluation périodique *in situ* accompli par des pairs représentant cet organisme.

aborde l'écart opposant les principes de la GQ et la dynamique des CHP ainsi que les stratégies de réduction de cet écart, dont celles qui favorisent l'ancrage de cette approche dans ces organisations.

ÉCARTS ENTRE LA GQ ET LES CHP

Devant un courant aux racines enchevêtrées (Dean et Bowan, 1994; Hackman et Wageman, 1995; Harrington, 1997; Ingraham, 1995; Kélada, 2000; Nguyen, 2006), nous nommons «GQ» (ou démarche qualité) un ensemble d'éléments décrits par les «pères» du mouvement qualité – Crosby, Deming, Juran, Feigenbaum et Ishikawa –, tout en tenant compte de la signification qu'accordent les acteurs à cette approche dans leur milieu. Mais, au-delà des prescriptions souvent adressées aux praticiens (tels les 14 points de Deming), il n'existe pas une théorie unifiée de la GQ ralliant les scientifiques (Nguyen, 2006). Notons Cole et Scott (2000) qui suggèrent six théories différentes pour l'étude des changements entraînés par la GQ (dont le néo-institutionnalisme et l'apprentissage organisationnel auxquels nous ferons parfois appel).

Revenons à la GQ que nous déclinons selon trois dimensions. 1) La «conformité» à des normes par le contrôle de la qualité axé sur la prévention plutôt que la correction, l'assurance qualité qui consiste à garantir la prestation d'un service au client et l'appréciation de la qualité pour déterminer les améliorations à effectuer. 2) L'«orientation client» visant sa satisfaction, favorisée par une structure décloisonnée répondant à des catégories de clients (plutôt qu'à des fournisseurs de services) où chaque membre du personnel destine le résultat de son travail à un client externe ou interne. 3) Finalement, l'«excellence», liée au principe d'amélioration continue, s'actualise par l'appropriation des processus de travail et la formation par habilitation (*empowerment*) du personnel rendues possibles par un style de gestion post-bureaucratique soutenant l'innovation³. De l'application systématique des principes de la GQ à chaque étape du processus de production résulterait la «qualité totale» (Cole et Scott, 2000; Harrington, 1997; Kélada, 2000; Nguyen, 2006; Stupak et Leitner, 2001). Bien que généralement développée 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; 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 dites «exemplaires», axées sur l'utilisation

3. Le concept d'excellence en gestion est sujet à critique (De Gaulejac, 2005; Pauchant, 1996), car ses promoteurs tendent à négliger les dérives s'y associant (dont l'épuisement professionnel).

optimale des ressources selon des critères d'efficacité, d'efficacités et de rationalité économique et appelant l'adhésion du personnel (De Gaulejac, 2005; Ferlie et Geraghty, cités dans Ferlie, Lynn et Pollitt, 2005). La GQ participe aussi à un mouvement de valorisation des gestionnaires qui aspirent à plus de légitimité et de pouvoir par rapport aux groupes experts (tels les cliniciens) et aux acteurs politiques.

Quant aux CHP, ils se caractérisent par leur structure duale. Ainsi, les administrateurs, la plupart des groupes cliniciens et le personnel non clinique baignent dans un milieu bureaucratique, hiérarchisé et lourdement réglementé, où peu d'espace est accordé aux initiatives (Bartoli, 1997; Forcioli, 1999; Lozeau, 2005; Poirier, 1999; Sampieri, 1999). Mais pour les médecins, le CHP est centré sur les valeurs professionnelles d'expertise, de collégialité et d'autonomie propres à ces fournisseurs de services (Mintzberg, 1982). À la frontière de cette dualité bureaucratique et professionnelle réside une fracture des identités propice aux mésententes et aux rapports de forces entre médecins et administrateurs (Derber et Schwartz, 1988; Mintzberg, Ahlstrand et Lampel, 2005). Dans ce contexte, les divergences qui opposent les principes de la GQ et la dynamique des CHP semblent d'autant plus difficiles à résoudre qu'elles ne font que s'ajouter à des tensions internes déjà existantes (De Gaulejac, 2005; Meyer, 1994; Meyer et Rowan, 1977).

Les CHP font aussi partie d'un réseau public de services de santé où l'ampleur des enjeux budgétaires, technologiques et de santé publique touchant les usagers et citoyens expose les dirigeants de ces organisations à l'instrumentalisation politique de leurs processus de gestion (par exemple lorsqu'une technique est utilisée par une administration pour faire étalage de ses activités afin de satisfaire les exigences d'une instance supérieure plutôt que pour des fins strictes d'efficacité interne) [Backoff et Nutt, 1990; Denis, Langley et Lozeau, 1993; Javidan et Dastmalchian, 1988; Lozeau, 1997; Lozeau, Langley et Denis, 2002; Redman *et al.*, 1995; Rushing, 1974; Swiss, 1992]. Qui plus est, si la quête de la satisfaction du client payeur (en vue de sa fidélisation) importe lorsqu'en dépend la survie d'une organisation à but lucratif évoluant dans un marché concurrentiel, il en est autrement d'un CHP en position de monopole, distribuant des services à des usagers non payeurs et en surnombre, alors même que l'établissement subit de dures restrictions budgétaires. Tout cela contribue à marginaliser le poids politique des usagers-clients (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 orienter l'attention vers le client en concordance avec les prescriptions de la GQ? Une option serait de s'inspirer du système de santé américain, fondé sur la concurrence et voué, en principe, à la

