



HAL
open science

Le couplage organisationnel dans les hôpitaux publics chinois

Linlin Zhou, Bruno Féral, Évelyne Lande

► **To cite this version:**

Linlin Zhou, Bruno Féral, Évelyne Lande. Le couplage organisationnel dans les hôpitaux publics chinois. *Revue Française de Gestion*, 2024, 50 (316), pp.19-40. 10.1684/rfg.2024.23 . hal-04623901

HAL Id: hal-04623901

<https://hal.science/hal-04623901v1>

Submitted on 25 Jun 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 - ShareAlike 4.0 International License

Les phénomènes de couplage organisationnel dans les hôpitaux publics chinois¹

Organizational coupling phenomena in Chinese public hospitals

Linlin ZHOU, Université de Poitiers, CEREGE UR13564 – ORCID 0009-0001-0980-9653

Bruno FERAL, Université de Poitiers, CEREGE UR13564 – ORCID 0009-0001-2893-6586

Evelyne LANDE, Université de Poitiers, CEREGE UR13564 – ORCID 0000-0002-1266-5515

Accepté pour publication in *Revue Française de Gestion* vol 50 n° 316 pp19-40

Quels sont les liens entre réponse stratégique aux pressions institutionnelles et découplage organisationnel au sein des hôpitaux publics chinois ? Pour les identifier, une observation participante au sein d'un hôpital public chinois a été menée, permettant de mettre en évidence plusieurs types de stratégies développées en réponse aux pressions institutionnelles. La recherche permet d'analyser en quoi les stratégies de compromis et d'évitement mobilisées contribuent, dans le cadre de conflits entre gestionnaires et médecins, à pérenniser des situations de découplage.

Mots clés : découplage, couplage étroit, isomorphisme institutionnel, hôpital.

What are the links between strategic response to institutional pressure and organisational decoupling in Chinese public hospitals? In order to answer this question, a participatory observation research was carried out in a Chinese public hospital to highlight several types of decoupling and the strategies developed to respond to institutional pressure. This research allows to analyse how compromise and avoidance strategies contribute to perpetuate organisational decoupling in the context of conflicts between managers and medical staff.

Key words: decoupling, close coupling, institutional isomorphism, hospital.

¹ Cette recherche est financée par une bourse du *China Scholarship Council*.

Le système hospitalier public chinois a connu de nombreuses réformes gouvernementales introduisant une plus grande instrumentation gestionnaire. Ces réformes s'inscrivent dans un contexte d'isomorphisme institutionnel, principalement de forme coercitive, en raison du rôle de plus en plus important que joue le gouvernement dans le secteur de la santé afin de préserver l'intérêt public et limiter l'impact de la logique de marché qui a prévalu depuis les années 1980 (Mei et Kirkpatrick, 2019).

Selon Orton et Weick (1990), les hôpitaux publics, en tant que bureaucraties professionnelles complexes, sont des organisations où domine un couplage lâche et différents niveaux de couplage coexistent dans les hôpitaux (Kastberg & Siverbo, 2013; Nyland & Pettersen, 2004). Par couplage, on désigne le phénomène par lequel deux ou plusieurs systèmes ou sous-systèmes s'influencent mutuellement par diverses interactions (Glassman, 1973). Cependant, dans le contexte chinois, le terme de bureaucratie professionnelle est à manier avec précaution : Mei et Kirkpatrick (2019) soulignent que les médecins des hôpitaux publics disposent de peu de pouvoir comparativement aux contextes occidentaux, où leurs organisations professionnelles sont dotées d'un poids politique important (Moison, 2012 ; Freidson, 1984). En Chine, ils sont « avant tout des fonctionnaires d'État ». En conséquence, on observe des situations de couplages étroits au sein des hôpitaux chinois.

Un autre aspect important du contexte étudié est l'hétérogénéité intrinsèque des logiques en présence, opposant la logique médicale à la logique politique du gouvernement et à la logique gestionnaire des services chargés de l'administration des hôpitaux. Dans les hôpitaux publics chinois, isomorphisme coercitif et couplage apparaissent donc comme des phénomènes organisationnels en interaction.

La pression institutionnelle de l'isomorphisme coercitif oblige les hôpitaux à adopter des stratégies qui peuvent venir modifier les niveaux de couplage des sous-systèmes de l'organisation, voire entraîner des cas de découplage aux conséquences lourdes sur la communication interne et externe et sur la capacité de l'hôpital à piloter sa performance.

Cette recherche se propose de répondre à la question de recherche suivante : Quelles sont les stratégies mises en œuvre par les acteurs des hôpitaux publics chinois en réaction aux pressions institutionnelles et quel est l'impact de ces stratégies sur les modalités de couplage observées au sein de ces établissements ?

L'intérêt de cet article est également de proposer une perspective spécifique sur ces phénomènes par l'observation d'un terrain assez peu présent dans la littérature sur les phénomènes de découplage : l'hôpital public chinois. Le phénomène de couplage organisationnel est étudié en combinant la théorie néo-institutionnelle (TNI) et les concepts de couplage et de découplage afin de décrire la relation entre le comportement organisationnel et l'environnement de l'organisation.

La recherche met en évidence trois principales stratégies (compromis, évitement et confrontation) de réponse aux processus institutionnels (Oliver, 1991) mises en œuvre par les acteurs de l'établissement observé, ainsi qu'une dynamique des phénomènes de couplage/découplage liée aux spécificités institutionnelles du contexte chinois. En particulier, il ressort que certaines situations de découplage observées sont pérennisées par la pression institutionnelle qui contraint la liberté d'action des gestionnaires locaux, ce qui se traduit par une forme originale de découplage « imposé par le haut ».

I - ISOMORPHISME ET STRATEGIES D'ADAPTATION

Le courant classique de l'institutionnalisme considère que les organisations mécanistes (créées pour atteindre des objectifs) tendent à se transformer progressivement en institutions. Ces dernières ne véhiculent pas seulement les règles d'un point de vue économique et juridique, mais intègrent également les normes sociales informelles, les éléments culturels et leur effet contraignant sur les organisations (Greenwood *et al.*, 2017). Les préférences organisationnelles ne peuvent être résumées à des préférences individuelles agrégées, mais relèvent de la conformité à des mythes rationnels, qui résultent d'une internalisation des comportements dominants dans un champ donné (Powell & DiMaggio, 1991, p.8) conférant à l'organisation une légitimité et garantissant sa survie (Meyer & Rowan, 1977).

La TNI a un pouvoir explicatif important des phénomènes d'isomorphisme organisationnel, en considérant l'influence importante de l'environnement institutionnel sur les comportements organisationnels. Toutefois, les organisations complexes présentent aussi des incohérences et divergences par rapport à l'environnement institutionnel, qu'elles sont à leur tour susceptibles d'influencer et de modifier (Van de Ven et Hargrave, 2004 ; Hargrave et Van de Ven, 2006). La conception des systèmes ouverts a conduit à l'émergence de structures organisationnelles anarchiques, ou faiblement couplées (Selznick, 1996). Oliver (1991) identifie cinq types de réponses stratégiques aux pressions institutionnelles (tableau 1).

