

Moisdon Jean-Claude (2008) "Règles de gestion, outils, organisation", *Le Libellio d'Aegis*, volume 4, n° 1, printemps, pp. 18-32 (suivi du compte-rendu du séminaire par Jean-Baptiste Suquet)

Sommaire

1

Comment l'individualisme méthodologique rend-il compte des règles ?

R. Boudon

14

Compte rendu du débat de R. Boudon

J-B. Suquet

18

Règles de gestion, outils, organisation

J-C. Moisdon

27

Compte rendu du débat de J.C. Moisdon

J-B. Suquet

RAISONNANCES

32

Trois conjonctures à partir de James susceptibles d'intéresser la gestion

J. Bastien

35

Quarante ans d'analyse dynamique des capacités

M. Marchesnay

39

L'ethnographie virtuelle : reconstituer le contexte des interactions en ligne

Séminaire avec Anca Metiu

H. Dumez

43

"Schools of infomation" : What do they mean by that ?

S. Bureau

56

Prochain séminaire AEGIS

Les autres articles de ce numéro & des numéros antérieurs sont téléchargeables à l'adresse :

<http://erg.polytechnique.fr/v2/aegis.html#libellio>

Règles de gestion, outils, organisation

Le séminaire AEGIS, série thématique « la règle » du 13 décembre 2007, a donné l'occasion d'entendre Jean-Claude Moisdon, directeur de recherche au Centre de Gestion Scientifique

Mon propos est de tenter de décrire les relations entre règles de gestion et outils de gestion. Je développerai l'idée qu'il serait sans doute intéressant, à plusieurs titres, de se passer d'un asservissement strict entre ces deux ressources de l'action organisationnelle, puis je discuterai cette proposition elle-même. Auparavant je préciserai ce que j'entends par ces deux notions et la façon dont je vois leurs rapports, en m'appuyant sur les interventions que je mène depuis longtemps sur le système hospitalier.

Règles de gestion

D'abord quelques mots sur les règles de gestion. L'entreprise (ou l'organisation) constituant un espace de droit et un sous-espace de l'espace social, elle se trouve « réglée » par tout un ensemble de règles qui viennent d'ailleurs : les règles juridiques issues de la loi, les règles morales, les règles coutumières etc. Les règles de gestion sont, elles, contextuelles, fabriquées par l'organisation, même si elles s'inspirent de principes développés dans d'autres milieux. Je les définirai comme des guides de conduite censés assurer la performance de l'organisation, grâce à la conformation des comportements humains qu'elles obtiennent. Elles ne le font jamais seules ; elles forment système.

Il convient d'ajouter deux précisions : organisation et performance seront prises ici dans un sens large. Pour la première, il serait sans doute préférable d'adopter le concept de situation de gestion, proposé par Jacques Girin, et qui permet de résoudre les difficultés continues auxquelles l'observateur se trouve confronté lorsqu'il traite de phénomènes qui traversent des frontières instituées. Comme je vais beaucoup puiser mes exemples dans mes recherches en matière de gestion hospitalière, il est clair que le concept de situation de gestion convient mieux par exemple aux analyses sur les réseaux de santé que celui d'organisation. Cela dit, par souci de simplicité, c'est ce dernier terme que j'utiliserai. Quant à la performance, je n'insisterai pas trop sur son caractère multi-dimensionnel, de plus en plus évident, de moins en moins limité à la dimension économique, mais étendu, dans un mix qui devrait décourager toute tentative de réduction mono-critère, à la qualité des produits et services, aux conditions de travail, à l'emploi et l'employabilité, au développement durable etc., sans compter les analyses en termes de qualité des processus et de survie de l'entreprise.

Comme l'ont souligné de nombreux auteurs, s'intéresser aux règles constitue un positionnement heuristique : il évite à la fois la mobilisation peu productive de principes holistes supérieurs et les difficultés d'un principe individualiste-utilitariste

strict. Il crée un pont incontestable entre sociologie et gestion ; Jean-Daniel Reynaud en fait en quelque sorte le moteur principal du social. Des chercheurs, comme Christophe Midler, ont fait remarquer la proximité entre cette approche et les travaux en matière de recherche en gestion, mettant l'accent sur le rôle des dispositifs et outils en tant que médiateurs de l'action collective.

Si je reprends les deux formes de rationalité de Raymond Boudon, telles qu'il les a exposées ici même, les règles de gestion participent à la fois de la rationalité instrumentale (je n'ai pas réellement intérêt à ne pas suivre ce protocole que l'on me suggère) et cognitive (des arguments convaincants, fondés sur l'expérience ou la démonstration savante, attestent que si je le suis, cela devrait conduire à un meilleur résultat que dans le cas contraire).

Cela dit, il reste que les règles de gestion, même précisées comme ci-dessus, balayent très large. Doit-on par exemple y inclure les règles de métier ? Pour ce qui concerne le cas hospitalier ces dernières sont largement définies à l'extérieur, dans le cadre des études de médecin ou d'infirmière, par des sociétés savantes, des dispositifs de définition des protocoles de soins, par l'ordre etc. Pour moi, elles constitueront donc une donnée pour l'établissement de soins, au-delà de laquelle il devra composer des règles de gestion qui permettent entre autres choses de satisfaire (en principe) aux pré-requis professionnels. La situation peut être un peu plus complexe et subtile ailleurs.

Plus généralement on peut noter de grandes différences dans l'intensité des forces imposées par les règles de gestion. Il peut y avoir une injonction très stricte et précise (l'ouverture du scanner est 7h30), ou une incitation assez vague (on s'efforcera de faire en sorte que les temps d'attente des patients après leur examen ne dépassent pas une demi-heure). On a donc affaire à une polysémie large. Un exercice possible mais assez pénible serait de bien distinguer les significations respectives de « règles », « dispositifs », « routines », « incitations » etc. A. Hatchuel propose un terme qui lui semble englobant, celui de prescription ; il y a prescription, dit-il, quand un acteur est dans l'obligation de tenir compte du savoir d'un autre dans sa propre activité ; pour lui, on ne peut spécifier une prescription séparément, il faut lui adjoindre le concept de rapport de prescription. Dans ce cadre, la règle renverrait alors à une classe particulière de prescriptions, caractérisée par une ligne de conduite strictement définie, et un rapport de prescription autoritaire. Sa proposition est intéressante et je trouve comme lui que le terme de prescription convient mieux pour décrire la variété des moyens par lesquels on essaye de peser sur le comportement des autres dans l'univers du travail. Mais, ne serait-ce que pour conserver l'unité de ce séminaire, je conserverai le terme de « règle », gardant à l'esprit le continuum qu'il recèle nécessairement et que du reste on retrouvera par la suite.

