



HAL
open science

L'institution et ses professionnels face à la rationalisation des soins de santé: résistances, contournements, accommodements

Sophie Divay, Nadia Garnoussi

► To cite this version:

Sophie Divay, Nadia Garnoussi. L'institution et ses professionnels face à la rationalisation des soins de santé: résistances, contournements, accommodements. SociologieS, 2020, L'institution et ses professionnels face à la rationalisation des soins de santé. hal-02986382v2

HAL Id: hal-02986382

<https://hal.science/hal-02986382v2>

Submitted on 8 Apr 2024

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

L'institution et ses professionnels face à la rationalisation des soins de santé : résistances, contournements, accommodements

Introduction au Dossier

The institution and its professionals facing healthcare' rationalization : resistances, circumventions, adjustments. Introduction

Sophie Divay et Nadia Garnoussi



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/sociologies/13497>
DOI : 10.4000/sociologies.13497
ISSN : 1992-2655

Éditeur

Association internationale des sociologues de langue française (AISLF)

Ce document vous est offert par Université de Reims Champagne-Ardenne



Référence électronique

Sophie Divay et Nadia Garnoussi, « L'institution et ses professionnels face à la rationalisation des soins de santé : résistances, contournements, accommodements », *SociologieS* [En ligne], Dossiers, mis en ligne le 20 mai 2020, consulté le 08 avril 2024. URL : <http://journals.openedition.org/sociologies/13497> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/sociologies.13497>

Ce document a été généré automatiquement le 16 février 2023.



Le texte seul est utilisable sous licence CC BY-NC-ND 4.0. Les autres éléments (illustrations, fichiers annexes importés) sont « Tous droits réservés », sauf mention contraire.

L'institution et ses professionnels face à la rationalisation des soins de santé : résistances, contournements, accommodements

Introduction au Dossier

The institution and its professionals facing healthcare' rationalization : resistances, circumventions, adjustments. Introduction

Sophie Divay et Nadia Garnoussi

- 1 Les reconfigurations que les politiques publiques imposent au champ de la santé et de la santé mentale semblent indiquer l'intensification de la rationalisation « instrumentale » de l'institution hospitalière et de ses activités.
- 2 Suivant les analyses de Max Weber¹, on peut voir comme trait majeur de ce type de rationalité sa tendance à s'inscrire dans un nombre croissant de pratiques, y compris quand ces dernières se sont construites indépendamment d'objectifs utilitaristes (Weber, 1971, 1996). Cette généralisation du processus de rationalisation – et les mimétismes qu'elle génère d'un secteur d'activité à un autre – peut ainsi expliquer la réduction de l'écart entre le régime des services publics et celui du privé, ainsi que certaines craintes autour d'une transformation de l'utilisateur en simple « client » (Maudet, 2002 ; Lascoumes, 2007). Toutefois, les travaux qui s'inscrivent dans le courant néo-institutionnaliste ont notamment montré que le phénomène d'« isomorphisme » (DiMaggio & Powell, 1983) ne pouvait à lui seul traduire les ressorts de la rationalisation (Bezes & Musselin, 2015). En effet, les changements liés à la démultiplication des « instruments » supposent, d'une part, une diversité d'acteurs et d'intérêts non réductibles à l'imposition de normes « par le haut » et ne signifient pas, d'autre part, qu'il y a adéquation spontanée entre les objectifs fixés, les moyens mis en œuvre et les résultats obtenus (Lascoumes & Le Galès, 2004).

