XXV^{ème} Congrès de l'AGRH
Chester, Grande-Bretagne, 6 et 7 novembre 2014

LA PROFESSIONNALISATION DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES DANS LES ENTREPRISES SOCIALES, HISTOIRE D'UNE MAISON MEDICALE EN AUTOGESTION

Auteur principal: Charlotte Moreau, doctorante au LENTIC et au Centre d'Economie Sociale, HEC-Ecole de gestion de l'Université de Liège
charlotte.moreau@ulg.ac.be

Co-auteur: François Pichault, Professeur à HEC-Ecole de gestion de l'Université de Liège, Professeur associé à ESCP Europe-Paris, Président du LENTIC (HEC-ULg)
f.pichault@ulg.ac.be

Co-auteur: Sybille Mertens, Chargée de cours à HEC- Ecole de gestion de l'Université de Liège, Titulaire de la Chaire Cera "Social Entrepreneurship", Membre du Centre d'Economie Sociale (HEC-ULg)
smertens@ulg.ac.be

Résumé
L'objectif de ce papier est d'appréhender la professionnalisation de la gestion des ressources humaines dans les entreprises sociales. Un modèle théorique permet la conceptualisation de cette dynamique qui est approfondie par l'étude d'un cas emblématique : une maison médicale belge en autogestion et en égalité salariale. La professionnalisation de la GRH y prend des formes tout à fait particulières, démontrant ainsi l'importance des jeux d'acteurs et des spécificités du contexte des entreprises sociales. Les perspectives classiques pour étudier la GRH ne s'appliquant guère ici, nous suggérons une nouvelle voie que nous qualifions de "perspective processuelle".

Mots-clés
Professionnalisation, gestion des ressources humaines, entreprise sociale, maison médicale, autogestion

Abstract
The professionalization of human resource management in social enterprises, the story of a self-managed medical house
The objective of this paper is to apprehend the professionalization of human resource management in social enterprises. A theoretical model allows conceptualizing that dynamic, which is then approached by an emblematic case study: a Belgian self-managed medical house with equal pay. The professionalization of HRM takes totally specific forms, showing the importance of the actors' interactions and of the specificities of the social enterprises' context. As the classic perspective to study HRM does not apply here, we suggest a new way that we call "processual perspective".

Key words
Professionalization, human resource management, social enterprise, medical house, self-management

I- INTRODUCTION

En combinant finalité sociale et activité économique, les entreprises sociales inscrivent, au cœur même de leur fonctionnement, une tension importante entre les objectifs sociaux (ou sociétaux) qu'elles poursuivent et leurs impératifs économiques (Alter, 2006). Cette tension s'observe dans les différentes dimensions de leur gestion (Doherty et al., 2009) et, en particulier, dans leur gestion des ressources humaines (Laville & Glémain, 2010) et peut les amener à développer des pratiques innovantes de gestion. En outre, le secteur des entreprises sociales connaît actuellement des évolutions importantes : croissance de l'activité, diversification des demandes sociales, complexification du cadre législatif et institutionnel, transformation des modes de financement public (contractualisation, mise en concurrence des prestataires sur des quasi-marchés) (Dees & Elias, 1998; Mertens, 2010). En parallèle à ces évolutions du contexte, on observe une professionnalisation des entreprises sociales (Bode, Evers, & Schulz, 2006; Hwang & Powell, 2009; Petrella & Richez-Battesti, 2010). Ce mouvement de professionnalisation qui traverse le secteur des entreprises sociales entraîne des changements qui s'observent dans différents domaines mais particulièrement à travers l'évolution des pratiques de GRH (Davister, 2010; Kellock Hay, Beattie, Livingstone, & Munro, 2001). Mais qu'est-ce que la professionnalisation ? De nos jours, le thème de la professionnalisation rencontre un vif succès dans différents domaines. Mais la recherche à ce sujet reste encore hétérogène et fragmentée (Maier, Steinbereithner, & Meyer, 2012). Les auteurs n'y attribuent pas les mêmes significations, voire des significations contradictoires (Wittorski, 2008).

L'objectif de ce papier est d'appréhender la professionnalisation de la gestion des ressources humaines dans les entreprises sociales. Tout d'abord, nous cherchons à conceptualiser la professionnalisation de la GRH en combinant les apports du management et de la sociologie (**partie II**). En effet, il s'agit de déconstruire cet objet commun pour pouvoir le reconstruire conceptuellement et ainsi forger notre propre compréhension du concept. Un modèle théorique de la professionnalisation de la GRH a ainsi pu être élaboré. Afin d'appréhender toutes les nuances d'un tel phénomène, nous situons notre approche dans un cadre d'analyse contextualiste (Pettigrew, 1987) où ce sont les interactions entre contenu – le modèle théorique de professionnalisation de la GRH –, contextes – internes et externes – et processus – jeux d'acteurs – qui fait sens. La méthodologie employée pour étudier la professionnalisation de la GRH, c'est-à-dire l'étude de cas approfondie, est ensuite détaillée (**partie III**). Dans un deuxième temps, nous plongeons dans l'histoire particulière d'une maison médicale belge en autogestion et en égalité salariale qui se questionne quant à sa gestion des ressources humaines (**partie IV**). Nous cherchons non seulement à saisir les différents niveaux de professionnalisation de la GRH mais également les éléments de contextes et de processus qui entourent ces évolutions. Dans un troisième temps, les éléments principaux influençant la GRH et son développement au sein de la maison médicale sont identifiés (**partie V**). Les influences du mode de gouvernance autogestionnaire, l'environnement "enacté" mais surtout l'impact des jeux entre acteurs et formes de pouvoir sont particulièrement soulignés. Les perspectives classiques pour étudier la GRH ne semblant guère s'appliquer ici, une nouvelle voie que nous qualifions de "perspective processuelle" est discutée. Finalement, nous conclurons sur les apports et enseignements d'une telle recherche (**partie VI**).

II- QUELLE PROFESSIONNALISATION DE LA GRH ?

Nous cherchons ici à opérationnaliser le concept de professionnalisation de la GRH. En se basant sur une littérature diversifiée, un modèle théorique a pu être élaboré, reflétant une vision idéalisée de la professionnalisation de la GRH. Les caractéristiques y ont été volontairement accentuées afin d'obtenir une construction intellectuelle représentant la réalité. Ces types idéaux (Weber, 1965) permettent de mesurer l'écart entre une situation concrète et sa version stylisée. Cette démarche s'inscrit dans une tradition de recherche où de nombreux auteurs ont développé des typologies de systèmes de GRH (Arthur & Boyles, 2007; Delery & Doty, 1996; Ridder, Baluch, & Piening, 2012; Toh, Morgeson, & Campion, 2008; Tyler & Blader, 2005; Verburg, Den Hartog, & Koopman, 2007). Pour appréhender la professionnalisation de la GRH, nous mobilisons de la littérature issue de différents courants : les instruments managériaux (Chiapello & Gilbert, 2013; Hatchuel & Weil, 1992); la GRH (Pichault & Schoenaers, 2003; Toh, et al., 2008; Verburg, et al., 2007); et la professionnalisation (Evetts, 2003; Paradeise, 2003; Wittorski, 2008).

1. Professionnalisation dans l'espace du travail

La professionnalisation est un concept multiforme qui revêt différentes significations selon la littérature envisagée ou le terrain de recherche étudié (Maier, et al., 2012). Wittorski (2008) a néanmoins pu identifier trois espaces de développement du terme de professionnalisation : espace social, de la formation et du travail, faisant écho à au moins trois significations du concept. Travaillant sur la professionnalisation de la GRH, dans les organisations, nous retenons la professionnalisation dans l'espace du travail. Dans les milieux du travail, la professionnalisation est considérée dans sa dimension de « mise en mouvement » des individus dans des contextes de travail flexibles. On peut alors parler de 'professionnalisation-efficacité du travail' (Wittorski, 2008) ; tendance qui passe par l'introduction de standards et d'instruments managériaux (Hwang & Powell, 2009). Dans sa dimension gestionnaire, la professionnalisation serait donc, selon les termes de Wittorski (2008, p. 32) « *une intention (du côté de l'organisation) de « mise en mouvement » des sujets dans les systèmes de travail par la proposition de dispositifs particuliers, traduisant une offre de professionnalisation* ».

On voit apparaître ici le terme de 'dispositif' de gestion. L'aspect instrumental est crucial en gestion car c'est via ces instruments que va pouvoir s'accomplir la gestion. En effet, selon Chiapello et Gilbert (2009), la gestion est une pratique équipée par un ensemble d'outils dont l'articulation est réputée rationnelle ; la gestion est donc une pratique instrumentée. A partir des années 1980 et 1990, certains travaux considèrent les instruments comme des leviers d'un mouvement plus large de rationalisation[1] et cherchent alors à comprendre comment l'émergence de techniques, d'instruments rend possible des projets de rationalisation (Aggeri & Labatut, 2010). Dans cette perspective, Hatchuel & Weil (1992) montrent que les

[1] Ces tendances à la professionnalisation s'inscrivent dans un mouvement plus large de rationalisation. Pour Max Weber (1967), le processus de rationalisation est une caractéristique centrale de la modernité et consiste en un processus par lequel les actions et les représentations des hommes sont devenues plus systématiques et méthodiques. La rationalisation peut donc être définie comme le passage à un mode d'action orienté vers la réussite optimale d'un objectif (Lallemand-Stempak, 2012). Ce concept peut s'entendre comme la recherche d'efficacité et d'efficience d'une activité, d'une entreprise, d'une organisation. La gestion est marquée par le processus de rationalisation de la modernité décrit par Weber, dont elle est la manifestation la plus évidente en ce qui concerne le fonctionnement des organisations (Chiapello & Gilbert, 2009). Dans une organisation, cette rationalisation s'exprime de diverses manières : mise en place d'une stratégie innovante, rachat d'une entreprise concurrente, gestion plus professionnelle des ressources humaines… Professionnaliser une organisation peut donc être considéré comme l'une des facettes d'un mouvement plus large de rationalisation (Maier, Steinbereithner & Meyer, 2012).

instruments de gestion sont les visages concrets de la rationalisation, rationalisation qui reste, sans cela, un objectif mythique. C'est donc par l'angle des instruments de gestion que nous allons envisager la professionnalisation de la GRH, professionnalisation qui peut-être considérée comme l'une des facettes d'un mouvement plus large de rationalisation (voir note de bas de page n°1).

2. Modèle théorique de la professionnalisation de la GRH

Au-delà d'une diversité inévitable dans les formulations, il semble qu'il existe aujourd'hui un certain consensus autour des notions d'instrument de gestion (Oiry, 2006). Les instruments de gestion seraient formés à partir de trois éléments de nature différente mais en interaction : un substrat technique ; une philosophie gestionnaire ; et une vision idéale du rôle des acteurs (Hatchuel & Weil, 1992; Oiry, 2006). De façon extensive, la professionnalisation de la GRH peut être appréhendée par ces trois dimensions. Chacune de ces trois dimensions peut connaitre des degrés différents de développement, révélant ainsi un certain niveau de professionnalisation de la GRH. Ainsi, les trois dimensions de professionnalisation de la GRH ont été déclinées chacune en quatre niveaux, formant ainsi une matrice à douze cases. L'objectif n'est, en aucun cas, de prôner la professionnalisation de la GRH ou de recommander certaines pratiques. Il s'agit plutôt d'adopter une grille de lecture permettant d'observer une réalité.