Outils de gestion

Pour maîtriser son fonctionnement, l'organisation ne fait pas qu'instaurer des règles ; un autre objet va intervenir : l'outil de gestion. Il s'agit d'une abstraction, d'un modèle petit ou gros, de tout schéma de raisonnement reliant entre elles un certain nombre de variables. Deux suffisent ; cela donne un taux ; mais il peut s'agir aussi d'un programme linéaire fournissant un plan de production ; les variables peuvent être cardinales (des quantités, des nombres de défaut, des prix etc.), ou ordinales (une préférence positionnée sur une échelle), etc.

Plusieurs considérations font que l'on peut s'y intéresser :

- Il s'agit d'une innovation assez récente. Au fond il y a toujours eu des règles de gestion ; les outils de gestion, eux, malgré quelques anticipations (exemple des travaux

de Vauban analysés sous cet angle par J-L. Peaucelle), font leur apparition au milieu du 19^{ème} siècle, avec la naissance de la grande entreprise (Chandler). Une histoire qui, il me semble, resterait à faire.

- L'outil de gestion a progressivement envahi nos systèmes productifs ; à partir de sa source principale, qui est la comptabilité, il s'est profondément diversifié. Les techniques de la recherche opérationnelle, par exemple, tout en puisant leurs données dans l'édifice comptable, sont fondées sur une toute autre philosophie de formalisation systémique. Sans aller en général à ce niveau de sophistication, l'outillage gestionnaire s'attaque progressivement là où il était très peu présent : aux activités de conception, à la santé, aux institutions culturelles. Il participe d'un principe de gouvernementalité singulier, pour reprendre le terme de Foucault, qui est celui de gouverner à distance par le calcul et qui provient du confinement de l'acteur dans l'espace et le temps ; on retrouve évidemment le thème de la rationalité limitée. Pour H. Simon, les technologies gestionnaires constituent en quelque sorte des prothèses intellectuelles à un déficit cognitif structurel ; reste à prendre l'exacte mesure de ces potentialités.
- Il se fonde sur l'idée d'activités mesurables et sur une représentation restrictive de l'organisation, comme combinatoire d'activités soumises à l'incertitude, mais il n'est pas pour autant détaché de l'ensemble des autres déterminants de l'action collective (compétences, relations de subordination ou de coopération, valeurs etc.) qui évidemment ne sont pas sans participer à sa structuration. Reste à savoir dans quelle mesure il peut justement servir de point de départ vers des explorations plus larges que lui-même.
- Enfin, il convient de le prendre au sérieux. A l'observation, il structure bien des comportements, il infléchit des choix (on essaiera de voir exactement comment). Il n'est pas seulement un jeu que les acteurs pourraient distordre à leur guise, ni un simulacre (même si cela arrive), ni la simple intendance de volontés et de décisions qui s'expriment par ailleurs. Il a son existence et son effectivité propre qui restent à interroger.

A quoi peut bien servir un outil de gestion ? Comme on le sait, ces usages « officiels » sont de l'ordre de la prévision, du contrôle, de la décision, mais comme on le sait également, dans l'arène de l'action organisée, il leur arrive de se mettre au service d'objectifs autres comme : négocier, persuader, justifier, légitimer etc.

Cela dit, l'usage habituel, à quoi l'on peut ramener les termes précédents, et évident lorsque l'on analyse les processus de conception des instruments, est d'aboutir à une prescription, une règle (ou plusieurs règles). Même un modèle de prévision, dans l'état actuel des pratiques des entreprises, ne reste pas isolé, dans une perspective complètement cognitive ; lui seront connectés d'autres outils qui détermineront des choix, parmi des produits, des équipements, des techniques etc. En d'autres termes, si l'outil de gestion est à distinguer de la règle, il ne demande qu'à se transformer en règle ou à légitimer une règle, si celle-ci, ce qui est fréquent, a été imaginée auparavant. Outil et règles sont tellement voisins que dans les représentations communes ils se confondent quasi-systématiquement. L'ambition initiale, qui est à la base de la conception d'outils, est bien de contrôler et de stabiliser l'action collective.

On pourrait énoncer la proposition suivante : le processus de rationalisation auquel sont soumises les organisations actuelles consiste à transformer des outils de gestion en règles de gestion. C'est alors que l'on peut parler de technologies de gestion, ou encore évoquer le caractère artefactuel de l'entreprise (A. Hatchuel), ce qui en fait en quelque sorte sa spécificité (par rapport à la famille, à la cérémonie religieuse, au club de bridge, qui sont des situations de gestion très réglées mais peu outillées au sens où on l'entend ici).

Si je précise la nature de ces règles issues des outils de gestion, on peut dire qu'elles sont de trois types : des règles d'assignation (associer des activités à des responsables, fixer des ressources), des règles de coordination (organiser les processus d'activité et notamment les rendez-vous), les règles d'incitation (formaliser l'évaluation de la performance des processus, juger ou intéresser).

Ce processus de rationalisation fait partie de la régulation de l'organisation, ce concept renvoyant, comme on le sait, à l'aspect dynamique des règles, c'est-à-dire à leur génération, mais la seconde ne se limite pas au premier, comme je vais essayer de le montrer en explorant plus systématiquement leurs rapports.

Les configurations règles/outils

Des règles sans outil

D'abord une constatation d'évidence : dans toute organisation un peu complexe, on trouve une myriade de règles qui ne sont supportées par aucun outil. Elles sont le fruit d'un positionnement intuitif d'une séquence d'activité dans la constellation des processus de travail, et peuvent s'incruster progressivement dans le temps, si rien ne vient entraîner un quelconque soupçon sur leur efficacité. Tel est le cas par exemple de : « le médecin commence sa tournée à 11 heures et passe dans les chambres par ordre de numéro croissant », ou « la secrétaire qui frappe les comptes-rendus prendra également les appels téléphoniques », ces précisions variant selon les services et les établissements.

On retrouve ici le thème des règles autonomes par rapport aux règles de contrôle, c'est-à-dire celui de la nécessaire complémentation des règles de contrôle par les contrôlés. On imagine et on peut vérifier que l'hôpital en est particulièrement friand, d'où sa spécification en bureaucratie professionnelle, mais je n'aime pas trop le terme, car, comme on va le voir, il y a en même temps dans cette organisation un sérieux déficit de règles.

Ni instruments ni règles

On observe dans l'hôpital d'une part de nombreuses règles du type de celle que je viens d'énoncer et d'autre part de multiples coordinations sur la base de l'événement, non procédurées. Les relations entre les services cliniques et le plateau technique (imagerie, biologie, explorations fonctionnelles etc.) sont souvent de cet ordre, et la scène de la surveillante de soins demandant au téléphone à sa collègue d'imagerie : « celui là, tu me le prends ? » est monnaie courante. L'importance de ce type de comportement entraîne l'image d'un certain désordre, fortement relayé par les patients et les medias.