Tableau 1 – Réponses stratégiques aux processus institutionnels

Stratégies	Tactiques	Exemples
Acquiescement	Routine	Suivre des normes invisibles, tenues pour acquises
	Imitation	Imiter les modèles institutionnels
	Conformité	Obéir aux règles et accepter les normes
Compromis	Équilibrer	Équilibrer les attentes de multiples parties prenantes
	Pacifier	Apaiser et se concilier les éléments institutionnels
	Négocier	Négocier avec les parties prenantes institutionnelles
Evitement	Dissimuler	Maquiller la non-conformité
	Protéger	Desserrer les liens institutionnels

	Fuir	Changer d'objectifs, d'activités ou de domaines
Confrontation	Ignorer	Ignorer les normes et valeurs explicites
	Défier	Contester les règles et exigences,
	Attaquer	S'attaquer aux sources de la pression institutionnelle
Manipulation	Capter	Importer des intervenants influents
	Influencer	Façonner les valeurs et les critères
	Contrôler	Dominer les intervenants et les processus institutionnels

Source : traduit de Oliver (1991, p.152)

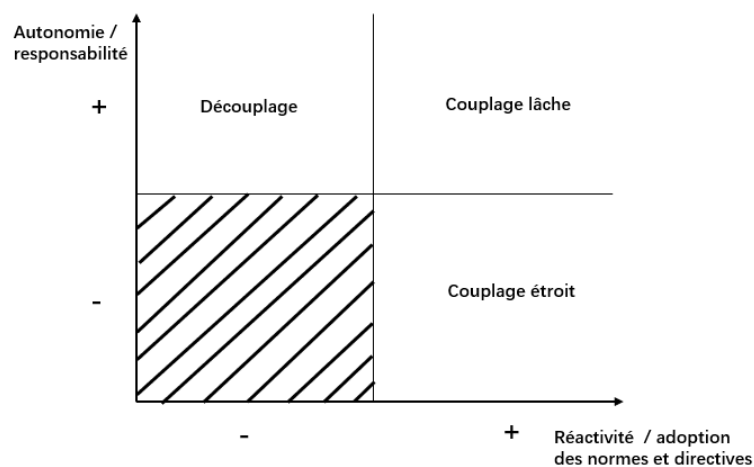
Pache et Santos (2010) montrent que les organisations sont susceptibles de combiner ces stratégies dans leurs réponses aux pressions institutionnelles pour concevoir des stratégies alignées avec leurs propres intérêts et pour améliorer l'efficacité tout en se conformant aux exigences institutionnelles.

II - ISOMORPHISME, COUPLAGE ET DECOUPLAGE DANS LES HOPITAUX

Les hôpitaux présentent un phénomène isomorphe spécifique et le concept de couplage (Glassman, 1973 ; Weick, 1976) permet d'analyser les degrés de conformité et de résistance des hôpitaux aux pressions institutionnelles qui les contraignent (Boxenbaum & Arora-Jonsson, 2008). Les pressions isomorphiques coercitives sont exercées principalement par mandat gouvernemental, par exemple par le déploiement de nouveaux programmes réglementaires (Flood & Fennell, 1995).

On distingue généralement le couplage étroit, le couplage lâche et le découplage, selon le degré d'autonomie de chaque système et leur réactivité mutuelle (schéma 1).

Schéma 1 – Les formes de couplage selon les niveaux d'autonomie et de réactivité entre sous-systèmes



Source : adapté de Orton et Weick (1990)

Pour Orton et Weick (1990) « *S'il y a réactivité sans distinction, le système est étroitement couplé. S'il existe un caractère distinctif sans réactivité, le système est découplé. S'il y a à la fois distinction et réactivité, le système est faiblement couplé* » (p. 205). La réactivité fait référence aux interactions entre les unités organisationnelles, elle correspond à l'intégration entre les unités, par exemple le partage d'informations (Christensen *et al.*, 2008), et la prise de décision et la collaboration (Lengnick-Hall *et al.*, 2004). La réactivité entre deux éléments organisationnels varie en fonction du contexte de couplage (Arango-Vasquez & Gentilin, 2021). La distinction correspond à la propriété qu'ont les composants d'un système de conserver leur identité (Brusoni & Prencipe, 2013) afin de montrer leurs différences. Ce que nous avons traduit dans le schéma 1 par un gradient de « responsabilité/autonomie ». Une forte distinction entre sous-systèmes correspondra à un degré élevé d'autonomie et de responsabilisation de chaque sous-système.

Le couplage étroit caractérise les organisations fortement standardisées, une interdépendance entre les services et une gestion centralisée (Burke, 2014). Le couplage lâche permet aux organisations de maintenir une structure formelle standardisée et légitimée, tout en permettant à leurs activités de varier d'un contexte à l'autre (Meyer & Rowan, 1977). Il permet de véhiculer des informations et des connaissances nouvelles ou hétérogènes (Uzzi & Lancaster, 2003). Les systèmes à couplage lâche sont une solution sociale et cognitive aux changements environnementaux continus dans les organisations, une façon de réduire les coûts cognitifs et de maintenir l'ordre (Karl & Weick, 2001). Le découplage est particulièrement adapté aux situations de conflits entre les pratiques portées par le contexte institutionnel et les pratiques portées par les professionnels internes à l'organisation (Pache & Santos, 2013). Il permet aux acteurs d'échapper aux situations de double contrainte liées à la tension paradoxale entre contrôle et injonction à la créativité (Ancelin-Bourguignon, 2018). Les situations de découplage peuvent relever de deux catégories (Bromley et Powell, 2012) : le découplage *policy-practice*, où une adoption symbolique des pratiques promues s'accompagne d'une absence de mise en œuvre concrète (Eynaud et Mourey, 2015), et le découplage *means-ends*, où les politiques prescrites sont effectivement adoptées mais les modalités d'adoption conduisent à une non-application de la politique.

Néanmoins, une organisation n'est pas faiblement ou fortement couplée : certains de ses éléments sont faiblement couplés tandis que d'autres sont étroitement couplés, et ces couplages coexistent en permanence (Arango-Vasquez & Gentilin, 2021). Dans certains contextes institutionnels, ce type de découplage partiel aboutit à une situation de découplage sélectif (Heese *et al.*, 2016) où les autorités de régulation et les organisations régulées découplent une partie de leur activité pour répondre aux pressions contradictoires qu'elles subissent.

Dans le domaine hospitalier, la confrontation entre logiques contradictoires et stratégies d'ajustement des acteurs a été étudiée notamment sous l'angle des tensions de rôle (Rivière,

2018). Valette *et al.* (2015) ont fait une analyse de la littérature portant sur la tension médico-économique et les tentatives d'intégration y afférentes. Mainhagu (2022) appréhende les phénomènes de découplage entre médecins et gestionnaires comme un mode de régulation duale des tensions propres à la confrontation de ces logiques. Covaleski et Dirsmith (1983) ont suggéré que les cadres infirmiers efficaces adoptent alternativement des « masques budgétaires » pour les communications avec les administrateurs de l'hôpital ; et des « masques de clan » professionnels pour les communications avec les infirmières. Ils en déduisent que le couplage lâche entre niveaux hiérarchiques se produit lorsque les personnes sont désireuses et capables de parler des langues différentes aux différents niveaux. La recherche organisationnelle a montré que le travail des soignants, des gestionnaires de santé et des acteurs externes (régulateurs publics) est souvent découplé (van de Bovenkamp *et al.*, 2020). Néanmoins, la connaissance des situations de découplage et l'instauration de discussions autour de ces découplages permet des ajustements et facilite le re-couplage (de Bree & Stoopendaal, 2020). Lorsque les gestionnaires de niveau inférieur ne parviennent pas à mettre en œuvre les efforts déployés parce qu'ils sont difficiles à mettre en pratique ou que les politiques mises en œuvre n'ont qu'une faible relation avec les tâches cliniques essentielles, un processus de « découplage » s'est produit (de Bree & Stoopendaal, 2020 ; Øyri *et al.*, 2020). De leur côté, Kern *et al.* (2018) utilisent le cadre de la *Power Dependence Theory* pour étudier les phénomènes de découplage entre hôpitaux et autorités de régulation, constatant que certains acteurs locaux peuvent, du fait de leur poids politique ou de la nature cruciale de leur activité, disposer d'un pouvoir supérieur à celui des autorités régulatrices et être en mesure d'ignorer purement et simplement leurs directives. Jacobs (1998) observe dans le cas du NHS des phénomènes de découplage entre services hospitaliers et outils de gestion comptables. Weick (1980) pointe qu'il existe des relations de couplage lâche entre les structures d'autorité et les unités opérationnelles dans l'hôpital, et que les administrateurs peuvent avoir une capacité limitée à diriger les activités quotidiennes dans les unités opérationnelles.