- 3 Ces analyses dévoilent l'hétérogénéité des motivations et des jeux d'acteurs sous-jacente aux logiques les plus poussées de standardisation gestionnaire, en premier lieu celles qui relèvent de l'extension du *New Public Management* (NPM) depuis les années 1990. En promouvant l'amélioration de l'efficacité des pratiques, le NPM justifie l'augmentation du contrôle de l'activité humaine par des outils qui la « déploient » et en mesurent les performances. Ce faisant, il remet aussi en cause la séparation entre des activités structurées autour de finalités et de moyens donnés – qui se prêteraient à une telle évaluation – et des activités qui, à l'inverse, échapperaient à la protocolisation et la quantification de leurs résultats. En d'autres termes, l'existence d'activités distinctes par nature – et ce au sein d'un même secteur, comme le seraient par exemple la mise en place d'un traitement médicamenteux ou le travail relationnel auprès des patients – paraît de plus en plus difficilement défendable.
- 4 Dans tous les cas, l'analyse de l'ampleur prise par les instruments de mesure et de chiffrage du travail – et notamment du travail sur les individus – ne saurait être menée sans prendre en compte l'« univers de sens » (Muller, 2011) dans lequel les nouveaux « référentiels » s'inscrivent. Pour Max Weber déjà, il n'existait pas de rationalité instrumentale pure, qui exclurait donc la combinaison avec d'autres logiques, dont celles de type « axiologique », à laquelle elle s'oppose pourtant du point de vue idéaltype. Même si ces rationalités fondent des « ordres de vie » différenciés et autonomes, cela n'exclut pas la présence de tensions qui traversent chacune de ces sphères, car des types d'action et des motifs, *a priori* antagonistes, de nature utilitariste comme éthique, peuvent s'y confronter, voire s'y entremêler, rappelant, pour reprendre les termes de Catherine Colliot-Thélène (2011) la « plurivocité du rationnel ». Un tel constat invite également à interroger le poids des « mythes rationnels » appuyant le développement des logiques marchandes et managériales, dont la rationalité tient moins dès lors à leur efficacité « réelle » qu'à la légitimité qui leur est reconnue (Bezes & Musselin, 2015, p. 127).
- 5 Cette perspective permet d'éclairer l'existence de paradoxes, de contradictions, de tensions, inhérents au processus de rationalisation et à ses effets, qui touchent tant les pratiques des acteurs que leurs institutions. Loin de la représentation d'une rationalité pleinement maîtrisée du point de vue des moyens et des fins qu'elle définit, il s'agit davantage de comprendre, dans une perspective constructiviste, les différents mécanismes et les raisonnements permettant que, dans une configuration et un temps donnés, un modèle d'organisation et d'action l'emporte sur un autre. Dans la continuité de cette idée, le NPM n'apparaît pas comme une idéologie cohérente et stable mais plutôt, suivant les termes de Philippe Bezes (2012), comme un « puzzle doctrinal » composé d'inspirations et d'expériences diverses.
- 6 Dans le champ de la santé, plusieurs phénomènes donnent particulièrement bien à voir la complexité des significations et des justifications, parfois contradictoires, que le processus de rationalisation croise et met en jeu, peut-être parce qu'en premier lieu la rhétorique de la modernisation et du gain d'efficacité (ou d'« efficacité ») des services publics est profondément ambivalente. Alors que se développe une logique de marché, une ligne fondamentale de tension peut ainsi émerger de la double injonction à la standardisation et à la personnalisation des soins.
- 7 Ainsi, la diversification de l'offre de biens de santé, qui orchestre et segmente la demande, s'accompagne-t-elle de la protocolisation croissante des pratiques professionnelles. Or, l'obligation faite aux institutions de réajuster les prises en charge

en évaluant plus précisément les « vrais » besoins heurte le plus souvent la conception que les professionnels se font du « bon » travail de soin. La menace que la généralisation des « bonnes pratiques » fait peser sur le travail « noble » est d'ailleurs devenue un argument commun aux différents groupes professionnels confrontés à la rationalisation de leur travail, même si les plus dominés d'entre eux sont aussi les premiers exposés aux effets de la standardisation de leurs pratiques et à une diminution de leur autonomie réelle.