Un tel état de fait est à relier au professionnalisme en cours et à la nature de l'activité. Un professionnel de soins a son attention focalisée sur le patient hic et nunc (voir par exemple les travaux de E. Freidson). Il doit trouver à chaque fois une solution, se traduisant par un protocole de soins particulier. Ce protocole est de plus en plus standardisé, mais évidemment subsistent des incertitudes. Un autre problème est dans le flux des malades, à la fois important et aléatoire ; enfin un protocole de soins met en jeu des entités différenciées au niveau du plateau technique et de la logistique (hôtelière notamment). On a donc affaire à un processus de génération de trajectoires en grand nombre, plus ou moins incertaines, et passant par de nombreux points du système (la « singularité à grande échelle » d'E. Minvielle). Les problèmes

de coordination que cette situation pose sont a priori décourageants, et à dire vrai, personne ne s'en occupe vraiment. Du coup c'est comme si l'on avait affaire à un atelier (en *job-shop*) où les gammes opératoires sont définies, mais où aucun service méthode ne procède à leur ordonnancement.

Dans ces conditions, la coordination des activités de base se fait essentiellement au fur et à mesure et au gré des événements et par ajustements mutuels, mais évidemment avec, on le pressent, des problèmes incessants de délai, d'annulations, de pertes de temps etc.

Cette observation n'est pas propre à l'hôpital. Avec un collègue du CGS, j'avais trouvé un mécanisme voisin dans la conception des voitures ; cet objet était devenu tellement compliqué que le mécanisme de coordination du millier d'ingénieurs et techniciens chargés de l'affaire consistait à traiter les événements très nombreux qui survenaient au fil du temps et à contacter au fur et à mesure les collègues impliqués (nombreux, compte tenu de la multitude des interactions techniques en cause). Ce qui était amusant c'est que la hiérarchie leur imputait un cloisonnement excessif entre métiers et un déficit de communication, alors que leur comportement collectif était en fait fondé sur une hyper-communication et une indifférence royale vis-à-vis des frontières instituées.

Dans le cas 1) on a affaire à de l'autonomie, dans le cas 2) à de la discrétion, pour reprendre une distinction introduite notamment par B. Maggi, séparant la fabrique locale des règles de la façon dont on peut répondre à la lacunarité des règles.

Ce que je mets en avant, pour expliquer ces situations, est la difficulté de la formalisation de l'activité, et donc le fait que l'on s'en tienne, soit à des conventions, soit à l'ajustement aux événements. On peut estimer que cette explication est exagérément « ingénierique » ; c'est sans doute exact ; je ferai remarquer que si les médecins avaient une « culture » davantage gestionnaire, ils ne s'en heurteraient pas moins aux mêmes problèmes de maîtrise d'une activité singulière.

Des outils qui créent des règles

Sur le cas de l'hôpital comme d'ailleurs sur celui de la conception automobile, on retrouve un phénomène très général, qui est celui de la stratification de l'organisation. Dans le premier cas, il y a une véritable rupture de sens entre le niveau managérial hospitalier (tenu essentiellement par des administratifs) et le niveau opérationnel des soins, qui vont l'un et l'autre fabriquer des règles distinctes, les fondant éventuellement sur des outils distincts.

Ce phénomène de rupture entre niveaux est très général, même dans les ateliers industriels, mais dans ce dernier cas, on peut considérer que les chiffres utilisés sur les lignes opérationnelles sont des traductions, imparfaites certes, des chiffres utilisés au niveau stratégique. C'est loin d'être le cas à l'hôpital.

On pourrait penser dans ces conditions que la rationalisation par les outils y est faible, comme dans la plupart des organisations professionnelles (prenons l'exemple de la recherche). Mais comme malgré tout on peut compter beaucoup de choses (des journées, des admissions, des actes, des médecins, des infirmières etc.), la situation est un peu plus compliquée.

Par ailleurs, le niveau managérial intervient dans l'affectation des ressources. La création de règles permettant la décision pertinente et équitable constitue alors une préoccupation constante de ce niveau, d'où finalement le grand nombre d'outils générés, qui relèvent essentiellement de l'évaluation par des critères simples (nombre

de journées, taux d'occupation des lits, prix de revient de la journée etc.). Jusqu'aux années quatre-vingt dix l'incapacité à saisir et à modéliser les processus de soins fait de ces outils des cadres évaluatifs pesant peu sur le comportement des opérationnels, sauf lorsqu'ils vont jusqu'à entraîner des décisions concrètes, par exemple d'acquisition d'équipements, à propos desquelles ils essuient des critiques cinglantes pour leur absence de signification.

Dans d'autres cas on rencontre un jeu, type Crozier, les opérationnels se saisissant des outils fabriqués par les administratifs pour en distordre les effets dans le sens de leurs intérêts propres. C'est ainsi que nous avons il y a déjà un certain temps expliqué (en tout cas partiellement) l'extraordinaire développement de la biochimie hospitalière à l'AP-HP en démontrant que les chefs de laboratoires avaient astucieusement utilisé la comptabilité hospitalière récemment mise en oeuvre par cette institution pour obtenir à la fois équipements et personnel supplémentaire, tout en accentuant leurs activités de recherche, ce qui, pour les médecins universitaires, fait partie intégrante de la valorisation de leur activité.

On aura reconnu je le pense le modèle de la technologie invisible (Berry), faisant intervenir l'imperfection consubstantielle des outils de gestion, d'une part, le champ de jugement de l'acteur, d'autre part.

Un outil de gestion nomme des objets, les définit, les classe, les mesure, les relie entre eux. Sur chacune de ces étapes il faut faire des concessions à l'exacte rigueur. Qu'est qu'une prestation biochimique pour un malade ? L'échantillon de sang ? Les actes à effectuer ? Comment puis-je compter les bilans qui contiennent plusieurs actes ? Si je veux avoir un indicateur de performance économique du laboratoire de biochimie d'un hôpital, à quelle mesure de l'activité vais-je rapporter les dépenses ? Comment faire intervenir les équipements dans ces dépenses, sachant que la problématique de l'automatisation est fondamentale et transforme complètement la donne ?

Il faut s'être soi-même heurté à la multitude d'obstacles que rencontre l'élaboration instrumentale pour comprendre vraiment la profonde frustration à laquelle cet exercice peut conduire : on ne parvient jamais qu'à des synthèses appauvries par rapport à la richesse des phénomènes que l'on voudrait décrire ou simuler.

