Aix-Marseille Université

Ecole Doctorale de Sciences Economiques et de Gestion d'Aix-Marseille

Laboratoire d'Economie et de Sociologie du travail (UMR7317, CNRS-AMU)

L'impact d'un changement de structure organisationnelle sur la prise de décision :

Le cas de l'introduction des pôles à l'hôpital public

Thèse en vue de l'obtention du Doctorat ès Sciences de Gestion

Présentée et soutenue publiquement par

Jimmy VALLEJO

Le 18 Juin 2018

Jury

Rapporteurs
M. Thierry Nobre, Professeur des universités en sciences de gestion, Université de Strasbourg

Mme. Annick Valette, Maître de conférences HDR en sciences de gestion, Université Grenoble-Alpes

Suffragant
M. Etienne Minvielle, Professeur des universités en sciences de gestion, EHESP

Directeur de thèse
M. Christophe Baret, Professeur des universités en sciences de gestion, Aix-Marseille Université

Co-directrice de thèse
Mme Nathalie Sampieri-Teissier, Maître de Conférences en sciences de gestion, Aix-Marseille Université

L’université Aix-Marseille n’entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs

REMERCIEMENTS

La thèse a cette particularité d'être à la fois un travail profondément solitaire et tout autant collectif. L'aboutissement de ce travail n'aurait pu être possible sans toutes ces personnes qui m'ont accompagné. Par ces remerciements, je souhaite leur signifier ma gratitude.

Mes premières pensées s'adressent à Christophe Baret, qui a accepté de m'encadrer dans ce travail de thèse. J'ai eu l'honneur d'être suivi par un directeur de thèse très disponible et à l'écoute. Il a été une source intarissable de conseils et m'a donné la confiance nécessaire pour aller au bout de cette aventure.

J'ai eu la chance dans ce travail d'être également encadré par Nathalie Sampieri-Teissier, en tant que co-directrice de thèse. Sa disponibilité et son accompagnement ont permis l'aboutissement de cette thèse. Sa gentillesse et sa bienveillance ont été essentielles dans les moments de doutes.

J'exprime mes sincères remerciements à Annick Valette et Thierry Nobre qui ont accepté d'être les rapporteurs de cette thèse. Je remercie également Etienne Minvielle pour avoir accepté d'être membre du jury. Nos échanges dans le cadre des congrès ARAMOS ont permis de faire avancer mes réflexions.

Cette thèse n'aurait pu exister sans le centre hospitalier, renommé « CHU-Santé », qui nous a accueilli. Un grand merci à la direction pour son intérêt, ainsi qu'à l'ensemble des chefs de pôle, cadres de santé de pôle, cadres administratifs, directeurs et équipes de services qui ont consacré du temps à cette recherche et qui nous ont fait découvrir leur quotidien.

Une thèse ne saurait exister sans un laboratoire. A ce titre, j'exprime mon profond attachement pour le LEST, qui m'a offert un cadre de travail stimulant pour réaliser cette thèse. Je pense tout d'abord à Ariel Mendez qui, en tant que directrice, a toujours veillé à garantir aux doctorants les meilleures conditions de travail. Le parcours de thèse doit aussi beaucoup à l'équipe du support technique qui nous accompagne dans nos missions : Anne, Eli, Jocelyne, Laurent et bien évidemment Nathalie. J'ai une pensée particulière pour Isabelle et Marion. Elles se sont révélées deux ressources indispensables et deux grandes confidentes

avec qui je prends plaisir à partager mes pauses. Je tiens à adresser une pensée émue à Stéphane qui nous a quitté, il était un peu l'âme du laboratoire à sa façon. Enfin, je remercie l'ensemble des chercheurs et enseignants chercheurs qui au cours des séminaires, des formations ou encore des discussions à la cafétéria nous font avancer et nous guide vers la finalisation de notre travail. Pour moi qui ait débuté par la Sociologie et fini par les Sciences de gestion, évoluer au sein d'une équipe de recherche pluridisciplinaire est une grande richesse.

La thèse, c'est aussi une expérience que l'on vit à plusieurs. A cette occasion j'adresse mes remerciements à tous mes collègues doctorants avec qui je partageais joies et galères. Je pense à Garance, avec qui j'ai découvert le parcours de thèse et les joies de l'enseignement. Je pense également à Jérémy et Sandra qui m'ont fait profiter de leur expérience. Mention spéciale pour Clara, mon alliée dans cette aventure. Enfin, je fais une dédicace au « Doss du Z » : Angélique, Franck, Tarik et bien entendu Zilacène, dit le Z. Cette équipe de choc est un soutien inconditionnel et à toute épreuve.

J'adresse mes pensées les plus reconnaissantes à mes proches. Je pense notamment à mes grands-parents. Je remercie ma famille qui, le temps passant commençait à s'inquiéter de ne pas voir la fin de cette thèse arriver et qui pourtant m'a encouragé jusqu'au bout. J'adresse mes remerciements à mes beaux-parents, si toute cette histoire de thèse n'a pas toujours été claire, vous n'avez eu de cesse de me soutenir. Enfin, je tiens à remercier mes amis, qui sont pour moi une seconde famille : Blond, Clément, Enzo, Guillaume, Maax et Rémy. A mes amis Kravistes : Matthieu et Guillaume.

Je dédie ce travail à mes parents. Je vous dois bien ça. Je ne vous remercierai jamais assez pour tout ce que vous m'avez apporté. Vous m'avez fait confiance et vous m'avez toujours encouragé. J'espère vous rendre fier avec cette thèse, ce serait ma plus belle réussite.

Enfin, si malgré ma volonté de n'oublier personne, certains noms m'auront échappés au moment d'écrire ces remerciements, il y en a une que je n'oublierai jamais de citer : Morgan. Voilà maintenant dix ans que tu partages ma vie et tu seras bientôt mon épouse. Durant toutes ces années d'études nous nous sommes soutenus tour à tour, entre tes études de médecine et ma thèse. Nous avons construit notre réussite à deux, je te remercie de tout mon cœur pour cela. Cette thèse n'aurait pu aboutir sans ton soutien et tes encouragements.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS 7
SOMMAIRE 11
GLOSSAIRE 14
INTRODUCTION 17
CHAPITRE 1 : DU NOUVEAU MANAGEMENT PUBLIC A L'APPARITION DES POLES D'ACTIVITE MEDICALE : RETOUR SUR L'EVOLUTION DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER 25
1 La réforme de l'administration : l'introduction d'un nouveau management public 28
2 La restructuration hospitalière dans la lignée du NMP 38
CHAPITRE 2 : LES POLES D'ACTIVITE MEDICALE, REVUE DE LITTERATURE SUR L'OBJET DE RECHERCHE 55
1 La création des pôles, une nouvelle unité de gestion 56
2 Des pôles à la poursuite de différents objectifs d'efficience médico-économique 59
3 Le découpage des pôles : un enjeu clé de la coordination de l'activité 62
4 L'apport de la création des pôles en question 65
5 Un contexte organisationnel particulier qui rend complexe la mise en place des pôles 66
6 Un grand travail de redéfinition des rôles imposé par une nouvelle organisation interne 70
7 La volonté d'une mesure des performances avec le développement des outils de gestion 83
8 La délégation de gestion aux pôles, l'échec d'un projet d'envergure 95
CHAPITRE 3 : LA NOUVELLE GOUVERNANCE INTERNE A L'HOPITAL : DE LA BUREAUCRATIE PROFESSIONNELLE A LA STRUCTURE DIVISIONNALISEE 101
1 Les configurations structurelles : la construction du modèle de Mintzberg .. 102
2 L'hôpital vu comme une bureaucratie professionnelle (BP) 109
3 L'hôpital, toujours une bureaucratie professionnelle ? Remise en cause du modèle original de Mintzberg 116
4 La structure divisionnalisée : nouvel écrin de l'hôpital ? 125
CHAPITRE 4 : LES POLES D'ACTIVITE MEDICALE ET LE PROCESSUS DE DECISION EN QUESTION : L'ANARCHIE ORGANISEE AU SERVICE DE L'ANALYSE DE L'HOPITAL 139
1 Les théories de la décision 139

2 Le cadre théorique retenu : l'anarchie organisée et le garbage can model 147

3 L'anarchie organisée : un modèle justifié pour comprendre l'hôpital 168

PROBLEMATIQUE 176

CHAPITRE 5 : METHODOLOGIE : Une etude de cas, deux phases de recherche.... 181

1 Le cadre épistémologique, la constitution des connaissances 183

2 Le choix de l'abduction 188

3 Le choix d'une approche qualitative 189

4 L'étude de cas : une méthodologie pour analyser un phénomène en profondeur 190

5 Présentation du cas : le CHU Santé 192

6 Un recueil des données diversifié 196

7 L'analyse des données : la codification thématique 201

8 Une recherche en deux phases 202

9 Les critères de validité de la recherche 221

CHAPITRE 6 : Les premiers résultats, quand le pôle encourage l'anarchie organisée 225

1 Une agrégation des préférences difficile, malgré l'émergence d'une culture de gestion partagée 225

2 Un flou technologique encouragé par la multiplication des instruments de gestion 280

3 Une participation toujours fluctuante malgré l'arrivée des pôles 307

Transition: l'approfondissement de notre recherche 322

CHAPITRE 7 : De nouveaux résultats par le prisme du management de projet... 325

1 Des préférences qui tendent à se rassembler, par la hiérarchisation des objectifs 326

2 Un durcissement technologique par l'appropriation des logiques gestionnaires 348

3 Une participation maîtrisée, par la création d'instances stabilisées 363

4 L'apport du pôle à la gestion de projet 375

CHAPITRE 8 : DISCUSSION 387

1 Le pôle, dans la lignée du Nouveau Management Public 388

2 De nouveaux éléments de compréhension du fonctionnement des pôles 396

3 La nouvelle gouvernance signe-t-elle le passage de l'hôpital d'une bureaucratie professionnelle à la structure divisionnalisée ? 412

4 Le pôle d'activité médicale, vers une anarchie plus organisée ? 417

5 Les apports de la recherche 424

CONCLUSION GENERALE DE LA THESE 433

1 Le résumé de la thèse 433
2 La réponse à la problématique 435
3 Les limites et perspectives de la recherche 437
BIBLIOGRAPHIE 441
TABLE DES MATIERES 471
ANNEXES 478

GLOSSAIRE

ARH Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARS Agence Régionale de Santé

AS Aide Soignant

ASH Agent des Services Hospitaliers

CCAM Classification Commune des Actes Médicaux

CIOM Contrat interne d'Objectifs et de Moyens

CME Commission Médicale d'Etablissement

CHU Centre Hospitalier Universitaire

COPERMO COmité interministériel de la PERformance et de la MOdernisation de l'offre de soins hospitaliers

CREF Contrat de Retour à l'Equilibre Financier

CTE Comité Technique d'Etablissement

DHOS Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DIM Département de l'Information Médicale

DGOS Direction Générale de l'Offre de Soins

DGSP Direction Générale de la Santé Publique

DMS Durée Moyenne de Séjour

DPI Dossier Patient Informatisé

DREES Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EPRD Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses

ETP Equivalent Temps Plein

GHM Groupes Homogènes de Malades

GHS Groupe Homogène de Séjour

GHT Groupement Hospitalier de Territoire

GDD Gestion Des Demandes

HAD Hospitalisation A Domicile

HAS Haute Autorité de Santé

HPST (Loi) Hôpital Patient Santé Territoire

IGAS Inspection Générale des Affaires Sociales

IPAQS Indicateur Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des soins

IP-DMS Indice de Performance de la Durée Moyenne de Séjour

LOLF Loi Organique Relative aux Lois de Finance

MCO Médecine Chirurgie Obstétrique

Néonatalité Ensemble des phénomènes se rapportant à la première semaine de vie d'un nourrisson

ONDAM Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

Périnatalité Période de la vie comprise entre la 28e semaine d'aménorrhée et le 8e jour suivant la naissance

PMSI Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PRE Plan de Retour à l'Equilibre

RGPP Révision Générale des Politiques Publiques

SROS Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

T2A Tarification A l'Activité

UF Unité Fonctionnelle

INTRODUCTION

« *Le pôle, ça ne change pas grand chose.* » (Cadre de service pôle digestif).

Le cadre de service qui s'exprimait ainsi, au cours de l'un des entretiens que nous avons réalisés au sein d'un grand Centre Hospitalier Universitaire, révélait par là, la difficile émergence d'une nouvelle gouvernance dans les établissements de santé. Nombre d'acteurs rencontrés dans cet établissement mettaient effectivement l'accent sur les profonds bouleversements observés depuis la mise en place de pôles d'activité médicale, et notamment sur la difficulté, pour ces nouvelles unités de gestion, de trouver leur place dans des processus de gestion, très encadrés.

En effet, les établissements de santé font face à un vague de rationalisation de leur organisation, *via* des réformes engagées par l'Etat français ces dernières années. Or, ces propos mettent particulièrement en avant le flou que provoque ce tournant gestionnaire. C'est cette question de la place du pôle dans l'organisation, et du pilotage de l'activité, que la thèse examine.

Face à l'envolée des dépenses du secteur de la santé, l'Etat s'est attaché, surtout depuis les années 1990, à réformer le système de soins, à travers la mise en œuvre d'un certain nombre d'outils de gestion inspirés du monde industriel (Minvielle, 1996 ; de Kervasdoué, 2004). Directement inspiré du Nouveau Management Public (Halgand, 2003 ; Claveranne et al., 2009), il s'agit d'une tentative d'« industrialisation des soins », dans le but de maîtriser les coûts, tout en maintenant la qualité de prise en charge des patients. Par le déploiement de cette instrumentation gestionnaire, l'Etat a fait le choix de la standardisation des pratiques (Lapointe et al., 2000 ;Samuel et al., 2005). Résultent de cette volonté des pouvoirs publics, nombre de réformes sur les dépenses de santé, la qualité des soins, et enfin l'organisation. Ce ne sont toutefois pas tant les réformes sur les dépenses et la qualité des soins qui nous intéressent dans la thèse que celles sur l'organisation interne des hôpitaux, à un niveau micro. La recherche doit ainsi permettre d'observer les effets de ce « tournant gestionnaire » (Detchessahar et Grevin, 2009). Ce phénomène bouleverse en effet, fortement le modèle de ces organisations, dès lors incitées à la fusion, la concentration, la recherche d'économie

d'échelle, et dont la manifestation concrète est la mise en place de pôles d'activité médicale. Le pôle est un regroupement de services médicaux, avec certaines délégations de gestion, et dans une logique de contractualisation interne. L'objectif est de rapprocher la décision de gestion du terrain, dans un souci d'efficience médico-économique. L'équipe de gestion du pôle est composée d'un médecin chef de pôle, accompagné de deux cadres, de santé et administratif, et d'un directeur délégué.

Pour faire face à une hausse des dépenses, due à l'augmentation des soins hospitalier, l'Etat a mis en place de nombreuses réformes visant à une responsabilisation des établissements, dans la continuité des principes du Nouveau Management Public. Cela s'est traduit par la mise en place de logique de décentralisation et de contractualisation. En parallèle, toujours dans un souci de responsabilisation, et d'efficience médico-économique, est apparue la volonté de réduire la fracture entre le monde médical et le monde gestionnaire. Une fracture associée à un manque d'efficience des soins (Glouberman et Mintzberg, 2001). On assiste alors, à une médicalisation des systèmes d'information, avec les Groupes Homogènes de Malade et la tarification à l'activité (T2A). Une transformation qui passe par une plus grande implication des médecins dans les décisions de gestion, avec l'émergence du « médecin gestionnaire », avec une délégation de responsabilités de gestion (Kirkpatrick et alii, 2009). L'objectif du pôle est de piloter les performances et les résultats. Ces pôles, créés à partir de 2005, et appuyés par la loi HPST de 2009, ont été instaurés dans l'idée qu'ils permettraient une meilleure efficience médico-économique, avec une hybridation des logiques gestionnaires et médicales, par le principe de subsidiarité, et la mise en place d'une délégation de gestion. C'est à cet objet d'étude que la thèse s'intéresse, en examinant l'impact de la nouvelle gouvernance sur les processus de décision en jeu au sein des établissements de santé.

Mais cette problématique doit être resituée dans le contexte particulier de l'organisation hospitalière. Effectivement, si l'instrumentation gestionnaire semble aujourd'hui largement tournée vers la standardisation du travail, cela se heurte à la standardisation des qualifications (Mintzberg, 1982), caractéristique des établissements de santé. On peut d'emblée s'interroger sur la façon dont les logiques gestionnaires et médicales vont pouvoir fonctionner ensemble, dans une structure encore qualifiée de bureaucratie professionnelle (Mintzberg, 1982), où le pouvoir est dans les mains du centre opérationnel, composé des médecins, qui s'opposent à ce tournant gestionnaire. De plus, là où le pôle représente une agrégation, et un rassemblement

d'acteurs, rappelons que l'hôpital est un monde divisé (Glouberman et Mintzberg, 2001). La question de la structure organisationnelle est donc au centre de cette nouvelle gouvernance.

Cette question de la nouvelle gouvernance à l'hôpital a été étudiée dans la littérature, et de nombreux travaux de recherche en gestion se sont intéressés aux transformations organisationnelles à l'hôpital, induites par la volonté de développer l'efficience « médico-économique ». Valette *et al.* (2015) dressent le bilan de ces travaux qui s'axent sur trois perspectives principales : le design organisationnel, axé sur les mécanismes de création des pôles, les instruments de gestion, et enfin, les acteurs qui sont touchés par ces réformes. Finalement, peu d'études se sont réellement intéressées au fonctionnement de la délégation au sein du pôle. Aucune étude n'a observé le pôle dans les processus de décision, qui rassemblent tous les acteurs gravitant autour de cette nouvelle gouvernance. Or l'enjeu des pôles est de faire évoluer le processus de décision. La présente thèse va donc se pencher sur cette question, car le pôle doit devenir un organe de décision, et il est important de comprendre les enjeux de ce processus.

Effectivement, d'après Valette *et al.* (2015) pour enrichir le champ de la recherche sur le médico-économique à l'hôpital, il faut observer comment les processus de décision sont modifiées pour permettre de prendre en compte des informations économiques et médicales, aboutissant à des solutions nouvelles. C'est ce que nous nous proposons de faire, comprendre comment les capacités de décision sont modifiées par le changement structurel, induit par l'apparition de cette nouvelle gouvernance. Les recherches centrées sur l'organisation soulignent la difficile mise en pratique de la délégation de gestion, mais n'en évoquent pas la régulation. Il est alors difficile d'identifier ce que les pôles transforment ou pas dans la gouvernance d'ensemble, un manque qui fait écho aux propos du cadre de service présenté en préambule.

Pour ce faire, notre thèse aura pour but de combler les zones d'ombre laissées par la littérature (Valette et al., 2015) sur la nouvelle gouvernance, la gestion de la transversalité, et le processus de conduite de projets médicaux.

La présente recherche doit alors s'inscrire dans le prolongement de ces travaux en cherchant, en partant de l'activité, à remonter vers des questions d'organisation, et de configuration structurelle. Ces travaux ont démontré une faible hybridation des logiques, une délégation de

gestion difficile à mettre en place, et un manque d'impact des outils de gestion sur les pratiques médicales. Nous pouvons alors formuler la question de recherche qui guidera ce travail de la façon suivante : Dans un contexte d'évolution de la gouvernance hospitalière, à la poursuite de l'efficience médico-économique, quelle place occupe le pôle dans le processus de décision ?

Pour instruire cette question, nous entrerons dans l'activité de soins à un niveau organisationnel en mobilisant les concepts de configuration structurelle (Mintzberg, 1982) et d'anarchie organisée (Cohen, March et Olsen, 1972). Selon Mintzberg, les différents composants et paramètres d'une organisation ont tendance à s'aligner en des ensembles cohérents que l'on appelle des configurations structurelles. Une organisation s'oriente vers une certaine configuration par l'interdépendance des composants et des paramètres organisationnels. S'ajoutent des données de contexte, les facteurs de contingence, comme l'âge de l'organisation, sa taille, la technologie, et les caractéristiques d'environnement. Les mécanismes de coordination, les paramètres de conception et les facteurs de contingence paraissent tous se regrouper de façon naturelle en types de configurations. Mintzberg en répertorie cinq principales, chacune caractérisée par un mode de coordination et une composante dominante. Cette typologie des organisations va nous permettre de témoigner de l'évolution de la structure organisationnelle des hôpitaux publics avec l'arrivée des pôles d'activité médicale et des effets que cela induit sur les pratiques. Cohen, March et Olsen (1972) ont eux développé le concept d'anarchie organisée à partir d'études sur les universités américaines. Cette forme particulière d'organisation se caractérise par des préférences incertaines, une technologie floue et une participation fluctuante. Ce modèle fondamental est pertinent pour comprendre le lien entre processus de décision et caractéristiques intrinsèques d'une organisation. Cette approche va nous permettre de faire le lien entre structure organisationnelle et processus de décision. Ainsi, nous serons capable d'illustrer les effets du changement de configuration structurelle sur les processus de décisions et les pratiques managériales au sein des hôpitaux publics.

La thèse poursuivra ainsi un double projet de connaissance. Il s'agira, dans un premier temps, de rendre compte de l'activité organisationnelle quotidienne des pôles, et des contraintes qui s'exercent sur ces unités. Dans un second temps, cette recherche permettra d'identifier la place du pôle à l'interface entre les services, et les directions fonctionnelles, et comment ces pôles intègrent les différentes contraintes, pour participer aux processus de décision.

La démarche adoptée

Pour traiter de ces questions, nous allons présenter les résultats du cheminement que nous avons suivi dans la thèse afin de révéler, puis d'éclairer l'objet de la recherche, un cheminement fait d'aller-retour entre un travail de terrain et l'étude de modèles théoriques, dans une perspective d' « abduction » (David, 2000).

La thèse prend en effet appui sur une étude de cas réalisée au sein d'un grand Centre Hospitalier Universitaire, un objet qui se caractérise par des particularités intéressantes pour notre objet d'étude. L'établissement, dans une situation économique particulièrement difficile, est sensible aux questions de régulation des processus de décisions, dans un souci d'efficience médico-économique. De par sa situation, il s'apparente ainsi à un « cas exemplaire » (David, 2003), voire « révélateur » (Yin, 1994, p. 40) du phénomène étudié.

La recherche se focalise plus précisément sur les pôles d'activité médicale de cet établissement. Ce sont finalement quatre pôles très différents (activité, taille, organisation) qui ont été étudiés dans ce travail, de façon à pouvoir questionner l'organisation de l'hôpital dans son ensemble. La méthode retenue s'apparente ainsi à celle de l'étude de cas enchâssée (Yin, 1994), il s'agit d'un travail comparatif, à l'intérieur du cas.

Le plan général de la thèse

Nous présenterons dans un premier temps le contexte et le design de la recherche. Il s'agira d'une part de revenir sur le contexte dans lequel évoluent aujourd'hui les établissements de santé, et particulièrement les pôles d'activité médicale, afin de mettre en lumière le questionnement porté par la thèse. Il s'agira d'autre part de présenter le cadre théorique mobilisé dans ce travail, à savoir l'anarchie organisée (Cohen, March et Olsen, 1972), puis d'en étudier les principales déclinaisons sur le plan méthodologique.

Ainsi, le premier chapitre de la thèse sera consacré à la présentation des principes du Nouveau Management Public, en lien avec les réformes mises en œuvre par l'Etat dans les

établissements de soin. Ce sont ici les logiques de ces réformes sur l'organisation interne des établissements de santé que nous examinerons.

Dans le second chapitre, nous nous intéresserons à la manière dont l'objet de notre recherche, le pôle d'activité médicale, a jusqu'ici été abordé dans la littérature. Nous montrerons que le projet de connaissance poursuivi par la thèse appelle à l'adoption d'une approche organisationnelle.

A ce titre, dans le troisième chapitre, nous développerons notre réflexion sur la vision de cette nouvelle gouvernance, en tant qu'évolution de configuration structurelle, à partir des travaux de Mintzberg (1982). Nous porterons un regard critique sur la qualification, encore aujourd'hui, de l'hôpital comme bureaucratie professionnelle, à partir de travaux ayant remis en question cet état de fait. Nous ferons la proposition d'une autre catégorisation, la structure divisionnalisée.

Nous identifierons donc plusieurs limites aux approches des travaux de recherche sur les pôles d'activité médicale, ce qui nous conduira à rechercher un autre modèle d'analyse qui « éclaire » le lien entre structure organisationnelle et processus de décision. C'est alors que nous présenterons le cadre théorique retenu dans la thèse, dans le quatrième chapitre de cette thèse. Nous présenterons alors le modèle de l'anarchie organisée de Cohen, March et Olsen (1982), ainsi que son opérationnalisation dans diverses études, qui l'ont enrichi.

Nous présenterons ensuite, la méthodologie et les résultats de la thèse. Une telle perspective sur le plan théorique appelle à des considérations méthodologiques particulières qui feront l'objet de notre cinquième chapitre. Nous présenterons la posture adoptée dans ce travail et décrirons la démarche générale portée par la thèse, à la fois dans la construction de l'objet de recherche, et dans la production de connaissances. Nous préciserons la stratégie d'accès au réel, et présenterons le cas étudié dans la thèse. Nous reviendrons ensuite sur l'important travail d'analyse des données réalisé dans la thèse et sur la validité des connaissances produites.

Suivront deux chapitres consacrés aux résultats empiriques de la recherche. Le sixième chapitre s'attachera à présenter les de notre première phase de recherche, sur le pilotage de l'activité de trois pôles. Dans ce chapitre nous analyserons l'activité hospitalière à partir des

critères de l'anarchie organisée, ce qui nous permettra de rendre compte des processus de décisions, et de leur lien avec les caractéristiques organisationnelles de l'établissement. Le chapitre sept, présentera dans la même structure, et avec la même volonté, l'analyse particulière de deux projets de restructurations, portés par deux pôles différents. Cette comparaison, sur des processus plus délimités, permettra d'aller plus loin dans la réflexion et d'identifier une place pertinente pour le pôle dans un processus de décision particulier, le management de projet.

Dans le huitième chapitre, nous discuterons des résultats présentés au préalable compte- tenu du projet de connaissance porté par la thèse et à la lumière du modèle théorique adopté. Nous reviendrons ici sur ce qu'apporte notre recherche sur les différents champs de la littérature étudiée, le Nouveau Management Public, la littérature en gestion sur les pôles d'activité médicale, les configurations structurelles, et enfin, l'anarchie organisée.

Nous conclurons ce travail en restituant les principaux résultats générés par la thèse sur le plan théorique, méthodologique et empirique, ce qui nous permettra de répondre à notre problématique. Nous présenterons, pour conclure, les limites de cette recherche et les questions qu'elle laisse en suspens et qui appellent à poursuivre la réflexion.

CHAPITRE 1 : DU NOUVEAU MANAGEMENT PUBLIC A L'APPARITION DES POLES D'ACTIVITE MEDICALE : RETOUR SUR L'EVOLUTION DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

L'objectif de ce **premier chapitre** est de comprendre quels ont été les déterminants du changement de l'hôpital public. L'idée est de saisir comment, par une vague de réformes successives, une nouvelle gouvernance interne est apparue, faisant de l'hôpital une structure divisée en pôles d'activité médicale. Nous allons voir que de nouveaux objectifs de qualité et d'efficience médico-économique ont émergé, et que les pôles vont constituer une réponse à ces prérogatives. Au départ de ces nouveaux objectifs et de ces changements se trouve une théorie économique qui a vu le jour aux Etats-Unis au début des années 1960, le New Public Management.

Ce premier chapitre est divisé en deux parties.

La **première partie** vise à présenter ce qu'est le Nouveau Management Public, de son origine anglo-saxone à son application dans le service public français.

La **deuxième partie** vise à revenir sur la restructuration de l'hôpital public en France inspirée par le NMP.

Depuis le 31 décembre 2006, tous les établissements publics de santé devraient avoir intégré la réforme hôpital 2007 et sa nouvelle gouvernance. L'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 prévoit la simplification du régime juridique des établissements de santé, et un certain nombre de réformes comme la nouvelle gouvernance avec les « pôles d'activité médicale ». Cette réforme de l'organisation hospitalière redistribue les responsabilités au sein d'un nouvel organigramme dans un esprit de collaboration et de proximité des décisions. L'encadré qui suit vise à donner les éléments principaux de présentations du pôle afin que le lecteur puisse comprendre de quoi il en retourne. Puis, nous reviendrons sur les prémices de ces changements avec l'arrivée du Nouveau Management Public. S'en suivra un chapitre de littérature consacré aux pôles d'activités médicales, pour construire sa réalité dans les établissements de santé, sur la base des recherches existantes.

Les points clés pour comprendre ce qu'est un pôle

1. Qu'est-ce qu'un pôle d'activité médicale ? [1]

En pratique, un pôle est un regroupement de secteurs, services et unités fonctionnelles ayant des activités de soins, de prévention, d'enseignement et de recherche communes ou complémentaires. Ils doivent être définis selon une logique de simplification et de déconcentration.[2] Cette logique prévaut dans la création des pôles sur la base d'une démarche de contractualisation interne entre la direction et les pôles d'activité et les délégations de gestion consenties à leur responsable.

Le pôle s'appuie sur des objectifs d'activité et de qualité, fondés sur un projet partagé entre les équipes et décliné dans le cadre d'un contrat conclu avec la direction. En effet, les pôles d'activités cliniques et médico-techniques sont intégrés au projet d'établissement sur la base du projet médical. Cette organisation doit s'inscrire de manière cohérente dans la politique globale de l'établissement. Les pôles doivent avoir une taille critique suffisante pour permettre d'assurer une gestion déconcentrée. Le pôle est en charge de la gestion des budgets et des personnels. La création d'un pôle peut répondre à plusieurs logiques :

- Une logique de pathologie ou de filière de prise en charge (ex : pôles mère-enfant, gériatrie...)
- Une logique d'organes (ex : pôles thorax, tête-cou...)
- Une logique généraliste (ex : pôles psychiatrie, urgences...)
- Une logique de prestations (ex : pôles pharmacie, biologie...)

Les responsables de pôle sont : un médecin chef de pôle, un cadre soignant et un cadre administratif. Ils sont nommés par décision conjointe du directeur et du président de la CME (Commission Médicale d'Etablissement) après avis du CA (Conseil d'administration) et sur proposition du conseil exécutif.

[1] La présentation du pôle s'appuie sur l'article « Les pôles d'activité » consulté sur https://www.infirmiers.com/votre-carriere/cadre/les-poles-dactivite.html

[2] « Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé » consulté sur http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANX0500028R

2. Le fonctionnement du pôle

Le pôle est composé d'une équipe responsable de son fonctionnement et peut, pour se faire, mobiliser différents outils qui sont à sa disposition : le projet de pôle, le contrat de pôle, ou encore une certaine délégation de gestion.

2.1. Le projet de pôle

Il est élaboré par le médecin chef de pôle en liaison avec son équipe et retrace les orientations, la stratégie et l'organisation du pôle, ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins. Il a pour objet de préciser le projet médical du pôle, en cohérence avec le projet d'établissement.

2.2. Le contrat de pôle

Il est écrit à partir du projet de pôle et définit les objectifs d'activité, de qualité et financiers, ainsi que les moyens mis à disposition du pôle. Il est aussi appelé Contrat Interne d'Objectifs et de Moyens (CIOM). Il comprend les indicateurs de suivi et les modalités d'intéressement éventuels du pôle aux résultats de sa gestion. Le contrat de pôle est passé entre le pôle et la direction pour une durée de 4 ans. Il est la concrétisation du projet de pôle. Ce contrat est l'outil opérationnel de définition des modalités de fonctionnement des pôles.

2.3. L'organigramme du pôle

Le médecin chef de pôle

Il est chargé d'élaborer le projet de pôle avec l'équipe du pôle et de décider de l'utilisation des moyens mis à disposition. Il organise le fonctionnement technique du pôle et met en œuvre la politique générale de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés par le contrat.

Il organise l'activité de soins avec les équipes médicales, soignantes et d'encadrement du pôle sur lesquelles il a autorité fonctionnelle. Toutefois les services, et les chefs de services, sont maintenus. Les responsables des pôles siègent au conseil exécutif des établissements.

Le cadre soignant

Il est chargé d'assister dans ses fonctions le médecin chef de pôle pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités de soins. Il est particulièrement en charge du personnel soignant non-médical.

Le cadre administratif

Il est chargé de seconder, dans ses fonctions, le médecin chef de pôle en particulier pour l'organisation générale, la gestion et le suivi financier. Il est en outre responsable du personnel administratif du pôle. Le cadre administratif ne peut appartenir au personnel de direction, mais il peut être partagé entre plusieurs pôles. En revanche, des personnels de direction peuvent être désignés comme délégués d'un ou de plusieurs pôles afin de faciliter les relations entre ceux-ci et la direction.

3. La délégation de gestion du pôle

Le directeur d'établissement accorde une délégation de gestion aux pôles après la signature du contrat interne. Le contenu et la portée de ces délégations restent à la discrétion de chaque établissement. Le directeur ne peut déléguer ses compétences seulement sur des questions entrant dans le champ de la gestion du pôle : recrutement du personnel de remplacement ; changement d'affectation des agents du pôle entre ses différentes structures internes ; élaboration des tableaux mensuels de service des personnels du pôle. A l'inverse, sont exclues les questions qui excèdent le champ des attributions du pôle et qui ont trait à la politique générale des ressources humaines : l'organisation du travail, le recrutement d'agents permanents, l'affectation des agents entre les différents pôles.

1 La réforme de l'administration : l'introduction d'un nouveau management public

L'hôpital public, comme tout service public n'a pas échappé à la vague réformiste qui sévit depuis plusieurs années visant à moderniser l'organisation et à améliorer l'efficience économique de ces structures. En effet, l'hôpital est inscrit dans un plus grand mouvement de modernisation du service public.

Rappelons que le service public français est basé sur une logique de mise à disposition par l'Etat d'utilités collectives, jugées indispensables aux besoins de la société, dont l'hôpital fait bien évidemment parti. Il a pour but de servir l'intérêt général, en regroupant des activités dans un espace institutionnel hors des organisations privées. Les organisations publiques se sont construites historiquement autour de cinq principes (Santo et Verrier, 1993) :

- Une finalité d'intérêt général
- Un système bureaucratique et un fonctionnement statutaire : sur le modèle idéal type de bureaucratie wébérienne (Weber, 1919), caractérisé par une division fonctionnelle des tâches verticales et horizontales
- L'absence de rentabilité capitalistique : non soumises à la rentabilité financière, ces organisations fonctionnent sur la base d'allocations budgétaires et sans retours d'investissement, dans une logique de moyens plutôt que de résultats
- Des missions assurées en concurrence nulle ou imparfaite : dans des situations de quasi-monopole sur des activités pour combler les carences du privé
- Une soumission de l'activité administrative au politique.

Ce modèle de secteur public a atteint son apogée dans les années 1980, et à l'époque rien ne laissait penser que l'administration publique aller « *se tourner vers la gestion du secteur privé pour y trouver une source d'inspiration* » (Santo et Verrier, 1993). Pourtant, les années 1990 vont voir émerger une réforme profonde du modèle bureaucratique de l'administration, avec en tête l'idée d'une modernisation. En effet, à cette époque, sous la pression de la crise économique, du poids de la dette et de l'évolution des attentes des usagers, le secteur public est mis à mal (Biondi et al., 2008). Sont remis en cause principalement les modes d'organisation trop coûteux, bureaucratiques, inertes, centrés sur leur propre développement et inefficaces (Amar et Berthier, 2007). Dès lors, l'administration publique n'est plus la solution à apporter à la société mais elle est devenue le problème (Bezes, 2009). En réponse à ces critiques, depuis plusieurs décennies, de nombreux pays, dont la France fait partie, se sont lancés dans un grand projet de modernisation du service public. L'idée principale de cette modernisation consiste à transformer les structures de l'appareil administratif, ses processus internes et par extension, la culture de ses agents (Visscher, Varone, 2004). Il est alors question de s'inspirer des méthodes et des outils du secteur privé, avec la vision que le secteur privé est un espace de solutions pour répondre au problème de la bureaucratie (Guillemot et Jeannot, 2013). Dès lors, apparaît un mouvement de réorganisations structurelles notamment par la mise en place de dispositifs de gestion, avec, comme dans les entreprises privées, une prédominance des critères financiers. Il s'agit d'une diffusion du modèle néo-libéral à des organisations « hors du marché ». La « modernisation » de l'Etat et des administrations, suit ce schéma *via* ce qui sera appelé le New Public Management (NPM). Cette transformation du

service public repose en partie sur un travail d' « organisation du travail » par certains cadres qui correspond à la mise en place de dispositifs de gestion de type néolibéral. Ce travail d'organisation « gestionnaire » participe aux transformations de l'entreprise publique (Boussard, 2013). Le NPM diffusé depuis les années 80 s'est caractérisé par l'importation dans les organisations publiques, telles que l'hôpital, de méthodes de management du secteur privé (Amar et Berthier, 2006 ; Claveranne et al. 2009) et de l'industrie (Minvielle, 1996 ; de Kervasdoué, 2004). Ce mouvement s'est développé en France dans les années 1990 sous le nom de Nouveau Management Public (NMP) (Melnik, Guillemot, 2010). Avant d'aborder le développement de ce phénomène en France, revenons aux origines de ce mouvement de modernisation.

1.1 Aux origines : Le New Public Management (NPM)

Nous l'avons dit, les évolutions de la gestion publique en France sont inspirées du modèle du New Public Management (NPM). Il s'agit d'une théorie économique qui a vu le jour aux Etats-Unis au début des années 1960, rattachée à l'École de Chicago, et qui s'est développée au Royaume-Uni dans les années 1980 (Pesqueux, 2006). L'idée principale de cette théorie est que l'Etat doit se retirer du champ économique, en préconisant notamment de faire appel à des opérateurs privés par voie contractuelle (contracting out) ou par le biais de partenariats public-privé (Dreyfus, 2010). Ce courant trouve sa première définition majeure dans un article de Hood (1991): « *NPM, like most administrative labels, is a loose term. Its usefulness lies in its convenience as a shorthand name for the set of broadly similar administrative doctrines which dominated the bureaucratic reform agenda in many of the OECD group of countries from the late 1970s* », retranscrit comme suit par Balle Hansen *et al*. (2013) : « *l'ensemble des doctrines administratives sensiblement similaires qui a dominé le programme de réforme bureaucratique dans beaucoup de pays depuis la fin des années 70* ». Pour Hood (1991) le NPM est un « *mariage de deux idéologies différentes* ». La première met l'accent sur le libre choix et le mécanisme de marché, inspiré par la nouvelle économie institutionnelle. La seconde, liée à la tradition de la gestion scientifique, est focalisée sur la gestion selon les objectifs et les résultats, mais également sur l'autonomie organisationnelle laissant la gestion aux gestionnaires. Dès lors, le service public poursuit un objectif d'efficacité (Pesqueux, 2006).

De nouveaux éléments de management public émergent : un management professionnel de proximité, des mesures explicites de performance, le contrôle des résultats et la désagrégation des unités dans le secteur public (Hood, 1991). Morten Balle *et al*., (2013) proposent un NPM managérial idéal-type (au sens wébérien) de l'organisation du secteur public :

- Une désagrégation structurelle, des organisations spécialisées ou axées sur le client
- Une autonomie managériale et un contrôle des résultats
- Une scission entre politiques et opérations, en divisant les tâches entre la préparation des politiques, et leur mise en œuvre.

Trois critères que l'on retrouve déjà dans la création des pôles à l'hôpital. Chaque pôle étant une organisation spécialisée sur un type de pathologie ou d'organe, axée sur le patient, avec une autonomie managériale et un contrôle des résultats encadrés par le contrat de pôle et enfin pour le dernier point on peut y voir la scission entre l'élaboration du projet médical d'établissement par le directoire et sa mise en œuvre au travers des pôles.

Le NPM va introduire la notion de mérite, l'individualisation des rémunérations, l'appréciation du personnel sur la base d'entretiens annuels. De plus, l'accent va être mis sur le développement du contrôle de gestion en termes de coûts – performances. (Pesqueux, 2006). Le NPM vise donc la recherche d'économies (value for money). Il implique dès lors que soit mis en place un grand nombre d'outils de suivi de l'action administrative, de son coût, de ses résultats et performances (Dreyfus, 2010). Cette démarche se retrouve derrière les trois « E » : économie, efficacité et efficience (Pesqueux, 2006). Une volonté qui ressort dans la définition du NPM faite par Bartoli (2005) : « *l'ensemble des processus de finalisation, d'organisation, d'animation et de contrôle des organisations publiques visant à développer leurs performances générales et à piloter leur évolution dans le respect de leur vocation* ». Les pôles répondent à ces impératifs de performance, d'efficience et d'économie puisqu'ils ont été créés pour améliorer les performances des hôpitaux, tant du point de vue de la qualité des soins que de l'efficience médico-économique, dans un souci de bonne adéquation des ressources et des besoins. Par ailleurs, en 2009, Detchessahar *et al.*, listent les dix principes du NPM :

- Catalytic Government : Catalyser, orienter et contrôler plutôt que faire
- Community-owned Government : Donner plus de pouvoir aux citoyens
- Competitive Government : Mettre en compétition les fournisseurs de services

- Mission driven Government : Se centrer sur les missions et buts et non sur les règles et procédures
- Result oriented Government : Allouer des moyens à des projets, à partir d'objectifs de résultats
- Customers-driven Government : Mettre l'usager au cœur de l'attention, en lui accordant le statut de client
- Enterprising Government : Chercher à développer l'activité plutôt que dépenser son budget
- Anticipatory Government : Préférer une attitude pro-active plutôt que réactive, face aux problèmes
- Decentralized Government : Décentraliser le pouvoir, prôner le management participatif et le travail d'équipe
- Maked-oriented Government : Préférer les mécanismes de marché aux marchés bureaucratiques

1.2 En France, le Nouveau Management Public (NMP)

Le Nouveau Management Public (NMP) est l'application française des préceptes du NPM. Il a pour principe d'appliquer des formes de gestion inspirées du marché privé (Pesqueux, 2006 ; Montet, 2009 ; Melnik, Guillemot, 2010). Le triomphe des théories néolibérales a, en effet, conduit à soumettre l'administration publique au même régime que le secteur privé, en termes d'organisation et de statut du personnel (Dreyfus, 2010). Les nouvelles formes de gestion sont : la définition d'objectifs quantitatifs pour l'exécution des politiques publiques, la focalisation sur les prestations fournies plutôt que sur la procédure à suivre, la réduction des coûts de production des services publics, la gestion d'une unité administrative par un manager allouant librement ses ressources, la motivation du personnel par des incitations pécuniaires, et la garantie d'une liberté de choix aux usagers (Visscher, Varone, 2004). Ces notions font écho à ce que nous avons présenté sur les pôles : le contrat de pôle défini des objectifs quantitatifs à atteindre, par la décentralisation de la décision au plus près de l'activité on vise une baisse des coûts du soin, avec la délégation de gestion au médecin chef de pôle on retrouve l'idée d'une gestion d'unité par un manager qui alloue librement les ressources, enfin par la possibilité de mise en place d'un intéressement, il est attendu une plus grande motivation du personnel. Tant d'éléments qui peuvent se résumer en une idée : la recherche de performance. Pour Biondi et al. (2008) les réformes du nouveau management public riment bien avec « *rationalisation, démocratisation et performance accrue* ». Il s'agit en effet de mettre l'accent sur l'évaluation de la performance des organisations, ce qui sous-entend le développement d'indicateurs (Melnik, Guillemot, 2010 ; Pesqueux, 2006). Nous verrons

d'ailleurs plus loin que la mise en place des pôles s'est accompagnée d'un déploiement d'outils de gestion dont l'objectif est le contrôle des performances. Cependant il semble que service public et performance soient deux notions antagonistes. Se pose alors la question suivante : qu'est-ce que la performance du secteur public ?