- 8 Une autre expression des paradoxes de la rationalisation concerne la justification de certains changements au nom de logiques néo-libérales mais aussi de motifs humanistes-démocratiques, comme la critique de la bureaucratie ² et du paternalisme, et la volonté de rendre les dispositifs de soin moins stigmatisants, plus transparents et « inclusifs » pour leurs usagers. Mais, souvent, le sens véritable des transformations appelées par les mouvements sociaux se révèle particulièrement ambivalent, quand la défense des intérêts des personnes justifie des réformes qui conduisent à réduire l'investissement public. Pensons par exemple à certaines politiques de désinstitutionnalisation, telle que la réduction des lits en psychiatrie pour rompre avec les pratiques d'enfermement et éviter la chronicisation des patients. Or, aujourd'hui, parmi les critiques toujours vives de la prise en charge des maladies mentales, se font entendre des arguments qui dénoncent à l'inverse une « déshospitalisation abusive » (Moreau, 2008), dévoilant certains des effets de la libéralisation de l'institution. Ailleurs, en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), le « virage ambulatoire », présenté comme « le nouvel eldorado de la maîtrise des dépenses » (Hirtzlin, 2017), n'est en l'occurrence pas sans poser question sur sa réelle amélioration de la qualité de « prise en soin » des malades, notamment les plus vulnérables et isolés.
- 9 Enfin, l'incertitude et l'instabilité du processus de rationalisation sont perceptibles dans la grammaire managériale elle-même, par le biais de laquelle se diffuse la pensée de la nécessaire modernisation des services publics. Sont ainsi mobilisés et amalgamés différents registres hétéroclites, comme celui des « preuves » ou « données probantes » sur lequel s'appuient les recommandations de diverses agences expertes en « bonnes pratiques », donnant au management contemporain un substrat positiviste et normatif. On trouve encore celui de la performance et de la productivité ramenées à la responsabilité de chaque acteur, ou encore celui du développement personnel et de sa lecture du bien-être individuel, plus spécifiquement en santé mentale. Il ressort que le discours managérial est idéologiquement instable, car pris en tension entre un processus dépersonnalisant d'objectivation du travail et une singularisation de l'activité humaine appliquée dans le cadre d'un mouvement d'individualisation des acteurs (Le Texier, 2016). C'est aussi par sa généralisation à la majorité des activités d'encadrement et, au-delà, par sa banalisation culturelle, que le management apparaît dans ses ambivalences et sans doute ses limites aux yeux des acteurs invités à en adopter les conceptions.
- 10 Ces quelques constats conduisent à interroger, d'une part, les déterminants les points de vue des acteurs sur ces nouveaux impératifs, justifiés au sein des institutions par la nécessité de la « réforme » et du « changement » et, d'autre part, comment s'y articule ou s'y heurte leur rapport au travail. Quelles sont les variations observables dans les négociations et les positionnements des acteurs selon leur trajectoire biographique, leur place et leur fonction dans les organisations ? Enfin, comment les modalités de « gouvernance » ³ inspirées du NPM redéfinissent-elles les contours et les fondements

de l'« ethos professionnel » (Didier, 2009 ; Fusulier, 2011) des travailleurs du soin, confrontés à des injonctions morales, voire moralisatrices, énoncées et portées par des gestionnaires ou des managers ? Si les dynamiques de rationalisation s'avèrent être pluridimensionnelles et polysémiques, par quels accommodements, négociations, résistances, les approches et les pratiques des soignants y répondent-elles ?