satisfaction du client-roi. Or, ce système privilégie les patients payeurs fortunés (De Gaulejac, 2005) requérant les services coûteux d'une médecine spécialisée soutenue par une industrie biomédicale hautement lucrative. Une option alternative serait de créer des marchés mettant en compétition interne des services publics (Osborne et Gaebler, 1992) afin de remettre le pouvoir aux utilisateurs (Thompson, 2000). Les établissements, payés par un fonds public selon les mouvements d'usagers vers tel service plutôt que tel autre, lutteraient pour s'attirer cette clientèle et obtenir le budget correspondant. Si ce système a le mérite de ne pas désavantager les moins nantis, il est par contre rigide, compliqué à gérer et repose, là encore, sur des renforcements économiques à court terme favorisant une médecine curative de pointe antinomique avec une approche populationnelle des services sociosanitaires. Ainsi, loin d'être socialement neutre, la quête de la satisfaction du client, convergente avec la NGP et au cœur de la GQ (De Gaulejac, 2005), apparaît peu compatible avec la mission des CHP, du moins lorsque cette quête sert à des fins qui débordent l'efficacité opérationnelle.

ÉTUDES EMPIRIQUES⁴

Nos recherches empiriques au Québec nous ont conduit à formuler de nouvelles hypothèses sur l'évolution de la pratique de la GQ et les conditions favorables à son ancrage dans des CHP. Une première étude a été effectuée à l'aide d'entrevues semi-dirigées auprès du responsable de la GQ dans 13 CHP (sites) de la région de Montréal, afin de dresser un portrait de la pratique de cette approche (Lozeau, 1996). De là, nous avons effectué un total de 31 entrevues auprès d'un échantillon représentatif de gestionnaires, cliniciens et autres employés impliqués dans la GQ des deux sites ($n_1 = 19$, $n_2 = 12$) où cette démarche apparaissait la plus avancée (Lozeau, 1997, 1999). Il ressort que si les CHP étudiés ont presque tous obtenu un agrément, leur GQ s'est souvent heurtée à l'inertie interne de nombre d'acteurs et s'est enlisée dans des rituels bureaucratiques. Dans quelques CHP, plusieurs cadres se sont surtout livrés à des activités d'appréciation de la qualité et de conformité. Dans d'autres CHP, c'est le responsable de la GQ qui a dû mettre sur pied la démarche et initier des activités de formation et d'information en compagnie d'une poignée de convaincus, tandis que la plupart des administrateurs se contentaient de produire ponctuellement des documents pour satisfaire aux exigences de l'organisme d'agrément, les périodes d'intense activité se résumant au branle-bas des préparatifs de la visite des représentants du CCASS. Quelques démarches conformes à l'orthodoxie des principes de la GQ ont rapidement avorté alors que des projets originaux

4. La méthodologie de recherche et les choix épistémologiques sont précisés dans les articles cités.

et novateurs, développés par essais et erreurs, ont eu un succès local à la suite de l'habilitation du personnel, mais n'ont pu se diffuser dans un milieu organisationnel peu réceptif (par exemple le service de la salubrité du CHP Oméga; Lozeau, 1997). Les infirmières, pour leur part, se sont impliquées dans des activités d'appréciation de la qualité à l'intérieur du cadre proposé par l'organisme d'agrément, mais parfois en n'adoptant que le vocabulaire de la démarche qualité qu'elles ont plaqué sur leur processus habituel d'appréciation clinique. Enfin, certains administrateurs et plusieurs médecins sont restés discrètement à l'écart de la GQ (Lozeau, 1997, 1999). D'autres écrits témoignent aussi de problèmes liés à la pratique de la GQ: scepticisme du personnel voyant en la GQ une nouvelle forme de contrôle managérial (Yang, 2003); faible implication des gestionnaires (Beer, Eisenstat et Spector, 1990; Leonard et McAdam, 2003); diffusion superficielle de GQ fondées que sur de la rhétorique (Zbaracki, 1998).

Cinq ans plus tard, nous avons interviewé de nouveau le responsable de la GQ dans les mêmes sites⁵ pour connaître l'évolution de la situation. Partant de notre analyse des « écarts » opposant les principes de la GQ à la dynamique des CHP et de nos résultats empiriques, nous avons utilisé un modèle de scénarios de réduction de tels écarts afin de spécifier les conditions d'ancrage de cette approche (Lozeau, Langley et Denis, 2002). Les deux premiers scénarios impliquent un changement substantiel du CHP induit par une GQ en voie d'ancrage: 1) la « transformation » (insertion intégrale des principes de la GQ dans un CHP en changement); 2) l'« adaptation mutuelle » (ajustement *ad hoc* de la GQ et du CHP selon leurs particularités propres). Les deux derniers scénarios n'impliquent pas un changement substantiel du CHP induit par une GQ qui ne s'ancre pas: 3) le « couplage ritualisé » (réduction ritualisée de l'écart entre le CHP et une GQ superficielle); 4) la « corruption » (détournement de la GQ par la dynamique du CHP).