Pour la Chine, Zhou (2010) suggère qu'il y a deux formes principales d'intervention administrative : l'une est coercitive via un ordre administratif ; la seconde est incitative via un plan directeur laissant une certaine autonomie aux hôpitaux. Gu (2015) montre que dans cinq domaines du management (organisationnel, financier, RH, logistique et tarification des activités des services hospitaliers) l'autonomie des hôpitaux chinois reste limitée aux décisions de faible envergure, les décisions importantes nécessitant systématiquement l'aval du gouvernement.

Tang (2019) souligne que les hôpitaux publics chinois en situation de couplage étroit caractérisés par une amélioration de l'efficacité et une aptitude plus grande à la résolution des problèmes. Ye (2021) souligne que dans le cas de la Chine, le fonctionnement des organisations gouvernementales locales repose sur un système de « transfert de pression » du haut vers le bas de la hiérarchie administrative. Au sein de ce système de gouvernance le découplage tend alors à exister en tant que mécanisme permettant d'évacuer la pression institutionnelle.

Les hôpitaux sont des exemples d'organisations à couplage lâche (Kastberg & Siverbo, 2013) dont les éléments structurels entretiennent entre eux et avec les activités des rapports lâches/faibles d'où la question traitée par cet article à travers l'étude du cas d'un hôpital public chinois. En effet, le cas chinois est particulièrement intéressant du fait de la configuration institutionnelle qui fait coexister situations de couplage étroit et de découplage, non observée dans la littérature.

METHODOLOGIE

L'article prend comme objet d'étude un grand hôpital chinois (CHU) situé dans une ville de 4,5 millions d'habitants et employant 1 628 personnes au sein duquel une recherche de 8 mois a été menée. Durant celle-ci, le chercheur participait à l'activité de l'hôpital en tant que consultant en gestion.

Collecte des données

La collecte des données se fonde sur une observation participante (David, 2012), et la réalisation de 31 entretiens semi-directifs. La participation du chercheur à l'activité de l'organisation observée ayant pour but non pas de produire de la connaissance par la modification de la réalité observée mais simplement de faciliter l'accès au terrain et au matériau. Les personnes interrogées sont des responsables administratifs et des directeurs de services de soins (22 responsables administratifs et 9 responsables de service clinique), sélectionnés conformément au principe de l'échantillonnage stratifié (Guillemette & Luckerhoff, 2009). Les entretiens semi-directifs ont duré en moyenne 30 minutes. Les réponses étaient complètes et la répétition des réponses a permis d'atteindre une saturation des données.

Analyse du matériau

La méthodologie utilisée se base sur l'analyse du discours (Silverman, 2019), en se concentrant sur la fonction et l'utilisation du langage et sur son rôle dans la création de la réalité (Beedholm *et al.*, 2014). Cette étude se concentre sur l'analyse des informations contenues dans les textes des entretiens par le biais du codage. La méthode d'étiquetage combine une approche inductive (à partir des données recueillies, codage *bottom-up*) et une logique déductive (à partir de catégories prédéfinies, codage *top-down*). Les allers et retours entre les données recueillies et les interprétations successives relèvent d'une logique abductive.

La stratégie de codage consiste à convertir les enregistrements des entretiens en chinois en texte pour l'analyse, en s'appuyant sur le logiciel Nvivo 12. Le matériau a été découpé en unités d'analyse en lien avec le phénomène de couplage puis traduit en français. L'interprétation du matériau a été complétée à l'aide de données contextuelles.

III – LES DYNAMIQUES DE COUPLAGE COMME STRATEGIE D'ADAPTATION DES ACTEURS A UN ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL COERCITIF

L'étude révèle qu'il existe au sein du CHU simultanément des situations de couplage lâche, étroit et de découplage. Le couplage lâche étant un attribut classique des hôpitaux, l'article se focalise sur les phénomènes de couplage étroit et de découplage, ces derniers étant révélateurs de tensions organisationnelles.

1. Une organisation hospitalière à couplage étroit

Les phénomènes de couplage étroit se caractérisent par une réactivité assortie d'une volonté de contrôle et par une absence de distinction entre les unités, réduisant leur autonomie. Ils peuvent correspondre à une volonté de contrôle par les gestionnaires ou les autorités sanitaires afin d'apporter une réponse adaptée aux pressions extérieures : *« Lorsqu'il y a une différence entre notre pratique médicale et la politique de l'assurance maladie, nous devons suivre la politique de l'assurance maladie. En effet, l'opinion des autorités supérieures de l'assurance maladie est en jeu, ainsi que les intérêts des patients. (...) la politique, aussi déraisonnable soit-elle, (...) nous devons toujours l'appliquer »*, vice-directeur de l'hôpital.

Du point de vue de la direction de l'hôpital, l'hôpital public doit suivre les directives des autorités gouvernementales : *« nous devons accomplir ce que le gouvernement a identifié, par exemple la tarification à l'activité, (...) parce qu'à l'avenir, l'évaluation du gouvernement testera ces choses. La certification des hôpitaux² en tient compte, n'est-ce pas ? Compte tenu des impacts futurs de ces politiques, nous devons veiller à bien les mettre en œuvre dès à présent »* médecin-chef adjoint, gastro-entérologie.

Cette intégration des objectifs gouvernementaux, même lorsqu'ils sont décorrélés de la réalité opérationnelle, relève également d'une forme de pragmatisme : se conformer strictement aux attentes de l'autorité gouvernementale peut, sur le long terme, garantir davantage de soutien financier ou politique.

Le couplage étroit peut aussi provenir des modalités de la gouvernance interne : *« Notre directeur a pris ses fonctions l'année dernière. Comme il était issu du terrain, il comprenait mieux la situation des services de soins. Lors de la dernière réunion de l'hôpital, il a directement critiqué le management autocratique des services par certains chefs de service qui s'arrogent le pouvoir et répriment les médecins subordonnés. (...) il a promu de sa propre initiative plusieurs chefs adjoints de service »* directeur du service ressources humaines. Le directeur du CHU a délibérément affaibli l'autonomie des services de soins afin de restaurer

² Il s'agit d'une procédure de certification très importante pour les hôpitaux publics, déterminant le statut et le classement de l'hôpital et donc la tarification qui lui est applicable.

une autorité centralisée. La centralisation a également conduit à un haut degré d'unification et à un couplage plus étroit de l'organisation des soins. Néanmoins, une telle centralisation a entraîné des effets négatifs, comme le désengagement des chefs de service qui vivent cette reprise en main par le directeur comme un désaveu.

Les phénomènes de couplage étroit observés trouvent principalement leur origine dans des décisions provenant de l'autorité sanitaire ou gouvernementale. Ces décisions sont ensuite transformées par les unités gestionnaires de l'hôpital en dispositifs de gestion à visée de contrôle (système de contrôle des coûts, de pilotage de la performance, tableaux de bords, etc.), qui sont imposés aux unités cliniques. Ces initiatives managériales, qui visent à abolir le clivage entre les deux mondes professionnels gestionnaire et clinique, créent une pression importante sur les médecins.

2. Une organisation hospitalière découplée

Le découplage se caractérise par une forte autonomie des sous-systèmes et par une absence de réactivité entre ces sous-systèmes. Cette absence de réactivité peut se manifester par l'ignorance ou le contournement des règles. Les situations de découplage observées peuvent être classées en trois catégories : celles liées à la mauvaise qualité des relations interpersonnelles entre médecins et managers ; celles liées à la difficulté pour les acteurs de donner du sens à leur action ; et enfin, celles liées à une réaction des acteurs au cadre contraint de leur action.

Le découplage lié à l'opposition administration / médecin

Les situations de découplage liées aux relations interpersonnelles peuvent être liées à l'absence d'un langage commun permettant la communication efficace, à une mauvaise image des gestionnaires au sein de l'hôpital ou au fait que les demandes administratives proviennent d'un niveau hiérarchique considéré comme inférieur.

