

**Faculté des sciences économiques,
sociales, politiques et de communication**

La nouvelle gestion publique

Partie I Comment l'émergence d'outils de gestion issus du privé transforme les entreprises publiques de manière générale et le monde hospitalier en particulier?

Partie II Dans quelles mesures les nouvelles formes d'organisation du travail dans le milieu hospitalier ont un caractère aliénant sur le travail des salariés ?

Auteur·es : Vandenschrik Valérie
Promoteur·rices : Dock Thierry & Cultiaux John
Lecteur·rices :
Année académique 2020-2021
Master 60 en sciences du travail

REMERCIEMENTS

Ce mémoire est le fruit d'une réflexion menée pour couronner le master en sciences du travail. Seule, je n'aurai jamais pu arriver au bout du chemin.

Je tiens à remercier chaleureusement toutes les personnes qui ont contribué chacun à leur manière à l'accomplissement de ce cheminement.

Je remercie Monsieur Dock et Monsieur Cultiaux, mes promoteurs, pour leur soutien et leurs encouragements. Ils m'ont l'un et l'autre guidé de manière positive malgré une année compliquée.

Je remercie le corps enseignant. Grace aux professeurs et assistants, les échanges formels tant qu'informels furent d'une grande richesse humaine et professionnelle. Une pensée particulière pour Monsieur Ajzen qui par ses réflexions et ses échanges m'ont permis de concrétiser le sujet de ce travail.

Je remercie Madame Bray et son équipe. La disponibilité et le professionnalisme dont elles font preuve quotidiennement avec chaleur, enthousiasme et humilité facilitent grandement le parcours de chaque étudiant.

Je remercie Madame Isabelle Grisar pour nos discussions, son soutien moral et ses relectures avisées.

En me lançant dans cette aventure, j'y ai emmené bien malgré eux mes proches. Merci à Thierry, mon compagnon, qui a géré mes absences estudiantines. Merci aussi pour ses lectures critiques à des heures bien tardives parfois. Merci à Jean et Dany, mes parents, pour leur aide dans la gestion familiale et pour la relecture finale. Merci à Lyne et Maël, mes deux supporters indéfectibles acceptant le manque de disponibilité de leur maman. Tous les cinq m'ont donné force, énergie et courage d'aller jusqu'au bout. Merci du fond du cœur à vous 5. Je vous aime très fort !

Merci encore à mes collègues et amis pour leurs échanges et leurs soutiens. Un merci particulier à ma responsable Madame Edith Rubin qui la première m'a poussée à réaliser un cycle universitaire et m'a permis de m'absenter quand j'en avais besoin.

À tous ces intervenants, je présente mes remerciements, mon respect et ma gratitude.

“Le monde devrait remercier cette étonnante cohorte de gens qui font toujours preuve d'une insolente et illogique gentillesse.” (Hélène Thomas)

Table des matières

Table des matières	1
<i>Paper 1 : Comment l'émergence d'outils de gestion issus du privé transforme les entreprises publiques de manière générale et le monde hospitalier en particulier?</i>	3
Introduction	3
1 - Entreprise publique et milieu hospitalier	3
2 - De la gestion bureaucratique à la nouvelle gestion publique	6
3 - Les avantages et limites de la nouvelle gestion publique	9
Avantages de la nouvelle gestion publique	10
Limites et inconvénients de la nouvelle gestion publique	11
Dysfonctionnements de la nouvelle gestion publique	12
4 - Et le monde hospitalier ?	13
Le mode d'organisation de l'activité	13
La répartition du pouvoir	14
La circulation de l'information	15
La contractualisation	15
La délégation de gestion	16
La certification et l'accréditation	17
La crise sanitaire de la COVID-19	18
Conclusions	19
<i>Paper 2 : Dans quelles mesures les nouvelles formes d'organisation du travail dans le milieu hospitalier ont un caractère aliénant sur le travail des salariés ?</i>	21
Introduction	21
1 - Concepts de l'aliénation	22
Aliénation culturelle, sociale et collective	23
Aliénation objective versus aliénation subjective	24
2 - Les nouvelles formes de travail, les nouveaux outils de l'aliénation	24
Lean Management	25
Le Management de la Qualité	27
3 - Conséquences pour les travailleurs	30
Le collectif	31
Les Salariés	31
• Le recensement des plaintes	31
• Les pathologies émergentes	32
4 - Les possibilités de réactions des travailleurs	34
Les réactions défensives	34
• Le déni	34
• La résignation	35
Les mécanismes de dégagement	35
• L'échappatoire	35
• La simulation	36
• Transformer ou détruire le système	36
• Le coaching	36
Conclusions	36

<i>Note d'articulation</i>	38
Principaux apports des 2 approches disciplinaires	38
Paper 1	38
Paper 2	39
Convergences, divergences et complémentarités	41
La nouvelle gestion publique : à prendre ou à jeter ?	42
Et après ?	43
<i>Bibliographie</i>	44

Paper 1 : Comment l'émergence d'outils de gestion issus du privé transforme les entreprises publiques de manière générale et le monde hospitalier en particulier?

Introduction

La modernisation des entreprises publiques répond à une volonté bien légitime de contrôler les dépenses et de maximiser les performances. Cette volonté est tout aussi présente dans le milieu hospitalier. Réduction des coûts, sous-traitance, efficience productive, culture du client, culture de la qualité sont un ensemble de termes entendus quotidiennement dans le monde du travail. Ces termes proviennent du management des entreprises privées. Ils envahissent le monde public. Alors que les différentes parties prenantes du milieu hospitalier s'adaptent ou résistent à l'introduction de nouveaux outils bouleversant leur quotidien, *New Public Management* et Nouvelle Gestion Publique deviennent les sujets à traiter pour de nombreux scientifiques.

Dans un premier temps, il apparaît opportun de bien s'entendre sur les notions de secteur privé, secteur public, secteur non-marchand, d'entreprise et d'entreprise publique. Nous verrons dans quelles mesures l'hôpital répond à la définition de l'entreprise. Si certains hôpitaux sont des hôpitaux publics, ce n'est pas le cas pour tous. Cependant, une série de critères amène l'hôpital qui y répond à être considéré comme une entreprise publique ou du moins, à mission publique.

Dans un second temps, nous verrons dans quelle mesure les critiques de la bureaucratie donnent naissance à la nouvelle gestion publique. La nouvelle gestion publique n'est pas née en un jour et elle est marquée par une évolution débattue par différents auteurs. Nous en verrons les principales caractéristiques.

L'introduction d'une nouvelle forme de gestion ne laisse personne indifférent. Nous verrons les avantages et inconvénients, les limites et dysfonctionnements de la nouvelle gestion publique.

Enfin, l'introduction des principes de la nouvelle gestion publique dans le monde hospitalier terminera le développement de ce travail.

1 - Entreprise publique et milieu hospitalier

Il existe une variété de combinaisons du secteur privé et du secteur public selon les contextes nationaux (Desmarais & de Chatillon, 2008).

Le secteur public couvre toute organisation gérée par l'État par opposition au secteur privé qui recouvre toute organisation où l'État intervient peu ou pas dans la gestion quotidienne (les entreprises privées, les ménages, etc.). En Belgique, nous parlons aussi du secteur non-marchand. Mertens & Marée (2014) définissent le secteur non-marchand comme un rassemblement d'organisations à vocation principalement non-commerciale qui fournissent des biens et des services à la population sans chercher à en faire des bénéfices. Ces organisations sont des associations qui complètent l'action des pouvoirs publics dans la redistribution, la régulation et la production de services collectifs. Ces associations mobilisent le don et le volontariat mais aussi les subsides publics. Le concept du secteur non-marchand accrédite l'idée pour Mertens & Marée (2014) que les associations jouent un rôle privilégié dans la production de services collectifs auprès de l'État.

Face à ces trois secteurs, il nous a paru opportun de spécifier dans quelles mesures le milieu hospitalier peut être considéré comme une entreprise et qui plus est, publique.

L'origine des soins de santé est de l'ordre associatif. En effet, le rôle des ordres religieux dans le développement des soins de santé est connu (Nyssens, 2015 ; Pierru, 1999). Au fil du temps, le bénévolat s'est professionnalisé, les soins de santé se sont développés et spécialisés suite à une intervention des pouvoirs publics. Nous reviendrons sur l'implication des pouvoirs publics dans le point suivant. A ce stade, l'hôpital, en tant qu'un des acteurs des soins de santé, répond à la définition d'entreprise de Thirion (2000) dans le sens où il devient une organisation de moyens humains, matériels et immatériels voués à l'exercice d'une activité dont une ou plusieurs personnes physiques et morales détiennent directement ou indirectement le contrôle. L'activité hospitalière est multiple (Fleuret, Lerouvillois & Séchet, 2001) : activité de prévention, activité d'éducation à la santé, activité sociale et aussi activité économique mais le milieu hospitalier n'a pas vocation à générer des bénéfices. La loi sur les hôpitaux de 1987 n'exige aucune forme juridique particulière pour un hôpital. La seule obligation pour pouvoir bénéficier des subventions publiques est d'être une organisation à but non lucratif. La forme la plus usitée est l'ASBL¹ dont la gestion est assurée par différents organes : assemblée générale, conseil d'administration, direction médicale, direction financière, conseil médical, comité permanent de concertation, etc. (De Pourcq & al, 2016).

¹ Association sans but lucratif

Les milieux hospitaliers sont maîtres de leur fonctionnement mais font l'objet d'une implication des pouvoirs publics. Nyssens (2015) utilise la notion de régulation tutélaire de la part des pouvoirs publics dans le sens où ceux-ci sont tuteurs des bénéficiaires (milieu hospitalier) par leur financement et leur encadrement. Trois des quatre sources de financement des hôpitaux sont d'origine publique (SPF-SP², l'assurance des soins de santé et les communautés et régions), la quatrième source étant les patients eux-mêmes (Crommelynck, Degraeve & Lefèbvre, 2013). D'une part, les pouvoirs publics édictent un certain nombre de normes comme par exemple la loi sur les hôpitaux afin de contrôler leur fonctionnement. D'autre part, les pouvoirs publics s'appuient sur les normes pour pouvoir allouer chaque année des moyens principalement financiers aux milieux hospitaliers.

Par entreprise publique, Charreaux (1997) entend « *toute entreprise sur laquelle les pouvoirs publics peuvent exercer une influence dominante du fait de la participation financière ou des règles qui la régissent* ». L'hôpital se rapproche donc de cette définition de l'entreprise publique dans la mesure où le financement et le contrôle sont assurés par les pouvoirs publics.

D'après le site du SPF-SP³, en 2019, 28% des hôpitaux sont publics, c'est-à-dire gérés par une autorité publique (commune, intercommunale, province, région, etc.). Les autres hôpitaux sont privés. Leur gestion n'est pas assurée par l'Etat. Cette distinction du privé et du public n'a aucune conséquence sur les règles de financement et de fonctionnement des hôpitaux (Durant, 2010). Ceci dit, il se pose la question de ce qui rend public l'entreprise hospitalière privée.

Pour répondre à cela, il faut s'intéresser aux missions de l'hôpital. Elles sont généralement définies comme une triple mission de soins, de recherche et d'enseignement (Evin, 2009) : une mission de soins car il s'agit de prendre en charge un certain nombre de patients sans aucune discrimination ; une mission de recherche, essence même du monde médical toujours en recherche d'innovation pour améliorer la qualité des soins ; une mission d'enseignement pour les futurs diplômés médicaux, paramédicaux et techniques qui se côtoient pour constituer les soignants et les techniciens de demain. Ces 3 missions répondent à l'intérêt général de la population en respectant les principes auxquels sont soumises les missions de

² Service Public Fédéral – Santé Publique

³ SPS-SP (2019), « Données phares dans les soins de santé », *Health.belgium.be*, [En ligne], www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/donnees_phares_soins_de_sante_hg_v07.pdf (consulté le 02 mai 2021)

services publics, à savoir la mutabilité, l'égalité, la qualité et la continuité (Azimi, 2011, Cueille, 2007). En effet, ces missions essentielles s'adaptent aux conditions et aux besoins. S'il ne fallait qu'une preuve, la crise sanitaire actuelle démontre comment les hôpitaux ont redoublé d'effort et d'imagination pour pouvoir s'adapter à l'afflux de patients extrêmement contagieux tout en protégeant les patients non contaminés et les membres du personnel. L'hôpital est accessible à tous sans distinction de race, de revenu, de croyance et la tarification appliquée n'est aucunement sujette à des passe-droits afin de garantir l'égalité de traitement des patients. Enfin, que nous nous intéressions à la mission de soins, de recherche ou de formation, la pérennité est de mise : les patients continuent d'affluer dans les hôpitaux pour se faire soigner, la recherche est constamment stimulée par l'arrivée de nouvelles connaissances ou de nouvelles pathologies, les étudiants fréquentent toujours les hôpitaux pour parfaire leurs connaissances par l'exercice du quotidien hospitalier.

Pour répondre à la définition européenne, nous pouvons dire que les hôpitaux fournissent des services considérés d'intérêt général par les pouvoirs publics. Ils sont donc en tant qu'entreprise à mission publique, soumis à des obligations spécifiques de service public (Cueille, 2007).