Notre seconde étude empirique montre que, dans la majorité des sites, la GQ reposerait encore sur le mimétisme d'acteurs en quête d'une conformité fabriquée ne se manifestant que lors de la visite des représentants du CCASS (couplage ritualisé). Dans d'autres CHP, la GQ serait aussi axée sur des activités de conformité, mais adaptées aux pratiques bureaucratiques courantes des analystes et administrateurs (adaptation mutuelle). Cependant, nous avons découvert un site d'exception où la GQ se serait ancrée dans les pratiques quotidiennes de gestion mais aussi dans des activités d'amélioration continue touchant aux processus de production de services. Bien que les initiatives de cette démarche aient été au départ peu cohérentes et ponctuées de reculs autant que d'avancées (par exemple l'emploi de symboles et de discours emphatiques sur les vertus de la GQ qui se sont révélés peu crédibles aux

5. Autant que possible (compte tenu des fusions et fermetures de CHP imposées par l'État).

yeux du personnel), des apprentissages réalisés par le truchement de divers éléments managérialistes – dont la GQ – ont graduellement convergé les uns vers les autres. Par exemple, cela a mené à créer une structure par programmes clientèle, chacun chapeauté par deux codirecteurs, dont un médecin (arrangement négocié entre la direction et son corps médical consolidant la structure bicéphale du CHP tout en enchâssant l'une des dimensions de la GQ: l'orientation client). En bref, l'ancrage de cette GQ semble avoir été le siège de plusieurs initiatives originales qui ont germé par et pour la base du CHP, plutôt que par la seule logique bureaucratique de conformité à une autorité. Notons que le climat d'insécurité alimenté par la menace externe de voir le CHP perdre sa mission universitaire en recherche et en enseignement a permis à la GQ de s'insérer dans une stratégie de positionnement organisationnel, ce qui a aussi contribué à son ancrage (Lozeau, 2002, 2005). Par ailleurs, ajoutons que nombre d'auteurs récents concluent que l'ancrage de la GQ semble facilité par l'intégration de cette démarche dans un courant de changement plus vaste (Beer, Eisenstat et Spector, 1990; Cohen *et al.*, 2004; Greenhalgh *et al.*, 2004; Hansson et Klefsjö, 2003; Johnson, 2004; Joss *et al.*, 1994, cités dans Stahr, 2001; Yang, 2003) et par son adaptation à un milieu organisationnel également adaptable (Georgsdottir et Getz, 2004; Greenhalgh *et al.*, 2004; Hansson et Klefsjö, 2003; Joss *et al.*, 1994, cités dans Stahr, 2001; Kotter, 2005; Llorens-Montez, Verdu-Jover et Garcia-Morales, 2005; Lonti et Verma, 2003).

VERS LE CONCEPT D'ARCHÉTYPE

Avant de présenter notre modélisation, il nous reste à saisir la nature du terreau d'où surgissent les identités et les valeurs des acteurs afin de mieux comprendre leur degré d'ouverture aux principes, à la pratique et, donc, à l'ancrage de la GQ dans les CHP. Ce terreau serait constitué de représentations institutionnalisées (idées valorisées dans la société) dont quelques-unes traverseraient les organisations en les rendant plus réceptives à certaines initiatives. Par exemple, Cole (2000) et Easton et Jarrell (2000) remarquent que lorsque la gouvernance d'une société est plutôt participative, cela accroît la diffusion de pratiques telles que les cercles de qualité dans les organisations. De même, l'adoption de valeurs liées à la modernité constitue un moteur de changement dans les sociétés tournées vers la rationalité et l'amélioration (Meyer, 1994). L'ancrage d'une démarche qualité serait aussi favorisé lorsque ce processus s'insère dans une organisation où les acteurs sont en quête de solutions coïncidant avec une telle initiative (voir le « *garbage can model* » de Cohen, March et Olsen, 1972) ou lorsque les principes de cette démarche s'inscrivent dans l'air du temps quant au sens et à la valeur que les acteurs accordent au concept générique de « qualité » (Cole et Scott, 2000).

Les valeurs et principes de fonctionnement d'une organisation tendent à s'agglutiner de façon plus ou moins évolutive dans ce que d'aucuns nomment « configurations » (Mintzberg, 1982; Mintzberg, Ahlstrand et Lampel 2005), « paradigmes » (Lathrop, 1993) ou encore « archétypes » (Greenwood et Hinings, 1996; Kitchener, 1999; Lozeau, Langley et Denis, 2002; Powell, Brock et Hinings, 1999). Par « archétype organisationnel » (ou « archétype »), Greenwood et Hinings (1996) entendent un ensemble de structures, processus et (nous ajoutons) routines auquel se rattacherait un « schème interprétatif » collectivement construit et partagé par des acteurs. Ce système idéationnel, qui renforce des valeurs et un sens à donner aux événements et aux actions de l'organisation, s'organise à partir de matériaux actuels ou sédimentés de ce milieu. La diffusion d'un archétype dans un champ d'organisations favorise leur isomorphisme (DiMaggio et Powell, 1983). Enfin, si un archétype couvre plusieurs organisations, une organisation donnée peut abriter plus d'un archétype. Ainsi, plusieurs organisations (universités, hôpitaux, etc.) sont décrites comme bureaucratiques et professionnelles (Mintzberg, 1982).

NOUVELLE MODÉLISATION

Spécificité du modèle. Nous avons développé un nouveau modèle qui situe dorénavant les conditions d'ancrage de la GQ dans un CHP polyarchétypal plutôt que de considérer ce milieu comme un tout indifférencié (ce que faisait le modèle précédent). Nous y distinguerons trois archétypes (définis plus bas) sur lesquels reposeront cinq types de GQ et deux formes d'ancrage relatives à cette démarche. Évitant d'adopter une position normative, nous cherchons à mieux comprendre les impacts de la NGP sur la dynamique des organisations publiques selon une perspective critique et par le biais d'une situation type : l'introduction de la GQ dans des CHP.