Ajoutons à la frustration la perplexité qui va suivre face aux aventures souvent incompréhensibles que l'outil ou plutôt les règles suscitées par l'outil vont vivre en se confrontant aux outils et règles déjà là, perplexité que l'on ne peut lever que par des modes d'investigation particuliers (je ne fais qu'évoquer en passant le thème de la recherche-intervention.). Abandons, simulacres, dévoiements, mises en oeuvre partielles, etc. tout peut arriver aux outils et aux règles associées.

Une des raisons, souvent passées sous silence par les analystes divers de l'organisation, réside dans la pauvreté de la grammaire instrumentale. Il faut évidemment ajouter les différentiels de champ de jugement, le fait paradoxal par rapport au projet de Simon rappelé plus haut que de toute façon le concepteur est lui-même en position de rationalité limitée, mais aussi les dynamiques des organisations elles-mêmes (économie de variété, économie de service, multiplication des paramètres de la performance), qui les conduisent à réviser de façon accélérée leurs systèmes de règles et d'outils, soumis à un processus à haute fréquence de naissance et de mort. On peut mobiliser aussi avec profit le tripode mis sur pied par Hatchuel et Weil pour caractériser les technologies de gestion : la philosophie de gestion associée, le substrat technique, la représentation simplifiée de l'organisation. Concernant l'hôpital, il y a eu longtemps erreur sur toute la ligne : la philosophie gestionnaire contenue dans les

instruments ne pouvait intéresser les professionnels, le substrat technique était très loin des exigences minimales que requerrait la description de l'activité, l'image implicite de l'organisation était beaucoup trop intégrée par rapport à la rupture fondamentale entre administration et profession.

Des outils sans règles ?

Des outils ne sont pas suivis de règles d'abord pour les raisons précédentes : leur force de légitimation est insuffisante ; refusés par ceux qui en craignaient la transformation en règles, ils sont tombés dans les oubliettes ; ou alors on s'est rendu compte de leurs effets non voulus ou de leurs contradictions avec les règles existantes, et on les a « débranchés » - c'est le cas de beaucoup d'outils hospitaliers évoqués ci-dessus.

Face aux faiblesses des outils de gestion, on peut *a priori* remettre en cause leur faculté à réellement prescrire, à créer et à légitimer des règles. On peut alors se tourner vers leur mode de fabrication et prendre acte du fait qu'il s'agit d'abord d'une opération de connaissance, au sens d'un prélèvement de savoir dans le fonctionnement de l'organisation mais également d'une génération potentielle de savoirs nouveaux que, dans le livre collectif du CGS paru sur le sujet en 1997, nous avons catégorisés en trois types :

- les savoirs du pilotage (se repérer dans une transformation) ;
- l'apprentissage organisationnel (la confrontation de l'outil à l'organisation apprend sur cette dernière, en quelque sorte, par la réaction elle-même) ;
- l'exploration du nouveau (les résultats de l'outil suscitent de nouvelles façons de faire au niveau des activités productives elles-mêmes).

Ces apprentissages étant moins soumis aux faiblesses des outils que leur capacité à conformer les comportements, on avait alors une sorte de doctrine d'usage des outils de gestion, bifaces comme Janus : se détourner de la face « règles » et se tourner vers la face « apprentissage » ; en d'autres termes, dé-asservir outils et règles.

Qu'en est-il exactement ? Quel est le pouvoir de conviction d'une telle doctrine d'usage ?

Je puiserai toujours dans le cas de l'hôpital et prendrai l'exemple d'un instrument emblématique, aux effets multiples comme on va le voir, à savoir le PMSI (Programme de Médicalisation du Système d'Information). Cet outil, dont le développement a commencé en 1983 et dont les premiers effets datent de 1997 (ce qui donne déjà une idée du caractère « pharaonique » de l'affaire), tente de combler la distance constatée plus haut entre les deux strates de l'hôpital et techniquement s'attaque au problème également vu plus haut d'une représentation « pertinente » de la production hospitalière, ce qu'il fait par une catégorisation des admissions . Sont créés, par des méthodes statistiques sophistiquées, 600 groupes de patients (les GHM : Groupes Homogènes de Malades) ayant d'abord une signification médicale (ce sont des regroupements de pathologies) ; ils ont par ailleurs une signification économique, étant construits de telle sorte que les patients classés dans un groupe consomment un niveau équivalent de ressources. Les coûts moyens par GHM sont calculés sur un échantillon d'hôpitaux chaque année, et, appliqués à la production d'un établissement quelconque (nombre de séjours dans chaque GHM), peuvent permettre d'estimer son budget théorique.

Quelques remarques sur ce dispositif :

- On conçoit, j'imagine, les problèmes techniques posés, le nombre d'hypothèses que l'on doit faire pour aboutir, les approximations multiples nécessaires etc. On se trouve bien dans le cadre exposé ci-dessus, d'une grammaire sommaire aboutissant certes à une instrumentation de grande ampleur, mais contestable.
- L'objectif, clairement, n'est pas qu'économique ; il veut répondre aussi à un critère essentiel, le critère d'équité, en premier lieu pour les établissements (égalité devant la contrainte budgétaire), et indirectement pour les patients (la qualité des soins dépendant largement des ressources). Le modèle est inspiré des préceptes de micro-économistes en vue de ce que l'on appelle le NMP (Nouveau Management Public), mais dans le même temps, est développé par des acteurs de l'Administration dont le but est de « sauver le service public ». Confusion des genres intéressante.
- L'acteur essentiel de cette innovation instrumentale est évidemment l'Etat, mais pas seulement. De nombreux acteurs périphériques s'en saisissent (chercheurs, médecins dissidents, économistes, épidémiologues, firmes pharmaceutiques etc.), dans un enchevêtrement de volontés de pouvoir et de savoir. L'instrument de gestion est un archétype de dispositif savoir-pouvoir, pour paraphraser M. Foucault, mais là aussi on assiste à une singulière décentration (« Le pouvoir s'exerce à partir de points innombrables et dans le jeu de relations inégalitaires et mobiles »).

D'un point de vue plus concret, une règle d'allocation des ressources est susceptible de suivre en ligne directe l'outil, puisque ce dernier peut estimer des budgets théoriques (*i.e.* correspondant à la moyenne de la consommation des ressources de l'ensemble des établissements, à activité donnée).

Pourtant ce n'est pas cet usage qui prévaut tout d'abord. Est visée une utilisation « souple », argumentative, laissée à la discrétion des échelons décentralisés (les ARH, Agences Régionales de l'Hospitalisation, qui viennent d'être créées). Un critère unique est utilisé : le taux de sur- ou sous-consommation des ressources par rapport à une moyenne régionale calculée à partir de l'outil.