La définition de la performance du secteur public selon l'OCDE, rapporté par Ketelaar (2007), correspond à « *tous rendements, résultats ou autres bilans mesurables d'activité du secteur public* », et par « *gestion des performances* », l'OCDE entend « *l'ensemble des procédures mises en œuvre pour définir et mesurer les réalisations, et pour les relier aux mesures d'incitation ou aux sanctions appliquées par un supérieur hiérarchique (organisme ou individu) à l'égard d'un subordonné et souvent associées à une plus grande autonomie de gestion du subordonné* » (Melnik, Guillemot, 2010). Ces auteurs distinguent plusieurs aspects de la performance dans le secteur public : les résultats produits (outputs), l'efficience, (coûts unitaires des produits), l'efficacité (objectifs fixés atteints), la prise en compte des besoins des usagers (satisfaction), et enfin, la responsabilité et l'intégrité du pouvoir public (Boyne et al., 2006 ; Melnik, Guillemot, 2010).

Les indicateurs de la performance sont utilisés au sein des organisations publiques comme des outils de management mais aussi comme outils de comparaison et de mise en concurrence des organisations (Melnik, Guillemot, 2010). Ces indicateurs vont être centrés sur l'efficacité socio-économique, la qualité du service et l'efficacité de gestion, ou d'efficience (Pesqueux, 2006). Rappelons que pour certains auteurs les mesures de la performance sont « toujours subjectives » car elles sont construites socialement et politiquement (Brewer, 2006 ; Melnik, Guillemot, 2010).

L'approche organisationnelle portée par le NMP est la réponse qui a été choisie pour répondre aux critiques faites au service public et s'oppose donc à l'administration bureaucratique wébérienne (Montet, 2009). Cette dernière étant considérée comme inefficace, le NMP propose un modèle d'organisation qui diverge en terme d'objectifs, plus axé sur la poursuite des résultats ; en terme d'organisation avec une plus forte décentralisation ; une clarification des responsabilités ; plus d'autonomies et un contrôle des performances (Amar et Berthier, 2007). Il est par ailleurs question d'une mobilité plus importante des fonctionnaires (Melnik, Guillemot, 2010), d'une plus grande flexibilité dans l'organisation du travail, d'une

focalisation sur la satisfaction de l'usager (Visscher, Varone, 2004) et d'une externalisation croissante des services publics (Melnik, Guillemot, 2010).

Tableau 1 Comparaison des administrations de type wébérien et NPM

	Administration bureaucratique « wébérienne »	**Administration NPM**
Objectifs	Respecter les règles et les procédures	Atteindre les résultats, satisfaire le « client »
Organisation	Centralisée (fonctionnelle, structure pyramidale)	Décentralisée (délégation de compétence, structuration en réseau, gouvernance)
Partage des responsabilités politiciens / administrateurs	Confus	Clair
Exécution des tâches	Division, parcellisation, spécialisation	Autonomie
Recrutement	Concours	Contrats
Promotion	Avancement à l'ancienneté, pas de favoritisme	Avancement au mérite, à la performance et à la responsabilité
Contrôle	Indicateurs de suivi	Indicateurs de performance
Type de budget	Axé sur les moyens	Axés sur les objectifs

Source : Amar et Berthier (2007)

Ces changements sont apparus, nous l'avons vu, en opposition au rôle de l'Etat. En effet, pour certains il faut remettre en cause l'idéologie de l'Etat-Providence. Ils dénoncent, alors, les dysfonctionnements internes, prônant les bienfaits de la concurrence comme condition nécessaire de l'efficience (Visscher, Varone, 2004). Depuis les années 1980, selon les conceptions néolibérales, l'Etat-Providence, dans un contexte de mondialisation financière semble démuni face à la crise, laissant ainsi place au NMP comme solution (Montet, 2009). Il s'agit de passer du « Welfare State » à un Etat minimum, un Etat-organisateur (Pesqueux, 2006).

Visscher et Varone (2004) identifient six caractéristiques principales du NMP :

1. Une séparation de la prise de décision stratégique, qui relève à la fois du pouvoir politique, de la gestion opérationnelle, et qui est sous la responsabilité de l'administration, afin de distinguer les rôles de financeurs, d'acheteurs et de prestataires.

2. Une orientation des activités administratives en fonction des produits à fournir, plutôt que des règles procédurales à suivre, en matière d'affectation des ressources. Par leur spécialisation médicale les pôles répondent à cette caractéristique. En se focalisant sur des types d'activités, l'hôpital fonctionne par segment et peut ainsi allouer des ressources en fonction de chacun des marchés.

3. Une réduction de la hiérarchie, il s'agit d'amincir les bureaucraties, de décentraliser certaines tâches administratives et déléguer la gestion au niveau le plus bas (subsidiarité). La notion de subsidiarité se retrouve dans la nouvelle gouvernance hospitalière avec la mise en place d'une délégation et donc d'une décentralisation de gestion.

4. Une introduction des mécanismes de marché dans la production de biens et services d'intérêt général. La contractualisation interne dans les établissements de santé symbolise l'introduction de mécanismes de marché par la définition d'objectifs, d'indicateurs de mesure de performance, et donc d'un contrôle par les résultats.

5. Une transparence sur la qualité et les coûts des prestations administratives, garante d'une utilisation efficiente des ressources publiques. Nous verrons dans la deuxième partie de ce chapitre que, dans les évolutions de l'hôpital public, une grande part est orientée sur l'amélioration de la qualité des soins.

6. Une orientation des prestations vers les besoins des usagers, en les impliquant dans la définition et l'évaluation des prestations à fournir. Les patients prennent plus de place à l'hôpital, avec la constitution d'associations de patients qui ont un impact sur les politiques publiques, et qui participent ainsi de plus en plus à la définition des orientations stratégiques.

Ces changements de paradigme gestionnaire du service public, ont été d'une grande importance, car le secteur public concerne, en France, près d'un quart de la main-d'œuvre (Melnik, Guillemot, 2010). Après l'arrivée du NMP, dans les années 1990, deux grandes réformes vont impacter le service public, la Loi Organique sur Les lois de Finances (LOLF) de 2001 et la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP) de 2007. Elles ont pour objectif de développer une gestion plus démocratique, transparente et efficace des dépenses publiques. Ce qui passe par le déploiement d'objectifs de performance, d'évaluation et la production de rapports. Il s'agit de tendre vers l'évaluation des résultats plutôt que des moyens, une plongée au cœur de la gestion par la performance. Il est donc question de la mise en œuvre d'une politique publique particulière. La volonté du gouvernement est de « mieux dépenser » tout en améliorant la qualité des services rendus. L'objectif est de réduire le déficit public ce qui se traduit par des mesures d'économies d'échelle, *via* une restructuration de l'appareil d'État, et un accroissement des performances des agents publics tout en procédant à une diminution des effectifs. Toutefois, d'après le rapport de 2010 de la Cour des comptes, la RGPP « *en l'état actuel, aboutit sur le plan budgétaire, à des résultats modestes* ». Il s'agit généralement de « *faire mieux avec moins* » (Dreyfus, 2010). Par ailleurs, la LOLF de 2001 qui pousse à reconfigurer les structures administratives et à mettre en place de nouveaux outils d'évaluation est devenue l'outil d'organisation financière de l'État. Elle a pour objectif de moderniser le système budgétaire en se focalisant sur la performance de la gestion et la transparence de l'information, afin d'en assurer un meilleur contrôle (Montet, 2009). Une réforme qui aboutira, à l'hôpital, à la création de la tarification à l'activité (T2A), avec le Plan Hopital 2007, qui change le mode de financement de l'hôpital. Nous développerons les évolutions des dépenses de santé dans la seconde partie de ce chapitre.

Un autre aspect important de ces bouleversements réside dans le développement des agences et autorités administratives indépendantes au cours des vingt dernières années (Dreyfus, 2010). En effet, l'introduction de la logique de marché dans les institutions publiques s'accompagne le plus souvent de la création d'agences de décentralisation (Montet, 2009), pour des missions de prestations de services, ce qui nécessite la fixation d'objectifs chiffrés « *très précis* ». Ces agences sont une réponse aux problèmes de taille, de rigidité et de coûts propres à la fonction publique centralisée. Elles ont pour vocation de remplacer les structures étatiques, en permettant une flexibilité et une délégation accrues des pouvoirs aux managers, les dégageant de contraintes et de procédures lourdes propres aux organisations bureaucratiques (Melnik, Guillemot, 2010). C'est dans cette optique qu'ont été créées par

exemple les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH), devenues Agence Régionales de Santé (ARS).

Enfin, Melnik et Guillemot (2010) mettent l'accent sur la nécessité de gérer et de développer des pratiques de gestion des ressources humaines dans le secteur public. On peut distinguer plusieurs volets de réformes de la GRH dans la fonction publique en réponse aux nouvelles situations dans lesquelles les acteurs perdent parfois leurs repères. Il s'agit notamment de nouveaux mécanismes budgétaires, de diverses réorganisations : fusion de services et mutualisation des moyens, évolutions démographiques ou encore diffusion des technologies de l'information et de la communication. Ces situations entraînent des réformes de décentralisation et de déconcentration, de délégation du pouvoir aux managers, l'évolution des procédures de recrutement et de fixation des rémunérations, mais également l'introduction de la gestion des compétences et du capital humain. La nouvelle culture du résultat et l'arrivée de nouveaux outils de gestion entraînent une refondation des normes de gestion, et donc potentiellement un manque de repères (Chanut, et Chavas, 2008).

On peut résumer le NMP autour de ces trois principes constitutifs que sont le managérialisme, c'est-à-dire une meilleure maîtrise des coûts, la responsabilisation et enfin la contractualisation (Abord de Chatillon et Desmarais, 2012). Trois éléments, nous commençons à le voir, qui sont au centre de la création des pôles d'activité médicale. Au travers de ces réformes quatre niveaux de spécificité du secteur public vont donc être impactés :

1. La finalité des organisations publiques avec le passage d'une logique de service public à une logique de service du public. L'usager devient alors un client. Le secteur public oscille alors entre le modèle ancien de l'administration, porté sur l'intérêt général, et de nouvelles activités de services de même nature que celles du marché.
2. Systèmes bureaucratiques et fonctionnement statutaire avec le passage de l'administration de l'activité au management et à la gouvernance, et comme nous l'avons vu l'opposition au modèle bureaucratique wébérien.
3. L'absence de rentabilité capitalistique avec les nouvelles contraintes de rentabilité, de performance et d'efficience, et l'attente de résultats et de réflexions sur l'optimisation des ressources.

4. Des missions assurées dans un contexte de concurrence nulle ou imparfaite avec l'inévitable prise en compte de l'environnement externe. La tertiarisation de l'économie a amené le privé à concurrencer le public, ce qui pousse les administrations à réfléchir à leur attractivité. La concurrence s'étant également accrue entre administrations.

C'est le désir d'une offre de soins au budget maîtrisé et de meilleure qualité qui va pousser les pouvoirs publics à transformer la structure de l'hôpital, en introduisant les principes du NMP, et ainsi, axer son action autour de la performance et de la rentabilité. Or, introduire le NMP à l'hôpital, c'est faire le pari que l'introduction du marché dans des secteurs considérés comme biens publics va engendrer un bénéfice pour l'usager/consommateur (Montet, 2009). Au delà des pôles, nous allons voir comment, sur la base des principes du NMP, l'hôpital a subi de nombreuses transformations.

2 La restructuration hospitalière dans la lignée du NMP

Le service public a été fortement critiqué pour son manque d'efficience depuis plusieurs années, et l'hôpital n'échappe pas à cette règle. Aujourd'hui encore la situation financière des établissements de santé publics est critique, en 2015, d'après les données provisoires des comptes financiers des hôpitaux publics, le déficit total atteint 411 millions d'euros. La rentabilité nette, définie comme le rapport du résultat net aux produits, s'établit à -0,6 % en 2015. Cette rentabilité nette se dégrade depuis 2012, où elle était positive (0,1 % des produits). Elle s'est établie à -0,2 % en 2013, -0,4 % en 2014, pour atteindre -0,6 % en 2015[3]. L'hôpital subit à ce titre depuis quelques années de vastes plans de restructurations dont l'objectif est d'offrir des soins de meilleures qualités et surtout à moindres coûts. Ainsi, de 1997 à 2008, les ARS ont mené 568 opérations de recomposition des établissements de santé[4]. La France connaît ainsi de nombreuses tentatives de modernisation du système hospitalier à travers une série de lois et de plans de restructuration. En effet, les évolutions de la société ont obligé l'hôpital, en tant que service public, à évoluer. Le ralentissement de la

[3] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, DREES « La situation économique et financière des hôpitaux publics », disponible sur internet : http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche22-4.pdf

[4] Ministère du travail, de l'emploi et de la sante, DGOS. «Les chiffres clés de l'offre de soins 2010 », disponible sur internet: http://sante.gouv.fr/les-chiffres-cles-de-l-offre-de-soins.html

croissance, le vieillissement de la population et le coût croissant des innovations technologiques et médicales ont conduit à l'accroissement des dépenses de santé. Un agrégat d'éléments qui a mis à jour un système de santé en inadéquation avec les attentes et les besoins des usagers (Vincent, 2005). En effet, l'hôpital est devenu, avec le temps, une organisation incomplète qu'il est nécessaire de redessiner (Lamothe, 1999). Les gouvernements se sont alors penchés sur la gestion budgétaire et le mode de fonctionnement des structures hospitalières (Minvielle et Contandriopoulos, 2004). L'Etat va donc appliquer les principes du NMP, et se tourner vers la standardisation (Gentil, 2012). On parle d'un « *tournant gestionnaire* » (Grevin, 2011) de l'hôpital public, suite à l'ouverture de la « *boite noire* » (Grevin, 2011) des établissements de santé, pour compenser un manque de performance et des dysfonctionnements « *spectaculaires* » (Sainsaulieu, 2007). Dès lors, l'hôpital va devoir fournir plus de qualité et de sécurité, être plus rationnel tout en réalisant plus d'économies (Gentil, 2012). Vincent et Volovitch (2003) mettent en avant la volonté de rationaliser l'offre de soins dans une double démarche. Il s'agit d'allier une réduction des capacités, avec la réduction du nombre de lits et de la durée de séjour ; et une maîtrise des coûts, en réduisant, par exemple, l'effectif technique. Cette démarche se traduit également par une forte spécialisation de l'activité, sur des créneaux porteurs comme les soins palliatifs et la cancérologie (Detchessahar, Grevin, 2009), et par l'externalisation de fonctions logistiques ou le recours à la sous-traitance. Cette stratégie concurrentielle est donc rapprochée de celle de l'industrie. L'objectif est donc d'encadrer et de réduire les coûts en rationalisant le secteur public (Watkins et Arrington, 2007) dont l'organisation est jugée inefficace, bureaucratique, rigide et trop coûteuse (Amar et Berthier, 2007). D'une manière générale, dans ce secteur, il existe une forte montée de contraintes industrielles, marchandes et événementielles qui pèsent sur la production de soins. Ces contraintes s'expriment *via* des impératifs de maîtrise des *process* de soin, de maîtrise de la productivité (Vincent et Volovitch, 2003) qui font peu à peu entrer les établissements de santé dans une véritable démarche gestionnaire (Lenay, Moisdon, 2003 ; Detchessahar, Grevin, 2009). Un des principes essentiels est de redonner des marges de manœuvre aux gestionnaires (Amar et Berthier, 2006 ; Claveranne et al., 2009), et donc aux pouvoirs publics et au management, face aux médecins (Halgand, 2003 ; Fraisse et al., 2003). La logique sous-jacente de ces démarches est la standardisation de l'activité (Gentil, 2012). On retrouve bien ici les principes du NMP énoncés en amont.

2.1 Les enjeux de la restructuration hospitalière

L'hôpital est devenu, avec le temps, un laboratoire du secteur public, où les réformes vont s'enchaîner (Vincent, 2005). Les dépenses croissantes, en matière de santé, ont poussé l'Etat à s'engager dans une réforme en profondeur du système de santé public, incitant à la rationalisation de l'organisation (Gentil, 2012). Il sera question de gestion budgétaire, de planification sanitaire, de contrôle externe, d'organisation externe ou encore du droit des usagers. La fin des années 1970 signe la fin de la période faste de l'hôpital, qui devient un « *mammouth à dégraisser* » (Sainsaulieu, 2007). Les réformes deviennent une seconde nature de l'institution hospitalière (Schweyer, 2006) : loi hospitalière de 1991, ordonnances de 1996, réformes de l'hospitalisation publique et privée, lois de 2002 (droits des malades et qualité du système de santé), 2005 (nouvelle gouvernance hospitalière), Plan Hôpital 2007, loi HPST (Hôpital, Patient, Santé, Territoire) de 2009 et loi Santé de 2016. L'orientation se fait vers un modèle de standardisation et de planification (Gentil, 2012). La difficulté restant de concilier qualité et sécurité avec des impératifs de coûts. Ces réformes vont avoir un impact sur trois niveaux : les dépenses, la qualité des soins, et l'organisation des soins. Nous allons, à présent, revenir sur ces trois volets de réformes.

2.1.1 Les réformes des dépenses de santé

Historiquement, l'hôpital était financé sur la base du prix de journée, calculé à partir du nombre de journées d'hospitalisation et des dépenses prévues. Ce système a abouti à une nette augmentation des coûts. Il a été fortement critiqué pour son aspect inflationniste et inéquitable. Il consistait à rembourser les hôpitaux de leurs dépenses, et n'incitait donc pas à réduire les coûts (Lenay, 2001 ; Lenay et Moisdon, 2003). Ce système rétrospectif sera aboli en 1983 (Moisdon et Tonneau, 2008). Va alors être mis en place un système de dotation globale, dans lequel un budget est affecté en début d'année à chaque établissement pour couvrir ses dépenses (Moisdon, 2000). Cette enveloppe était revalorisée chaque année par application d'un taux directeur. On passe donc d'un système de remboursement à un système de financement, cette fois-ci prospectif (De Pouvourville, 2009). Là encore, ce système va être l'objet de nombreuses critiques sur son manque d'efficacité et d'équité (Moisdon, 2000). Il est considéré comme une allocation de ressources inéquitable, génératrice de phénomènes

de rentes (Vincent, 2005, Moisdon 2010). Ce système inégalitaire est également critiqué pour le manque de possibilité qu'il offre d'évaluer l'activité réelle.

Parallèlement est introduit le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), développé par Jean de Kervasdoué, dès 1982, avec notamment le classement des prises en charge dans un Groupe Homogène de Malades (GHM). Chaque GHM regroupe un ensemble de séjours hospitaliers (médical, administratif et économique) auquel est associé un Indicateur Synthétique d'Activité (ISA), positionné sur l'échelle nationale des coûts (ENC). Les points ISA permettent de mesurer les consommations de ressources, et ainsi calculer la productivité des établissements (Gentil, 2012). Cela va permettre de mesurer l'activité médicale (Moisdon, 2000), le système devient donc moins aveugle (Minvielle, 2009). A partir de 1991, les établissements doivent traduire leur activité selon la grille du PMSI, ce qui permet un regard sur les pathologies prises en charge (Moisdon et Tonneau, 2008). On peut dès lors calculer le volume d'activité (Lenay et Moisdon, 2003). Un système qui a fait apparaître de nombreuses disparités entre les structures (Moisdon et Tonneau, 2008). Le PMSI est donc devenu un outil d'allocation des ressources (Lenay et Moisdon, 2003). Le PMSI est un outil très synthétique, qui sert comme critère d'évaluation simple (Moisdon, 2000). L'analyse plus fine est laissée à la responsabilité de chaque établissement. Va également être créé par les ordonnances de 1996, l'ONDAM (Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie), pour orienter la politique d'allocation des ressources (Lenay et Moisdon, 2003). Cet ensemble de systèmes va ainsi permettre aux Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) de calculer les dotations budgétaires (Lenay, 2001 ; Moisdon, 2000 ; Lenay et Moisdon, 2000, 2003).

Dans la continuité de ces réformes une évaluation de l'activité des établissements s'est progressivement installée. Ce qui va donner naissance à la tarification à l'activité (T2A) avec le Plan Hôpital 2007, dans une volonté de maîtrise des dépenses et de chasse au gaspillage (Sainsaulieu, 2007). Il s'agit d'une série de mesures annoncées en France le 20 novembre 2002, visant à moderniser l'offre de soins (Bréchat *et al.*, 2008). Ce Plan Hôpital 2007 est présenté comme étant un remède au malaise de l'hôpital et au désenchantement de ses professionnels grâce à la tarification à l'activité, et son incitation au dynamisme (Montet, 2009). Dans un souci de transparence sur les activités réalisées, et afin d'inciter les établissements à améliorer leur efficience, la T2A institue un paiement prospectif au cas traité. Ce système, inspiré par le Medicare aux Etats- Unis, connaît de nombreuses variations

dans ses modalités de mises en œuvre. En France, les tarifs sont définis au niveau national. Ils le sont à partir d'un système de tarification mêlant les coûts observés dans un panel d'établissements et des objectifs de gains de productivité (Valette et al., 2015). La T2A repose sur différentes composantes : une description très fine de l'activité médicale, un processus de codage de l'activité par les médecins, et un système d'information médicale : le PMSI – programme de médicalisation des systèmes d'informations (Lenay et Moisdon, 2003; Or et Renaud, 2009; Pouvourville, 2009a). La T2A, comme mode de financement, met en relation activité médicale et performance économique. Dans ce système de régulation, l'objectif de chaque établissement est de parvenir à un fonctionnement équilibrant ses dépenses par ses recettes (Valette et al., 2015). Dès lors, les moyens sont alloués sur la base de l'activité réelle produite, par le biais des GHM et des coûts moyens associés. Le prix est fixé par GHM, et l'hôpital est rémunéré pour un séjour donné. Ce tarif est forfaitaire, le but étant d'encourager les établissements à optimiser les coûts.

Les établissements vont alors être incités à analyser leur activité en fonction des coûts, et donc identifier les surcoûts (Vincent, 2005). La T2A va avoir pour effet de favoriser l'émergence de pratiques nouvelles (Moisdon, 2010) : le développement d'outils médico-économiques, le recrutement de contrôleurs de gestion, le développement de partenariats, fusion, coopérations, des stratégies concernant l'optimisation du taux d'occupation des lits, la réduction des durées moyennes de séjours (DMS)[5], le développement de l'activité ambulatoire… Un ensemble d'indicateurs qui vont être au cœur du pilotage de l'activité des pôles. Les dotations sont désormais allouées à des missions et non plus à des structures. Les dépenses sont présentées en lien avec des objectifs dans des programmes annuels de performances (PAP) et sont analysés à partir d'indicateurs (socio-économiques, de qualité et d'efficience) et de procédures contractualisées (Montet, 2009).

La T2A fait l'objet de critiques, notamment par les médecins qui parlent d'un système potentiellement inflationniste (Grimaldi, 2008). Il y a une crainte sur les dérives potentielles en matière de qualité de soins avec une course à la productivité, qui se traduit par une tendance à la réduction de la durée des séjours pour augmenter le nombre d'admissions, avec une hausse de l'hôpital de jour (Gentil, 2012). Certains parlent d'un risque de sur-codage de l'activité. En effet, l'ensemble des acteurs semble avoir compris la nécessité de développer

[5] La réduction des DMS permet d'augmenter le nombre d'admissions.

l'activité pour la survie d'une spécialité, d'un service, d'un pôle ou d'un hôpital, allant parfois jusqu'à une manipulation des données (Georgescu et Naro, 2012). Ou encore, d'une sélection des patients, dits rentables, sacrifiant ainsi l'offre de soin du service public, au profit de la diminution des coûts (Duhamel et Minvielle, 2009). Finalement, la T2A permettrait le développement d'une instrumentation gestionnaire, favorisant une analyse locale de l'activité, par les tableaux de bord et autres indicateurs (Moisdon et Pépin, 2010). Le risque du sacrifice de la qualité au profit de la rentabilité est craint, c'est pourquoi ces réformes financières se sont accompagnées de réformes visant au maintien de la qualité de prise en charge.

Les établissements de santé sont à la poursuite de l'optimisation du temps, avec un raccourcissement des durées moyennes de séjours (DMS) (Acker, 2005) et une hausse du nombre de patients pris en charge, en augmentant le taux de rotation des malades (Raveyre et Uhghetto, 2003). Tout ceci s'accompagne d'un virage ambulatoire (Lapointe et al., 2000). L'hôpital de jour est préféré à l'hospitalisation, et le traitement des convalescences est effectué à l'extérieur de l'hôpital. L'hôpital n'est plus un lieu d'hébergement mais un lieu de passage, il est alors question d'un bouleversement de la gestion hospitalière (De Kervasdoué, 2004). En 2014, la chirurgie ambulatoire représentait 45 % des interventions en France, soit une progression significative de + 1,8 point par an depuis 2007. Les hôpitaux de jour représentent un quart des séjours de médecine. Dépassant aujourd'hui le seuil des 50 %, l'hospitalisation en ambulatoire est devenue fréquente et sert de modèle de référence.[6]

2.1.2 Les réformes de la qualité des soins

« *La qualité relative au risque clinique ne souffre, au moins théoriquement, d'aucun compromis* » (Minvielle, 2003, p.181). La maîtrise des dépenses doit donc s'accompagner d'un politique qualité adaptée (Gentil, 2012) et l'établissement de normes de qualité par l'Etat (Loriol, 2004).

Dans cette optique, l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM) est créée en 1990. Puis, les ordonnances de Juppé en 1996 créent l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) qui conduisent les hôpitaux

[6]atih.sante.fr/analyse-de-l-activitehospitaliere- 2014

vers une démarche d'accréditation portée et sanctionnée tous les quatre ans. Cette accréditation a été remplacée depuis le Plan Hôpital 2007 par la certification, et l'ANAES par la Haute Autorité de Santé (HAS). Avec la certification, qui fait partie du Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM) il est question d'évaluer la conformité des pratiques avec des normes de qualité dans une démarche d'amélioration en terme de management et de prise en charge du patient (Manuel de certification V2014). La certification apporte une attention particulière au patient, ainsi qu'au management de l'établissement, à l'aide d'indicateurs, de référentiels portant sur les procédures et en étudiant les résultats (Gentil, 2012). Dans ce cadre, les acteurs traduisent leur travail en protocoles visibles et contrôlables, c'est la phase de formalisation. Puis ce travail est apprécié par les experts de la HAS, c'est la phase d'évaluation. Le travail de protocolisation du soin est important, afin de rendre cette activité contrôlable (Loriol, 2004). Ainsi, l'établissement est audité, avec la possibilité de recommandations ou de réserves. La qualité fait partie intégrante de la performance hospitalière (Minvielle, 2003). La certification est alors vue comme un levier de changement, permettant l'amélioration de la qualité et la sécurité de soins (Halgand, 2003). Cet outil doit permettre de produire de l'action collective et de poursuivre une plus grande rationalisation des comportements (Fraisse et al., 2003). On retrouve bien ici l'idée de contrôle de la performance qualité des établissements de santé, et la recherche de standardisation et de rationalisation de l'activité à travers la protocolisation.

Si pour les pouvoirs publics il est question de la recherche du « *meilleur niveau de qualité au moindre coût* » (Manuel de certification HAS v2010, p.24), chaque acteur de l'hôpital a sa propre définition de la qualité. En effet, les démarches engendrées par la certification sont vues comme des mascarades, une mise en scène par les acteurs, ils parlent de bachotage, voire d'affichage (Herreros et Milly, 2006). Ils ne voient là qu'une augmentation de la charge administrative, de la perte de temps dont découle un sentiment d'intensification du travail (Loriol, 2004 ; Aker, 2005). On note donc déjà une divergence entre les différents acteurs de l'hôpital.

La pérennisation des démarches qualité passe par l'importance donnée aux temps collectifs de discussion, de controverse, de réflexion entre professionnels au sujet de l'activité (Herreros et Milly, 2006). Par ailleurs, les réformes de qualité des soins passent par le renforcement de la réglementation en faveur des usagers. La loi de 2002 donne aux patients le droit de consultation de leur dossier médical, ils siègent au conseil d'administration, des enquêtes de

satisfaction circulent, et des associations de malades se développent (Sainsaulieu, 2007). Il y a une volonté de faire de l'usager un acteur du système de santé, dans une « *démocratie sanitaire* » (Vincent, 2005). Là encore une héritage clair des principes du NMP. C'est l'avènement de l'usager-client (Mossé et Paradeise, 2003). Attention toutefois, certains auteurs rappellent que la barrière est mince entre une volonté de réduction des coûts et d'amélioration de la qualité (Minvielle, 2003). La qualité est parfois l'alibi de certains pour justifier de coûts importants (Duhamel et Minvielle, 2009). Les démarches de qualité, et les changements du système de financement de l'hôpital, vont s'appuyer sur des réformes d'organisation pour accompagner ces évolutions et les intégrer dans de nouvelles pratiques hospitalières.

2.1.3 Les réformes de l'organisation hospitalière

Les lois de 2005 et de 2009 (HPST), qui vont faire naître les pôles d'activité médicale à l'hôpital, ont investi la question de l'organisation interne de l'hôpital. Elles réforment la gouvernance interne, pour lutter contre le cloisonnement hospitalier. Un décloisonnement qui passe par la rénovation des instances et la création de pôles d'activité médicale (Vincent, 2005).

Le premier grand projet de changement d'organisation de l'activité de soins, dans l'élan du NMP, est la loi de 1991. Cette loi introduit le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS), qui réfléchit l'activité de soins en lien avec le territoire. Le but est de mettre en adéquation sur le territoire l'offre de soins et les besoins des usagers (Vincent, 2005). Ceci va passer par un rapprochement des structures privées et publiques, afin de stimuler des économies d'échelles et d'apporter plus de cohérence à l'offre de soins (Contandriopoulos et Trottier, 1998).

Pour assurer l'application de ces réformes, l'Etat va créer des tutelles pour contrôler la mise en conformité des établissements. Après la HAS, responsable de l'aspect qualité, vont être créées les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) par les ordonnances de 1996. Elles vont devenir par la suite des Agences régionales de Santé (ARS) avec la loi HPST du 21 juillet 2009. Leur objectif est d'assurer un pilotage de la santé en Région et ainsi de répondre

aux besoins des usagers et d'accroître l'efficacité du système. Les établissements doivent ainsi respecter les engagements quantitatifs et qualitatifs inscrits dans les projets d'établissements pour une période de cinq ans (loi du 31 juillet 1991) ainsi que dans les contrats d'objectifs et de moyens (ordonnance de 1996) signés avec les ARS, et en cohérence avec le SROS. Ce qui sera appelé la contractualisation externe.

Plus récemment, le grand changement d'organisation de l'hôpital vient de la contractualisation interne et de la réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière, qui émanent des ordonnances de 2005. C'est à travers cette ordonnance que les pôles d'activité médicale vont apparaître. Ces regroupements de services de santé vont obtenir certaines délégations de gestion, et poursuivent un objectif : rapprocher la décision de gestion du terrain dans un souci d'efficience médico-économique. Cette ordonnance va être appuyée dans le plan Hôpital 2007, avec l'idée d'un assouplissement des contraintes (Montet, 2009). S'ensuit dans la même optique le Plan Hôpital 2012, où l'on retrouve les préceptes du NMP, ce qui se traduit après la fin du budget global par l'apparition de la tarification à l'activité, T2A ; la déconcentration des pilotages au niveau régional auprès des ARH puis ARS ; le renforcement des partenariats public – privé ; les mutualisations par communautés hospitalières de territoire ; et la contractualisation étendue à tous les niveaux de gestion, externe et interne. Les établissements de santé signent un contrat d'objectifs et de moyens auprès des ARS, autour d'un projet médical, c'est la contractualisation externe. Puis ce projet médical se décline à l'intérieur de l'hôpital sous la forme d'une contractualisation interne. Nous l'avons vu ce contrat, signé entre le directeur d'établissement et les chefs de pôle, est également un contrat d'objectifs et de moyens. Tout ceci s'accompagne d'une réforme des statuts des praticiens hospitaliers et des directeurs d'établissements, d'indicateurs de performance, et d'une fongibilité asymétrique des budgets du sanitaire vers le médico-social. Cette dernière, vise à rationaliser l'organisation, par la mutualisation et à favoriser l'adaptation par la déconcentration des décisions (Montet, 2009).

L'ensemble de ces changements, que ce soit la tarification à l'activité, ou encore la nouvelle gouvernance interne, nécessite une réorganisation managériale qui s'inscrit dans la progression de l'activité hospitalière. Par exemple, avec le vieillissement de la population, le nombre de patients augmente. A l'inverse, le nombre de personnels techniques et administratifs diminue, pour une question d'équilibre des coûts (Sainsaulieu, 2008). Ce changement d'effectif nécessite alors *de facto* une nouvelle organisation du travail, et une

redéfinition des rôles de chacun dans la structure. Les établissements de santé s'engagent, donc, dans de profonds processus de modernisation, mêlant réformes des systèmes de gestion, innovations technologiques et nouvelles pratiques managériales (Detchessahar, Grevin, 2009). L'idée principale est d'équilibrer, de façon optimale, les ressources et les besoins de l'activité de soins. Une des idées fortes, est de faire fonctionner l'offre de soins en réseau, dont l'établissement est un maillon (Pouvourville, Tedesco, 2003), notamment dans le cadre du SROS. Le besoin de changement managérial a été appuyé par l'arrivée de la tarification à l'activité, des dispositifs d'assurance qualité, de l'informatisation croissante de l'activité, ou encore, la nécessité de formaliser les projets d'établissement (Detchessahar, Grevin, 2009).

Dans notre recherche, nous focalisons notre attention sur les pôles d'activité médicale apparus en 2005, et pérennisés dans le dernier grand plan de modernisation, la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST), datant du 21 juillet 2009. Cette loi est un projet d'organisation sanitaire et non de financement, ce qui la démarque des précédentes réformes. Cette vaste réorganisation a pour but que l'activité hospitalière soit plus adaptée aux spécificités territoriales, et surtout, plus centrée sur les patients. L'objectif de cette démarche est de permettre à tous d'accéder à une offre de soins de qualité. Cette loi s'est penchée sur le patient-concitoyen « concrètement situé » dans le territoire de santé pour assurer une santé juste et solidaire (Montet, 2009).

2.1.4 La loi HPST, la modernisation de l'hôpital public

La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » porte une *« réforme majeure, une réforme historique* » (Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports)[7]. Il s'agit à travers cette loi d'une modernisation des établissements de santé, de permettre « *l'accès de tous à des soins de qualité, à la prévention et à la santé publique, comme à l'organisation territoriale du système de santé* » (*ibid).* Ce projet de loi représente 4 titres, 133 articles, 310 textes d'explication, dont 8 ordonnances ; ce qui en dit long sur l'envergure de cette réforme. Elle a abouti également à la création de l'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux).

[7] Editorial de la ministre menant la réforme dans le *vademecum* de la réforme rédiger par le gouvernement de concert avec l'ANAP

Cette loi va poursuivre la modernisation engagée (Claveranne et al. 2009) avec la nouvelle gouvernance, la création des ARS, qui deviennent le seul interlocuteur régional des établissements. La Nouvelle gouvernance hospitalière est confirmée dans cette loi avec les nouvelles entités organisationnelles, les pôles, constitués d'un regroupement de services (Domy et al., 2014). Ces pôles ont, entre autre, pour but d'améliorer la coordination de l'activité de soins entre services, de créer un nouvel échelon de responsabilité entre la direction et les services. Ceci afin de faciliter le management et le pilotage de l'activité, en confiant la responsabilité des pôles à un médecin nommé par le directeur d'établissement, chargé d'organiser le rapprochement entre hiérarchie médicale et hiérarchie administrative (Valette et al., 2015).

Dans le même temps, les instances de gouvernance de l'établissement évoluent, l'ordonnance de 2005 associe pouvoir médical et administratif au sein du conseil exécutif, regroupant à parité membres de l'équipe de direction et médecins. Son rôle est de préparer les délibérations du conseil d'administration. La loi, dite HPST, de 2009, va renforcer la place de la profession médicale, qui devient majoritaire au sein du directoire. Une prise de pouvoir à relativiser puisque les membres sont nommés par le directeur et les missions du directoire sont réduites. C'est une instance de concertation qui prépare les décisions du directeur. Un directeur dont l'autorité et les responsabilités sont renforcées (Valette et al., 2015). Les compétences du directeur sont renforcées puisque l'essentiel des pouvoirs jusqu'alors détenus par le conseil d'administration lui sont transférés. Le directeur conduit la politique générale de l'établissement, il est l'ordonnateur de l'état de prévision des recettes et des dépenses, il nomme les personnels non médicaux, il définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité en se conformant au projet médical d'établissement et nomme les chefs de pôle sur la base d'une liste élaborée par le président de la commission médicale d'établissement. Ces derniers sont assistés dans leurs fonctions, nous l'avons vu, par un cadre supérieur de santé et par un cadre administratif. Une équipe que l'on nomme « trio de pôle ». (Bérard, 2013).

La création des pôles associée à la T2A conduit, dans une approche médico-économique de l'activité, à la mise en place d'un nouvel outil de mesure de la performance, les Comptes de résultat analytiques (CREA). Les CREA mettent en balance les recettes du pôle et les coûts de fonctionnement. Permettant, ainsi, de faire apparaître le caractère déficitaire ou bénéficiaire d'un pôle, et l'évolution de son résultat d'une année à l'autre. D'autres outils, tableaux de

bord de pilotage, sont destinés à faciliter le dialogue de gestion au sein du pôle en créant « *un langage de gestion commun à l'ensemble des acteurs de l'hôpital* » (Valette et al., 2015).

2.1.5 La loi de modernisation de 2016

En 2016, le gouvernement français a mis en place une nouvelle loi de modernisation. Cette loi aboutie à la création de Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). Ce dispositif nouveau vise à intensifier la collaboration entre les établissements de santé, en permettant à ses membres la mise en œuvre d'une stratégie commune. De plus, il assure la possibilité d'une mise en commun de fonctions ou de transferts d'activités entre établissements. Ce qui traduit l'intention d'une rationalisation des modes de gestion. Ainsi chaque groupement d'établissement élabore un projet médical commun à l'ensemble de ses membres.[8] Chaque établissement public de santé adhère donc à un GHT. Dès lors, il est question d'adopter une logique de groupe plutôt que d'établissement. Le projet médical est alors partagé entre les différentes structures, les pratiques et les protocoles harmonisés, les activités de soin réparties sur le territoire et la comptabilité analytique réfléchie au niveau du groupe. De plus, des indicateurs et des outils de gestion vont être produits pour obtenir une vision d'ensemble afin de prendre des décisions stratégiques cohérentes dans le GHT.

L'introduction de ces nouvelles réformes, du NMP et des mécanismes de marché change profondément le fonctionnement de l'hôpital qui a alors de nouveaux objectifs de performance, d'efficience et de gestion rationnelle des moyens. L'influence du NMP se ressent dans l'effacement progressif des frontières entre public et privé *via* le SROS et la T2A, la logique de résultats, le contrôle des coûts, le nouveau mode de financement basé sur l'activité, le développement de la contractualisation interne et externe, la mise en place de pôles d'activité et l'émergence de l'usager-client. On note également l'introduction de nouveaux outils et méthodes de management : indicateurs de performance, benchmarking, reporting, gestion par projet, management participatif ou encore gestion par les compétences. Il y a donc une volonté de transposition des pratiques de gestion du privé pour corriger les dysfonctionnements du public. On retrouve bien l'idée de tournant gestionnaire de Detchessahar et Grevin (2009). Pour Bayad et al. (2002) le changement à l'hôpital est

[8] (Art. L. 6132-1. - II).

« *devenu à la fois le décor, le sujet et l'objet de la pièce qui se joue dans les organisations hospitalières* » (p.102). Ces organisations sont donc en prises avec des changements nombreux (Mossé et Paradeise, 2003) dans une course à la conformité avec les tutelles (Debrosse et al., 2003). La recherche d'efficacité mène de plus en plus les établissements de santé à se comporter comme des entreprises, certains auteurs parlent même d'industrialisation de la fonction publique hospitalière (Vincent et Volovitch, 2003 ; Gentil, 2012).

2.2 Une restructuration de l'hôpital qui se heurte à des difficultés

Nous l'avons vu, les restructurations à l'œuvre dans les établissements de santé sont pluridimensionnelles. Il s'agit de nombreuses restructurations internes et externes à la recherche de la meilleure qualité possible au moindre coût, et ce à travers une approche globale de la santé (Ribau et al. 2003). Ce phénomène complexe, implique un grand nombre de changements : la mise en concurrence entre établissements privés et publics, la création de contrats d'objectifs et de moyens, les projets d'établissements, la certification, la conduite de multiples projets. L'hôpital est donc transformé par les pouvoirs publics (Franchistéguy, 2001) à travers une rafale de réformes enchevêtrées (Krief, 2005).