Dynamique du modèle. Nous montrerons que si les archétypes organisationnels se distinguent par la nature des motifs – intrinsèques ou extrinsèques – qui poussent les acteurs à manifester de l'intérêt pour « la qualité », ces archétypes se superposent en partie au plan des activités réalisées sur le terrain. Cela crée des « espaces » où une activité donnée sera considérée acceptable par des acteurs adhérant à des archétypes différents, si leur schème interprétatif attribue à cette activité une fonction ou une finalité distincte, mais cohérente avec leur archétype respectif. Notre hypothèse est que ces superpositions, lorsqu'elles impliquent l'archétype managérialiste (défini ci-dessous), devraient constituer des occasions d'ancrage de la GQ dans les CHP (voir la figure 1).

D'abord, il y a l'«archétype managérialiste», étayé sur des motifs d'acteurs intrinsèques à la GQ et se référant à un management entrepreneurial prévalant dans un marché concurrentiel guidé par les résultats et la satisfaction des clients (Osborne et Gaebler, 1992). Cet archétype prône des gestionnaires plus autonomes et, concernant le secteur public, une séparation accrue entre les sphères politique et administrative pour limiter l'influence de la première sur la seconde (car selon l'idéologie managérialiste, la rationalité est d'abord l'apanage de la gestion et de leurs outils techniques).

Puis, il y a l'«archétype bureaucratique», déployé sur une culture de conformité à des règles, normes et procédés répondant aux demandes d'autorités légitimées et fournisseuses de ressources vitales (économiques, légales et symboliques). Cette culture est soudée à un monde administratif qui élève la conformité au rang de finalité, voire de succédané à une éthique. Malgré sa lourdeur, la mise en place de procédures techniques rigides et routinières soutenant la gestion de ces normes est rapidement adoptée par les gestionnaires, par obéissance ou par habitude : ils sont en pays de connaissance. La GQ est donc conduite par des motifs extrinsèques (faire de la GQ pour être conforme), axés sur le contrôle et l'évaluation de normes tout en reléguant au second plan l'initiative entrepreneuriale, la quête de l'excellence et l'approche client (d'où un écart entre les archétypes bureaucratique et managérialiste). Il reste qu'une action de conformité peut aussi être perçue dans le prolongement de l'archétype managérialiste si elle est interprétée comme visant la qualité (être conforme pour faire de la GQ). Cela illustre comment la réduction de l'écart entre les grilles de lecture de deux archétypes sur une même action peut contribuer à l'ancrage de la GQ.

Enfin, il y a l'«archétype professionnel», associé à d'autres motifs extrinsèques à la GQ, qui se manifeste à travers l'action d'experts (surtout cliniciens) lorsque ceux-ci subordonnent la GQ à leurs intérêts spécifiques, colorés par une identité, une loyauté et une solidarité professionnelles qui dépassent le cadre organisationnel. Ils tendent à nourrir une aversion contre toute contrainte normative externe à leur groupe (d'où un écart opposant les archétypes professionnel et bureaucratique) ou toute remise en cause de leur logique de producteurs autonomes de services, par opposition à l'approche client (d'où un écart opposant les archétypes professionnel et managérialiste). Cela dit, des aspects de l'archétype managérialiste, tels que l'entrepreneuriat et l'amélioration continue, peuvent être interprétés convergents avec l'archétype professionnel malgré les inversions de finalités d'acteurs (faire de la GQ pour être autonome ou bien prendre des initiatives pour faire de la GQ). Cela montre encore comment la réduction de l'écart entre les grilles de lecture de deux archétypes par une même action peut mener à l'ancrage de la GQ.

De ces archétypes se profilent cinq types GQ. Les deux premiers types ne sont soutenus que par des motifs extrinsèques donnant sur le scénario de « corruption » et de nombreux rituels administratifs. Il en est ainsi de 1) la « GQ mimétique » lorsque des acteurs clés du CHP, surtout des gestionnaires, désirent se conformer aux pressions institutionnelles externes pour éviter d'être sanctionnés par des instances dont ils dépendent et parce que l'incertitude les incite à suivre le courant de diffusion de la GQ dans leur champ organisationnel. L'enjeu est de doter la démarche d'une image externe positive en se concentrant sur le processus d'agrément. Cette stratégie, inscrite dans l'archétype bureaucratique, engendre une GQ superficielle et discontinue. Quant à 2) la « GQ instrumentalisée », elle résulte de groupes d'acteurs aux motifs extrinsèques (liés à l'archétype professionnel) qui détournent cette démarche à des fins corporatistes. C'est le cas des CHP où les infirmières ont étendu leur influence en prenant en main le dossier de la GQ (par leur direction) et se sont impliquées en troquant leur vocabulaire professionnel pour celui de cette démarche, mais sans modifier leur pratique de nursing.