2 - De la gestion bureaucratique à la nouvelle gestion publique

Avant de s'intéresser au passage à la nouvelle gestion publique, il convient de comprendre d'où vient le secteur public au sens large⁴. La bureaucratie professionnelle est observée dès l'après-guerre et est considéré comme la norme par de nombreux chercheurs en sciences sociales (Crozet, Kaaniche, & Lienard, 2008, Cueille, 2007). Pour Newman (1998, cité dans Cueille, 2007), les règles et la hiérarchie garantiraient la bonne coordination des ressources dans la production des activités du secteur public. La réunion de la logique administrative et de l'expertise technique permettrait de protéger l'exercice d'un jugement professionnel dans la production des activités du secteur public (Newman, 1998, cité dans Cueille, 2007). Mintzberg (1979, cité dans Bezes et al., 2011) définit la bureaucratie professionnelle par trois caractéristiques principales :

- Une richesse du savoir et de l'expertise acquise par le personnel (expérience de terrain, études et formation continue) ;
- Une autonomie des personnels face à une hiérarchie décentralisée ;

⁴ Secteur public et secteur non marchand à mission publique

- Une collégialité dans l'organisation du travail et la régulation des activités.

Si on regarde de plus près le monde hospitalier, il apparaît que l'organisation du travail répond bien à la définition de Mintzberg (1970, cité dans Bezes et al., 2011). En effet, l'ensemble des savoirs mobilisés au sein d'un hôpital est colossal quel que soit le domaine : pour le personnel médical et paramédical mais aussi pour la logistique, la pharmacie, la cuisine, la finance, l'administratif, etc. Au sommet de la tour, nous retrouvons les médecins. Le savoir et l'expertise médicale confèrent à leurs détenteurs une autonomie et même une autorité sans remise en question par la direction générale. Ceci dit, la régulation des activités s'effectue bien lors des comités de direction composés des différentes directions d'un hôpital (générale, médicale, stratégique, financière, etc.).

Durant cette période d'après-guerre jusque fin des années 1970, les inégalités produites par les économies de marché sont importantes. Les bureaucraties professionnelles sont considérées comme étant susceptibles de les corriger. En effet, elles sont perçues comme vecteur de citoyenneté et de lien social (Le Bianic, 2011). Les bureaucraties professionnelles se développent pour pouvoir satisfaire au besoin du plus grand nombre et deviennent des piliers de la démocratie sociale. Les allocations des ressources sont fondées sur la citoyenneté davantage que sur les règles marchandes (Hanlon, 2000, cité dans Le Bianic, 2011).

Cette organisation bureaucratique, modèle présent dans tous les domaines publics, va souffrir de critiques à la fin des années 1970, début des années 1980. Ces entreprises publiques sont accusées d'être bureaucratiques, archaïques, coûteuses et par-dessus tout inefficaces (Molina, 2014). Il est reconnu que trop de ressources sont utilisées pour l'administration (inefficience productive), que les attentes des usagers ne sont pas prises en compte (inefficacité allocative) et il en résulte un sentiment d'iniquité (Nyssens, 2015). La bureaucratie professionnelle devient synonyme de culture de l'assistance, de déresponsabilisation des bénéficiaires, d'inadéquation et de clientélisme (Nyssens, 2015). Dans l'inconscient populaire, le service public est en retard, les fonctionnaires sont payés pour « ne rien faire », etc.

De multiples réformes vont émerger dans toute l'Europe. Nous n'allons pas faire ici un recensement mais il convient de souligner que ces réformes ont un point commun. Elles visent l'efficience et l'efficacité des organisations. Bezes et al. (2011) nous parle de réformes destinées à affaiblir le pouvoir des professionnels et à renforcer les contrôles sur le travail

des professionnels à travers l'introduction d'outils empruntés au secteur privé considéré comme plus rentable, plus efficient. Merrien (1999) nous parle quant à lui de recommandations dont l'objectif est de mettre fin à l'État-providence, celui-ci étant considéré comme illégitime et producteur d'effets antiéconomiques.

Ces nouvelles organisations sont reprises par les différents auteurs tantôt sous l'appellation de New Public Management tantôt sous l'appellation de Nouvelle Gestion Publique. Nous ne sommes pas toujours face à une simple traduction. Il semblerait que la Nouvelle Gestion Publique soit l'évolution du New Public Management. D'entrée de jeu, le terme « management public » est ambigu. Il désigne à la fois le management des organisations publiques et le management des politiques publiques (Lane, 2000 ; Hill & Lynn, 2009 cité dans Pesqueux, 2020). Il en résulte que le management public est indissociable de la politique et des droits et enjeux de la société. Ce concept est défini par Bartoli (2009, cité dans Pesqueux, 2020) comme étant *« l'ensemble des processus de finalisation, d'organisation, d'animation et de contrôle des organisations publiques visant à développer leurs performances générales et à piloter leur évolution dans le respect de leur vocation »*. L'objectif poursuivi est bien l'efficacité de l'organisation. Cette définition de Bartoli (2009, cité dans Pesqueux, 2020) correspond sous d'autres termes au « puzzle doctrinal », image reprise par Bezes et al. (2011) pour caractériser le New Public Management. Molina (2014) quant à elle, reprend ces caractéristiques pour expliquer la Nouvelle Gestion Publique.

La communauté scientifique s'accorde sur le New Public Management comme référentiel politique et économique devant servir de guide aux services publics afin de se moderniser.

Ceci dit, si l'État évolue, il en est de même pour le citoyen dont les exigences l'amènent à se comporter davantage comme un client. L'État perd de sa valeur symbolique. Face à ce désaccord entre les bureaucraties professionnelles et un système de valeurs et de normes issues de la mondialisation, la Nouvelle Gestion Publique apparaît comme une alternative en jouant un triple rôle de correcteur de déficit budgétaire, de réducteur de l'influence globale et de la participation directe de l'État dans l'économie (Pesqueux, 2020).

Les origines de ces nouvelles organisations, comme critique de la bureaucratie professionnelle pour aboutir à l'introduction de marchés, de concurrences au sein de l'administration publique pour en améliorer l'efficacité et l'efficience, ne font aucun doute. Par contre, la description de ces nouvelles organisations est variable en fonction des auteurs certes, mais aussi en fonction des pays observés.

Il convient de s'arrêter sur le concept de Nouvelle Gestion Publique. Les préconisations de la Nouvelle Gestion Publique présentent cinq principes d'organisation (Bezes et al. 2011):

- La séparation entre les activités de stratégie et de contrôle et les activités opérationnelles ;
- La création d'unités autonomes ;
- L'introduction de la concurrence entre les acteurs publics et privés ;
- La transformation de la structure hiérarchique en renforçant les responsabilités et l'autonomie des différents échelons ;
- L'introduction d'une logique de résultats en lieu et place d'une logique de moyens.

La modernisation passe par une série de dispositifs spécifiques repris par Boussard (2013, cité dans Molina, 2014) : « *réduction des coûts, introduction d'une efficience productive, introduction de la culture client, compétition en interne et la concurrence à l'externe, culture du résultat assortie du management par objectifs et autonomie laissée aux salariés qui sont évalués sur leurs résultats, culture de l'évaluation performative, flexibilité et mobilité du personnel, culture entrepreneuriale, management par incitation responsabilisant les agents* ».

Pratiquement, il n'y aura pas une transposition pure et simple du modèle entrepreneurial dans les administrations publiques. L'évolution engendrera un modèle hybride qui amènera les services publics à passer d'une logique de moyens à une logique de résultats. Ce qui distinguera les services publics des entreprises privées, c'est leur soumission aux quatre grands principes de continuité, d'égalité, de qualité et de mutabilité (Pesqueux, 2020).

3 - Les avantages et limites de la nouvelle gestion publique

La nouvelle gestion publique apparaît comme une nécessité aux yeux de différents auteurs (Amar & Berthier, 2007). La nouvelle gestion publique tend à mettre en avant l'aspect managérial au détriment de l'aspect politique. Effectivement, la nouvelle gestion publique vise l'accroissement des capacités managériales par la mise en place de techniques managériales issues du privé (Peters, 2010). Ce qui est loin d'être anodin. Et comme tout changement majeur dans une institution, l'introduction de la nouvelle gestion publique présente des opportunités, des faiblesses et des points forts. Certains points se retrouvent même à être tantôt négatif, tantôt positif en fonction du point de vue de l'auteur. Nous allons prendre tour à tour les avantages, les limites, les inconvénients et les dysfonctionnements de la nouvelle gestion publique.

Avantages de la nouvelle gestion publique

Le premier avantage cité par les auteurs est sans aucun doute la modernisation et le perfectionnement des entreprises publiques. Cela favorise l'image du secteur public ternie par des années de bureaucratie ne répondant plus aux exigences de la société (Amar & Berthier, 2007). La nouvelle gestion publique a permis de casser le monopole étatique dans certains domaines en créant des agences autonomes ou semi-autonomes (Pollit & Talbot, 2003, cité dans Peters, 2010), en instaurant des marchés internes de biens et de services, voire en impliquant les entreprises privées dans la distribution des services (Peters, 2010). La nouvelle gestion publique s'intéresse aux résultats. L'administration est évaluée non plus sur des critères de procédures mais sur des critères de performance (Peters, 2010).

Le Bianic (2011) présente les avantages de la nouvelle gestion publique pour les salariés. De nouvelles opportunités s'ouvrent à certaines professions comme les infirmières en quête d'une plus grande reconnaissance. Ces professions intègrent, voire revendiquent des notions de rendement, d'efficacité, de qualité, de polyvalence (Acker, 2005, cité dans Le Bianic, 2011). Elles ont l'occasion de s'affranchir de la domination d'autres professions en accédant à des postes d'encadrement, de supervision ou de coordination. Cet affranchissement est consécutif à la promotion de la formation continue et de la mobilité interne (Emry & Giauque, 2005). Cela peut contribuer à redéfinir les hiérarchies. Molina (2014) souligne que la mobilité interne favorise l'enrichissement des groupes professionnels par rupture des routines et des usures au travail. Le Bianic (2011) continue sur le collectif dont l'autonomie professionnelle est préservée par la participation des représentants des professions aux négociations sur la mise en place de la nouvelle gestion publique. La compétition amenée entre les entreprises favorise la montée de l'expertise de salariés mis en exergue par Le Bianic (2011).

Cette concurrence introduite par les changements issus de la nouvelle gestion publique vise à accroître l'efficacité des salariés (Peters, 2010). Cette notion de compétition est aussi reprise par Amar & Berthier (2007) comme gage d'efficacité. La nouvelle gestion publique multiplie la mise en place d'indicateurs sur la qualité de service, l'efficience, l'efficacité des politiques menées (Varone, 2008). Il s'en suit la suppression de nombreux gaspillages et d'économies appréciables pour les entreprises publiques.

Peters (2010) soutient que les partisans de la nouvelle gestion publique préconisent l'abandon de la plupart des contrôles au profit d'une surveillance des faits et de la mise en avant de la valeur des managers. L'auteur continue en soulignant l'accroissement des liens

entre le secteur public et le secteur privé. La nouvelle gestion publique favorise les pratiques de contractualisation, les partenariats et la mobilité des personnels entre les deux secteurs.

Limites et inconvénients de la nouvelle gestion publique

Si l'introduction de la nouvelle gestion publique présente divers succès, il n'en reste pas moins que la nouvelle gestion publique souffre de limites et d'inconvénients. Les répercussions de la nouvelle gestion publique sur la santé des travailleurs sont abordées dans la partie 2 de ce travail.

Le Bianic (2011) attire l'attention sur la volonté de renforcer le contrôle des salariés par le truchement d'instruments d'évaluation et de pilotage des activités. Les standards de bonnes pratiques destinés à assurer la qualité et la transparence des services offerts au public permettent aux instances d'évaluation et de contrôle de s'immiscer dans les contenus du travail. L'auteur continue sur la conséquence de ce contrôle accru qui débouche sur une segmentation entre les managers et les salariés. Molina (2014) reprend ce décalage entre la hiérarchie et la base en insistant sur la différence de perception du quotidien, sur la dissemblance des représentations des valeurs, sur le soutien demandé par les uns et celui offert par les autres. L'auteur conclut sur l'ébranlement circonstanciel des fondamentaux des professionnels.

Amar & Berthier (2007) rappelle que le secteur privé n'est pas toujours parfait, efficace et irréprochable. Plusieurs auteurs cités par Amar & Berthier (2007) évoquent certaines catastrophes ferroviaires ou divers scandales financiers liés au secteur privé. Le secteur public montre une aptitude plus grande que le secteur privé à gérer certains points comme les projets à long terme ou les projets à dimension sociale. Les auteurs continuent sur un management public différent et plus compliqué que le management privé. La nouvelle gestion publique n'est pas toujours compatible avec ces différences de management. En outre, les fonctionnaires peuvent avoir des attentes et des sources de motivation différentes d'un package financier. Les auteurs terminent sur l'évaluation de la performance reprise dans la nouvelle gestion publique. Il semble compliqué d'évaluer la performance du secteur public vu la multiplicité d'acteurs, d'objectifs et de politiques.

Peters (2010) parle des mécanismes de responsabilité de moins en moins viables vu l'autonomie des managers de leurs objectifs organisationnels. Ces objectifs sont d'après l'auteur, moins soumis aux objectifs fixés par les élus. L'auteur continue sur l'accentuation du perpétuel problème de coordination en ce qui concerne les différentes entités devenues autonomes pour répondre à un objectif commun, national. Pour l'auteur, les risques de perte

de mémoire organisationnelle, de corruption et d'abus sont plausibles suite à la présence de managers issus du privé qui ne partagent pas forcément les valeurs du secteur public en termes de structure de carrière, de gestion publique responsable, etc. Peters (2010) termine avec la possible diminution de l'efficacité des services résultant de la complexité de la distribution des services publics et la difficulté des contrôles, ces deux derniers points faisant suite à l'introduction accrue du secteur privé dans l'administration.

Merrien (1999) envisage en d'autres mots, les limites de la nouvelle gestion publique par une perte d'autorité centrale privée de la capacité à coordonner et planifier une action publique face à des entités devenues autonomes. Pour Merrien (1999), l'erreur est de chercher à tout prix l'efficience en oubliant les besoins de la société.