Ces réformes, issues du NMP, essuient quelques critiques. Pour certains auteurs il est davantage question de réduction des ressources que d'amélioration du confort des travailleurs (Dupuy, 2004). Franchistéguy (2001) qualifie dès le début des années 2000, avant les pôles et les dernières grandes réformes, l'organisation hospitalière de schizophrène. Elle la voit comme prise dans un conflit de valeurs entre une structure fortement administrée et des modalités du privé. Un constat qui ne s'est pas atténué depuis, puisque pour d'autres auteurs, l'hôpital devient malade de « gestionnite ». Ce néologisme vise à signifier la dimension quasi pathologique de la course à l'hyper-régulation gestionnaire conduisant le management à délaisser le travail d'organisation au niveau local (Detchessahar, Grevin, 2009 ; Grevin, 2011). Ils font référence à une tendance du management à lancer de nouvelles innovations, entraînant une surenchère gestionnaire qui tend à éloigner l'encadrement de son rôle d'animateur de l'activité, en particulier pour ce qui est des cadres infirmières, englouties par une activité gestionnaire qui les tient éloignées du terrain. Il existe une certaine tendance à se focaliser sur les préoccupations gestionnaires, plus parfois que sur celles des employés. Detchessahar et Grevin (2009) résument ce phénomène sous forme d'un paradoxe :

l'encadrement est de plus en plus occupé par des activités informationnelles, qui prennent le pas sur les activités communicationnelles, ainsi, les activités de gestion prennent le pas sur les activités de management. Il s'agit de redonner à l'encadrement son rôle d'animation. Or, les évolutions de la fonction de cadre, amènent les « cadres de soins » à une position de « cadres de gestion ». Le management est alors tout entier tourné vers le haut et vers l'extérieur (Glouberman, Mintzberg, 2001), accaparé par les « machines de gestion » et plus personne n'est là pour manager en direction de l'intérieur, pour « organiser le travail d'organisation » et la coordination de l'activité (Detchessahar, Grevin, 2009). La course à l'hyper-régulation gestionnaire a alors conduit le management à délaisser le travail d'organisation au niveau local, et ainsi les processus de rationalisation gestionnaire tels qu'ils ont été mis en œuvre en sont venus à empêcher la coopération et le soutien des équipes par le management de proximité (Grevin, 2011).

Il semble, dès lors, que la mise en place des pôles peut être une réponse à apporter à ces évolutions souhaitées, de part sa propriété à rapprocher la prise de décision du terrain. Toutefois, il faut prendre en compte la nécessité de conquérir une place et une légitimité face au pouvoir médical (Detchessahar, Grevin, 2009). Il s'agit, en effet, d'être attentif à l'attitude des médecins face au processus de changement. Ces derniers sont au centre de l'organisation hospitalière, et forment un groupe influent, constitué autour d'un sentiment de communauté professionnelle (Dervaux, Pichault, Renier, 2011). L'hôpital est un champ de bataille stratégique (Audet, 2006), animé par des conflits d'intérêts internes. Il semble difficile qu'il se détache de sa structure d'origine, qualifiée de bureaucratie professionnelle (Glouberman et Mintzberg, 2001), de main d'œuvre professionnelle (Gagnon, 2009) ou encore d'organisation pluraliste (Denis et al., 2004). A savoir, un univers où cohabitent des mondes professionnels distincts, fonctionnant en vase clos, poursuivant des objectifs différents et animés par des conflits de pouvoir.

Finalement les politiques de régulations poursuivent deux objectifs (Gentil, 2012). Le premier étant de récupérer des informations sur l'activité des établissements, avec par exemple l'accréditation. Celle-ci permet de rendre visible et déchiffrable ce qui jusqu'alors n'était pas accessible aux gestionnaires (Halgand, 2003). En effet, à l'hôpital, les gestionnaires ne disposent pas des informations nécessaires, seuls les médecins connaissent l'utilisation faite des ressources allouées par le management (Pourvouville, 2009). Le second objectif, est de contrôler, structurer, voire, contraindre les professionnels de santé, afin d'optimiser l'usage

des ressources. Les managers tentent de réguler une activité sur laquelle ils n'ont pas d'informations, et peu de prise, le processus de soins étant défini par les médecins sans le concours des gestionnaires (Moisdon, 2000). Ainsi, le management est au service du centre opérationnel, le corps médical, et a pour mission de lui apporter les moyens d'exercer son art (Dumont, 2003).

Aux vues de ces éléments il semble que le tournant gestionnaire pris par l'hôpital public et les prérogatives d'efficience aient soulevé des problématiques de management nouvelles. Le pôle d'activité médicale est, ainsi, la manifestation concrète du NPM à l'hôpital, et doit apporter un nouvel éclairage gestionnaire, *via* une gouvernance interne redistribuée. De l'intention de la création des pôles à la réalité effective de ce nouvel échelon de gestion, où en est-on une dizaine d'années après l'ordonnance de 2005 ? Délégation de gestion aux médecins ? Ou renforcement du contrôle gestionnaire et *in fine* perte de pouvoir ?

Résumé Chapitre 1

Le service public a beaucoup évolué depuis les années 1990. Sur la base d'un courant de pensée datant des années 1960, de l'Ecole de Chicago, appelée le New Public Management, qui s'est développé fortement dans les années 80 en Angleterre, le modèle d'organisation publique s'est tourné de plus en plus vers les mécanismes de gestion du secteur privé. La recherche d'efficience, de performance et la juste allocation des ressources et des moyens sont devenus les maîtres mots d'un Nouveau Management Public en France. Cette modernisation du service public est générale et impacte bien évidemment la fonction publique hospitalière. Cette dernière va être entraînée dans une grande succession de réformes dans l'esprit des préceptes du NMP, tant au niveau du financement de l'activité et du contrôle des dépenses de santé, que de la qualité des soins et de l'organisation de l'activité. Une suite de changements qui va faire évoluer en profondeur l'hôpital, de la T2A à la création des pôles d'activité médicale. Toutefois ces évolutions, que certains qualifient d'industrialisation des soins, ou encore qui diagnostiquent un hôpital malade de « gestionnite », cristallisent de nombreuses inquiétudes. L'arrivée d'outils de gestion, le développement d'un contrôle par les résultats semblent parfois opposés à une logique de qualité des soins. La nouvelle gouvernance interne, et notamment les pôles d'activité médicale, ont donc de nombreux défis à relever pour accompagner ces changements.

On peut aborder l'arrivée des pôles à l'hôpital de deux façons. Il s'agit à la fois de la concrétisation de la logique de gestion, issue du NPM, mais également, d'une nouvelle répartition des pouvoirs, en donnant des responsabilités de gestion à des médecins. La question reste, à ce stade de la recherche, de savoir laquelle de ses deux logiques va prendre le dessus, de la logique gestionnaire, ou d'une réappropriation des pouvoirs des médecins, dans cet équilibre fragile d'hybridation médico-économique. Dans l'esprit du législateur, la subsidiarité est source d'une plus grande marge de manœuvre, mais cette subsidiarité, donne tantôt, plus de pouvoir aux médecins et, dans le même temps, l'accroissement de la gestion, entraîne une perte de pouvoirs des médecins.

CHAPITRE 2 : LES POLES D'ACTIVITE MEDICALE, REVUE DE LITTERATURE SUR L'OBJET DE RECHERCHE

L'objectif de ce **CHAPITRE 2** est de présenter un état de l'art sur les pôles d'activité médicale, présentant les enjeux de gestion et d'organisation interne. La création de ces institutions internes constitue un grand changement organisationnel qui impacte l'hôpital sur différents niveaux, et soulève plusieurs enjeux. Dès le départ, la question de l'agrégation des pôles est primordiale dans un souci de cohérence. Mais les pôles questionnent également les attentes des différents acteurs, d'un côté le personnel soignant, en attente d'autonomie, et de l'autre l'administration, qui voit là l'occasion d'un contrôle de gestion accrue. Ce changement d'organigramme redistribue le rôle des acteurs, et pousse à une clarification de la répartition des pouvoirs, avec l'arrivée de la figure du médecin gestionnaire. La décentralisation et l'impératif de contrôle de l'activité vont conduire à l'arrivée de nouveaux outils de gestion et d'une nouvelle culture de gestion. Toutefois, nous verrons dans ce chapitre qu'entre l'intention de la loi et la réalité de la mise en place des pôles il existe un écart. Un écart qui se manifeste essentiellement autour de la délégation de gestion qui a des difficultés à se mettre en place. Cette revue de littérature va nous amener à conclure que le processus décisionnel est au centre des enjeux de la nouvelle gouvernance. Un sujet qui reste encore assez peu mobilisé dans la littérature.

Après la mise en place d'un financement en fonction de l'activité, dans l'optique d'assurer une équité de traitement entre public et privé (Bruant-Bisson, Castel et Panel, 2012), apparaît, en 2005, la nouvelle gouvernance des établissements publics de santé, qui repose sur deux principes. D'une part, la priorité est donnée au pilotage médico-économique, et d'autre part, l'application d'un principe de subsidiarité, où les décisions doivent être prises au plus près de la production de soins. Cela s'est traduit par la création de pôles cliniques et médico-techniques, un échelon plus large que les services traditionnels. La nouvelle gouvernance hospitalière accroît à la fois le pouvoir du directeur et de la communauté médicale dans la gestion des hôpitaux. L'implication de la communauté médicale au niveau du pilotage stratégique s'accroît avec la Commission Médicale d'Etablissement (CME). Le président de la CME devient le numéro deux du directoire (Flachère, 2015).

1 La création des pôles, une nouvelle unité de gestion

Les pôles ont été mis en place pour impliquer les médecins et les soignants dans la gestion médico-économique. Or, nous avons vu que la T2A et les contraintes budgétaires ont mis en évidence des contradictions entre les objectifs de soins et le contrôle des dépenses. Il semble alors que, puisqu'avec la T2A les recettes sont engendrées par l'activité médicale, il convient de responsabiliser les médecins et les soignants à la génération de recettes et de leur faire prendre conscience de l'impact financier de leurs décisions. Avec les pôles, le législateur espère donc que les médecins gestionnaires vont être capables d'innover pour trouver des solutions à ces contradictions (Vallet, 2012). En rapprochant la prise de décision du terrain, au plus près de l'activité de soins, il y a l'espoir d'une plus grande efficience médico-économique.

La création des pôles d'activité n'est pas la première tentative de découpage des établissements en centres de responsabilités et de départementalisation (Crozet *et al.*, 2008). En 1984, des premiers essais de management par objectif ont été menés, avec un découpage en départements qui s'est soldé par un échec. Ce qui fait de cet objet de recherche un élément particulièrement pertinent (Gavault *et al*, 2014).

C'est l'ordonnance du 2 mai 2005, qui constitue le volet gouvernance du plan hôpital 2007 qui institue l'organisation polaire, avant que la loi HPST du 21 juillet 2009 ne renforce et ne simplifie le fonctionnement des pôles d'activité. Ces pôles sont un regroupement de services cliniques, sujets à un contrat de pôle, déterminé par le directeur tel que mentionné par l'article L.6146-1 du code de santé publique. Ils constituent des regroupements d'activités médicales, ou médicotechniques, placés sous la direction d'un médecin chef de pôle. Il s'agit d'un bouleversement dans le fonctionnement interne des hôpitaux, puisque le pôle est devenu la seule forme d'organisation obligatoire, et donc, de fait, la nouvelle structure de référence (Flachère, 2015).

Si la création des pôles est issue des ordonnances de mai 2005, les établissements ont tardé à les mettre en place (Domy, 2012). Dans ce texte, visant à simplifier le régime juridique, était

prévue une période transitoire d'un an et demi et la plupart des établissements ont attendu la fin de cette période pour se constituer en pôle, à savoir le 31 décembre 2006 (Bendaira, Calmes et Glardon, 2012). En 2011, si 77% des établissements sont bien organisés en pôles seuls 21% d'entre eux disposent de contrats de pôle en cours. A cette période, selon la DGOS les délégations de gestion sont insuffisamment développées, ce qui témoigne de la difficulté à mettre en place cette subsidiarité attendue ; un manque qui serait à combler par un effort de pédagogie et de formation selon Vallet (2012). Cette délégation qui fait défaut pose problème, car il ne faut pas oublier que le pôle est un producteur de soins, et qu'à ce titre il est censé disposer d'une vraie responsabilité de gestion, à travers une délégation de gestion, une fongibilité des comptes et un intéressement. De fait, il est responsable de sa gestion, et son compte de résultat est l'expression de son action. Les pôles sont donc acteurs de l'amélioration de la performance, avec la responsabilité de mener à bien leurs actions, à travers une délégation dans les domaines de gestion qu'ils peuvent maîtriser. Les moyens dont ces pôles disposent ne sont pas liés à un compte de résultat, mais ils possèdent un budget fondé sur la situation du pôle, les objectifs fixés dans le projet de pôle et la situation de l'établissement. Ce budget intègre la performance attendue du pôle en terme d'activité, ou encore en terme d'optimisation des ressources (Penaud, 2008).

La culture du résultat, et les changements majeurs dans la gestion hospitalière ont un impact sur les pratiques, les organisations et la performance globale. Tous ces changements apparaissent dans un contexte d'obligation de résultats rapides pour conduire à terme la restructuration et le maintien de la valeur ajoutée des établissements (Penaud, 2008). La création des pôles se fait donc dans un contexte et un climat particuliers où les attentes sont grandes en matière d'efficience.

Concernant la composition des pôles, elle varie en fonction de la taille et des contraintes budgétaires de l'établissement. L'équipe du pôle, en plus d'un chef de pôle, comprend majoritairement un cadre paramédical. La mise en place effective de cadres administratifs ne concerne qu'un établissement sur trois en 2008 d'après l'enquête réalisée par Channet *et al.* *(*2009)[9]. S'ajoute enfin la place de directeur référent, devenu, dans de nombreuses structures

[9] Enquête réalisée au premier trimestre 2008 auprès de quinze établissements publics de santé volontaires. Cette enquête à été confiée par la DHOS auprès de l'association d'élèves de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP)

le directeur délégué. Ce dernier est le représentant de la Direction Générale auprès du pôle, il occupe principalement un rôle de communication, de relais d'information et d'accompagnement du pôle.

En matière d'organisation, l'équipe du pôle se réunit régulièrement lors de conseils de pôle élargis, ou encore de bureaux de pôle, qui ne concernent que l'équipe responsable. Ces instances informelles plus resserrées ont été mises en place pour permettre l'élaboration et la mise en œuvre des décisions relevant des pôles. Si l'existence de ces bureaux de pôle est toujours reconnue par la loi HPST, ce n'est plus le cas des conseils de pôle (Channet *et al.*, 2009). Si l'organisation en pôle s'impose aux établissements, il est laissé à leur discrétion le choix du nombre de pôles, leur composition, leur taille ainsi que leur dénomination dans un esprit de libre organisation (Flachère, 2015).

Ces réformes des établissements français sont inspirées des expériences étrangères, avec par exemple aux Etats-Unis le financement prospectif à l'activité qui est en vigueur depuis la fin des années 1960 ou encore au Royaume-Uni avec les Clinical Directorates, équivalent des pôles qui existent depuis la fin des années 1980 (Flachère, 2015). Jacobs (2005) montre les divergences de résultats selon le contexte national et en particulier les spécificités organisationnelles. La spécificité française se caractérise par le profil particulier des directeurs d'établissement, car ces postes sont réservés à des profils administratifs issus d'une formation unique à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP). Un choix qui peut contribuer à renforcer l'étanchéité entre la sphère médicale et la sphère administrative (Valette *et al.*, 2014). Un certain nombre de prérequis sont indispensables à la mise en place des pôles pour Guy Vallet, à commencer par un intérêt à agir reconnu. Celui-ci doit s'accompagner d'un système d'information décisionnel décentralisé, qui permette l'élaboration de tableaux de bord adaptés. Il est également nécessaire d'avoir une équipe administrative compétente et une réelle mise à disposition de moyens correspondants aux charges transférées. Ceci nécessite une acceptation par les directeurs « métiers » de leurs nouvelles fonctions, ainsi qu'une formation continue adaptée aux enjeux réels de cette déconcentration de gestion (Vallet, 2012). La création des pôles étant un sujet récent, les recherches françaises sont relativement isolées et dialoguent peu entre elles (Valette *et al.*, 2014). Ces recherches s'intéressent plutôt à l'appropriation des instruments de gestion (Bérard, 2013b ; Crémieux *et al.*, 2013 ; Bonnier *et al.*, 2013) et non à une résistance du corps médical. Une résistance qui serait relativement

absente, car le débat public en France sur le coût de la santé est plutôt ancien, et fait consensus. Un changement allant dans le sens d'une meilleure utilisation des moyens est perçu par les chefs de pôle comme une nécessité (Crémieux *et al.*, 2013).

2 Des pôles à la poursuite de différents objectifs d'efficience médico-économique

L'objectif des pôles est de responsabiliser les acteurs au plus près du soin et de décloisonner les sphères administratives, médicales et soignantes par la création de pôles cliniques et médico-techniques (Flachère, 2015). Cette volonté de création des pôles exprimée dans l'ordonnance du 2 mai 2005 est de « *médicaliser la gestion de l'hôpital en associant les médecins, les praticiens, à la gestion des grandes orientations* »[10]. Cette idée de gouvernance médico-administrative est réaffirmée dans la loi HPST, de juillet 2009, par la redéfinition du rôle des médecins chefs de pôle, qui ont pour mission de piloter les performances et les résultats de leur pôle (Gavault *et al*, 2014). Il est alors question de donner aux acteurs la capacité de décider par eux-mêmes, ce qui revient à diriger à la confiance (Vallet, 2012). Ce mouvement managérial de subsidiarité représente un réel changement de paradigme à l'hôpital (Vallet, 2012). Vallet explique que désormais, « *il est nécessaire de s'adapter à des acteurs de plus en plus sensibles à leur capacité à ne pas laisser à d'autres le soin de décider pour eux* ».

L'objectif poursuivi par cette nouvelle gouvernance réside donc dans le décloisonnement de l'hôpital pour favoriser la coordination entre médecins et responsables administratifs pour donner « *la priorité au pilotage médico-économique et transmettre l'autorité et les marges de décision aux échelons les plus proches de la production des soins* »[11] (Flachère, 2015). Le pôle est le garant du décloisonnement à l'hôpital, avec l'apparition du médecin gestionnaire, de collaborateurs soignants et administratifs. Il crée un lieu de rencontre, de discussion et de collaboration entre des mondes souvent opposés (Domy, 2012). Le pôle devient dès lors le « *cœur de la stratégie médicale et du pilotage opérationnel de l'établissement* » (DHOS, 2010, p.46). Dans un hôpital divisé entre différents mondes (Glouberman et Mintzberg,

[10] www.reformes-hospitalieres.com
[11] IGAS, L'hôpital, 2012

2002), le resserrement de la contrainte budgétaire du système de santé français explique le besoin de coordination accru entre ces différents mondes.

Finalement, pourquoi a-t-il fallu changer le management à l'hôpital ? Vallet (2012) répond à cette question en expliquant que ces changements s'inscrivent dans une vision systémique des réformes de l'époque : la mise en place d'un système de certification pour développer les bonnes pratiques et la qualité des soins ; la mise en place d'un nouveau système de tarification, la T2A ; le lancement du chaînage du parcours de soins des patients, l'organisation au travers des SROS (schéma régional de l'organisation des soins) ; ou encore la rénovation des bâtiments hospitaliers. Comme la réforme du financement plonge les établissements publics de santé dans la culture du résultat, au sens comptable, financier et opérationnel, il est nécessaire d'avoir des systèmes d'information et de pilotage adaptés. Le lien entre analyse, décision et action devient donc important et va être permis par la réforme de la gouvernance hospitalière qui va créer de nouvelles voies (Penaud, 2008). La mise en œuvre des pôles constitue alors l'élément central de l'évolution du management hospitalier. Et si celle-ci est souhaitée par le législateur, elle semblait attendue par les différents acteurs hospitaliers pour favoriser l'adaptation du système hospitalier à son environnement. Toutefois, ce nouvel organisme de gestion vient transformer les structures et les relations définies entre les différents acteurs (Nobre et Lambert, 2012), puisque l'idée est d'accélérer la réactivité et la prise de décision, au plus près des nécessités du terrain, et de responsabiliser les équipes. Le pôle est donc la synthèse entre la réforme du financement et la réforme de gouvernance où la volonté est d'apporter un raisonnement nouveau autour de la responsabilité de gestion. Dès lors, la décision, même médicale, doit intégrer les impératifs de gestion (Penaud, 2008).

La mise en œuvre des pôles n'est autre qu'un processus de mutation organisationnel dans une perspective stratégique (Nobre et Lambert, 2012). En effet, les pôles ont un rôle majeur à jouer dans la mise en place, et l'évaluation de la stratégie, parce qu'ils constituent les entités opérationnelles de cette stratégie, ils sont force de proposition dans le cadre d'une cohérence d'ensemble contrôlée par le conseil exécutif (Penaud, 2008). Le but, rappelons-le, a été d'associer les acteurs du terrain pour qu'ils prennent part à la réussite des réformes. Derrière l'idée de subsidiarité il est question d'imaginer que le « N » est capable de faire mieux que le « N+1 » parce qu'il est plus proche du terrain et moins sujet à la question de l'asymétrie

d'information (Vallet, 2012). Un nouveau dialogue de gestion s'installe, qui permet de mettre en œuvre ce principe de subsidiarité. Par ailleurs, en cas de décision centralisée nécessaire, la gouvernance polaire doit tout de même permettre un raccourcissement réel des circuits de décision et des arbitrages rapides rendant au plus vite aux chefs de pôles leur autonomie dans le cadre des délégations de gestion. La gouvernance déconcentrée doit conduire à une responsabilisation des acteurs, par une gestion au plus près du terrain. Elle légitime les décisions prises au niveau des pôles en associant les responsables médicaux et soignants, et en évitant les écueils d'une gestion trop centralisée (Domy, 2012). Cette transformation suit certains postulats : la délégation et la décentralisation de la prise de décision, l'instauration d'un pilotage médico-économique et la responsabilisation des acteurs (Nobre et Lambert, 2012).

La nouvelle organisation sanitaire doit permettre aux professionnels de santé de se repositionner par une responsabilisation des acteurs autour d'une plus grande efficacité de gestion, à la recherche d'une performance globale (Penaud, 2008). En matière d'organisation du soin, le pôle doit permettre d'orchestrer le circuit du patient autour de filières de prise en charge. Le pôle va pouvoir assurer la communication entre les services en son sein, mais également avec les autres pôles et ainsi établir des filières de soins. Une communication qui devrait garantir un enchaînement des étapes de prise en charge et une meilleure qualité de service, à travers une action coordonnée (Domy, 2012). En effet, l'équilibre financier n'est pas l'objectif final de l'hôpital, mais un moyen pour remplir ses missions, c'est l'expression des pratiques, des organisations et du management. Il est d'abord question d'une amélioration de la qualité des soins dans un schéma stratégique cohérent, axé sur le positionnement dans un environnement donné, la qualité des processus, la disposition de ressources adaptées (la formation des professionnels, la disponibilité des équipements), et enfin, la qualité des ressources (Penaud, 2008).

Le pôle a également pour objectif de devenir le facilitateur de la constitution d'une identité collective et d'une communauté d'intérêts, à un niveau inférieur que celui de l'établissement, plus proche du quotidien (Domy, 2012). Ainsi, l'objectif de la délégation de gestion était d'associer les médecins à la gestion. Du moins, cette notion était présente dans la réforme du 2 mai 2005, avant de s'estomper avec la loi HPST de 2009. Reste l'idée d'associer les chefs de pôle à la gestion des ressources de leurs pôles, avec la possibilité d'engager des dépenses

en fonction de la délégation de signature que le directeur d'établissement accordera (Bendaira, Calmes et Glardon, 2012).

Si les objectifs de la création des pôles semblent clairs, et sont entendus par de nombreux acteurs, la mise en place de ces organisations reste très hétérogène. En effet, comme nous l'avons évoqué, le déploiement de ces unités reste à la discrétion des établissements qui développent des logiques diverses. On retient que l'idée de regroupement de services répond à plusieurs logiques (De Pourvouville, 2010) :

- un effet d'échelle, qui permet la mutualisation des ressources humaines et des lits
- un encouragement à la coordination des services pour les rendre plus cohérents et optimaux
- une logique de transfert de la responsabilité des équilibres financiers sur les équipes médicales

3 Le découpage des pôles : un enjeu clé de la coordination de l'activité

Le découpage des pôles appartenant à l'établissement, la configuration polaire varie d'une structure à l'autre en fonction du projet et de la stratégie développés par l'établissement. Il n'en reste pas moins que la DHOS et l'ANAP (2010) posent un cadre en rappelant que l'établissement se doit de donner une taille critique aux pôles et se doit d'assurer la cohérence des structures internes. Différentes logiques entrent alors en jeu quant au regroupement des activités. Vont naître des pôles à vocation généraliste, à logique d'organe, à une filière de prise en charge particulière ou encore médicotechniques (Flachère, 2015). Plusieurs choix de découpages sont alors possibles outre la prise en charge et la filière de soins, par opportunités liées aux affinités personnelles ou à la proximité géographique (Bendaira, Calmes et Glardon, 2012). Pour comprendre comment se construit le pôle, n'oublions pas toutefois que le gouvernement nomme les directeurs d'ARS qui interviennent fortement dans la nomination des directeurs, qui nomment les chefs de pôle.

Toutefois ce découpage des pôles n'est pas figé, et pour certains auteurs, il doit être un processus vivant qui s'adapte en fonction des évolutions de la prise en charge et de l'établissement. La constitution d'un projet pertinent à travers le pôle semble corrélée à la

cohérence du découpage, qui doit permettre de dépasser les considérations seules des services, le tout dans une démarche participative et transparente. La question du découpage des pôles soulève plusieurs interrogations autour de la taille spécifique des pôles, des impacts budgétaires du découpage et de la place des pôles prestataires. Quand on parle de découpage du pôle, vient assez rapidement la question de la taille que celui-ci doit avoir. En théorie, selon Bendaira, Calmes et Glardon (2012) un pôle de taille critique doit être suffisamment grand pour conduire une politique de gestion, ils parlent d'une moyenne de 200 agents en Equivalents Temps Plein (ETP). L'enjeu du pôle doit être de garantir une logique de soins, axée sur la prise en charge du patient, la filière, l'organe et le parcours de soins, or cette logique est parfois concurrencée par d'autres, d'ordre pratique ou relationnel, ce qui voue à l'échec certains découpages et entraîne des redécoupages. En effet, la pression de l'injonction législative a poussé parfois à des découpages de fortune, et les enjeux de pouvoirs pour les chefs de services et les responsables de pôles ont entraîné des résistances. Comme le rappellent Bendaira, Calmes et Glardon (2012) l'aspect relationnel entre les différents chefs de services semble déterminant dans le découpage des pôles, pour des questions d'affinités ou d'antagonismes. Une considération qui n'est pas en lien direct avec le soin et qui entraîne parfois des découpages en décalage avec la logique du projet médical.

Vient ensuite la question de l'articulation avec les politiques institutionnelles conduites par l'établissement, le pôle se rapproche-t-il du modèle de la PME ou de la filiale ? (Penaud, 2008). La création des pôles n'aboutit pas à la création de *business units* rassemblées au sein d'un groupe hospitalier (Channet *et al.*, 2009). Les pôles-PME, sortes de petites entreprises indépendantes, sont pilotés à partir de leurs comptes de résultats, ce sont généralement des pôles chirurgicaux, mais ce mode de pilotage présente des limites. En effet, le pôle ne maîtrise pas tous les éléments constituant son résultat. Le pôle-PME est dans l'esprit novateur, et fortement responsabilisant, mais présente des limites pratiques. Les responsables de pôle ne disposent pas de la maîtrise des tarifs, l'augmentation de l'activité se heurte aux limites physiques de capacité d'accueil, c'est l'établissement qui est rémunéré et non le pôle directement, enfin un pôle ne maîtrise pas la chaîne d'ensemble de la prise en charge des patients. Dans le pôle-PME, la stratégie est centrée sur le seul lien entre activité et résultat économique, ce qui en réalité, à l'hôpital, a peu de sens. Penaud (2008) lui préfère donc le modèle pôle-filiale. Dans ce modèle, le pilotage est centré sur l'équilibre entre quatre axes stratégiques : la place du pôle dans un environnement donné, la qualité des processus de

soins, la mobilisation de ressources adaptées et enfin l'équilibre financier – qui n'est pas une fin en soi mais un moyen pour le pôle de remplir ses missions. L'idée d'un modèle entrepreneurial ne garantit pas pour autant une augmentation de la performance hospitalière (Channet *et al.*, 2009).

Si la volonté des pouvoirs publics était de décloisonner les services en les réunissant à travers les pôles, certains auteurs parlent d'un recloisonnement des pôles, ce qui se traduit par une perte en terme de transversalité (Bendaira, Calmes et Glardon, 2012).

Depuis la création des pôles, leur nombre a tendanciellement diminué, passant de 4000 en 2008 à 3458 en 2011. Cette diminution est due à certains redécoupages sur la volonté d'une plus grande cohérence avec le projet médical. Cette volonté de mieux dimensionner les pôles est notamment issue de la loi HPST de 2009 et de la demande de pilotage auprès des pôles. Tous les établissements ne sont pas passés au fonctionnement en pôles, notamment à cause du peu de recul sur cette pratique très nouvelle. En effet, 62% d'entre eux étaient en pôles en novembre 2006, et seulement 77% en 2011. Si les pôles constituent un acquis pour les établissements, ils doivent désormais définir les équilibres entre logique polaire et logique d'établissement pour assurer une cohérence institutionnelle (Bendaira, Calmes et Glardon, 2012).

La réussite du découpage passe par la conciliation de logiques de regroupement avec un suivi du fonctionnement et l'intégration du projet du pôle dans la mise en œuvre du projet médical d'établissement sans omettre l'association des personnels à la démarche, le tout en étant un processus vivant qui s'adapte aux évolutions. Par ailleurs, l'ouverture d'un nouveau bâtiment est parfois l'occasion d'un réajustement du découpage (Bendaira, Calmes et Glardon, 2012). L'IGAS recommande en 2010 une révision du découpage à échéances régulières tous les cinq ans.

Selon Channet *et al.*, (2009), l'attention portée au découpage des pôles est primordiale car il existerait une corrélation entre la logique de découpage retenue et les difficultés de management exprimées. En effet, selon ces auteurs le management par pôles se met en place

progressivement mais reste à stabiliser. Ce qui nécessite « *de réfléchir aux liens entre le pôle et les services qui le composent, ainsi qu'à une redéfinition parfois nécessaire du découpage polaire* » (Channet *et al.*, 2009, p.18).

4 L'apport de la création des pôles en question

Selon Havard, malgré les difficultés d'émergence des pôles « *l'histoire est en construction* » (2015). En effet, les pôles ont acquis progressivement une certaine visibilité dans les établissements (Flachère, 2014). Des éléments d'efficacité ont d'ailleurs d'ores et déjà été identifiés : un découpage des pôles en cohérence avec les orientations stratégiques de l'hôpital (Nobre & Lambert, 2012), des contrats de pôle négociés entre DG, directions fonctionnelles et chef de pôles (Angelé-Halgand, 2012), ou des rencontres qui facilitent l'émergence de représentations communes et d'apprentissages (Guicheteau & Maestre-Levèvre, 2008, Gouffé & Cargnello- Charles, 2014; Vallejo et al., 2014).

Le pôle est l'échelon pertinent d'organisation qui permet d'être l'intermédiaire entre un management par spécialité et un management centralisé. Il autorise le regroupement et la mutualisation des moyens et des équipements car il représente une masse critique suffisante pour mettre en commun des ressources, permettre une flexibilité voire une fongibilité des enveloppes (Domy, 2012). L'offre de concentration permet, par ailleurs, d'accroître l'implication des acteurs dans la gestion de ces unités (Bendaira, Calmes et Glardon, 2012). Les pôles bénéficient d'un masse critique plus opérationnelle que les services, permettent de mieux mutualiser les moyens (Penaud, 2008). Le pôle devient également un échelon pertinent de mesure de la performance, tant pour l'activité que pour les finances, et la qualité et la sécurité des soins, l'enseignement et la recherche (Domy, 2012). La mise en place des pôles s'est donc accompagnée d'un développement des outils de gestion et de comptabilité analytique qui a notamment permis de faire ressortir les pôles excédentaires ou déficitaires (Bendaira, Calmes et Glardon, 2012).

La nouvelle gouvernance, avec la contractualisation interne, la délégation de gestion et l'intéressement, donne des outils au service de la gestion responsable de proximité. Cette délégation de gestion par objectifs opérationnels est complétée par la mise en place d'une gestion par projets transversaux au niveau central (Penaud, 2008).

Pour autant, si l'objectif législatif de la création des pôles est clair et que l'on perçoit aisément les apports intrinsèques de cette nouvelle forme organisationnelle, il n'en reste pas moins que, la création des pôles s'est heurtée à de nombreuses difficultés.

5 Un contexte organisationnel particulier qui rend complexe la mise en place des pôles

Plusieurs logiques traversent l'hôpital, et en particulier les CHU : médicale, universitaire et gestionnaire. Il y a donc la logique médicale qui prédomine, avec la spécialisation des services, une prise en charge toujours plus pointue qui conduit à la multiplication du nombre de services. La logique universitaire qui permet la transmission du savoir, et la recherche. Et enfin, la logique gestionnaire qui répond à d'autres préoccupations : la poursuite de l'efficience qui doit passer par un regroupement qui favorise la mutualisation. Il existe donc là une antinomie frontale entre la logique médicale qui « sur-spécialise » et balkanise d'un côté et de l'autre la gestion qui prétend regrouper au maximum. En effet, en gestion l'esprit est davantage à l'économie d'échelle, le regroupement d'activités et la mutualisation des moyens (humains et matériels). Tandis qu'en médecine, au fur et à mesure que la recherche en santé avance, les activités sont de plus en plus divisées et spécialisées. Chaque médecin s'oriente sur une partie très spécifique de sa discipline. On est donc loin des logiques d'agrégations gestionnaires. La mise en place des pôles n'échappe pas à cette opposition conceptuelle. Toutefois, du fait de la sur-spécialisation médicale est apparue une obligation accrue de concertation multidisciplinaire, ce qui favorise une forme de conciliation. De plus, l'obligation de faire des recettes encourage les directeurs d'hôpitaux et les soignants à se préoccuper conjointement de ces questions économiques (Vallet, 2012).

La délégation de gestion au niveau des pôles, est un des principes forts du projet de la nouvelle gouvernance, toutefois, cette subsidiarité nécessite un capital de confiance qui n'a pas su être mis en place par les responsables (Vallet, 2012). Si, suivant la taille et les caractéristiques des établissements, ces transformations ne sont pas conduites et vécues de la même façon (Nobre et Lambert, 2012), il ressort des études un constat univoque, qui veut que la mise en place des pôles soit difficile. Ces organisations ne sont que peu, voire pas, devenues une entité de prise de décision plus déconcentrée, même si elles s'installent progressivement comme structure reconnue (Valette et al., 2015). L'une des principales difficultés qui ressort de la littérature quant à la délégation de gestion, est la résistance des directions fonctionnelles à donner aux pôles une pleine responsabilité managériale. D'après Guy Vallet, le personnel de direction est peu enclin à la délégation de gestion car, selon eux, le corps médical n'est pas en mesure de gérer, ne le souhaite pas, et n'a pas le temps ; en outre ils craignent que les médecins utilisent ce pouvoir pour servir leurs intérêts personnels (Vallet, 2012). Ainsi, peu ont compris qu'il s'agit avant tout d'un transfert de contraintes et qu'il faut parier sur l'intérêt à agir des acteurs concernés (Vallet, 2012). Par ailleurs, ces directions fonctionnelles voient leur rôle renforcé dans un contexte marqué par la pénurie de ressources financières et la mise en œuvre d'une tarification à l'activité véhiculant une vision économique des décisions médicales (Lartigau, 2009). Certains auteurs expliquent cette difficile délégation par un manque de confiance dans les pôles, et plus particulièrement, dans les médecins, à être des gestionnaires responsables de leur activité (Bérard, 2013a; Gavault et al., 2014). Par ailleurs, les médecins sont très attachés aux services, qui représentent une valeur de refuge pour eux (Bendaira, Calmes et Glardon, 2012). Le service reste l'unité de référence et est toujours très prégnant (Gavault *et al*, 2014). A ce titre, les établissements gagneraient à impliquer d'avantage le personnel soignant dans le découpage des pôles afin de créer un plus grand sentiment d'appartenance, et donc une implication plus forte (Bendaira, Calmes et Glardon, 2012). La délégation de gestion reste cependant, pour certains, encore vécue comme une perte de pouvoir. En effet, certains pôles rencontrent des difficultés à faire face à certains irréductibles chefs de service ou de département. Toute la difficulté du pôle est de faire travailler ensemble des acteurs qui ne s'entendent pas toujours, en leur enlevant une partie de leur leadership, ce qui rend leur réunion compliquée (Domy, 2012). Les pôles ont ainsi peu de marge de manœuvre. Une lacune qui les empêche de remplir leur rôle, notamment par manque d'information (Guicheteau et Maestre-Levèvre, 2009), par méconnaissance des choix stratégiques de l'établissement (Angelé-Halgand, 2012), par manque de compétences pour décider sur la base d'indicateurs médico-économiques et

finalement par difficulté à comprendre ce que signifie « délégation » (Bérard, 2013a; Dos Santos et al., 2014 ; Valette et al., 2015).

L'autre grande difficulté du pôle réside dans la mise en place d'outils supposés faciliter l'incursion des logiques médicales et gestionnaires. L'incomplétude de certains outils d'un côté (Guicheteau & Maestre-Levèvre, 2009) c'est le cas des CREA, ou au contraire l'excès d'indicateurs (Gouffé & Cargnello-Charles, 2014), ou encore l'opacité de leur construction, ne permettent pas aux pôles d'exercer les responsabilités qui leur sont normalement dévolues (Valette et al., 2015). Le pôle devient alors le réceptacle d'un contrôle purement économique de ses activités (Bérard, 2013a; Vallejo et al., 2014) sans que l'on assiste au travail de re-conception des méthodes de production de soins qui est attendu (Moisdon, 2010 ; Gavault et al., 2014).

L'idée d'un contrôle de gestion mettant en avant les pôles excédentaires ou déficitaires peut avoir tendance à diviser au sein d'une institution. Bendaira, Calmes et Glardon (2012) préconisent alors de la pédagogie, qui se ferait au travers des directeurs et *via* la contractualisation interne. Ce contrat signé entre le directeur d'établissement et le chef de pôle, engage les deux parties sur un certain nombre d'objectifs à atteindre, et des moyens pour y parvenir. Issu d'une discussion entre les deux entités, ce contrat permet de mieux rendre compte de l'activité d'un pôle que les notions d'excédents, qui ne correspondent pas toujours à l'activité médicale. En effet, certains pôles étant prestataires de services pour d'autres pôles, ils sont parfois déficitaires par nature, ne dégageant pas d'activité rémunératrice, mais participant à l'activité d'autres pôles. Une participation qui n'est pas comptabilisée dans leur bilan comptable.

Le découpage des pôles a par ailleurs posé la question de la taille des pôles, de la notion de pôle prestataire et des impacts budgétaires de ces découpages. Ainsi, certains médecins ont craint la constitution de pôles structurellement déficitaires. Une situation qui, sur l'appui des tableaux de bord laisserait à penser qu'il s'agit d'une mauvaise gestion, qui pourrait alors entraîner une diminution budgétaire. Par ailleurs, la plupart des établissements ont procédé à des redécoupages à cause de l'absence de taille critique de certains pôles, ou encore car le nombre de pôles était trop élevé. De plus, les établissements doivent constamment réviser leur

projet stratégique pour tenir compte des évolutions de l'Etat, des besoins de santé de la population, des technologies de prise en charge, de la démographie et des modalités de calcul financier (Bendaira, Calmes et Glardon, 2012).

Certains pôles peinent à exister sur le terrain. Quelques uns ont été créés officiellement mais avec peu d'effets, peut-être une forme de résistance de la part des acteurs craignant que cette nouvelle idée ne dure pas. Une meilleure perception des atouts des pôles pour les professionnels aiderait à leur bon fonctionnement. Certains agents continuent d'ignorer jusqu'à l'existence même des pôles ou du moins leur modalité de gouvernance. De plus, l'organisation globale des soins, de formation et de recherche pousse à poursuivre la construction de stratégies de développement au sein des services, ce qui limite le développement des pôles, qui doivent prouver leur légitimité. Le rapport Fourcade de 2011 montre d'ailleurs que la majorité des établissements de santé n'ont pas de contrats de pôle. Ce qui remet en question la place de la délégation de gestion, qui s'en retrouve souvent réduite, voire inexistante. De ce point de vue, le pôle n'a pas révolutionné le fonctionnement des établissements publics de santé, contrairement aux attentes (Domy, 2012).

Pour exister, le pôle doit reposer sur un lien, réel et démontré, entre le résultat financier du pôle et son action. Il doit, par ailleurs, questionner son attractivité à l'égard des compétences professionnelles médicales et non médicales, dans un contexte démographique tendu, son attractivité à l'égard des patients, de leurs familles, des médecins de ville, son aptitude à équilibrer ses missions de soins, d'enseignement et de recherche pour ceux qui ont une vocation hospitalo-universitaire (Penaud, 2008).