Au fond, ce qui est visé est un couplage ajusté entre régulation (et donc rééquilibrage des budgets hospitaliers) et apprentissage. Il est vrai qu'auparavant le système hospitalier dans son ensemble est marqué par une opacité extrême, liée à l'insuffisance notoire de l'outillage. Le PMSI, opérant un saut très important vers la prise en compte de la complexité et vers le langage médical, va littéralement lever la voile d'opacité et conduire à de multiples enseignements divers correspondant aux trois types d'apprentissage évoqués plus haut : le pilotage des politiques de rééquilibrage entre établissements (les résultats sont présentés chaque année à l'Assemblée Nationale), les conditions d'usage de l'outil lui-même, compte tenu de ce qu'il apprend sur l'hôpital et ses tutelles (il est exclu notamment qu'il alimente un contrôle de gestion interne compte tenu du peu d'intérêt et du pouvoir des professionnels), il suggère enfin des modifications dans les protocoles de soins eux-mêmes et les organisations locales susceptibles de conduire à des performances améliorées en termes de qualité et de coûts.

Le come back de la règle

Mais d'un autre côté la situation d'ensemble reste désespérément (aux yeux du régulateur) stable : peu de changement au niveau de la gestion interne (les médecins dans leur grande généralité connaissent à peine l'instrument ; les directeurs, coincés entre une injonction nouvelle et leur peu de prise sur l'activité, préfèrent continuer à jouer l'acquisition de ressources auprès des tutelles) ; peu de changement au niveau des structures (on comptait beaucoup sur de nouvelles formes de coopération), des

dépenses globales toujours au dessus de ce qui était espéré ; les inégalités entre établissements (spectaculaires lorsque les premiers résultats du PMSI tombent en 1995) ne se résorbent que très lentement.

Dans ces conditions en 2004 l'Etat « passe à la vitesse supérieure » et transforme les indicateurs de coûts par GHM en tarifs : dorénavant les hôpitaux seront rémunérés sur la base de factures associées à chaque séjour et de leur classification. Il compte transformer l'incitatif « soft » en incitatif « dur », les recettes des établissements étant mécaniquement calculées à partir de leur activité.

Quels sont les effets de cette spectaculaire rationalisation ? Il est encore prématuré d'en faire un bilan mais revenant au coeur du système, c'est-à-dire intervenant auprès d'équipes hospitalières sur différents sujets, après avoir beaucoup travaillé au niveau de la régulation sur le PMSI, j'ai pu constater que si l'incitatif pèse beaucoup, on s'en doute sur les préoccupations des équipes directoriales, il n'a encore que peu d'effets concrets sur le niveau opérationnel : le principe de tarification est globalement mieux accepté et surtout compris que le dispositif incitatif précédent, ce qui participe en effet d'un processus de légitimation intéressant en soi, mais il constitue un cadrage général, encore trop global pour conduire à une rénovation des pratiques professionnelles. Par ailleurs, il se confirme que la seule considération de l'efficacité ne suffit pas à faire bouger un médecin, alors qu'aucune transformation à la base ne peut se passer de leur concours, sous une forme ou une autre. En d'autres termes, la tarification emblématise le raisonnement classique des économistes, prenant l'organisation comme un tout, et négligeant la rupture de niveau évoquée plus haut. D'autres raisonnements seraient sans doute possibles, partant plus du niveau professionnel, c'est-à-dire des disciplines médicales (Lenay), mais pour l'instant ils ne se développent que dans des thèses ou des articles.

Pendant un court instant de son histoire, le segment administratif ayant en charge le système hospitalier a failli abandonner les figures connues de l'Etat (Etat de Droit, Etat providence, Etat planificateur, Etat contractuel, etc.) pour aller vers une figure inédite, que l'on peut appeler « Etat knowledge manager » ; pressé par un politique au regard fixé sur le « trou », trop englué dans son propre système de production, qui consiste essentiellement à produire des textes énonçant la règle. Au total, il n'aura pas voulu renouveler de façon profonde la méthode de conduite d'une politique publique, c'est-à-dire consistant à construire un processus conjoint de conception instrumentale, d'expérimentation, et de structuration de l'organisation, en utilisant de façon continue les boucles de rétroaction entre ces trois éléments. Il aurait fallu pour cela mettre en place une batterie de dispositifs d'observation, de discussion, et de capitalisation, ce qui n'a été fait que partiellement. Il aurait fallu admettre aussi les faiblesses consubstantielles des instruments élaborés, opération qui, il est vrai, paraît socialement difficile. Sur ce dernier point toutefois, il est bon de remarquer que ces faiblesses n'échappent malgré tout à personne, et que l'ensemble du dispositif évolue dans une ambiance continue de controverses et de replâtrages hâtifs.

Pourtant d'autres exemples, dans d'autres champs, manifestent des évolutions vers cet usage cognitif des outils de gestion, par exemple dans le cadre du concept de développement durable (Aggeri), usage, qui, on le voit, transforme profondément les relations entre outil et règle : la règle apparaissant comme le résultat d'un processus d'apprentissage collectif, et non comme le cadrage *a priori* d'un fonctionnement, et où l'outil fait office, parmi d'autres considérants, de support de l'interaction entre parties prenantes.

La question que je pose ici et que je me pose à moi-même, ayant beaucoup insisté sur cette nouvelle doctrine d'usage de l'outil, et sur ce que cela suppose de « débrayage » par rapport à la règle, est la suivante : n'a-t-on pas surestimé les capacités d'apprentissage liées aux outils, ou plutôt, puisqu'il est incontestable, on le voit bien sur le cas hospitalier, qu'ils génèrent de multiples savoirs, la capacité de ces savoirs à fournir ensuite des règles adaptées ? Ou encore, si l'apprentissage collectif doit précéder la règle, de quelles règles dispose-t-on pour organiser le premier ? Quels sont les bons outils, non plus pour décider, mais pour apprendre ?

Sur ce même cas hospitalier, on voit en effet combien l'histoire est loin d'être terminée ; le colossal effort accompli par les niveaux de la régulation pour rapprocher son instrumentation de l'activité productive ne suffit pas et se pose toujours le problème de la mobilisation des professionnels pour qu'ils prennent au sérieux la perspective de transformation de l'organisation.