L'hostilité des médecins envers les administratifs reflète une incompréhension des règles administratives et de leur utilité. Pour eux, la gestion ne contribue pas à améliorer la qualité des soins, mais vise à remplir des objectifs administratifs : « (...) *puisque le personnel ordinaire n'est pas habilité à signer, j'ai dû me rendre en personne auprès du chef du service des finances, puis auprès du vice-président concerné et enfin auprès du directeur de l'hôpital pour signer. Ce n'est qu'à ce moment-là que la section des finances a finalement accepté le remboursement des frais. Je n'ai pas ce temps* » directeur, chirurgie cardiothoracique.

Le découplage se traduit principalement par un manque de réactivité de l'administration pour répondre positivement aux besoins des départements cliniques. Il dénote l'incapacité des gestionnaires et des médecins à communiquer du fait de l'absence d'un langage commun qui permettrait aux médecins de comprendre l'utilité des tâches qui leur sont demandées : « *L'administration devrait prendre l'initiative d'établir une interface avec les services de soins,*

et l'administration devrait descendre et communiquer avec les services de soins. Beaucoup de nos cadres administratifs vivent désormais une vie de retraité. Ils passent leurs journées au bureau à bavarder et à boire du thé, sans esprit de service » directeur, chirurgie cardiothoracique. L'absence de réactivité des gestionnaires, déplorée par les médecins, accentue le clivage entre ces deux mondes.

Le découplage est également perçu par les services administratifs qui s'estiment déconsidérés : *« Beaucoup de nos services administratifs ne veulent plus ou ont peur de communiquer avec les médecins, principalement parce qu'ils craignent que ces derniers nous résistent. Ils pensent que nous [les gestionnaires] sommes des parasites, et que nous ne créons pas de bénéfices économiques dans l'hôpital tous les jours, mais que nous pouvons capter une partie des bénéfices économiques. Ils pensent que si vous allez les voir, c'est qu'ils n'ont pas fait du bon travail, que vous êtes venus pour vérifier, que vous êtes venus pour infliger des amendes. Ils pensent que nous ne connaissons rien à la médecine et que pourtant nous sommes ici pour leur dire ce qu'ils doivent faire et interférer avec leur liberté de pratiquer la médecine* » directeur du service des finances.

Découplage lié au sens des actions et résultats

Les situations de découplage liées aux sens donnés à l'action et à ses résultats peuvent s'expliquer par un sentiment d'iniquité et de perte de sens venant du traitement inéquitable entre les services : *« En fait, les règles ne sont pas les mêmes pour tous les services ; (...) certains services ont des privilèges alors que d'autres n'en ont pas. Cette iniquité peut entraîner de nombreux problèmes* » directeur, neurochirurgie.

L'attention particulière accordée à certains services par la direction de l'hôpital, du fait de l'importance accordée à des aspects purement quantitatifs de leur activité (rentabilité, nombre de patients, nombre d'actes) sans prendre en considération le « sens » global de l'activité de soin, amène les médecins d'autres services à remettre en question les initiatives de gestion. En conséquence, les règles régissant, par exemple, la gestion des médicaments sont contournées du fait d'exceptions entraînant un découplage. Cela traduit une absence de volonté de l'institution de vérifier si les directives qu'elle émet sont réellement appliquées par les médecins.

Les gestionnaires considèrent aussi que certaines obligations réglementaires ne sont pas utiles : *« En 2018, notre hôpital a commencé à répondre à la demande de l'État d'introduire la gestion budgétaire, mais (...) même si nous dépassons notre budget, personne ne vient le contrôler. (...) la tenue du budget est une tâche supplémentaire qui n'a pas d'impact sur le reste de votre travail. Je pense que notre gestion budgétaire actuelle n'est qu'une formalité.* » directeur du service contrôle de gestion. Ce verbatim révèle un double découplage : l'absence totale de suivi par l'autorité de la fidélité du budget ; et la non-utilisation par les services de soins des informations budgétaires dans le pilotage de leur activité.

Certaines initiatives de gestion vont aussi à l'encontre des principes médicaux et les médecins choisissent activement de se découpler par souci de l'intérêt des patients : « *Plus la durée moyenne du séjour (DMS) est courte, plus l'unité est gérée efficacement [selon les indicateurs]. Mais pour certains patients, une durée de séjour plus courte augmente le risque. (...) Ainsi, pour un patient atteint d'un cancer du larynx, nous ne pouvons pas réduire la DMS à l'hôpital (...). En revanche, pour une amygdalite par exemple, je peux compresser la durée (...). Perdre un peu d'argent pour assurer la sécurité des patients n'a pas d'importance, après tout.* » directeur, ORL.

Ce découplage se reflète également dans les exigences du système et les responsabilités des gestionnaires eux-mêmes. Un excès de tâches et un changement trop rapide dans les tâches confiées les incitent à fuir leurs responsabilités et à ne pas prendre d'initiative : « *Nous n'avons pas d'objectifs de planification à long terme dans le service. Parfois, ce n'est pas que je ne veux pas faire les choses, mais j'ai déjà du mal à accomplir les tâches que mes chefs m'ont confié. J'ai encore plusieurs tâches que j'ai remises à plus tard. C'est comme s'il n'y avait pas de fin au travail en cours. Le temps passe vite chaque jour et je suis incapable de dire ce que j'ai accompli à la fin de la journée* » vice-directeur du service de gestion médicale.

Lorsque le couplage étroit apporte trop de pression au système, les services de soins peuvent se découpler de la direction pour conserver leur indépendance et leur liberté : « *[En parlant des directeurs des services de soins] (...) Une fois, vous lui dites d'aller un peu à gauche, et la fois suivante, il veut aller à droite, et il ne vous suit tout simplement pas. À la fin, il ne se soucie tout simplement plus de vous. Vous jouez votre jeu, il joue le sien. Si vous lui infligez une amende, il ne s'en soucie pas plus.* » directeur du service contrôle de gestion.

Le coût du découplage (sanctions) est parfois jugé acceptable par rapport au coût d'un couplage étroit (perte d'autonomie). En apparence, le médecin dira qu'il suit les exigences du système ; en réalité, il agira conformément à ses propres directives médicales. Même si le découplage est révélé et sanctionné, il choisira de rester découplé.

Découplage lié au cadre de l'action sous contrainte

Les situations de découplage liées au cadre de l'action sont liées à quatre facteurs : une absence d'incitation suffisante à la conformité ; une absence de sanction suffisante de la non-conformité ; le caractère non-urgent des tâches confiées qui incite à les remettre à plus tard ; l'impossibilité matérielle d'effectuer les tâches confiées.

Certains directeurs de services de soins considèrent les règles de gestion comme de l'ingérence dans la gestion interne de leur service : « *En fait, la direction et les gestionnaires de l'hôpital ne devraient pas trop intervenir dans la gestion des services de soins. [Les gestionnaires] doivent définir la stratégie, et moi [directeur d'un service clinique] j'ai ce droit de décider comment faire exactement pour la mettre en œuvre. (...) C'est pour cette raison que lorsque les*

services de soins sont confrontés à des instructions administratives aussi strictes, ils ont tendance à contourner les règles. Les gestionnaires ne sont pas en première ligne pour faire ce qu'ils nous demandent, et les conflits entre médecins et patients ne les touchent pas. Alors s'ils me demandent de faire quelque chose comme ça, je le fais ou pas ? Oh (rire), je vais le faire (avec ironie) » vice-directeur, chirurgie gastro-intestinale.

Les médecins sont également confrontés à des difficultés spécifiques liées à l'impossibilité matérielle d'accomplir ces tâches : *« Il m'est difficile de communiquer avec le service de gestion sur cette gestion du parcours clinique, car il y a trop de choses à faire. (...) les tâches demandées sont impossibles à accomplir avec nos moyens (...). Vous devez me préparer le terrain et alors j'effectuerai le travail sans problème »* directeur, chirurgie sein et thyroïde.