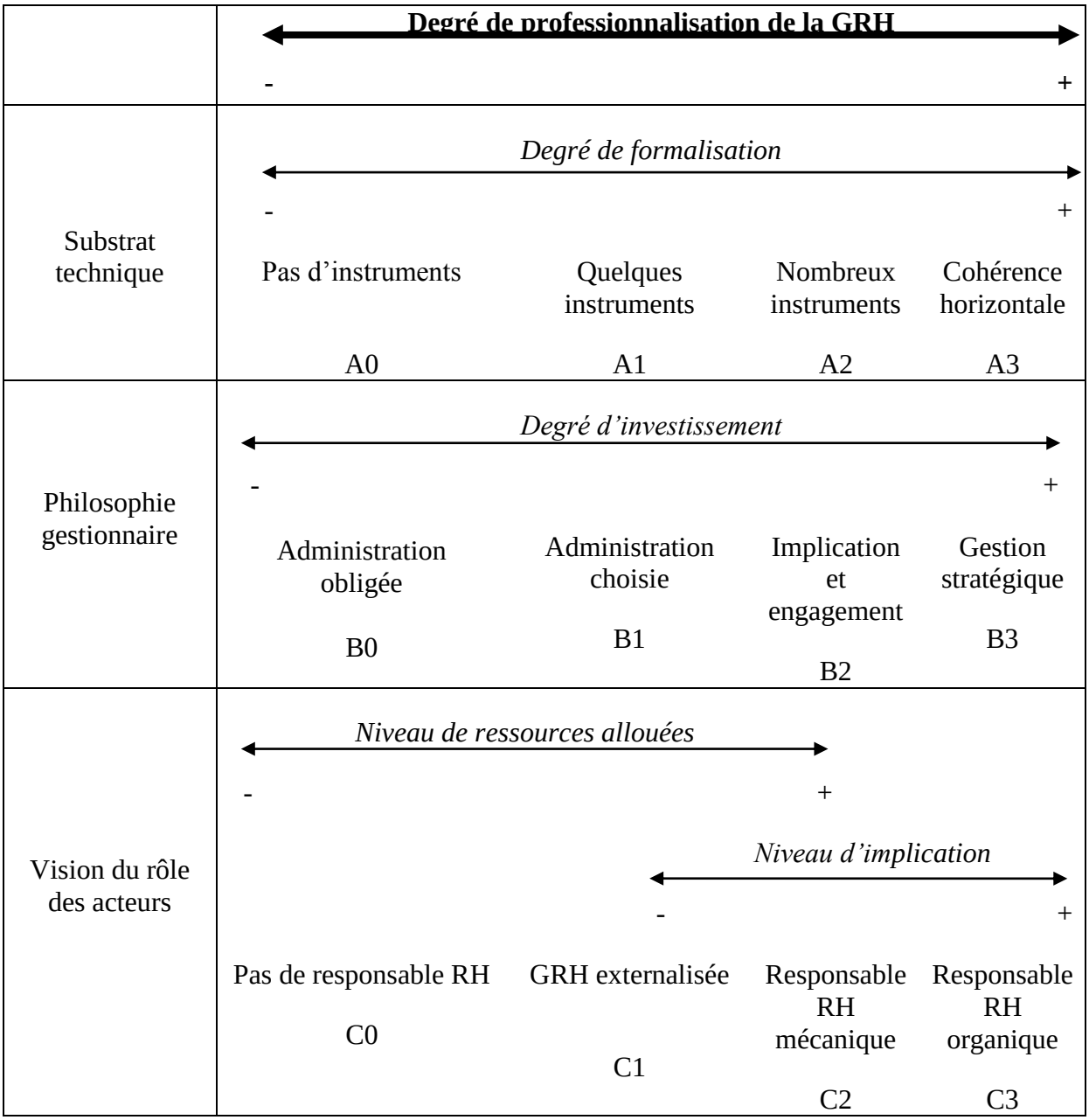


Tableau 1 : *Modèle théorique de professionnalisation de la GRH*

a. Substrat technique

La gestion des ressources humaines peut ou non être outillée, instrumentalisée allant d'une GRH artisanale, faite de constructions tâtonnantes à une GRH formalisée avec des procédures, des instruments déterminés. C'est donc le degré de formalisation de l'instrument de gestion qui nous intéresse ici et qui caractérise un niveau de professionnalisation de la GRH plus ou moins élevé, allant jusqu'à des substrats techniques cohérents entre eux (A3).

b. Philosophie gestionnaire

De nombreux auteurs ont construit des typologies de GRH, décrivant ainsi une certaine conception de la gestion du personnel (Arthur & Boyles, 2007; Delery & Doty, 1996; Ridder, et al., 2012; Toh, et al., 2008; Tyler & Blader, 2005; Verburg, et al., 2007). Les différentes catégorisations et évolutions potentielles nous permettent d'aboutir à une conception en quatre temps de la GRH, révélant des niveaux variables d'investissement dans les ressources

humaines. Tout d'abord, la GRH peut être conçue dans une perspective très minimaliste (B0) (Ridder, et al., 2012; Toh, et al., 2008). Cet investissement minimal viserait la mise en conformité par rapport aux exigences légales. Au contraire, une organisation peut décider d'investir dans ses RH (Lepak & Snell, 1999; Toh, et al., 2008; Tyler & Blader, 2005; Verburg, et al., 2007). Dans la deuxième perspective, la GRH fait l'objet d'un investissement plus grand, mais dans une visée qui reste administrative (B1). La politique de GRH repose sur la constitution de critères et de règles définis pour tous, dans une volonté d'équité interne et d'homogénéité des pratiques. Une troisième façon de concevoir la GRH met en exergue une volonté d'implication et d'engagement du personnel (B2), les pratiques RH étant individualisées en fonction du profil de chaque travailleur (leurs atouts, expérience, expertise). Finalement, une quatrième façon de voir la GRH se distingue, en lien fort avec la stratégie, où la gestion du personnel fait partie intégrante de la stratégie globale de l'entreprise (B3) (Lawler & Boudreau, 2012).

c. Vision du rôle des acteurs

La professionnalisation de la GRH impacte la distribution des ressources entre acteurs ainsi que leur niveau de responsabilité. Deux éléments semblent cruciaux dans l'évolution de la fonction RH au sein d'une entreprise : le niveau de ressources allouées à la fonction ainsi que le niveau d'implication des différents acteurs engagés dans la gestion du personnel. Ces deux éléments combinés permettent de distinguer, dans la littérature, quatre niveaux différents en matière de rôle des acteurs, révélateurs d'une professionnalisation de la GRH grandissante. L'absence de responsable RH caractérise le premier niveau (C0) où pas ou peu de ressources sont allouées à cette fonction. La fonction RH peut également être externalisée (C1) à des spécialistes externes (consultants…) pour des questions spécifiques et ponctuelles. Les deux niveaux suivants sont caractérisés par la présence, en interne, d'un responsable dédié à la GRH. La nature du rôle de ce responsable des RH peut toutefois varier. Un troisième cas de figure est donc le responsable RH mécaniste (C2). Il s'agit d'un technicien de la GRH, spécialiste des procédures et des méthodes (juriste, psychologue, GRH), qui se cantonne principalement à l'administration du personnel (Pichault, 2010). La hiérarchie (les managers de premier niveau) est assez peu impliquée dans les processus RH, ce qui mène à une centralisation assez forte des fonctions RH au niveau du responsable des RH. Finalement, le responsable des RH organique (C3) est un membre de l'équipe de management et est davantage impliqué dans les décisions majeures de l'entreprise, telles que la formation de la stratégie, la conception et le développement de l'organisation et l'implémentation du modèle de gestion (Lawler & Boudreau, 2012). Il fait, la plupart du temps, partie du comité de direction. Ce mouvement va donc souvent de pair avec une forme de décentralisation des activités RH vers la ligne hiérarchique.

3. Cadre d'analyse contextualiste

S'inscrivant dans une visée descriptive, le modèle théorique proposé autorise une série de photographies de la réalité, à différents moments. Néanmoins, le processus par lequel ces différentes étapes se sont succédées, les jeux d'acteurs, les raisons de ces évolutions restent floues et ne peuvent être approchées par ce type de démarche. C'est pourquoi nous situons notre approche dans un cadre d'analyse contextualiste (Pettigrew, 1987), dont l'utilité pour étudier un processus de changement et la GRH qui s'y déroule a été montrée par ailleurs (Pichault & Schoenaers, 2003). Si le changement étudié est celui de la professionnalisation de la GRH, le cadre d'analyse contextualiste nous amène à étudier les interrelations entre trois ensembles de variables : (1) le contenu du changement, c'est-à-dire la professionnalisation des pratiques de GRH, notre objet de recherche, (2) les contextes du changement qui désignent les

facteurs susceptibles d'influencer les pratiques de GRH et leur professionnalisation et, finalement, (3) les processus du changement qui ont trait à la façon dont cette professionnalisation sera introduite dans l'organisation (rapports de pouvoir entre acteurs, initiatives face au changement, etc.).

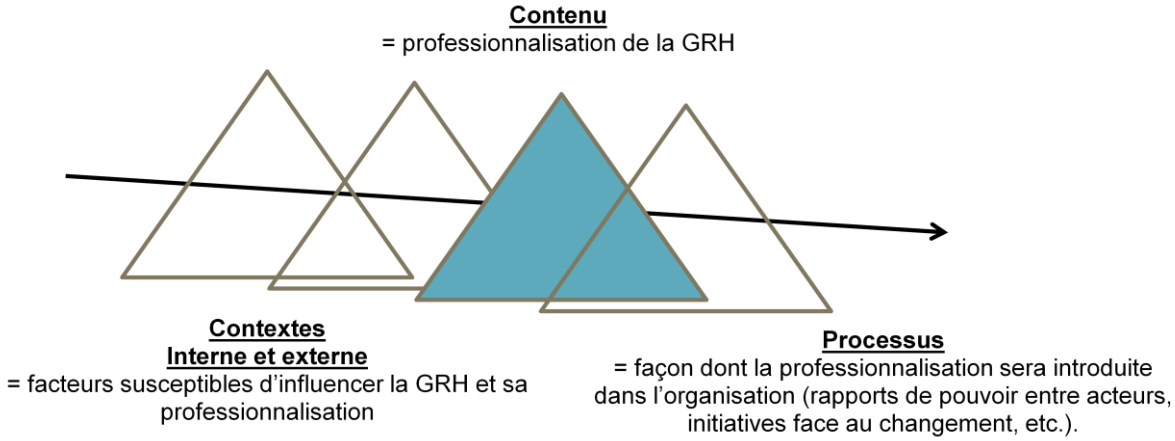


Tableau 2 : *Cadre d'analyse contextualiste*

Le contenu est appréhendé par le modèle théorique développé sur la professionnalisation de la GRH. Les éléments de contexte et de processus donnent du sens aux évolutions ou « non-évolutions » de la GRH. La temporalité et l'historicité du cas sont ainsi restituées. Cela permet, en partie, d'éviter les limites bien connues des types idéaux, telles que la simplification excessive de la réalité, une vision trop statique ou encore une certaine pré-structuration de la réalité qui nous fait voir ce que l'on veut voir.

III- MÉTHODOLOGIE

Décrivons maintenant la méthodologie employée pour étudier ce phénomène de professionnalisation de la GRH dans les entreprises sociales. Nous avons réalisé une étude de cas portant sur une maison médicale belge en autogestion et en égalité salariale. Les études de cas constituent une méthodologie pertinente pour notre objet de recherche. En effet, elles autorisent la prise en compte du contexte dans lequel évolue l'organisation, mais également la récolte de données riches et robustes (Yin, 2009). Parce qu'elles mettent en lumière des situations réelles ainsi que leurs évolutions à partir de sources de plusieurs ordres, les études de cas permettent de mener des analyses en profondeur, de considérer la dimension historique et évolutive de la professionnalisation de la GRH ainsi qu'une meilleure compréhension de la complexité organisationnelle (Dupont & Warnotte, 2007; Gagnon, 2005; Yin, 2009).