Pour Penaud (2008), certains pôles qu'il qualifie de « *pôles-PME* », se heurtent à la difficulté d'un pilotage par les résultats. Il explique que les responsables de pôle ne disposent pas de la maîtrise des tarifs, la possibilité d'un fort développement d'activité reste en partie théorique et les capacités réelles d'hospitalisation butent sur la limite physique d'accueil de l'hôpital. Il est, par ailleurs, contraint par le territoire dans lequel il se situe, potentiellement concurrentiel, et l'accroissement des moyens disponibles par augmentation d'activité ne vaut que si les dépenses engagées sont inférieures aux recettes. Quand il y a activité, c'est l'établissement qui est rémunéré et non pas le pôle directement. Par une série d'actions internes cette

rémunération est réattribuée à chaque pôle, tout comme les dépenses indirectes sont ventilées en fonction de clés de répartition purement internes. Ainsi, en fonction des critères internes et des clés de répartition, un même pôle peut avoir un résultat excédentaire ou déficitaire. Dès lors, pour Penaud (2008) le compte de résultat par pôle ne peut être qu'un outil de discussion et non un outil de pilotage en tant que tel. Il doit être manipulé avec prudence. Le pilotage en mode pôle-PME pose la question de la maîtrise de la chaîne d'ensemble de la prise en charge des patients. La gestion par compte de résultats peut conduire à une balkanisation nouvelle de l'établissement. Le choix d'activités dites plus rentables, avec l'achat de prestations médico-techniques, entraîne un problème de cohérence entre la situation économique de l'établissement et celle du pôle. Ce qui pose la question du sens de la délégation de gestion dans un établissement en déficit (Penaud, 2008). De plus, le niveau de connaissance et d'appropriation de la nouvelle gouvernance par le personnel soignant est mince, ce qui se traduit par une faible association du personnel aux décisions (Channet *et al.*, 2009). En résumé, les injonctions tutélaires ne s'implémentent pas facilement dans une institution où les pouvoirs sont partagés.

6 Un grand travail de redéfinition des rôles imposé par une nouvelle organisation interne

La nouvelle gouvernance associée à la tarification à l'activité sous-entend un grand bouleversement des rôles au sein de l'hôpital. Avec l'arrivée de médecins gestionnaires, et par la délégation de gestion, le pouvoir se répartit différemment au sein de l'institution et les attentes de chacun des rôles évoluent. En effet, la création des pôles, innovation organisationnelle, aboutit à une reconfiguration des rôles entre les membres du pôle : médecins chefs de services, chefs de pôle, cadres de santé, administratifs, etc. (Gavault *et al.*, 2014). L'un des principaux changements est que les soignants prennent conscience qu'aucun acte ne saurait être dispensé gratuitement et les directeurs, quant à eux, qu'il convient de renforcer le sens de la responsabilité des acteurs. Plusieurs articles s'intéressent à la place des acteurs dans ces réformes, que ce soient les questions de rôle, de compétences, d'identité, d'implication ou encore les enjeux d'appropriation des logiques et des pratiques de gestion

par les professionnels de santé. C'est notamment au travers de l'étude des acteurs qu'apparaît la notion d'hybridation, entre les logiques gestionnaires et médicales (Valette et al., 2015).

La nouvelle gouvernance prescrit de nouveaux rôles, à mi-chemin entre la clinique et la gestion, puisqu'une partie des médecins et des cadres de santé est désormais responsabilisée sur la gestion de pools de services (Flachère, 2015). L'objectif des réformes récentes du système de soins est bien de responsabiliser les acteurs des établissements publics sur des objectifs d'amélioration de la performance médico-économique (Bonnier *et al.*, 2014).

Si les effectifs du pôle ne sont pas encore stabilisés, que les modalités concrètes de l'accompagnement des pôles et le soutien des équipes exécutives restent encore à développer, les évolutions récentes, et notamment la loi HPST apportent certaines réponses. Un décret[12] précise les conditions de désignation des responsables de pôle et leur attribue une indemnité forfaitaire de fonction. De même, un autre décret[13] attribue une prime aux assistants des responsables de pôle. Enfin, la loi HPST confie au praticien responsable une autonomie de gestion renforcée pour organiser le fonctionnement du pôle (Channet *et al.*, 2009).

Un pan de la littérature insiste sur la place centrale du leadership du médecin dans l'amélioration de la performance (Dent, 2006 ; Kirkpatrick *et al.*, 2009). Leur idée est qu'il existe un lien entre le niveau d'engagement des médecins et la performance de l'établissement. Le médecin-manager serait une sorte de « héros » capable à lui seul de concilier les impératifs gestionnaires et médicaux. Ce point de vue, selon lequel un seul acteur hégémonique serait responsable du processus d'institutionnalisation des pôles est remis en question (Ben Slimane, Leca, 2010). En effet, cette vision tend à occulter la place de l'action collective, comme le rappellent Denis *et al.* (2012) : le changement institutionnel ne repose pas sur les seules épaules du médecin-manager mais sur l'engagement de la communauté médicale et soignante dans son ensemble. De surcroît, avec la loi HPST, les médecins qui bénéficiaient jusque là d'une place privilégiée voient la nature de leurs relations et la teneur de fonctions modifiées. Il est désormais attendu qu'ils s'impliquent davantage dans la gestion (Gavault *et al*, 2014).

[12] Décret n°2008-805 du 20 août 2008
[13] Décret n°2008-840 du 22 août 2008

Il ressort de ces changements que les acteurs périphériques moins encastrés[14] et moins privilégiés sont plus imaginatifs et motivés par le changement car ils en perçoivent des gains potentiels plus importants. C'est le cas des cadres qui s'impliquent fortement dans le pilotage des pôles (Hardy, Maguire, 2008 ; Gavault *et al*, 2014). Tandis que les acteurs haut placés, ou « *élites* » ont un intérêt à déstabiliser l'institution qui menace leur position (Lawrence, Suddaby, 2005 ; Gavault *et al*, 2014). Le pôle redessine l'organisation et les chefs de service, qui étaient seuls dirigeants, ont perdu l'étendue de leur spectre décisionnel. Les ressources leur sont plus difficiles à obtenir et l'arrivée du pôle représente une perte substantielle de pouvoir. Certains médecins n'hésitent pas à menacer de saisir directement l'ARS afin d'influencer la décision du chef de pôle. La redistribution des pouvoirs entraîne une modification profonde des relations entre acteurs du pôle (Gavault *et al*, 2014). Et ce sont bien les intérêts de ces acteurs et les enjeux politiques entre groupes professionnels qui expliquent le faible couplage entre systèmes de gestion et activité (Covalseki *et al.*, 1993 ; Lapsley, 1994 ; Bonnier *et al.*, 2014). Or, désormais la gestion n'est plus l'apanage des seuls administratifs (Flachère, 2015). Pour autant, comme le rappellent Valette et Burellier (2014), l'adoption de rôles de gestionnaires par les professionnels du soin n'est pas toujours évidente.

Désormais, les professionnels médicaux et paramédicaux acquièrent une place nouvelle dans l'organisation. On peut parler d'émergence de professionnels-gestionnaires : des médecins et des cadres de santé qui acquièrent des responsabilités de gestion inédites (Flachère, 2015). Par ailleurs, la loi HPST a reconfiguré les rôles à l'hôpital, en renforçant le rôle du directeur, et en affirmant la place des chefs de pôles dans le pilotage de l'activité et dans la participation aux processus décisionnels. La loi HPST introduit une hiérarchie fonctionnelle entre le niveau de décision institutionnel et celui de proximité (Lachenaye-Llanas, 2012), ce qui est une nouveauté conséquente. Ce rôle hiérarchique est tenu par le trio de pôle, composé du médecin chef de pôle, du cadre supérieur de santé et du cadre supérieur administratif. Le chef de pôle s'introduit entre les chefs de service et le couple DG-CME, le cadre supérieur de santé entre les cadres de proximité et la direction des soins, et enfin le cadre administratif entre le

[14] Dans la théorie néo-institutionnelle l'acteur encastré est un acteur dont le comportement est totalement déterminé par les institutions. Ici, il est donc question d'acteurs moins encastrés, plus libres vis-à-vis des institutions.

personnel non médical et la direction des ressources humaines (ou direction de site éventuellement).

Ainsi l'une des premières conséquences de la loi HPST et de la nouvelle gouvernance réside dans le renforcement des pouvoirs de la Direction Générale des établissements.

6.1 Le directeur et les directions fonctionnelles replacés au centre de la décision

Les compétences du directeur d'établissement se sont renforcées puisque l'essentiel des pouvoirs jusqu'alors détenus par le conseil d'administration lui est transféré. Il se voit alors investi d'une fonction de conduite de la politique générale des personnels et des champs de compétence qui peuvent s'ordonnancer autour de cinq champs : stratégique, social, financier, juridique et de nomination de l'ensemble des acteurs (Lachenaye-Llanas, 2012). Il dispose d'une compétence générale dans la conduite de l'établissement : il est l'ordonnateur de l'état de prévision des recettes et des dépenses, il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile, il agit en justice au nom de l'établissement et exerce son autorité sur l'ensemble du personnel. Il dispose également de compétences de gestion après concertation du directoire dans le domaine de la stratégie de l'établissement, de la politique de qualité et des finances. Enfin, il dispose d'un pouvoir de nomination, avec le président de la CME, des chefs de pôle et de leurs collaborateurs ainsi que des praticiens hospitaliers. Le centre national de gestion (CNG) dote ainsi le directeur de nouveaux moyens pour adapter les recrutements aux besoins par le renforcement de l'autorité du directeur sur les médecins. Il reste encadré du fait du statut public de l'hôpital et de l'organisation de la politique nationale de santé et ses actions sont contrôlées par le directeur de l'ARS, qui établit le profil de poste, propose la nomination du directeur, valide les objectifs du directeur et l'évalue annuellement. La loi HPST introduit la possibilité pour l'ARS de révoquer le directeur à tout moment. Le directeur a autorité sur l'ensemble du personnel, dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé. Il n'intervient pas dans l'organisation des soins médicaux et paramédicaux, qui reste le domaine exclusif des médecins et des soignants. La loi HPST replace ainsi le directeur d'hôpital à sa place de chef de l'établissement en le replaçant

sur un niveau de pilotage stratégique. Ce pilotage stratégique au niveau opérationnel est désormais assumé par les pôles (Flachère, 2015).

Le directeur de l'hôpital est assisté dans sa fonction, d'un directoire, dont il est le président, et de son directeur adjoint, le président de la CME, auxquels s'ajoute le président de la commission des soins infirmiers. Le directoire est donc une instance à majorité médicale, ce qui offre aux médecins un nouveau champ d'action (Flachère, 2015). La communauté médicale est donc directement impliquée dans la gestion de l'hôpital ce qui change la dynamique et les rapports de force entre les différents acteurs dans la gestion de l'hôpital (De Pouvourville, 2010). Les membres du directoire sont nommés par le directeur, il est nécessaire de le rappeler. Les décisions prises restent celles du directeur, ce directoire est d'avantage un lieu d'échange de points de vue gestionnaire, médicaux et soignants qu'une instance décisionnelle à proprement parler (Flachère, 2015). Ainsi la CME s'est réorientée vers une contribution à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que sur les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (Lachenaye-Llanas, 2012).

Dans toute cette rénovation du système managérial, les directeurs de soins ont également un rôle à tenir, qui, en théorie, ne devrait plus être celui de supérieur hiérarchique des équipes soignantes, qui sont sensées répondre directement au chef de pôle (Vallet, 2012). Le directeur de soins voit son rôle s'orienter vers la prise en charge du patient et la qualité des soins prodigués. Quelque part cette reconversion doit anoblir leur fonction en faisant rentrer cette fonction dans le top management.

Un directeur référent par pôle est nommé. Ce membre de l'équipe de direction est chargé de veiller à la cohérence des décisions du pôle par rapport au projet d'établissement (Penaud, 2008). Sa position peut être difficile d'une part du point de vue de ses relations avec les directions fonctionnelles et de leurs disponibilité (Channet *et al.*, 2009).

Toutefois, les résultats sont émergents sur ce sujet, et la littérature s'est avant tout intéressée aux comportements des médecins et à leur positionnement, alors que la question de

l'évolution des rôles de gestionnaires traditionnels n'a été que peu abordée. Si médicaux et soignants se sont peu à peu positionnés comme des acteurs légitimes de la gestion, se pose la question de l'évolution des directions fonctionnelles. En effet, s'il y a délégation de gestion et appropriation du rôle de gestionnaire par les médecins et les cadres de santé de pôle, comment les directions fonctionnelles doivent-elles évoluer dans leurs fonctions ? Flachère (2015) suggère de mieux penser les missions respectives des chefs de pôle, cadres de santé de pôle et directions fonctionnelles. L'évolution de la gouvernance interne de l'hôpital force à une clarification et une redéfinition des rôles de chacun.

6.2 Le médecin chef de pôle, au cœur de la nouvelle organisation

Le chef de pôle est nommé par le directeur d'établissement sur proposition d'une liste établie par le président de la CME et le directeur de l'UFR dans les CHU. Dès lors, il existe un lien hiérarchique entre le chef de pôle et le chef d'établissement, qui se légitime au regard des délégations de gestion et de signatures éventuelles. Ces deux acteurs sont d'ailleurs les seuls cosignataires du contrat de pôle (Lachenaye-Llana, 2012).

La nouvelle gouvernance apporte un engagement croissant du chef de pôle dans les activités de gestion de l'hôpital. Là, où l'ordonnance de 2005 attribuait des rôles essentiellement techniques, le chef de pôle devient, avec la loi HPST, responsable de l'ensemble du fonctionnement du pôle *via* un rôle dans la gestion des ressources humaines et, dans une moindre mesure, la gestion des budgets par la délégation de signature du directeur (Flachère, 2015). A ce titre, il passe de responsable de pôle dans les ordonnances de 2005, à chef de pôle avec la loi HPST (Lachenaye-Llanas, 2012). La redéfinition du rôle du responsable du pôle, en chef de pôle, par la loi HPST, devrait faire de celui-ci un *clinical manager*. Le but étant d'offrir au pôle, une dimension managériale renforcée, et une plus grande légitimité dans la gouvernance des établissements, par l'exercice d'une réelle autorité fonctionnelle (Channet *et al.*, 2009). Avec la loi HPST, le positionnement hiérarchique du chef de pôle évolue. Il n'est plus hiérarchiquement indépendant, puisqu'il est nommé par le directeur, sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la CME, pour une durée de 4 ans renouvelable (Flachère, 2015).

En effet, c'est la loi HPST qui pose le cadre des attributions des chefs de pôle, et définit les domaines dans lesquels ils peuvent intervenir. A charge, ensuite, aux établissements, de décider de l'étendue des missions des chefs de pôle. D'après la loi, le chef de pôle a pour mission générale de mettre en œuvre la politique d'établissement au sein de son pôle et d'organiser le fonctionnement du pôle, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle. Il a un rôle majeur en matière de ressources humaines, qu'il doit affecter en fonction de l'activité du pôle. Il intervient en particulier dans l'affectation et la gestion des mouvements des personnels médicaux et non médicaux comme défini par la loi HPST[15] :

- Gestion du tableau prévisionnel des effectifs et répartition des moyens humains entre les structures internes du pôle
- Gestion des tableaux de services des personnels médicaux et non médicaux
- Définition des profils de poste des personnels médicaux et non médicaux
- Proposition au directeur de recrutement de personnel
- Affectation des personnels au sein du pôle
- Organisation de la continuité des soins
- Participation à l'élaboration du plan de formation des personnels

Les chefs de pôle organisent également la concertation entre les différentes catégories de personnel au sein du pôle. Ils deviennent un relais incontournable entre les instances de pilotage et les pôles, via une légitimité renforcée par la loi HPST. Ils participent à la mise en œuvre des orientations stratégiques de l'hôpital en favorisant l'adhésion des personnels, avec le soutien de la direction. Ils ont également un rôle d'impulsion dans la conduite des projets, qu'ils relayent auprès des institutions (Channet *et al.*, 2009). Le responsable de pôle, traduit ainsi la stratégie en actions concrètes : médicales, soignantes et managériales, avec l'aide du cadre de santé (Penaud, 2008). Il peut engager des dépenses dans des domaines spécifiques lorsqu'il y a délégation de signature de la part du directeur concernant les dépenses de crédits de remplacement, de médicaments, d'hôtellerie, d'entretien et de réparation et enfin de formation de personnel. Les chefs de pôle sont par ailleurs membres de la CME (Flachère,

[15] Vadémécum « La loi HPST à l'hôpital, Les clés pour comprendre » sur le site Solidarités-santé consultable sur http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_loi_HPST.pdf

2015). Ainsi, le chef de pôle acquière des responsabilités de gestion bien plus larges que celles d'un chef de service en tant que pilote des centres opérationnels de l'hôpital (DHOS et ANAP, 2010, p.38).

Le chef de pôle exerce sa fonction en sus de son activité médicale, il reste avant tout un médecin dont la formation initiale est exclusivement en médecine et donc étrangère aux problématiques de gestion. Le directeur propose aux chefs de pôle une formation à l'exercice de leurs nouvelles fonctions dans les deux mois suivant leur nomination dans le domaine de la gestion budgétaire et financière, le pilotage médico-économique, la gestion des ressources humaines ou encore la conduite du changement (Flachère, 2015).

Les chefs de pôle sont la cible privilégiée des recherches sur les pôles, notamment à travers le prisme des tensions et des contradictions de leur positionnement mixte, avec la question du travail identitaire mené par les médecins-gestionnaires (Burellier, 2011). Beaucoup de questions se posent en effet sur l'appropriation ou non de ce rôle nouveau. Cette appropriation est d'autant plus complexe que l'identité des chefs de pôle reste avant tout médicale et qu'ils est attendu d'eux qu'ils s'approprient tout de même des logiques économiques. Ils sont alors enrôlés dans la gestion par le biais des instruments de gestion et par l'intervention d'autres acteurs. Toutefois, si la transition vers un rôle de chef de pôle ne se fait pas sans difficulté elle semble tout de même en cours bien que les mécanismes de cette transition, les freins et les leviers en soient encore peu documentés (Flachère, 2015). Par ailleurs, certains chefs de pôle conservent un rôle traditionnel et contraignent l'organisation à s'adapter à des conceptions individuelles de leur rôle (Burellier &Valette, 2011). Fiore et Sampieri-Teissier (2011) mettent quant à eux en avant la faible autonomie des chefs de pôle en matière de contrôle de gestion. L'implication des médecins est, elle, affectée différemment par l'accroissement de la pression budgétaire : lorsqu'elle est exercée par l'administration, on observe une baisse de l'implication affective, lorsqu'elle l'est par les médecins, on observe une augmentation de l'implication calculée (Georgescu et Commeiras, 2012). Les chefs de pôles sont face à des tensions de rôles, liées aux multiples définitions de la performance, aux différentes formes de loyauté, aux problèmes d'organisation du temps, du travail et aux valeurs (Burellier et Valette, 2011 ; Valette et Burellier, 2014). Or, l'adaptation des médecins aux problématiques de gestion est indispensable pour que les chefs de pôle mènent à bien leur mission.

Par ailleurs, les responsables de pôle regrettent le manque de temps qu'ils ont à accorder à cette fonction, mais également le manque d'autorité et de reconnaissance auprès des membres du pôle, en particulier des chefs de services (Channet *et al.*, 2009). Enfin, par manque de motivation (Hardy et Maguire, 2008 ; Gavault *et al*, 2014) ou de temps, les chefs de pôle s'investissent parfois peu dans la gestion du pôle, ce qui en altère le processus.

Par ailleurs, fidèle à son esprit de libre organisation, la réforme de la nouvelle gouvernance n'a pas fixé de cadre précis en matière de management du lien entre pôles et services, et la marge de manœuvre laissée aux établissements, aboutit à une grande diversité des situations. En effet, certains établissements ont supprimé leurs services, pour les remplacer par des unités médicales. Ce qui a pour effet de renforcer l'autorité du chef de pôle. Pour d'autres, le service reste l'entité de référence d'une spécialité médicale et universitaire. La loi HPST propose tout de même au chef de pôle de nommer les chefs de services, ainsi, sans supprimer les services, cela permet d'appuyer l'autorité du responsable (Channet *et al.*, 2009).

Aussi, les médecins ont-ils prêté peu d'attention à la réduction des coûts et à l'organisation qui mobilisent des compétences de gestion qu'ils n'ont pas et considèrent comme secondaires. Certains ont par contre vu dans les pôles un espoir de renforcement de leur autonomie professionnelle. Ils espéraient ainsi maintenir ou développer leur pouvoir sur la gestion de leur activité avec, comme seules contraintes, les normes professionnelles et le jugement des pairs. Leur attention s'est alors principalement focalisée sur la croissance de l'activité et sur la possibilité de réinvestir les résultats positifs dans le développement de leurs activités. Ces objectifs étaient en effet cohérents avec leurs compétences professionnelles, mais avec le temps, ils ont perdu leurs illusions. En effet, les recettes dégagées par un pôle ne leur reviennent pas nécessairement sous forme d'intéressement, ou comme enveloppe d'investissement. Elles sont agrégées et fondues, et les retombées sont réparties au sein de l'établissement, souvent à destination des pôles en difficulté. Pierre-Henri Bréchat *et al.* le démontre bien : « *Dans nombre d'établissement, et toujours pour des raisons financières, l'intéressement promis n'a pas pu être mis en place.* » (Bréchat *et al.*, 2010).

6.2.1 Le contrat de pôle, outil majeur du pilotage des pôles, et de la coordination Directeur Général/ Chef de pôle

Le chef de pôle est lié au directeur par la signature d'un contrat de pôle qui dure le temps de sa nomination. L'ordonnance du 02 mai 2005 précise ainsi : *« Le contrat négocié puis cosigné entre le directeur et le président de la commission médicale d'établissement, d'une part, et chaque responsable de pôle d'activité, d'autre part, définit les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens et les indicateurs de suivi des pôles d'activité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat. La délégation de gestion fait l'objet d'une décision du directeur. Les conditions d'exécution du contrat, notamment la réalisation des objectifs assignés au pôle, font l'objet d'une évaluation annuelle entre les cosignataires selon des modalités et sur la base de critères définis par le conseil d'administration après avis du conseil de pôle, de la commission médicale d'établissement et du conseil exécutif. »*

Le contrat de pôle devient dès lors le mode relationnel entre la direction et les pôles. Ce contrat est construit par une démarche itérative entre le pôle et la direction, via un dialogue de gestion. Il sert de cadre à l'élaboration du projet du pôle en cohérence avec le projet d'établissement et les projets des autres pôles. Il établit les objectifs stratégiques et les moyens à disposition du pôle, ainsi que la nature et la portée des délégations de signature, assortis d'indicateurs de résultat. La contractualisation interne est un outil qui a pour but de responsabiliser le chef de pôle, dans l'esprit de la loi HPST. Les délégations de signature accordées par le directeur sont alors perçues comme un levier essentiel permettant aux chefs de pôle de renforcer leur leadership. L'organisation de réunions de dialogue de gestion dans le cadre des contrats de pôle est également supposée construire la responsabilisation du chef de pôle. On note également, la possibilité de mettre en place une politique d'intéressement en fonction des résultats (Flachère, 2015). Ce contrat regroupe des objectifs de qualité avec les indicateurs IPAQSS ; des objectifs d'activité avec le nombre de journée d'hospitalisation, le taux de rotation des lits, l'hospitalisation à domicile ou encore le nombre d'actes et enfin des objectifs budgétaires à travers l'EPRD, les CREA, ou encore avec des indicateurs comme les crédits délégués, les dépenses en GDD (gestion des demandes), ou enfin les dépenses en pharmacie par exemple. Il résume également les ressources à disposition du pôle, tant les modalités de gestion budgétaire que les délégations de signatures.

6.3 Le cadre de santé, coordinateur des activités paramédicales

Le chef de pôle est assisté dans ses missions d'un cadre de santé supérieur de pôle. Le cadre de santé de pôle coordonne les activités paramédicales et encadre les cadres de santé de proximité de l'ensemble des unités qui constituent le pôle. Ce cadre est soumis à deux types d'autorité : fonctionnelle et hiérarchique. Il est sous l'autorité fonctionnelle du chef de pôle mais reste sous l'autorité hiérarchique du directeur des soins et est nommé collaborateur par le chef d'établissement après proposition du chef de pôle. Le cadre de santé se trouve alors dans une situation inédite de responsabilité puisqu'il passe d'une logique d'application des décisions à une logique de responsabilité où il est le décisionnaire au niveau du pôle, ce qui constitue un changement important (Flachère, 2015). En effet la DGOS (2008) voit dans le cadre de santé comme un manager de pôle, aux côtés du chef de pôle.

La DGOS (2008) spécifie les grands domaines d'activité du cadre de santé :

- La gestion des ressources humaines paramédicales au niveau du pôle
- L'organisation des soins et des activités du pôle
- La déclinaison du projet de soins institutionnel au niveau des équipes
- La mise en œuvre de la démarche qualité et de l'évaluation des pratiques professionnelles au niveau du pôle

Ce cadre constitue ce que l'on appelle le trio de pôle avec le cadre administratif et le chef de pôle. Il est particulièrement impliqué dans le management des pôles et de leur organisation, dans la mise en œuvre des politiques d'établissement et de pôle. Ce qui les conduit à participer activement en ce qui concerne les soins, l'élaboration du projet de pôle, la contractualisation, et l'analyse et les décisions médico-économiques (Flachère, 2015). Il joue un rôle fondamental d'anticipation des besoins des patients, et contribue à changer les associations normatives et à coupler les nouvelles pratiques avec d'anciennes (Gavault *et al*, 2014). Toutefois, la loi HPST laisse de côté le détail des missions du cadre de santé de pôle, qui est pourtant un membre essentiel du pilotage du pôle. La création des pôles d'activité s'est accompagnée de celle de cadre de santé de pôle. Si, avec la loi de 2005, le chef de pôle était

assisté dans ses fonctions par un cadre administratif et un cadre de santé de pôle, la loi HPST ne rend plus obligatoire la collaboration du chef de pôle avec un cadre de santé et un cadre administratif. Dans les faits le cadre de santé reste le collaborateur privilégié du chef de pôle (Flachère, 2015).

Le cadre de santé du pôle reste spécifique, il est supposé travailler en binôme avec le chef de pôle et s'autonomiser de la direction des soins et être responsabilisé sur des aspects gestionnaires nouveaux (Flachère, 2015). Ce qui pose là encore la question de l'appropriation du rôle de cadre de santé. Toutefois, cette appropriation semble facilitée car l'encadrement soignant a compris que le pôle lui permet de gagner en autonomie par la délégation aux pôles de la nomination des cadres supérieurs (Bendaira, Calmes et Glardon, 2012). De surcroît, selon Guy Vallet, ce sont les cadres supérieurs de santé qui sont les grands gagnants de la mise en place des pôles, puisqu'ils sont désormais en charge du quotidien du patient, et sont garants du système (2012). Ainsi, les cadres de santé semblent favorables aux pôles (Gavault *et al*, 2014).

On note d'ailleurs, chez les cadres, la création d'une entité collective qui reste hétérogène face à la mise en œuvre des réformes (Divay et Gadea, 2008). Cependant, une grande part de la mise en place de la nouvelle gouvernance étant laissée aux établissements, il n'existe pas de pratiques standard, ni même d'uniformisation des pratiques. Ainsi, dans la littérature s'intéressant à l'évolution du travail des cadres de santé le positionnement nouveau de ces acteurs fait débat. Pour certains auteurs l'activité de gestion formalisée (gestion de projet, information des tableaux de bord) est considérée comme occupant un temps croissant, ne laissant pas de place pour « penser le travail » (Detchessahar et Grevin, 2009). Pour d'autres, c'est l'activité de résolution de problème à court terme qui reste l'activité principale, l'activité de gestion formalisée se retrouvant au second plan du travail et des préoccupations des cadres (Coulon, 2011). Si de nouvelles compétences en gestion et organisation des flux de biens et personnes sont développées, il n'en reste pas moins que ce sont les compétences traditionnelles de soins qui légitiment les acteurs du soin (Dumas et Ruiller, 2013). D'ailleurs Bouret (2008) montre que les activités de conception des cadres, consistant à « penser le travail », sont pratiquées en « temps caché », ce qu'il qualifie de travail « invisible ». Il semble alors que la gestion soit une activité cachée du soignant ce qui soulève une question plus large sur l'identité de ces soignants face à la gestion. Pour certains auteurs il s'agit d'une

fragilisation identitaire (Pouvourville, 2010) ou au contraire d'un renforcement de l'identité professionnelle (Rivière *et al.*, 2013), ou encore, d'autres font état du faible impact sur l'identité des médecins (Valette & Burellier, 2014).

Le tournant gestionnaire que connaît l'hôpital aujourd'hui aurait selon certains auteurs un impact important et négatif sur le travail des cadres de santé (Detchessahar et Grévin, 2009). Les méthodes de management auraient un impact délétère pour le personnel soignant (Grévin, 2012). Les cadres de santé seraient conduits à délaisser l'encadrement de terrain au profit de l'alimentation de machines de gestion impersonnelles et lointaines. Un constat souligné par Divay et Gadea (2008) ainsi que Dumas et Ruillier (2011). Pour d'autres, comme Coulon (2011) l'activité principale des cadres de santé est au contraire bien l'organisation des soins et non pas le contrôle de gestion. Ce qui rejoint l'idée que les injonctions à la gestion que subissent ces cadres sont contraires à leurs valeurs (Rivière *et al.*, 2013).

6.4 Le cadre administratif, un conseiller de gestion en devenir, aux profils hétérogènes

Dernier membre qui compose le trio de pôle, l'encadrement administratif attend une définition plus claire des compétences nécessaires à leur nouveau rôle de collaborateurs du chef de pôle (Bendaira, Calmes et Glardon, 2012). Le cadre administratif devrait être un « conseiller de gestion », de profil gestionnaire et hiérarchiquement rattaché à la direction du budget et du contrôle de gestion, mais fonctionnellement sous la direction du chef de pôle. Il est sensé être le garant de la cohérence des méthodes et de la mise en œuvre des projets (Penaud, 2008).

Dans certaines structures, le cadre administratif est très impliqué dans le travail de création du pôle, et participe à la création des outils et des tableaux de bords, la construction des réseaux et des identités, et l'apport des connaissances et des compétences nécessaires. Toutefois, ces cadres sont en attente de plus de reconnaissance, pour eux qui furent un temps considérés comme le secrétaire du pôle (Gavault *et al*, 2014). Le cadre administratif doit jouer un rôle de tuteur et de pédagogue auprès du pôle, en tant que vecteur important d'apprentissage de la

gestion. Cependant, dans la réalité, les profils de cadre administratifs sont très hétérogènes et aboutissent à des pratiques et des réalités différentes. C'est pourquoi les travaux sur les acteurs apparaissent dispersés et lorsqu'ils abordent des thématiques identiques, les résultats sont contrastés voire contradictoires (Valette et al., 2015).

Si la nouvelle gouvernance a bien chamboulé les rôles de chacun à l'hôpital, dans l'objectif d'accompagnement du nouveau système de financement, de nombreux outils de gestion se sont développés. En effet, la tarification à l'activité et la recherche d'efficience nécessitent un suivi de l'activité accru, notamment au niveau des pôles, ce qui va demander de nouvelles compétences aux acteurs et un nouveau mode de gestion auquel il va falloir s'adapter.

7 La volonté d'une mesure des performances avec le développement des outils de gestion

La littérature abordant les pôles d'activité médicale et plus généralement la nouvelle gouvernance le font principalement par le prisme du contrat de pôle ou des outils de gestion (CREA, tableaux de bord...). Cette façon d'aborder la restructuration, par les outils mis à disposition, laisse donc à penser que cette réforme est avant tout une question d'outillage gestionnaire. En effet, dans un travail de recensement des travaux concernant la nouvelle gouvernance à l'hôpital Valette *et al.*, (2015) identifient 67 publications, dont 19 portent sur le design organisationnel et la délégation de responsabilités, 30 sur les instruments, et 18 s'intéressent aux acteurs. Le thème le plus traité est celui de la mesure de la performance (tableaux de bord, balanced scorecard, CREA).

Avec la tarification à l'activité, et les contraintes budgétaires, l'introduction d'instruments de gestion se développe. De fait, les hôpitaux sont encouragés à se doter d'instruments de contrôle de gestion. En effet, en imposant aux hôpitaux publics de penser leur activité en termes d'efficience pour mieux gérer, optimiser les processus, et être plus productif, la T2A a conduit au développement d'instruments de contrôle de gestion, par des indicateurs plus riches, plus locaux et davantage de suivi dans le temps. Il est donc attendu que les

professionnels de gestion se saisissent de ces instruments. Ces injonctions à une gestion plus efficace poussent donc les établissements à de plus en plus mesurer leur activité, leurs coûts et leurs recettes dans une visée nouvelle de gestion interne et décentralisée. En effet, la T2A, en bâtissant un nouveau modèle de gestion « médico-économique », introduit des instruments de contrôle de gestion de manière croissante (Flachère, 2015). Les instruments de gestion ont été le passage obligé pour intégrer médical et gestion à l'hôpital, et ce, sans surprise puisque les instruments de contrôle de gestion colonisent désormais la sphère publique. Certains d'entre eux, comme les CREA, ont par exemple pour but d'introduire la dimension économique dans la responsabilité médicale. D'autres instruments, comme les tableaux de bord, ont pour vocation de capturer les différentes dimensions de la performance par un mélange d'indicateurs économiques et médicaux (Valette et al., 2015). Avant les réformes, l'activité d'un établissement de santé se résumait à ces indicateurs (Moisdon, 2010) :

- le nombre d'admission ou nombre d'entrées
- le nombre de journées d'hospitalisation
- le taux d'occupation des lits
- la durée moyenne de séjour (DMS)

La tarification à l'activité va être le catalyseur du développement de l'instrumentation de gestion par l'exigence d'efficience qu'elle induit (Moisdon, 2010 ; IGAS, 2012). Le système de catégorisation devient plus fin et le nombre de GHM augmente. La T2A rend alors effective la nécessité de penser la relation entre activité médicale et ressources consommées. Par la suite, les réformes de gouvernance accentuent le besoin d'instruments de contrôle de gestion à visée de la gestion interne et les établissements sont fortement encouragés par l'ANAP à implanter de tels instruments (Flachère, 2015).

Deux types d'outils se développent désormais, au niveau de l'établissement et au niveau des pôles, les tableaux coût-case-mix (TCCM) et les comptes de résultat analytique (CREA) dans le but de participer au diagnostic global du pôle et à l'évaluation de l'impact de ses actions. Le CREA permet de comparer les dépenses et les recettes d'un pôle. Selon l'ANAP (2009, p.85) « *le CREA permet de rendre compte, sur la base de règles conventionnelles acceptées par tous, des flux de recettes et des flux de dépenses d'une période donnée. Par différence entre les produits ou recettes et les charges ou dépenses, il matérialise les excédents ou les*

déficits générés par une activité ou un ensemble d'activités homogènes (unité médicale, unité fonctionnelle, pôle, établissement) ». Il est produit annuellement et donne l'image de la performance financière. Toutefois, il ne permet pas de connaître les éléments de cette performance. Les CREA en introduisant la variable recettes doivent permettre de repérer les zones financièrement problématiques. Pour autant ils ne sont pas adaptés pour un suivi opérationnel ou pour la prise de décisions de gestion quotidienne. Leur rôle reste dans une optique stratégique de plus long terme (Flachère, 2015). Voici un extrait de CREA, qui rend compte des catégories d'indicateurs retenus pour analyser les charges et les recettes des pôles :

Figure 1 Exemple de CREA

Charges	Recettes
Charges directes	**Recettes / activité**
Titre 1 - Charges de personnel	**Valorisation Activité externe**
- personnel non médical	- Valorisation ATU Urgences
- personnel médical	- Valorisation actes Externes
- garde et astreinte personnel médical	**Forfaits**
Titre 2 - Charges à caractère médical et pharmaceutique	- urgences Forfaits
- consommations pharmaceutiques	- Coordination des prélèvements d'organes + PO
- autres dépenses médicales	- Forfait annuel greffes
- entretien du matériel médical	**Hospitalisation**
Titre 3 - Charges à caractère hôtelier et général	Valorisation GHS en € (Part prise en charge A.M.)
Titre 4 -Charges d'amortissements des équipements (hors bâti)	Valorisation Séjours (Part non prise en charge A.M.)
	Valorisation IVG en €
Charges de logistique et de structure	
Logistique Médicale	**Crédits PDSH + Précarité**
Logistique Administrative	**Crédits Recours Exceptionnels**
Structure (amortissements bâti, provisions, charges fi., impôts)	**Autres recettes (Titre 3, DAF, ...)**
Charges indirectes variables	**Prestations pour autres Pôles**

Source : Extrait de tableaux de bords issus du terrain de recherche

De ce fait, les établissements développent d'autres tableaux de bord de suivi mensuels plus réactifs sur des points précis. Ces indicateurs infra-annuels concernent le management (mensualités de remplacement, congés annuels, heures supplémentaires,…), la qualité (indicateurs Saphora, nombre de réclamations, tenue du dossier patient, délai de saisie du PMSI,…), l'activité (nombre d'entrées, de journées, de taux d'occupation, DMS,…) et les

consommations (médicaments, actes médico-techniques, taux d'exécution, …). Ces tableaux sont établis par pôle mensuellement ou trimestriellement, et sont établis au niveau des pôles d'activité, voire des unités et doivent permettre au chef de pôle de gérer le pôle (Flachère, 2015). Ce sont des indicateurs de suivi du niveau de réalisation des actions prévues par contrat en application du projet de pôle. A partir de l'analyse de ces indicateurs, les pôles peuvent bénéficier d'un éventuel intéressement fondé sur la capacité à atteindre les objectifs fixés, qui représente une forme d'investissement. Toutefois, certains domaines sont moins concernés par la multiplication des instruments de contrôle comme les ressources humaines, dont le développement d'indicateurs de gestion est peu systématisé (IGAS, 2012, p.13). Par ailleurs, le pilotage de l'établissement ne repose pas uniquement sur des données financières. C'est pourquoi, dans certains cas, on peut observer la mise en place d'un nouveau système d'information médicale avec la mise en place de nouvelles modalités de révision des effectifs médicaux, appuyant la politique financière des établissements (Penaud, 2008).

7.1 Le faible impact des outils de gestion sur les pratiques

Le tableau de bord doit être le support d'une gestion par objectif, ou un système d'information visant à fournir aux dirigeants des éléments permettant d'améliorer la performance de leur organisation (Bonnier, Saulpic et Zarlowski, 2013). Wiersma (2009) identifie clairement trois objectifs associés à l'utilisation de tableaux de bords : favoriser la prise de décision et la rationalisation des décisions, améliorer la coordination des activités et l'auto-contrôle. Des objectifs qui complètent ceux de Azofra et al. (2003) à savoir : favoriser l'implication des employés, encourager l'apprentissage par une analyse des écarts, apprendre à communiquer et à obtenir un consensus, décliner la stratégie pour la déployer aux niveaux opérationnels, contrôler. Or, si les outils de gestion semblent bien se développer et envahissent les couloirs des hôpitaux, la littérature ne fait pas état d'une grande réussite de cette nouvelle implantation de gestion. En effet, il ressort que ces outils ont un impact modeste sur les pratiques médicales, notamment en terme d'organisation et de prise en charge des patients ou encore sur les prises de décisions médicales (Doolin, 2001 ; Moisdon, 2010 ; Bérard, 2011 ; Crémieux *et al.*, 2012 ; Bonnier *et al.*, 2013). Ces indicateurs sont peu mobilisés pour une prise de décision appuyée sur des données faisant le lien entre le médical et l'économique et leur analyse (Valette et al., 2015) ou encore pour améliorer les pratiques

médicales et les modes d'organisation, du fait de leur caractère essentiellement informatif (Bonnier, Saulpic et Zarlowski, 2013). Les CREA sont très nombreux mais servent peu en réalité. Ils sont mobilisés lors de dialogue de gestion mais guère plus, car les résultats en termes d'amélioration de l'efficience, ou de la qualité sont lents à se concrétiser et peu d'avancées sont faites quant à l'analyse fine des parcours des malades ou de l'organisation du travail (Moisdon, 2010). Ces données administratives nourrissent essentiellement des statistiques globales et ont pour objet de fournir des éléments de cadrage et un panorama de l'offre de soins. Mais elles restent volumétriques et générales et n'apportent donc pas une connaissance précise et fine de l'activité médicale (Flachère, 2015). Or, dans la littérature traditionnelle d'inspiration néo-institutionnaliste était déjà mis en évidence le manque d'effet de ces indicateurs sur les pratiques médicales (Covaleski et Dirsmith, 1983 ; Lapsley, 1994 ; Petersen, 1995, Bonnier *et al.*, 2014). Aidemark identifiait déjà en 2001 que l'introduction d'une rationalité gestionnaire serait susceptible d'être rejetée par les professionnels de santé.

L'outil principal de pilotage du pôle, nous l'avons vu, est le CREA, compte de résultats analytiques (Bonnier *et al.*, 2014). Ce nouvel outil de gestion est censé favoriser la coopération entre gestionnaires et équipes médicales par la création d'un langage commun. Toutefois, ses effets sur les activités médicales sont restés modestes (Moisdon et Pépin, 2010 ; Bruant-Bisson, Castel et Panel, 2012). Le déploiement de nouveaux outils et d'indicateurs financiers confirme le faible impact direct de ces outils sur les pratiques des acteurs censés les utiliser (Bonnier *et al.*, 2014). Si la plupart des travaux tendent à montrer que ces systèmes de mesure exercent une influence sur les représentations qu'ont les acteurs de leurs activités et de la performance de l'hôpital (Chua et Preston, 1994 ; Bérard, 2011 ; Bérard et Steyer, 2013 ; Crémieux *et al.*, 2014 ; Bonnier *et al.*, 2014) d'autres appuient sur l'effet négatif de ces indicateurs sur le fonctionnement des établissements (Belorgey, 2000 ; Georgescu et Naro, 2012). Il en est de même pour la T2A, le rapport de l'IGAS de 2012 évalue que la tarification à l'activité a eu peu d'impact sur les organisations et la prise en charge des malades, hormis une tendance à la diminution de la durée moyenne de séjour, au développement de la chirurgie ambulatoire ou encore à l'optimisation du codage.