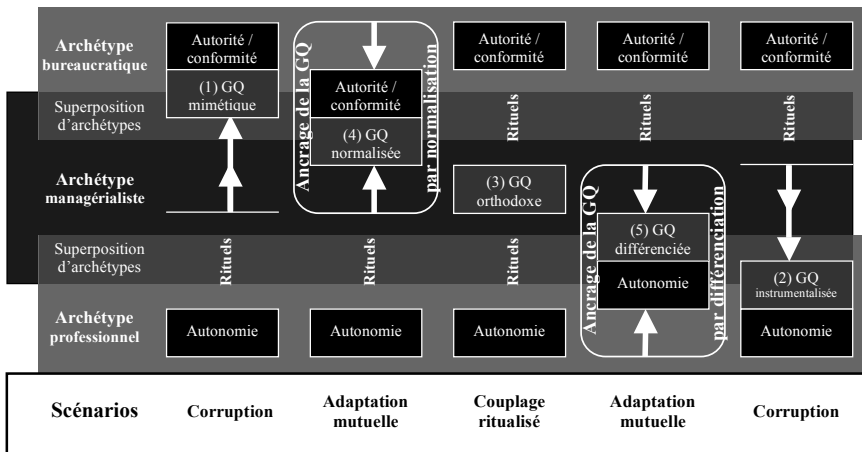
Par contraste, 3) la « GQ orthodoxe » est guidée par les motifs intrinsèques d'acteurs prônant la conversion de leur CHP à l'intégralité des principes de la GQ. Or, nos études empiriques montrent que lorsque les tenants de la GQ ne font appel qu'à la rationalité technico-administrative de l'archétype managérialiste pour amener rapidement les autres acteurs du CHP à prendre le « virage qualité » sans se soucier du contexte organisationnel, l'initiative tend à se confronter à la résistance passive de plusieurs groupes qui ont vite fait de la court-circuiter. Il en résulte des activités rituelles comblant artificiellement les écarts entre les archétypes (scénario de « couplage ritualisé ») et une démarche vouée à l'extinction (Lozeau, 1997, 1999).

Deux types de GQ supplémentaires s'articulent autour d'un rapprochement par « adaptation mutuelle » impliquant l'archétype managérialiste et l'un des deux autres archétypes du CHP, là où des groupes aux intérêts différents semblent s'entendre sur des actions communes facilitant 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 d'autorités favorisant une démarche qualité selon des paramètres de processus, de formats et de contenus. L'enjeu est d'accroître la crédibilité du CHP pour l'obtention de ressources : agrément, budgets, etc. La stratégie est alors de réduire l'écart entre les archétypes managérialiste et bureaucratique en effectuant des actions jugées cohérentes par les acteurs adhérant à l'un ou l'autre de ces deux archétypes pour faciliter l'ancrage de la GQ « par normalisation » (orienté vers l'analyse,

l'évaluation et le contrôle de gestion). Les acteurs les plus perméables aux pressions institutionnelles externes et ceux qui favorisent une culture de conformité devraient être les plus réceptifs à ce processus d'ancrage. Il en est des administrateurs du CHP (dont ceux qui sont très impliqués dans le réseau de la santé) ainsi que du personnel de la technostructure (Mintzberg, 1982), car ce type de GQ commande des tâches en continuité avec leurs activités habituelles de production de procédures et d'outils de contrôle. Par contre, nos données suggèrent que cette forme d'ancrage serait peu propice au développement d'initiatives *ad hoc*, en partie parce que les activités de normalisation requièrent beaucoup d'attention des acteurs engagés dans cette démarche. De plus, le caractère formaté de ce type de GQ 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 du CHP Oméga). Ainsi, un rapprochement entre les archétypes managérialiste et bureaucratique serait défavorable à un mouvement similaire avec l'archétype professionnel.

FIGURE 1
Modèle de réduction d'écart entre trois archétypes selon cinq types de GQ



D'autre part, il y a 5) la « GQ différenciée », induite par les motifs intrinsèques et extrinsèques d'acteurs qui cherchent à concilier les principes de la démarche qualité avec la dynamique professionnelle du CHP, là où les intérêts de groupes évoluent dans un espace de processus négociés (souvent

transversaux ou ascendants) [Lozeau, Langley et Denis, 2002; Lozeau, 2005; Morgan et Murgatroyd, 1994; Redman *et al.*, 1995; Swiss, 1992]. La stratégie vise alors à réduire l'écart entre l'archétype managérialiste et l'archétype professionnel par des actions perçues cohérentes par l'un ou l'autre de ces deux archétypes. Cela déboucherait sur une seconde forme d'ancrage de la GQ, «par différenciation», à travers l'habilitation du personnel et les initiatives *ad hoc* dans la pratique au quotidien d'activités qualité au sein des services et des départements, tout en se déclinant selon les intérêts des groupes principalement cliniciens. Nos données empiriques tirées du site d'exception accréditent cette hypothèse (par exemple l'implication des médecins à la codirection de programmes clientèle). Si la GQ différenciée apparaît comme l'arrangement archétypal ayant le potentiel d'ancrage le plus étendu dans un CHP, sa tendance à s'écarter du cadre proposé par les autorités et de la culture bureaucratique des gestionnaires pourrait expliquer qu'à ce jour un seul site identifié semble avoir choisi cette voie.

En résumé, ce modèle met en relief l'existence de deux processus distincts d'ancrage, mais aussi la difficulté à ancrer la GQ par réduction simultanée de l'écart entre les trois archétypes des CHP, ce qui entraîne le recours à de nombreux rituels alors que les deux processus d'ancrage apparaissent difficilement conciliables. Seraient-ce les signes d'une limite à l'ancrage de la GQ (et de la NGP) dans les CHP ?

DISCUSSION ET CONCLUSION

Dans le contexte de l'essor de la NGP au sein des organisations publiques, nous avons mis en évidence des démarches qualité (portées par ce mouvement) qui traversent avec succès un processus d'agrément, mais qui s'appuient sur une pratique plutôt inconstante et ritualisée. Bien que personne ne s'oppose à la qualité en soi, il semble que les pratiques managérialistes de la GQ posent un problème de mise en œuvre encore irrésolu. En réponse aux questions soulevées, nous proposons un nouveau modèle qui porte sur les conditions de l'ancrage des démarches qualité dans des CHP.