Dysfonctionnements de la nouvelle gestion publique

Les avantages, les limites et les inconvénients de la nouvelle gestion publique découlent plutôt du contenu de la nouvelle gestion publique. En ce qui concerne les dysfonctionnements, ils résultent plutôt des réactions diverses des individus. En effet, derrière l'éloquence managériale se cachent des enjeux de pouvoirs et des luttes partisans (De Visscher & Varone, 2004). Et comme pour tout changement dans une entreprise, il peut y avoir des résistances. Ces résistances peuvent être individuelles ou collectives, venir de la base ou du management. Amar & Berthier (2007) expliquent ces résistances par les craintes perçues sur la rémunération, la reconnaissance, la protection de l'emploi et l'autonomie au travail. Du côté des managers, les auteurs expliquent les difficultés liées à la délégation du pouvoir et à la gestion de la mise en place de la nouvelle gestion publique. Il semblerait que la nouvelle gestion publique se soit traduite par une augmentation de tensions entre salariés se trouvant face à un changement qu'ils ne maîtrisent pas. Du côté du collectif, certains services, de par leurs spécificités et leurs besoins, sont plus enclins à intégrer les nouvelles méthodes de gestion. D'autres par contre, plus sensibles comme l'éducation et la santé, développent une résistance plus importante à la nouvelle gestion publique. Merrien (1999) définit ces résistances comme des réactions et des comportements d'adaptation induits par les changements organisationnels de la nouvelle gestion publique. Ces résistances et ces difficultés d'adaptation peuvent aller jusqu'à compromettre les objectifs recherchés.

Une dernière source de dysfonctionnement détaillé par Amar & Berthier (2007) affiche une dimension temporelle. En effet, un changement de l'ampleur de l'introduction de la nouvelle gestion publique ne se réalise pas en un jour. Il résulte que, dans une même entreprise publique, certains services évoluent plus vite que d'autre. Face à la cohabitation de plusieurs

modes de gestion, peuvent se développer des situations de doute, d'incompréhension, d'immobilisme, de convoitise ou de rivalité.

4 - Et le monde hospitalier ?

Envisager la nouvelle gestion publique dans le monde hospitalier n'est pas évident. L'organisation d'un hôpital est complexe. Cette complexité est induite par la présence d'une multitude de groupes professionnels différents (médecins, infirmiers, paramédicaux, personnel technique et ouvrier, personnel administratif, etc.) et de différents statuts se côtoyant (fonctionnaire, contractuel, intérimaire, indépendant, etc.) (Crommelynck, Degraeve & Lefèbvre, 2013). Les auteurs soulignent l'obligation légale du département médical et du département infirmier. En sus de ces 2 départements, les hôpitaux sont libres de s'organiser comme ils l'entendent. A cela s'ajoutent la taille, l'histoire et la culture linguistique qui sont propres à chaque hôpital. Le monde hospitalier est donc un ensemble d'entreprises distinctes où se côtoient des différences considérables en terme d'organisation, de partage des responsabilités, de rapport de pouvoir en matière de gestion (Crommelynck, Degraeve & Lefèbvre, 2013).

L'introduction de la nouvelle gestion publique au sein de ce monde à multiples facettes a bouleversé l'organisation hospitalière. Cueille (2007) nous présente ces bouleversements à partir de 3 dimensions : le mode d'organisation de l'activité, la répartition du pouvoir et la circulation de l'information.

Le mode d'organisation de l'activité

Le mode d'organisation de l'activité a été renouvelé par l'introduction de la nouvelle gestion publique. Trois éléments témoignent de ce bouleversement :

- Une tendance à l'externalisation des activités « supports » : par activité support, il est entendu toute activité nécessaire à la bonne réalisation d'un processus sans en faire partie. Il peut s'agir de la logistique, de la restauration, de la buanderie, l'entretien ménager, etc. Beaucoup d'hôpitaux ont choisi d'externaliser une partie voire l'entièreté de ces services supports afin de se concentrer davantage sur leurs missions (Cueille, 2010) ;
- Un double décroisement de l'activité : d'une part avec une ouverture de l'hôpital vers le monde extérieur avec la création des réseaux de soins. Il se constitue des relations privilégiées entre les différents acteurs du secteur de la santé pour du partage d'équipements ou de la coopération sanitaire par exemple. Il s'agit d'amener

de la cohérence entre les différents acteurs de soins (hôpitaux, centre de rééducation, médecin de ville, etc.) afin de répondre aux besoins du patient tout au long de son trajet de soins (Cueille, 2010).

D'autre part, la nouvelle gestion publique impose un phénomène d'ouverture en interne par le rapprochement du monde médical et du monde administratif. Trop souvent, la liberté revendiquée par les médecins pour leur pratique de l'art de guérir est opposée à la normalisation imposée par les outils de la nouvelle gestion publique. La responsabilité des actions menées doit revenir aux entités les plus petites capables de résoudre le problème. Autrement dit, la structure de base de l'hôpital devient le pôle. En Belgique, le pôle fait place à la filière comme la filière mère-enfant, la filière cardiovasculaire, la filière médecine interne, la filière gériatrique, etc. Ce fonctionnement en structures plus autonomes introduit un mode de management collaboratif entre le médecin chef de filière, le cadre supérieur de santé et le cadre administratif (Crozet, Kaaniche, & Lienard, 2008). Le fonctionnement en filière suppose d'améliorer le mode de production de l'hôpital en renforçant la souplesse et la flexibilité tant au niveau des ressources humaines qu'au niveau des ressources matérielles (Cueille, 2007) ;

- Une spécialisation de l'activité : ceci est un risque soulevé par Cueille (2007). L'auteur pense que les hôpitaux pourraient chercher à privilégier les activités rentables c'est-à-dire dont le coût est inférieur ou égal au budget alloué pour ces activités. L'auteur conclut cependant que cela n'aurait pas d'impact sur la satisfaction de la mission des hôpitaux (couverture qualitative et quantitative de la demande de la population en matière de santé et de permanence des soins).

La répartition du pouvoir

La répartition des pouvoirs a été elle aussi renouvelée par les techniques et outils de la nouvelle gestion publique. Cueille (2007) illustre ses propos avec 3 éléments :

- Le développement du pouvoir des managers : l'auteur défend la thèse qu'aujourd'hui, les managers sont devenus dominants dans la structure hiérarchique des hôpitaux au détriment des corps médical, soignant et administratif. D'autres auteurs comme Duchamp & Persson (2012) envisagent l'avènement du médecin-manager-mentor comme perspective. Le médecin volontaire acquerra une compétence managériale guidé par un de ses confrères plus aguerri (Houde, 1996, cité dans Duchamp & Persson, 2012) ;

- Le partage élargi du pouvoir formel dans l'institution : cette tendance concerne surtout le personnel soignant. Comme cité plus haut, les infirmières intègrent des postes d'encadrement, de coordination ou de supervision (Le Bianic, 2011). Les vocables ont été modifiés : le surveillant est devenu cadre infirmier et l'infirmier général est devenu le directeur du service de soins infirmiers. Ce corps de métier peut participer de manière légitime à la vie de l'institution hospitalière (Cueille, 2007) ;
- La perspective d'un exercice partagé du pouvoir au niveau des filières d'activité : un médecin, un cadre soignant et un cadre administratif codirigeraient une filière (Cueille, 2007).

La circulation de l'information

Les techniques et outils de la nouvelle gestion publique ont un impact sur la circulation de l'information. Cueille (2007) s'appuie sur 2 éléments significatifs du bouleversement organisationnel :

- Des exigences accrues en matière de production de l'information : ces informations se doivent d'être transparentes d'autant plus pour le patient et ses proches. Ensuite, ces informations doivent permettre de recenser en nature et en volume l'activité dispensée. Enfin, il s'agit d'avoir une idée précise du coût de production de l'activité dans la perspective d'un financement (Cueille, 2007).
- Un mode de transmission et de partage de l'information et des connaissances à réinventer : le personnel médical et soignant est tenu au secret médical. L'hôpital a pour défi de garantir ce secret tout en permettant le partage des informations médicales à un confrère, à un hôpital partenaire, au Réseau Santé Bruxellois, à tout acteur intervenant sur le trajet de soins d'un patient (Cueille, 2007).

La nouvelle gestion publique au sein des hôpitaux répond à un double objectif : améliorer la qualité des soins et maîtriser l'évolution des dépenses (Bertézène & Dubrion, 2013). Pour répondre aux principes avancés par la nouvelle gestion publique, les auteurs soulignent le développement dans le milieu hospitalier de la contractualisation, de la délégation de gestion et de la certification/accréditation.

La contractualisation

Terme repris par plusieurs auteurs (Crozet, Kaaniche, & Lienard, 2008, Bertézène & Dubrion, 2013), la contractualisation est la possibilité pour le monde hospitalier de passer un contrat avec l'État ou l'assurance maladie sur un ensemble d'objectifs ou de moyens.

Ensuite, la direction hospitalière suit la même démarche avec ses différents pôles d'activités et partenaires. Cette démarche de contractualisation décrite par des auteurs français a été mise en place notamment au CHU de Liège et aux Cliniques Universitaires de Louvain à Bruxelles. Ces contrats permettent aux différents partenaires « *de fixer le cadre budgétaire et les objectifs en termes d'activité et de qualité de services rendus, de définir les moyens délégués au pôle par le directeur général pour les réaliser et d'arrêter le mode de fonctionnement du pôle* » (Crozet, Kaaniche, & Lienard, 2008). Au sein d'un hôpital, le terme contrat laissera place à des accords de niveau de service. La différence entre les deux réside dans les entités juridiques multiples pour un contrat et unique pour un accord de niveau de service.

La concurrence entre les différents partenaires introduit le contrat comme nouvel instrument de coopération (Nautré, 2008). L'auteur s'intéresse au contrat lié avec l'État. Ce contrat a pour objectif de fixer les prix et de réguler le nombre et la nature des acteurs sur le marché. Pour l'auteur, l'État a le choix entre 3 stratégies :

- Stratégie de laisser-faire : l'État estime que la contractualisation sera profitable aux systèmes de santé (Nautré, 2008);
- Stratégie de subsidiarité : l'État n'interviendra qu'en cas de défaillance pour répondre aux besoins de santé de la population (Nautré, 2008);
- Stratégie interventionniste où l'État joue pleinement son rôle d'autorité et de régulation (Nautré, 2008).

La contractualisation comme nouvel instrument de coopération favorise la réduction des coûts avec entre autres la mise en place des marchés publics, et l'amélioration des soins par le partage des connaissances entre partenaires liés par contrat.

La délégation de gestion

La délégation de gestion va de pair avec la contractualisation. La responsabilisation de l'ensemble des acteurs de la ligne hiérarchique est visée. La délégation de gestion vise une meilleure allocation des ressources (Bertézène & Dubrion, 2013). Le choix est libre et porte sur l'organisation du travail, la gestion des heures supplémentaires, l'intéressement, la formation du personnel, le recrutement, la gestion des carrières. La délégation de gestion est parfois perçue comme une délégation de la pénurie des moyens par certains médecins (Crozet, Kaaniche, & Lienard, 2008).

La certification et l'accréditation

Ces deux concepts visent la promotion de l'amélioration continue et systématique de la qualité des soins et de la sécurité des patients. Les certifications et les accréditations sont nécessaires car les normes permettent de réduire les disparités dans la prise en charge des patients, d'améliorer leur sécurité et d'assurer un niveau élevé de qualité (Hostettler, Kraft, & Bosshard, 2020). Qui plus est, les certifications et les accréditations peuvent contribuer à optimiser la réduction des coûts des systèmes de santé recherchée par les gouvernements en place (Hostettler, Kraft, & Bosshard, 2020).

Les certifications et les accréditations apportent des éléments aussi bien positifs que négatifs :

- Apports positifs : les certifications et les accréditations amènent une standardisation des processus et une répartition claire et transparente des rôles des différents acteurs des soins de santé (Hostettler, Kraft, & Bosshard, 2020). Les potentiels d'amélioration et l'avènement d'une culture de la qualité sont mis en évidence par le regard extérieur des experts mandatés pour les audits de certification et d'accréditation (Hostettler, Kraft, & Bosshard, 2020). Les auteurs continuent avec l'influence positive des certifications et des accréditations sur la sécurité des patients. Ils démontrent que le taux de mortalité et de complications en cas de chirurgie bariatrique, d'arrêt cardiaque, de fracture de hanche, d'infarctus, de pneumonie, etc. tendent à être inférieurs pour les établissements certifiés ou accrédités.
- Apports négatifs : les certifications et les accréditations ont un coût financier indéniable. Hostettler, Kraft, & Bosshard (2020) estiment une première certification ou une première accréditation entre 150 000 et 200 000 dollars. Visiblement, aucune étude visiblement ne semble évaluer concrètement le coût réel d'une certification ou d'une accréditation (reprenant la certification elle-même, les éventuels consultants, le temps horaire du personnel mis à contribution, etc.) ni même la balance entre les coûts d'une certification ou d'une accréditation et les réductions de coûts qu'elles induisent. Hostettler, Kraft, & Bosshard (2020) soulignent la réduction du temps disponible du personnel pour le patient quand le personnel est occupé à mettre en place les éléments nécessaires pour répondre aux audits de certification et d'accréditation.

Nous pouvons voir que la certification et l'accréditation poursuivent les mêmes objectifs. Leur différence réside dans l'objet de l'évaluation. L'accréditation est d'ordre technique et

organisationnelle. L'évaluateur va chercher la conformité de la compétence. JCI⁵, JACIE⁶, NetCord-FACT⁷, ACI⁸ sont quelques exemples de référentiels d'accréditation mis en place dans divers hôpitaux. En ce qui concerne la certification, l'évaluateur va chercher le respect des exigences prescrites par les différentes normes visées (ISO 9001⁹ ou ISO 15189¹⁰ par exemple).