Il existe une vraie réflexion sur l'efficience des outils mis en place et sur la responsabilité des gestionnaires d'hôpitaux dans le pilotage de cette efficience. Le temps passé par les personnels soignants et administratifs à animer des dispositifs constitue une déperdition de

moyens alors que la mise en œuvre de ces dispositifs semble n'avoir qu'un impact limité sur les pratiques de gestion de la performance médico-économique de l'hôpital, ce qui est une vraie problématique dans un contexte de pénurie des ressources (Bonnier *et al.*, 2014).

L'une des problématiques qui revient autour des outils de gestion est la question de leur conception. Il semble indispensable que les directeurs d'établissement s'impliquent dans la conception des outils de gestion, comme dans leurs modalités de déploiement, et que leur rôle ne se réduise pas à la mise en œuvre d'indicateurs conçus par ailleurs (Bonnier *et al.*, 2014). Le médecin DIM (département d'information médicale), dont un des rôles pourrait être celui de contrôleur de gestion de l'activité médicale, dénonce, en parlant des indicateurs d'activités par GHM (Groupe Homogène de Malade) figurant dans les tableaux de bord, leur manque de pertinence en raison de leur caractère trop global (Bonnier, Saulpic et Zarlowski, 2013). Pour certains, le tableau de bord est conçu par la direction et il est hors de question que les médecins puissent faire des propositions autres que marginales. Quant à la direction, elle invoque les limites du système d'information et la saturation des équipes chargées d'élaborer le tableau de bord actuel (Bonnier, Saulpic et Zarlowski, 2013).

Les outils opérationnels paraissent insuffisants pour l'heure puisque tous les établissements ne possèdent pas de projets de pôle et les contrats de prestations entre pôles demeurent limités. De plus, les outils de pilotage ne sont pas facilement exploitables (Channet *et al.*, 2009).

7.2 Le difficile passage à un pilotage par tableaux de bord

Les outils de gestion sont conçus par le régulateur dans une finalité d'évaluation et d'incitation (Moisdon, 2012), et pour Gouffé et Cargnello-Charles (2014), les indicateurs sont trop nombreux et trop généraux. Ainsi, leur standardisation les rend inadaptés aux spécificités de chaque structure. En outre, pour ce qui est des CREA, les déterminants du résultat ne sont pas du ressort du chef de pôle, ce qui ne permet pas de conclure sur la performance d'un pôle, qui dépend alors de critères arbitraires. Il existe également un flou sur le type d'usage à attendre des CREA, là où les chefs de pôle voient une opportunité de prendre des décisions et

d'accroître leur autonomie ; la direction les utilisent plus comme support d'interaction pour introduire un dialogue de gestion (Crémieux *et al*., 2013). On observe donc une grande variété dans l'usage de ces CREA, qui peuvent même être associés à des incitations monétaires (Bérard, 2013b) ou encore dans une perspective d'apprentissage (Crémieux *et al*., 2013).

Les travaux de recherche montrent que la mise en œuvre de ce contrôle par les résultats se heurte à de nombreuses difficultés (Vallejo *et al.,* 2015a). La prestation de soins est intangible et individualisée, elle est donc difficile à saisir par les chiffres. Le contrôle s'oppose à la liberté d'exercice des professionnels qui défendent leur pouvoir et leurs valeurs (la qualité de la prise en charge ou bien la dimension relationnelle du soin). Il se heurte aussi à des problèmes techniques : le système informatique de la DRH ne permet pas de suivre une affectation en temps réel des frais de personnel par pôle (Bérard, 2012). Rastouil et alii (in Nobre et Lambert, 2012) remarquent aussi que, pour déléguer des décisions de gestion des ressources humaines au niveau des pôles, il faut des indicateurs sur la charge de travail, les effectifs et les moyens de remplacement qui permettent des comparaisons entre les pôles. Or ceux-ci sont rarement disponibles. Par conséquent, la définition d'objectifs cibles de performance par pôle n'est pas encore mise en œuvre. Or, celui-ci supposerait d'intégrer davantage de données non financières pour se rapprocher de l'activité des services. Non seulement les activités de mesure financière sont très chronophages mais aussi les systèmes d'information actuels ne permettent pas d'intégrer des données non financières ce qui supposerait une interconnexion avancée entre les bases de données de l'hôpital (recette, dépenses, qualité, consommation) (Dos Santos, et alii, 2014).

7.3 Un faible impact, mais un apport détourné des outils de gestion

L'influence majeure des outils de gestion ne réside pas dans leur capacité à piloter l'activité mais se situe au niveau des représentations des acteurs et des relations entre acteurs administratifs et médicaux par l'instauration d'un dialogue de gestion. En effet, ces outils ont très souvent un effet beaucoup plus indirect et symbolique (Bonnier, Flachère et al. 2013 ; Crémieux et al., 2013). Moisdon (2010) montre d'ailleurs que la T2A a plus de répercussions sur les représentations des acteurs que sur les modes concrets par lesquels ils s'organisent. Sur

le moyen terme, il n'y a pas réellement d'effets sur la délégation ni sur la motivation des médecins à atteindre un résultat économique. Par contre, les auteurs constatent bien un apprentissage réciproque « *à la fois sur les possibilités offertes sur les instruments et sur les leviers d'amélioration de la performance médico économique* » (Crémieux et al. 2012, p.10). Les tableaux de bord ont modifié progressivement les représentations des médecins. Leurs activités médicales sont maintenant aussi perçues en termes de recette et de coût (Flachère, 2014). On parle même de l'émergence d'une culture gestionnaire (Moisdon, 2010). Il est alors question de phénomène d'apprentissage (Crémieux *et al*., 2013) notamment avec les CREA où l'on remarque une évolution des rapports entre les gestionnaires et les médecins, avec plus de proximité (Moisdon, 2010). L'introduction de nouveaux instruments de gestion permet alors aux différents acteurs de communiquer, car le tableau de bord permet la tenue de réunions pour discuter de questions médico-économiques (Bonnier, Saulpic et Zarlowski, 2013). Par ailleurs, le processus de contractualisation offre au sein des établissements un temps d'échange qui favorise la discussion (Gouffé et Cargnello-Charles, 2014). Enfin, les outils de gestion sont un support à la mise en cohérence des logiques administratives (Havard, 2015). L'outil de gestion s'apparente donc à un objet frontière. En effet, d'après Bonnier et al. (2013) l'introduction d'un tableau de bord a comme principal effet de rendre possible la tenue de réunions entre managers et médecins. Au cours desquelles des questions médico-économiques sont discutées, mais sans que le tableau de bord soit réellement mobilisé dans ces discussions (Bonnier et al. 2013).

Objet frontière

Quand on parle d'objet frontière ici, on se réfère aux travaux de Star et Griesemer (1989), qui cherchaient à rendre compte de la manière dont pouvait s'organiser l'activité collaborative entre différents groupes d'acteurs, autour d'un projet scientifique. L'objet est donc de savoir de quelle façon se structure cette collaboration, à l'interface entre différents groupes d'acteurs. Selon Star et Griesemer, un objet frontière est doté à la fois d'une identité stable : il peut circuler d'un groupe à l'autre sans perdre son identité - et d'une grande flexibilité interprétative : il peut être approprié par différents groupes d'acteurs qui l'intègrent à leurs pratiques sans qu'ils aient pour cela à remettre en cause leurs propres objectifs ni les intérêts qui sont les leurs. Dès lors le rôle des objets-frontières est de « stabiliser et servir de

médiateurs entre divers intérêts » dans le cas de changements comptables étudiés (Briers et Chua, 2001, p. 237). Dans un contexte de changement organisationnel impliquant des acteurs de mondes différents il est important d'avoir un lieu d'échange sur des questions technico-économiques. Le tableau de bord représente alors un support pour mettre des acteurs autour d'une table pour discuter des enjeux de l'établissement. Le tableau de bord, lorsqu'il est mobilisé en réunion, constitue alors un objet-frontière dont les usages à l'interface des deux groupes d'acteurs concernés sont définis de manière générique. Le tableau de bord devient essentiellement un prétexte pour organiser des échanges entre la direction et les médecins. Il sert donc plus à structurer l'ordre du jour qu'à alimenter une réflexion de gestion sur des questions précises et prédéterminées. Pour Bonnier et al. (2012) qui ont étudié la mise en place des tableaux de bord dans une clinique, la présentation des tableaux est le prétexte qui permet d'organiser les réunions entre la direction et les médecins. Avant il n'y avait pas de réunions entre les deux communautés : « *le tableau de bord est essentiellement un prétexte pour organiser des échanges entre la direction et les médecins.* », « *Il sert donc plus à structurer l'ordre du jour qu'à alimenter une réflexion de gestion sur des questions précises et prédéterminées.* » (p.13). Ainsi l'objet ou l'instrument clé n'est pas le tableau de bord à lui seul, mais l'ensemble qu'il forme avec la réunion, nouveau lieu d'échange entre la direction et les médecins (Vallejo *et al.*, 2015). Il revêt le rôle d'*artefact* permettant de légitimer ces réunions (Bonnier, Saulpic et Zarlowski, 2013). Le suivi de l'activité (tarification) et la mesure de la performance (recettes et dépenses) sont effectivement réalisés, et sont l'occasion de discussions. Ainsi, les outils de contrôle de gestion n'ont pas permis une décentralisation des décisions mais ils ont contribué néanmoins à modifier les relations entre acteurs. Les travaux montrent que les pôles et les outils de gestion ont permis de développer une communication entre les équipes médicales, soignantes et administratives qui n'existait pas auparavant (Vallejo *et al.*, 2015b). Dès lors, « *les tableaux de bord ont les caractéristiques d'un objet frontière au sens de Star et Griesemer (1989), ils conservent une grande flexibilité interprétative. Ils facilitent ainsi la coopération dans un contexte où aucune des parties prenantes ne domine les autres. Ils ont été élaborés à la demande de la direction mais modifiés selon les demandes des médecins. Ils sont peu contraignants car ils ne comportent pas d'objectifs chiffrés, mais seulement une référence à l'année précédente. Les données sont agrégées et ne permettent pas de rentrer dans le détail de l'analyse des praticiens. De la sorte, ils sont acceptés par les médecins qui les trouvent intéressants et participent aux réunions. Le rôle des tableaux de bord est donc principalement informatif.* » (Vallejo *et al.*, 2015b).

Il faut donc considérer les instruments comme pouvant avoir des apports variés ne se limitant pas à l'amélioration de la performance. Par exemple, le PMSI est finalement davantage un outil de *reporting* auprès de la tutelle qu'un véritable outil de régulation externe ou de pilotage interne (Flachère, 2015). Il est vrai que ces instruments de gestion peuvent être utilisés de manière très différente selon les contextes. Une particularité qui amène à penser l'importance d'adopter une approche organisationnelle et contextualisée, pour étudier l'introduction de ces nouveaux instruments à l'hôpital (Georgescu et Naro, 2012). Ainsi, les CREA peuvent être utilisés comme support à des incitations monétaires ou non, selon des modalités très variées. Ils peuvent être produits selon des temporalités tout aussi variées et analysés dans des réunions impliquant les pôles (Bérard et Steyer, 2013; Bonnier, Flachère et al. 2013; Flachère, 2014). Par ailleurs, la façon dont les charges indirectes sont allouées aux pôles est différente selon les contextes et est plus ou moins transparente (Valette et al., 2015). Pour Bérard et Steyer (2013), l'intérêt de l'instrumentalisation n'est pas à rechercher dans son impact fonctionnel direct, mais dans sa capacité à permettre aux acteurs de gérer l'ambiguïté. On observe donc ici une certaine forme d'appropriation des outils qui va à l'encontre de la littérature internationale qui a plutôt mis en avant des cas de résistance à la fin des années 1990 (Jacobs, 1995; Jones & Dewing, 1997; Doolin, 1999; Lowe & Doolin, 1999). En partant du principe énoncé par Giraud et al. (2011), selon lequel pour être appropriés les instruments doivent être transformés par les acteurs concernés, ce constat n'est plus si étonnant (Giraud et al., 2011). Valette et al. (2015) relativisent toutefois cette appropriation, qui ne leur semble pas maîtrisée. Selon eux, les cas relatés mettent plutôt en évidence une absence de réflexion sur les objectifs des instruments par les acteurs qui les mettent en œuvre localement. Ils rappellent que s'approprier les outils ne signifie pas uniquement les transformer pour les adapter au contexte local. Il s'agit aussi de respecter « l'intention » que les outils sont supposés servir.

Ainsi, les recherches empiriques indiquent bien que la prise en compte du contexte est essentielle, puisque les instruments sont transformés localement et que les effets sont très variés. Un constat qui va à l'encontre de l'idée développée par le gouvernement, qui a fait le choix d'une diffusion à grande échelle d'instruments standard dans l'ensemble des établissements. Un processus véhiculant l'idée que ces instruments sont des vecteurs de conformation des pratiques, dont l'effet sur la performance est univoque, et qu'il n'est pas

nécessaire de prendre en compte les caractéristiques du contexte, ni d'expliquer les mécanismes de cette supposée performance (Valette et al., 2015).

Il est possible d'accorder différentes finalités aux instruments de gestion. Il est en général question d'évaluation et d'apprentissage. Sachant cela, il est important de penser l'articulation entre la mise en œuvre des instruments et leurs finalités (Valette et al., 2015). Ainsi, Moisdon (2012) explique le peu de changements à l'hôpital par le fait que les outils sont conçus avec une finalité d'évaluation et d'incitation. Le but caché étant d'éviter au régulateur de se mêler de l'organisation. Ce n'est donc en aucun cas un guide pour les acteurs dans la reconfiguration de leur organisation. Pour d'autres auteurs les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des instruments sont liées à l'inadéquation entre le design et les usages qui en sont faits (Crémieux et al., 2013). Il ressort le besoin d'une réflexion autour des objectifs des instruments et de leur apport au-delà de la conformation (Valette et al., 2015). Ils devraient conduire à penser la diffusion, comme des expérimentations dans une logique d'apprentissage et non comme l'application d'un outil standard (Moisdon, 2008). Il en va de même concernant les contrats de pôles ils seront d'autant plus efficaces si la contractualisation se fait sur des projets plutôt que sur des objectifs de résultat (Kauffmann, 2008). Au sein du pôle, la mise en œuvre des instruments est problématique en raison d'incohérences dans les choix de regroupement de services (Margarit & Peyret, 2008). La mesure de la performance est rendue difficile par la multiplicité des parties prenantes (Montalan & Vincent, 2011) ou par la complexité de l'organisation (Arthus et al. 2009; Nobre & Haouet, 2011). Enfin, le cloisonnement soignant / médecin peut être préjudiciable à la mise en œuvre de certains instruments (Dumas et al. 2012).

Les CREA sont utilisés de manières très différentes selon les contextes, tantôt comme support à des incitations monétaires ou non. Ils sont produits trimestriellement, semestriellement ou annuellement, et sont analysés lors de réunions impliquant tous les pôles ou un seul (Bérard, 2011 ; Bérard et Steyer, 2013 ; Crémieux *et al.*, 2014). De même le calcul des charges indirectes et le prix de transfert sont calculés de marnière différente selon les contextes (Bérard et Steyer, 2013).

D'après Bonnier *et al.* (2014), les acteurs utiliseraient les outils de gestion parce que c'est ce qu'il convient de faire, en dépit de leur utilité avérée ou non, ce que March et Olsen (1976, 2004) ont appelé la logique de conformité. Selon eux, cette logique régit l'activité des personnels soignants à l'hôpital, et s'oppose à la logique conséquentialiste de la sphère gestionnaire. Ainsi, les dispositifs de gestion sont mis en œuvre parce qu'ils sont perçus par les personnels soignants comme naturels, attendus, légitimes et conformes à leurs valeurs et normes personnelles et professionnelles.

La diversité des pratiques associées aux outils conduit à des modifications dans la façon d'envisager la diffusion d'instruments, du point de vue du management des politiques publiques. Les nouveaux outils gagneraient à être déployés dans une démarche d'expérimentation, avec des boucles d'apprentissage (Moisdon, 2010 ; Bonnier *et al.*, 2014).

L'implantation d'instruments de comptabilité ou de contrôle de gestion suggère une absence d'impact sur les modes de fonctionnement des hôpitaux dans la mesure où les médecins seraient résistants à la logique économique (Flachère, 2015). En effet, dans sa thèse, Flachère (2015) rappelle que de nombreuses études démontrent l'opposition forte entre la logique comptable et la culture médicale (Bourn et Ezzamel, 1986 ; Preston, Cooper et Coombs, 1992 ; Laughlin, Broadbent et Shearn, 1992 ; Doolin, 1999). Ces études analysent l'implantation des instruments de contrôle de gestion comme un découplage entre le cœur opérationnel de l'organisation et les structures administratives formelles. Ces instruments sont utilisés comme des mécanismes de légitimation auprès de l'environnement extérieur. La comptabilité est un symbole de rationalité qui permet d'apparaître conforme (Covaleski *et al.*, 1993). La plupart de ces études mettent en évidence une utilisation purement stratégique des instruments de contrôle. Certains médecins auraient une attitude conformiste afin de protéger le reste du corps médical (Jacobs, 1995 ; Doolin, 2001). D'autres acteurs s'emparent de ces instruments afin de retrouver une position de pouvoir dans l'hôpital, dans un objectif de légitimation (Llewelyn, 2001 ; Aidemark, 2001 ; Kurunmäki *et al.*, 2003). D'autres recherches ont mis en avant l'impact des indicateurs et outils financiers sur les valeurs et les représentations des acteurs (Chua et Preston, 1994; Kurunmäki, 1999 ; Kurunmaki *et al.*, 2003 ; Abernethy et Vagnoni, 2004). On note en effet une évolution des discours des médecins qui incorporent le langage de la comptabilité.

Finalement, l'introduction d'instruments de contrôle n'a pas produit les résultats attendus (Flachère, 2015). Les instruments de gestion implantés n'impactent que modestement les pratiques et les modes d'organisation (Moisdon, 2010 ; Bérard, 2011 ; Crémieux, Saulpic et Zarlowski, 2013 ; Bonnier, Saulpic et Zarlowski, 2013). Toutefois, de nouveaux rôles hybrides sont apparus, et au-delà des facteurs macro-sociaux (Denis *et al.*, 2015), les instruments de gestion jouent un rôle moteur dans l'adoption de tels rôles (Valette et Burellier, 2014) en agissant sur les valeurs et les représentations des acteurs. La question est donc de savoir à quoi vont aboutir ces apprentissages réciproques. Les différents acteurs des trois mondes de l'hôpital (médical, administratif et soignant) ont pris l'habitude de se réunir et de dialoguer, pour autant, l'objectif de décentralisation de certaines décisions n'est pas atteint ce qui génère beaucoup de critiques chez les médecins.

8 La délégation de gestion aux pôles, l'échec d'un projet d'envergure

Nous l'avons vu la loi HPST propose un « *reengenering* » des processus décisionnels de pilotage des établissements de santé pour faire face à la complexité croissante du système de santé et au besoin de ne pas faire reposer les décisions sur une seule approche économique. Le choix a alors été d'instaurer une gouvernance associant direction et responsables médicaux (Lachenaye-Llanas, 2012). Ainsi, l'organisation polaire impacte le pilotage, les responsables de pôle deviennent un relai incontournable entre les instances de pilotage et les pôles, via une légitimité renforcée par la loi HPST. Les chefs de pôles sont dépositaires d'une délégation de gestion dans le cadre d'une contractualisation interne (Gavault *et al*, 2014). Ils participent à la mise en œuvre des orientations stratégiques de l'hôpital en favorisant l'adhésion des personnels, avec le soutien de la direction. Les modalités concrètes de l'accompagnement des pôles et le soutien des équipes exécutives restent encore à développer. Les instances collégiales internes sont appelées à favoriser la gestion opérationnelle des pôles, même si, le conseil exécutif reste l'organe central de pilotage et n'est pas un espace de dialogue entre pôles (Channet *et al.*, 2009).

Au sens de Mintzberg, cette contractualisation interne issue de la nouvelle gouvernance suppose que l'hôpital passe d'un modèle de bureaucratie professionnelle à une configuration divisionnelle, ce qui nécessite la mise en œuvre d'un contrôle par les résultats. Or, ce contrôle par les résultats suppose l'existence d'une négociation des contrats de pôle avec la définition d'indicateurs et d'objectifs, assortis d'un système d'intéressement et de sanction (Angelé-Halgand, 2012). Ce contrôle par les résultats favoriserait la motivation des acteurs s'ils parviennent à s'accorder sur les objectifs, les moyens d'action, le système de mesure et d'incitation (Bérard, 2013). Mais le principe de subsidiarité associé à la nouvelle gouvernance nécessite avant tout que les directions acceptent de mettre en œuvre une délégation de gestion, ce qui suppose de faire confiance aux chefs de pôle. Et de leur côté les médecins doivent accepter de gérer en se formant et en consacrant du temps au management (Vallet, 2012).

Si l'on se réfère à la théorie de l'agence (M. C. Jensen, W. H. Meckling 1976)[16], la délégation de gestion, via le pôle, suppose de mettre en place un dispositif de contrôle pour que le principal puisse vérifier les conséquences des actes de l'agent, d'où le développement du contrôle de gestion. Il faut aussi une convergence des intérêts entre les médecins, les soignants et la direction pour limiter les conflits. Actuellement, les outils de contrôle, nous l'avons vu, ne sont pas encore suffisamment fins et la convergence des intérêts entre médecins et direction n'est pas suffisante pour qu'une véritable délégation se mette en place. Les coûts d'agence sont trop élevés et les délégations restent donc limitées et souvent remises en cause (Gouffé et Cargnello Charles, 2014). En effet, si le principe de subsidiarité est fréquemment invoqué il demeure peu mis en place. La littérature montre bien que plusieurs années après l'ordonnance du 2 mai 2005 on est encore loin de l'hybridation des logiques médicale et gestionnaire. Et si les réformes supposent la mise en œuvre de délégations de gestion des directions vers les pôles (Flachère, 2015) celles-ci restent très limitées puisque selon l'IGAS, en 2011 seuls 21% des établissements disposaient de contrats de pôle. Un chiffre qui a progressé, puisqu'en 2014, ceux-ci semblent quasiment généralisés dans les hôpitaux les plus importants. Pourtant, la formalisation de ces échanges décroît en fonction de

[16] « Nous définissons une relation d'agence comme un contrat par lequel une ou plusieurs personnes (le principal) engagent une autre personne (l'agent) pour exécuter en son nom une tâche quelconque qui implique une délégation d'un certain pouvoir de décision à l'agent » (M. C. Jensen, W. H. Meckling 1976, p. 312)

la taille de l'établissement[17] : ainsi, les hôpitaux de taille plus modeste ont moins systématisé ces outils. Moins de 40% des CH dont le budget est inférieur à 60 millions d'euros sont concernés. Par ailleurs, Fellinger et Boiron (2012) soulignent la frilosité des délégations de gestion. Leur étude va dans le sens du rapport de l'IGAS, ils montrent que rares sont les hôpitaux ayant des contrats de pôle négociés et signés, voire appliqués. Et si des délégations de gestion existent et se développent progressivement, la délégation de signature reste exceptionnelle avec une réticence partagée entre directeurs et chefs de pôle, voire une absence de demande sur ce point. La délégation de gestion s'adresse pour l'instant à des secteurs limités, comme l'hôtellerie et le petit matériel, du fait des tensions sur les moyens. En période de restriction budgétaire il est difficile de déconcentrer la gestion. De même qu'il est difficile de mettre en place des procédures d'intéressement. La délégation de gestion n'est donc pas présente dans tous les établissements, et lorsqu'elle l'est, elle ne concerne que de petites enveloppes à l'intérêt stratégique limité. La faible délégation de gestion s'explique en partie par un contexte budgétaire et financier complexe (Channet *et al.*,2009). Or, ce changement organisationnel ne peut avoir lieu que s'il est porté par les acteurs, ce qui suppose de transférer une partie de la zone de contrôle des directions fonctionnelles aux chefs de pôle (Nobre et Lambert, 2012). Mais cette délégation est en contradiction avec la volonté de contrôle accrue des dépenses dans un contexte financier difficile (Gavault *et al*, 2014). On constate une résistance de la part des directions fonctionnelles, voire des directions générales, à donner aux pôles une pleine responsabilité de gestion (Valette *et al.*, 2014). Ce qui s'explique par un manque de confiance dans les chefs de pôle à être des gestionnaires responsables (Bérard, 2013a). Plus particulièrement, les directions des ressources humaines craignent une potentielle perte d'influence (Crozet *et al.*, 2008). Il apparaît alors la crainte qu'une déconcentration ne vienne augmenter les dépenses, et les directions fonctionnelles tardent alors à déléguer aux pôles (Fellinger et Boiron, 2012 ; Bérard, 2013a). Parallèlement, il semble que les équipes ne soient pas prêtes à assumer une délégation trop importante par manque de compétence, d'expertise, et d'outils de pilotage. L'accompagnement comptable semble également faire défaut dans cette délégation, et le volet intéressement permis par la loi est faiblement exploré (Channet *et al.*, 2009). De fait, la mise en œuvre de la délégation de gestion soulève trois problèmes (Gavault *et al*, 2014) :

[17] Rapport des Conférences hospitalières « Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé » - Mars 2014, consulté sur http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_MISSION_POLES.pdf

- Les compétences et la volonté des acteurs de la mettre en œuvre (Grenier et Bernardini, 2012). Ce dispositif soulève des tensions et des conflits de rôle chez les médecins de pôle pris entre différentes logiques institutionnelles.

- La disponibilité d'outils de gestion pour piloter la performance des pôles. De nouveaux indicateurs apparaissent et engendrent des transformations par le biais d'outils comme le tableau de bord et le compte de résultat (Crémieux, Saulpic, Zarlowski 2012 ; Angelé-Halgand, 2012).

- La capacité à engendrer les améliorations attendues de l'efficience médico-économique : amélioration de la prise en charge des patients, fluidification des parcours patients, réduction des coûts, etc. (Franchistéguy-Couloume, 2012 ; Cargnello-Charles, Gouffé, 2012).

Cette délégation de gestion est considérée comme de la « *poudre aux yeux* » par les médecins (Grenier et Bernardini, 2014). Selon eux, ils ont fait des efforts sur l'activité mais sans que cela ait eu un effet positif sur le résultat (en partie du fait de la baisse des tarifs) et sans pouvoir bénéficier du résultat financier pour investir dans leur service du fait de la mutualisation dans l'hôpital. L'autonomie professionnelle n'a donc pas été au rendez-vous et pour Angelé-Halgand (2012), les contrats correspondent davantage à une déclinaison par pôle des orientations stratégiques de la Direction Générale : « *conforme à une vision traditionnelle de la planification stratégique, hiérarchico-descendante, adaptée à des environnements stables et prévisibles*. » (p.5). De fait, l'adhésion des médecins au pôle serait donc aujourd'hui essentiellement tactique : « *ils font semblant d'accepter le discours en faveur d'exigences d'efficience et de management, en endossant le rôle de chef de pôle, mais tout en puisant dans ce même pôle des ressources locales pour résister à ces injonctions.* » (Grenier et Bernardini, 2014, p.12). Si le projet de loi HPST confie au chef de pôle une autonomie de gestion renforcée pour organiser le fonctionnement du pôle (Channet *et al.*, 2009), Crémieux et al. (2012) opèrent une distinction entre autonomie professionnelle et autonomie managériale. Les pôles et les comptes de résultats analytiques (CREA) ont été instaurés dans une logique d'autonomie managériale qui suppose une contractualisation sur des résultats. Mais pour ces auteurs une telle autonomie managériale est illusoire car les médecins n'y ont pas d'appétence, ils ne contrôlent pas les recettes en raison des variations de tarifs et de

fréquentation, et les tableaux de bords n'ont pas d'impact sur la pratique médicale. Les médecins ne maîtrisent pas non plus les conventions de répartition des coûts indirects entre pôles. Le contrôle s'oppose donc à la liberté d'exercice des professionnels qui défendent leur pouvoir et leurs valeurs (la qualité de la prise en charge).

En France, comme à l'étranger, peu de recherches documentent les modalités d'élaboration et les effets de la délégation de gestion aux pôles d'activités médicales (Gavault *et al*, 2014). La délégation de gestion aux pôles pourrait amener l'établissement à être constitué d'autant de sous-ensembles disposant de règles de gestion et de pilotage propres, au détriment de la cohérence d'établissement, voire du parcours-patient. Nous allons voir d'ailleurs que l'hôpital tend à s'éloigner du modèle de la bureaucratie professionnelle pour se rapprocher de celui de la structure divisionalisée. Toute la difficulté de la délégation de gestion est donc de trouver comment rendre compatibles les intérêts d'une gestion de proximité avec un positionnement cohérent, en interne comme en externe, le tout dans une stratégie forte d'établissement de santé, sur un territoire donné (Lachenaye-Llanas, 2012).

Résumé Chapitre 2

La littérature nous a appris que la division des établissements en pôles d'activité médicale relève de différents facteurs. De nombreux enjeux gravitent autour de ces institutions, de leur création à leur activité effective de gestion, en passant par la création de nouveaux rôles et une redistribution des pouvoirs.

La première difficulté pour les établissements de santé réside dans le découpage des pôles. Il faut porter une attention particulière aux regroupements de services qui sont faits, afin que les mutualisations de moyens, et les projets transversaux répondent à une logique de coordination efficace. Par ailleurs, si l'hybridation souhaitée entre les logiques administratives et médicales n'est pas encore atteinte, on remarque que les pôles ont permis de créer plus de liens entre les personnels soignants et les gestionnaires, par l'intermédiaire d'un dialogue de gestion plus étroit. Toutefois, il reste du chemin avant d'arriver au pilotage de l'activité par les tableaux de bord, ces outils de gestion restant trop analytiques et peu prospectifs.

Les attentes autour des pôles sont multiples dans un contexte financier complexe, où la recherche d'efficience semble ne souffrir d'aucun compromis. Ainsi la mise en place d'une délégation de gestion devient un sujet d'importance qui se heurte à de nombreuses difficultés. Or, le pôle a en partie été créé pour devenir un organisme de décision, avec l'idée qu'une décentralisation des décisions représente un avantage stratégique conséquent. Le pôle devait permettre une meilleure allocation des ressources, dans l'espoir d'une meilleure efficience médico-économique. Les nombreux freins à cette délégation ont contraint le pôle à ne pas exprimer son potentiel. Il n'en reste pas moins que la nouvelle gouvernance interne a modifié la structure de l'hôpital.

La littérature sur les pôles, tend donc à démontrer que l'on assiste à un renforcement du contrôle, un rapprochement des activités médicales, et enfin un appareil gestionnaire assez limité. Pour ce qui est des médecins, ils ont la vision que leur activité est limitée, et ne vivent pas ce changement de gouvernance comme un gain de pouvoir. Un état des lieux qui pousse à s'interroger sur le processus de décision, dans une organisation en mouvement, avec une répartition nouvelle du pouvoir.

CHAPITRE 3 : LA NOUVELLE GOUVERNANCE INTERNE A L'HOPITAL : DE LA BUREAUCRATIE PROFESSIONNELLE A LA STRUCTURE DIVISIONNALISEE

Dans ce **CHAPITRE 3** nous allons revenir sur le changement de configuration structurelle que suppose le passage à une gouvernance par les pôles d'activité médicale. Lorsque l'on s'intéresse à l'hôpital, et que l'on souhaite observer son organisation, les travaux de Mintzberg et ses configurations structurelles (1982) font références. Il affirme dans son ouvrage que l'hôpital est une bureaucratie professionnelle[18]. Une démonstration qui fait sens, et qui reste très souvent utilisée pour définir l'hôpital encore aujourd'hui. Valette (2015) fait une synthèse des travaux de recherche en gestion sur l'hôpital et montre que les auteurs mobilisent très majoritairement le modèle de la bureaucratie professionnelle pour caractériser l'hôpital. Ceci démontre bien à la fois l'impact et la pertinence de ce modèle. Si ce modèle décrit bien une partie de la réalité des hôpitaux, il semble qu'avec l'avènement des pôles il ne rende plus compte de ce qui est réellement en jeu dans ces organisations. Ainsi, avec la création des pôles, il semble que l'intention des pouvoirs publics a été de modifier le squelette de l'hôpital, le rapprochant d'une structure divisionnalisée. Ce chapitre fera donc l'objet de cette question et traitera du changement de configuration structurelle de l'hôpital public.

Ce chapitre est divisé en quatre parties.

La **première partie** vise à présenter le modèle des configurations structurelles de Mintzberg

La **deuxième partie** a pour objectif de définir l'hôpital comme une bureaucratie professionnelle

La **troisième partie** vise à présenter des travaux qui ont remis en question cette vision de l'hôpital

Enfin, dans la **quatrième partie** nous illustrerons qu'avec les pôles, l'hôpital s'est rapproché d'une structure divisionnalisée en présentant cette configuration.

[18] Dans son ouvrage, Mintzberg utilise à plusieurs reprises l'hôpital en exemple pour illustrer divers éléments constitutifs des bureaucraties professionnelles.

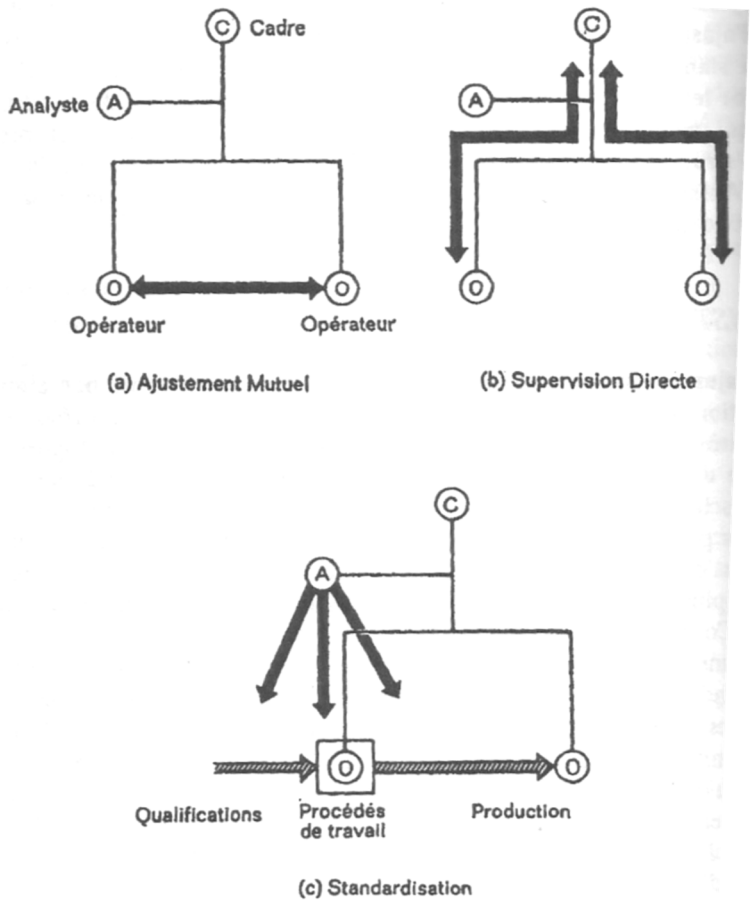
Dans son ouvrage *Structure et dynamique des organisations* Mintzberg (1982) fait l'effort de démontrer que l'on peut classer toutes les organisations en cinq, puis sept (Mintzberg, 1990) configurations structurelles, en fonction des paramètres de conception, de cinq facteurs de contingence et des mécanismes de coordination. De son travail, il va faire émerger une typologie de structures : la structure simple, la bureaucratie mécaniste, la bureaucratie professionnelle, la structure divisionnalisée et enfin l'adhocratie. A ces cinq structures principales, il ajoutera l'organisation missionnaire et l'organisation politique. A propos de la bureaucratie professionnelle il s'appuie en partie sur l'exemple de l'hôpital pour dépeindre cette forme organisationnelle. Pour comprendre pourquoi l'hôpital est considéré par Mintzberg comme une bureaucratie professionnelle, il faut d'abord comprendre ce qu'est une configuration structurelle et comment cet auteur définit l'organisation.

1 Les configurations structurelles : la construction du modèle de Mintzberg

Mintzberg (1982) définit l'organisation comme la somme totale des moyens employés pour diviser le travail entre tâches distinctes et pour ensuite assurer la coordination nécessaire entre ces tâches. Pour coordonner le travail il identifie cinq mécanismes de coordination : l'ajustement mutuel, la supervision directe, la standardisation des procédés, la standardisation des produits et la standardisation des qualifications. Ces mécanismes sont selon lui les éléments fondamentaux de la structure, la colle qui maintient ensemble les parties de l'organisation.

1.1 Les mécanismes de coordination

Figure 2 Les cinq mécanismes de coordination



Source : Mintzberg (1982)

L'ajustement mutuel réalise la coordination du travail par simple communication informelle. Le contrôle du travail reste dans les mains de l'opérateur. On retrouve ce mécanisme dans les organisations les plus simples, et paradoxalement également dans les plus complexes, dans le cas de situations particulières difficiles, ou face à une activité nouvelle.

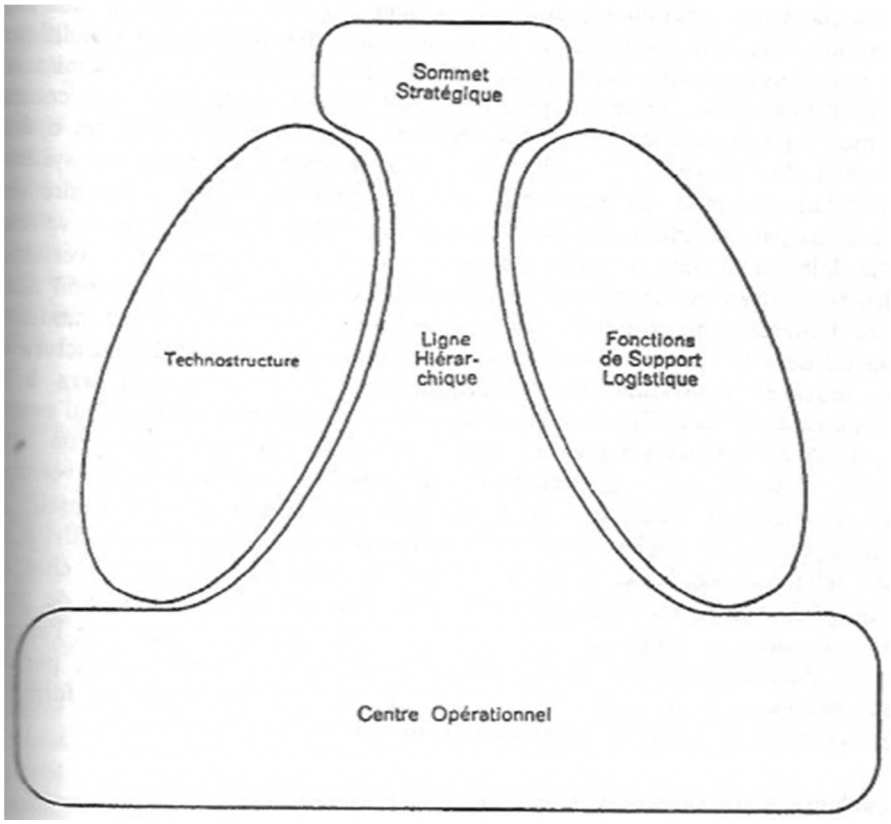
Dans la supervision directe une personne se trouve investie de la responsabilité du travail des autres, il y a pour Mintzberg un cerveau qui contrôle plusieurs mains.

A travers la standardisation, la coordination des diverses parties est incorporée dans le programme de travail dès la conception et le besoin de communication continue s'en trouve réduit. Mintzberg (1982) donne l'exemple du chirurgien en salle d'opération, où chacun connaît son rôle et où il y a peu de communication nécessaire. Il distingue trois formes de standardisation : des procédés - lorsque le contenu du travail est spécifié ou programmé, des

résultats - en spécifiant à l'avance les dimensions du produit, ou la performance à atteindre - et des qualifications - lorsqu'est spécifiée la formation de celui qui exécute le travail, à défaut de pouvoir standardiser les procédés ou les résultats. Pour cette dernière forme de standardisation, Mintzberg prend l'hôpital comme exemple, en faisant référence au corps médical. La standardisation des qualifications aboutit indirectement au contrôle et à la coordination du travail.

1.2 L'organisation selon Mintzberg

Figure 3 Les cinq parties de base des organisations



Source : Mintzberg (1982)

Mintzberg (1982) propose donc un modèle de la structure de base d'une organisation avec le centre opérationnel où les opérateurs accomplissent le travail, la raison d'être de l'organisation. Au-dessus il y a la partie administrative de l'organisation, divisée en trois : d'abord les managers, ceux du sommet stratégique (avec leurs assistants) et ceux de la ligne hiérarchique ; à gauche la technostructure, les analystes qui standardisent le travail des autres

et qui aident l'organisation à s'adapter à son environnement ; et à droite les fonctions logistiques qui intervient indirectement, de façon extérieure dans le flux de travail (la recherche, le restaurant d'entreprise, les départements juridique, paye, relations publiques et courrier). Les parties de l'organisation sont liées les unes aux autres par différents flux : d'autorité, de matériel, d'information, et de processus de décision.

1.3 La conception du système de prise de décision

Le système de décision est lié à la décentralisation verticale et horizontale. La structure est centralisée quand tous les pouvoirs de décision se situent à un seul point dans l'organisation, et la structure est décentralisée lorsque le pouvoir est dispersé entre de nombreuses personnes (Mintzberg, 1982). D'après l'auteur, la centralisation est le mécanisme le plus puissant pour coordonner les décisions dans l'organisation, puisque toutes les décisions sont prises par un seul individu, qui exerce ensuite une supervision directe. Toutefois, la centralisation présente des limites, un seul centre ne peut pas comprendre toutes les décisions. Pour Mintzberg (1982), une erreur souvent commise dans les organisations consiste à centraliser les décisions lorsque les cadres constatent qu'il y a des erreurs aux niveaux inférieurs. Selon lui, le pouvoir de décision doit être là où se situe le savoir. La décentralisation permet à l'organisation de répondre rapidement aux conditions locales, la transmission d'informations du terrain au centre puis du centre au terrain prenant beaucoup de temps. C'est d'ailleurs là l'idée de la mise en place des pôles avec la délégation de gestion prévue dans le cadre de la loi. Enfin, la décentralisation est source de motivation.