Il ressort que la plupart des dirigeants de CHP optent pour un ancrage par normalisation, car ils visent d'abord la conformité aux demandes de l'organisme d'agrément afin d'obtenir plus de légitimité et de ressources des autorités publiques. Or, le temps et l'énergie consacrés à des activités de conformité, de contrôle et d'appréciation semblent laisser peu de place à un ancrage de la GQ par différenciation orienté vers l'habilitation des membres du personnel et le soutien de leurs initiatives: facteurs d'engagement sans lesquels les groupes qui jouissent d'une autonomie professionnelle sont susceptibles d'opposer leur inertie.

Même en supposant que les activités de conformité soient l'objet d'un apprentissage organisationnel menant à leur sédimentation dans les structures et les procédures des CHP, cela suffirait-il pour que les administrateurs s'adonnent à des activités d'habilitation du personnel? Notre hypothèse est que la situation risque de perdurer tant que ces acteurs n'abandonneront pas leur schème interprétatif bureaucratique au profit de celui de l'archétype managérialiste (le seul compatible avec les deux formes d'ancrage de la GQ). L'extrême difficulté des gestionnaires à se convertir à une philosophie de gestion et à une conception de l'organisation du travail post-bureaucratiques (Kochan et Rubinstein, 1999) pourrait bien expliquer la persistance de démarches qualité centrées sur des activités de conformité.

À défaut d'un pareil revirement, nous nous attendons à ce que certaines démarches qualité «schizophréniques» développent des activités répondant séparément à des critères de conformité aux autorités (archétype bureaucratique) et d'autonomie des médecins (archétype professionnel): chaque camp faisant sa petite démarche dans son coin. À ce propos, une étude plus poussée du site d'exception mentionné plus tôt pourrait bien nous donner des pistes de réponses sur la nature de sa démarche. Cela dit, que les GQ dotées d'un ancrage par différenciation soient intégrées ou disjointes, il importera d'étudier non seulement leur fonctionnement interne, mais aussi la réaction des autorités institutionnelles pour savoir à quel point ces dernières soutiendront ces démarches plus ou moins hétérodoxes.

En conclusion, l'étude du potentiel et des limites de la NGP – avec les débats idéologiques que cela suscite en théorie de l'organisation et dans la société (ne serait-ce que parce que ce mouvement porte plus d'attention au client qu'au citoyen) – mérite l'intérêt que nous projetons lui accorder au cours des prochaines années. C'est d'ailleurs dans cet esprit que nous nous consacrons actuellement à la réalisation d'une enquête pancanadienne visant à cerner les principales caractéristiques de la pratique de la GQ dans les CHP ainsi qu'à quelques études de cas effectuées dans des CHP du Québec afin de répondre à nos interrogations sur le processus d'ancrage de démarches qualité et son évolution.

BIBLIOGRAPHIE

- BACKOFF, R. W. et P. C. NUTT (1990). *Organizational Publicness and Its Implications for Strategic Management*, Division du secteur public de l'Academy of Management (communication personnelle).
- BARTOLI, A. (1997). *Le management dans les organisations publiques*, Paris, Dunod.
- BEAM, G. (2001). *Quality Public Management: What It Is and How It Can Be Improved and Advanced*, Chicago, Burnham.

- BEER, M., EISENSTAT, R. A. et B. SPECTOR (1990). « Why Change Programs Don't Produce Change? », *Harvard Business Review*, vol. 68, n° 6, 158-166.
- BROCK, D. POWELL, M. J. et C. R. HININGS (1999). *Restructuring the Professional Organizations: Accounting, Health Care and Law*, Londres, Routledge.
- COHEN, D., MCDANIEL, R., BENJAMIN, F. et C. MARY (2004). « A Practice Change Model for Quality Improvement in Primary Care Practice », *Journal of Health-care Management*, vol. 49, n° 3, 155-170.
- COHEN, M. D., MARCH, J. G. et J. P. OLSEN (1972). « A Garbage Can Model of Organizational Choice », *Administrative Science Quarterly*, vol. 17, 1-25.
- COLE, R. E. (2000). « Market Pressures and Institutional Forces: The Early Years of the Quality Movement », dans R. E. COLE et W. R. SCOTT (dir.), *The Quality Movement and Organization Theory*, Thousand Oaks, Sage, 67-88.
- COLE, R. E. et W. R. SCOTT (2000). *The Quality Movement and Organization Theory*, Thousand Oaks, Sage.
- DAVIS, D. et T. FISHER (2002). « Attitudes of Middle Managers to Quality-Based Organisational Change », *Managing Service Quality*, vol. 12, n° 6, 405-413.
- DEAN, J. W. et D. E. BOWAN (1994). « Management Theory and Total Quality: Improving Research and Practice Through Theory », *Academy of Management Review*, vol. 19, n° 3, 392-418.
- DE GAULEJAC, V. (2005). *La société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*, Paris, Seuil.
- DENIS, J.-L., LANGLEY, A. et D. LOZEAU (1993). « Les paradoxes de la planification stratégique dans le secteur public », *Optimum*, vol. 24, n° 1, 33-45.
- DERBER, C. et W. SCHWARTZ (1988). « Des hiérarchies à l'intérieur de hiérarchies: le pouvoir professionnel à l'œuvre », *Sociologie et sociétés*, vol. 20, n° 2, 55-76.
- DIMAGGIO, P. J. et W. W. POWELL (1983). « The Iron Cage Revised: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields », *American Sociological Review*, vol. 48, 147-160.
- EASTON, G. S. et S. L. JARRELL (2000). « The Effects of Total Quality Management on Corporate Performance: An Empirical Investigation », dans R. E. COLE et W. R. SCOTT (dir.), *The Quality Movement and Organization Theory*, Thousand Oaks, Sage, 237-270.
- ÉTHIER, G. (1994). *La qualité totale: une panacée du secteur public?*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- FARQUHAR, C. R. (1993). *Focussing on the Customer: A Catalyst for Change in the Public Sector*, Ottawa, Conference Board of Canada.
- FERLIE, E. (2002). « Quasi Strategy: Strategic Management in the Contemporary Public Sector », dans A. PETTIGREW, H. THOMAS et R. WHITTINGTON (dir.), *Handbook of Strategy and Management*, Londres, Sage, 279-298.
- FERLIE, E., LYNN, L. E. et C. POLLITT (2005), *The Oxford Handbook of Public Management*, Oxford, Oxford University Press.
- FORCIOLI, P. (1999). *Le budget de l'hôpital*, Paris, Masson.