La crise sanitaire de la COVID-19

La crise sanitaire actuelle a mis à mal les hôpitaux, sans parler des personnels hospitaliers tout corps de métier confondus. Il nous a semblé intéressant de voir dans quelles mesures la nouvelle gestion publique mise en place dans les structures hospitalières a permis aux hôpitaux de faire face à l'afflux de patients extrêmement contagieux contaminés au Sars-CoV-2, dit coronavirus 19 ou Covid 19. Vaucher & Broers (2020) nous listent toutes une série de points positifs et de points négatifs relevés à ce stade de la pandémie:

- Points positifs : la flexibilité du système, la solidarité entre soignants, les innovations et la créativité face aux problèmes à résoudre, la volonté de partage de l'information, l'intérêt des consultations et réunions par visioconférence (Vaucher & Broers, 2020).
- Points négatifs : la disparition temporaire de patients ne présentant pas de pathologies « urgentes » au risque de s'aggraver, la charge financière et temporelle pour adapter le système de soins de santé, le manque de formation et de compétences chez les personnels déplacés dans d'autres unités pour répondre à la demande (Vaucher & Broers, 2020).

Il est surprenant de voir le nombre d'écrits publiés en une année sur les répercussions immédiates et à très courts termes de la Covid-19 sur l'organisation des hôpitaux. Du temps supplémentaire sera nécessaire pour avoir le recul indispensable pour pouvoir analyser l'ensemble des répercussions tant sur l'organisation des hôpitaux que sur le capital humain. De notre expérience limitée à un hôpital bruxellois toujours soumis à la crise sanitaire, nous pouvons déjà observer un manque de ressources humaines dû entre autres, au changement de carrière des personnels manquants. L'organisation tente comme elle peut de se maintenir à flots suite au manque à gagner consécutif à la baisse d'activité d'un hôpital toujours en

⁵ Joint Commission International

⁶ Joint Accreditation Committee ISCT-Europe & EBMT

⁷ Norme pour la collecte, la mise en banque et la libération de sang de cordon pour administration

⁸ Accréditation Canada Internationale

⁹ Norme pour la mise en place d'un système de Management de la Qualité

¹⁰ Norme pour la mise en place d'exigences de qualité et de compétence propres aux laboratoires de biologie médicale

phase 2A avec des coûts de fonctionnement identiques. De plus, les programmes de certification et d'accréditation, après une période de « sommeil », sont relancés. L'hôpital n'est hélas, pas proche de sortir la tête de l'eau d'autant plus, avec une crise sanitaire qui s'éternise et qui aura inévitablement des conséquences économiques et sociales importantes.

Conclusions

Ce travail a pour objectif de comprendre comment le monde hospitalier en tant qu'entreprise publique ou entreprise à mission publique est impacté par la nouvelle gestion publique et ses outils issus des méthodes de management des entreprises privées.

Le bilan de l'introduction de la nouvelle gestion publique est nuancé. L'entreprise publique s'est avérée ne pas être un désert managérial. Certes, les dispositifs managériaux étaient moins répandus. Ils étaient de caractère moins décisifs que dans les entreprises privées, mais ils étaient présents (Alber, 2013).

De plus, vouloir tirer une conclusion générale applicable à l'ensemble des entreprises publiques est vaine vu la multitude des secteurs et professions concernées. Tout n'est pas rose, tout n'est pas noir.

Il convient de se poser la question si les objectifs poursuivis lors de l'introduction de la nouvelle gestion publique ont été atteints. Pour rappel, les objectifs pour le milieu hospitalier sont l'amélioration de la qualité des soins et la maîtrise des dépenses (Bertézène & Dubrion, 2013). Il est apparu un découplage entre les outils de la nouvelle gestion publique et les pratiques professionnelles (Dent & al, 2004 cité dans Bezes & al, 2011). La standardisation des activités a été mise à mal par l'évolution des connaissances et des savoir-faire professionnels. La multiplication des indicateurs montre bien une amélioration de la qualité des soins et de la réduction des coûts. Ceci dit, il est constaté une appropriation routinière des différents outils. La logique des résultats amène les différents acteurs à se couvrir et à chercher le coupable en cas de problème alors qu'il conviendrait de chercher et de corriger les sources d'erreurs (Hood, 2007 cité dans Bezes, 2011). Peljak (2002) énumère 4 problématiques toujours présentes malgré la nouvelle gestion publique :

- L'hôpital reste centré sur lui-même ;
- Les dépenses de la santé restent hautes. Cela est dû pour l'auteur, à la faible responsabilisation économique et financière des médecins couplée aux avancées technologiques coûteuses ;

- La question de l'optimisation des ressources humaines se pose vu la pénurie de certains secteurs ;
- La gestion hospitalière est complexifiée par la préoccupation croissante de la population pour les vigilances sanitaires (Peljak, 2002).

Il semblerait que la nouvelle gestion publique soit déjà dépassée. Nous sommes dans l'air de la nouvelle gouvernance. La confiance a mené à la défiance des différentes parties prenantes. Cette défiance pousse les différents acteurs à chercher de nouveaux modes de fonctionnement. Ne sommes-nous pas aujourd'hui dans une surréglementation légale, normative, certificative (Eun & Pupion, 2019)? Les différentes parties prenantes du milieu hospitalier visent des changements qui conduisent à des relations moins hiérarchiques. Les coordinations en réseau sont favorisées. Le réseau entre différents hôpitaux H.Uni vient de voir le jour. De plus, il convient de laisser plus d'autonomie aux différents acteurs afin de faire appel à leur expertise (Bezes & al, 2011). L'idée de bienveillance, de crédibilité et de fiabilité des partenaires favorise cette confiance (Geykens & al, 1998, cité dans Eun & Pupion, 2019). Cette confiance est fondée sur des engagements réciproques des parties prenantes. L'échange des informations doit permettre de réduire les asymétries d'information. Cette confiance permettrait de répondre aux objectifs recherchés en renforçant la performance collaborative entre les différents acteurs (Provan et al, 2009 cité dans Eun & Pupion, 2019).

Paper 2 : Dans quelles mesures les nouvelles formes d'organisation du travail dans le milieu hospitalier ont un caractère aliénant sur le travail des salariés ?

Introduction

Issus du monde paramédical, nous avons évolué et travaillons ce jour en tant que chef de projet en assurance qualité dans un grand hôpital bruxellois. Le monde hospitalier fait partie du quotidien : le monde médical et soignant certes mais aussi l'ensemble de ces professions transversales nécessaires au bon fonctionnement de l'hôpital : laboratoires, imagerie, entretien ménager, cuisine, logistique, ressources humaines, administration, finances, qualitiens, chercheurs, pharmaciens, maintenance, biomédical, banques de tissus, de sang, de cellules, etc. L'ensemble des services d'un hôpital est soumis à diverses normes législatives, certificatives et/ou d'accréditation mais aussi à un besoin d'optimisation, d'amélioration continue, de réduction des coûts, voire d'adaptation à de nouvelles connaissances scientifiques. Ces différents points ont des répercussions quotidiennes sur le fonctionnement des différents personnels hospitaliers.

Pour répondre à ces diverses contraintes, les procédures, la standardisation des savoir-faire, la déclaration des dysfonctionnements et des événements indésirables, les audits internes, les contrôles qualité, les *quality checks*, les patients traceurs sont devenus pour les salariés des passages obligés. Ces différents outils issus du privé balisent le cadre de travail des individus, ils viennent à incorporer une certaine conception du travail. Cela touche la subjectivité du travailleur qui peut souffrir d'une perte de sens de son travail, d'une non reconnaissance. Le salarié en arrive à ne plus se reconnaître dans son rôle de personnel hospitalier. Ceci dit, les salariés mettent en place toutes une série de stratégies pour résister à cette nouvelle forme d'aliénation.

La première partie de cet ouvrage se propose de revenir sur les concepts d'aliénation. Le concept développé par Marx est-il toujours d'actualité ? Se pose ensuite la question des nouvelles formes d'organisation du travail en tant que nouveaux outils d'aliénation. Ces nouvelles formes d'organisation du travail ne seront pas toutes détaillées. Le focus se fera sur deux d'entre elles, fréquentes dans les milieux hospitaliers, qui, d'après nous, favorisent les conditions de mise en place de l'aliénation des salariés.

La seconde partie s'intéresse aux répercussions sur la santé physique et mentale des salariés et des collectifs de travail. L'être humain a cependant cette force d'avoir par moment de

multiples ressources pour se protéger. Ces différentes ressources sont abordées dans la dernière partie de cet ouvrage.

1 - Concepts de l'aliénation

Le concept séculaire de l'aliénation a été le sujet de nombreux écrits. Il est cependant problématique de cerner ce concept tant en son sens originel que dans ses multiples conceptions actuelles. Le concept d'aliénation mérite un retour aux sources (Durand, 2006). Ensuite, nous aborderons de manière choisie et restreinte deux dimensions spécifiques actuelles.

Karl Marx, dans ses Manuscrits en 1844, développe le concept d'aliénation suite à ses observations de la misère ouvrière du début de la révolution industrielle. Plusieurs auteurs tentent de définir l'aliénation en expliquant la réalité des ouvriers dans la société industrielle du milieu du XIX^e siècle. Schaff et al. (1976) définit ce que Marx entend par aliénation : *« une relation objective dans laquelle les produits de l'homme – des produits aussi divers que la religion, l'idéologie, l'État, la marchandise, etc. – s'aliènent par rapport à l'homme, c'est-à-dire échappent à son contrôle et deviennent des puissances autonomes, s'opposant à l'homme, hostiles et étrangères »*.

En se concentrant sur le concept du travail (en tant que travail salarié de la société capitaliste), cette définition nous montre comment l'ouvrier est dépossédé de ses moyens de production, des résultats de sa production et de ses moyens de subsistance. Le salarié d'aujourd'hui ressemble très fort au salarié d'hier. Certes, les sociétés d'aujourd'hui sont plurielles. Les entreprises de production à la chaîne se sont mécanisées et d'autres types d'entreprises ont fait leur apparition. Les droits sociaux ont tenté d'améliorer les conditions de travail du salarié. Il en demeure que la dissertation de Marx sur l'essence même du rapport salarial capitaliste est toujours d'actualité (Durand, 2006). Il suffit de se pencher sur les nombreuses références littéraires de ce XXI^e siècle qui débattent de l'actualité du concept de l'aliénation pour se rendre compte que l'aliénation est bel et bien toujours présente (Durand, 2006, Dejourn, 2006).

Avant de se concentrer sur des conceptions plus actuelles de l'aliénation, il convient de comprendre qu'une des caractéristiques principales de l'aliénation, d'hier et d'aujourd'hui, est sa dénégration. Autrement dit, l'aliénation a cette force de passer inaperçue auprès de ceux qui la subissent puisqu'il y a refus des salariés de percevoir leur condition telle qu'elle est (Durand, 2006). Ce refus n'est bien entendu pas ou relativement peu conscient.

L'aliénation est camouflée par des discours bienveillants de la classe supérieure sur l'égalité des chances, l'équité, les projets d'amélioration continue, la qualité, etc. Nous verrons dans le chapitre suivant certaines conditions organisationnelles favorables au développement de l'aliénation.

Pour en revenir au concept d'aliénation aujourd'hui, il est surprenant de constater la multiplication d'adjectifs caractérisant l'aliénation. A des fins de clarté et d'approfondissement, ils ne seront pas tous abordés dans ce travail. Nous nous arrêterons d'une part à l'aliénation culturelle indissociable de l'aliénation sociale et collective et, d'autre part, à l'aliénation objective versus aliénation subjective.

Aliénation culturelle, sociale et collective

Pour Dejours (2006), l'aliénation est intimement liée à la reconnaissance et surtout, l'absence de reconnaissance. L'individu, de par son expérience et ses compétences, a une connaissance du réel. Lors d'un retour d'expérience qui va à l'encontre des objectifs recherchés, des maîtrises attendues, des résultats convoités ou de la rentabilité exigée, Dejours (2006) explique que l'individu s'expose à la non-reconnaissance des autres d'une part, qui courbent le dos sous le joug de la puissance managériale, et par cette même puissance d'autre part, qui semble ignorer la qualité et la véracité du rapport que l'individu entretient avec le monde réel. Sigaut (1990, cité dans Dejours, 2006) caractérise cette situation d'aliénation individuelle sous le nom d'aliénation sociale. Le risque de cette aliénation sociale est l'apparition de non-dits, de silences, de non-communications des différentes expériences des uns et des autres sur le réel. Gernet & al (2009) présente le salarié non reconnu dans son travail par autrui comme un condamné à la solitude aliénante. Le vivre-ensemble au travail s'effrite. Dejours (2006) explique qu'il y a une déformation et un enjolivement de la réalité afin de répondre aux attentes imposées par le management et les normes. Cette aliénation sociale de multiples individualités amène une rupture du collectif avec le réel. Cette aliénation collective est nommée par Sigaut (1990, cité dans Dejours, 2006) comme étant une aliénation culturelle. Dejours (2006) rappelle que cette aliénation culturelle a un coût psychique important. L'aliénation culturelle implique un mensonge collectif. Deranty (2011) parle d'un brouillage avec le réel. Qui plus est, le salarié se retrouve coincé entre son sens moral privé et son comportement en public (Deranty, 2011). D'une part, les descriptions de la réalité sont déformées, d'autre part, l'expérience du réel et les erreurs sont camouflées afin d'obtenir et de garder des agréments ou des certifications.