Nous nous sommes intéressés au secteur des entreprises sociales où une tendance à la professionnalisation peut être observée, et ce particulièrement concernant les pratiques de gestion des ressources humaines (Hwang & Powell, 2009; Kellock Hay, et al., 2001; Mertens, 2010; Petrella & Richez-Battesti, 2010). Le cas de la maison médicale est un cas emblématique des tensions qui traversent actuellement le secteur des entreprises sociales et qui amènent les organisations à repenser leur mode de fonctionnement. La demande est en croissance ; toujours plus de patients souhaitent adhérer à la maison médicale. Les demandes qui leur sont adressées sont plus diverses : pathologies plus lourdes, croissance des difficultés sociales (isolement d'une population vieillissante ou précarisation par exemple), immigration grandissante qui amène des défis spécifiques, etc. En outre, la maison médicale fonctionne en autogestion, c'est-à-dire que « *tous les travailleurs sont membres de l'assemblée générale où ils peuvent exercer leurs droits de contrôle sur l'organisation* » (Nyssens, 2008). Cela

rencontre le principe de fonctionnement démocratique des entreprises sociales où le pouvoir de décision est basé sur une dynamique participative et collective (Rijpens, 2010). Cette dynamique peut aller jusqu'à l'application du principe « un homme, une voix », dont l'autogestion est emblématique. Se situant à l'extrême d'un large continuum de pratiques de gouvernance participative, le cas de la maison médicale en autogestion illustre particulièrement bien les potentiels enjeux de gouvernance à l'œuvre dans le secteur.

Pour réaliser cette étude de cas, les données ont été récoltées par trois voies[2]. Tout d'abord, des données existantes à la fois internes et externes ont été compilées – par exemple, règlement d'ordre intérieur, charte politique de la maison médicale, compte-rendu de conseil d'administration ou documents de la fédération des maisons médicales. Ces données ont été complétées par l'observation directe mais non participante de différentes réunions d'organes de gestion ou groupes de réflexion – par exemple, conseil d'administration, assemblée générale, groupe bien-être et harcèlement au travail – et d'un week-end, avec l'ensemble des travailleurs, centré, cette année, sur la GRH. Finalement, des entretiens semi-directifs et individuels ont été réalisés avec quatorze travailleurs de la maison médicale. Pour sélectionner cet échantillon, nous avons fait varier l'ancienneté des personnes rencontrées, leur secteur d'activités et leur implication dans différents organes de gestion ou groupes de réflexion[3]. En outre, nous avons rencontré une personne extérieure à la maison médicale impliquée dans le CA. Les entretiens ont duré de 49 minutes à 1 heure 56 minutes. Sur base du cadre d'analyse contextualiste, un guide d'entretien[4] a été élaboré, reprenant les grandes thématiques à aborder. Tous les points listés n'ont pas été abordés avec chaque personne rencontrée. Certains aspects pourront être renseignés dans les documents internes (plus factuels), d'autres plutôt dans les moments d'observation (enjeux de pouvoir…), etc. Néanmoins, des informations doivent être collectées pour l'ensemble de ces questions. C'est en fonction de cette grille que l'analyse pourra être réalisée. Cette collecte d'informations de différentes sources permet la triangulation des informations afin de s'assurer de la validité des données et de l'interprétation que l'on peut en faire (Saunders, Lewis, & Thornhill, 2009). Les résultats de cette recherche doivent encore faire l'objet d'une présentation à l'ensemble de l'équipe qui sera l'occasion de valider nos constats et notre analyse.

Sur base des entretiens retranscrits, des documents collectés et des notes d'observation, nous avons cherché à réduire les données en les codant. En effet, pour décrire l'information collectée, nous avons utilisé des codes qui désignent chacun une unité de sens (Miles & Huberman, 2003). Les quatre grandes catégories – contenu, contexte interne, contexte externe et processus – ont chacune été déclinées en sous catégories de sens sur base de la grille d'entretien évoquée plus haut. Nous sommes néanmoins restés ouvert à l'émergence de nouvelles catégories de sens afin de préserver la richesse des données. Les informations ainsi organisées, le récit du cas a pu être élaboré. En parallèle, une ligne du temps[5] reprenant les faits marquants de la vie de l'organisation a été développée. Cela nous a fortement aidés à détecter différentes phases d'évolution de la professionnalisation de la GRH ainsi que les éléments clés permettant d'identifier le passage d'une phase à une autre.

[2] Vous trouverez en annexes la liste précise des données collectées (annexe 1, 2 et 3).
[3] Vous trouverez en annexe une liste des travailleurs selon leur secteur d'activités et le codage que nous avons employé afin de garantir l'anonymat (annexe 4).
[4] Vous trouverez en annexe le guide d'entretien (annexe 5).
[5] Vous trouverez en annexe la ligne du temps de la maison médicale (annexe 6).

IV- MAISON MÉDICALE, HISTOIRE D'UNE STRUCTURE AUTOGÉRÉE ET EN ÉGALITÉ SALARIALE[6]

Plongeons maintenant dans l'histoire de la maison médicale afin d'étudier la GRH qui y est développée. Située en Wallonie, la maison médicale a été créée en 1974, s'inscrivant dans les mouvements de contestation sociétale et politique d'après mai 68. Dans une volonté d'égalité, de solidarité et de justice sociale, l'équipe pluridisciplinaire vise une approche globale de la santé. Afin de garantir une certaine cohérence entre son objet social et son fonctionnement interne, un système autogestionnaire a été privilégié mettant en œuvre un fonctionnement non hiérarchique. L'égalité salariale caractérise également la structure. Rapidement, de nombreuses questions RH apparaissent concernant, par exemple, le temps de travail, la politique de rémunération ou encore l'embauche de nouveaux travailleurs. Trois phases d'évolution de la GRH, à la fois en termes de contenu, de contexte interne, de contexte externe et de processus, ont ainsi pu être détectées.

1. L'égalité avant tout !

a. Contenu : une gestion informelle

Cette période est caractérisée par une gestion du personnel informelle. Peu d'outils de GRH sont développés. Les questions RH se règlent au cas par cas, entre travailleurs, sans émettre de procédures et sans responsable désigné. Quelques grands choix ont cependant été posés et constituent les fondements de la maison médicale. L'égalité salariale en fait partie où le salaire horaire est le même pour tout le monde. « *L'égalité salariale permet de mettre chacun sur un même pied d'égalité et que tous les secteurs soient considérés* » souligne un travailleur encadrant. En outre, l'horaire choisi impose à tous les travailleurs d'être présents entre 9h et 17h, ce qui renforce à nouveau cette volonté d'égalité avant tout. « *On voulait une plus grande égalité entre les personnes qui travaillaient à la maison médicale. Je ne voyais pas pourquoi, parce que j'étais médecin, j'avais des ordres à donner à l'infirmière. Je ne vois pas non plus pourquoi je devais gagner beaucoup plus qu'elle. Pour nous qui étions au début des maisons médicales, c'étaient les valeurs qu'on voulait porter* » explique un médecin.

b. Contextes interne et externe : Le choix de l'autogestion dans un environnement hostile

Durant cette première période, la structure est plutôt floue, le travail étant réparti selon l'arrivée des patients qui sont encore peu nombreux. Les médecins, à l'initiative d'une telle structure, sont alors majoritaires. C'est à l'assemblée générale, qui rassemble tous les travailleurs de la maison médicale, que se prennent toutes les décisions. « *L'AG est souveraine chez nous et ce n'est pas rien de le dire* » explique un travailleur paramédical. Le principe « une personne, une voix » est appliqué, c'est même là une valeur commune fondamentale. Dès 1977, des délégations sont cependant mises en place avec, notamment, la création du conseil d'administration (CA) composé de travailleurs élus. Celui-ci est en charge de la mise en œuvre des décisions et des politiques élaborées en assemblée générale. Au sein de la maison médicale, la communication se fait sur un mode plutôt informel. Il y a de nombreuses réunions en soirée, autour d'un verre. La petite taille de la structure facilite alors ce mode de fonctionnement. Dans cette première période, la reconnaissance extérieure d'un

[6] Pour assurer la confidentialité des propos des travailleurs, les secteurs d'activité sont regroupés en trois catégories dans les extraits d'interview : médecin ; travailleur paramédical (infirmier, dentiste, kinésithérapeute, intervention psychosociale, assistance sociale, diététique) ; travailleur encadrant (administratif, accueil, extérieur membre du CA). Nous n'avons pas rencontré de membre du service d'entretien.

système alternatif et intégré de soins de santé est cruciale pour assurer sa pérennité. Mais la position de la maison médicale dans le champ de la santé reste marginale et fragile. « *On savait bien qu'on était en opposition avec la médecine telle qu'elle se faisait de façon générale* » explique un médecin.

Le rassemblement des maisons médicales au sein de la Fédération des Maisons Médicales en 1981 consolide le mouvement et participe à la reconnaissance par les responsables de l'organisation des soins de santé et les politiques publiques en Belgique. Les travailleurs y participent activement, certains s'engageant personnellement dans cette fédération. Très rapidement, pour répondre à leur objectif d'accès maximal à la santé, la Fédération développe une réflexion sur un mode de financement alternatif au paiement à l'acte traditionnel (Huens, Legrève, & Ladavid, 2007). L'alliance avec des mutuelles, des syndicats et certains partis politiques aboutit à la négociation avec l'INAMI[7] du paiement forfaitaire[8]. La maison médicale est une des premières à tester ce système de paiement. Le financement reste cependant difficile.

c. Processus : un militantisme fort

A cette époque, l'énergie des travailleurs est centrée sur la reconnaissance externe des réalités des maisons médicales, se battant pour des combats idéologiques forts (IVG, contraception, etc.). La concrétisation de cette idéologie initiale visant à promulguer des soins de qualité pour tous est le cœur de leur action. Porté par des idéaux similaires, leur engagement est fort et l'amitié intervient souvent dans leurs relations. « *Les collègues, c'est les copains* » s'exclame un médecin. Si les jeux et tensions entre acteurs sont bien sûr existants, ils visent plutôt l'extérieur de la maison médicale (reconnaissance du forfait, mise en place d'un système de financement alternatif, etc.). En outre, à l'époque, les médecins sont majoritaires au sein de la structure, ce qui diminue de facto les enjeux intersectoriels. Les travailleurs de la maison médicale se cherchent et tâtonnent encore dans leur fonctionnement quotidien, s'inventant des règles au fur et à mesure qu'ils sont confrontés aux situations.

2. En croissance, une formalisation nécessaire.

Cette deuxième phase est marquée par une formalisation grandissante des pratiques de GRH. Davantage de procédures, auparavant inexistantes, sont développées dans différents domaines de GRH : formation, recrutement, temps de travail. En outre, la maison médicale recoure alors à un secrétariat social ainsi qu'à des experts externes. En interne, la fonction commence à être prise en charge mais de façon tout à fait éclatée, la responsabilité étant répartie entre de nombreuses instances, groupes de réflexion ou commissions. Le contexte entourant les maisons médicales est également en voie de structuration, différentes règlementations étant intégrées.

a. Contenu : la formalisation des pratiques de GRH

Au fur et à mesure des années, le nombre de patients et de soignants croît. La maison médicale commence à pouvoir engager davantage de personnel à la fois médical et paramédical (kinésithérapeute, accueil, infirmier…). La structure est alors confrontée à la

[7] L'INAMI est une institution fédérale belge qui joue, comme les mutualités, un rôle crucial dans les soins de santé et les indemnités d'incapacité de travail. Elle organise, gère et contrôle l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

[8] Le paiement forfaitaire est un système où le patient en ordre de mutuelle s'inscrit à la maison médicale en signant un contrat ce qui lui permet de ne payer ni les consultations ni les visites ; il ne paie que sa mutuelle.

nécessité de s'organiser, de se gérer et donc de gérer le personnel. Des règles et procédures sont adoptées concernant différentes questions RH. On assiste à une diminution des heures de réunion en soirée. Différentes règles sont rapidement adoptées concernant les 'pauses carrière'[9] ou les congés présence d'enfants et maladie d'enfants. La politique de rémunération est également remaniée avec une révision des salaires à la hausse. A la fin des années '90, les gardes sont rémunérées ou récupérées, les frais de transport remboursés. L'ancienneté et l'expérience sont également reconnues. Ces différents éléments mâtinent l'égalité salariale, introduisant des différences entre travailleurs selon leur ancienneté, leur expérience préalable, leurs prestations, etc. « *Chaque salaire est différent* » explique un travailleur encadrant. Ensuite, ce sont les procédures d'engagement et d'accompagnement qui sont élaborées. Le début des années 2000 prolonge cette volonté de formalisation des pratiques RH avec la rémunération des finish[10] de façon forfaitaire (2003) et des réunions en soirée (2002), la formalisation du système de fin de carrière (2004). La formation des travailleurs est également abordée. Un budget et un nombre d'heures identique pour chaque travailleur est déterminé, les remplacements sont organisés, la rémunération ou récupération de ces heures est définie. L'apparition d'une délégation syndicale pour l'ensemble des maisons médicales renforce cette tendance à la formalisation. Des sujets plus délicats sont également abordés tels que la définition d'une procédure de vote pour le licenciement. En 2005, au terme de débats houleux, une accueillante est licenciée. « *Ça a été une blessure dans l'équipe très forte* » explique un médecin. Ce fait marque l'ensemble des travailleurs, qui réalisent, par là même, leur rôle d'employeur dans une structure en autogestion.