La mise en œuvre effective de certaines initiatives de gestion ne tient pas non plus toujours en compte les spécificités de l'hôpital : *« Suivant les directives imposées par l'hôpital nous avons formé des sous-équipes de spécialité dans le service, (...) mais cela n'a pas de sens. Nous ne sommes pas un grand hôpital (...). On ne peut pas répartir les médecins par sous-spécialité quand cette répartition ne correspond pas à la réalité du terrain »* vice-directeur, gastro-entérologie.

Certains médecins décrivant des phénomènes de découplage estiment investir beaucoup d'énergie dans l'application des directives sans recevoir de contreparties financières suffisantes en retour : *« Concernant la politique de compression de la durée moyenne de séjour par service, c'est possible, il suffit d'offrir suffisamment d'incitations. Je peux comprimer suffisamment, mais le problème est qu'il n'y a pas d'incitation. (...) le coût des ressources humaines et matérielles que nous déployons, l'énergie que nous dépensons est trop disproportionnée par rapport à ce que nous obtenons en retour. Depuis, j'attends de voir les résultats de la stratégie de l'hôpital avant de m'investir et faire des efforts »* directeur, chirurgie sein et thyroïde.

Face à une pression politique externe excessive visant à maintenir une apparence de cohérence politique, les chefs de service de soins, confrontés à l'impossibilité matérielle de répondre aux évaluations, se décrivent comme contraints à se livrer à une falsification des données pour répondre aux exigences de leurs supérieurs, tout en conservant leurs habitudes médicales originales dans le cadre de l'opération clinique réelle : *« Les pays étrangers ont des lois bien développées, mais nous n'avons pas le contexte institutionnel pour en appliquer de semblables. Nous les avons copiés. On se fiche de savoir si quelque chose ne va pas dans le processus, on blâme juste les personnes en-dessous de vous pour leur gestion. En fin de compte, certains des chiffres peuvent être faux, et ils peuvent être déguisés pour répondre aux inspections »* vice-directeur, neurologie.

Synthèse des phénomènes de découplages observés

Le découplage est une stratégie que les acteurs de terrain sont contraints de mettre en œuvre face à des relations interpersonnelles médiocres, à des résultats sans signification et à des conditions objectives limitées. Ces comportements de découplage maintiennent l'autonomie de l'unité organisationnelle et des acteurs impliqués, préservant ainsi le fonctionnement normal de la pratique professionnelle de santé et de l'organisation de santé.

Les dynamiques de couplage/découplage diffèrent selon que l'on considère les relations entre l'hôpital et les autorités gouvernementales et sanitaires ou les relations internes à l'hôpital. Concernant les premières, l'hôpital subit un isomorphisme coercitif de la part de son environnement institutionnel. Les autorités exigent une conformité stricte aux objectifs de santé publique assignés à l'hôpital et un alignement politique sans faille. L'hôpital est considéré, du point de vue des autorités centrales, comme un établissement administratif devant rendre des comptes au gouvernement avant d'être un établissement de santé. Du fait de la nature politique de ces injonctions, les acteurs adoptent systématiquement un comportement conforme, au moins en apparence, avec les directives gouvernementales, ce qui donne des situations de couplage étroit. Par exemple, les règles de l'assurance-maladie, qui impactent directement le financement de l'hôpital, sont strictement respectées par la direction de l'hôpital. De la même façon, les consignes de contrôle de la qualité des soins, qui ont un effet direct sur les litiges entre patients et médecins, sont appliquées sans discussion par les services gestionnaires. Enfin, un certain nombre de tâches décrites comme politiques par les acteurs, sont exécutées même lorsque les acteurs disent douter de leur utilité. Cependant, dans plusieurs cas, on observe en présence d'un isomorphisme coercitif des phénomènes de découplage. C'est notamment le cas pour la mise en place des parcours cliniques : cette injonction jugée inapplicable, conduit les acteurs à afficher une conformité de façade quitte à transmettre des chiffres faux mais cohérents avec les attentes des autorités.

Les relations internes à l'hôpital entre les services de soins et les services administratifs se caractérisent aussi par une volonté de centralisation et de contrôle de l'activité par les gestionnaires. Cette volonté se concrétise, par exemple, lorsque la direction centrale de l'hôpital prend le contrôle de services de soin par la nomination de chefs de services adjoints, abolissant l'autonomie décisionnelle des directeurs. Cependant, la plupart des verbatims font ressortir que cette volonté de contrôle entraîne un découplage entre services gestionnaires et cliniques. Ce découplage est lié à plusieurs facteurs qui peuvent être catégorisés en trois types :

- Des facteurs correspondant à des relations interpersonnelles dégradées (mauvaise image du gestionnaire ayant un statut social inférieur à celui du médecin et dont l'activité n'est ni comprise ni valorisée ; absence de langage commun entre médecins et gestionnaires ; légitimité hiérarchique de la directive) ;

- Des facteurs correspondant à l'incapacité des acteurs à donner du sens à l'action (désaccord idéologique sur les fondements de la tâche confiée ; perte de confiance liée aux changements rapides dans les tâches confiées ; absence de suivi réel de l'exécution des tâches par le gestionnaire) ;
- Des facteurs correspondant au cadre contraint dans lequel l'action se déroule (absence d'incitation suffisante pour exécuter les tâches supplémentaires ; absence de sanction en cas d'inexécution de ces tâches ; impossibilité matérielle de réaliser les tâches confiées du fait de contraintes humaines, financières ou temporelles ; caractère non-urgent de la tâche confiée).

La mobilisation de la TNI (Selznick, 1996) permet d'analyser les phénomènes de couplage/découplage observés comme une expression plus ou moins prononcée d'agentivité, une stratégie de la part des acteurs (services de soins ou administratifs) pour maintenir leur autonomie professionnelle, qui résulte en un découplage ou une absence de stratégie signalant le renoncement à cette autonomie, ce qui mène à un couplage étroit. La typologie d'Oliver (1991) sur les réponses organisationnelles aux pressions institutionnelles (acquiescement, compromis, évitement, confrontation, manipulation) permet de qualifier les comportements observés dans le cadre de cette recherche (cf. Tableau 3).

Les verbatims et les données des observations ont été rapprochées des catégories d'Oliver par la comparaison entre les comportements observés et les intentions décrites par les acteurs des « tactiques » et « exemples de stratégies » mobilisées par Oliver (1991). Des choix de codage ont été faits : par exemple, un acteur décrivant sa résignation par rapport à des outils de pilotage et des indicateurs de suivi sans rapport avec la réalité de son action et indiquant remplir les tableaux de bord dans un simple souci de conformité à la norme administrative a été considéré comme une occurrence d'« évitement » et de « dissimulation » (en lien avec le fait de « maquiller la non-conformité »). Le tableau 3 n'est pas une tentative de quantification du matériau étudié qualitativement, mais un simple mode de représentation des interactions effectivement observées par le chercheur entre facteurs de découplage et réactions stratégiques aux pressions institutionnelles.

Tableau 3 Facteurs de découplage et stratégies observées dans le CHU étudié

	Stratégies de découplage		
	Compromis	Evitement	Confrontation
Cadre de l'action	++		
Relations interpersonnelles	+++	+++	+
Sens donné à l'action	+++	+++	+

Nota. La répartition des stratégies correspond à celle observée sur le terrain et lors des entretiens.

L'absence de verbatims signalant une stratégie de manipulation au sens d'Oliver (1991) est due à l'incapacité pour les acteurs interrogés d'influencer réellement leur environnement institutionnel du fait d'un déséquilibre de pouvoir important entre autorités gouvernementales et locales. A l'inverse, l'absence de verbatims correspondant à une stratégie d'acquiescement s'explique par le fait que cette stratégie, qui relève la conformité volontaire aux pressions isomorphiques, ne correspond pas aux situations de découplage. Ceci est à replacer dans un contexte culturel qui dévalorise fortement le conflit et la confrontation directe, plaçant en priorité la préservation de l'homéostasie sociale et le maintien de la « face » (cf. par exemple Mériade et Yiqiang, 2015) des différents acteurs.