Aliénation objective versus aliénation subjective

Durand (2006) renseigne l'aliénation sur son fonctionnement à deux niveaux complémentaires. D'une part, l'aliénation objective du travailleur : le travailleur produit durant son temps de travail, de la valeur, voire de la survalue, sur un objet de travail qui ne lui appartient pas. Le salarié est aliéné objectivement par rapport au capital qui l'emploie. De plus, les salariés ne peuvent s'y reconnaître. Ils perçoivent les entreprises comme des « machineries aveugles » à qui ils fournissent l'énergie nécessaire (leur force de travail) pour la faire fonctionner (Haber, 2008). D'autre part, le salarié doit faire preuve d'un engagement sans faille, d'une mobilisation de sa force physique et/ou de sa force intellectuelle. Les descriptions de fonction ne manquent plus de qualificatifs pour, certes les savoirs et les savoir-faire, mais aussi et surtout les savoir-être, vocable pour désigner les compétences comportementales attendues voire exigées. L'aliénation subjective implique du salarié de partager les valeurs de l'entreprise, de s'investir corps et âme pour répondre aux objectifs afin d'accroître la valeur du produit de son travail pour le capital employeur. Cette notion d'aliénation subjective est assez récente – une trentaine d'années d'après Durand (2006). Elle est issue d'un besoin toujours grandissant de l'accroissement du capital assouvi pour l'heure par l'augmentation de la productivité au travail rendu possible par la fantastique mobilisation de la subjectivité des salariés (Durand, 2006). Cette implication contrainte, cet engagement nécessaire est accepté par le salarié voire montré à l'excès afin de conserver son emploi. La subjectivité du salarié est déniée par les pratiques de management de la reconnaissance qui convoquent l'engagement des salariés (Gernet & al, 2009). Nous verrons que cette aliénation subjective n'est pas sans répercussions pour le salarié.

2 - Les nouvelles formes de travail, les nouveaux outils de l'aliénation

Comme énoncé par plusieurs auteurs ainsi que dans le chapitre précédent, l'aliénation du salarié est toujours omniprésente. Il nous paraît opportun de se poser la question des conditions organisationnelles favorables au développement de cette aliénation. Après une brève explication sur les causes d'apparition et la définition de ces nouvelles formes de travail, nous verrons dans quelles mesures deux nouvelles formes de travail ciblées bien présentes dans le monde hospitalier, le Lean Management et le Management de la Qualité, amènent un caractère aliénant au travail des salariés.

Il faut s'accorder d'abord sur l'évolution du capitalisme. Le but recherché n'est pas l'amélioration des conditions de travail pour les salariés mais bien la maximisation du profit par l'augmentation de la productivité. Pour se relever de la stagnation économique et la

baisse de la rentabilité du capital consécutives à la crise de la fin des années 1970, début des années 1980, les entreprises ont dû se réinventer. Elles ont relevé ce défi grâce à une réorganisation de la production et du travail et grâce aussi à l'arrivée des nouvelles technologies d'information (Durand, 2006). Taskin (2012, cité dans Ajzen & al, 2015) définit les nouvelles formes d'organisation du travail comme :

« Un mix organisationnel de pratiques de flexibilité du temps et de l'espace de travail, d'organisation du travail (en équipe, semi-autonomes, virtuelles, p.ex.) et de management (par projets, par objectifs et tournées vers le partage des connaissances, essentiellement) dont la mise en œuvre est facilitée par les technologies de l'information et de la communication (TIC), et qui s'inscrit au cœur d'une vision particulière de l'entreprise ».

En gardant à l'esprit les objectifs de maximisation des profits et de réduction des coûts (consécutif d'une part à la demande des actionnaires pour les entreprises privées et d'autre part, aux successives coupes budgétaires d'origine gouvernementale pour les hôpitaux), nous allons voir comment la mise en place du Lean Management et du Management de la Qualité crée des conditions favorables à l'aliénation du salarié.

Lean Management

Le *Lean Management* est le nom donné à une nouvelle approche mise en place par Toyota pour l'industrie automobile. Le *Lean Management* comprend un ensemble de pratiques managériales et de principes clés dont l'objectif est de travailler à réduire les différents gaspillages, d'améliorer l'efficacité opérationnelle au travers de l'ensemble de la chaîne de valeurs et de viser l'amélioration continue de procédures standardisées en gardant comme référence la valeur attendue par le client (Tortorelle et al., 2015 cité dans Stimec, 2018, Womack & Jones, 2009 cité dans Dubouloz, 2013). Beauvallet et Houy (2009) mettent en évidence deux piliers au *Lean Management* : Le juste-à-temps et l'autonomation. Le juste-à-temps implique de l'entreprise une organisation afin de livrer le produit souhaité par le client au bon moment. L'autonomation consiste à améliorer la qualité des produits et services en détectant les défauts de fabrication pendant le processus de fabrication plutôt que de les détruire en post-production.

Les différents outils et pratiques de la démarche *Lean* ne seront pas développés ici. Cependant, comme nous le démontre Dubouloz (2013), les pratiques *Lean* nécessitent une standardisation du travail et une interaction entre les différents salariés de tout niveau hiérarchique (Flux continu), une polyvalence des salariés (Changement rapide de séries), une implication des salariés et du collectif, une remise en question constante, de la formation, du suivi et du contrôle (Management de la Qualité Totale, Méthode 5S).

La démarche de *Lean Management* apparaît comme une démarche positive pour l'entreprise et pour les salariés. Il semble cependant que les principes mis en avant par Taiichi Ohno (père fondateur du *Lean*) ne soient pas respectés au pied de la lettre. Stimec (2013) affirme que bon nombre d'entreprises pratiquent un *Lean Management light* qui se résume en la diffusion d'outils *Lean*. Les salariés subissent alors ces nouvelles formes de travail qui suscitent des problèmes de santé pour les salariés.

Si nous reprenons les deux niveaux complémentaires de fonctionnement de l'aliénation proposée par Durand (2006), nous retrouvons dans le *Lean Management* les conditions favorables au caractère aliénant du travail pour le salarié. D'une part, l'aliénation objective est favorisée par le *Lean Management* car les pratiques et principes instaurés amènent les salariés à produire encore plus de valeur sur l'objet du travail qui ne leur appartient toujours pas. Dans l'exemple de l'implémentation du *Lean Management* dans un bloc opératoire, Mahmoud & Angelé-Halgand (2018) démontrent par leurs recherches une industrialisation du bloc opératoire. Cela a pour conséquence une amélioration de la performance globale du bloc opératoire, une simplification de la planification des différentes interventions, une augmentation du taux d'occupation du bloc opératoire à plus de 80%, un taux de débordement inférieur à 5%, un flux de patients opérés augmenté. En d'autres mots, les salariés arrivent à produire plus de valeurs pour le capital employeur.

D'autre part, la favorisation par le *Lean Management* de l'aliénation subjective est encore plus flagrante. Les salariés s'impliquent pour mener à bien les réflexions imposées pour l'application des outils *Lean*. Mahmoud & Angelé-Halgand (2018) ont pu observer entre autres l'engagement des salariés lors de la réorganisation de l'espace afin de limiter les déplacements inutiles. Les salariés ont dû aussi se former afin de développer la polyvalence nécessaire pour répondre aux impératifs du *Lean Management*. Pour Dassa & Maillard (1996), la mobilisation des salariés est nécessaire afin de ne pas interrompre le flux productif. L'appareil productif incite les salariés à répondre aux exigences techniques et/ou intellectuelles et ce, naturellement. L'entreprise ne se contente plus d'une obéissance passive. Elle exige de ses salariés une adhésion aux valeurs de l'entreprise, un engagement et une fidélité spontanés dans les orientations et actions de l'entreprise (Dassa & Maillard, 1996).

A l'instar d'autres auteurs cités par Mahmoud & Angelé-Halgand (2018), les auteurs estiment que le *Lean Management* est à la source de problèmes de santé pour le travailleur. Ce point sera développé dans le chapitre suivant.

Le Management de la Qualité

Par le management de la qualité, il est entendu un ensemble d'outils sociotechniques, d'amélioration continue, de maintenance préventive, de standardisation par l'écrit (Durand, 2006). Comment cette standardisation à objectif noble de contrôler la qualité de la production de biens et de services arrive-t-elle à créer les conditions favorables à l'aliénation des salariés? Durand (2006) nous éclaire : ces outils construisent un ensemble de documents, de procédures qui emprisonnent les salariés dans un espace créatif à amplitude décroissante et de facto d'autonomie décroissante.

Un gros changement résultant des nouvelles formes d'organisation du travail requis par les normes certificatives de qualité est que nous sommes face à un groupe d'individus pour un segment productif. Ce que cela implique est loin d'être anodin. Le contrôle du collectif par le collectif et par conséquent de l'individu, devient la règle ce qui allège le contrôle direct du travail (Durand, 2006). Le groupe semble autonome, autonomie somme toute relative dans les latitudes de la gestion de la qualité. La force de la gestion de la qualité est d'être acceptée, voire demandée par toutes les parties :

- En interne par la base d'autant plus si l'enjeu du contrôle qualité de la production vise l'amélioration des conditions de travail ;
- En interne par la hiérarchie dans la mesure où les normes de management de la qualité sont amenées, voire imposées par les instances de contrôle ;
- En externe car les normes de qualité (ISO, ACI, Jacie, etc.) sont édictées par des organismes extérieures aux entreprises auxquelles ces normes s'appliquent (Cochoy & al, 1998).

Prenons l'exemple des normes internationales ISO 9000. Ces normes d'assurance qualité proposent l'écriture et la standardisation des pratiques professionnelles au sein de procédures accessibles à l'ensemble du personnel. Il s'agit d'une écriture collective. La production en commun semble assurer la légitimité de ces documents (Cochoy & al, 1998). Codifier l'ensemble des pratiques professionnelles d'un segment productif n'est pas aisé. Cela prend du temps. Cette remontée de l'oral vers une écriture systématique impose une réévaluation constante de ce qui est écrit (Cochoy & al., 1998). Car il faut appliquer ce qui est écrit. Or, les pratiques professionnelles évoluent en fonction des normes légales certes, mais aussi en fonction de l'évolution des connaissances, de la science, des expériences malheureuses. Il y a donc une double mise à jour des savoirs organisationnels, à savoir une mise à jour dans

l'espace (restitution publique générale de ce qui se fait et de ce qui se dit) et une mise à jour dans le temps (Cochoy & al., 1998).

Cochoy continue son argumentation en exposant la triple codification des normes certificatives. Il décrit en amont un code cadre qui se contente d'imposer des contraintes de formes avec un style très impersonnel, neutre, directif où les fonctions sont nommées et non les personnes. Ensuite, l'auteur continue par la codification contrôlée située en aval. Cela introduit une tierce personne (organisme de certification comme Vincotte ou Belac par exemple) qui vient contrôler la bonne application de la norme. Ce sentiment de surveillance intervient à toutes les étapes, de la mise en place de la norme jusqu'à l'audit de certification. Les salariés travaillent leurs pratiques afin de les rendre plus présentables sur papier. Cela les amène à réfléchir à leur activité et sur leur expérience du réel. Mais le retour de l'écrit sur les activités dépend de la troisième codification : la codification encadrée, qui se situe au milieu des deux autres. Dans la mesure où chacun est amené à participer à la gestion documentaire, la mise en place de la norme s'accompagne de réunions mettant en relation différents acteurs de l'entreprise qui ne se côtoyaient pas ou peu.

La mise en place de normes certificatives comme les normes ISO implique une mobilisation, une redistribution et une redéfinition de la place et du rôle de chacun dans l'entreprise (Duymedjian, 1996, cité dans Cochoy & al., (1998).

De Gaulejac (2005, cité dans Marchesnay, 2006) parle de la qualité en termes d'utopie mobilisatrice qui suscite d'emblée l'enthousiasme et le consensus. Les auteurs s'entendent pour dire que le management de la qualité, sous couvert d'amélioration des conditions de production et donc de travail, devient un outil de pression pour renforcer la productivité et la rentabilité de l'entreprise (de Gaulejac, 2005, cité dans Marchesnay, 2006). La concordance entre la mise en place de normes de qualité et les aspirations des salariés cesse dès lors que les conditions de mise en place de la qualité deviennent contraignantes pour ces salariés. Ils se sentent agressés et aliénés dans leur quotidien par ce passage d'une organisation centrée sur les objectifs de production, de coûts et de délais à une organisation mieux à même d'intégrer les nouvelles exigences du management de la qualité (Dassa & Maillard, 1996).

Qui plus est, ces nouvelles normes de qualité impliquent l'acquisition de nouveaux comportements, de nouveaux modes d'être en sus de l'apprentissage et la mise à jour des savoirs et compétences techniques ou théoriques (Dassa & Maillard, 1996). La

multiplication d'échelle d'évaluation de type BARS ¹¹ nous indiquent combien le comportement attendu importe pour la hiérarchie pour répondre aux prescriptions des normes de qualité. L'objectif de mesure et de contrôle de la qualité glisse vers l'objectif de mesure d'obéissance et d'allégeance (Dassa & Maillard, 1996). Dans le passé, la règle régissait le contrôle du produit. Aujourd'hui, ce sont les individus et leur observation de la règle qui sont contrôlés. L'impact négatif de cette observance à la lettre de la règle est que toute initiative créatrice est d'entrée de jeu anéantie pour ne pas déroger à la règle¹².