Chacune de ces décisions est précédée d'une réflexion menée par différents groupes, commissions ou éventuellement par le CA. Ces réflexions et propositions sont partagées avec l'ensemble de l'équipe en réunion. Toute décision est validée par l'assemblée générale qui reste souveraine. Une commission salaire a, par exemple, été mise en place ainsi qu'un groupe embauche. La production de ces groupes et commissions est variable, certains proposant rapidement une solution à discuter, d'autres étant peu actifs. Au début des années 2000, un pôle RH est identifié au sein du CA, aux côtés de deux autres pôles : objet social et administration. Cependant, toutes les questions restent traitées collégialement. La portée d'une telle attribution et les responsabilités qui l'accompagnent sont minces. « *Au CA, il n'y a pas de spécialiste des RH. On fait avec les moyens du bord. D'abord, il faut comprendre parce qu'on n'a pas la formation. Ça reste très artisanal* » explique un travailleur paramédical. Non seulement les trois pôles s'entrecroisent régulièrement, une question relevant souvent de plusieurs domaines, mais en outre, la signification de ressources humaines est ici très large et englobe des questions dépassant souvent la GRH proprement dite. On peut donc dire que la fonction RH reste éclatée. Un secrétariat social est sollicité pour l'administration des salaires.

Les questions RH sont toujours traitées dans une volonté nette d'égalité entre travailleurs. Si un privilège est accordé par la législation à un secteur, la question se pose directement pour l'ensemble des secteurs de la maison médicale. Le système infirmier de fin de carrière est, par exemple, étendu à l'ensemble des secteurs et est financé sur fonds propres.

[9] Les 'pauses carrières', interruptions de carrière ou crédit-temps, offrent aux travailleurs la possibilité de suspendre entièrement ou partiellement leurs prestations, tout en bénéficiant d'une allocation de la part de l'Office National de l'Emploi. Il s'agit, par exemple, du congé parental, du congé pour assistance médicale, ou encore du congé-éducation.

[10] Approximativement une fois par semaine, chaque médecin travaille « au finish », c'est-à-dire qu'il rencontre tous les patients arrivés en consultation dans les heures prévues. Il ne sait donc pas à quelle heure il terminera de travailler.

b. Contexte externe : un environnement qui se structure et devient lui-même structurant

La mise en place du système du forfait fait ses preuves et permet d'engager davantage de personnel. La maison médicale stabilise le nombre de patients. Elle assied sa bonne réputation auprès des patients, auprès des autres maisons médicales, des CPAS, etc. et finalement auprès des hôpitaux et des médecins spécialistes. Un décret réglementant les associations de santé est promulgué en 1993. Ce décret reconnaît la réalité des maisons médicales et en réglemente le fonctionnement. La création de l'Intergroupe Liégeois des Maisons Médicales (IGL) renforce cette dynamique de reconnaissance, de promotion et de représentation des maisons médicales. C'est souvent sous l'impulsion d'une réglementation externe que des réflexions RH sont menées et des décisions adoptées. La loi sur le harcèlement moral et sexuel au travail de 2002 a, par exemple, mené à la création d'un groupe au sein de la maison médicale chargé de ces questions. La réflexion sur les fins de carrière a eu lieu car ce principe a été légalisé dans le secteur infirmier. L'égalité est questionnée et mise sous tension par ces réglementations externes qui s'appliquent souvent à une seule catégorie d'acteurs. L'accréditation des médecins, par exemple, les obligent à réaliser 20h de formation en plus des heures accordées à l'ensemble de l'équipe.

c. Contexte interne : une structuration grandissante de l'organisation

Connaissant moins de difficultés financières, les salaires peuvent être révisés, les heures supplémentaires rémunérées, etc. En outre, la croissance de l'équipe (atteignant la trentaine de personnes) pousse la maison médicale à structurer ses pratiques. La maison médicale doit, dès 1999, limiter le nombre de patients en fixant une zone géographique pour leur prise en charge. Cette limitation démontre une volonté de ne plus « tout donner » à n'importe quel prix. Cela semble révéler une volonté d'équilibre entre atteinte de l'objet social et droit à la vie privée. En même temps qu'augmente la taille de la maison médicale, le mode de vie des travailleurs évolue également, ces derniers se mettant en couple, devenant parents, etc. Le droit à une vie privée est revendiqué, ce qui pousse la maison médicale à revoir son mode de fonctionnement. La structuration passe par une organisation entre secteurs. Par exemple, « *chaque secteur a un certain nombre d'heures qu'il se répartit entre travailleurs du secteur* » explique un médecin. Cette grande autonomie des secteurs est compensée par l'organisation de réunions intersectorielles rassemblant les différents intervenants autour d'un patient. La maison médicale passe d'ailleurs à un système de prise de rendez-vous (ceux-ci restant, malgré tout, indicatifs), ce qui structure fortement le fonctionnement de la maison médicale et permet aux travailleurs de prévoir davantage leur journée. La décision d'adhésion à la commission paritaire des établissements et services de santé du secteur privé qui définit les barèmes en vigueur participe fortement à ce mouvement. Néanmoins, les règles sont réappropriées en vue de s'aligner à sa visée égalitaire des origines. Le passage à l'informatique au début des années '90 renforce également cette tendance à la structuration. L'accueil, auparavant géré exclusivement par des bénévoles, se professionnalise, des travailleurs salariés y faisant leur apparition. Les canaux de communication se structurent (rapport du CA toutes les deux semaines, colloques, groupes…).

Les règles de gouvernance suivent le même mouvement. L'assemblée générale est désormais ouverte à deux extérieurs. Une charte politique est approuvée. Dès le début des années 2000, différents intervenants externes aident la maison médicale à réfléchir à son mode de fonctionnement. Après de longs et nombreux échanges qui ont duré plusieurs années, un nouvel organigramme est approuvé en assemblée générale en 2008. Le groupe d'élaboration du plan global (GEPG) est ainsi créé, visant à répondre aux difficultés de faire face à des

temporalités variables (urgences quotidiennes versus orientations à long terme). En outre, cet organigramme institue au CA des extérieurs et un animateur.

d. Processus : une philosophie égalitaire mise au défi

La croissance de la maison médicale modifie les rapports de pouvoir, les médecins n'étant plus majoritaires dans la structure. Le recrutement d'un nouveau travailleur fait l'objet de nombreuses négociations avec l'ensemble des travailleurs, chaque secteur estimant souvent devoir lui-même renforcer ses lignes. « *On a tendance à défendre son secteur* » explique un médecin. Se pose également la question des heures de travail, les pratiques et les contraintes propres à chaque secteur étant différentes. « *On a le sentiment qu'il y a une rupture du contrat social car le médecin peut faire de nombreuses heures supplémentaires mais pas l'accueil, ça génère un sentiment d'injustice* » souligne un médecin. Les gardes, par exemple, ne s'appliquent qu'au secteur médical. Comment dès lors les reconnaître, les rémunérer? La rémunération cristallise des points de vue différents sur l'avenir de la maison médicale et son fonctionnement. Certains adhèrent à la philosophie « à chacun selon ses besoins », d'autres veulent une reconnaissance de leur diplôme, et d'autres encore défendent à tout prix l'égalité. La révision des salaires en 1992 s'inscrit d'ailleurs dans un « scénario joker » où certains travailleurs menaçaient de quitter la maison médicale. « *Ce n'était plus possible, c'était intenable !* » s'exclame un médecin. Petit à petit, le dévouement « pur » est nuancé. La formalisation des horaires, la rémunération des gardes, des finish participent à ce mouvement, tout comme la limitation du nombre de patients, de la croissance afin de garantir des conditions de travail acceptables. D'autres décisions marquent l'évolution de la maison médicale comme le licenciement d'une accueillante. « *Nous sommes tous les patrons et il n'y a pas de place pour les travailleurs* » explique un travailleur paramédical. Surgissent des questionnements sur la gouvernance de la maison médicale. En effet, certains souhaitent la nomination d'un directeur en charge de la gestion de la structure alors que d'autres souhaitent maintenir ces fonctions au CA. En ce sens, l'organigramme structure les rapports de pouvoir entre individus. Sa construction a été longue et énergivore car ce sont les enjeux de pouvoir qui s'y sont cristallisés. D'autres éléments défient l'égalité prônée. Par exemple, « *ce sont les personnes les plus qualifiées qui utilisent leur crédit formation, contrairement aux personnes les moins qualifiées qui les utilisent peu* » explique un médecin. La structuration de la maison médicale, de son fonctionnement global et de sa gestion des ressources humaines s'effectue, selon certains, au détriment eu militantisme. « *Le modèle change et on doit s'adapter* » explique un travailleur encadrant.

3. Une professionnalisation en quête de sens.

Cette troisième phase est caractérisée par une remise en question croissante de l'égalité salariale et de l'autogestion, ce qui mène à des stratégies d'acteurs variables. La prise en charge de la fonction RH est questionnée : rapport difficile entre le CA et le GEPG, volonté de certains de nommer un directeur, etc. En outre, certaines questions RH sensibles restent non traitées, telles que l'évaluation ou la mobilité.

a. Contenu : des questions RH qui restent en suspens

Certaines questions RH sont clairement traitées (règles pour les formations, procédure de recrutement et sélection, procédure d'accompagnement des nouveaux, etc.) pendant que d'autres domaines restent non investis. Par exemple, l'organigramme prévoit des pratiques auto-évaluatives qui n'ont jamais été mises en œuvre. Le groupe en charge des questions de bien-être et d'harcèlement a également proposé une fiche évaluative qui n'aboutit pas. Un

règlement d'ordre intérieur (ROI), reprenant la plupart des décisions en matière RH, est en cours d'élaboration depuis plusieurs années. Certains sujets restent délicats à traiter dans une structure autogestionnaire. En effet, lorsqu'on touche aux thématiques d'évaluation, de sanction ou de contenu de formation, ce sont l'autonomie, la confiance et l'indépendance des travailleurs, constituants fondamentaux de l'autogestion, qui sont questionnés. « *Tout est basé sur la responsabilité et la confiance. Il n'y a pas de contrôle* » explique un travailleur paramédical. Que veut dire sanctionner dans une structure autogestionnaire ? « *Le contrôle, l'évaluation sont les points faibles de la maison médicale et sont des sujets tabous. Donc on écoute les bruits de couloir* » soulève un travailleur encadrant. Ce non contrôle pose question. « *Quand tu sais que ce n'est pas contrôlé, ça laisse toute la place à l'imaginaire !* » explique un travailleur paramédical. Ces questions se posent d'autant plus que des injustices sont ressenties par certains concernant, par exemple, le contenu des formations pas toujours en lien avec les besoins de la maison médicale ou les heures supplémentaires. « *Qui met quoi en heures supplémentaires ? Est-ce que d'autres estiment que ça fait partie de leur travail ? On n'a pas tous les mêmes repères* » explique un travailleur paramédical. Un système de fiche de prestation informatisée a été mis en place où chaque travailleur complète individuellement ses horaires. Cela permet théoriquement un contrôle des prestations de chacun. Dans les faits, la question du contrôle restant tabou à la maison médicale, il n'est pas réalisé. En outre, la création d'une fonction logistique administrative pousse l'équipe à rédiger une description de fonction pour ce poste. Cela fait l'objet de longs débats et discussions. Aucune autre fonction n'est, jusqu'à présent, soumise à description. Se pose dès lors la question de la portée d'une telle description : implique-t-elle un contrôle, un suivi ? Pourquoi cette fonction et pas les autres ? La question des heures supplémentaires doit être abordée en raison de la limitation légale de leur nombre, la maison médicale étant menacée de devoir engager du personnel supplémentaire. Il en est de même pour les heures inconfortables[11] qui ont dû être reconnues. Des règles concernant la mise en retraite des travailleurs ont dû être adoptées vu que plusieurs travailleurs ont atteint ou atteignent l'âge de 65 ans.