IV – DISCUSSION

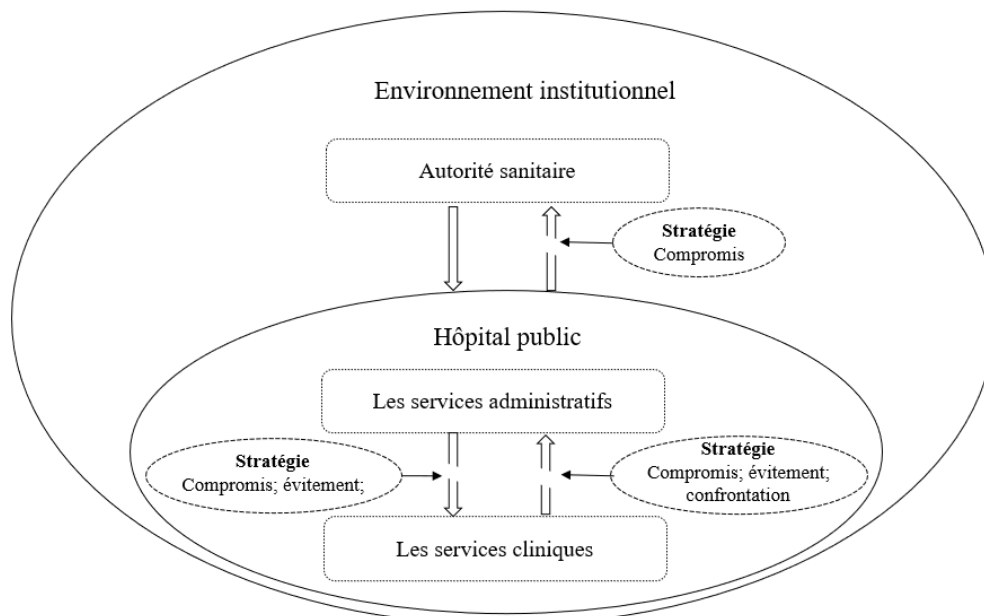
Ces résultats dressent le tableau d'un hôpital public chinois dont le mode de fonctionnement repose sur le couplage lâche de nombreux sous-systèmes, ce qui confirme les analyses de Orton & Weick (1990), Kastberg & Siverbo (2013). Toutefois, ils permettent de constater l'existence de nombreuses tensions entre, d'une part, les services administratifs et les services de soins et, d'autre part, les directeurs (médecins et gestionnaires) et l'environnement institutionnel. On observe également des tentatives de couplage étroit de la part des services administratifs qui engendrent de nouvelles tensions et créent des situations de découplage entre services de soins et services administratifs similaires à celles constatées par Pettersen (1995).

Dans le cas du phénomène de découplage observé au sein de l'hôpital étudié, les acteurs ont principalement recours aux stratégies de compromis et d'évitement pour s'opposer aux pressions qui s'exercent sur eux, afin de préserver l'autonomie des services de soins vis-à-vis des services administratifs. Les services gestionnaires sont eux-mêmes étroitement couplés aux autorités gouvernementales dont ils constituent la courroie de transmission ; mais ce couplage autorité externe-unité gestionnaire n'est pas réciproque, ou en tous cas n'est pas itératif : si la réactivité initiale des unités gestionnaires est très forte (application stricte des directives gouvernementales et traduction de ces directives externes sous la forme de dispositifs

gestionnaires internes à l'hôpital), la réactivité des autorités externes vis-à-vis des actions des unités gestionnaires est très faible. Cela conduit à une perte de sens pour certains gestionnaires, voire à des stratégies de dissimulation de la non-conformité ou de maquillage des chiffres. Ce cas donne donc à voir une situation originale : celle où le découplage (de type *policy-practice* selon Bromley et Powell, 2012) n'est pas tant le résultat d'une adaptation à des contraintes contradictoires que l'impossibilité pour les gestionnaires locaux de jouer pleinement le rôle qui serait attendu d'eux dans une situation de couplage effective en faisant remonter des informations du terrain vers les autorités de régulation. Ce découplage « imposé par le haut » vient également pérenniser les découplages internes entre gestionnaires et médecins. Mainhagu (2022) indique ainsi que gestionnaires et médecins ont intérêt à s'entendre pour que leurs attentes soient correctement traduites et répercutées à l'échelon supérieur. En restreignant le pouvoir « externe » des gestionnaires, ce découplage « imposé par le haut » de la régulation sanitaire chinoise vient obérer le pouvoir politique interne de ces mêmes acteurs, rendant durables des situations de découplage susceptibles de se résoudre autrement.

A un niveau inférieur, les services de soins vont s'opposer aux tentatives des services gestionnaires de reproduire au sein de l'hôpital le couplage étroit qui existe entre l'hôpital et l'autorité externe, pour préserver leur autonomie. Cela passe par la mobilisation de prétextes basés sur un vocabulaire technique inaccessible aux gestionnaires ; par la justification de la primauté de l'intérêt du patient sur les motivations économiques et financières ; ou encore par l'absence de réponse aux requêtes des gestionnaires (schéma 2).

Schéma 2 – Relations de couplage observés dans l'hôpital public



Note : la flèche pleine correspond à un couplage étroit, les flèches barrées à un découplage

Ces résultats montrent que les hôpitaux publics chinois, tout en étant des organisations pour lesquelles la situation idéale est celle du couplage lâche, font face à trois obstacles.

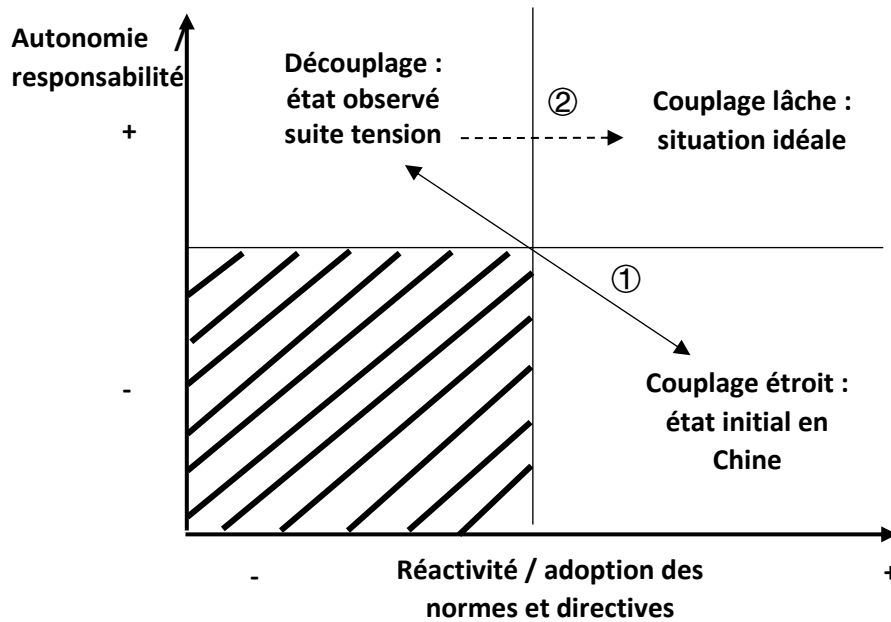
Les obstacles liés aux pressions isomorphiques coercitives qui peuvent émaner à la fois du gouvernement et des gestionnaires qui répercutent les injonctions gouvernementales ; mais également aux contraintes matérielles, financières, temporelles (cadre de l'action sous contrainte).