1.4 Les facteurs de contingence

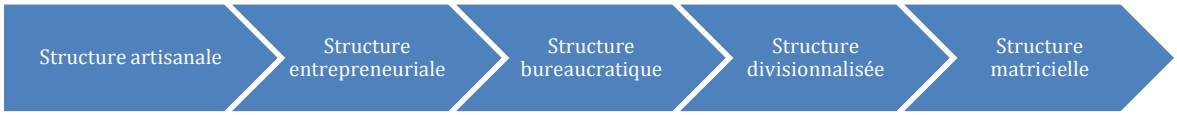
Une fois l'organisation décrite par ses composantes, Mintzberg (1982) identifie quatre facteurs de contingence qui vont être déterminants pour la structure de celle-ci : *l'âge et la taille* de l'organisation, le *système technique* utilisé par le centre opérationnel, son *environnement*, sa stabilité, sa complexité, sa diversité et son hostilité et ses relations de *pouvoir*. Nous allons présenter ici, ceux qui nous ont semblé les plus pertinents pour comprendre l'hôpital.

1.4.1 L'âge et la taille

Les hôpitaux, et plus particulièrement les CHU, sont des organisations anciennes et de grandes tailles. Ce qui va avoir une influence sur la structure de l'hôpital. Particulièrement, selon Mintzberg (1982), plus une organisation est de grande taille, plus sa structure est élaborée. Ce qui se traduit par des tâches spécialisées, des unités différenciées, et une composante administrative développée. Il ajoute que, plus l'organisation est grande, plus la taille moyenne des unités est grande et enfin, que plus l'organisation est grande, plus elle est formalisée. Les hôpitaux, devenant des organisations de plus en plus grandes, n'échappent pas à ce facteur de contingence. En effet, on peut faire le lien entre le développement des hôpitaux et l'arrivée des pôles. Il s'agit d'une nouvelle étape dans l'élaboration de la structure, puisqu'il s'agit bien d'unités différenciées, avec une composante administrative réaffirmée. De plus, l'incorporation d'outils de gestion tend à formaliser l'activité. Enfin, les pôles sont des unités plus grandes, de fait, que les services, ce qui va également dans le sens des hypothèses de Mintzberg.

De plus, selon Mintzberg (1982), à mesure que les organisations grandissent, elles passent par des périodes de transition structurelle, qui sont des changements de nature, plutôt que des changements de degré.

Figure 4 Evolution des organisations au fil du temps



Source : D'après Mintzberg (1982)

Le passage à une structure bureaucratique commence avec la spécialisation du travail et à mesure que le travail devient plus spécialisé et que les unités s'agrandissent, l'organisation se tourne vers la standardisation pour coordonner ses activités. C'est ainsi, donc, que l'hôpital

est devenue une bureaucratie professionnelle. Nous y reviendrons dans la partie suivante. Mais quand la bureaucratie grandit trop, elle se scinde en entités distinctes, que l'on appelle divisions. Le siège central coordonne l'activité des divisions, à travers un système impersonnel de contrôle des performances. On peut y voir ici l'évolution naturelle de l'hôpital, une bureaucratie professionnelle, qui, continuant à grandir, tend à devenir une structure divisionnalisée, avec les pôles d'activité médicale comme divisions.

1.4.2 L'environnement

Mintzberg (1982) identifie quatre environnements de base : complexe/ stable/ dynamique/ simple. A chaque association de ces critères va correspondre un certain nombre de caractéristiques.

Tableau 2 Structure de l'organisation et caractéristiques de l'environnement

	Stable	**Dynamique**
Complexe	Décentralisé Bureaucratique Standardisation qualifications	Décentralisé Organique Ajustement mutuel
Simple	Centralisé Bureaucratique Standardisation des procédés de travail	Centralisé Organique Supervision directe

Source : Mintzberg (1982)

D'après lui, plus l'environnement est dynamique et plus la structure est organique, et plus il est complexe, plus la structure est décentralisée. L'hôpital est un environnement dynamique, car en évolution, et le développement du NPM dans cette organisation en a fait une organisation complexe, en plus d'être une organisation divisée en plusieurs mondes. De plus, selon Mintzberg (1982), plus l'organisation a des marchés diversifiés, plus elle a tendance à se scinder en unités organisées sur la base de ses marchés. On retrouve à nouveau ici le principe des pôles, l'hôpital étant par essence une organisation aux marchés diversifiés.

1.4.3 Le pouvoir

Selon Mintzberg (1982), plus le contrôle externe qui s'exerce sur l'organisation est puissant, plus la structure de l'organisation est centralisée et formalisée. On peut donc s'attendre à l'hôpital, soumis à un contrôle externe fort, dans une situation économique difficile, à une formalisation et une centralisation accrue.

1.5 Les configurations structurelles

Dans le travail de Mintzberg (1982) tous les éléments de l'analyse : mécanismes de coordination, paramètres de conception et les facteurs de contingence, paraissent se regrouper de façon naturelle en types ou configurations. Et le calcul semble évident : cinq mécanismes de coordination, cinq parties de l'organisation, cinq types de décentralisation et donc cinq configurations structurelles. Ainsi, selon lui, selon les conditions qui jouent en faveur de l'une ou l'autre de ces cinq forces, l'organisation prend la forme d'une structure simple, d'une bureaucratie mécaniste, d'une bureaucratie professionnelle, d'une structure divisionnalisée ou d'une adhocratie.

Tableau 3 Les configurations structurelles

Configuration structuelle	**Mécanisme de coordination principal**	**Partie clef de l'organisation**	**Type de décentralisation**
Structure simple	Supervision directe	Sommet stratégique	Centralisation horizontale et verticale
Bureaucratie mécaniste	Standardisation de procédés de travail	Technostructure	Décentralisation horizontale et verticale limitée
Bureaucratie professionnelle	Standardisation de qualification	Centre opérationnel	Décentralisation verticale et horizontale
Forme divisionnalisée	Standardisation des produits	Ligne hiérarchique	Décentralisation verticale limitée
Adhocratie	Ajustement mutuel	Fonctions de support logistique	Décentralisation sélective

Source : Mintzberg (1982)

A présent les pré-requis sont posés et l'on comprend sur quelle base Mintzberg (1982) s'appuie pour construire son modèle et définir ses configurations structurelles. Nous allons donc pouvoir nous intéresser à ce qu'il nous dit de la bureaucratie professionnelle, et par là, à sa description de l'hôpital, en tant qu'organisation.

2 L'hôpital vu comme une bureaucratie professionnelle (BP)

Dans un premier temps, Mintzberg (1982) propose un récapitulatif des caractéristiques principales de cette configuration structurelle.

Tableau 4 La bureaucratie professionnelle

Mécanisme de coordination principal	Standardisation des qualifications
Partie clé de l'organisation	Centre opérationnel
Principaux paramètres de conception	Formation, spécialisation horizontale du travail, décentralisation horizontale et verticale
Facteurs de contingence	Environnement complexe et stable, système technique non sophistiqué, configuration structurelle à la mode

Source : Mintzberg (1982)

Ici, l'organisation se tourne vers le mécanisme de coordination qui permet à la fois la centralisation et la décentralisation : la standardisation des qualifications. Mintzberg (1982) énonce alors que l'on retrouve souvent cette configuration structurelle dans les universités, les hôpitaux ou encore les systèmes d'éducation. L'analyse proposée par H. Mintzberg sur les hôpitaux découle d'autre travaux analysant les différents acteurs de l'hôpital (cité d'après Mintzberg, 1982 : Freidson 1984, Harris 1977, Huard 1977, Young et Saltman 1985, Pauly et Redisch 1973, Pauly 1980, Evans 1984). Toutes ces organisations s'appuient en effet sur les compétences et le savoir de leurs opérateurs qui sont des professionnels.

2.1 Le travail du centre opérationnel, les médecins

Pour coordonner ses activités, la BP s'appuie sur la standardisation des qualifications et donc sur la formation et la socialisation. Elle recrute des spécialistes formés et socialisés, des professionnels, pour son centre opérationnel, et leur laisse une grande marge de manœuvre dans le contrôle de leur propre travail. Le professionnel agit donc de façon assez indépendante de ses collègues mais reste proche des clients qu'il sert. Au même titre que les médecins qui traitent leurs propres patients. L'essentiel de la coordination passe ici par la standardisation des qualifications et du savoir : tout un chacun sait ce qu'il peut attendre des autres, car cela a fait partie d'un apprentissage. D'ailleurs la formation initiale dure généralement plusieurs années et elle est délivrée par une université ou une institution spécialisée. Il est fait référence ici au corps médical et aux études de médecine. S'ensuit une longue période d'apprentissage, comme c'est le cas de l'internat de médecine.

2.2 Le caractère bureaucratique de la structure

L'objectif qui est poursuivi à travers la formation n'est autre que l'internalisation des normes. Mintzberg (1982) rappelle que la structure de ces organisations est essentiellement bureaucratique, et que la coordination est assurée par des standards qui déterminent à l'avance les actions. Au contraire de la bureaucratie mécaniste, les standards de la BP sont élaborés pour une grande part en dehors de la structure, dans des associations professionnelles autogérées auxquelles les opérateurs adhèrent. C'est le cas de l'ordre des médecins notamment. Ainsi, dans ces structures l'accent est mis sur le pouvoir de la compétence, de nature professionnelle.

2.3 Le processus de classement

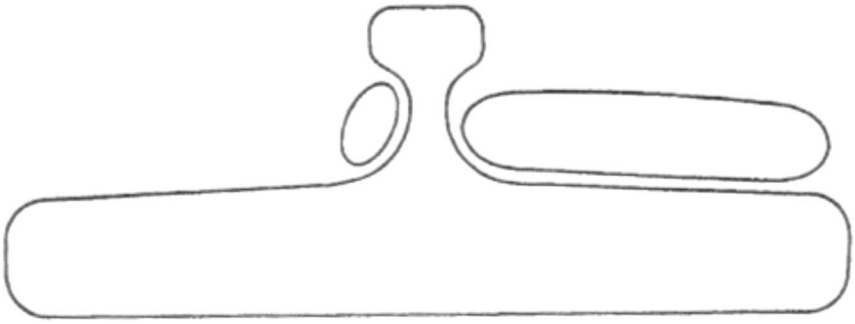
Mintzberg (1982) représente le fonctionnement du centre opérationnel comme un répertoire de programmes standards qui sont appliqués à des situations répertoriées, prédéterminées, standardisées qu'il appelle des cas. On parle alors de processus de classement, le travail du professionnel comporte deux phases : 1 déterminer dans quel cas standard se trouve le client (diagnostic) et 2 appliquer le programme standard correspondant à ce cas (exécution). Il est assez clair ici aussi que le travail de diagnostic est au cœur de l'activité médicale. Le processus de classement n'exclue toutefois pas qu'il existe de l'incertitude. Pour y faire face le professionnel a besoin d'une latitude considérable dans son travail.

2.4 L'importance du centre opérationnel, les médecins au cœur de l'organisation

Le centre opérationnel est la partie clé de la BP. La seule autre partie de l'organisation qui soit complètement développée est l'ensemble des fonctions de support logistique, mais elle a surtout pour mission de servir le centre opérationnel.

Comme le travail du centre opérationnel est déjà coordonné par la standardisation des qualifications, l'encadrement et la technostructure ne sont pas des parties très développées.

Figure 5 La bureaucratie professionnelle



Source : Mintzberg (1982)

Mintzberg (1982) représente donc cette configuration comme une structure aplatie avec une ligne hiérarchique mince, une petite technostructure et un ensemble complet de fonctions de support logistique.

2.5 La décentralisation dans la bureaucratie professionnelle

La BP est une structure très décentralisée aussi bien verticalement qu'horizontalement. Une grande partie du pouvoir sur le travail opérationnel est située tout en bas de la structure, partagée par les professionnels du centre opérationnel eux-mêmes. Mintzberg, (1982) identifie la source du pouvoir du professionnel dans deux origines : d'abord son travail est trop complexe pour pouvoir être supervisé par un supérieur hiérarchique ou standardisé par des analystes, mais, de plus, ses services sont la plupart du temps très demandés. Ce qui permet au professionnel une mobilité qui lui permet d'exiger une grande autonomie et une certaine mobilité. Le professionnel tend alors à s'identifier plus à sa profession qu'à l'organisation où il la pratique. C'est typiquement là encore le cas pour les médecins hospitaliers (Perrow, 1965). Ces professionnels voient dans l'organisation la possibilité de partager des ressources, d'un apprentissage mutuel, et la formation de nouvelles recrues.

2.6 La structure administrative

Dans la BP coexistent deux hiérarchies parallèles, l'une pour les professionnels, qui va du bas vers le haut et qui est démocratique, et l'autre pour les fonctions de support logistique, qui va du haut vers le bas et qui a la nature d'une Bureaucratie Mécaniste. Dans la hiérarchie professionnelle, le pouvoir est celui de l'expertise, quand dans la hiérarchie non professionnelle, le pouvoir et le statut sont associés à la fonction. Ces deux hiérarchies sont maintenues indépendantes et sont souvent séparées jusqu'au sommet stratégique. Charns (1976) démontre que 41% des médecins de CHU prétendent qu'ils ne sont responsables vis-à-vis de personne.

2.7 Les rôles de l'administrateur du personnel

Les administrateurs consacrent beaucoup de temps à traiter les perturbations qui surgissent dans la structure. Ils ont un rôle clé à la frontière de l'organisation auprès des parties prenantes externes (gouvernements, associations de clients). Mintzberg (1982) se réfère au directeur d'hôpital qui pour lui est supposé empêcher le gouvernement ou les administrateurs d'interférer dans le travail des médecins. Il situe la conquête du pouvoir là où est l'incertitude, et c'est à ce point qu'est l'administrateur professionnel d'après lui. Ainsi, le professionnel devient dépendant de l'administrateur efficace. Ce dernier ne conserve son pouvoir que dans la mesure où les professionnels estiment qu'il sert efficacement leurs intérêts.

2.8 La formulation de la stratégie dans la BP

Mintzberg (1982) nous explique que dans la BP le concept de stratégie perd une partie de son sens. A partir du moment où la production est difficile à mesurer, il devient complexe de se mettre d'accord sur les objectifs. De plus compte tenu de l'autonomie, il est plus ici question de stratégies individuelles. Il en ressort que les stratégies de la BP sont pour une large part celles des professionnels pris individuellement dans l'organisation ainsi que celles des associations professionnelles. Dès lors les stratégies propres à une BP représentent l'effet cumulé au fil du temps des projets que les membres ont réussi à amener l'organisation à entreprendre. Mintzberg (1982) déclare que la plupart des initiatives sont proposées par des membres du centre opérationnel, en entrepreneurs, qui négocient l'acceptation des projets à

travers la structure administrative complexe. On peut faire le parallèle ici avec les projets médicaux, portés par les différents chefs de services, et médecins.

2.9 Le cadre d'existence de la bureaucratie professionnelle

Selon Mintzberg (1982) cette configuration apparaît quand le centre opérationnel d'une organisation est dominé par des opérateurs qualifiés, les fameux professionnels, qui utilisent des procédures difficiles à apprendre mais qui sont pourtant bien définies. Cette existence est corrélée à un environnement complexe et stable. L'environnement semble être le facteur de contingence principal qui amène à la création de BP. Le système technique des bureaucraties professionnelles trouve son importance dans les caractéristiques qu'il n'a pas : il n'est ni sophistiqué, ni automatisé, ni très régulateur. Heydebrand et Noell (1973) précisent que le professionnel résiste à la rationalisation de son activité sinon son travail deviendrait programmable par la technostructure et cela détruirait son autonomie. On irait dès lors vers une bureaucratie mécaniste. Mintzberg (1982) ajoute que dans la forme pure de la BP la technologie de l'organisation (son savoir) est sophistiquée mais son système technique (ses instruments) ne l'est pas. Il affirmera que c'est particulièrement vrai pour les hôpitaux où le système technique est simple. Par ailleurs les BP opèrent souvent dans des marchés diversifiés, et c'est une structure très à la mode (Mintzberg, 1982), qui renvoie à la notion de professionnalisme, et de démocratie. L'opérateur obtient ici ce que la bureaucratie mécaniste lui a dénié : le contrôle sur son travail et les décisions qui l'affectent.

2.10 Les limites de la bureaucratie professionnelle

Dans la BP le professionnel semble être gagnant sur deux tableaux, il appartient à une organisation et il est libre de servir ses clients comme bon lui semble seulement soumis aux standards de sa profession. Toutefois, Mintzberg (1982) attire l'attention sur le fait qu'il n'y a, en dehors de la profession, pratiquement aucun contrôle sur le travail, aucun moyen de corriger les déficiences éventuelles sur lesquelles les professionnels eux-mêmes choisissent de fermer les yeux. Ils négligent, d'après lui, les problèmes essentiels de coordination, de contrôle et d'innovation qui surgissent dans ces structures.

La coordination semble être un problème dans les BP, et la standardisation des qualifications est un mécanisme de coordination peu puissant, qui ne parvient pas à régler tous les problèmes. D'après Mintzberg (1982) les problèmes de coordination entre les professionnels sont plus sérieux encore, le processus de classement ne peut être parfait et il apparaît comme la source d'un grand nombre de conflits.

Dans ces structures, où les professionnels ont beaucoup d'autonomie, il existe une relative impuissance face à des professionnels qui ne sont pas consciencieux ou incompétents. Ce problème est d'autant plus difficile à traiter qu'il est difficile de mesurer l'activité professionnelle (Mintzberg, 1982).

Mintzberg (1982) décrit la BP comme une structure rigide bien adaptée à sa production standardisée mais pas à l'innovation. Elles sont faites pour des environnements stables, ce qui ne va pas de pair avec l'innovation. Ainsi, un environnement plus dynamique exige le changement et appelle une autre configuration. Or, nous l'avons vu plus haut concernant l'environnement, l'hôpital est devenu une organisation dynamique. On s'attend donc, à ce que l'hôpital change de configuration structurelle.

Ainsi, nous venons de présenter la configuration structurelle que Mintzberg utilise pour décrire l'hôpital. Nous voyons qu'à chacun des points l'exemple de l'hôpital correspond plutôt bien. Cette grille de lecture permet de mieux appréhender l'organisation de l'hôpital et sa structure. Toutefois, l'hôpital évolue fortement, ce qui est caractéristique de la fonction publique, sujette à de nombreuses réformes. Depuis ce travail, en 1982, et notamment ces dernières années, en ce qui concerne la gouvernance et le fonctionnement interne de l'hôpital, avec la contractualisation, et l'apparition des pôles d'activité médicale, les établissements de santé se sont peu à peu transformés, et il semble que l'hôpital tend à se rapprocher de la structure divisionnalisée. Il paraît donc légitime de remettre en question la vision de l'hôpital en tant que bureaucratie professionnelle.

3 L'hôpital, toujours une bureaucratie professionnelle ? Remise en cause du modèle original de Mintzberg

L'hôpital est en mutation, et pourtant, le modèle de la BP reste celui qui est le plus souvent utilisé dans les recherches récentes en management hospitalier (Valette *et al.*, 2015). Il a pourtant été remis en question, ou du moins, complété par différents auteurs, et ce même avant l'arrivée des pôles. Des travaux, qui autorisent donc à se positionner différemment, et à proposer une vision nouvelle de l'organisation hospitalière. Dans cette partie, l'objectif est de présenter ces modèles.

Tout d'abord, Cremadez, en 1987, qui s'appuie sur le modèle de Mintzberg (1982) pour rappeler dans un premier temps les caractéristiques de l'hôpital, et ainsi confirmer qu'il s'agit d'une bureaucratie professionnelle, avant de proposer un approfondissement du modèle avec les concepts de différenciation et d'intégration. Il retient 6 caractéristiques (Cremadez, 1987) :

1. L'importance du centre opérationnel qui regroupe un grand nombre d'unités élémentaires relativement indépendantes les unes des autres, avec une forte spécialisation horizontale. Une caractéristique accentuée par la taille de l'hôpital, car la croissance conduit à un accroissement du nombre de domaines d'activité plutôt qu'à une concentration. C'est donc d'autant plus le cas dans les CHU.
2. La prévalence de deux mécanismes de coordination : l'ajustement mutuel entre individus et la standardisation des qualifications d'autre part. La coordination dépend donc de la qualité des relations qui s'établissent entre les différents responsables, et l'homogénéisation des comportements individuels s'appuie sur la formation et la socialisation. Ainsi, chaque groupe se constitue comme une entité (classe, corps) qui a ses propres règles de fonctionnement. La standardisation des qualifications permet à l'ajustement mutuel de s'effectuer et renforce la latitude de liberté du professionnel, rendant difficile la mobilisation de celui-ci dans le sens de la définition et de la réalisation des objectifs de l'organisation.
3. La technostructure est remarquable par sa légèreté. Cremadez précise que dans l'hôpital français la technostructure se consacre essentiellement à la dimension économique de l'activité de l'organisation, la dimension professionnelle étant réduite pratiquement à la participation de la seule infirmière générale.
4. Les fonctions de support logistique sont très développées et placées généralement sous le contrôle des membres de la technostructure.

5. Le sommet stratégique est essentiellement voué à assurer les relations de l'organisation avec un certain environnement de nature essentiellement financier et réglementaire.
6. La ligne hiérarchique est interrompue entre le sommet stratégique et le centre opérationnel. Le directeur n'a ni les possibilités, ni les compétences pour diriger les chefs des différents services médicaux. Pour Cremadez, on assiste à une prolifération de systèmes de concertation (ou de manipulation) qui prennent la forme de contacts bilatéraux et de réunions. La plupart de ces réunions permettent de faire passer des « messages » aux membres des différents « corps » ou groupes d'influence. Elles obéissent dans leur majorité à une vision verticale de l'organisation.

Si le travail de Mintzberg (1982) a permis à Cremadez (1987) de décrire l'hôpital à travers ces six caractéristiques, il ajoute toutefois, « *afin de mieux comprendre la dynamique de l'organisation de l'hôpital français, il nous faut maintenant utiliser un concept supplémentaire, celui de la différenciation-intégration* » (Cremadez, 1987, p. 289). Selon lui, la partition de l'hôpital en un certain nombre d'unités génère une partition correspondante de l'environnement global de l'hôpital en sous-environnements distincts.

Pour rappel, la différenciation (Lawrence et Lorsch, 1967) s'exprime suivant quatre dimensions :

- La nature des objectifs et des processus de travail
- L'horizon temporel du travail
- L'origine, la formation, le comportement et la focalisation des individus
- Le formalisme de la structure

Cremadez identifie une première différenciation entre l'administration et le médical, mettant en avant la séparation entre les services placés dans le centre opérationnel et les services qui composent le reste de l'organisation. Cette première différenciation est lourde de conséquences car elle présente les risques suivants : elle revient à dissocier le « technique » et « l'économique » et à en faire deux dimensions antagonistes au sein de l'organisation. La seconde différenciation se situe entre les services logistiques et les opérationnels, les services logisitiques traditionnels appartenant à l'univers administratif. Enfin, la dernière différenciation identifiée par Cremadez se situe au sein du centre opérationnel. Ce dernier est très largement spécialisé de manière horizontale, et il y a une différenciation entre corps médical et paramédical. Ainsi, l'organisation de l'hôpital est soumise à un nombre important

de forces centrifuges qui s'exercent essentiellement non pas sur son fonctionnement à court terme mais au contraire chaque fois que sont en jeu son devenir à moyen et long terme. C'est cet aspect très particulier du jeu des forces de différenciation qui peut expliquer le paradoxe apparent entre la qualité soins considérée le plus souvent comme satisfaisante et la gestion jugée peu performante.

Pour ce qui est de la notion d'intégration elle consiste à reconnaître les différences et à s'appuyer sur elles pour assurer la convergence des actions vers des objectifs communs. Si l'intégration dans les organisations est souvent hiérarchique à l'hôpital celle-ci s'exprime de manière limitée. En effet, à l'hôpital il y a une rupture de la ligne hiérarchique entre le centre opérationnel et le sommet stratégique. Cependant, la voie hiérarchique concerne essentiellement les relations entre les services faisant partie de l'appui logistique et le sommet stratégique. Cremadez montre alors qu'à l'hôpital l'intégration par les procédures est développée en ce qui concerne les relations opérationnelles et principalement les dimensions comptable, financière, et gestion du personnel, c'est-à-dire dans les domaines de prédilection de la technostructure administrative. Cremadez souligne ensuite que l'intégration par les comités ou commissions permanents est de pratique courante au sein de l'univers administratif avec le comité de direction réunissant le directeur et les chefs de service administratif, entre le médical et l'administratif avec la Commission médicale consultative. Par ailleurs, l'intégration opérationnelle est largement assurée au sein de chacun des univers administratif et médical pris séparément. L'intégration entre les deux univers fait appel à des moyens peu puissants au regard des forces centrifuges qui s'exercent : procédures administratives pour l'intégration opérationnelle, commission consultative composée de représentants élus pour le reste. Les moyens d'intégration mis en place privilégient une vision verticale de/ et corporatiste de l'institution. Enfin, le rôle ambigu qui est dévolu à l'infirmière générale, mi-hiérarchique, mi-fonctionnelle, mi-administrative, mi-médicale qui lui donne de fait un pouvoir d'intégration partiel entre le deux univers.

Ces éléments complémentaires à la description faite par Mintzberg, reflétent mieux la dynamique de l'organisation hospitalière, qui conditionne ses performances techniques et économiques. Pour Cremadez, cette dynamique s'illustre par plusieurs caractéristiques : un procesus stratégique de type émergent, une tendance à se fermer vis à vis de l'environnement, une faiblesse du sentiment d'appartenance à l'organisation, et enfin une pratique décisionnelle de type incrémental. Cette dernière caractéristique nous intéresse particulièrement, puisque

cette thèse s'attache à étudier le lien entre organisation et la décision. Dans son article, Cremadez (1987) montre que du fait de la dynamique de sa structure, l'hôpital se trouve soumis à un processus de décision de type émergent. Chaque décision est la résultante d'un équilibre momentané des forces en présence, qui correspond à l'émergence d'une coalition précaire. Dans les cas extrêmes, les décisions successives peuvent être prises, en dehors de toute perspectives d'ensemble, pour satisfaire les groupes de pression successifs, la seule logique détectable étant le respect d'une répartition à moyen terme des ressources, entre services, jugée satisfaisante par l'ensemble de la communauté médicale.

Une décennie plus tard, Guerrero (1997), va également s'intéresser à décrire la structure de l'hôpital. Selon elle, « *l'hôpital est alors perçu comme une multi-organisation qui génère des coûts de transaction et dont la restructuration, dans une optique de cohérence et de contrôlabilité, devrait se faire autour de la fonction logistique* » (Guerrero, 1997, p.267). Pour cette auteure, l'hôpital a l'originalité de devoir intégrer une logique économique, alors qu'il a, de tout temps, rempli une mission sociale tandis que les entreprises du secteur marchand ont longtemps privilégié des objectifs économiques. Or, cette conception nouvelle de l'hôpital pose le problème du choix des outils et schémas d'analyse que l'on doit utiliser pour comprendre son fonctionnement et en déduire le système décisionnel à mettre en place. Voulant approfondir la compréhension de la structure hospitalière, Guerrero fait trois hypothèses, dont la première retient notre attention, car elle va à l'encontre de l'idée d'un hôpital-bureaucratie professionnelle. D'après elle, « *l'hôpital public, entité juridique unique, est composé de trois organisations distinctes en dépit de leur imbrication apparente qui a en réalité un caractère forcé par la réglementation.* » (Guerrero, 1997, p.269). Elle s'appuie d'ailleurs sur les travaux de Cremadez (1987) qui a montré que la forme qui décrit le mieux la structure hospitalière est la bureaucratie professionnelle, mais pour Guerrero, ce modèle théorique ne permet pas de comprendre comment fonctionne l'hôpital français, et ce, pour trois raisons :

1. La ligne hiérarchique qui va du sommet stratégique au centre opérationnel est rompue.
2. A l'intérieur du centre opérationnel, coexistent deux univers dont les métiers et les modes de coordination sont différents.
3. La logistique ne constitue pas une partie homogène.

Si l'on note donc ici une divergence entre Cremadez et Guerrero, cette dernière reconnaît que l'analyse des mécanismes de différenciation de Cremadez suggère que l'hôpital n'est pas une

entité mais qu'il se compose en réalité de trois organisations : l'organisation administrative, l'organisation médicale et l'organisation paramédicale.

A partir de sa première hypothèse, selon Guerrero, les configurations structurelles repérées pour chacune des organisations internes de l'hôpital renseignent sur leurs caractéristiques respectives : l'organisation administrative est centralisée, bureaucratique et coordonnée par supervision directe ; l'organisation médicale est décentralisée, spécialisée, et coordonnée par la standardisation des qualifications ; enfin, l'organisation paramédicale est centralisée, formalisée et coordonnée par la standardisation des procédés de travail.

Cette démarche d'approfondissement du modèle de structure de l'hôpital est poursuivie par Nobre, en 1999, qui cherche à montrer comment l'analyse des dysfonctionnements de l'hôpital conduit à relativiser et à approfondir le modèle de la bureaucratie professionnelle pour décrire l'hôpital. Il va pour se faire s'intéresser à une partie du personnel oubliée par Mintzberg, le personnel soignant. Selon Nobre (1999) le personnel soignant, infirmier et cadres infirmiers, sert de tampon régulateur interne et incarne la notion de slack organisationnel (Cyert et March, 1963). Il est pour lui clair que si le personnel infirmier respecte le règlement de l'hôpital (horaires, réglementation), les contraintes juridiques et les normes de références des différents acteurs, l'hôpital s'arrête de fonctionner. A travers son étude sur le diagnostic et la collaboration sur une longue période, il qualifie l'hôpital de bureaucratie professionnelle à tendance despotique contrariée.

Qu'entend-il par là ? Il rappelle la définition du dictionnaire de despote : personne qui exerce une autorité arbitraire et absolue. Cela se traduit à l'hôpital par la persistance de dysfonctionnements dans l'activité courante qui sont générés par le centre opérationnel et pour lesquels il n'existe pas de moyens efficaces modifiant des pratiques qui sont, soit contraires aux textes (par exemple, signatures des ordonnances par les infirmières), soit contraires aux bonnes pratiques (non respects des normes du bloc opératoire). Il illustre donc ici le caractère arbitraire que le corps médical peut instaurer dans la relation avec le personnel soignant sans que quiconque puisse intervenir dans des situations très conflictuelles, d'où le caractère absolu. Nobre (1999) parle d'un fonctionnement des services en territoires hermétiques dans lesquels les responsables exercent leur pouvoir sans restriction, avec par exemple des usages sémantiques utilisant le possessif (ma secrétaire, mes infirmières, mon personnel) ou par des comportements proches de la féodalité. Ces pratiques et ces modes de fonctionnement sont

l'héritage du passé mais cette tendance despotique s'avère être contrariée à différents niveaux, par les collaborateurs directs du corps médical, le personnel soignant, mais aussi par les instances dirigeantes de chaque hôpital, qui elles mêmes sont soumises à un contrôle grandissant de la part des autorités de tutelles. De plus, Nobre (1999) ajoute que l'équilibre traditionnel des rapports de pouvoir, qui laissait une grande marge de manœuvre au corps médical par rapport à la direction de l'hôpital, commence à évoluer. En effet, la direction est elle-même de plus en plus contrainte par les autorités de tutelle à cause des contraintes financières et budgétaires et doit donc s'immiscer de plus en plus dans de nouvelles affaires.

Les évolutions de l'hôpital viennent remettre en cause les postulats initiaux du modèle de Mintzberg d'après Nobre (1999). Il précise que deux éléments plaident pour un approfondissement du modèle de Mintzberg. Le premier est inhérent aux caractéristiques propres du modèle, l'autre découle de l'évolution de l'environnement de l'hôpital.

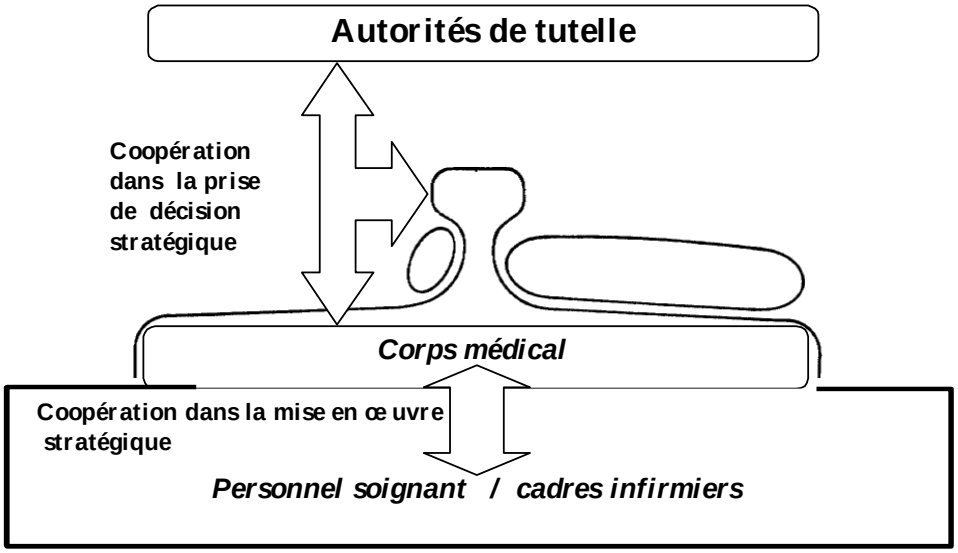
Ce qui distingue l'hôpital des autres BP (université, sociétés de conseil) est le rôle très important joué par le personnel soignant qui constitue un véritable prolongement du corps médical. La notion de centre opérationnel semble donc trop restrictive à Nobre (1999), et dans le modèle de Mintzberg le personnel soignant (infirmières et cadres) apparaît transparent.

En ce qui concerne l'environnement, s'il est toujours aussi complexe il s'avère que la stabilité n'est plus toujours aussi forte avec notamment les évolutions de la carte sanitaire et les modifications structurelles latentes (Nobre, 1999). Le système technique, quant à lui, a très fortement évolué en terme d'investigation et d'imagerie, d'examens réalisés et dans les techniques thérapeutiques et opératoires. Toutes ces évolutions nécessitent une coopération grandissante entre les différentes spécialités et entre les différents acteurs. Les besoins de coordination sont de plus en plus importants alors que le degré de complexité du mode de fonctionnement augmente.

Nobre (1999) propose une différenciation du centre opérationnel en deux catégories : le corps médical et le personnel soignant. Ce qui, pour lui, permet de mieux rendre compte de l'activité effective curative au sein de l'institution hospitalière. Il ajoute, dans l'idée d'approfondissement du modèle de Mintzberg, que le poids des contraintes financières et budgétaires implique un accroissement du contrôle des autorités de tutelle qui se traduit par une plus faible marge de manœuvre du corps médical dans les décisions stratégiques au

niveau de chaque établissement (Contandriopoulos et Souteyrand 1997 ; Nobre, 1999). Le corps médical est ainsi amené à développer une coopération plus importante avec les autorités de tutelle via la direction de l'établissement. Nobre conclut qu'il s'agit pour l'hôpital de passer d'une bureaucratie professionnelle à tendance despotique contrariée à une bureaucratie professionnelle coopérative et éclairée. Le schéma suivant fait la synthèse de son apport.

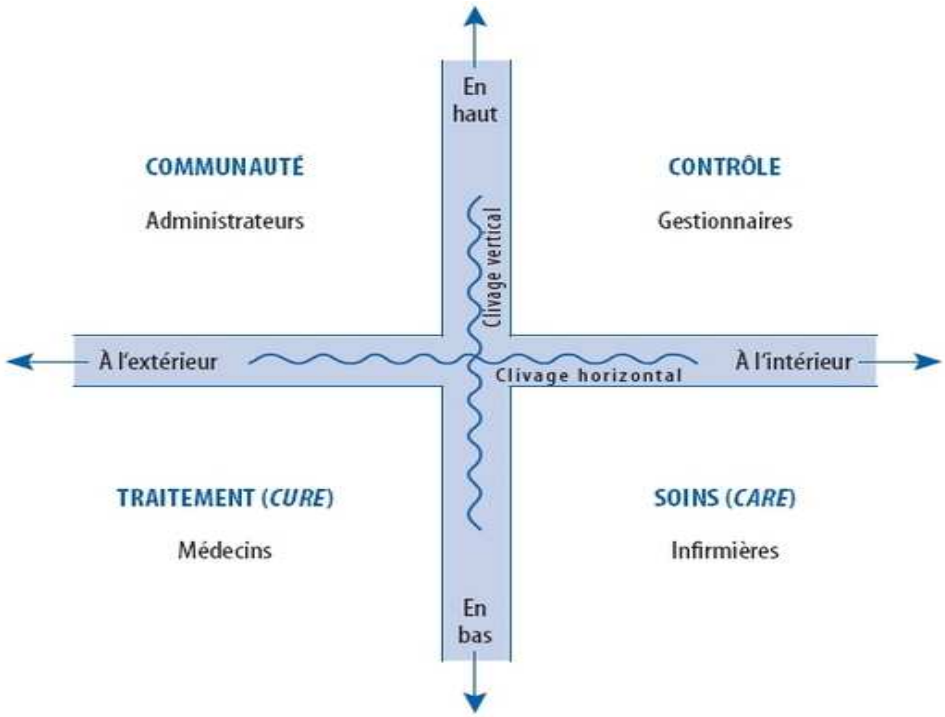
Figure 6 La bureaucratie professionnelle coopérative et éclairée



Source : Nobre (1999)

Enfin, Mintzberg lui-même va revenir sur ses premiers travaux, et proposer une nouvelle lecture de la structure hospitalière, avec la compagnie de Glouberman, en 2001. Ils reviennent sur le fait que les hôpitaux sont considérés comme des organisations extraordinairement compliquées. Dans leur article, ils vont dépeindre un monde des services de santé qui connaît une différenciation en quatre mondes distincts, c'est-à-dire en quatre ensembles d'activités, quatre modes d'organisation, quatre mentalités qui fonctionnement en vase clos. Ces quatre mondes distincts sont différenciés par leurs objectifs, leurs principes, leurs logiques de fonctionnement et leur mode de management qui leur est propre.

Figure 7 Les quatre mondes de l'hôpital général



Source : Mintzberg et Glouberman, (2001)

Les administrateurs sont animés par un principe de surveillance et de rationalité, les gestionnaires par un principe de contrôle et de contrainte, les soignants par une logique d'efficacité centrée sur les soins et le corps médical est lui animé par une logique d'intervention, de productivité et d'efficience (Mintzberg et Glouberman, 2001).

Glouberman et Mintzberg (2001) ont également mis en avant que la complexité de la mise en place de changement organisationnel à l'hôpital car celui-ci est un des systèmes les plus complexe de la société contemporaine. Ces auteurs divisent l'hôpital en quatre mondes distincts, selon le mode de management qui leur est propre. Ils distinguent alors quatre modes de management :

En haut (*Up*): basé sur le traitement des patients

En bas (*Down*): contrôle de l'institution

A l'intérieur (*In*) : pour les agents sous le contrôle clair de l'institution

A l'extérieur (*Out*): pour les acteurs impliqués dans l'activité mais extérieur à l'institution

Les quatre mondes qu'ils identifient sont : *cure, care, control, community*. *Cure* correspond à la communauté médicale, qui est *down* dans ses opérations et *out* car les médecins ne font pas

partie de la hiérarchie de l'hôpital. *Care* renvoie aux infirmiers, qui sont à la fois *in* et *down* puisqu'ils délivrent un service aux patients, tout en étant sous le contrôle de l'institution. *Control* fait référence à l'administration classique, à savoir les managers (cadres de soins), qui sont *in* puisque responsables de l'institution, et *up* puisqu'ils sont moteurs de l'action mais pas directement impliqués dans les opérations. Enfin, *community* représente les administrateurs de l'hôpital, ainsi que les bénévoles, qui sont à la fois *up* et *out*. En effet, ils ne sont pas directement reliés au fonctionnement de l'hôpital, ni personnellement redevable à sa hiérarchie (Glouberman et Mintzberg 2001).

On observe une division horizontale claire entre les porteurs de soins (*cure* et *care*), et les organisateurs de l'offre (*control* et *community*). De plus une division verticale apparaît entre ceux sous l'emprise de l'institution (*control* et *care*) et ceux impliqués mais libre (*cure* et *community*) (Glouberman, Mintzberg, 2001).

L'hôpital n'est pas donc pas *une* organisation, mais bien le regroupement de quatre entités qui fonctionnent de manière indépendante, et c'est bien cette particularité qui fait la singularité de cette institution.

Le modèle de bureaucratie professionnelle de Mintzberg (1982) a donc été remis en question et approfondi, ce qui démontre bien que ce modèle, bien qu'encore bien implanté n'est pas une vérité absolue. Mais la nouvelle gouvernance et le fonctionnement par pôle semblent aller encore plus loin dans la façon dont l'activité de soins s'organise. Or, à la lecture du travail sur les configurations structurelles de Mintzberg, tout semble se passer comme si l'hôpital tendait à se rapprocher de la structure divisionnelle. Pouvourville et Tedesco (2003) évoquent déjà les prémices d'un changement de structure, en évoquant l'entreprise divisionnelle à forte composante professionnelle pour décrire l'hôpital.

En effet, si les pôles d'activité médicale tels qu'on les connaît aujourd'hui à l'hôpital sont issus de l'ordonnance de 2005, comme nous l'avons vu, certains établissements les ont mis en place auparavant. C'est ainsi que dès 2003 Pouvourville et Tedesco ont pu en faire une analyse. Ils nous disent que chaque pôle est une petite division, qui élabore un projet, qui a besoin de règles de fonctionnement, de systèmes de commandement, de systèmes d'information et de systèmes d'autorité. Ces pôles posent alors la question du devenir de la fonction de chef de service. La logique voudrait que la fonction de chef de service disparaisse,

mais l'on sait la communauté médicale très divisée sur cette question. Cette nouvelle gouvernance interne remet en cause selon eux toute l'organisation universitaire, et donc la formation initiale des médecins dans les CHU. Pouvourville et Tedesco (2003) affirment une chose importante, la contractualisation externe et interne contribuent à éloigner les hôpitaux du modèle de la bureaucratie professionnelle, pour les rapprocher d'un modèle de l'entreprise divisionnelle à forte composante professionnelle.