Vu les questions traitées, le travail des différents groupes et commissions est donc de plus en plus délicat. La composition de ces groupes semble jouer sur l'avancement plus ou moins rapide des sujets abordés, les personnes ayant plus ou moins de temps, d'intérêt, de volonté à y consacrer. Le groupe sanction, par exemple, est composé de personnes qui ne respectent pas les règles. Choix délibéré de l'ensemble de l'équipe, laisser-faire ou prise en otage par les opposants ? En outre, l'investissement des travailleurs dans le fonctionnement de la maison médicale est ressenti comme inégal. « *L'investissement n'est pas égalitaire, notamment pour les tâches plus administratives* […] *Ce sont toujours les mêmes qui font et les mêmes qui ne font rien* » explique un travailleur paramédical. De plus, lorsqu'on s'attaque à des questions délicates telles que le licenciement d'un travailleur, la position des travailleurs élus au CA est difficile. « *Au CA, on a la double casquette employeur-employé. Mais c'est complètement faux de dire que quand tu as fini, tu changes de casquette. Il y a des rancœurs vis-à-vis des gens du CA* » explique un travailleur paramédical. En outre, à la maison médicale, un week-end rassemble, chaque année, l'entièreté de l'équipe pour débattre de questions particulières. En 2013, c'est la gestion des ressources humaines qui est abordée, démontrant ainsi une volonté de s'approprier les questions RH qui restent en suspens. Une experte externe de ces questions est invitée. Des questions sont posées, des échanges formulés, un débat a lieu sans que cela n'aboutisse à des décisions claires.

[11] Les heures inconfortables concernent les prestations de nuit, du samedi, du dimanche et des jours fériés qui sont valorisées par des sursalaires.

L'égalité salariale est mise sous tension, avec ses défenseurs – « *si on quitte l'égalité salariale, on quitte une certaine vision de la santé, de la prise en charge des patients* » (un travailleur encadrant) – mais également ses détracteurs : « *l'égalité salariale avait un sens au fondement de la maison médicale, vu l'objectif très politique, mais maintenant, cet objectif politique est moins d'actualité* » (un travailleur paramédical). Cette tension est renforcée par la pénurie de médecins et d'infirmiers. Le développement d'une gestion plus personnalisée, adaptable aux besoins des travailleurs, « à la carte » est régulièrement souhaité, tout comme la nomination d'une personne en charge de la gestion de la maison médicale.

b. Contextes interne et externe : une gestion interpellée

Les problématiques de santé auxquelles fait face la patientèle de la maison médicale évoluent. Le vieillissement de la population et sa précarisation entraînent des modifications dans le travail quotidien du secteur infirmier par exemple, les soins étant plus lourds. Le système forfaitaire, au départ calculé sur la base des coûts de santé d'un belge moyen, a finalement pu être révisé. Cette révision a été obtenue grâce à de solides statistiques élaborées par les maisons médicales qui démontrent que leur patientèle est plus démunie et fait face à des problèmes de santé plus lourds. La population soignée est donc davantage "consommatrice" de soins. Cette revalorisation du forfait a été négociée par les instances représentant les maisons médicales auprès des pouvoirs publics : la fédération des maisons médicales. Pourtant, d'autres maisons médicales en autogestion proches de celle-ci connaissent des difficultés importantes. « *La tension est telle entre ce qui se passe à l'intérieur et ce qui se passe à l'extérieur que les gens se tirent* » explique un médecin. Ces tensions risquent, en outre, de s'accroître. « *Bientôt, les médecins vont avoir une reconnaissance barémique bien plus élevée. Or ce n'est pas sûr que les finances de la maison médicale permettront de suivre cette évolution* » souligne un travailleur paramédical.

La gestion de la maison médicale prend de plus en plus de temps ce qui pose question pour certains. En outre, certains estiment que l'autogestion par tant de personnes est difficilement soutenable, avançant que tout le monde n'a pas le temps de s'exprimer en réunion et que les questions à traiter sont de plus en plus nombreuses. « *L'équipe est fatiguée de l'autogestion* » explique un travailleur paramédical. Le charisme de certains travailleurs, souvent les plus anciens, rend difficile le maintien de l'espace nécessaire à l'expression de l'ensemble des travailleurs. « *La parole, c'est du pouvoir ! L'égalité, ce n'est pas vrai. Les gens qui ont du mal à prendre la parole ont moins de pouvoir* » explique un travailleur paramédical. De plus, les lieux de prise de décision et de débats se sont multipliés : GEPG, CA, AG, assemblée plénière, etc. L'articulation entre les différents lieux de prises de décision est également nébuleuse. En effet, le GEPG s'attaquant aux questions RH, l'articulation entre CA et la GEPG se complexifie. Ces deux instances sont supposées traiter de questions similaires mais avec des temporalités différentes, le CA étant supposé prendre en charge les questions à court terme et le GEPG développant une réflexion à plus long terme. Certaines décisions sont prises en CA, d'autres en AG sans que l'ensemble des travailleurs ne saisisse bien pourquoi.

c. Processus : un jeu à somme nulle

Certains travailleurs estiment passer à côté de la mission fondamentale de la maison médicale en consacrant autant de temps et d'énergie à la gestion quotidienne (participation aux colloques, aux réunions d'équipe, aux assemblées plénières), gestion par ailleurs nécessaire vu la taille atteinte et l'évolution du contexte. « *On manque de temps pour parler du projet* » explique un médecin. L'organigramme dont la construction semble avoir été particulièrement longue et énergivore structure fortement les rapports de pouvoir entre individus. La difficulté

à accoucher d'un organigramme et à se mettre d'accord sur le processus décisionnel à adopter est révélatrice des tensions du modèle autogestionnaire. Un essoufflement, une fatigue est ressentie. « *Je vois la fatigue des gens qui avant se battaient pour de grandes causes* » explique un travailleur paramédical. En témoigne le taux de participation aux réunions, particulièrement en soirée, qui est parfois très bas. Pourtant, « *l'égalité salariale et l'autogestion restent des sujets tabous à la maison médicale !* » explique un travailleur paramédical.

Au vu du fonctionnement de la maison médicale plus structuré, plus standardisé, trois types de réaction différents semblent émerger vis-à-vis de la formalisation des pratiques de gestion des ressources humaines, traversant les acteurs et l'ensemble de la structure de façon variable et à des moments différents. Une première réaction vise à jouer le jeu à fond et à poursuivre la tentative de formalisation. Le week-end organisé autour de la gestion des ressources humaines démontre cette volonté de prendre à bras le corps les derniers domaines de GRH encore non investis. La volonté d'équilibre plus grand entre vie privée et vie professionnelle renforce cette tendance. Une deuxième stratégie est le désengagement vis-à-vis de la gestion, estimant que celle-ci prend trop de temps par rapport aux enjeux sociaux à relever. Certains souhaitent la nomination d'un directeur, d'autres ne voient pas l'utilité de développer davantage la réflexion RH. Finalement, une troisième consiste à s'investir en dehors de la maison médicale, dans de nombreuses instances externes ou dans l'activité syndicale. Ces différentes stratégies cohabitent, les jeux de pouvoir s'intensifiant autour des questions RH.

Toutefois, l'autogestion paraît neutraliser la possibilité de changer. Tout se passe comme si les différentes positions s'anesthésiaient. Vu la structure autogérée et le mode de prise de décision au vote, le statu quo s'installe. « *Dès qu'une personne est perçue comme prenant un peu d'autorité, c'est perçu comme une prise de pouvoir. Du coup, les choses n'avancent pas* » explique un travailleur paramédical. La volonté de transformation qui sous-tendait le week-end consacré à la GRH semble s'être ensablée dans les jeux de pouvoir.

V- DISCUSSION

Nous avons jusqu'à présent raconté l'histoire de la professionnalisation de la GRH dans une maison médicale. Mais que peut-on en retenir ? La centralité des jeux d'acteurs est d'abord mise en exergue avant de prendre du recul d'un point de vue théorique pour souligner la pertinence du cadre d'analyse contextualiste et identifier l'émergence d'une autre voie pour étudier la GRH.

1. <u>Importance des jeux d'acteurs</u>

Au-delà de l'aspect formel du fonctionnement de la maison médicale apparaissent des enjeux de pouvoir et des jeux d'influence forts entre acteurs (Rijpens, 2010). « *À la maison médicale, tout est lié aux personnes* » explique un travailleur encadrant. Un travailleur paramédical appuie ces propos : « *il y a beaucoup de manipulation à la maison médicale* ». Les rapports entre acteurs, leur histoire, leur appartenance à un secteur, leur passé commun ou non, déterminent souvent les positionnements de chacun. « *On est là avec nos illusions, nos valeurs, nos blessures. Ici, c'est l'auberge espagnole* » explique un médecin.

Des enjeux de pouvoir forts se jouent entre acteurs de secteurs différents. En effet, l'appartenance aux différents secteurs structure fortement les positions que les acteurs prennent quant à l'évolution de la maison médicale. Le soutien intra-sectoriel est fort et une question RH se pose souvent en confrontant, insidieusement, les secteurs entre eux. Par

exemple, le système de fin de carrière concernait le secteur infirmier dans un premier temps, les mettant de facto en porte-à-faux par rapport au reste de l'équipe. La question de la responsabilité fait également débat : « *le secteur médical serait plus responsable que d'autres secteurs vis-à-vis du patient* » explique un travailleur paramédical, mais tous les travailleurs n'adhèrent pas à cette vision. Le corporatisme intra-sectoriel est donc fort. Ce sont alors en quelque sorte les compétences des individus qui apparaissent comme source d'un certain pouvoir, même si formellement, ce pouvoir est limité par le fonctionnement autogestionnaire.

D'autres formes de pouvoir peuvent également être liées au charisme de certains individus, à leur rôle dans l'histoire de la maison médicale (Rijpens, 2010). En effet, anciens et nouveaux travailleurs vivent et envisagent la maison médicale de façon parfois très différente, les premiers s'étant battu pour la reconnaissance des maisons médicales ou pour le droit à l'avortement, et les seconds n'étant pas du tout impliqués dans ces combats d'avant-garde. Ils se positionnent dès lors différemment quant aux enjeux actuels. « *Les plus jeunes ne sont pas pour l'égalité salariale mais ils ne sont pas prêts à se mobiliser de façon majeure pour cela* » pense un médecin. « *Il faut que les jeunes injectent leurs propres valeurs mais je n'ai pas envie qu'on perde l'essence du projet, c'est un défi* » explique un autre qui renchérit : « *il faut arrêter ces vieux combattants sclérosés qui veulent faire exactement comme on faisait avant* ». En outre, les fondateurs ont souvent un poids moral plus important que les autres (Rijpens, 2010) et vont, de façon indirecte, influer fortement les prises de décision à la maison médicale.