Les obstacles liés aux conflits entre médecins soucieux de leur éthique professionnelle et de leur autonomie décisionnelle et gestionnaires cherchant à rationaliser l'activité hospitalière. Le statut social des gestionnaires, très faible, est également source de tensions. Ces résultats sont à rapprocher des travaux de Kern *et al.* (2018) qui évoquent la possibilité de déséquilibres de pouvoir favorables aux unités locales liés au poids politique de certains acteurs. Là où les chirurgiens d'un hôpital français sont à même d'imposer explicitement leur mode de fonctionnement à une autorité de régulation, les médecins des hôpitaux publics chinois, ont un statut qui peut être apprécié de deux manières. Localement, la situation est similaire à celle décrite par Kern *et al.* (2018) : le prestige supérieur de la profession médicale permet à des médecins de s'opposer frontalement aux décisions d'acteurs gestionnaires internes (il s'agit d'ailleurs des seuls cas de confrontation au sens d'Oliver (1991) observés dans le cas). En ce qui concerne le contexte institutionnel dépassant l'échelle locale, le poids politique des médecins n'est pas suffisant pour leur permettre d'imposer leur mode de fonctionnement aux autorités sanitaires gouvernementales : comme le rappellent Mei et Kirkpatrick (2019), les médecins publics chinois sont des fonctionnaires d'État subordonnés à l'autorité gouvernementale avant d'être des professionnels qualifiés membres d'une corporation constituée politiquement.

Les obstacles liés à la décorrélation entre instrumentation gestionnaire, normes réglementaires et réalité concrète de l'activité des acteurs de l'hôpital dans le sens donné à l'action. Cette décorrélation explique la réticence des professionnels de santé en position de management à adopter les instruments imposés par le gouvernement et partiellement traduits par les gestionnaires locaux.

L'identification de ces obstacles et les tensions qu'elles provoquent entraînent deux mouvements. Un mouvement vers un couplage étroit à l'initiative des autorités sanitaires qui souhaitent reprendre en main les hôpitaux pour s'assurer de l'exécution de leurs mandats politiques et de l'application stricte des directives sanitaires ou réglementaires. Ce couplage étroit est aussi désiré par les services gestionnaires qui veulent reprendre en main les services de soins dans une perspective de centralisation et d'exécution rationalisée de la stratégie définie par la direction. Toutefois, à cette volonté de couplage étroit s'oppose un mouvement de découplage en réaction qui passe par différentes stratégies (compromis ou évitement) pour, sous une apparence de conformité aux directives gestionnaires, maintenir l'autonomie des services de soin.

Schéma 3 – Dynamiques des phénomènes de couplage/découplage décrits par les acteurs



Comme d'autres organisations publiques chinoises, les hôpitaux publics sont tenus de coopérer avec le gouvernement dans l'accomplissement d'une série de tâches administratives et d'objectifs d'intérêt public, même si certaines de ces tâches ne sont pas liées aux soins de santé. Les interventions coercitives du gouvernement ont contribué à l'état de couplage étroit dans lequel se trouvent régulièrement les hôpitaux. Lorsque les hôpitaux et les membres de l'organisation sont incapables de faire face à ces pressions institutionnelles coercitives, ils ne peuvent maintenir leur autonomie et leur indépendance organisationnelles qu'en adoptant une forme de découplage afin de maintenir le fonctionnement normal de l'organisation. Par conséquent, les hôpitaux publics se trouvent souvent dans un état de transition entre le couplage étroit et le découplage, symbolisé ici par une flèche à double sens dans le schéma 3. Un retour vers le couplage lâche ne peut être envisagé qu'à la suite d'une autonomisation des acteurs locaux, ce qui implique l'octroi par les autorités de régulation de marges de manœuvre à l'hôpital s'accompagnant de la capacité à ce dernier à « négocier » des aménagements avec les autorités gouvernementales. Cette autonomisation devrait être accompagnée par une remontée d'information nécessaire au diagnostic du découplage par les autorités, diagnostic indispensable au recouplage comme mentionné par de Bree et Stoopendaal (2020).

V – CONCLUSION

L'analyse de situations de découplage au sein d'un hôpital public chinois a permis d'identifier des sources de tensions génératrices de ces découplages et de faire le lien avec les stratégies (Oliver, 1991) déployées par les acteurs pour réagir ou mettre en place ces situations de découplage permettant de restaurer une autonomie décisionnelle mise à mal par un couplage étroit.

Les facteurs de découplage et les stratégies développées dans cet article peuvent être mobilisés pour diagnostiquer les sous-systèmes découplés au sein des hôpitaux. L'identification des tensions (de rôle, de logique, de valeurs) sous-jacentes à ces situations de découplage, pourrait permettre aux managers publics d'entamer un processus de recouplage permettant à l'organisation de retrouver un équilibre plus favorable dans une situation de couplage lâche. Cependant, les résultats suggèrent également qu'un tel recouplage nécessite, d'une part, la réduction du flot des injonctions gestionnaires de normalisation de l'activité médicale trop éloignées de la réalité quotidienne des médecins et des chefs de service ; et d'autre part, la délégation d'une certaine autonomie politique aux gestionnaires locaux, leur permettant de démontrer aux médecins avec lesquels ils négocient leur capacité à influencer les autorités sanitaires gouvernementales. Ce pouvoir *externe* des gestionnaires permettrait d'argumenter en faveur d'une utilité des compromis entre médecins et gestionnaires (Mainhagu, 2022) et de renforcer le pouvoir *interne* des gestionnaires. Elle permettrait de sortir de la situation actuelle de tensions et de découplages inter-organisationnels entretenue par cette faiblesse politique des gestionnaires. Le retour à une situation de couplage lâche à l'intérieur de l'hôpital nécessite ainsi d'accepter de consommer du temps et des ressources pour transformer les contraintes extérieures de façon à leur donner du sens pour les acteurs de l'hôpital et restaurer la qualité des relations entre services gestionnaires et services de soins. Pour passer d'un découplage à un couplage lâche, pour permettre aux services de soins de regagner en réactivité vis-à-vis des services administratifs, il faut également donner du sens aux directives que les acteurs choisissent d'ignorer ou de contourner. De même, pour passer d'un couplage étroit à un couplage lâche, donc pour regagner en autonomie sans provoquer le découplage, la direction de l'hôpital doit responsabiliser davantage les médecins et leur donner les moyens de comprendre et de juger la pertinence des tâches administratives qui leur sont imposées. En conclusion, il apparaît que la question du pouvoir et de sa répartition est ici centrale dans la capacité d'une organisation hospitalière à faire émerger un couplage lâche, combinant réactivité et autonomie et adapté à une bureaucratie professionnelle. Comme le montre le cas de l'hôpital étudié, où gestionnaires comme médecins n'ont pas voix au chapitre par rapport aux autorités publiques, l'absence de délégation concrète du pouvoir politique au niveau de l'établissement conduit à cristalliser des situations de découplage. Ces situations pourraient être résolues si des conflits établissement-autorités publiques, ne se soldant pas immédiatement par l'imposition coercitive de la volonté de la puissance publique, permettaient à l'hôpital de faire reconnaître la spécificité de sa situation. S'il était possible qu'il y ait un véritable conflit/débat entre l'établissement et les autorités, durant lequel l'hôpital pourrait faire valoir sa spécificité pour aménager son environnement institutionnel, cela permettrait de restaurer le couplage de l'hôpital avec les autorités sanitaires. Les consignes de ces autorités, aménagées en tenant compte des spécificités de l'hôpital, ne seraient plus perçues comme absurdes et inapplicables.