Au même titre que Nobre (1999), Pouvourville et Tedesco (2003) remettent en cause la stabilité de l'environnement de l'hôpital tel que décrit par Mintzberg (1982). Dans la même idée que Nobre, ils mettent également l'accent sur la nécessité de la mise en place de procédures de coordination, due à la raréfaction des ressources qui encourage la concurrence interne entre les unités de production. Parallèlement, ces deux auteurs ajoutent que le rôle de la technostructure est en train d'évoluer : l'apparition d'outils de contrôle des pratiques médicales, des systèmes d'information médicalisés, le développement de programmes d'assurance qualité et de gestion des risques ont suscité la création de services qui vont interférer plus directement avec le travail des médecins (Pouvourville et Tedesco, 2003).

Ces auteurs (Nobre, 1999 ; Pouvourville et Tedesco, 2003) apportent donc la preuve que les évolutions de l'hôpital public l'ont éloigné du modèle de bureaucratie professionnelle tel qu'il était décrit par Mintzberg. Ce constat est d'autant plus vrai avec l'arrivée des pôles, et la nouvelle gouvernance interne. Emerge à présent l'idée que l'hôpital se rapproche de la structure de l'entreprise divisionnelle à forte composante professionnelle. Cette notion de division semble pertinente, et en accord avec la nouvelle forme de l'hôpital. Il semble que l'on peut aller plus loin dans ce sens, jusqu'à penser que l'hôpital n'est plus une bureaucratie professionnelle, mais serait à présent une structure divisionnalisée.

4 La structure divisionnalisée : nouvel écrin de l'hôpital ?

Afin d'explorer cette question, il faut d'abord comprendre ce qu'est la structure divisionnalisée. Nous allons ici entreprendre le même travail que précédemment avec la BP, en nous basant sur le travail de Mintzberg (1982).

Tableau 5 La structure divisionnalisée

Mécanisme de coordination principal	Standardisation des résultats
Partie clé de l'organisation	Ligne hiérarchique
Principaux paramètres de conception	Regroupement des unités sur la base des marchés, systèmes de contrôle des performances, décentralisation verticale limitée
Facteurs de contingence	Marchés diversifiés (particulièrement en ce qui concerne les produits ou les services) organisation âgée, de grande taille, besoin de pouvoir des cadres, structure à la mode

Source : Mintzberg (1982)

Les deux structures, BP et SD se rejoignent sur un point, elles sont un ensemble d'entités quasi autonomes couplées par une structure administrative centrale. Sauf que, dans la SD il n'est plus question d'individus mais d'unités de l'organisation, appelées divisions (Mintzberg, 1982). Pour son auteur, la SD se distingue par le fait qu'il ne s'agit pas d'une structure complète mais plutôt d'une structure qui chapeaute d'autres structures, chaque division ayant sa structure propre. La SD se focalise ainsi sur les relations entre le siège et les divisions, entre le sommet stratégique et le sommet de la ligne hiérarchique. On retrouve, dès à présent, l'idée qui est développée avec les pôles d'activité médicale, qui sont des divisions regroupées dans une structure plus globale qu'est l'hôpital. D'ailleurs, Mintzberg citait comme exemple de SD les hôpitaux qui fonctionnent en réseau d'établissements distincts réunis dans une même entité. Faire ce rapprochement entre pôle et SD, va donc dans le même sens que l'auteur.

4.1 Les paramètres de conception

La SD s'appuie sur le regroupement en unités, sur la base des marchés au sommet de la ligne hiérarchique. Cette dispersion, comme l'appelle Mintzberg (1982), minimise l'interdépendance entre les divisions, faisant que chacune peut fonctionner comme une entité

quasi-autonome, se libérant de la contrainte de coordination des autres. Weick (1976) parle d'un système où le couplage est souple, les éléments sont faiblement reliés, et les interdépendances minimales. Or, la structuration des pôles à l'hôpital suit bien ce schéma, en créant des divisions médicalement thématisés (la neurologie s'occupe peu de ce que peut faire la gynécologie, et inversement). Il existe peu de liens entre les différents pôles, les interdépendances sont donc minimales. De plus, Mintzberg (1982) met l'accent sur le fait que dans ces structures la décentralisation est importante. Le siège délègue à chaque division les pouvoirs nécessaires à la prise des décisions concernant ses propres opérations. C'est bien l'esprit de la création des pôles, créer des unités de gestion plus proches du terrain auxquelles sont accordées un certain nombre de délégations. Et ce, pour faciliter la prise de décision dans un esprit d'efficience médico-économique. La SD requiert une décentralisation globale et verticalement limitée (Mintzberg, 1982). Cette décentralisation se matérialise à travers la contractualisation interne et le contrat de pôle signé entre le directeur d'établissement et le chef de pôle. Il faut, par ailleurs, une certaine forme de contrôle ou de coordination exercée par le siège sur les agents par un contrôle des performances. Le contrat de pôle remplit en partie cette fonction, puisqu'il est un contrat d'objectifs et de moyens. De plus, nous l'avons vu, à l'hôpital de nombreux outils de contrôle se développent, à travers le contrôle de gestion et la diffusion de tableaux de bords. Ceci permet de maintenir le contrôle face à l'autonomie des divisions. Ainsi, le mécanisme de coordination principal de la SD est la standardisation des résultats, et le système de contrôle des performances y est un paramètre de conception essentiel (Mintzberg, 1982).

4.2 La structure des divisions

Pour Mintzberg (1982), la structure divisionnalisée peut servir à regrouper des divisions de toutes formes structurelles. Il donne l'exemple des universités à plusieurs établissements, qui sont des regroupements de BP. C'est également le cas des hôpitaux, nous l'avons vu plus haut. Toutefois, il précise que cette configuration est plus efficace lorsque les divisions ont une structure de bureaucratie mécaniste, et qu'elle tend à faire évoluer les divisions vers ce type de structure quel que soit leur penchant naturel. Car le mécanisme de coordination qui permet le mieux de concilier contrôle et autonomie est la standardisation des résultats. Ce qui requiert l'élaboration de normes de performance bien définies. Chaque division doit être traitée comme un système intégré comportant un ensemble cohérent d'objectifs. Ces objectifs

doivent être opérationnels, c'est-à-dire pouvoir se prêter à des mesures quantitatives de contrôle des performances. Si, en théorie, de telles mesures sont impossibles dans les BP, à cause de la complexité du travail, nous avons vu, dans l'évolution de l'hôpital, avec notamment le NMP, que cette réalité ne correspond plus totalement à l'hôpital d'aujourd'hui. La recherche d'économies d'échelle et de fusions, qui a conduit ces dernières années à la création des pôles, s'accompagne du déploiement d'une instrumentation gestionnaire, d'origine industrielle, tournée vers la performance et l'optimisation, avec une division du travail et une procéduralisation des tâches (Pascal, 2003). En effet, de nombreux indicateurs de qualité et de performance se sont développés, et la gestion a fait une vraie percée dans le monde médical. L'Etat pousse à une standardisation des pratiques (Samuel et al., 2005). D'abord une standardisation des connaissances médicales, puis la volonté de contraindre les décisions et les actions du corps médical, pour les orienter vers une perspective d'efficience (Dumond, 2003 ; Samuel et al., 2005). La mise en place des GHM[19] est, là encore, une forme de standardisation (voire de typification) pour lesquels sont définis des traitements, une durée moyenne de séjour et des moyens de façon homogène (Lapointe et al., 2000). La certification, en établissant des normes, pousse à la protocolisation du travail (Loriol, 2004), et au développement d'outils de standardisation du travail (Fraisse et al., 2003). Cette vague d'informatisation sous entend des enjeux de coordination, un contrôle de la qualité, ainsi que de la flexibilité et de l'efficience (Fraisse et al., 2003 ; Amar et Berthier, 2006). Ces travaux indiquent bien que la standardisation des qualifications n'est plus le seul mécanisme de coordination en vigueur. Toutes ces réformes et transformations vont dans le sens d'une standardisation des résultats qui coïncide bien avec l'essence de la SD. Deux conditions sont indispensables au fonctionnement des divisions : chaque division doit fonctionner comme un ensemble intégré auquel on impose des mesures de performance et le directeur de division doit être capable d'imposer ces mesures à sa division. Mintzberg (1982) apporte une précision, si la division est une BP, donc non régulée et où le pouvoir est à la base, la condition d'existence d'une SD équivaut à une pression s'exerçant dans le sens d'une grande centralisation. Cette idée de centralisation se retrouve chez certains auteurs qui ont évoqué la délégation de gestion comme de la poudre aux yeux (Grenier et Bernardini, 2014 ; Gouffé et Cargnello Charles, 2014). Là encore la description de la SD faite par Mintzberg, correspond à la littérature sur l'hôpital, et les éléments semblent converger.

[19] Groupe Homogène de Malade

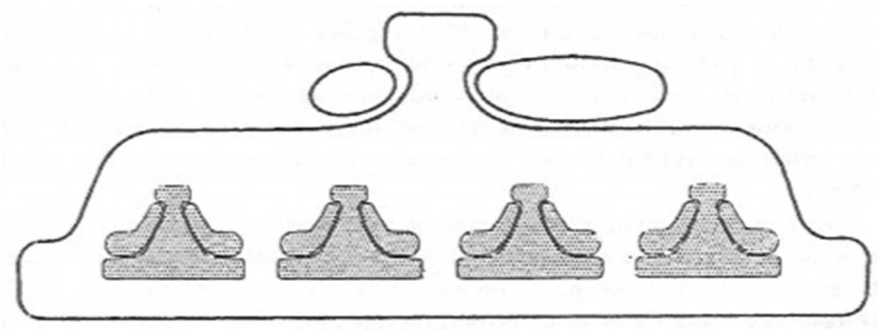
4.3 Structure divisionnalisée et décentralisation

La SD est plus centralisée que la BP, elle résulte de la centralisation d'un ensemble d'organisations indépendantes opérant dans des marchés différents, donnant une partie de leur pouvoir au nouveau siège central. Si le maître-mot semble être décentralisation, paradoxalement Mintzberg (1982) évoque que les structures divisionnalisées peuvent être assez centralisées. Les directeurs de division peuvent y détenir l'essentiel du pouvoir. La SD a tendance à amener les divisions à centraliser le pouvoir plus que ne le feraient les divisions si elles étaient des entités indépendantes.

4.4 Les pouvoirs respectifs du siège et des divisions

Il existe une division nette du travail entre siège et divisions. La communication entre ces deux niveaux est plutôt formelle et limitée à la transmission des normes de performance du siège aux divisions et des résultats dans le sens inverse. Dans la SD, les divisions ont le pouvoir de gérer leurs propres affaires, elles contrôlent les opérations et déterminent les stratégies pour les marchés sous leur responsabilité (Mintzberg, 1982). Pour ce qui est des pôles d'activité médicale ils produisent un projet médical de pôle, en accord avec le projet médical d'établissement. Ils déterminent ainsi la stratégie médicale qu'ils vont mettre en place. Ce qui correspond à la description de Mintzberg. De son côté la direction a pour rôle de déterminer les objectifs de l'entreprise dans son ensemble, assurer la planification stratégique, déterminer les politiques de base pour les finances, les systèmes comptables, la recherche fondamentale, la réalisation des fusions et des acquisitions, approuver les dépenses au-delà de limites prescrites, déterminer les salaires et primes, et sélectionner les candidats pour les postes situés au-dessus d'un certain niveau. (Holden et al., 1968 ; Mintzberg 1982). Ce rôle se retrouve à la fois à travers le projet médical d'établissement plutôt porté par la CME, et la contractualisation interne plutôt portée par la Direction Générale. Le siège joue un rôle plus important ici que dans la BP puisqu'il détermine la stratégie d'ensemble de l'organisation, l'allocation des ressources financières d'ensemble. Le pouvoir du siège sur l'allocation des ressources inclut aussi l'autorisation des projets d'un volume tel qu'ils sont susceptibles d'affecter le budget en capital de l'entreprise (Mintzberg, 1982).) Dans la SD c'est le siège qui a le pouvoir de remplacer et de nommer les directeurs des divisions. Il en va de même à l'hôpital, c'est le directeur d'établissement qui nomme les médecins chefs de pôle.

Figure 8 La structure divisionnalisée



Source : Mintzberg (1982)

Le siège a trois parties : un sommet stratégique, une petite technostructure chargée de la conception et du fonctionnement du système de contrôle des performances, et un ensemble plus important de fonctions de support logistique.

4.5 Le cadre d'existence de la structure divisionnalisée

Il existe un facteur de contingence qui, plus que tous les autres, pousse l'organisation à adopter la SD : la diversité des marchés. Avec la spécialisation continue des activités de soins, l'hôpital se retrouve bien dans le cadre d'une diversification des marchés. Chaque spécialité développe son activité, face à la concurrence du privé, dans un esprit de performance et de recherche – surtout dans les CHU.

En ce qui concerne l'environnement de la SD, il est pertinent lorsque qu'il est simple et faiblement dynamique. Cette fois-ci ce n'est tout à fait le cas de l'hôpital. Mintzberg (1982) nous apprend alors que lorsqu'une organisation cherche à imposer la divisionnalisation à des unités qui opèrent dans des environnements complexes ou dynamiques où les résultats ne peuvent pas être mesurés par un système de contrôle, il en résulte normalement une structure hybride. Il poursuit en expliquant que la nature de cet hybride dépend du mécanisme de coordination utilisé par le siège pour remplacer le contrôle des performances : s'il s'agit de la socialisation, on a un hybride de la SD qui a certaines caractéristiques d'une BP. Le siège cherche alors à contrôler les divisions en n'y nommant uniquement des cadres en qui il peut

avoir pleine confiance, parce qu'ils sont passés par des programmes intensifs de socialisation ou parce qu'ils s'identifiaient déjà à l'organisation lorsqu'ils y sont entrés. L'hôpital, semble se rapprocher de cet hybride où cohabitent les principes de la SD, tout en gardant l'héritage de la BP. Ceci laisse penser que l'hôpital est dans une phase de transition entre la BP et la SD, et donc prend cette forme hybride à la frontière de ces deux configurations, pris en étau entre sa volonté et son histoire.

Concernant l'âge et la taille comme facteur de contingence, il ressort que les organisations ont tendance, lorsqu'elles grandissent, à diversifier puis à divisionnaliser (Mintzberg, 1982). On peut donc penser qu'avec le temps il est logique que l'hôpital, et en particulier les CHU et les grands établissements aient suivi ce chemin.

Pour ce qui est du pouvoir, Mintzberg déclare « *il serait plus pratique pour le gouvernement de négocier avec quatre administrations qu'avec six* ». On retrouve cette même logique à l'hôpital avec l'idée qu'il est plus pratique pour la direction d'interagir avec des pôles moins nombreux, plutôt qu'avec un grand nombre de services.

Enfin la forme la plus pure de SD est le Conglomérat [20]. Dans cette forme, les interdépendances entre divisions sont limitées au partage des ressources communes. Si l'on se base sur ce critère de faible interdépendance, nous avons vu qu'à l'hôpital le couplage est faible entre les différentes divisions, on peut dire que celui-ci se rapproche en un sens de la forme du conglomérat.

4.6 Les limites de la SD

Mintzberg (1982) rappelle que la structure divisionnalisée pure n'est pas l'apanage du secteur privé, et il dénombre les avantages économiques de la divisionnalisation au nombre de quatre : une allocation efficace du capital, la formation des directeurs généraux, elle réduit les risques et accroît la capacité de réponse stratégique.

[20] Le conglomérat est un entreprise à produits liés, qui a poursuivi son expansion dans de nouveaux marchés ou acquiert de nouvelles filiales, en étant de moins en moins focalisée sur un thème stratégique central (Mintzberg, 1982).

Un élément de difficulté, dans la SD, est le rôle du siège. Mintzberg (1982) nous dit qu'un ensemble de forces puissantes encourage le siège à prendre une partie du pouvoir des divisions. Il a tendance à centraliser certaines décisions concernant les produits et les marchés et donc à aller à l'encontre de l'objectif même de divisionnalisation. Une tendance qui se retrouve à l'hôpital avec le renforcement du rôle du directeur d'établissement dans la loi HPST, et un penchant pour la centralisation dans un contexte financier difficile, nous y reviendrons dans l'étude de notre cas. De plus il existe dans la SD des forces qui poussent à la centralisation au niveau des divisions comme au niveau du siège, avec pour résultat la concentration de pouvoirs considérables par un nombre très réduit de personnes.

Par ailleurs, le système de contrôle des performances de la SD peut l'amener à agir de façon socialement irresponsable. Selon Mintzberg (1982), forcé de se concentrer sur les conséquences économiques de ses décisions, le directeur de division en vient à ignorer leurs conséquences sociales. Le problème selon lui provient de ce que les critères de performances utilisés sont essentiellement quantitatifs et typiquement financiers, et qu'ils deviennent pratiquement des obsessions, évacuant les buts qui ne peuvent pas être mesurés : la qualité des produits, la fierté vis-à-vis du travail, la qualité du service aux consommateurs, la protection et la beauté de l'environnement. En quelque sorte, les buts économiques chassent les buts sociaux.

Dans son travail, Mintzberg (1982) conclut qu'en général la SD pure ne fonctionne pas efficacement hors du secteur privé, malgré des tentatives dans des universités, des hôpitaux, ces organisations considérées comme un gigantesque service public monolithique et divisionnalisé. Il l'explique par le fait que le gouvernement ne peut pas se désinvestir de ces organisations. Il n' y a donc pas de mécanisme pour le renouvellement organisationnel. Un autre problème est posé par l'interférence de la réglementation du service public en matière de recrutement et de nomination avec la notion de responsabilité de gestion. Un supérieur doit avoir une certaine latitude quant à la sélection, la mutation ou le licenciement et un certain contrôle sur ses subordonnés. Or le fonctionnariat impose des restrictions dans ces domaines (Worthy, 1959 ; Mintzberg, 1982). Mais pour Mintzberg (1982) le problème le plus sérieux reste celui de la mesure : les objectifs, en particulier les buts sociaux, que les institutions doivent intégrer au système de contrôle ne se prêtent pas forcément à la mesure. Or, cette mesure est indispensable au fonctionnement de la SD. Si rien n'empêche la création de divisions dans ces organisations publiques, en l'absence de mesure de performance réelle il

faut trouver d'autres moyens pour contrôler les divisions. Une de ces méthodes est la socialisation : la nomination de responsables qui croient aux buts sociaux en question. Nous l'avons vu, l'hôpital s'oriente de plus en plus vers une mesure de la performance, même si celle-ci essuie quelques critiques. Toutefois, l'écueil évoqué par Mintzberg a dû être pris en compte puisqu'à la tête des divisions, les pôles, ont été nommés des médecins, et non des administratifs. Ces médecins chefs de pôle sont donc, de fait, sensibles aux buts sociaux de l'hôpital, la qualité du soin, la recherche en santé, et la formation des médecins (en CHU). Cette méthode reste limitée, et la nécessité pousse à recourir à d'autres moyens, tels que la supervision directe et la standardisation du travail. Nous l'avons évoqué, l'hôpital se trouve de plus en plus confronté à la standardisation et à la protocolisation. Ces évolutions montrent bien le désir de s'orienter vers une forme de structure divisionnalisée, en essayant de contourner les contraintes de ces caractéristiques intrinsèques, qui l'éloigneraient de cette configuration. Cependant, cette standardisation va à l'encontre de l'autonomie des divisions.

Pour conclure, la meilleure méthode qui puisse être utilisée par le gouvernement et les institutions qui veulent utiliser la SD selon Mintzberg (1982) est de nommer des responsables qui croient aux buts poursuivis, puis de mettre en place un mécanisme d'examen périodique de leur performance personnelle. Les médecins chefs de pôle correspondent donc bien à ce précepte. Pour ce qui est du mécanisme d'examen, on peut penser que la contractualisation interne remplit cette fonction, à titre collectif. Ce contrat d'objectifs et de moyens engage le pôle dans une poursuite d'actions, liée à la stratégie de l'établissement, avec un certain nombre d'indicateurs de résultats, qui permettront de mesurer la performance atteinte par le pôle. On retrouve donc en partie les critères énoncés par Mintzberg (1982). Il n'y a en effet pas à proprement parler de mécanismes d'évaluation personnelle directe, mais on peut penser que le contrat de pôle rempli en partie cette fonction. Par ailleurs, en tant que responsable, le contrat de pôle engage le médecin chef pôle à porter le bilan de l'activité de son pôle, ce qui est une forme de mesure de sa performance, dans sa capacité à mener à bien la stratégie du pôle.

Finalement, Mintzberg (1982) déclare que la SD pourrait n'être justifiée que sous ses formes intermédiaires, et que sa forme pure ne serait qu'un idéal type qui doit être rapproché mais jamais atteint. A ce titre, il semble que l'hôpital tente de se rapprocher de cet idéal, sans pouvoir l'atteindre, en partie de part sa qualité d'organisation de service public. Tout se passe

comme si l'hôpital était dans une forme hybride de configuration structurelle, entre bureaucratie professionnelle et structure divisionnalisée.

Résumé CHAPITRE 3

Mintzberg propose en 1982 une classification des organisations en cinq configurations structurelles majeures. A cette époque ses travaux l'amènent à considérer que l'hôpital est une bureaucratie professionnelle. Le centre opérationnel, à savoir, le corps médical, est au cœur de l'organisation et le mécanisme de coordination principale est la standardisation des qualifications. Ce modèle fait sens et correspond assez bien à la réalité de l'hôpital à cette période. Toutefois, certains auteurs ont critiqué ce modèle, notamment sur la place trop faible accordée au personnel soignant dans cette représentation.

Or, nous avons vu dans le premier chapitre que depuis les années 1990 de nombreuses réformes, inspirées du NMP, sont venues impacter l'hôpital et modifier tant sa structure que son organisation. Il paraissait donc légitime de remettre en question un modèle de représentation datant d'une époque n'ayant pas connu toutes ces modifications.

Il apparaît désormais, que par sa division en pôles d'activité médicale, l'hôpital s'est éloigné peu à peu de configuration de bureaucratie professionnelle stricte pour se rapprocher d'une structure divisionnalisée. D'ailleurs, dès le début des pôles, certains auteurs avaient identifié les prémices de ces changements. Ce n'est pourtant pas une évidence pour tous puisqu'encore aujourd'hui de nombreux auteurs, identifiés par Valette et al. (2015), travaillant également sur la question de nouvelle gouvernance, continuent de considérer l'hôpital comme une bureaucratie professionnelle, sans remettre en question tout ou partie de cette représentation.

Il semble à présent que l'intention des pouvoirs publics dans la création des pôles a été de faire évoluer l'hôpital d'une structure rigide, la bureaucratie professionnelle, sous l'égide du pouvoir du centre opérationnel, à une structure divisionnalisée, avec pour objectif que cette configuration structurelle réponde à l'impératif d'efficience médico-économique. L'idée est donc que le changement de configuration structurelle doit aboutir à un changement du processus décisionnel, pour que celui-ci soit plus performant.

Transition

Au cours des dernières années, nous l'avons vu dans le chapitre 2, de nombreux travaux de recherche en gestion se sont intéressés aux transformations organisationnelles à l'hôpital induites par la volonté de développer le « médico-économique ». Valette *et al.* (2015) dressent le bilan de ces travaux et nous démontrent que ce sujet a été étudié par les chercheurs en gestion avec trois perspectives principales : le design organisationnel avec en particulier la création des pôles ; les instruments de gestion ensuite, destinés à suivre, contrôler et piloter la performance des hôpitaux ; et enfin les acteurs qui mettent en œuvre les réformes et dont la situation et les activités sont touchées par ces dernières. De ce bilan il ressort que les travaux s'intéressant au design de l'organisation traitent essentiellement de la délégation de responsabilités managériales au pôle, de son appropriation, et plus marginalement du trio de pôle. Ceux centrés sur les individus s'intéressent pour certains exclusivement aux médecins, prioritairement en leur qualité de chefs de pôle, d'autres aux cadres, en moindre nombre à une population mixte, et enfin peu sont centrés sur le personnel de direction. Notons que le personnel soignant non cadre et les médecins non chefs de pôle sont peu présents dans la littérature. Il ressort que finalement peu de recherches se sont réellement intéressées au fonctionnement de la délégation au sein du pôle. Aucune étude n'a observé le pôle à travers le prisme de la prise de décision, qui rassemble tous les acteurs gravitant autour de cette nouvelle gouvernance. Or, nous venons de voir que l'enjeu qui se cache derrière la création des pôles, et la modification de la configuration structurelle de l'hôpital est bien de faire évoluer le processus de décision. Il nous paraît indispensable de nous pencher sur cette question, le pôle devant être un organe de décision, il est important de comprendre les enjeux de ce processus, et ainsi enrichir le champ de la nouvelle gouvernance à l'hôpital. Valette *et al.* (2015) démontrent à juste titre que pour compléter ce manque, sur le médico-économique à l'hôpital, il faudrait observer comment les capacités de décision sont modifiées pour permettre de prendre en compte des informations économiques et médicales, aboutissant à des solutions nouvelles. C'est ce que nous nous proposons de faire, comprendre comment les capacités de décision sont modifiées par le changement structurel. Si les recherches centrées sur l'organisation soulignent bien la difficile mise en pratique de la délégation de gestion, la régulation n'est pas restituée. Il est alors difficile d'identifier ce que les pôles transforment ou pas dans la gouvernance d'ensemble, un manque que nous allons tenter de combler en

analysant le processus décisionnel dans lequel le pôle est impliqué. Ce manque dans la littérature Valette *et al.*, (2015) l'expliquent de plusieurs façons :

- Un sujet récent qu'il est nécessaire de comprendre avant d'analyser
- Une réforme qui affecte peu les pratiques
- Une organisation « hypocrite » (Brunsson, 1992) développant beaucoup d'énergie pour mettre en œuvre les nouveaux dispositifs formels mais en protégeant ses pratiques établies avec tout autant d'énergie
- La nécessité d'une autre façon de faire de la recherche par une observation plus fine des pratiques qu'elle ne l'est en général faite (Pépin et Moisdon, 2010).

Les recherches dans les établissements hospitaliers rendent compte d'une grande variété dans les pratiques. Pour Valette *et al.* (2015), les établissements tâtonnent, essaient, font des choix en fonction de leurs contraintes ou de leurs priorités. Cette notion de tâtonnement, et de fonctionnement par essai-erreur n'est pas sans rappeler le mode de prise de décision décrit par le concept d'anarchie organisée (Cohen, March et Olsen, 1972), où les acteurs découvrent leurs préférences au fur et à mesure.

Finalement un certain nombre de thèmes autour de la nouvelle gouvernance n'ont pas encore été étudiés, et ne se retrouvent donc pas dans la littérature sur le sujet (Valette et al., 2015) :

- La coordination du travail, la gestion de la transversalité (enjeu médico-économique important à l'origine de la création des pôles)
- Le processus de conduite de projets médicaux (comment ils intègrent les dimensions économiques et les nouvelles relations)
- L'implantation du *lean management* (améliorer les processus en optimisant les ressources et la gestion de la qualité des prises en charge)[21]
- L'innovation médicale, ou dans le soin, en lien avec les enjeux médico-économiques

Notre recherche contribue à permettre d'alimenter les connaissances autour de la nouvelle gouvernance et de la gestion de la transversalité, ainsi que de la conduite des projets

[21] Ces travaux de recherche existent en logistique, mais sont moins présents en management des organisations

médicaux, et de la place du pôle dans ces questions là. Dumez (2010) rappelle qu'une bonne recherche qualitative repose sur la qualité du problème posé. Ce problème est construit comme une tension entre un état du savoir et du non-savoir et la mise en place d'un cadre théorique qui s'expose à la critique. La mise en tension avec le cadre théorique exige alors une liberté dans le choix et la construction d'un cadre analytique approprié pour résoudre la tension. Il faut donc mobiliser des cadres théoriques producteurs de sens. A ce titre Valette *et al.*, (2015) s'interrogent sur des phénomènes de « modes théoriques » qui peuvent être un frein à la production de connaissances. Dans cet esprit, nous avons voulu nous éloigner des modes d'observations habituels de l'organisation hospitalière pour comprendre le processus de décision qui y est en jeu. Notre choix, que nous allons expliciter dans le chapitre suivant, s'est porté sur l'anarchie organisée de Cohen, March et Olsen (1972).

CHAPITRE 4 : LES POLES D'ACTIVITE MEDICALE ET LE PROCESSUS DE DECISION EN QUESTION : L'ANARCHIE ORGANISEE AU SERVICE DE L'ANALYSE DE L'HOPITAL

L'objectif du **CHAPITRE 4** est de souligner que la théorie de l'anarchie organisée semble proposer une perspective féconde pour analyser l'ensemble des enjeux importants dans le processus de décision des pôles d'activité médicale. En effet, ce cadre théorique nous semble pertinent pour analyser l'effet du changement de configuration structurelle sur le processus décisionnel, et donc l'apport de l'organisation polaire dans les établissements de santé.

Ce chapitre est divisé en trois parties.
La **première partie** expose les différentes théories de la décision en sciences de gestion pour préciser notre choix de cadrage théorique.
La **deuxième partie** présente le modèle de l'anarchie organisée et le garbage can model qui lui est associé.
La **troisième partie** justifie de la pertinence de la mobilisation du cadre théorique de l'anarchie organisée dans ce travail de recherche.

1 Les théories de la décision

Il existe dans la littérature sur la décision de nombreux modèles qui ont évolué, dans un enrichissement successif. Des premiers travaux de l'école classique sur la rationalité parfaite, en passant par les travaux d'Harvard avec le modèle LCAG et l'analyse SWOT, puis la rupture avec la rationalité limitée de Simon, suivie des travaux de l'école Behavioriste de Cyert et March, pour finir avec le modèle de l'anarchie organisée et du modèle de la poubelle de Cohen, March et Olsen (1972).

Selon Aïm (2013), la rationalisation de Taylor a permis aux dirigeants d'augmenter la production, les libérant des aspects productifs, leur permettant de se consacrer au fonctionnement de l'entreprise, et donc à la prise de décision. Cette fonction de prise de

décision est donc devenue essentielle pour les dirigeants. D'autant plus que la décision constitue pour l'entreprise l'une de ses principales ressources qui synthétise la vision, les idées et les projets des acteurs, qui peuvent se transformer en actions stratégiques (Plane, 2008).

1.1 Le modèle classique et la rationalité parfaite

Dans la vision du modèle classique, le décideur effectue des choix rationnels. La décision est assimilée au raisonnement d'un acteur unique qui cherche à maximiser ses fins avec les moyens mis à sa disposition. Pour cela il analyse toutes les possibilités d'actions susceptibles de lui permettre d'atteindre ses buts. Il est à la recherche de solutions optimales à partir d'éléments stables et d'objectifs définis. Les préférences de l'acteur sont stables et exhaustives. Dès lors, la décision est une activité de traitement de l'information, qui a pour objectif d'atteindre un optimum (Plane, 2008 ; Aïm, 2013). Le processus de décision est donc un comportement rationnel qui suit le modèle suivant :

- Phase de diagnostic, par l'identification et la formulation du problème
- Phase de recherche, en recensant les actions envisageables
- Phase d'évaluation, en comparant les solutions
- Phase de choix, avec l'adoption de la solution optimale

1.2 Le modèle de Harvard

En 1969, Learned, Christensen, Andrews et Guth créent le modèle LCAG retenu sous le nom de SWOT. Cet acronyme pour Strengths Weaknesses Opportunities et Threats, (Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces), fondé sur une conception de la prise de décision stratégique. Ce modèle considère la firme comme un système qui agit comme un acteur parfaitement rationnel. L'approche consiste en une analyse de l'environnement de la firme et de ses ressources internes. L'analyse des opportunités et des contraintes de l'environnement et des forces et faiblesses internes à l'organisation permet de déterminer des possibilités d'actions stratégiques. Ce modèle a pour but la maximisation du profit grâce à une

connaissance de l'environnement et une capacité à faire correspondre les besoins et les ressources. Ce modèle repose sur un certain nombre de postulats implicites (Plane, 2008 ; Aïm, 2013) :

- Le décideur a des préférences claires et il est le seul à décider des objectifs à atteindre
- Il possède une information parfaite sur son environnement et sur les conséquences de ses choix. Le coup d'accès à l'information est considéré comme nul.
- La décision précède l'action
- Le changement est fonction de la volonté du décideur unique et rationnel

Cette approche suppose l'adaptation logique et simultanée d'un acteur unique doté de préférences cohérentes et stables à un événement extérieur. Ce modèle n'intègre pas toutefois l'existence de conflits d'intérêts et de pouvoir au sein des organisations ainsi que les stratégies des individus et des groupes par rapport aux événements. Les principes de cette approche rationnelle sont souvent infirmés par les faits (Plane, 2008 ; Aïm, 2013). C'est d'ailleurs ce pourquoi Herbert A. Simon (1965) s'est opposé au postulat de rationalité pure et parfaite en proposant le modèle de rationalité limitée.

1.3 Herbert A. Simon et la rationalité limitée

La base de sa réflexion est de postuler que la rationalité est limitée par la structure administrative, et l'environnement influence la stratégie. Il ne considère plus la firme comme un système qui agit comme un acteur unique, mais comme un système composé par de multiples acteurs qui évoluent en situation de rationalité limitée. Si la décision reste bien une activité de traitement de l'information, l'individu n'a qu'une capacité limitée pour l'acquérir et la traiter. Les informations à disposition du décideur sont incomplètes, et ses capacités de synthèse, d'analyse et d'abstraction sont limitées. Dès lors, il ne peut pas déterminer la meilleure solution avec les informations qu'il possède. Ne pouvant plus choisir la solution optimale, Simon (1947) parle alors de rationalité limitée. A partir de l'analyse cognitive du décideur il présente trois grandes caractéristiques de ce dernier (Plane, 2008 ; Aïm, 2013) :

- Il n'a pas une vision globale de l'environnement de l'entreprise et ne peut pas traiter la totalité de l'information disponible,
- Il n'a pas de préférences claires, hiérarchisées mais plutôt des aspirations variables selon les moments,
- Il ne cherche pas à maximiser les conséquences de ses choix mais est plutôt en quête d'un certain niveau de satisfaction. L'optimum est une utopie.

Dans l'approche de la rationalité limitée, la prise de décision est déclenchée non pas par la recherche d'un optimum mais par la réponse à des problèmes organisationnels. Il est influencé par son environnement organisationnel, par des règles de gestion et par des jeux d'influence au sein de la hiérarchie. Ainsi, si le problème qui apparaît est connu du décideur, il va appliquer la procédure qu'il connaît pour le résoudre. S'il ne connaît pas le problème il va essayer de le rapprocher d'un autre pour lui appliquer une solution routinière par proximité. Et le cas échéant, s'il n'y parvient pas il cherchera une solution nouvelle. Il est donc à la recherche de solutions satisfaisantes mais non optimales. Le décideur n'a pas une vision globale, et il cherche donc à maximiser les conséquences de ses choix (Simon, 1947 ; 1965).

La prise de décision est donc une situation de rationalité limitée où le décideur recherche un niveau minimum de satisfaction dans un cadre organisationnel contraignant (Plane, 2008).
Avec l'introduction de l'outil informatique dans l'aide à la décision, pour compléter les méthodes traditionnelles dans le processus de décision en vue d'en améliorer l'efficacité, Simon va distinguer deux types de décisions (Aïm, 2013) :

- les décisions programmées, routinières et répétitives pour lesquelles l'entreprise a élaboré des procédures standard,
- les décisions non programmées, pour lesquelles il n'existe pas de méthode préétablie pour régler le problème.

Ce modèle, qui marque une rupture avec le modèle classique précédent de rationalité parfaite, est discuté toutefois sur certains points : il ne met pas en avant l'impact du processus de négociation et d'influence dans l'organisation sur la décision ; il sous-estime les solutions innovantes, ou les décisions de rupture ; et enfin les jeux d'acteurs ne sont pas suffisamment envisagés comme de vrais jeux de pouvoir ayant un effet déterminant (Plane, 2008).

1.4 Théorie du comportement de l'entreprise : l'approche *Behavioriste* de Cyert et March

Dans *A behavioral theory of the firm* (1963), Cyert et March s'inscrivent dans la suite des travaux de Simon, en donnant à son modèle un caractère opératoire. Ils insistent sur le caractère irrationnel de la prise de décision, qui lors d'un désaccord prend plus la forme d'un consensus que d'une démarche rationnelle. Dès lors, ils considèrent les organisations comme des processus dynamiques de prise de décisions, générateurs d'actions. Celles-ci sont composées de groupes de personnes impliquées dans les différentes étapes du processus, mais ayant des demandes différentes et des intérêts multiples. Ils sont les précurseurs à poser la firme comme organisation complexe, constituée de groupes d'acteurs dans des rapports simultanés de coopération et de conflits. Ils posent aussi l'idée que l'entreprise peut être appréhendée comme un lieu d'apprentissage collectif. Leur approche est que chaque personne poursuit des objectifs individuels mais qu'il existe des coalitions d'individus poursuivant des buts communs. Ces coalitions sont fluctuantes, le comportement des groupes de personnes se caractérise par des logiques de négociation où chacun cherche à faire prévaloir son propre intérêt. Ils mettent en avant quatre concepts fondamentaux (Plane, 2008 ; Aïm, 2013) :

- La quasi-résolution des conflits : les problèmes sont reportés localement à une série de problèmes simples et localisés, et les décisions sont prises dans le temps, en séquence, sans les fusionner
- L'élimination de l'incertitude : l'objectif est de contrôler l'environnement pour le rendre prédictif. Ainsi, dans un contexte d'incertitude les dirigeants vont privilégier la gestion à court terme qui offre un retour d'informations rapidement exploitables favorisant les ajustements
- L'apprentissage organisationnel : les décideurs adaptent leur comportement à partir de leurs expériences et des résultats passés, ce qui contribue à changer la culture de l'organisation, ses principes de fonctionnement ainsi que ses méthodes et ses outils
- La recherche d'une problématique : l'entreprise s'en tient à choisir une solution qui lui a permis récemment de résoudre une même problématique, c'est un raisonnement par proximité au problème. En l'absence de problèmes les organisations ne cherchent pas à prendre de décisions de changement, elles fonctionnent en terme de satisfaction

En développant l'apport de Simon les auteurs de la théorie behavioriste introduisent les concepts de routines organisationnelles permettant de faire face à la complexité des problèmes qui apparaissent. Pour y parvenir ils mobilisent le slack ou surplus organisationnel à leur disposition, pour dégager une marge de manœuvre (Plane, 2008).

1.5 Les cognitivistes et l'approche naturaliste

Nous l'avons vu, un premier grand courant de pensée de la décision propose une vision optimisatrice de la rationalité. Guarnelli (2014) retient quelques approches de ce courant : l'optimisation sous contrainte (recherche opérationnelle, Kaufmann, 1975), axiomatique de la décision reposant sur des systèmes d'axiomes variés (Savage, 1953 et les probabilités subjectives), la modélisation des conflits (théorie des jeux, Von Neumann, 1928), l'information (approche Bayésienne), et les modèles multicritères (Roy, 1985 ; 1991). Il rappelle que le postulat implicite de ces courants est la légitimation de la méthode analytique pour résoudre des problèmes.

Un second courant s'est quant à lui fondé sur un approche critique de cette rationalité, avec notamment la prise en compte de la complexité de l'environnement et l'impossibilité de disposer de l'ensemble des informations. Cette réfutation de la rationalité a remis en question l'approche de la décision comme un raisonnement uniquement calculatoire. H. Simon (1947 ; 1965) et les approches comportementalistes (Cyert, March, 1992) ont alors ouvert la voie à une nouvelle façon d'envisager le concept de décision. Le siècle écoulé a donc été particulièrement fécond en littérature sur la décision, comme Guarnelli (2012) en fait la démonstration. Il recense l'ensemble de ces travaux : du calcul optimisateur illustré par les travaux de Bernard Roy (1985) à la prise en compte des aspects psychologiques et comportementaux des décideurs par Herbert Simon (1965) dans "Administrative Behavior", le parcours a été passionnant. Cependant, certaines décisions demeuraient toujours difficilement compréhensibles (Guarnelli, 2012). Un autre courant de la décision s'est alors orienté vers l'analyse du concept de situation (Girin, 1990 ; Journé, Raulet-Croset 2008 ; Guarnelli, 2012). D'après Guarnelli (2012), cette approche se propose d'analyser la décision comme appartenant à un contexte particulier, une situation de gestion, qui se définit comme la réunion de participants qui doivent accomplir, dans un temps déterminé, une action collective

conduisant à un résultat soumis à un jugement externe. Ce courant s'inscrit dans la continuité des travaux de Suchman (1987) qui pose la théorie de l'action située et propose de prendre en compte le rôle structurant du contexte notamment matériel. Ces travaux vont découler sur l'approche naturaliste de la décision (Klein, 1993 ; Lipshitz *et al.*, 2001) qui s'inscrit dans une approche située des processus de décision, et qui s'intéresse à des prises de décisions à risque, dans l'urgence du point de vue de l'individu ou du petit groupe (Guarnelli, 2012). Ce modèle propose une double avancée. Premièrement, une méthodologie d'étude de la décision inédite, ce courant étant fondé sur une recherche action visant à observer et comprendre le comportement cognitif d'une catégorie de décideurs confrontés à des situations réelles (Klein et Klinger, 1991 ; Klein *et al.*, 1993 ; Guarnelli, 2012). Deuxièmement, contrairement aux précédentes approches, ce courant considère que la décision n'est pas le résultat d'un choix entre plusieurs options mais la mise en œuvre d'une solution issue de l'expérience passée. Le courant naturaliste de la décision s'est inspiré de plusieurs approches de la décision (Guarnelli, 2012) : le modèle de la prise de décision distribuée (Decker, 1987 ; Lebraty et Puidupin, 2007) ; le modèle de l'image (Beach, 1987 ; Lipshitz et Beach, 1993 ; Beach ; 1998 ; Deane, 2012) ; le modèle du récit (Pennington et Hastie ; 1988) ; le modèle SHOR, Stimuli, Hypotèse, Option, Réponse (Wohl, 1983) ; le modèle du raisonnement analogique (Klein, 1987) ; le modèle de mise à jour des croyances (Hogarth et Einhorn ; 1992) ; le modèle de recherche de confirmation (Tolcott, Marvin et Lehner, 1989) ; le modèle cognitiviste de Rasmmussen (1983) et enfin le modèle du diagnostic et de la prise de décision (Hoc et Amalberti, 1999). D'autres recherches sont parties de l'idée selon laquelle les choix organisationnels sont guidés par les schémas cognitifs des acteurs (Cohen, March et Olsen, 1972 ; Cossette, Audet, 1994 ; Cossette, 2004 ; Guarnelli, 2012). Par ailleurs, du point de vue psychologique, Weick (1995) propose une analyse des mécanismes cognitifs qui ont lieu dans les organisations. Il propose d'étudier les processus d'élaboration de sens, le *sensemaking*, qui permettent aux membres des organisations de fonctionner collectivement (Guirou, 2015). Si ces approches sont intéressantes et se proposent de combler certains manques dans la littérature classique sur la décision, celles-ci se concentrent sur le niveau individuel, dans une approche cognitiviste ou psychologique. Ainsi, ces modèles ne correspondent pas à notre objet d'étude, et l'approche organisationnelle que nous avons du pôle. En effet, notre recherche s'attache à aborder la décision dans son rapport à l'organisation, et donc nous nous positionnons sur le niveau organisationnel, et non individuel.