Parallèlement, l'intérêt à participer effectivement à la gestion de l'organisation est variable d'un individu à l'autre. L'impression d'un manque de compétence de certains, la potentielle difficulté à prendre la parole en public, ou à entrer dans des discours parfois très idéologiques sont autant d'éléments qui peuvent constituer des freins à la participation et qui laissent la place pour des jeux de pouvoir entre acteurs. Pour certains, le coût de la décision collective, qui implique plus de temps pour l'échange et le débat est jugé trop important. Malgré l'aspect formel du fonctionnement démocratique, l'égalité entre travailleurs est loin d'être effective.

Le mode de gouvernance autogestionnaire où les décisions sont prises collégialement laisse, peut-être, davantage d'espace à ces jeux entre acteurs. Quoi qu'il en soit, les différentes formes de pouvoir, la défense de certains intérêts et les jeux d'acteurs qui y sont liés semblent structurer la GRH et son évolution, comme le souligne l'approche politique du changement (Crozier & Friedberg, 1977; Friedberg, 1997). La GRH devient presque alors un révélateur de tous les enjeux de pouvoir au sein de l'organisation. Les stratégies contradictoires des uns et des autres finissent par se contrebalancer dans un jeu à somme nulle (Crozier & Friedberg, 1977). Par exemple, le questionnement grandissant de l'égalité (égalité salariale ou autogestion) maintient, tant qu'à présent, au statut quo tant ces débats sont révélateurs de différents positionnements d'acteurs, presqu'opposés. Quand les jeux politiques sont intenses, cela conduit à l'immobilisme de l'organisation, au « non-changement », à l'inertie. Un autre exemple est celui de l'organigramme qui constitue un enjeu clé pour les travailleurs. Son élaboration a d'ailleurs duré de nombreuses années et il est régulièrement remis en question.

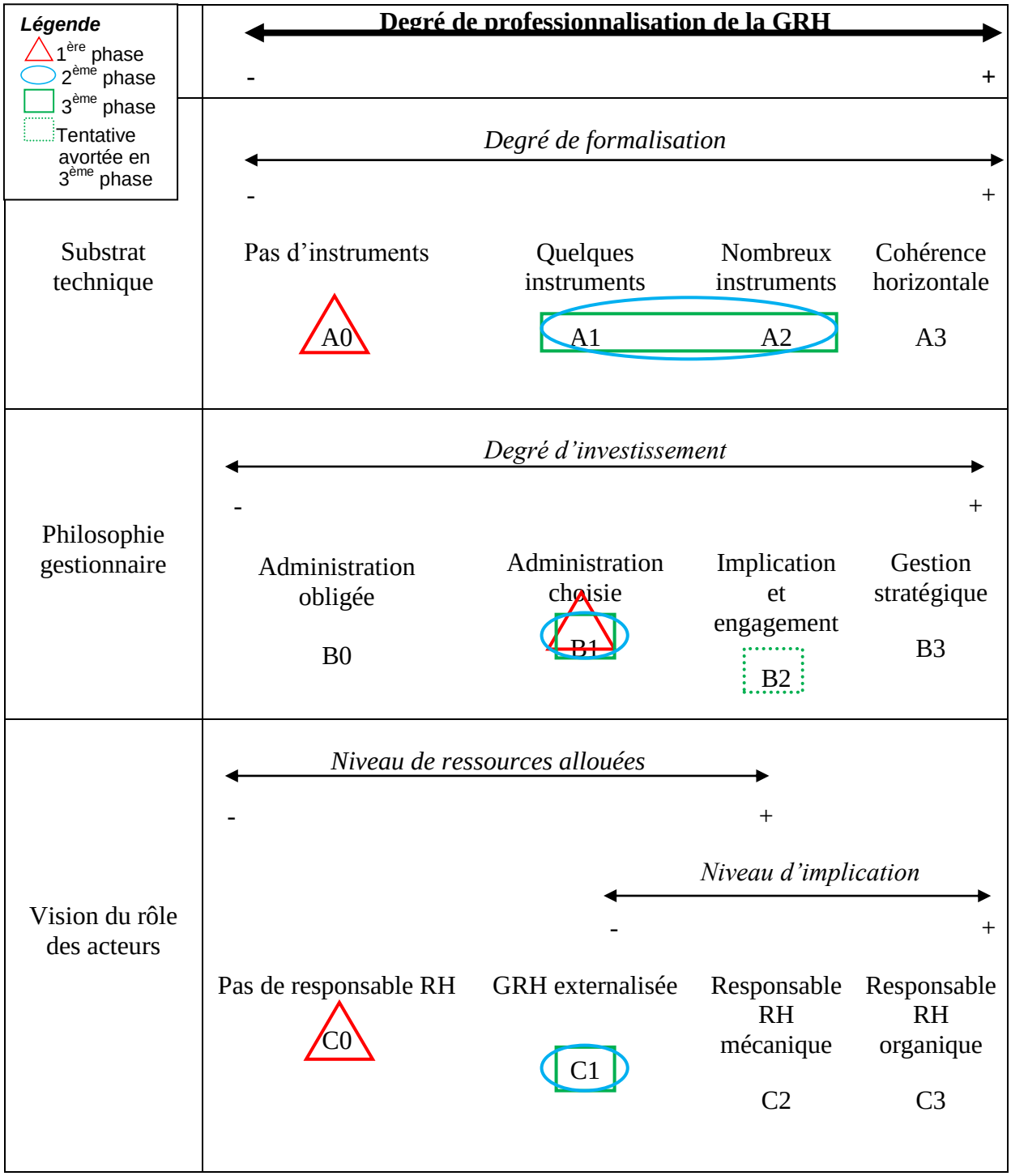
2. Mise en perspective théorique

La pertinence d'une analyse contextualiste est ici soulignée. Nous venons d'identifier l'influence prépondérante des enjeux de pouvoir entre acteurs qui structurent l'ensemble de l'organisation (processus). Cette mise en perspective théorique permettra de préciser les apports de notre modèle théorique (contenu), la centralité de l'autogestion (contexte interne) et l'influence d'un contexte "enacté" (contexte externe). Contenu, contexte interne, contexte

externe et processus ainsi combinés permettent une vision globale et nuancée de la réalité. Au vu de ces éléments, une quatrième voie pour étudier la GRH et sa professionnalisation semble nécessaire.

a. Un modèle théorique pertinent

Notre modèle théorique à douze cases permet une lecture systématique et nuancée de la professionnalisation de la GRH, les subtilités d'une situation pouvant être appréhendées. Il permet de rendre intelligible une histoire complexe où énormément de facteurs de nature diverse s'enchevêtrent.



Mais ce n'est pas noir ou blanc, professionnalisé ou non. En effet, on voit bien que les curseurs n'évoluent pas simultanément sur les trois dimensions du modèle que sont le substrat technique, le rôle des acteurs et la philosophie gestionnaire. Le passage de la première à la deuxième phase se marque principalement au niveau des instruments de GRH, du substrat technique. La mise en place de différents groupes de réflexion interne sur ces questions et le recours à des experts externes appuie ce passage. Mais la philosophie égalitaire, elle, est maintenue. Le passage de la deuxième à la troisième phase est quant à lui marqué par le questionnement grandissant de cette philosophie égalitaire. On voit donc bien la pertinence d'un modèle à trois dimensions. Mais si le passage d'une phase à l'autre se marque au niveau de la professionnalisation de la GRH, ces mouvements sont induits, provoqués, influencés par d'autres variables : le contexte interne, le contexte externe et le processus.

b. Centralité de l'autogestion

A la maison médicale, l'autogestion signifie que chaque travailleur intervient dans la prise de décision et dispose d'une voix. L'autogestion influence énormément le fonctionnement de la structure par la recherche d'égalité qu'elle sous-tend. En matière de GRH, l'autogestion impacte directement la philosophie gestionnaire, marquée par la primauté de la recherche d'égalité entre travailleurs. Cette philosophie égalitaire mâtine l'ensemble de la professionnalisation de la GRH. Tout d'abord, les outils de GRH sont, dès le départ, développés en ce sens, des procédures et des règles identiques pour tous étant développées (règles de formation, procédures de recrutement…). Il est également intéressant de noter que les impératifs du contexte extérieur qui s'imposent à la structure sont réappropriés et redéveloppés dans cette même volonté d'égalité. Même si l'égalité se trouve de plus en plus questionnée, elle est, tant qu'à présent, maintenue. En outre, le rôle des acteurs est également impacté par la pratique autogestionnaire. En effet, la réflexion autour des questions RH est réalisée par des groupes de réflexion, des commissions constituées de travailleurs ou par le CA, lui-même composé de travailleurs de la maison médicale. La fonction RH est éclatée, les responsabilités étant éparpillées entre une multitude d'acteurs. Il s'agit également d'une conséquence de la vision de l'autogestion développée à la maison médicale. On voit donc que les trois dimensions de professionnalisation de la GRH sont clairement influencées par le mode de gouvernance autogestionnaire.

Plus largement, le secteur des entreprises sociales fonde « *le pouvoir de décision sur une dynamique participative et collective qui s'appuie sur un principe démocratique* » (Rijpens, 2010). Si les pratiques autogestionnaires développées à la maison médicale se situent à l'extrême d'un large continuum de pratiques de gouvernance participative, elle n'en est pas moins illustrative des spécificités du secteur. Ces spécificités en matière de gouvernance amènent des enjeux tout à fait particuliers qui impactent la GRH et son évolution, à la fois en termes d'outils, de rôle des acteurs et de philosophie de gestion.

c. Un environnement "enacté"

Le contexte externe entourant la maison médicale semble également avoir une influence sur la GRH et son évolution. C'est souvent parce qu'une législation concernant un des secteurs de travail[12] ou l'ensemble des travailleurs[13] apparaît que le sujet est abordé en interne. Un groupe de réflexion est alors constitué afin de s'approprier ces questions, de les travailler pour les

[12] Par exemple, les législations sur la fin de carrière du secteur infirmier ou sur l'accréditation du secteur médical concernent un secteur de la maison médicale en particulier.

[13] Par exemple, les législations sur les heures supplémentaires ou sur le bien-être et le harcèlement au travail concernent l'ensemble des travailleurs de la maison médicale.

retranscrire au sein de la maison médicale. L'appartenance à la fédération des maisons médicales, dont plusieurs travailleurs sont d'ailleurs les chevilles ouvrières, participe à la reconnaissance du secteur mais induit également des pratiques RH spécifiques. Par exemple, l'adhésion à une commission partiaire spécifique aux maisons médicales et négociée par leur fédération détermine une grille barémique à appliquer. En outre, la pénurie actuelle de médecins et d'infirmiers participe et renforce les questionnements sur la pertinence du maintien de l'égalité salariale. Le nombre de patients, restreint aux débuts de la maison médicale puis à restreindre vu les demandes croissantes, impacte le fonctionnement quotidien des travailleurs (les horaires par exemple).

Mais encore faut-il que ces éléments de contexte externe soient "enactés" par les travailleurs, comme le souligne Weick (1979). En effet, l'environnement qui entoure la maison médicale est en perpétuelle évolution. C'est parce qu'un (ou plusieurs) travailleur attribue un sens à ces évolutions, leur accorde une certaine importance et les rapatrie au sein de la maison médicale que ces évolutions produisent leurs effets. L'environnement externe ainsi "enacté" impacte la gestion de la maison médicale. La contrainte externe de la législation sur les fins de carrière, par exemple, est "enactée" au sein de l'organisation et réappropriée par les acteurs dans une logique égalitariste. La législation qui ne concernait qu'un secteur de travail (secteur infirmier) et menaçait donc l'égalité entre travailleurs a été généralisée à l'ensemble des travailleurs, transformant ainsi une menace en opportunité et renforçant finalement l'égalité prônée. Par contre, l'évaluation ou les sanctions restent des thématiques volontairement écartées, elles ne sont pas "enactées". En effet, elles remettent en question de façon trop directe des valeurs fondamentales de la maison médicale telles que l'indépendance du travailleur, son autonomie, la confiance qui lui est accordée, etc. C'est donc bien l'environnement externe "enacté" qui fait sens et influe les pratiques de GRH développées dans la maison médicale.

d. Une perspective processuelle ?