- 11 Ces interrogations sont explorées par les auteur.e.s des contributions rassemblées dans ce Dossier, centrées sur les acteurs et les groupes professionnels à la fois récepteurs, passeurs, producteurs, applicateurs et transformateurs des rationalisations diverses du travail de soin dans le champ de la santé et de la santé mentale.
- 12 Hugo Bertillot, Thomas Denise et Clément Tarantini adoptent tous trois une approche microsociologique au travers d'enquêtes de terrain réalisées au plus près des travailleurs, au sein de leurs milieux professionnels. Les observations *in situ* et les entretiens approfondis menés par ces chercheurs dans différents services dits de MCO livrent des résultats fort convergents : les soignants, médicaux et paramédicaux, ne sont pas voués à la soumission et au fatalisme face aux politiques gestionnaires et managériales de leurs dirigeants. Ils développent des « réponses adaptatives », individuelles et collectives, qui bien que plus défensives qu'offensives n'en sont pas moins stratégiques. Les cas d'opposition franche et de refus catégorique sont rares ; ils émanent d'acteurs qui n'ont plus rien à perdre et à gagner, donc souvent en fin de parcours professionnel, ce qui peut amener à la conclusion simpliste que les nouvelles générations sont plus perméables au changement que les anciennes. Majoritairement, les travailleurs « s'acculturent » aux orientations bureaucratiques fondées sur des logiques transversales de formalisation, protocolisation et évaluation/certification. Un travail d'argumentation produit des discours managériaux standardisés, peu variés d'un établissement à l'autre (la « qualité et la continuité des soins pour le bien des patients » constituant la formule la plus répandue et productrice de consensus) parce qu'imprégnés des directives uniformes provenant d'instances et d'agences nationales et internationales (OMS ⁴, HAS ⁵, ARS ⁶, ministère, etc.). Plus ou moins contraints d'adopter le langage officiel et les « bonnes pratiques », notamment parce qu'enrôlés par des dispositifs de traçabilité (allant jusqu'à s'apparenter à des mouchards électroniques incorporés), d'auto-évaluation et d'auto-prescription, les travailleurs s'emparent de ces modèles langagiers et d'action imposés et rentabilisent ce processus d'appropriation. Ils en retirent des bénéfices en termes de reconnaissance, légitimité, prestige, pouvoir et carrière, non sans éventuellement rencontrer au passage l'émergence de nouvelles formes de rivalité, concurrence, rapports de force, luttes entre groupes professionnels ou catégories hiérarchiques de personnels. Ainsi pris au jeu, ils sont les vecteurs volontaires et intéressés des principes du NPM, c'est-à-dire les utilisateurs, et parfois les concepteurs, d'outils et dispositifs gestionnaires.
- 13 Mais l'assimilation du jargon gestionnaire n'entraîne pas l'abandon du jargon professionnel. Par ailleurs, la conformation aux directives et procédures ainsi que la participation aux cérémonies ritualisées institutionnellement organisées, n'ont pas lieu dans l'ignorance de l'artificialité et de la spéciosité de ces dispositifs. Au fil du temps et par un apprentissage sur le tas, les soignants acquièrent un savoir-faire avec un savoir-répondre aux critères d'évaluation et de quantification, parvenant même à une appropriation des outils au point d'en retourner les fins, c'est-à-dire de les utiliser non pas pour réduire les coûts, mais par exemple pour argumenter la nécessité d'engager des dépenses en personnels ou matériels.

- 14 Les travailleurs sont de manière générale plus ou moins fortement contraints par des règles, procédures, injonctions qui s'avèrent insuffisamment coercitives pour empêcher les contournements, détournements et autres dissimulations qui relèvent d'un sens pratique, dont l'acquisition et la mise en œuvre représentent une charge de travail supplémentaire, invisibilisée, donc non reconnue, mais qui gagne à rester dans l'ombre puisqu'elle fournit des moyens d'action efficaces dans les failles du système.
- 15 Les contributions de ces trois chercheurs démontrent que la thèse d'une victimisation des travailleurs confrontés à ce que l'on peut globalement appeler les effets du NPM est discutable. Les enquêtes de terrain laissent plutôt apparaître la mise en place progressive de stratégies, savoirs, compétences, adaptations. Sous l'angle de la sociologie du travail, l'inflation des dispositifs et le poids qu'elle fait peser sur les professionnels, en l'occurrence des soignants, n'est pas forcément synonyme d'une « dé-professionnalisation » :
- « La normalisation et les procédures complexifient, reconfigurent et mettent à l'épreuve l'activité des travailleurs concernés plus qu'elles ne les dépossèdent de leur "professionnalité" [...] Cette perte de centralité des travailleurs rend leur activité non pas moins centrale, mais moins prévisible, face à des tâches toujours révisables qui demandent d'explorer comment avoir prise sur elles » (Martinache & Monchatre, 2017, p. 216).
- 16 Les deux derniers textes nous font entrer dans l'univers de la santé mentale, appréhendé sous l'angle d'une sociologie des groupes professionnels et des politiques de santé publique. Nadia Garnoussi propose d'analyser le processus de rationalisation du soin psychique au travers des évolutions de la psychothérapie dans la psychiatrie publique et plus particulièrement de sa place dans les pratiques des infirmiers en centre médico-psychologique. Jusqu'à ce que se repose dans les années 2000 la question de sa régulation, le champ de la psychothérapie avait en effet été investi de façon « discrète » par un segment de ce groupe professionnel, qui aspirait à gagner en autonomie face au corps médical et à développer des compétences jugées valorisantes dans un contexte d'influence des approches « relationnelles » des troubles psychiatriques. Ces infirmiers ont pu trouver dans la psychologie humaniste en particulier, plus accessible que la psychanalyse, des méthodes leur permettant de développer une approche « globale » de la personne et de ses « potentialités », ouvrant ainsi leur expertise psychothérapeutique à une patientèle en demande de travail « sur soi ». L'auteure montre comment la légitimité de cette expertise est aujourd'hui remise en cause par le développement des thérapies dites « fondées sur les preuves », qui reposent sur des protocoles et des programmes standardisés. Ce changement réactive ainsi un clivage entre des conceptions distinctes du métier d'infirmier en psychiatrie, certains des professionnels voyant dans ces programmes une valorisation « scientifique » du travail éducatif ordinaire auprès des patients.
- 17 Pour finir, Nicolas Marquis et Robin Susswein mènent une analyse macrosociologique de l'action publique en s'intéressant à une réforme nationale déployée en Belgique en 2009, « Psy107 », qui promeut un modèle d'acteurs fondé sur l'*empowerment*, *a priori* idéologiquement neutre, mais malgré tout porteur d'une définition morale du « bon professionnel » à laquelle s'ajoute celle du « bon malade », capable d'être « acteur » de sa vie. L'hospitalisation prolongée est conçue comme une entrave à l'autonomisation des patients, à leur inclusion sociale et sont privilégiés les dispositifs mettant en œuvre une prise en charge « hors les murs ». Les arguments institutionnels et politiques sont séduisants et *a priori* incontestables, mais peinent à intéresser les professionnels du