BIBLIOGRAPHIE

- Ancelin-Bourguignon, A. (2018). La dynamique des doubles contraintes dans les organisations : Propositions pour limiter leur caractère toxique. *Revue Française de Gestion*, 44(270), 143-157. <https://doi.org/10.3166/rfg.2017.00167>
- Arango-Vasquez, L., & Gentilin, M. (2021). Organizational Couplings : A Literature Review. *Innovar*, 31(79), 161-178.
- Beedholm, K., Lomborg, K., & Frederiksen, K. (2014). Discourse analysis and the impact of the philosophy of Enlightenment in nursing research. *Nursing inquiry*, 21(2), 112-120.
- Boxenbaum, E., & Arora-Jonsson, S. (2008). *Isomorphism, Diffusion and Decoupling* (p. 78-99). <https://doi.org/10.4135/9781849200387.n3>
- Bromley, P. & Powell, W. W. 2012. From smoke and mirrors to walking the talk: Decoupling in the contemporary world. *The Academy of Management Annals*, 6(1): 483-530.
- Brusoni, S., & Prencipe, A. (2013). The organization of innovation in ecosystems: Problem framing, problem solving, and patterns of coupling. *Collaboration and competition in business ecosystems* (pp.167–194). Emerald Group Publishing Limited.
- Burke, W. W. (2014). Changing loosely coupled systems. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 50(4), 423-444.
- Christensen, L. T., Firat, A. F., & Torp, S. (2008). The Organization of integrated communications: Toward flexible integration. *European Journal of Marketing*.
- Covaleski, M. A., & Dirsmith, M. W. (1983). Budgeting as a means for control and loose coupling. *Accounting, Organizations and Society*, 8(4), 323-340.
- David, A., Hatchuel, A., & Laufer, R. (2012). *Les nouvelles fondations des sciences de gestion* (Version 3, 3e éd.). Presses des MINES
- de Bree, M., & Stoopendaal, A. (2020). De- and Recoupling and Public Regulation. *Organization Studies*, 41(5), 599–620. <https://doi.org/10.1177/0170840618800115>
- Eynaud, P., & Mourey, D. (2015). Apports et limites de la production du chiffre dans l'entreprise sociale : Une étude de cas autour de la mesure de l'impact social. *Revue Française de Gestion*, 41(247), 85-100. <https://doi.org/10.3166/RFG.247.85-100>
- Flood, A. B., & Fennell, M. L. (1995). Through the lenses of organizational sociology : The role of organizational theory and research in conceptualizing and examining our health care system. *Journal of health and social behavior*, 154-169.
- Freidson, E. (1984). *La Profession Médicale*, Paris: Payot
- Glassman, R. B. (1973). Persistence and loose coupling in living systems. *Behavioral science*, 18(2), 83-98.
- Greenwood, R., Meyer, R. E., Lawrence, T. B., & Oliver, C. (2017). The Sage handbook of organizational institutionalism. *The Sage handbook of organizational institutionalism*, 1-928.
- Guillemette, F., & Luckerhoff, J. (2009). L'induction en méthodologie de la théorisation enracinée (MTE). *Recherches qualitatives*, 28(2), 4-21.
- Hargrave, T. J.; Van De, A. H. (2006). A Collective Action Model of Institutional Innovation. *Academy of Management Review*, 31(4), 864–888. doi:10.5465/AMR.2006.22527458
- Heese, J., Krishnan, R., & Moers, F. (2016). Selective regulator decoupling and organizations' strategic responses. *Academy of Management Journal*, 59(6), 2178-2204.
- Jacobs, K. (1998). Costing health care : A study of the introduction of cost and budget reports into a GP association. *Management Accounting Research*, 9(1), 55-70.
- Karl, W. E., & Weick, K. E. (2001). Making sense of the organization. *Mass: Blackwell Business*.
- Kastberg, G., & Siverbo, S. (2013). The design and use of management accounting systems in process oriented health care—an explorative study. *Financial Accountability & Management*, 29(3), 246-270.

- Kern, A., Laguecir, A., & Leca, B. (2018). Behind smoke and mirrors: a political approach to decoupling. *Organization Studies*, 39(4), 543-564.
- Lengnick-Hall, C. A., Lengnick-Hall, M. L., & Abdinnour-Helm, S. (2004). The role of social and intellectual capital in achieving competitive advantage through enterprise resource planning (ERP) systems. *Journal of Engineering and Technology Management*, 21(4), 307-330.
- Mainhagu, S. (2022). Le découplage de la GRH comme regulation du secteur sanitaire. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 5-6, 369-397. <https://www.cairn.info/revue--2022-5-page-369.htm>.
- Mei, J., & Kirkpatrick, I. (2019). Public hospital reforms in China: towards a model of new public management?. *International Journal of Public Sector Management*, 32(4), 352-366.
- Mériade, L. & Yiqiang, L. (2015). Rites d'interaction et management en Chine : Le cas de la province du Guangxi. RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise, 15,4, 3-22. <https://doi.org/10.3917/rimhe.015.0003>
- Meyer, J. W., & Rowan, B. (1977). Institutionalized organizations : Formal structure as myth and ceremony. *American journal of sociology*, 83(2), 340-363.
- Moison, J. (2012). Le paradoxe de la boîte noire. Réformes hospitalières et organisation. *Droit et société*, 80, 91-115. <https://doi.org/10.3917/drs.080.0091>
- Nyland, K., & Pettersen, I. J. (2004). The Control Gap : The Role of Budgets, Accounting Information and (Non-) Decisions in Hospital Settings. *Financial Accountability & Management*, 20(1), 77-102. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0408.2004.00187.x>
- Oliver, C. (1991). Strategic responses to institutional processes. *Academy of management review*, 16(1), 145-179.
- Orton, J. D., & Weick, K. E. (1990). Loosely coupled systems : A reconceptualization. *Academy of management review*, 15(2), 203-223.
- Øyri, S. F., Braut, G. S., Macrae, C., & Wiig, S. (2020). Hospital managers' perspectives with implementing quality improvement measures and a new regulatory framework: A qualitative case study. *BMJ open*, 10(12).
- Pache, A.-C., & Santos, F. (2010). When worlds collide: The internal dynamics of organizational responses to conflicting institutional demands. *Academy of management review*, 35(3), 455-476.
- Pache, A.-C., & Santos, F. (2013). Inside the Hybrid Organization : Selective Coupling as a Response to Competing Institutional Logics. *The Academy of Management Journal*, 56(4), 972-1001.
- Powell, W. W., & DiMaggio, P. J. (1991). *The new institutionalism in organizational analysis*. University of Chicago press.
- Rivière, A. (2019). Tensions de rôle et stress professionnel chez les cadres de santé à l'hôpital public : L'effet modérateur des stratégies d'ajustement. *Revue Française de Gestion*, 45(282), 11-35. <https://doi.org/10.3166/rfg.2019.00351>
- Selznick, P. (1996). Institutionalism " old" and " new". *Administrative science quarterly*, 270-277.
- Silverman, D. (2019). Interpreting qualitative data. *Interpreting Qualitative Data*, 1-568.
- Uzzi, B., & Lancaster, R. (2003). Relational embeddedness and learning : The case of bank loan managers and their clients. *Management science*, 49(4), 383-399.
- Valette, A., Grenier, C., Saulpic, O., & Zarlowski, P. (2015). La fabrication du « médico-économique » à l'hôpital français : une analyse de la littérature. *Politiques et management public*, 32(3), 241-264.
- van de Bovenkamp, H. M., Stoopendaal, A., Bochove, M. van, & Bal, R. (2020). Tackling the problem of regulatory pressure in Dutch elderly care: The need for recoupling to

- establish functional rules. *Health Policy*, 124(3), 275–281.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.12.017>
- Van de Ven, A. H., & Hargrave, T. J. 2004. Social, technical, and institutional change: A literature review and synthesis. In M. S. Poole & A. H. Van de Ven (Eds.), *Handbook of organizational change*: 259–303. New York: Oxford University Press
- Weick, K. E. (1976). Educational organizations as loosely coupled systems. *Administrative science quarterly*, 1-19.
- Weick, K. E. (1980). Loosely coupled systems : Relaxed meanings and thick interpretations. *Annual Meeting of the American Educational Research Association, Boston*.
- Gu Xin. (2015). Price system reform La réforme du système de prix : un geste qui brise la glace pour la nouvelle réforme médicale de la Chine. *Journal of Shandong Cadre Correspondence University*, 001, 45-45.
- Tang Na. (2019). Directives politiques, structure organisationnelle et incitations:une étude de la gouvernance dans les hôpitaux publics chinois. *Journal Public Administration*, 12(3), 187-188.
- Ye, Min. (2021). Compétition, maintenance et intégration : un mécanisme de génération de flux multi-sources pour le formalisme. *Administrative Forum*, 28(2), 66-74.
- Zhou, Liang R. (2010). Le traitement « coûteux » : le comportement des médecins et son mécanisme d'intervention. *Guangming Daily Press*.