Dernier point pour finir : vous pouvez estimer que le cas que j'ai développé est trop spécifique et que par conséquent il n'éclaire que sous un angle très singulier ces rapports compliqués entre règles et outils. Je ferai remarquer simplement que le système productif dans son ensemble est marqué, entre autre chose, par une professionnalisation croissante. Le problème particulier que j'ai traité et qui peut se résumer par : « comment gérer des activités professionnelles, avec des règles et des outils adaptés », me paraît ainsi d'une grande généralité, et constituer un enjeu essentiel des sciences de gestion et d'organisation ■

Jean-Claude Moisdon
Centre de Gestion Scientifique

DISCUSSION

Question : *Par rapport à la rupture de sens que vous avez évoquée, l'outil que vous avez présenté ne pouvait pas déclencher d'apprentissage : ne fallait-il pas prendre le problème de façon plus locale, au moyen d'autres outils ?*

Jean-Claude Moisdon : Vous avez raison : pour le PMSI, j'ai tenu à un moment un raisonnement très « économiste classique », je prenais l'hôpital de l'extérieur, comme un tout, parce que je pensais tenir un mécanisme d'incitation qui allait jouer dans la profondeur de l'organisation. Et j'essaie aujourd'hui de revenir de cette position, sans être sûr que cela va fonctionner, en partant maintenant de l'intérieur de l'hôpital, en travaillant avec des médecins pour qu'ils construisent eux-mêmes leurs règles.

Dans cette histoire d'outils et d'apprentissage, il ne faut pas se tromper, parce que certains outils ne vont pas créer de savoirs actifs. Ils vont créer des savoirs, mais qu'est-ce qu'on en fait ? C'est pour cela que le paradigme de l'apprentissage me pose problème : on apprend plein de choses, mais en l'espèce les outils qu'on a fabriqués ne donnent pas pour le moment de savoir actif au niveau opérationnel.

Cela dit, partir au contraire du niveau local n'est pas évident. Je travaille en ce moment dans beaucoup de secteurs (la radiothérapie, la radiologie, les urgences...), où j'interviens pour aider les acteurs à construire des règles d'organisation. Une

nouvelle question surgit : quel est le bon acteur ? Est-ce le médecin ? Prenons l'exemple d'un médecin qu'on a aidé à mieux planifier ses séances de radiothérapie grâce à un outil de rétro-planning. Il est satisfait de l'outil, il voit comment cela va pouvoir l'aider, mais pour cela il a besoin de modifier les horaires d'ouverture de l'équipement. Il va voir ses manipulateurs, qui sont loin d'être d'accord. A l'entretien suivant il vous dit : « attendez, ce n'est pas mon job ».

Cela montre bien comment on est dans un univers où il n'y a pas d'organisateur, mais plutôt des professionnels pas spontanément impliqués dans l'organisation. Ils sont nombreux à vous écouter, à trouver votre approche intéressante, mais peu sont prêts à aller jusqu'au bout. Reste donc à trouver l'acteur qui peut faire réellement bouger le système. En partant de la valeur des professionnels, car je ne vois pas comment il pourrait faire autrement.

En un sens, c'est un peu ce qui avait été essayé avec le PMSI : se rapprocher de l'activité, partir de l'opérationnel, mais l'approche était encore très technocratique. On s'est aperçu finalement que l'incitatif élaboré bloquait les directeurs d'hôpitaux, bien plus qu'il n'impulsait une évolution du système. En tant que chercheurs participant à cette aventure, nous avons été de mauvais prévisionnistes. Nous tâtonnons, mais nous ne sommes pas les seuls...

Question : Je partage vraiment le côté « cas exemplaire » de l'hôpital. J'ai une question sur l'effort de rationalisation dans le développement des outils de gestion. Tu soulignes l'idée qu'il y a quand même une capacité de l'outil à générer de la règle, et, d'un point de vue cognitif, à aider à la prescription, bien que la dimension de l'apprentissage soit décevante. Mais si l'on prend le cognitif autrement, faire des règles a un intérêt pour la charge mentale des acteurs : c'est assez reposant pour les acteurs. De ce point de vue, est-ce que la portée cognitive de l'outil n'est pas plus forte que ce que tu disais ?

J.-C. Moisdon : Oui, je dois préciser. Si je prends la « ligne de plus grande pente » de l'organisation, c'est-à-dire ce à quoi l'activité telle que la conçoivent les acteurs les porte spontanément à faire, en termes de coordination entre eux, d'évaluation, alors à l'hôpital cette activité ne les porte pas spontanément à s'organiser ; mais je n'ai pas voulu dire que l'on ne pouvait pas mieux programmer un bloc opératoire, afin que le fonctionnement quotidien s'améliore, y compris au niveau de la diminution des tensions, des ambiguïtés et des pertes de temps de toute sorte vécues par les uns et les autres. L'enchevêtrement des trajectoires, on ne pourra jamais y échapper totalement, mais des améliorations locales de la radiothérapie, du bloc, du service d'imagerie, ce sont des petites choses qui sont évidemment possibles à partir d'instruments assez simples d'ailleurs

Mais encore une fois, la seule façon de procéder, c'est de partir des professionnels, de leurs valeurs, donc de leur parler moins de coûts que de soins, et de leur dire par exemple : « Vous avez cette prescription en termes de qualité ; est-ce que vous vous rendez compte que votre organisation ne vous y conduit pas ? » Et donc travailler avec eux là-dessus ; effectivement alors il y a des effets d'apprentissage. Ce que j'ai simplement voulu dire, c'est que : d'une part ils ne s'y sont pas du tout habitués ; d'autre part, ce n'est pas forcément eux ; et enfin, l'apprentissage utile ne découle pas forcément des outils pourtant mis au point dans cette optique ; en tout cas, il ne faut pas se tromper d'outil.

Question : Le passage du TMSI à la TAA m'a fait penser à une histoire vécue dans les années 90 chez Bull. C'était la mise en place d'un système de qualité totale. Dans un premier temps, les chefs de service et de département avaient inventé toutes sortes d'indicateurs ad hoc et réalisé tout un ensemble de programmes assez disparates pour améliorer la qualité chez eux. Et puis le directeur général a voulu avoir une mesure de l'état des progrès de qualité dans la maison, et les financiers ont décidé, dans l'urgence, de

convertir toutes les améliorations en heures de travail économisées / consommées pour améliorer la qualité. Il y a eu un système informatique sur lequel il fallait saisir les gains de qualité selon les normes de la direction générale pour pouvoir agréger toutes les données. Cette démarche de chiffrage a conduit à casser en quelques semaines tous les efforts de coordination et de motivation des acteurs etc., qui étaient peut-être trop lents par rapport aux nécessités de la survie de Bull, mais qui étaient significatifs. On a créé en fait un énorme phénomène de découragement.

Ça me donne cette idée finalement assez simple, qu'il y a souvent une contradiction, et non une complémentarité entre l'impératif d'améliorer les contrôles, pour les besoins de la direction générale, et l'impératif d'améliorer la coordination des opérations et l'apprentissage des acteurs sur le terrain. C'est souvent une contradiction, et dans ton exposé, tu ne l'as pas du tout présenté comme ça. Je me demande du coup quel genre très étrange de gestionnaire tu es, peut-être plus proche de l'ingénieur que du gestionnaire : on te sent plus passionné par la coordination des acteurs et leur capacité de perfectionnement, que par les bons résultats financiers... Es-tu un vrai gestionnaire, comment peut-on te situer ?