Cela rejoint l'aliénation sociale, collective et culturelle définie par Dejours (2006). Par leurs recherches, Mahmoud & Angelé-Halgand (2018) mettent en évidence une destruction des solidarités et de l'esprit d'équipe au point de conduire au déni de l'autre et de soi. Dans l'objectif de répondre aux exigences institutionnelles, certains médecins en oublient la qualité de personne humaine en leurs collègues qui ne sont pas juste des outils pour arriver à leurs fins. Le manque de solidarité et l'absence d'un objectif commun autour duquel se fédérer sont exprimés par les acteurs interviewés par Mahmoud & Angelé-Halgand (2018). Chacun en arrive à taire sa propre expérience du réel.

Tous ces auteurs cités s'entendent sur le management de la qualité qui porte sur le travail de qualité, à savoir le résultat de qualité souhaité par l'employeur. Clot (2015), quant à lui, parle de qualité empêchée, dilemme général et psychologiquement fort coûteux qui traverse toute situation de travail. Son discours s'intéresse à la qualité du travail, c'est-à-dire aux conditions qui permettent aux salariés d'atteindre les objectifs de production sans mettre à mal leur santé. Aujourd'hui, les salariés doivent faire face à des injonctions contradictoires, une pression du temps ou l'absence de temps pour réfléchir collectivement au « travail bien fait ». Les salariés en perdent leurs repères. Ils sont dans une spirale d'insatisfaction grandissante qui peut les amener jusqu'à leur déstabilisation. Il est bien question du ressenti des travailleurs. En se basant sur plusieurs études, Clot (2015) nous explique que les salariés sont en manque de ressources pour faire un travail de qualité. Pour pallier à un surcoût, un problème humain, une difficulté technique ou une obsession budgétaire, il est imposé aux salariés de nouvelles méthodes, de nouvelles organisations du travail qui remettent en cause l'humain et le collectif plutôt que le travail lui-même. Les salariés perdent le sens de leur travail et la reconnaissance des tâches accomplies. Ils sont empêchés dans leur quotidien de

¹¹ BARS= échelle d'évaluation à ancrage comportementale

¹² Eurostat nous informe d'une baisse des demandes de brevets (reflet d'activité inventive) sur la première décennie des années 2000 (Eurostat, 2015)

montrer de quoi ils sont capables. Ils en arrivent à la construction du mensonge décrit par Dejours (2006).

3 - Conséquences pour les travailleurs

Comme annoncé à plusieurs reprises, l'aliénation n'est pas sans risques pour la santé des salariés mais aussi pour la santé du collectif. Cependant, l'aliénation des salariés suite aux nouvelles formes d'organisation du travail ne doit pas être considérée comme la seule responsable des troubles de la santé physique et/ou mentale des salariés. Hirigoyen (2008) nous fait part d'autres variables extraprofessionnelles à prendre en considération : la personnalité du salarié, son environnement familial, ses relations sociales mais aussi les changements de mentalité de la société. L'étude de l'impact de toutes ces variables ne sera pas développée ici. Il convient pour les chercheurs qui veulent approfondir le sujet de garder à l'esprit que l'aliénation a des répercussions pour la santé des salariés et du collectif, qu'il faut corrélérer avec les variables extraprofessionnelles.

Un deuxième point à ne pas oublier non plus, c'est que les nouvelles formes de travail qui offrent les conditions favorables à l'apparition de l'aliénation du salarié, sont aussi de belles opportunités pour ceux qui savent en profiter. Bezes & al (2011) annoncent que dans un contexte de changement lié au *Lean Management* ou au management de la qualité, des groupes professionnels peuvent disparaître, se recomposer, se renforcer ou s'affirmer. Certains groupes voient leur autonomie fondre face aux impositions des nouvelles formes de travail. Bezes & al (2011) nous parle de déprofessionnalisation. D'autres groupes en revanche sont en voie de professionnalisation. L'émergence de nouveaux métiers comme les contrôleurs, les consultants, les prestataires, les gestionnaires de projet fait suite à l'apparition de ces nouveaux concepts amenés par les nouvelles formes de travail. L'industrialisation des blocs opératoires présenté par Mahmoud & Angelé-Halgand (2018) nous apprend que l'implémentation du *Lean Management* a favorisé la création de postes comme celui d'infirmier de coordination chargé de s'assurer qu'à l'instant « t » soient présents le patient, le chirurgien, l'anesthésiste, l'instrumentiste, etc. Les auteurs continuent avec d'autres exemples (infirmière de programmation, régulateur de bloc, infirmière de gestion des dispositifs médicaux), tous autant révélateurs de la création de nouveaux métiers pour satisfaire aux exigences des nouvelles organisations du travail.

Ces nouvelles formes de management issues des nouvelles formes de travail associées aux nouvelles formes d'organisation du travail ont comme répercussion une intensification de

l'effort et une fragilisation de la position de chaque salarié (Deranty, 2011). Ces deux points peuvent être la cause de nouvelles pathologies du travail.

La santé du groupe est indissociable de la santé de l'individu. A des fins de clarté, les conséquences pour le collectif seront abordées pour laisser place ensuite aux répercussions pour les salariés.

Le collectif

Dejours (2006) l'annonce : Le vivre ensemble s'effrite. Deranty (2011) parle de destruction des collectifs de travail. Les nouvelles formes d'organisation du travail imposent de manière directe ou non, une évaluation des performances de chacun. Cela introduit de la compétition au sein des collectifs (Ganem, 2014, Deranty, 2011). Cette compétition est délétère pour le collectif : les liens de solidarité, de coopération s'amenuisent, et *de facto*, les possibilités de défenses collectives aussi. Hirigoyen (2008) démontre la dégradation du vivre ensemble par l'analyse des incidents moins tangibles que des drames (suicides au travail) ou des plaintes (harcèlement). La pression ressentie par les salariés et la compétition induite par les évaluations individuelles amènent les salariés à avoir des comportements hostiles et ce d'autant plus, si l'organisation du travail est jugée désastreuse par les salariés. Il s'agit de critiques injustes sur le travail, de propos désobligeants, d'un manque de soutien, etc. (Hirigoyen, 2008).

Une autre source de tension compétitive est la différence générationnelle (Molina, 2014). Les salariés plus anciens qui vivent et subissent le changement sont dans la résistance. Les nouvelles générations sont mieux disposées, mieux entraînées à ces nouvelles formes d'organisation du travail.

Cette dégradation de la vie sociale au travail est un facteur de risques pour la santé physique et mentale des salariés.

Les Salariés

L'analyse des conséquences pour les salariés peut se faire à deux niveaux : d'une part, au niveau des plaintes formulées par les salariés, d'autre part par l'inventaire des pathologies émergentes.

- *Le recensement des plaintes*

Le recensement des plaintes les plus fréquentes est formulé par Hirigoyen (2011) :

- Le manque de dialogue et de solitude. Le management se déshumanise. Les grilles de lecture définissent les individus et les comportements. Les personnes

sont oubliées en tant qu'être humain. Plusieurs auteurs imputent la solitude à l'évaluation des performances individuelles induisant la compétition entre salariés (Ganem, 2014, Hirigoyen, 2011);

- La peur et la dureté des relations : Les salariés doivent affronter la peur de perdre leur emploi et la peur de ne pas pouvoir tenir le rythme, la performance, les objectifs. Face à des avenir professionnels incertains et des objectifs craints, c'est désormais chacun pour soi (Hirigoyen, 2011);
- Le manque de reconnaissance : Cette plainte reprend le sentiment de ne pas être respecté, de se sentir utilisé, les sentiments de dévalorisation, d'injustice (Hirigoyen, 2011, Dejours, 2006).
- La perte de sens : les salariés ne se retrouvent pas dans leur travail, d'autant plus s'ils estiment ne pas avoir les moyens de faire un travail de qualité (Clot, 2015). Cette plainte est d'autant plus vraie si le salarié la formulant est quelqu'un de scrupuleux, minutieux, investi dans son travail ;
- La mauvaise organisation et les erreurs de management : Ce dernier point n'est pas repris comme une plainte par Hirigoyen (2011). Cependant, dans les milieux hospitaliers, trop souvent, les chefs de service sont des médecins. Ceux-ci sont formés pour le soin du patient (production). La hiérarchie se préoccupe peu de leurs compétences de manager et de leur capacité à mener des hommes et des femmes. Par manque de temps voire par manque d'intérêt, ces médecins-chefs appliquent des méthodes toutes faites issues des nouvelles formes d'organisation du travail.

- *Les pathologies émergentes*

Dejours (2006) cité par bon nombre de ses collègues, distingue trois catégories :

- Le suicide sur le lieu de travail. Plusieurs enquêtes dont celle de Gournay & al (2004, cité dans Dejours, 2006) montrent un taux croissant de suicides et de tentatives de suicide sur le lieu de travail. La mort du salarié semble être la conséquence extrême de l'aliénation. Il y a cependant débat. Le geste est-il un signe d'aliénation ou au contraire, un signe de résistance, de refus d'accepter ces nouvelles conditions ? L'explication au cas par cas ne peut faire abstraction de l'environnement professionnel et hiérarchique du sujet.
- Les pathologies de surcharge : leur apparition surprend plusieurs auteurs. La robotisation, l'émergence de nouvelles technologies, les progrès techniques sont

annonciateurs d'une diminution de la charge de travail. Or, les pathologies de surcharge sont en augmentation. Elles sont au nombre de 3 :

- Le *burn-out* : Bügel (2005) définit le *burn-out* comme étant un « *état d'épuisement physique, émotionnel et mental dû à une exposition prolongée à des situations émotionnellement stressantes* ». Plusieurs auteurs s'entendent pour dire que le *burn-out* est corrélé à différents facteurs ayant trait à la personnalité et aux conditions de travail (Bügel, 2005). Dejours (2006) insiste sur la prévalence du *burn-out* dans les professions impliquant une relation d'aide, d'assistance ou de soins. Cependant, l'ensemble des professions de « relations de service » semble aujourd'hui être touché par le *burn-out*.
- Le *Karôshi* ou mort par surmenage : maladie décrite comme une mort subite chez des individus âgés de moins de 40 ans, à priori en bonne santé qui ne présentent comme facteur de risque qu'une surcharge de travail (septante heures par semaine).
- Les troubles musculo-squelettiques : Souvent associés aux travailleurs dédiés à des tâches à forte contrainte mécanique comme l'ouvrier maniant son marteau-piqueur, les troubles musculo-squelettiques apparaissent de plus en plus dans des situations qui ne devraient pas générer ce genre de troubles comme par exemple, le travail de bureau. Ce sont donc des troubles physiques liés à une atteinte du fonctionnement psychique (Grenier-Pezé, 2000 cité dans Dejours, 2006).

Ces trois pathologies de surcharge trouvent leur origine selon Ganem (2014) dans l'hyperactivisme développé par les salariés pour lutter contre la dévalorisation, la perte d'estime d'eux-mêmes, la dépression. Les limites physiologiques, physiques, psychologiques sont alors dépassées et les pathologies de surcharge apparaissent chez les salariés.

- Les pathologies de harcèlement : Le harcèlement a toujours existé dans le milieu du travail. La nouveauté est l'apparition des pathologies de harcèlement. Plusieurs auteurs (Ganem, 2014, Dejours, 2006) les définissent comme des pathologies de solitude. Suite à la destruction de la solidarité, du collectif, les salariés se retrouvent seuls. La solitude joue un rôle déterminant dans l'émergence de ces pathologies caractérisées par des syndromes dépressifs, confusionnels voire de persécution ou psychosomatiques.

Le dénominateur commun à l'augmentation de ces pathologies est la modification en profondeur des méthodes d'organisation du travail. Dejours (2006) soutient que ces pathologies pourraient être l'indice de nouvelles formes d'aliénation par l'intermédiaire du travail.

4 - Les possibilités de réactions des travailleurs

Deranty (2011) nous rappelle que dans le premier volume du *Capital*, Marx soutient que les changements d'organisation du capital sur le travail produisent la « mutilation de chaque travailleur », mal nécessaire et donc justifié. Ceci dit, l'être humain, quoi qu'on en dise, ne se laisse pas faire facilement. Et quand bien même le travail serait source d'aliénation, il est toujours plus positif que de souffrir d'une privation de travail (Dejours, 2006).

Plusieurs auteurs décrivent les différentes possibilités de réactions des salariés. Elles sont classées en deux catégories par de Gaulejac (2010): les réactions défensives et les mécanismes de dégageant.

Les réactions défensives

Les réactions défensives sont définies par de Gaulejac (2010) comme étant des mécanismes conscients et inconscients mis en œuvre par le salarié pour supporter et vivre du mieux qu'il peut les nouvelles organisations du travail mises en place. Le déni et la résignation sont des exemples de réactions défensives qui sont reprises tour à tour par différents auteurs.

- *Le déni*

Le déni peut être une stratégie de défense collective ou individuelle.

Au niveau du collectif, il y a lieu de construire ensemble une stratégie du déni du risque afin de ne pas ressentir la peur engendrée par les nouvelles organisations du travail. Qui plus est, cette stratégie est active car le collectif va occulter tout ce qui peut faire ressurgir la peur au niveau de l'organisation et des discours (Ganem, 2014). Ce phénomène certes intentionnel mais inconscient, va isoler tout membre du collectif qui refusera le déni. Si un membre du collectif doute et exprime sa peur de l'organisation, c'est tout le collectif qui peut se mettre à douter. Le problème du déni est que le caractère aliénant, délétère de l'organisation du travail est occulté (Ganem, 2014).

Une deuxième forme de déni est celle présentée par Renault (2006). Il s'agit de la dénégation de la maladie. Cette forme de déni arrive plus tard. Le salarié développe une dénégation de la maladie pour conserver l'apparence du salarié performant et ne pas mettre ses collègues déjà sous pression dans une plus grande difficulté (Renault, 2006). Ces nouvelles formes de

dénégation de la maladie se développent conjointement à la dégradation des indicateurs de la santé au travail.