soin, tant l'écart est grand entre les perspectives gestionnaires et les formes de « vrai travail » ancrées dans une multiplicité de réalités de terrain. Les directives s'avèrent universalisantes, techniques et abstraites, aveugles à la complexité des parcours individuels de maladie, aux spécificités territoriales, à l'histoire singulière des établissements.

- 18 Ces deux contributions montrent la puissance de l'idéologie qui sous-tend les réorganisations de la psychiatrie et le déploiement du paradigme de la « santé mentale ». Derrière la « neutralité idéologique » de la réforme belge, ou des justifications « scientifiques » du déploiement de l'offre de thérapies cognitives-comportementales en France, s'expriment de puissantes conceptions normatives, appuyées par la critique devenue consensuelle de l'hospitalo-centrisme. Ainsi en est-il de la redéfinition générale des objectifs thérapeutiques en termes d'« inclusion », de « réhabilitation » des patients, bref de « bon fonctionnement » social, que l'approche par les « capacités » individuelles rapporte à l'idéal d'autonomie. Dans cette perspective, la philosophie du « projet » et de l'agir « concret », supposée répondre plus rationnellement aux inaptitudes qui seraient engendrées par la maladie mentale, constitue un nouveau lexique et un répertoire spécifique d'interventions. Mais, derrière le caractère globalisant de cette pensée, de ses déclinaisons politiques et ses applications pratiques, de fortes tensions et contradictions s'affirment, que les présentes contributions donnent à voir. En amont, les politiques publiques, tout en revendiquant une plus grande prise en compte des demandes des acteurs, ne répondent pas aux disparités territoriales d'offres et de besoins de prise en charge, pourtant particulièrement problématiques en psychiatrie, tant les écarts sont grands entre les pathologies qu'elle englobe et les ressources des populations touchées. Ces tensions sont aussi celles qui traversent les groupes professionnels et la mise en œuvre du travail de soin psychique. Si la tendance à standardiser les thérapies en appliquant les critères de la médecine fondée sur les preuves répond pour certains au besoin de structurer davantage les pratiques et de faire valoir des résultats évaluables, elle affaiblit également l'autonomie et certaines prérogatives des professionnels qui sont les exécutants de ces interventions. Enfin, la question des inégalités reste inscrite dans les mécanismes implicites de discrimination que les dispositifs de type capacitaires engendrent. En mettant à l'épreuve de l'autonomie des patients lourdement atteints, les interventions pour le « rétablissement » et la « réhabilitation psychosociale » sont susceptibles de reconduire ce contre quoi elles étaient supposées lutter, à savoir la marginalisation et le délaissement d'individus reconnus comme « malades », donc non responsables de leurs « incapacités ». Ici la figure du patient « psychotique » vient soulever un profond paradoxe : d'un côté en effet, les politiques publiques appellent à ce que la prise en charge de ce type de patient soit une priorité du système de soins mais, d'un autre côté, le paradigme thérapeutique actuel s'adresse davantage aux individus disposant déjà des ressources et des qualités nécessaires au « changement » attendu d'eux.
- 19 Dans ce Dossier, la question du « NPM » est donc principalement abordée à travers ses effets sur les personnels des établissements de santé, c'est-à-dire l'institution hospitalière, considérée à un moment donné de sa longue histoire. Au fil des siècles, l'hôpital a d'abord été un lieu dominé par l'Église chrétienne, ses congrégations et ordres religieux consacrés aux pauvres, puis l'instrument de politiques publiques d'État entre autres centrées sur l'enfermement des déviants (pauvres, fous, prostituées,