C'est difficile, parce que ta définition de la règle de gestion, elle est difficile à retrouver. Tu nous as fait un inventaire de toutes les règles de gestion, et finalement on a l'impression que la règle qui te plaît le plus, c'est une espèce de méta-règle qui permettrait d'intégrer les causalités multiples qui contribuent à générer la performance de l'entreprise. Cette règle là, qui est une sorte d'utopie du bon management, s'accorde très mal des règles qui viennent de l'extérieur, légales par exemple, ou bien des règles prescrites par la direction financière et qui peuvent paralyser les opérations sur le terrain, etc. J'aimerais beaucoup que tu nous parles de cette méta-règle, qui serait quelque chose comme le deuterolearning de Bateson : une règle souple qui permettrait justement au gestionnaire de terrain d'intégrer les causalités multiples dont tu n'as cessé de nous parler. J'ai l'impression que c'est ça que tu cherches.

J.-C. Moisdon : Pour répondre au premier point de ta question, je pense que la plupart du temps on est bien dans la contradiction : il y a des points de contact où le bas (le niveau opératoire professionnel, pour faire rapide) se joue du haut. C'est assez clair : il y a plus généralement un certain désintérêt pour les règles du haut, sauf quand les acteurs s'aperçoivent qu'ils peuvent jouer avec. On est donc bien soit dans la contradiction, soit dans l'indifférence. La différence à l'hôpital, par rapport à l'exemple que tu donnais, c'est que les professionnels se souciaient assez peu de faire ce que tes acteurs chez Bull faisaient, c'est-à-dire de la régulation autonome.

Par rapport à la méta-règle, je ne crois pas beaucoup en cet idéal. Je ne suis pas utopiste au point de croire qu'on puisse régler tous les problèmes de l'hôpital par un dispositif général permettant la cohabitation apaisée des injonctions du management et de l'activité professionnelle. Il y aura toujours des zones de non-règle et de non-outil, elles vont toujours exister, ce qui n'empêche pas, à la marge, de provoquer des apprentissages locaux qui permettent d'atténuer les effets de ces espèces de mouvements browniens et ces tensions qui caractérisent la vie des hôpitaux.

Question : Est-ce qu'il n'y a pas un problème d'échelle, à la fois sur l'outil et la règle, le problème pour les gestionnaires étant de « gérer le machin » ? On voit bien l'intérêt de l'intelligence locale, mais dans la mesure où on ne peut pas cloner des milliers de Jean-Claude Moisdon qui iraient faire de l'intelligence locale dans chaque service, l'échelle ne correspond pas du tout à l'ampleur du problème. J'ai également une question sur la règle, et plus précisément sur le point de vue extérieur que l'on peut adopter sur un comportement, qui permet d'inférer une règle. De ce point de vue, les instruments ne sont pas neutres, puisqu'ils enregistrent des régularités de comportements ; et ensuite, on passe à une notion différente, qui est celle de la règle, qui vise à décider de ces comportements. Quelle est ton analyse sur le rapport régularité / règle, et le rôle des instruments dans ce rapport ?

J.-C. Moisdon : sur la première question, je suis assez d'accord : il y a un véritable problème d'échelle à double sens. On voit bien que la machinerie a quelque chose de

très imposant, et qu'en même temps il s'agit d'une multitude de micro-mécanismes qu'il faudrait mettre en musique pour faire en sorte que cela change à la base. On retombe en quelque sorte sur la question d'une méta-règle qui mette le système en mouvement. C'était du reste un peu l'idée de l'incitatif que j'ai évoqué, qui s'est révélé faiblement actif.

D'un autre côté, tu parlais de milliers de Jean-Claude Moisdon ; en fait, il y a beaucoup d'acteurs qui s'occupent de ce problème. Je travaille par exemple avec la Mission d'Etude et d'Audit Hospitalier (MEAH), qui lance des opérations de ce type (pour moi, c'est un point d'observation idéal du système, pour voir comment il peut évoluer) mais là aussi les agents qui la composent, tout aussi talentueux soient-ils ne suffisent pas à la tâche.

Se pose toujours la question du changement : à partir de qui, comment, etc. ? Il peut y avoir des mots d'ordre, des instruments, des règles, mais on peut aussi créer des acteurs. Il y avait par exemple un acteur qui n'existait pas avant le PMSI, il s'agit du Directeur de l'Information Médicale (DIM), médecin qui, dans chaque établissement est chargé de faire vivre le PMSI. C'est un des coups de génie des promoteurs du PMSI, cette création du DIM. L'incitatif c'est trop global ; les chevaux légers c'est insuffisant ; les médecins, à 99%, on ne peut pas compter dessus ; donc peut-être que c'est au niveau de la création d'un acteur que se jouerait encore quelque chose de nouveau.

Sur la deuxième question : régularité / règle, et le rôle de l'outil dans le passage de l'un à l'autre, je dirais que l'outil n'agit pas seul, il n'est pas séparable d'une philosophie d'usage ; ce qui veut dire qu'au-delà de l'outil, tu as une certaine attente quant au comportement des acteurs. Par exemple pour le PMSI, il n'y a pas de référence absolue dans l'outil, en fait il y a une sorte de bouclage entre régularité et règle via l'outil, qui incorpore des statistiques observées sur les comportements ; ensuite par spécification de ce que doivent être ces derniers – calés soit sur la moyenne, soit sur l'extrême observés – on obtient une règle de comportement issue de l'outil.

Question : On sent bien que l'outil crée de l'ordre, un ordre extrêmement fort, qu'il crée des comportements. Il a notamment comme propriétés un niveau d'abstraction extrêmement élevé et une puissance de calcul très forte, qui permet d'agrèger beaucoup de données, cela permettant à l'outil de dépasser le champ d'évaluation qui est celui d'une règle. Et c'est une des questions que je voudrais poser : alors que pour une règle légale, il va y avoir une procédure pour l'appliquer, un recours possible, une jurisprudence, etc., pour ces outils qui se développent, est-ce qu'il n'y a pas un défaut du champ d'évaluation, ou de la possibilité de recourir contre ces outils, une fois qu'ils sont mis en pratique ?