Deranty (2011) quant à lui, développe la notion des mécanismes mis en place par le salarié en souffrance qui le rendent insensible au mal d'autrui. Ce style de mécanisme est à l'origine de formation de groupes contre-collectifs composés de salariés qui ne se retrouvent plus dans les collectifs. Être insensible au mal d'autrui permet de nier sa propre souffrance.

Enfin, Durand (2006) présente comme forme de déni, l'auto-construction d'un bouclier de justifications de ses pratiques. Le salarié va intérioriser les valeurs économiques et gestionnaires de la classe supérieure. En s'appropriant ces principes supra-sociaux, le salarié fait abstraction de son aliénation. Les soignants vont justifier leur quotidien pour la sécurité et le bien-être du patient.

- *La résignation*

Le salarié face à sa situation, accepte passivement son instrumentalisation. Il se résigne, se replie sur lui-même (Hirigoyen, 2008).

De Gaulejac (2010) explique le clivage. Cette réaction défensive est en partie une résignation mais aussi une résistance (cfr paragraphe suivant). Le salarié va accepter en apparence sa situation, va se fondre dans la masse. Et, en même temps, le salarié va résister, va refuser. Il va tenter de préserver son intégrité.

Ces réactions défensives sont largement inconscientes. Elles vont permettre au salarié de vivre avec les nouvelles formes d'organisation.

Les mécanismes de dégagement

Les mécanismes de dégagement désignent pour de Gaulejac (2010) les processus par lesquels le salarié va résister au système paradoxal qui s'impose à lui soit par l'échappatoire, soit par la simulation, soit par la transformation de l'intérieur du système ou sa destruction, soit encore par la demande de coaching.

- *L'échappatoire*

L'échappatoire est une stratégie individuelle. Le salarié préfère partir que de subir. C'est le cas des salariés qui se mettent en maladie le temps de finir leur carrière ou de trouver un autre poste (de Gaulejac, 2010). Certains auteurs, rappelons-le, présentent les suicides sur les lieux de travail comme une échappatoire à ce que le salarié ne peut plus supporter (Dejours, 2006).

- *La simulation*

Durand (2006) présente comme forme de résistance la simulation. Le salarié résiste en simulant ce qu'on attend de lui. Après avoir compris ce qui était souhaitable pour l'entreprise, le salarié se conforme tant dans ses actes que dans ses paroles à ces comportements adéquats attendus et exigés par l'entreprise. Stratégie individuelle, la simulation permet au salarié de s'économiser en lui offrant l'aval de sa hiérarchie.

- *Transformer ou détruire le système*

Chercher à transformer le système, voire à le détruire pour un mieux, est une stratégie collective. Les possibilités sont aussi nombreuses que les situations. Elles sont le défi de l'ensemble des salariés mais aussi des syndicats, des ressources humaines et des chercheurs (de Gaulejac, 2010). Les nombreuses références littéraires montrent que la réflexion est en cours sur ces différentes possibilités.

- *Le coaching*

Dejours (2006) présente le coaching comme une aide individualisée pour les managers qui vacillent. Les cadres sont seuls entre la base qu'ils dirigent et les objectifs qui leur sont imposés. Les aider via une aide extérieure fait l'impasse sur la coopération en interne. La souffrance des cadres et dirigeants les amène à demander de l'aide. Le coaching est la solution acceptable par l'entreprise afin de compenser les effets délétères de l'organisation du travail.

Conclusions

Ce travail a pour objectif de comprendre d'une part comment les nouvelles formes d'organisation du travail amènent un caractère aliénant pour les salariés, avec leurs répercussions, et d'autre part, comment ces mêmes salariés tentent de se protéger des conséquences de l'aliénation sur leur santé physique et mentale.

Dejours (2006) conclut son écrit en défendant la thèse que les nouvelles formes de souffrance et de pathologies dans le monde du travail sont le signe que tout n'est pas mesurable et obligé d'être mesuré et que le travail n'est pas une valeur en voie de disparition.

La société d'aujourd'hui présente un management paradoxal. Les entreprises sont amenées à mettre en place de nouvelles formes de gouvernance et de management qui prônent la liberté, l'initiative et la responsabilité. Simultanément, le culte de la performance et du progrès couplé à l'évolution des techniques de l'information et de la communication, ont apporté des nombreuses possibilités de contrôle. Les salariés se retrouvent enfermés dans un

système complexe de lourdeur administrative, de lenteur décisionnelle, de réduction de leur pouvoir d'action (Verrier & Bourgeois, 2016). Ils souhaiteraient s'investir davantage pour peu que la hiérarchie leur témoigne de la confiance et de la reconnaissance (Hirigoyen, 2008).

Aujourd'hui, prévenir la santé des travailleurs consiste à détecter les personnes fragiles pour prévenir leur possible décompensation et à la mise en place d'indicateurs impuissants à analyser les situations (Ganem, 2014).

Plusieurs auteurs défendent la thèse de la solution de l'amélioration des pratiques managériales par une analyse en profondeur des dysfonctionnements organisationnels (Hirigoyen, 2008, Ganem 2014). Afin de garantir la santé au travail, les entreprises doivent mettre en place un ensemble de conditions favorables à la construction - voire la reconstruction - de la santé au travail. Les dirigeants doivent établir un management plus respectueux des personnes. D'une part, l'organisation du travail doit permettre aux salariés une marge de manœuvre dans la réalisation de leur activité (les salariés doivent avoir la possibilité de mobiliser leur intellect au service de leur activité) et d'autre part, des espaces d'échange doivent être créés afin de favoriser la coopération, la confiance, la reconnaissance (Ganem, 2014). En d'autres mots, les salariés doivent avoir la possibilité de montrer de quoi ils sont capables. Les dimensions d'autonomie, de coopération et de débat au sein des collectifs doivent retrouver une place importante dans l'organisation du travail (Clot, 2015).

La solution serait peut-être celle proposée par Verrier & Bourgeois (2016) : l'entreprise doit faire confiance à ses salariés. Ceux-ci agissent pour le bien de l'entreprise en étant libres et responsables d'entreprendre toute action qu'ils estiment nécessaire. Les connaissances et les compétences des salariés doivent être favorisées en laissant libre cours à leur esprit d'initiative et à leur créativité et en privilégiant leurs comportements proactifs. La solution à étudier serait, peut-être, l'entreprise libérée comme nouvelle dynamique du travail permettant d'affranchir les salariés et le collectif des contraintes et de l'aliénation au travail.

Principaux apports des 2 approches disciplinaires

Paper 1

Cette première partie se pose la question de savoir comment l'émergence d'outils de gestion du privé transforme les entreprises publiques en général et le monde hospitalier en particulier. La nouvelle gestion publique est apparue dans les années 1980 dans une logique d'efficience et d'efficacité des organisations. L'hôpital, qu'il soit public ou privé, répond à une triple mission publique de soins, de recherche et d'enseignement en respectant les principes du service public, à savoir la mutabilité, l'égalité, la qualité et la continuité (Azimi, 2011, Cueille, 2007). De par ses missions publiques, l'hôpital est considéré comme une entreprise publique et va être impacté par la nouvelle gestion publique.

La nouvelle gestion publique impacte l'organisation des entreprises hospitalières par la mise en place de cinq principes d'organisation (Bezes & al, 2011) :

- La séparation entre les activités de stratégie et de contrôle et les activités opérationnelles ;
- La création d'unités autonomes ;
- L'introduction de la concurrence entre les acteurs publics et privés ;
- La transformation de la structure hiérarchique en renforçant les responsabilités et l'autonomie des différents échelons ;
- L'introduction d'une logique de résultats en lieu et place d'une logique de moyens.

La nouvelle gestion publique offre aussi bien des avantages que des inconvénients et des limites. En résumé, la nouvelle gestion publique permet la modernisation et le perfectionnement des entreprises publiques, l'introduction de marchés et de la notion de performance. La nouvelle gestion publique engendre une compétition qui devient source d'opportunité pour les salariés, d'enrichissement pour les groupes professionnels, d'augmentation de l'expertise des salariés au service de l'entreprise, etc. Les pratiques de contractualisation, de partenariat, de mobilité des personnels deviennent des pratiques usuelles dans les entreprises publiques.

Ceci dit, la nouvelle gestion publique présente des limites à sa pratique. Les auteurs observent un ébranlement circonstanciel des fondamentaux des professionnels. Le secteur public cherche, à l'instar des entreprises privées, l'efficience à tout prix en oubliant les besoins de la société (Merrien, 1999). Or, la philosophie du privé n'est pas toujours

compatible avec le secteur public. La nouvelle gestion publique amène une perte de centralité et de coordination nationale.

L'introduction de la nouvelle gestion publique fait aussi face à différentes réactions de la part des acteurs des entreprises publiques. Les luttes partisans, les enjeux de pouvoirs, les résistances individuelles ou collectives amènent toute une série de dysfonctionnements dans les pratiques de la nouvelle gestion publique.

Les auteurs ont pu remarquer que l'introduction de la nouvelle gestion publique dans le monde hospitalier a provoqué des bouleversements dans l'organisation hospitalière (Cueille, 2007). En effet, l'auteur nous décrit :

- Un mode d'organisation de l'activité renouvelé avec une tendance à l'externalisation des services supports, une ouverture de l'hôpital vers l'extérieur avec la création de réseaux de soins, une ouverture de l'hôpital vers l'interne avec un rapprochement du monde médical et du monde administratif ;
- Une répartition des pouvoirs renouvelée aussi au travers du développement du pouvoir des managers, du partage élargi du pouvoir formel dans les hôpitaux et de la perspective de pouvoir partagé au niveau des filières ;
- La circulation de l'information tant au niveau de sa production qu'au niveau de sa transmission.

Les auteurs décrivent aussi le développement dans le milieu hospitalier de la contractualisation, de la délégation de gestion et des certifications et accréditations afin de répondre aux principes de la nouvelle gestion publique pour pouvoir atteindre le double objectif fixé de l'amélioration des soins et de la maîtrise des dépenses.

Le résultat de l'introduction de la nouvelle gestion publique au sein du milieu hospitalier est mitigé. Les objectifs recherchés sont en partie atteints. Il en demeure cependant que le milieu hospitalier reste centré sur lui-même, avec des dépenses qui restent hautes dans certains secteurs, une optimisation des ressources humaines imparfaite et une gestion hospitalière complexifiée par la préoccupation croissante de la population pour les vigilances sanitaires (Peljak, 2002).

Paper 2

Le deuxième volet de ce travail s'interroge sur le caractère aliénant des nouvelles formes du travail dans le milieu hospitalier.

Le concept de l'aliénation a évolué depuis les écrits de Marx. Les discours bienveillants de la classe supérieure sur l'égalité des chances, l'équité, les projets d'amélioration continue, de qualité ont tendance à camoufler l'aliénation des travailleurs de la société d'aujourd'hui.

La nouvelle gestion publique amène de nouvelles formes d'organisation du travail. L'objectif est la maximisation des profits et la réduction des coûts. Le milieu hospitalier voit se développer en son sein le *Lean management* et le management de la qualité qui, tous deux, créent les conditions favorables à l'aliénation des salariés.

Le *Lean Management* est une démarche positive pour les entreprises hospitalières et les salariés. Malheureusement, cette démarche se résume bien souvent à la diffusion des outils du *Lean Management* sans appliquer l'ensemble de la philosophie. Les salariés subissent alors ces nouveaux outils. Ils produisent plus de valeurs pour l'entreprise (aliénation objective) tout en mobilisant leur force physique et/ou intellectuelle pour répondre aux impératifs du *Lean Management* (aliénation subjective).

Le management de la qualité représente un ensemble d'outils sociotechniques, d'amélioration continue, de maintenance préventive, de standardisation par l'écrit dont l'objectif est de contrôler la qualité de la production des biens et des services. Le contrôle de la qualité devient un outil de pression pour renforcer la productivité et la rentabilité de l'entreprise (de Gaulejac, 2005, cité dans Marchesnay, 2006). Le Management de la Qualité amène l'aliénation sociale, collective et culturelle définie par Dejours (2006) avec une destruction des solidarités et de l'esprit d'équipe jusqu'au déni de l'autre et de soi.

Les conséquences pour les salariés sont positives pour ceux qui savent profiter des opportunités offertes par ces nouvelles formes de travail. Par contre, les nouvelles formes de management associées aux nouvelles formes d'organisation du travail intensifient l'effort des salariés et fragilise la position de chacun d'entre eux (Deranty, 2011). Cela se traduit au niveau du collectif par une diminution des liens de solidarité et une augmentation des comportements hostiles. Au niveau des salariés, l'analyse des conséquences peut se faire au niveau :

- Des plaintes en augmentation sur le manque de dialogue, sur la solitude, sur la peur et la dureté des relations, sur le manque de reconnaissance, sur la perte de sens, sur la mauvaise organisation et sur les erreurs de management ;

- Des pathologies émergentes en augmentation : suicide au travail, pathologies de surcharge (burn-out, karôshi, troubles musculo-squelettiques) et pathologies de harcèlement (syndrome dépressif, confusionnel, de persécution, psychosomatique).

Face aux conséquences négatives de ces nouvelles formes d'organisation du travail, les salariés ont la double possibilité de réagir :

- Les réactions défensives : mécanismes conscients et inconscients mis en œuvre par les salariés pour supporter et vivre du mieux qu'ils peuvent les nouvelles organisations du travail mises en place (de Gaulejac, 2010). Il peut s'agir du déni, qu'il soit collectif ou individuel, ou de la résignation.
- Les mécanismes de dégagement : de Gaulejac (2010) les désigne comme des processus par lesquels le salarié va résister au système paradoxal qui s'impose à lui via l'échappatoire, via la simulation, via la demande de coaching ou encore via la transformation de l'intérieur ou la destruction du système.