orphelins...) et l'objet de réformes politiques, économiques, sociales qui ont redéfini ses objectifs, le profil de ses « usagers » et de ses « personnels » (Imbert, 1982).

- 20 De nombreux changements ont jalonné le cours de son histoire en France : christianisation, puis laïcisation des établissements avec éviction du personnel religieux, catégorie de « soignant.e.s » qui a autant été chassée qu'elle s'est éteinte faute de renouvellement de ses membres ; médicalisation (et paramédicalisation) des soins et des personnels du fait des progrès scientifiques en médecine ; déclin de sa mission d'assistance supplantée par celle du soin – et de l'éventuelle guérison – de malades atteints de pathologies médicalement nommées, répertoriées, classées ; technicisation et informatisation des équipements matériels de soin et de gestion ; réagencements architecturaux et restructurations des métiers et des catégories hiérarchisées des personnels ; socialisation des dépenses de santé avec la mise en place de la Sécurité sociale, etc.
- 21 Au-delà de l'histoire de l'hôpital, aujourd'hui relativement bien connue, s'offre aux chercheurs un chantier de recherche critique et réflexif portant sur les discours, regards et analyses savants produits sur ces évolutions hospitalières, entre autres par des historiens, des sociologues ou encore des économistes et des gestionnaires. Ce programme de recherche viserait la mise au jour et la comparaison de leurs grilles de lecture, approches méthodologiques et théoriques, ainsi que leur positionnement, éventuellement empreint d'intentions soit normatives et réformistes, soit militantes relevant de la défense des valeurs de l'hôpital public. Une telle relecture et mise en perspective des écrits sur l'hôpital apporterait également des enseignements sur la pertinence des visions prospectives adoptées par certains auteurs sur le devenir (probable, souhaitable, préconisé, redouté, etc.) de l'hôpital.
- 22 Il ne s'agirait donc pas tant de mettre la focale sur les évolutions longues de cette institution, ses périodes ou ses tournants, que d'objectiver les caractéristiques sociodémographiques des regards portés sur ces événements et processus, les logiques d'analyse et sur des approches disciplinaires permettant d'objectiver le rapport que ces différents auteurs ont entretenu et entretiennent avec un objet d'étude, souvent considéré comme relevant d'une cause politique sensible et vitale, celle de la protection sociale et de la santé (qui n'a pas de prix). Programme de recherche d'envergure et à construire, tout à fait digne d'un autre dossier de la revue *SociologieS*.

BIBLIOGRAPHIE

BEZES P. (2012), « État, experts et savoirs néo-managériaux, les producteurs et diffuseurs du New Public Management en France depuis les années 1970 », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 3, n° 193, pp. 16-37.

BEZES P. & C. MUSSELIN (2015), « Le New Public Management : Entre rationalisation et marchandisation ? », dans BOUSSAGUET L., JACQUOT S. & P. RAVINET (dir.), *Une « French Touch » dans l'analyse des politiques publiques ?*, Paris, Presses de Sciences Po, pp. 128-151.