Parce que dans ce que tu as présenté, il y a deux choses. C'est d'une part : la règle et puis l'outil qui vient – très bien ; et d'autre part, quelque chose d'un peu utopiste de mon point de vue, un peu économie expérimentale : je mets un outil, et puis je regarde comment les gens se coordonnent, et ça remplace la règle. Mais il n'y a pas de sanction, il n'y a pas de recours, pas de procédure d'appel, c'est fait pour guider vers un optimum de performance. En fait, j'aimerais que tu me dises ton point de vue, pour le PMSI, sur les outils qui pouvaient être en concurrence avec le PMSI, la dynamique de sophistication de l'outil ou au contraire les possibilités de s'en débarrasser, etc. En bref, quelles sont tes vues par rapport à cette question de l'outil comme créant un ordre difficile à contester ?

J.-C. Moisdon : J'ai envie de repartir de ce que je disais ci-dessus au sujet de la grammaire gestionnaire toujours assez limitée... Quand on a vu débarquer le PMSI, en 1983, on se disait qu'il devait bien y avoir autre chose, mais en même temps, on sortait de dix années de recherche qui avaient permis de constater l'absence totale d'appétit du système hospitalier pour les affaires gestionnaires... On était bien en

face d'un « mythe rationnel », pour reprendre l'expression d'Hatchuel, mais un mythe d'emblée très compliqué.

La tutelle des hôpitaux était partie sur l'idée qu'il fallait un incitatif, et quand on réfléchit aux formes que cela pouvait prendre, il n'y en avait pas tellement, à partir du moment notamment où l'on passait par l'idée de classer les malades pour se rapprocher du langage médical. Classification nécessairement pauvre par rapport à la multiplicité des trajectoires en cause. Il y avait un côté à la fois très contestable, mais en même temps, on n'arrivait pas à construire autre chose. A ta question, j'ai envie de répondre : il y a sans doute mieux, mais je ne sais pas quoi. Le PMSI, je constate que cela ne marche pas jusqu'au bout, jusqu'au niveau opérationnel. Mais je n'ai rien d'autre. L'avantage du PMSI, si l'on peut dire, c'est que son degré d'abstraction et de sophistication provoque une certaine forme de légitimation. C'est ce qui le rend effectivement très difficile à attaquer.

Cela dit il a quand même failli mourir plusieurs fois de la contestation provenant des professionnels. S'il a survécu, c'est que justement personne ne proposait un substitut crédible. Ce qui est beaucoup plus intéressant maintenant, c'est de savoir pourquoi, alors que ça s'est transformé en machine de gestion, les attaques n'ont pas continué. L'outil fait partie aujourd'hui du paysage, et les gens l'ont accepté apparemment, comme s'ils avaient accepté le cadrage correspondant, ce qui n'est pas tout à fait le cas.

Question : Dans la lignée de cette question, à la fois sur le statut des outils et l'histoire de cet outil en particulier, il y a des outils d'apprentissage et d'exploration, et il y a des outils qui servent de base de règle. Celui-ci s'est transformé en outil-règle. Est-ce une fatalité ?

J.-C. Moisdon : Je disais tout à l'heure qu'au début, je ne pensais pas qu'il y avait fatalité. Aujourd'hui, notamment pour les outils qui viennent de l'Etat, je crois qu'il y a une certaine fatalité. Les outils qui sont censés favoriser la coopération, l'apprentissage etc., et qui fonctionnent dans d'autres configurations, ne fonctionnent pas quand ils viennent de l'Etat, parce que je crois que fondamentalement, l'Etat ne sait pas gérer l'apprentissage : il lui faudrait des règles pour ce faire ! Faute de ne pas savoir gérer l'apprentissage, quand les services de l'Etat ne voient pas ce qui change, ils franchissent un pas supplémentaire et passent de l'outil à la règle.

Question : Est-ce qu'on observe des phénomènes de jeu avec l'outil, de la part des acteurs ?

J.-C. Moisdon : Oui, essentiellement au niveau du codage des patients. Mais les établissements font tous la même chose, donc c'est en pure perte... Il y a une régulation prix-volume derrière : lorsqu'une activité augmente en volume (parce qu'elle est bien rémunérée, et que les acteurs codent plus fréquemment et mieux cette activité), l'Etat baisse ses tarifs. Mais effectivement, il y a des pratiques de codage qui visent à faire passer un patient d'un GHM moins cher à un GHM plus cher.

Question : Et est-ce qu'on ne gagnerait pas en efficacité en substituant au PMSI, des équipes d'audit qui arrivent dans l'hôpital et l'examinent dans les moindres détails ?

J.-C. Moisdon : Ce n'est pas sûr. En tout cas, on basculerait sur un autre modèle. On parlait tout à l'heure de la création d'acteurs nouveaux, et là on aurait affaire à un modèle de l'expertise. Je ne trouve pas cela évident, parce que voir ce qui ne va pas dans un hôpital, du point de vue qui m'intéresse, c'est-à-dire le point de vue organisationnel, ce n'est pas facile du tout...

Références

- Aggeri Franck, Pezet Eric, et alii (2005), *Organiser le développement durable*, Vuibert, Paris.
- Berry Michel (1983), « Une technologie invisible, l'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains », *Cahier du CRG*, Paris.
- Boudon Raymond (2007), « Comment l'individualisme méthodologique rend-il compte des règles ? », *Le Libellio d'Aegis*, volume 4, n°1, printemps, pp. 1-14.
- Chandler Alfred D. (1988), *La main visible des managers*, Economica, Paris.
- Freidson Elliot (1984), *La profession médicale*, Payot, Paris.
- Hatchuel Armand, Weil Benoit (1992), *L'expert et le système*, Economica, Paris.
- Lenay Olivier (2005), « L'ergonomie de la gouvernamentalité, le cas du système hospitalier français », in Hatchuel Armand, Starkey Ken, Lenay Olivier, Pezet Eric (dir.), *Gouvernement, organisation et gestion : l'héritage de Michel Foucault*, Presses de l'Université de Laval, Québec.
- Maggi Bruno & Masino Giovanni (1999), « Niveaux de décision et modes de régulation : l'autonomie et la discrétion dans le processus de travail », *Actes du Séminaire Condor*, Vol. XI, pp. 25-50.
- Midler Christophe (2003), « L'apprentissage organisationnel : une dynamique entre cohérence et pertinence des règles », in Gilbert de Terssac (dir.), *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud, débats et prolongements*, La Découverte, Paris.
- Minvielle Etienne (2000), « Réconcilier standardisation et singularité : les enjeux de l'organisation de la prise en charge des malades », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 7 (1), pp. 8-22.
- Moison Jean-Claude (dir.) (1997), *Du mode d'existence des outils de gestion*, Seli Arslan, Paris
- Peaucelle Jean-Louis (2006), « Vauban, la normalisation du travail avant Taylor ? », *Gérer et comprendre*, n° 87, pp. 48-60.
- Reynaud Jean-Daniel (1989), *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Armand Colin, Paris ■

*Notes prises par Jean-Baptiste Suquet
PREG — CNRS / École Polytechnique*