- GEORGS DOTIR, A. S. et I. GETZ (2004). «How Flexibility Facilitates Innovation and Ways to Manage It in Organizations», *Creativity and Innovations Management*, vol. 13, n° 3, 166-174.
- GREENHALGH, T., ROBERT, G., BATE, P., KYRIAKIDOU, O. et F. MACFARLANS (2004). «Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations», *The Milbank Quarterly*, vol. 82, n° 4, 581-629.
- GREENWOOD, R. et C. R. HININGS (1996). «Understanding Radical Organizational Change: Bringing Together New and Old Institutionalism», *Academy of Management Review*, vol. 21, n° 4, 1022-1055.
- HACKMAN, J. et R. WAGEMAN (1995). «Total Quality Management: Empirical, Conceptual, and Practical Issues», *Administrative Science Quarterly*, vol. 40, n° 2, 319-342.
- HANSSON, J. et B. KLEFSJÖ (2003). «A Core Value Model for Implementing Total Quality Management in Small Organizations», *The TQM Magazine*, vol. 15, n° 2, 71-87.
- HARRINGTON, H. J. (1997). *Le nouveau management selon Harrington: gérer l'amélioration totale*, Montréal, Transcontinental.
- INGRAHAM, P. W. (1995). «La gestion de la qualité dans le secteur public: perspectives et dilemmes», dans B. G. PETERS et D. J. SAVOIE (dir.), *Les nouveaux défis de la gouvernance*, Ottawa, Centre canadien de gestion, 217-237.
- JAVIDAN, M. et A. DASTMALCHIAN (1988). «Why Planning in State Enterprises Doesn't Work», *Long Range Planning*, vol. 21, n° 3, 98-104.
- JOHNSON, D. (2004). «Adaptation of Organizational Change Models to the Implementation of Quality Standards Requirements», *International Journal of Quality and Reliability Management*, vol. 21, n° 2, 154-174.
- KÉLADA, J. (2000). *Qualité totale: amélioration continue et réingénierie*, Pierrefonds, Éditions Quafec.
- KITCHENER, M. (1999). «All Fur Coat and No Knickers: Contemporary Organizational Change in United Kingdom», dans D. BROCK, M. POWELL et C. R. HININGS (dir.), *Restructuring the Professional Organizations: Accounting, Health Care and Law*, Londres, Routledge, 183-199.
- KOCHAN, T. A. et S. RUBINSTEIN (1999). «Human Resource Policies and Quality. From Quality Circles to Organizational Transformation», dans R. E. COLE et W. R. SCOTT (dir.), *The Quality Movement and Organization Theory*, Thousand Oaks, Sage, 387-399.
- KOTTER, J. P. (2005). «Eight Steps to Transforming your Organisation. A Synopsis of "Leading Change": Why Transformation Efforts Fail». En ligne: <<http://www.aboutit.co.nz/ianda/Transform%5B36kb%5D.doc>>, consulté le 22 mai 2005.
- LATHROP, J. P. (1993). *Restructuring Health Care: The Patient-Focused Paradigm*, San Francisco, Jossey-Bass.
- LEONARD, D. et R. MCADAM (2003). «An Evaluative Framework for TQM Dynamics in Organizations», *International Journal of Operations and Production Management*, vol. 23, n° 6, 652-677.