C'est bien la combinaison entre contenu, contexte interne, contexte externe et processus qui donne sens aux réalités observées et rend lisible la GRH et son évolution. La littérature en GRH propose différentes perspectives pour cerner ses potentielles évolutions : universaliste, contingente et configurationnelle (Delery & Doty, 1996). Dans le cas étudié, aucune de ces perspectives n'apparaît tout à fait pourtant pertinente. La perspective universaliste prônant l'adoption de bonnes pratiques que l'on pourrait copier-coller d'une entreprise à l'autre n'est guère éclairante. Le cas que nous avons exploré montre d'ailleurs la difficile intégration de "bonnes pratiques", celles-ci donnant lieu systématiquement à d'intenses débats empêchant des avancées décisives en la matière. La perspective contingente —qui consiste en l'adaptation mécanique des pratiques de GRH aux pressions du contexte — n'apparaît pas davantage susceptible d'éclairer la situation observée. A la maison médicale, les pressions externes ne sont pas simplement reprises en interne, elles sont constamment "enactées", les travailleurs se réinventant ainsi leurs propres règles de fonctionnement. Finalement, la perspective configurationnelle —qui soutient la constitution d'ensembles plus ou moins cohérents de pratiques de GRH— ne se révèle guère plus adéquate. Nous constatons en effet que le substrat technique, la philosophie gestionnaire et la vision du rôle des acteurs ont peu de chances d'être alignés entre eux. C'est surtout la combinaison des spécificités du contexte interne avec un mode de gouvernance autogestionnaire, d'un environnement "enacté" et des jeux d'acteurs qui semble cruciale pour expliquer la façon dont la professionnalisation de la GRH s'opère dans l'entreprise sociale. Nous suggérons dès lors une quatrième voie, que nous avons qualifiée de perspective processuelle. Outre sa capacité à rendre compte des spécificités de la professionnalisation de la GRH en entreprise sociale, cette perspective permet

d'expliquer le passage d'un état de professionnalisation à l'autre, en insistant sur le poids des jeux d'acteurs.

VI- CONCLUSION

Plusieurs contributions de cet article peuvent être soulignées. Tout d'abord, le modèle théorique développé permet d'appréhender la professionnalisation de la GRH, réalité sinon trop complexe à saisir. Les trois dimensions identifiées, à savoir le substrat technique, le rôle des acteurs et la philosophie gestionnaire, permettent une vision fine et nuancée. L'étude de cas approfondie réalisée dans une maison médicale illustre bien l'intérêt de ce tryptique.

Ensuite, notre article a permis de comprendre, à l'aide d'une étude de cas, la façon particulière dont une entreprise sociale met en œuvre la professionnalisation de la GRH. Dans le cas de la maison médicale, c'est la combinaison de jeux de pouvoir entre acteurs (processus), d'un environnement "enacté" (contexte externe) et d'un contexte interne basé sur un système de gouvernance autogestionnaire et égalitaire qui doit avant tout être soulignée. La professionnalisation de la GRH y prend dès lors des formes tout à fait particulières, avec une formalisation grandissante, une philosophie gestionnaire égalitariste de plus en plus remise en question et une grande difficulté à dédicacer des ressources internes à l'exercice de la fonction, celle-ci étant tant qu'à présent éclatée entre de nombreux acteurs. Par l'histoire d'un cas précis, l'impact d'éléments spécifiques des entreprises sociales, tels que le mode de gouvernance participatif ou le contexte en évolution, sur les pratiques de GRH et leur évolution a pu être détecté.

Finalement, notre papier souligne la pertinence du cadre d'analyse contextualiste et permet l'identification d'une nouvelle perspective pour étudier la GRH et sa professionnalisation : la perspective processuelle.

Les limites de notre recherche tiennent évidemment à l'unicité du cas étudié. Il serait intéressant d'approfondir ces résultats en étudiant d'autres entreprises sociales en autogestion afin de voir si la professionnalisation de la GRH est aussi dépendante du contexte interne et des jeux d'acteurs. Contraster les cas serait également intéressant pour examiner si des modes plus classiques de gouvernance conduisent à des formes plus traditionnelles de professionnalisation de la GRH, davantage susceptibles d'être expliquées par les perspectives universaliste, contingente ou configurationnelle (Delery & Doty, 1996). En outre, la perspective processuelle, juste ébauchée ici, mérité d'être approfondie.

VII- ANNEXES

1. Annexe 1 : Liste des entretiens individuels semi-directifs

Entretiens individuels semi-directifs		
Fonction	**Date**	**Durée**
Médecin	21/06/2013	1h36 min
Travailleur paramédical	12/07/2013	1h44 min
Travailleur encadrant	16/07/2013	1h40 min
Travailleur paramédical	17/07/2013	1h47 min
Travailleur paramédical	24/07/2013	1h45 min
Travailleur encadrant	25/07/2013	1h21 min
Travailleur paramédical	25/07/2013	1h22 min
Médecin	30/07/2013	1h31 min
Médecin	31/07/2013	1h36 min
Travailleur paramédical	02/08/2013	1h25 min
Travailleur encadrant	22/08/2013	1h10 min
Travailleur encadrant	28/08/2013	1h33 min
Travailleur encadrant	29/08/2013	1h13 min
Médecin	09/09/2013	1h46 min
Travailleur paramédical	30/09/2013	49 min
Deuxième entretien avec un médecin déjà rencontré	10/02/2014	1h56 min

Au total, nous avons rencontré 15 personnes lors de 16 entretiens. Nous avons rencontré un même médecin à deux reprises, une fois au tout début des entretiens et une seconde fois lorsque l'ensemble de ceux-ci avaient été menés. Nous avons interviewé 4 médecins, 6 travailleurs paramédicaux et 5 travailleurs encadrants. Les entretiens se sont principalement étalés de juin 2013 à septembre 2014.

2. Annexe 2 : Liste des observations réalisées

Observation directe non participante	
Date	**Objet**
21/05/2013	Réunion du GEPG – Groupe d'Elaboration du Plan Global
24-25/05/2013	Week-end BVS – Week-end de réflexion rassemblant l'ensemble des travailleurs portant plus particulièrement cette année sur « autogestion et ressources humaines : 'vous avez dit RH ?' »
24/06/2013	Assemblée Générale
25/07/2013	Conseil d'administration – réunion conjointe avec le groupe Bihar, travaillant sur les questions de bien-être au travail
14/10/2013	Assemblée Générale
30/10/2013	Réunion du GEPG – Groupe d'Elaboration du Plan Global
03/02/2014	Réunion d'évaluation de l'organigramme rassemblant tous les travailleurs

Nous avons pu observer 7 moments importants pour l'organisation et ses travailleurs, dont un week-end de réflexion rassemblant toute l'équipe pendant deux jours complets. Les observations ont été menées de mai 2013 à février 2014.

3. Annexe 3 : Liste des documents internes et externes collectés et analysés

Documents internes
Règlement d'ordre intérieur Organigramme Explication de l'organigramme Charte politique de la maison médicale Liste des travailleurs Liste des mandats des travailleurs Tableau des mandats Fiche d'évaluation proposée par le groupe Bihar Dossier en vue du week-end BVS – 24&25/05/2013 Compilation de PV de CA 2011 Compilation de PV de CA 2012 Compilation des notes du GEPG 2011-2013 Note de réunion du groupe Bihar Note pour l'Assemblée Générale - 24/06/2013 Note pour l'Assemblée Générale - 14/10/2013 Note pour l'évaluation de l'organigramme – 03/02/2014 Pierre Drielsma, 2001, *L'égalité salariale : de la Force à la farce* J. Masset, CFIP, 7 juin 2004, *Rapport de synthèse. La maison médicale de Seraing*
Documents externes
SAW-B, 2007, *Les maisons médicales : acteurs de l'économie sociale* Fédération des maisons médicales, *Charte des maisons médicales* Fédération des maisons médicales, 2007, *Histoire des maisons médicales en Belgique francophone* Code wallon de l'Action Sociale et de la Santé du 29 septembre 2009 concernant les associations de santé intégrée

4. Annexe 4 : Liste des travailleurs par secteur d'activités

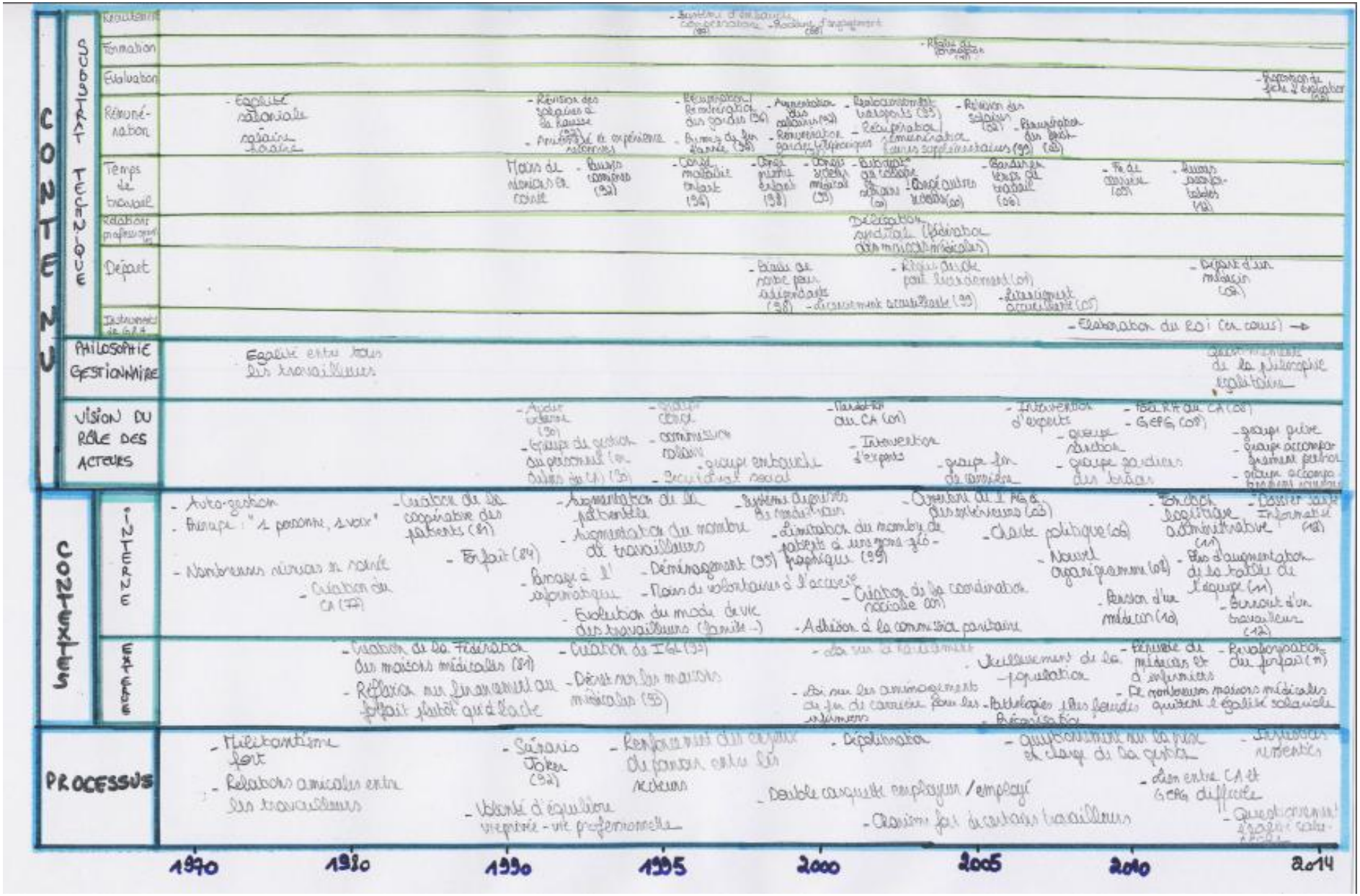
Liste des travailleurs			
Secteur d'activités	**Nombre de travailleurs**	**Codage**	**Nombre de travailleurs par code**
Médical	14	Médecin	14 médecins
Infirmier	3	Travailleur paramédical	14 paramédicaux
Dentiste	3	Travailleur paramédical	
Kinésithérapeute	4	Travailleur paramédical	
Intervention psychosociale	1	Travailleur paramédical	
Assistance social	1	Travailleur paramédical	
Diététique	2	Travailleur paramédical	
Accueil	5	Travailleur encadrant	9 encadrants
Administratif	3	Travailleur encadrant	
Entretien	2	/	
Extérieur membre du CA	1	Travailleur encadrant	
Au total, la maison médicale rassemble 39 travailleurs et 1 membre du CA extérieur.			