- CHEVALLIER J. (2003), « La gouvernance, un nouveau paradigme étatique ? », *Revue française d'administration publique*, vol. 1, n° 105-106, pp. 203-217.
- COLLIOT-THÉLÈNE C. (2011), « Retour sur les rationalités chez Max Weber », *Les Champs de Mars*, vol. 22, n° 2, pp. 13-30.
- DIDIER C. (2009), « Les ingénieurs et l'éthique professionnelle : pour une approche comparative de la déontologie », dans DEMAZIÈRE D. & C. GADEA (dir.), *Sociologie des groupes professionnels*, Paris, Éditions La Découverte, pp. 208-218.
- DIMAGGIO P. & W. POWEL (1983), « The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields », *American Sociological Review*, vol. 48, n° 2, pp. 147-160.
- FUSULIER B. (2011), « Le concept d'ethos. De ses usages classiques à un usage renouvelé », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, vol. 42, n° 1, pp. 97-109.
- GROSSEIN J. (1999), « Peut-on lire en français *L'Éthique protestante et l'esprit du capitalisme* ? », *European Journal of Sociology*, vol. 40, n° 1, pp. 125-147.
- GUILLEMOT D. & G. JEANNOT (2013), « Modernisation et bureaucratie, l'administration d'État à l'aune du privé », *Revue française de sociologie*, vol. 54, n° 1, pp. 83-110.
- HIRTZLIN I. (2017), « Peut-on combiner restrictions budgétaires et amélioration de l'efficacité du système de santé ? L'exemple de la chirurgie en France et au Royaume-Uni », *Observatoire de la société britannique*, vol. 19, pp. 217-228.
- LASCOUMES P. (2007), « L'usager dans le système de santé : réformateur social ou fiction utile ? », *Politiques et management public*, vol. 25, n° 2, pp. 129-144.
- LE TEXIER T. (2016), *Le Maniement des hommes. Essai sur la rationalité managériale*, Paris, Éditions La Découverte.
- MARTINACHE I. & S. MONCHATRE (2017), « Le savant et le travailleur. Comment parler du travail au-delà du "geste" ? », *Revue française de socio-économie*, vol. 2, n° 19, pp. 205-218.
- MAUDET G. (2002), « La "démocratie sanitaire" : penser et construire l'usager », *Lien social et Politiques*, n° 48, pp. 95-102.
- MOREAU D. (2008), « Après l'asile », *Labyrinthe*, vol. 29, n° 1, pp. 53-64.
- MULLER P. (2011), « Expliquer le changement : l'analyse cognitive des politiques publiques », dans MULLER P., *Les Politiques publiques*, Paris, Presses universitaires de France, pp.53-86.
- WEBER M. (1959), *Économie et société*, Tome 1, Paris, Éditions Plon.
- WEBER M. (1996), *Sociologie des religions*, Paris, Éditions Gallimard.

NOTES

1. Rationalité instrumentale ou rationalité « en finalité » : comme cela a déjà été souligné à propos de la traduction française de Max Weber, le terme « instrumental » peut être ambivalent, car il ne signifie pas la prééminence des moyens sur des fins déterminées, mais bien la recherche d'un ajustement optimal des moyens aux fins recherchées et plus largement au calcul et à l'anticipation des conséquences de l'action (Grossein, 1999).

2. Sans que cela signifie que le NPM produise de la « débureaucratization » ; bien au contraire, il peut être vu comme conduisant à une intensification des formes bureaucratiques traditionnelles (Guillemot & Jeannot, 2013).
 3. Au sens de nouveau « paradigme » politique, signifiant notamment, suivant Jacques Chevallier, que « l'action engagée est symboliquement placée sous le signe de la modernité et de l'efficacité » (Chevallier, 2003, p. 204).
 4. Organisation mondiale de la santé.
 5. Haute autorité de santé.
 6. Agences régionales de santé.
-

AUTEURS

SOPHIE DIVAY

Sociologue, maîtresse de conférences, Laboratoire CEREP, Université de Reims (France) -
Sophie.Divay@univ-reims.fr

NADIA GARNOUSSI

Sociologue, maîtresse de conférences, Laboratoire CeRIES, Université de Lille (France) -
ngarnoussi@gmail.com