Les entreprises sont aujourd'hui prises dans un management paradoxal. D'une part, les entreprises sont amenées à mettre en place des outils de la nouvelle gestion publique qui promeut la liberté, l'initiative et la responsabilité. D'autre part, le culte de la performance et du progrès couplé à l'évolution des techniques de l'information et de la communication ont amenés de nombreuses possibilités de contrôle.

Convergences, divergences et complémentarités

Les 2 approches analysent la nouvelle gestion publique à des niveaux différents. Les répercussions de la nouvelle gestion publique sont analysées :

- Au niveau macro de l'entreprise avec une réflexion sur le management et l'organisation de la société et du milieu hospitalier ;
- Au niveau micro de l'entreprise avec une réflexion sur les salariés et l'aliénation de ces derniers par l'introduction des nouvelles formes d'organisation du travail.

Le bilan de l'arrivée de la nouvelle gestion publique en milieu hospitalier est nuancé. En effet, l'entreprise et les salariés sont gagnants : de nouvelles opportunités pour les salariés, augmentation de l'expertise des salariés et donc de l'entreprise, augmentation des pratiques de contractualisation, de partenariat, de mobilité, amélioration de la qualité des soins et donc de la réputation de l'entreprise, réduction de certains coûts. Ceci dit, ils sont l'un et l'autre

aussi perdants : apparition de plaintes et de pathologies émergentes pour les salariés, et problématiques énumérées par Peljak (2002) toujours présentes au sein de l'hôpital.

Les deux parties prenantes ont intérêt l'une et l'autre au bon fonctionnement de l'autre. Les entreprises hospitalières ne peuvent fonctionner correctement si le personnel est malade, absent, non motivé, etc. De même, les salariés ne peuvent espérer venir au travail dans de bonnes conditions si l'entreprise est malmenée, en difficulté.

La nouvelle gestion publique : à prendre ou à jeter ?

La nouvelle gestion publique amène des outils d'une double nature (Bertézène & Dubrion, 2013) :

- Une nature tournée vers la connaissance et visant à rendre compte de la réalité organisationnelle à un moment donné ;
- Une nature tournée vers la conformation.

L'objectif n'est pas de rejeter la nouvelle gestion publique. Il s'agit au contraire de la faire évoluer. Une meilleure conception et une appropriation des outils de gestion contribuera à diminuer les tensions internes tant au niveau macro qu'au niveau micro (Bertézène & Dubrion, 2013).

Aujourd'hui, il y a un chassé-croisé entre les entreprises publiques et les entreprises privées (Bertézène & Dubrion, 2013). Les auteurs défendent l'idée que le privé cherche à développer les valeurs en lien fort avec l'éthique du service public alors que celui-ci cherche à développer des valeurs comme l'efficacité et la performance. Il convient de chercher la formule hybride profitable à l'entreprise hospitalière et aux salariés. L'entreprise doit laisser de l'autonomie aux différents acteurs afin de faire appel à leur expertise. Le développement de méthodes de résolution de problème proposées par les acteurs de terrain est un signe qui abonde dans ce sens. Cela favorise l'amélioration continue des pratiques du travail pour le bien-être des salariés. Le salarié épanoui sera plus performant. De leur côté, les salariés doivent laisser la possibilité à l'entreprise de se développer, de performer. L'entreprise connaît les enjeux, l'environnement concurrentiel, législatif, technologique, sociologique, économique. Les salariés doivent faire confiance à leurs dirigeants pour amener leur entreprise à être saine.

Et après ?

Ce travail n'est pas une fin. Il ouvre le questionnement sur cette formule hybride à trouver. Les références littéraires dissertent beaucoup sur les organisations Opale de Laloux et les entreprises libérées de Getz. Il convient d'étudier dans quelles mesures ces organisations peuvent se rapprocher du concept du travail vivant de Marx. Les hôpitaux peuvent-ils mettre en place ce genre d'organisation compte tenu de leurs missions publiques ? Ce genre d'organisation sont-elles la solution ? La crise sanitaire actuelle montre à quel point les hôpitaux subissent les aléas de la vie pour pouvoir répondre au besoin de soins de la population. Le monde médical et soignant est souvent dans la rue pour demander de l'aide. Il convient de mener une réflexion tripartite où l'État, les hôpitaux et les représentants des salariés visent l'efficacité des hôpitaux pour la santé de la population en tenant compte de la santé des salariés.

Bibliographie

- Ajzen, M., Donis, C., & Taskin, L. (2015). Kaléidoscope des Nouvelles Formes d'Organisation du Travail: L'instrumentalisation stupide d'un idéal collaboratif et démocratique. *Gestion* 2000, 32(3), 125-147.
- Alber, A. (2013). Management et nouvelle gestion publique: limites et paradoxes de l'imitation du privé. *La nouvelle revue du travail*, (2).
- Amar, A., & Berthier, L. (2007). Le nouveau management public: avantages et limites. *Gestion et management publics*, 5, 1-14.
- Azimi, V. République et Service public¹ in : Tous Républicains ! Origines et modernité des valeurs républicaines (Sous la direction de Robert Belot. Actes du colloque de Belfort 12-13 novembre 2010), éd. Armand Colin/Recherches, 2011, pp.183-193
- Beauvallet, G., & Houy, T. (2009). L'adoption des pratiques de gestion Lean. *Revue française de gestion*, (7), 83-106
- Bertézène, S., & Dubrion, B. (2013). « Moderniser » les pratiques d'évaluation du travail dans la fonction publique : Analyse exploratoire du cas d'un hôpital public. *Formation emploi. Revue française de sciences sociales*, (121), 83-105.
- Bezes, P., Demazière, D., Le Bianic, T. L., Paradeise, C., Normand, R., Benamouzig, D., ... & Evetts, J. (2011). New Public Management et professions dans l'État: au-delà des oppositions, quelles recompositions?. *Sociologie du travail*, 53(3), 293-348.
- Bügel, P. (2005). Le burn-out. *Santé*, (32).
- Charreaux, G. (1997). L'entreprise publique est-elle nécessairement moins efficace?. *Revue française de gestion*, 115, 38-56.
- Clot, Y. (2015). Le travail à cœur: pour en finir avec les risques psychosociaux. *La découverte*.
- Cochoy, F., Garel, J. P., & De Terssac, G. (1998). Comment l'écrit travaille l'organisation: le cas des normes ISO 9000. *Revue française de sociologie*, 673-699.
- Crommelynck, A., Degraeve, K., & Lefèbvre, D. (2013). L'organisation et le financement des hôpitaux. *Fiche-info*, Septembre.
- Crozet, P., Kaaniche, A., & Lienard, J. (2008). Nouvelle gouvernance à l'hôpital: recomposition de l'organisation et gestion des ressources humaines. *Politiques et management public*, 26(2), 31-52.

- Cueille, S. (2007). Quelle forme organisationnelle pour la réalisation d'une activité de service public? Réflexion sur les transformations organisationnelles de l'hôpital public. *Politiques et management public*, 25(4), 63-80.
- Dassa, S., & Maillard, D. (1996). Exigences de qualité et nouvelles formes d'aliénation. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 115(1), 27-37.
- de Gaulejac, V. (2010). La NGP: nouvelle gestion paradoxante. *Nouvelles pratiques sociales*, 22(2), 83-98.
- De Pourcq K, De Regge M, Callens S, Coëffé M, Van Leuven L, Gemmel P, Van den Heede K, Van de Voorde C, Eeckloo K. Modèles de gouvernance pour les collaborations entre hôpitaux – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2016. KCE Reports 277Bs. D/2016/10.273/90.
- De Visscher, C., & Varone, F. (2004). La nouvelle gestion publique" en action". *Revue internationale de politique comparée*, 11(2), 177.
- Dejours, C. (2006). Aliénation et clinique du travail. *Actuel Marx*, (1), 123-144.
- Deranty, J. P. (2011). Travail et expérience de la domination dans le néolibéralisme contemporain. *Actuel Marx*, (1), 73-89.
- Desmarais, C., & de Chatillon, E. A. (2008). Existe-t-il encore des différences entre le travail des managers du public et ceux du privé?. *Revue française d'administration publique*, (4), 767-783.
- Dubouloz, S. (2013). Les barrières à l'innovation organisationnelle: Le cas du Lean Management. *Management international/International Management/Gestión Internacional*, 17(4), 121-144.
- Duchamp, D., & Persson, S. (2012). Vers des Médecins-Managers-Mentors? Premiers résultats d'un accompagnement concerté dans un CHU. *Management Avenir*, (3), 142-161.
- Durand, JP (2006). Les outils contemporains de l'aliénation du travail. *Actuel Marx*, (1), 107-122.
- Durant, G. (2010). Le financement des hôpitaux en Belgique. Situation au 1er septembre 2012.
- Emery, Y., & Giaque, D. (2005). Emploi dans les secteurs public et privé: vers un processus confus d'hybridation. *Revue internationale des sciences administratives*, 71(4), 681-699.

- Eun, J., & Pupion, P. C. (2019). Introduction au dossier thématique: le management public entre confiance et défiance. *Management international/International Management/Gestão Internacional*, 23(3), 14-15.
- Eurostat (2015), « Statistiques sur les brevets », *Site de Statistics Explained, Europa*, [en ligne], https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Patent_statistics/fr&oldid=261137 (consulté le 24/02/2021)
- Evin, C. (2009). L'hôpital en crise? *Les Tribunes de la sante*, (1), 75-80.
- Fleuret, S., Lerouvillois, G., & Séchet, R. (2001). L'hôpital entre ville et politiques de santé. *L'information géographique*, 65(2), 172-175.
- Ganem, V. (2014). Origines des nouvelles pathologies liées au travail et possibilités de prévention. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 32(5), 411-417.
- Gernet, I., & Dejours, C. (2009). Évaluation du travail et reconnaissance. *Nouvelle revue de psychosociologie*, (2), 27-36.
- Gibert, P., & Thoenig, J. C. (1993). La gestion publique: entre l'apprentissage et l'amnésie. *Politiques et management public*, 11(1), 3-21.
- Haber, S. (2008). Expérience du travail, expérience de l'aliénation. *Cités*, (3), 45-54.
- Hirigoyen, M. F. (2008). La souffrance au travail et les pathologies émergentes. *L'information psychiatrique*, 84(9), 821-826.
- Hostettler, S., Kraft, E., & Bosshard, C. (2020). La certification, outil de promotion de la qualité en médecine. *Bulletin des médecins suisses*, 101(42), 1132-1341.
- Lane, J. E. (2000). *New public management*. Taylor & Francis US.
- Mahmoud, Z., & Angelé-Halgand, N. (2018). L'industrialisation des blocs opératoires: Lean Management et réification. *Management Avenir Sante*, (1), 73-88.
- Marchesnay, M. (2006). La Société malade de la gestion: Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social. *Revue Française de Gestion*, 32(161), 169.
- Merrien, F. X. (1999). La nouvelle gestion publique: un concept mythique. *Lien social et Politiques*, (41), 95-103.
- Mertens de Wilmars, S., & Marée, M. (2014). Où se situent les associations? Les enjeux des frontières poreuses. *Les nouvelles politiques sociales*, 1.

- Molina, Y. (2014). Nouvelle gestion publique et recomposition professionnelle dans le secteur social. *Pensée plurielle*, (2), 55-66.
- Nautré, B. (2008). L'hôpital et le contrat. *Revue Projet*, (3), 50-56.
- Nyssens, M. (2015). L'émergence des quasi-marchés: une mise à l'épreuve des relations pouvoirs publics-associations¹. *Les Politiques Sociales*, 75.
- Peljak, D. (2002). La subsidiarité: le défi de l'hôpital du XXI^e siècle. *Gestion*, 27(3), 134-141.
- Pesqueux, Y. (2020). New Public Management (NPM) et Nouvelle Gestion Publique (NGP).
- Peters, B. G. (2010). Nouveau management public (New public management). *Dictionnaire des politiques publiques*, 398-404.
- Pierru, F. (1999). L'«hôpital-entreprise» Une self-fulfilling prophecy avortée. *Politix. Revue des sciences sociales du politique*, 12(46), 7-47.
- Renault, E. (2006). Du fordisme au post-fordisme: Dépassement ou retour de l'aliénation?. *Actuel Marx*, (1), 89-105
- Schaff, A., & Brendel, C. (1976). L'appareil conceptuel de la théorie marxienne de l'aliénation. *L'Homme et la société*, 41(1), 13-34
- Stimec, A. (2018). Est-ce que le Lean management est une démarche d'apprentissage organisationnel ? L'impact de l'amélioration continue. *Revue de gestion des ressources humaines*, 2(2), 19-31.
- Thirion, N. (2000). Privatisations d'entreprises publiques, économie de marché et transformation des systèmes juridiques étatiques: un processus inéluctable?. *Pyramides. Revue du Centre d'études et de recherches en administration publique*, (2), 85-110.
- Varone, F. (2008). De la performance publique: concilier évaluation des politiques et budget par programme?. *Politiques et management public*, 26(3), 77-89.
- Vaucher, V. & Broers, B. COVID-19 et réorganisation de l'hôpital: où sont passés les consommateurs de substances ? Site du Groupement Romand d'Etudes des Addictions, [En ligne], 2020, <https://www.grea.ch/publications/3-covid-19-et-reorganisation-de-lhopital-ou-sont-passees-les-consommateurs-de-substances> (consulté le 5 mai 2021).
- Verrier, G., & Bourgeois, N. (2016). Faut-il libérer l'entreprise?: Confiance, responsabilité et autonomie au travail. Dunod.