5. Annexe 5 : Guide d'entretien

<table>
<tr><th colspan="4">Grille d'entretien générique</th></tr>
<tr><td>Introduction</td><td>Présentation & rôle</td><td colspan="2">Pourriez-vous vous présenter en quelques mots et m'expliquer votre fonction, votre rôle au sein de l'organisation ?</td></tr>
<tr><td rowspan="6">Contenu</td><td>Substrat technique</td><td>Recrutement/sélection
Formation
Évaluation
Gestion des carrières (mobilité, promotion)
Rémunération
Temps de travail
Relations professionnelles
Cohérence des instruments entre eux</td><td><u>Pour chaque dimension :</u>
comment, qui, quels instruments ?</td></tr>
<tr><td>Philo gestionnaire</td><td colspan="2">Esprit, objectif de cette réflexion sur les RH (professionnalisation, mise en place d'instruments RH), niveau d'individualisation des pratiques, verticalité/horizontalité des décisions RH, investissement de l'org. dans les pratiques RH, positionnement stratégique des questions RH…</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Vision rôle acteurs</td><td colspan="2">Responsable RH, profil, rôle dans l'organisation, responsabilité, autonomie, degré d'implication dans les décisions stratégiques…</td></tr>
<tr><td colspan="2">Externalisation : consultants, secrétariat social… (lesquels, pourquoi ?)</td></tr>
<tr><td rowspan="8">Contexte</td><td rowspan="8">Interne</td><td colspan="2">Forme juridique : Statut, agrément (caractère contraignant)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Mode de financement : Revenus : vente, subsides publics à l'emploi, autres subsides publics, dons, cotisations ; Dépenses : salaire, réinvestissement ; santé financière, croissance…</td></tr>
<tr><td colspan="2">Buts : Missions de l'org. et perception (système/mission, intégré/conflictuel, officiel/opérant, intérêt général/membres...)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Structure : Répartition du travail, départementalisation…</td></tr>
<tr><td colspan="2">Personnel : Profil du personnel (effectif, qualification, type de contrat [durée, O/E], répartition âge, rotation du personnel, évolution avec le temps…) ; Volontariat (combien, depuis combien de temps, rotation, profil, évolution…)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Évolution : ancienneté de l'org., importance/évolution de l'org. ds le secteur</td></tr>
<tr><td colspan="2">Gouvernance : Organes de décision [AG, CA, codir, comité gestion…], composition (et raison de la présence de ces personnes//contexte externe), type de décision, fonctionnement concret, effectivité ; Mode de prise de décision (majorité/consensus, lieu…), où sont prises les décisions en matière RH et autre ?</td></tr>
<tr><td colspan="2">Communication : Réunion, information, échange, communication : moyen, lieu, participation, niveau de formalisation…</td></tr>
</table>

		Coordination : Coordination entre travailleurs, entre trav&resp, contrôle des activités (qui, quand, comment), DV/DH…
	Externe	**Secteur d'activités** (évolution, niveau de régulation…)
		Bénéficiaires
		Marché économique : concurrence (hostilité), demandes (stabilité), complexité, analyse des comptes
		Marché du travail : main d'œuvre, qualification, taux de chômage…
		Contrainte légale : législation sociale, législation professionnelle, agrément, statut… (caractère contraignant)
		Réseau et partenariat : appartenance à un réseau, une fédération, types de recommandations émises (caractère contraignant), partenaires privilégiés
Processus (jamais abordé tel quel !)	**Pouvoir**	Répartition du pouvoir entre les différents organes de gestion, entre les différents acteurs, entre les différentes fonctions…
	Tensions	Détection des potentielles tensions, lignes de clivage sur les questions RH et sur ses évolutions
Épaisseur temporelle	**Incidents critiques**	(si approprié) Qu'est-ce qui fait qu'on réfléchit de plus en plus à la GRH au sein de votre organisation ? Quels éléments clés, marquants ont amené cette réflexion ?

6. Annexe 6 : Ligne du temps de la maison médicale



VIII- BIBLIOGRAPHIE

Aggeri, F., & Labatut, J. (2010). La gestion au prisme de ses instruments. Une analyse généalogique des approches théoriques fondées sur les instruments de gestion. *Revue Finance Contrôle Stratégie, 13*(3), 5-37.

Alter, S. K. (2006). Social enterprise models and their mission and money relationships. In A. Nicholls (Ed.), *Social entrepreneurship. New models of sustainable social change* (pp. 205-232). Oxford: Oxford University Press.

Arthur, J. B., & Boyles, T. (2007). Validating the human resource system structure: A levels-based strategic HRM approach. *Human Resource Management Review, 17*(1), 77-92.

Bode, I., Evers, A., & Schulz, A. (2006). Work Integration social enterprises in Europe: can hybridization be sustainable? In M. Nyssens (Ed.), *Social Enterprise, at the Crossroads of Market, Public Policies and Civil Society* (pp. 296-309). London & New York: Routledge.

Chiapello, E., & Gilbert, P. (2009). La gestion comme technologie économique. In P. Steiner & F. Vatin (Eds.), *Traité de sociologie économique* (pp. 325-365). Paris: PUF.

Chiapello, E., & Gilbert, P. (2013). *Sociologie des outils de gestion. Introduction à l'analyse sociale de l'instrumentation de gestion*. Paris: La Découverte.

Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*. Paris: Seuil.

Davister, C. (2010). La gestion des ressources humaines. In S. Mertens (Ed.), *La gestion des entreprises sociales* (pp. 287-366). Liège: Edipro.

Dees, J. G., & Elias, J. (1998). The challenges of combining social and commercial enterprise. *Business Ethics Quarterly, 8*(1), 165-178.

Delery, J. E., & Doty, D. H. (1996). Modes of Theorizing in Strategic Human Resource Management: Tests of Universalistic, Contingency, and Configurational Performance Predictions. *The Academy of Management Journal, 39*(4), 802-835.

Doherty, B., Foster, G., Mason, C., Meehan, J., Meehan, K., Rotheroe, N., et al. (Eds.). (2009). *Management for Social Enterprise*. London.

Dupont, C., & Warnotte, G. (2007). Pour une utilisation des études de cas dans la compréhension des pratiques de gestion des ressources humaines dans les entreprises. *Reflets et perspectives de la vie économique, 2*, 141-153.

Evetts, J. (2003). The Sociological Analysis of Professionalism. *International Sociology, 18*(2), 395-415.

Friedberg, E. (1997). *Le pouvoir et la règle. Dynamiques de l'action organisée*. Paris: Seuil.

Gagnon, Y.-C. (Ed.). (2005). *L'étude de cas comme méthode de recherche*. Québec.

Hatchuel, A., & Weil, B. (Eds.). (1992). *L'expert et le système*. Paris.

Huens, V., Legrève, C., & Ladavid, C. (2007). *Les maisons médicales: acteurs de l'économie sociale*: SAW-B Analyse.

Hwang, H., & Powell, W. W. (2009). The Rationalization of Charity: The Influences of Professionalism in the Nonprofit Sector. *Administrative Science Quarterly, 54*(2), 268-298.

Kellock Hay, G., Beattie, R. S., Livingstone, R., & Munro, P. (2001). Change, HRM and the voluntary sector. *Employee Relations, 23*(3), 240-255.

Lallemand-Stempak, N. (2012). *Strategic rationalization and institutional work in the non-profit sector : the case of a French mutual insurance company*. Paper presented at the 28th EGOS Colloquium.

Laville, J.-L., & Glémain, P. (Eds.). (2010). *L'économie sociale aux prises avec la gestion*. Paris.

Lawler, E. E., & Boudreau, J. W. (2012). *Effective human resource management*. Stanford.

Lepak, D. P., & Snell, S. A. (1999). The Human Resource Architecture: Toward a Theory of Human Capital Allocation and Development. *The academy of Management Review, 24*(1), 31-48.

Maier, F., Steinbereithner, M., & Meyer, M. (2012). *The Rationalization of Nonprofit Organizations: A Systematic Review*. Paper presented at the 28th EGOS Colloquium.

Mertens, S. (Ed.). (2010). *La gestion des entreprises sociales*. Liège.

Miles, M. B., & Huberman, A. M. (Eds.). (2003). *Analyse des données qualitatives* (2ème édition ed.). Bruxelles: De Boeck & Larcier.

Nyssens, M. (2008). L'autogestion, de la propriété de l'entreprise à la démocratie directe. *Santé conjuguée, 45*.

Oiry, E. (2006). La dynamique des instrumentations de gestion par la compétence In C. Defélix, A. Klarsfeld & E. Oiry (Eds.), *Nouveau regards sur la gestion des compétences* (pp. 13-31). Paris: Vuibert.

Paradeise, C. (2003). Comprendre les professions : l'apport de la sociologie. *Sciences humaines, 139*, 26-29.

Petrella, F., & Richez-Battesti, N. (2010). Régulation de la qualité dans les services à la personne en France : L'économie sociale et solidaire entre innovation et isomorphisme ? *Revue management & avenir, 35*(5), 273-292.

Pettigrew, A. M. (1987). Context and action in the transformation of the firm. *Journal of Management Studies, 24*(6), 649-670.

Pichault, F. (2010). Préface. In D. Ulrich & W. Brockbank (Eds.), *RH: création de valeur pour l'entreprise*. Bruxelles: De Boeck.

Pichault, F., & Schoenaers, F. (2003). HRM practices in a process of organizational change: a contextualist perspective. *Applied psychology: an international review, 52*(1), 120-143.

Ridder, H.-G., Baluch, A. M., & Piening, E. P. (2012). The whole is more than the sum of its parts? How HRM is configured in nonprofit organizations and why it matters. *Human Resource Management Review, 22*(1), 1-14.

Rijpens, J. (2010). La gouvernance. In S. Mertens (Ed.), *La Gestion des entreprises sociales* (pp. 219-286). Liège: Edipro.

Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (Eds.). (2009). *Research methods for business students* (5th edition ed.).

Toh, S. M., Morgeson, F. P., & Campion, M. A. (2008). Human Resource Configurations: Investigating Fit With the Organizational Context. *Journal of applied psychology, 93*(4), 864-882.

Tyler, T. R., & Blader, S. L. (2005). Can businesses effectively regulate employee conduct? The antecedents of rule following in work settings. *Academy of Management Journal, 48*(6), 1143-1158.

Verburg, R. M., Den Hartog, D. N., & Koopman, P. L. (2007). Configurations of human resource management practices: a model and test of internal fit. *International Journal of Human Resource Management, 18*(2), 184-208.

Weber, M. (1965). *Essai sur la théorie de la science*. Paris: Plon.

Weber, M. (1967). *L'éthique prostestante et l'esprit du capitalisme*. Paris: Plon.

Weick, K. E. (1979). *The social psychology of organization*. New York: McGraw Hill.

Wittorski, R. (2008). La professionnalisation. *Savoirs, 17*, 9-36.

Yin, R., K (Ed.). (2009). *Case study research: design and methods* (Fourth edition ed.).