- LLORENS-MONTEZ, J. F., VERDU-JOVER, A. J. et V. J. GARCIA-MORALES (2005). «Flexibility, Fit and Innovative Capacity: An Empirical Examination», *International Journal of Technology Management*, vol. 30, n° 1, 131-146.
- LONTI, Z. et A. VERMA (2003). «The Determinants of Flexibility and Innovation in the Government Workplace: Recent Evidence from Canada», *Journal of Public Administration Research and Theory*, vol. 13, n° 3, 283-310.
- LOZEAU, D. (1996). «L'effondrement tranquille de la gestion de la qualité: résultats d'une étude réalisée dans douze hôpitaux publics au Québec», *Ruptures*, vol. 3, n° 2, 187-208.
- LOZEAU, D. (1997). *Étude critique de la pratique de la gestion de la qualité dans des hôpitaux au Québec*, Thèse de doctorat en administration, Montréal, Université du Québec à Montréal.
- LOZEAU, D. (1999). «Des rituels et des hommes: la gestion de la qualité en milieu hospitalier au Québec», *Administration publique du Canada*, vol. 42, n° 4, 542-565.
- LOZEAU, D. (2002). «Les chemins tortueux de la gestion de la qualité dans les hôpitaux publics au Québec», *Revue internationale de gestion*, vol. 27, n° 3, 113-122.
- LOZEAU, D. (2005). «Le labyrinthe de la gestion de la qualité: entre l'enlèvement d'une démarche et l'enracinement d'un archétype», dans P. JOFFRE, C. ROUILLARD et L. LEMIRE (dir.), *Gestion privée et management public: une perspective québécoise et française*, Colombelles, Éditions Management et société (EMS), 171-202.
- LOZEAU, D., LANGLEY, A. et J.-L. DENIS (2002). «The Corruption of Managerial Techniques by Organizations», *Human Relations*, vol. 55, n° 5, 537-564.
- LOZEAU, D., DENIS, J.-L. et A. LANGLEY (2001). «La diffusion d'une innovation portant les germes de son plafonnement: la réutilisation des hémodialyseurs au Québec», *Administration publique du Canada*, vol. 44, n° 3, 292-319.
- MEYER, J. (1994). «Rationalized Environments», dans W. R. SCOTT et J. W. MEYER (dir.), *Institutional Environments and Organizations: Structural Complexity and Individualism*, Thousand Oaks, Sage, 28-54.
- MEYER, J. W. et B. ROWAN (1977). «Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony», *American Journal of Sociology*, vol. 83, 340-363.
- MINTZBERG, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Éditions d'Organisation.
- MINTZBERG, H., AHLSTRAND, B. et J. LAMPEL (2005). *Safari en pays stratégie. L'exploration des grands courants de la pensée stratégique*, 2^e édition, Paris, Village mondial.
- MORGAN, C. et S. MURGATROYD (1994). *Total Quality Management in the Public Sector: An International Perspective*, Philadelphie, Open University Press.
- MORTON, L. W. (2000). *Health Care Restructuring: Market Theory vs Civil Society*, Westport, Auburn House.
- NGUYEN, N. (2006). *Gestion de la qualité*, Montréal, Chenelière éducation.
- OSBORNE, D. E. et T. GAEBLER (1992). *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit Is Transforming the Public Sector*, Reading, Addison-Wesley.

- PAUCHANT, T. (1996). « La quête de sens et le déni de la mort », dans T. PAUCHANT (dir.), *La quête du sens : gérer nos organisations pour la santé des personnes, de nos sociétés et de la nature*, Montréal, Éditions Québec-Amérique, 139-162.
- PFEFFER, J. et G. R. SALANCIK (1978). *The External Control of Organizations: A Resource Dependence Perspective*, New York, Harper & Row.
- POIRIER, C. (1999). « Responsabilité médicale et activités des services d'urgence », *Cahiers hospitaliers*, vol. 151, 23-32.
- POWELL, M., BROCK, D. et C. R. HININGS (1999). « The Changing Professional Organization », dans D. BROCK, M. POWELL et C. R. HININGS (dir.), *Restructuring the Professional Organizations: Accounting, Health Care and Law*, Londres, Routledge, 1-19.
- RADIN, B. A. et J. N. COFFEE (1993). « A Critic of TQM: Problems of Implementation in the Public Sector », *Public Administration Quarterly*, vol. 17, n° 1, 42-54.
- RAGO, W. V. (1994). « Adapting Total Quality Management (TQM) to Government: Another Point of View », *Public Administration Review*, vol. 54, n° 1, 61-64.
- REDMAN, T., MATHEWS, B., WILKINSON, A. et E. SNAPE (1995). « Quality Management in Services: Is the Public Sector Keeping Pace? », *International Journal of Public Sector Management*, vol. 8, n° 7, 21-34.
- RUSHING, W. (1974). « Differences in Profit and Nonprofit Organizations: A Study of Effectiveness and Efficiency in General Short-Stay Hospital », *Administrative Science Quarterly*, vol. 19, n° 4, 474-484.
- SAMPIERI, N. (1999). « Le développement potentiel de la logistique hospitalière: des enjeux pour l'amélioration de la qualité », *Revue Gestions hospitalières*, vol. 155, 449-453.
- STAHR, H. (2001). « Developing a Culture of Quality Within the United Kingdom Healthcare System », *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol. 14, n° 4, 174-180.
- STUPAK, R. J. et P. M. LEITNER (2001). *Handbook of Public Quality Management*, New York, Marcel Dekker.
- SWISS, J. E. (1992). « Adapting Total Quality Management (TQM) to Government », *Public Administration Review*, vol. 52, n° 4, 356-362.
- THOMPSON, J. R. (2000). « Quasi Markets and Strategic Change in Public Organizations », dans J. L. BRUDNEY, L. J. JR. O'TOOLE et H. G. RAINEY (dir.), *Advancing Public Management: New Developments in Theory, Methods, and Practice*, Washington (D.C.), Georgetown University Press, 197-214.
- YANG, C. C. (2003). « The Establishment of a TQM System for the Health Care Industry », *The TQM Magazine*, vol. 15, n° 2, 93-98.
- YOUNIS, T., BAILEY, S. J. et C. DAVIDSON (1996). « L'application au secteur public de la gestion de la qualité totale », *Revue internationale des sciences administratives (RISA)*, vol. 3, 445-461.
- ZBARACKI, M. J. (1998). « The Rhetoric and Reality of Total Quality Management », *Administrative Science Quarterly*, vol. 43, 602-636.