De son côté, Mintzberg (1982) décrit la prise de décision comme un flux de processus de décisions ad hoc. Il définit la décision comme un engagement dans une action, et un engagement de ressources. Pour lui, la décision est le signal d'une intention explicite d'agir. Dans sa conception, le processus de décision n'est pas limité au choix d'une conduite d'action. Le choix est une des étapes qui mène à la décision, mais ce n'est pas pour autant la plus importante selon Mintzberg. Le processus de décision doit s'entendre du moment où le stimulus, l'incitation à l'action, est perçu jusqu'au moment où l'engagement est pris. C'est dans cet esprit que nous menons notre recherche. Notre idée est d'identifier le processus de décision dans le lequel le pôle est impliqué, et à quelle étape il participe entre le stimulus et l'engagement. Mintzberg s'est basé notamment sur le travail de Paterson (1969) qui décrit le processus de décision sous la forme d'une suite de cinq étapes : situation → information → conseil → choix → autorisation → exécution → action. Il existe en effet une vision séquentielle du processus de décision (Langley *et al.*, 1995). En outre, le pouvoir d'un individu est déterminé par le pouvoir qu'il a sur ces étapes du processus. D'où l'intérêt d'étudier la place qu'occupe le pôle dans ce processus pour comprendre les nouveaux enjeux de la décision à l'hôpital. Mintzberg (1982) rappelle que le contrôle de ce qui se passe après la décision est aussi une source de pouvoir. Cette approche séquentielle a toutefois été remise en cause dans la littérature, elle serait considérée comme académique et ne correspondant pas à la réalité du manager (Smith, 1989 ; Langley *et al.*, 1995). Si le processus de décision n'est pas séquentiel, il peut être itératif ou cyclique (Journé et Raulet-Croset, 2008).

L'évolution des modèles de la décision montre un passage progressif d'une conception rationnelle pure à des modèles plus sociaux, prenant en compte les acteurs, et les rapports de pouvoir, ainsi que le rôle important des structures organisationnelles. La dernière grande étape de cette évolution de pensée sur la décision est l'apparition des concepts d'anarchie organisée et du *garbage can model* de Cohen, March et Olsen (1972). Le modèle du garbage can vise à rendre compte de décisions prises au sein d'organisations caractérisées par une forte ambiguïté des préférences des décideurs, l'importance de raisonnements heuristiques et du tâtonnement et un degré particulièrement fluctuant d'engagement des acteurs. La compléxité des procédures, des structures, et des diverses formes de contraintes rend toute décision rationnelle difficile, voire impossible.

Pour comprendre la structure du processus de décision en jeu à l'hôpital, nous faisons le choix de nous baser sur les travaux de Cohen *et* alii. En effet, si les travaux de March et ses

collègues ont émergé de l'analyse des universités, ils suggèrent explicitement que ces universités ne sont qu'un exemple d'anarchies organisées et que d'autres types d'organisations sont susceptibles de répondre aux mêmes critères (Musselin, 1997). Ces critères se retrouvent souvent pour décrire des organisations publiques. De plus, dans sa description de la bureaucratie professionnelle, Mintzberg (1982) fait déjà le parallèle entre ces deux organisations, université et hôpital, ce qui laisse entendre que la comparaison est tout à fait légitime et que ces deux organisations se ressemblent.

2 Le cadre théorique retenu : l'anarchie organisée et le garbage can model

March considère que les descripteurs pertinents permettant de comprendre le fonctionnement de toutes les organisations sont les mêmes : toutes les organisations sont marquées à un certain degré par l'ambiguïté, et il existe dans toutes les organisations des processus communs, et des structures communes. Ainsi, cette unité ontologique du phénomène organisationnel a une conséquence directe sur la recherche : chaque recherche sur chaque organisation a potentiellement une portée générale. Dès lors, il faut examiner comment concrètement procèdent les managers et les organisations, et rechercher les déterminants de ces comportements. L'approche behavioriste dit que l'homme est limité par ses capacités de mémoire et de calcul, chaque élément du fonctionnement d'une organisation est couplé aux autres et adapté à l'environnement de façon partielle, et l'organisation est le lieu de conflits non résolus ou quasi résolus. L'intérêt de l'observation d'une situation concrète réside dans le fait qu'elle permet d'identifier des phénomènes non encore observés et d'y voir à l'œuvre des concepts dont les recherches précédentes n'avaient pas fait apparaître la pertinence ; la recherche se donne donc la possibilité de surprise et de progrès conceptuel. March se laisse guider par le terrain et chaque situation peut se comprendre par un ou plusieurs modèles (Romelaer, 1994).

2.1 L'anarchie organisée : un modèle particulier d'organisation

Cohen, March et Olsen ont développé le concept d'anarchie organisée en 1972 à partir d'études sur les universités américaines. Cette forme particulière d'organisation se caractérise

par des préférences incertaines, une technologie floue et une participation fluctuante. Ce modèle fondamental, est assez peu utilisé et mal compris, ou injustement critiqué selon Romelaer (1994).

2.1.1 L'incertitude des préférences

Dans ces organisations, le fonctionnement se fait à partir d'une grande variété de préférences mal définies et peu cohérentes entre elles. Une structure peu cohérente, plus proche du rassemblement d'idées, qui découvre ses préférences dans l'action. En effet, elle n'agit pas en fonction de préférences établies, ce qui l'éloigne du modèle classique de la théorie des choix, qui impute à la prise de décision une série de préférences qui satisfassent les exigences de cohérence (Cohen *et al.*, 1972). Cette forte d'ambiguïté des préférences se caractérise par des acteurs qui ne savent pas très bien ce qu'ils veulent, ou plutôt ils veulent beaucoup de choses pas toujours faciles à concilier. C'est pourquoi dans ces contextes, l'action aura tendance à précéder la formation des préférences, voire à les créer plutôt que l'inverse (Friedberg, 1993). Christine Musselin (1997) précise que la difficulté dans ces organisations vient du fait que les objectifs sont en concurrence, sans qu'ils ne s'ordonnent stablement. Ici le décideur a des préférences floues et/ou changeantes, ou bien il y a plusieurs décideurs qui ont des préférences qui sont peu cohérentes entre elles. Pour Romelaer (1994), ces critères sont plus larges qu'il n'y paraît. Ainsi l'incertitude des préférences s'observe dans les décisions délicates qui ont des facettes diverses et des enjeux importants comme les décisions de Direction Générale ou d'innovation. Ce critère s'observe également quand il y a une activité politique : opposition, désaccords sur la stratégie ; ou lorsqu'il y a une dispersion géographique, ou une opposition siège/filiale. Egalement pour ce qui est d'une bataille pour la succession, de la concurrence pour un poste important, des tensions sociales ou encore des systèmes de pouvoir externe divisé ou politique (collectivités territoriales).

2.1.2 La technologie floue

Dans ces organisations, si l'on connaît les inputs et les outputs du système, on ne sait à peu près rien sur le processus de transformation qui permet de passer de l'un à l'autre. Il en

découle une difficulté fondamentale pour évaluer les résultats, qui perdent donc une grande partie de leur pouvoir régulateur des rapports entre acteurs (Friedberg, 1993). En effet, le lien entre les « entrées », les actions, et les « sorties » de l'organisation est mal connu ou les liens qui les relient mal compris ; les conséquences d'une action ne peuvent être cernées qu'avec une grande imprécision (Romelaer, 1994). En effet, dans les anarchies organisées les procédures ne sont pas comprises par l'ensemble des membres de l'organisation. Elles continuent tout de même à produire et à survivre en procédant par tâtonnements. Ce fonctionnement par essais/erreurs, est basé sur les leçons tirées des expériences passées, et sur l'invention pragmatique, par nécessité (Cohen *et al.*, 1972). Ce flou est notamment dû à des processus inexpliqués et liés à des qualités personnelles difficilement transmissibles (Musselin, 1997). On retrouve cette notion de technologie floue dans les nouveaux marchés, les nouveaux produits ou les innovations radicales, ou bien même dans les ressources humaines (Romelaer, 1994).

2.1.3 La participation fluctuante

Il existe dans ces organisations une participation fluctuante dans les processus de décision. Friedberg (1993) parle d'une faible structuration de ces processus : il est facile de rentrer ou de sortir des processus de décision, d'y introduire de nouvelles préoccupations ou d'en retirer d'autres. Typiquement dans ces structures les participants fournissent une quantité de temps et de travail variable en fonction des différents domaines d'activité. Les acteurs impliqués dans une situation de choix y ont une implication variable dans le temps et variable en intensité (Romelaer, 1994). Ce qui confère à l'organisation des frontières mouvantes et incertaines, le degré d'engagement étant fluctuant. Il en résulte de nombreux changements de décideurs, et d'auditoires pour les différents types de choix (Cohen *et al.*, 1972). Ce critère est typique des organisations du secteur associatif ou des syndicats professionnels. C'est également le cas quand on décentralise les décisions, aplatit la hiérarchie, introduit des groupes autonomes ou semi-autonomes et encourage la participation (Romelaer, 1994).

2.1.4 Du modèle d'organisation au processus de décision

D'après les auteurs de ce modèle, ces caractéristiques peuvent se retrouver dans n'importe quelle entreprise à un moment de sa vie, où à un endroit particulier de sa structure, notamment dans les organisations en mal de légitimité, ou encore les structures de formation. Mais ce modèle reste prédominant dans les organismes publics (Cohen *et al.*, 1972). On retrouve toutefois facilement ces trois critères dans un contexte de changement rapide, de restructuration forte et de fusion. Ce qui en fait finalement un modèle d'analyse assez large (Romelaer, 1994).

Dans ces anarchies organisées, deux aspects sont fondamentaux pour les auteurs : la façon dont les organisations font des choix sans objectifs cohérents et partagés, et la façon dont les membres de l'organisation sont activés. Dans le premier, il s'agit de résolution des problèmes sans recours à la négociation explicite et dans le second, l'interrogation porte sur comment l'attention est dirigée vers une décision, ou comment elle en est détournée (Cohen *et al.*, 1972).

Dans ces organisations, où la technologie et les objectifs sont flous, et la participation changeante, les axiomes et les procédures classiques de management n'ont plus leur place. D'après les auteurs, une organisation est une série de choix à la recherche de problèmes, ou encore des questions et des sentiments cherchant des situations où s'exprimer, des solutions en quête de questions auxquelles elles pourraient répondre et des décideurs en quête d'objectifs. A partir de cette définition, pierre angulaire de leur théorie de la décision, ils développent une conception du choix organisationnel qui s'intéresse aux conséquences stratégiques du calendrier d'introduction des problèmes et des choix, à la répartition dans le temps de l'énergie disponible et à l'impact de la structure organisationnelle (Cohen *et al.*, 1972).

Dans cette optique, ils considèrent que chaque occasion de choix dans une anarchie organisée est semblable à une corbeille à papiers dans laquelle différents problèmes et solutions sont jetés par les participants au fur et à mesure de leur apparition. Il convient de concevoir ces organisations comme des ensembles relativement aléatoires où une série de « solutions » cherche des « problèmes » pour lesquels elles pourraient être une réponse ; où des problèmes

cherchent des situations de choix qui leur permettraient d'être discutés, et où les décideurs cherchent du travail (Friedberg, 1993). Il faut alors tenir compte de l'interaction entre génération des problèmes dans une organisation, déploiement du personnel, production de solutions et occasions de choix. D'après les auteurs une décision est le résultat d'une interprétation de divers courants relativement indépendants à l'intérieur de l'organisation : les problèmes, les solutions, les participants et les occasions de choix (Cohen *et al.*, 1972). Friedberg (1993), précise que dans ces ensembles, les possibilités d'évaluer les conséquences d'une décision et de les rapporter à des objectifs n'existent plus, tout comme la capacité d'assigner un effet à une cause. Ce sont des organisations très désordonnées. Friedgerg (1993) fait un parallèle entre l'anarchie organisée et le jeu de football bizarre imaginé par à K. Weick (1976) pour décrire des systèmes faiblement liés.

2.2 Le garbage can model, dit le modèle de la poubelle

2.2.1 Une série de flux et d'hypothèses

Après avoir décrit les anarchies organisées, les auteurs développent le modèle dit de la « corbeille à papiers » ou *Garbage can model*. Ce modèle est une simulation, basée à partir de quatre flux, et d'une série d'hypothèses (Cohen *et al.*, 1972).

- Flux de choix : un choix se caractérise par une date d'entrée, et la liste des personnes susceptibles de participer à l'élaboration du choix
- Flux de problèmes : caractérisé par une date d'entrée, un besoin d'énergie et une structure d'accès
- Flux de solutions : il s'agit de s'intéresser au rythme des solutions, et aux variations dans l'efficacité des procédures, et ainsi identifier l'énergie effective appliquée à un moment donné à la résolution d'un problème.
- Flux d'énergie de la part des participants : pour chaque période de temps, chaque participant peut donner à l'organisation une quantité précise d'énergie potentielle.

Il existe donc deux flux et deux stocks qui sont en réalité très imparfaitement couplés (Romelaer, 1994). En situation de garbage can :

- Il existe des solutions qui sont à la recherche de problèmes qu'elles peuvent résoudre.
- Un problème peut être traité par des occasions de choix différentes et certains problèmes peuvent passer d'une occasion de choix à une autre sans trouver de solution.
- Les membres de l'organisation sont à la recherche de situations de décision où ils peuvent exprimer leurs préférences et leurs valeurs. Ils découvrent alors leurs préférences a posteriori
- Les membres de l'organisation accordent une attention variable et fluctuante aux différents problèmes. La variation de cette attention dépend en partie de la structure d'accès à la décision, de la surcharge de travail, et du caractère « attractif » de cette décision. Pour une décision donnée les acteurs entrent et sortent à mesure que la décision se développe.

Trois hypothèses clés de comportement permettent de relier ces variables (Cohen *et al.*, 1972) :

- L'additivité de l'énergie : l'énergie efficace accordée à un choix est la somme des énergies des décideurs concernés par ce choix. Dès que l'énergie efficace totale dépensée pour un choix égale ou dépasse les besoins à un moment donné, la décision est prise.
- La répartition de l'énergie : l'énergie de chaque participant n'est allouée qu'à un seul choix pour chaque période. Il choisit le choix qui est le plus proche de la décision.
- La répartition des problèmes : chaque problème est rattaché à un seul choix pour chaque période. A la fin de chaque période, est sélectionné le choix le plus près de la décision, il n'y a pas d'ordre de priorité apparent.

Par ailleurs, certains éléments de la structure organisationnelle influent sur les résultats d'un processus de décision par mise au panier. Ils influent sur le calendrier d'arrivée des problèmes, des choix des décisions ou des décideurs. Ils déterminent la répartition de l'énergie des participants. Et enfin, ils établissent des liens entre les divers courants (Cohen *et al.*, 1972).

2.2.2 Les caractéristiques du processus de décision

A partir de leur simulation, Cohen, March et Olsen identifient cinq aspects du processus de décision.

1. Les méthodes de décision

Par la résolution : C'est la situation considérée comme implicite dans la majorité des études sur la décision, les problèmes sont résolus par des choix après un certain temps de travail.

Par survol : Lorsqu' un choix est activé, alors que des problèmes sont attachés à d'autres choix, et qu'il y a de l'énergie disponible, ce nouveau choix est effectué rapidement, sans porter atteinte aux problèmes existants et avec un minimum de temps et d'énergie.

Par glissement : Un choix est associé à des problèmes pendant quelque temps sans succès, jusqu'à ce qu'un choix plus attrayant se présente. Alors les problèmes quittent le choix, et la décision devient possible.

2. Le degré d'activité des problèmes, que les auteurs choisissent de mesurer à partir du nombre total de périodes durant lesquelles chaque problème est actif et attaché à un choix.

3. La latence des problèmes : un problème peut être actif sans être attaché à un choix, car il est considéré comme adapté à aucun choix disponible. La latence est mesurée à partir du nombre de périodes durant lesquelles chaque problème est actif mais non rattaché à un choix.

4. L'activité des décideurs : Pour mesurer cette activité les auteurs font le choix de comptabiliser le nombre total de fois qu'un décideur passe d'un choix à un autre.

5. Le degré de difficulté des décisions, qui dépend du nombre total de périodes durant lesquelles un choix est actif.

Au delà de ces aspects, l'analyse des simulations fait ressortir 8 propriétés des processus de décision par mise au panier.

1. Le premier élément qui ressort de ces travaux c'est que la résolution des problèmes n'est pas la méthode de décision la plus fréquente. Bien au contraire, la prise de décision par glissement ou par survol est un aspect majeur du processus.
2. Le processus est sensible aux variations de charge nette d'énergie (la différence entre l'énergie totale nécessaire pour résoudre les problèmes et l'énergie efficace disponible). Une augmentation de cette charge entraîne une augmentation du degré d'activité des problèmes et des décideurs, de la difficulté des décisions et du recours au glissement et au survol.
3. Il y a une tendance des décideurs et des problèmes à se suivre d'un choix à l'autre. Ce qui peut créer le sentiment qu'ils sont toujours en train de régler les mêmes problèmes.
4. Il existe une interrelation entre le degré d'activité des problèmes, la latence des problèmes et le temps de décision.
5. Le processus est fortement interactif, il dépend de la combinaison particulière des structures concernées.
6. Les problèmes importants ont plus de chances d'être résolus que ceux qui le sont moins, et ceux qui apparaissent tôt que ceux qui sont plus tardifs. Le système produit une file d'attente des problèmes.
7. Les choix importants sont plus susceptibles de résoudre les problèmes que les choix moins importants. Les premiers sont faits par survol et glissement, là où les seconds sont faits par résolution.
8. Les échecs se produisent en majorité pour les choix les plus importants ou les moins importants. Les choix d'importance intermédiaire sont presque toujours faits, et sont moins soumis à l'échec.

Pour Cohen, March et Olsen, ces caractéristiques permettent de comprendre comment des organisations survivent quand elles ne savent pas ce qu'elles font. Avec des objectifs et des technologies peu clairs, les organisations doivent trouver des formes de décision qui leur permettent de fonctionner. Toutefois, ce n'est ni un processus technico-économique d'optimisation, ni de rationalité limitée qui aboutit à un résultat satisfaisant. Il s'agit davantage d'un mouvement brownien : à chaque moment, le futur du processus peut être

expliqué et dans une certaine mesure prédit. Ce futur dépend du portefeuille de problèmes, de solutions, de participants, de préférences et d'occasions de décision qui coexistent dans l'organisation à un moment donné. La prédiction suppose donc qu'on connaisse tous ces déterminants ; en nombre très élevé, mais parfois, aucun membre de l'organisation ne les connaît tous ; ils peuvent fluctuer dans le temps, et ce, même à très court terme (Romelaer, 1994). Le modèle du garbage can n'exclut pas la rationalité. Les phases élémentaires du processus décisionnel peuvent être à dominante rationnelle comme dans l'incrémentalisme logique de Quinn (1980), ou à dominante politique comme dans l'ajustement mutuel partisan de Lindblom (1959). Mais la différence est que cette rationalité dépend d'un contexte qui est fluctuant. La question n'est pas de savoir si le modèle du garbage can est valide, il est attesté par de nombreuses observations. La question est de savoir si, scientifiquement, au sein de ce mode de fonctionnement brownien, existent des régularités et, en terme de pratiques, quelles sont les conséquences pour un manager qui souhaite conduire son action (Romelaer, 1994).

Ainsi, selon March et Olsen (1976), une entreprise est face à un flux de problèmes qui lui parviennent progressivement. Certains sont traités directement, par une décision, d'autres ne sont pas traités ou encore d'autres sont traités parce qu'une occasion de choix se présente par hasard. La solution dépend plus du mode de fonctionnement de l'occasion de décision que du problème. Une vision qui va à l'encontre des principes de la théorie classique de la décision pour qui une entreprise prend une décision pour résoudre un problème. Selon March et Olsen, c'est l'entreprise qui décide de qualifier une situation de problème, le problème n'est pas une entité objective. Ils se focalisent sur la structure des contacts et des informations externes des entreprises, ainsi que sur les mécanismes par lesquels les situations sont qualifiées de problèmes. Au sujet de la décision en entreprise, pour Dutton (1988), il faut considérer la décision comme appartenant à un portefeuille de sujets, appelé l'agenda stratégique, étendu à chaque unité de l'organisation sous le nom d'agenda décisionnel.

Pour March et Olsen l'entreprise n'effectue pas un diagnostic spécifique de chaque problème, mais elle a plutôt des routines de diagnostic. Ainsi le diagnostic n'est pas effectué de façon spécifique. Il dépend du problème et du mode de diagnostic standard. A ce titre, Allison (1971) a montré que l'organisation déclenche des procédures standards face à une situation nouvelle. De plus Mintzberg, Raisinghani et Théorêt ont montré en 1976 que le diagnostic est souvent inexistant.

Dans la théorie classique de la décision les acteurs d'une décision sont ceux qui ont l'autorité, la compétence ou l'attribution de la responsabilité. Ils sont intéressés et impliqués dans la décision. Or, selon March et Olsen, certains membres interviennent dans la décision de part leur fonction, leur appartenance à un comité, à travers une occasion de choix, et ils ne s'impliquent pas forcément avec intensité. Il arrive que certains s'y impliquent s'ils considèrent la décision comme attractive en fonction de leurs préférences, valeurs ou du potentiel d'utilisation des solutions qu'ils cherchent à développer. L'intensité de cette participation varie au fil du temps. Cette vision n'est toutefois pas partagée par tous les auteurs, pour Crozier et Friedberg (1977), les acteurs d'une situation sont stables. Un acteur choisira de s'investir dans une situation qui lui permette de défendre ou d'étendre sa zone de pouvoir et la maîtrise d'une zone d'incertitude. Ou encore Alter (1990), pour qui certains membres s'investissent fortement, il les nomme les innovateurs.

Dans les observations faites dans *Ambiguity and Choice in Organizations* (1976) la nature des données pertinentes du problème et du contexte sont mal connues, ou alors vues de façons diverses par les acteurs. Ce qui va à l'encontre de la thèse classique qui veut qu'après le diagnostic le décideur connaisse les données pertinentes du problème et du contexte. Ici, la situation de l'organisation et du passé sont sujets à des interprétations ou alors sont confuses. Dans la suite de cette idée on peut penser au travail de Calori et Sarnin, (1993) qui ont développé la méthode des cartes cognitives afin d'identifier les représentations des acteurs.

Une fois la phase de diagnostic réalisée, l'entreprise devrait élaborer des solutions. L'apport de March et Olsen est de dire que la recherche de solution se fait par reprises de solutions connues, ou au voisinage de celles-ci, ou encore en se référent à des personnes dans l'entourage immédiat des décideurs. Pour Mintzberg, Raisinghani et Théorêt (1976), l'entreprise n'élabore pas toutes les solutions au problème de façon exhaustive, mais un nombre limité ou alors elle recherche des solutions toutes faites. Quant à Srivastava et Grant (1985), ils affirment que l'entreprise ne reconnaît un problème qu'à partir du moment où elle a une solution, elle procède dès lors par tâtonnements progressifs.

Dans le modèle de décision de March et Olsen les préférences du décideur peuvent être incertaines ou changeantes. Cette idée va à l'encontre de la théorie classique qui veut que les choix entre les solutions soient effectués en fonction des préférences des décideurs. Selon eux, le décideur peut s'engager dans l'action sans préférences claires, et les découvrir au fil

du processus. Qui plus est, il est possible qu'il y ait plusieurs décideurs avec des préférences incompatibles. Il pourra alors y avoir une prise en compte successive de ces préférences ou un arrangement entre décideurs. Ce qui fait sens chez d'autres auteurs qui voient la décision comme le produit d'une négociation lorsqu'il y a plusieurs décideurs (Mintzberg, Raisinghani et Théorêt ; 1976), ou encore une négociation implicite au sens de Crozier et Friedberg (1977).

Le modèle classique nous dit de la génération d'alternatives lors d'une décision qu'elle est un processus technique et économique. March et Olsen rajoutent que cette génération est aussi influencée par les membres de l'entreprise qui sont partisans de solutions qu'ils cherchent à appliquer aux problèmes. Elle dépend de la structure de décision. En effet, les membres de l'organisation font face à de nombreuses opportunités d'investissement de leur temps. Ainsi tous les acteurs qui doivent participer à la décision ne peuvent pas toujours le faire, et la génération d'alternatives dépend alors de la structure et de la focalisation de l'attention.

Concernant la résolution du problème, il existe indépendamment des problèmes, des occasions de choix et ces deux flux sont imparfaitement couplés. L'activité de résolution de problème n'est donc pas spécifiquement conduite pour la résolution dudit problème. Selon Mintzberg (1994), les éléments de résolutions sont imparfaitement couplés. Il analyse différents modes de couplage, qui vont influencer le processus stratégique.

March et Olsen opposent à l'idée d'un raisonnement sur la base d'une rationalité technico-économique, celle que les idéologies et les cultures sont des facteurs importants de déterminations des décisions. Un idée qui est portée par d'autres auteurs pour qui la culture de l'organisation et les valeurs ont un effet sur la prise de décision (Jackall, 1988 ; Child et Smith, 1990 ; Laroche, 1991 ; Schneider et de Meyer, 1991).

Dans le modèle classique, le décideur n'est contraint que par les conditions techniques et économiques, la décision est donc libre. Or, selon March et Olsen, l'environnement de l'entreprise est un champ structuré. Un champ externe qui très souvent apporte des contraintes, ce qui confère au décideur une marge de liberté faible. De nombreux travaux ont démontré l'influence de la structuration du champ externe (Carr, 1990 ; Langley, 1991 ; Mintzberg *et al.*, 1991 ; Patel et Pavitt, 1994).

La proposition classique, selon laquelle la décision est un processus borné avec un début et une fin, est là encore débattue. Une décision pouvant être remise en cause, une décision isole en réalité une tranche temporelle dans un processus, sans début ni fin clairement observable.
La décision peut avoir plusieurs interprétations, elle peut n'être que symbolique. Certains acteurs cherchent à montrer qu'ils décident, à démontrer leur ambition, mais ils ne se préoccupent que peu de la mise en œuvre de la décision. Là où dans la théorie classique la mise en œuvre ne pose que la question du contrôle, chez Crozier et Friedberg (1977) il faut analyser le jeu politique des relations entre le système qui décide et celui qui met en œuvre. A ce propos, pour Mintzberg, l'entreprise doit s'orienter vers un mode de fonctionnement où celui qui décide est celui qui met en œuvre.

Enfin, March et Olsen rappellent que l'implication dans un processus de décision est un signe de pouvoir, un acteur peut s'impliquer dans une décision sans que le problème n'ait beaucoup d'importance. Le droit de participer à une situation de décision devient alors un objectif désirable. Certains acteurs vont donc se battre pour conquérir ce droit, sans toutefois l'utiliser une fois acquis. La décision peut aussi être vue comme un moyen de socialisation des nouveaux arrivants, pour modeler et tester leurs valeurs.

2.3 L'application du modèle dans les universités

Nous l'avons dit, ce modèle est apparu à partir de l'analyse du modèle d'organisation dans les universités. Quid de l'opérationnalisation de cette théorie dans cette forme particulière de structure.

Analysant les universités sur leur processus de décision, les auteurs démontrent que dans celles-ci les choix sont faits généralement par glissement ou survol. Les processus de décisions sont sensibles aux augmentations de charge. Les décideurs et les problèmes actifs se suivent à travers les choix. Les choix importants ont peu de chances de résoudre les problèmes. La répartition des problèmes, des choix et des décideurs se modifie constamment. Les problèmes sont souvent résolus, mais pas par le premier choix auquel ils avaient été rattachés. La relation problème-choix-décideur dépend du contenu, de la pertinence et de la compétence (Cohen *et al.*, 1972).

Dans les universités, la diversification des missions a rendu les universités de plus en plus composites, ce qui augmente l'ambiguïté des missions. Une pluralité des missions qui n'appelle pas de réponses simples et qui soulève de nombreux débats, notamment l'articulation enseignement/recherche (Musselin, 1997). La technologie dans ces établissements est dite « *molle* », les processus par lesquels sont produits les résultats sont difficiles à décrire, reproduire et à évaluer. De plus, il n'y a qu'une faible interdépendance fonctionnelle qui lie les acteurs dans la poursuite de leurs activités. Le travail de l'un a peu d'incidence et de conséquences sur le travail de l'autre. Enfin dans les universités le taux de présence dans les instances décisionnelles est bas, et le turn-over dans ces instances est élevé d'une séance à l'autre. Une fluctuation qui renforce la faiblesse de l'interdépendance fonctionnelle. Dans les universités, l'arbitrage et la hiérarchisation entre les objectifs divergents se font rarement, du fait de cette interdépendance fonctionnelle. De ce fait, les objectifs peuvent être poursuivis en même temps, sans qu'aucun ne s'impose durablement à l'ensemble. La singularité des anarchies organisées vient en partie de ce problème d'émergence de logiques d'action ou d'ordres locaux stabilisés. La mollesse de la technologie reste toutefois le critère le plus discriminant, parce qu'il est celui qui est le moins répandu dans les autres formes d'organisations, et qu'il alimente les deux autres critères. Car en effet plus que les critères c'est bien leur combinaison qui est déterminante (Cohen *et al.*, 1972).

Les anarchies organisées ne remplissent pas les conditions des modèles classiques de prise de décision puisque les préférences y sont problématiques, la technologie peu claire et la participation changeante. Ainsi, dans le modèle du Garbage can les problèmes, les solutions et les participants passent d'une opportunité de choix à une autre, de sorte que la nature du choix, le temps qu'il prend et les problèmes qu'il résoud, dépendent d'un engrenage compliqué d'éléments (Cohen *et al.*, 1972).

Dans ces structures, les problèmes sont étudiés dans le contexte d'un certain choix, mais les choix ne sont faits que lorsque la combinaison changeante des problèmes, des solutions et des décideurs rend l'action possible (Cohen *et al.*, 1972)

D'après Cohen, March et Olsen si le processus de mise au panier ne résoud pas bien les problèmes, il permet toutefois de faire des choix et de résoudre des problèmes même quand l'organisation est affligée d'une ambiguïté d'objectifs, de conflits, de problèmes mal compris

qui entrent et sortent, d'un environnement variable et de décideurs qui ont autre chose à penser (Cohen *et al.*, 1972).

2.4 Critique et approfondissement du modèle, aller plus loin dans la conception

Si le modèle de la poubelle est devenu une référence en matière de prise de décision, il n'en reste pas moins critiqué ou du moins remis en cause sur certains de ses aspects. Par exemple, dans son article sur les universités en 1997, Christine Musselin déclare que la prise de décision est plus structurée et régulée que ce que les travaux de Cohen *et alii* ne le laisse penser. Elle précise également qu'une organisation peut répondre aux critères définissant une anarchie organisée sans pour autant que les processus de décision ne relèvent forcément du modèle de la poubelle. Elle suggère donc qu'il puisse exister une dissociation entre anarchie organisée et prise de décision par mise au panier. D'ailleurs, Christine Musselin rappelle que dans de nombreuses références en matière de politique publique, le modèle de la poubelle est considéré sans prise en compte du contexte organisationnel, mais seulement comme une remise en cause du modèle classique de décision : problème / décideurs / choix / solutions. Ce qui remet en question l'interdépendance des deux concepts. De plus, la confusion sur les buts et la présence simultanée d'objectifs incompatibles sont l'apanage de toutes les organisations. Il existe des instances d'arbitrage qui vont permettre d'ordonner les objectifs les uns par rapport aux autres. Ce qui va permettre de faire émerger une logique d'action dominante qui indique le sens de l'action et qui stabilise les rapports de force.

Friedberg (1993), sur la base des travaux de Musselin (1987 et 1989), adresse quatre reproches à la théorie de l'anarchie organisée et aux études qui la mobilisent :

- La nature le plus souvent exceptionnelle de la décision étudiée. Il s'agit généralement de décisions qui modifient les règles du jeu, ou correspondant à une crise. Ce qui pose la question de savoir si le garbage can model est typique des anarchies organisées ou des décisions extraordinaires (Musselin, 1997).
- L'apparente passivité des acteurs. Pour Friedberg, les participants ne sont pas de simples porteurs de solutions et de problèmes. Si les complexités d'un contexte limitent effectivement les capacités d'anticipation rationnelle des acteurs, elles ne les éliminent pas

complètement. Si Cohen, March et Olsen critiquent la tendance à surestimer la rationalité des acteurs, Musselin (1997) leur reproche à l'inverse une sous-estimation de la capacité des acteurs à réinterpréter les événements, leur trouver un sens et à les intégrer dans des logiques d'action plus stables

- Les décisions uniques étudiées le sont souvent hors de leur contexte. Tout se passe comme si on considérait que chaque décision pouvait s'étudier indépendamment de toutes les autres prises dans un contexte donné. Les décisions sont analysées à travers la chronologie des faits, mais pas dans une restitution de contexte plus large (Musselin, 1997).
- Ces études contiennent un biais en faveur de l'aléatoire et de l'incertain, et une sous estimation systématique de la structuration de la situation de décision. Enfin, ils mettent davantage l'accent sur ce qui est ambigue, et irrationnel au détriment du structuré et régulé (Friedberg, 1993 ; Musselin, 1997).

Dans ses travaux avec Friedberg, en s'intéressant justement à ces décisions routinières, Musselin avait démontré qu'il existe au sein des anarchies organisées des décisions stabilisées et régulées. Ce résultat est toutefois à nuancer puisque ces décisions, bien que régulées, d'après l'auteur, ne rentrent pas non plus dans la catégorie des décisions prévues par la théorie des choix rationnels.

Ainsi, d'après Musselin (1997), le modèle de la poubelle ne peut être ramené à un simple mix de flux ou la simple remise en cause du modèle de séquence problème / décideurs / choix / solutions. Elle ajoute qu'anarchie organisée et garbage can model ne sont pas deux notions équivalentes, et les modes de prise de décision des universités ne sont pas assimilables à ce modèle, mais correspondent à d'autres formes de modélisation. Il reste donc d'après elle beaucoup à apprendre sur les processus décisionnels dans les anarchies organisées.

En étudiant les universités, Cohen, March et Olsen abordent le concept de « Slack » ou *Surplus organisationnel*. Il s'agit de la différence entre les ressources de l'organisation et l'ensemble des demandes auxquelles elle doit répondre. Le slack est sensible à l'argent et aux ressources fournies par son environnement, ainsi qu'à la cohérence interne des demandes faites à l'organisation par ses membres (Cohen *et al.*, 1972). Dans leurs travaux, le concept de Slack est mobilisé pour faire une typologie des établissements en fonction de leur taille et de leur richesse. Deux variables qui ont un effet sur la charge d'énergie, la structure d'accès au

problème, la structure de la décision et la répartition de l'énergie. Une réduction du slack aurait donc une incidence sur les méthodes de décision, l'activité et la latence des problèmes ainsi que l'activité des décideurs. Un concept qui laisse entendre qu'il existe des niveaux d'anarchies organisées, et que ceux-ci peuvent évoluer. Ainsi, après plusieurs années de travaux sur les universités, pour Musselin, il semble que les universités françaises tendent vers un modèle d'anarchie plus organisée, qui répond à deux tendances. D'une part un durcissement de la technologie par le recours à des outils de suivi et de mesure des résultats, et d'autre part l'émergence progressive d'une conception plus interdépendante des différentes composantes des établissements. Une évolution notamment due à la politique de contractualisation qui s'est développée. A cette occasion, une prise de conscience de l'ampleur de l'ignorance des universités sur leurs propres structures a eu lieu, et elles se sont ainsi dotées de moyens de suivi. C'est l'introduction des modalités de contrôle de gestion, à défaut de maîtriser la technologie, il est possible de contrôler les résultats. De plus, l'élaboration d'un projet d'établissement et de fixation d'axes prioritaires a donné naissance à des comportements plus collectifs, ce qui suppose plus d'interdépendance.

Le modèle d'anarchie organisée a également été critiqué par Eisenhardt (1992) et Friedberg (1993). Ils reprochent au modèle de n'avoir été appliqué qu'à des études de cas, ce qui entacherait sa validité et pourrait limiter sa valeur à l'explication de variance résiduelle dans des observations plus scientifiques. Pour Friedberg (1993), le modèle de la poubelle ne doit pas être pris à la lettre. Son intérêt essentiel est de focaliser l'attention sur l'ambiguïté fondamentale qui caractérise les situations organisées comme tout contexte d'action. Toutefois, pour Romelaer (1994), il ne faut pas nier la valeur de l'observation et de la modélisation du réel, et on ne peut pas montrer l'absence de valeur du modèle, puisque les études de cas sont bien réelles. L'autre critique qu'ils émettent est, que le modèle ne serait applicable qu'à une classe étroite d'organisations, or, nous avons vu plus haut que l'application des critères est plus large qu'il n'y paraît, ce qui démontre le contraire.

Les autres critiques faites au modèle sont qu'il est imparfaitement opérationnalisé et spécifié, qu'il n'y a pas de prise en compte des opportunités, ni des comportements innovateurs. Des éléments qui vont être complétés dans la mobilisation du modèle dans d'autres études.

Pour Romelaer (1994), la réalité du fonctionnement des organisations n'est pas simple, les chercheurs, comme les praticiens, la comprennent mal. Selon lui, l'analyse ne progressera pas

en élaborant des modèles réducteurs, mais en allant de façon obstinée et patiente à la recherche des concepts fondamentaux dans des cas concrets, même si en chemin les vérités mises au jour paraissent dérangeantes par rapport aux idées convenues.

2.5 Mobilisation du concept et enrichissement du modèle

Le modèle du garbage can n'est pas une aberration, ni une pathologie d'organisation mais un mode de fonctionnement normal des organisations et parties d'organisations placées dans des situations d'ambiguïté (Romelaer, 1994). Ce modèle a été appliqué par March sur les instituts de formation, le rôle de directeur d'université, et la décision dans les organisations militaires (1976 ; 1986 ; 1986). Il a été appliqué, avec la méthode de l'agenda de Dutton (1988) par Laroche (1991) dans un grand groupe industriel français, et de ces recherches ressortent des régularités (Romelaer, 1994) :

- Il n'y a plus de certitude qu'un problème trouve sa solution, mais une probabilité moyenne qui dépend des caractéristiques de l'organisation. Les problèmes importants et les problèmes mineurs passent sans difficultés, mais les problèmes d'importance moyenne ont tendance à errer sans aboutir d'une occasion de choix à une autre.
- La capacité d'une organisation à résoudre les problèmes dépend du niveau de surcharge de travail ambiant.
- Les préférences des décideurs de haut niveau ne sont pas les seules à influencer le résultat. Les décisions sont orientées dans des directions très diverses, qui reflètent les valeurs et la culture de l'entreprise.
- Toute décision prise peut être remise en cause, un processus de décision n'a réellement ni début ni fin précisément définis.
- Le résultat d'un processus de décision est influencé par de nombreuses préférences, certains membres qui ont peu de pouvoir formel peuvent marquer la décision avec la persistance de leur action.

D'un point de vue pratique le modèle du garbage can conduit donc à rechercher des leviers d'action inhabituels dans les modèles technico-économiques de décision (Romelaer, 1994):

- Le choix important d'un manager est celui de l'occasion de décision dans laquelle il injectera son problème. La probabilité d'une résolution qui corresponde à ses préférences dépend des participants impliqués dans la situation de choix au moment du choix, et de la probabilité de voir à cette occasion l'occasion de choix produire une solution pour son problème. De même un manager peut résister et rechercher d'autres situations de décision auxquelles associer son problème.
- Le manager peut soit incorporer un problème moyen dans un problème de grande ampleur, soit le scinder en petites étapes
- La résolution d'un problème passe par la gestion de la structure d'attention des participants : mobiliser les acteurs en capacité de participer à une occasion de choix qui pourront la faire avancer ; focaliser l'attention ; neutraliser les opposants potentiels sans les empêcher de participer mais en jouant sur le calendrier ou en les surchargeant de travail.
- Enfin, l'élément important est le travail de développement et de gestion de la culture de l'entreprise.

Lemieux a mobilisé quant à lui le concept d'anarchie organisée en 1993 pour étudier l'université. Il identifie quatre organisations possibles où le mode principal de structuration du pouvoir est différent (Birnbaum, 1988 ; Lemieux, 1994) : l'anarchie, la hiérarchie (bureaucratique), la stratarchie (politique) et la coharchie (collégiale). Les établissements universitaires peuvent être tout à la fois, mais ont généralement une structure dominante en fonction du principe de gouvernance dominant.

D'après Lemieux (1994), dans la structuration anarchique de la gouvernance, le couplage entre sous-système de l'administration et les sous-systèmes de la production est lâche. La gouverne ne se fait que par des ajustements mutuels au sens de Lindblom (1965). Dans le modèle anarchique, il y a peu de couplage entre l'administration et la production, il y a donc indépendance. A l'hôpital, on retrouve, comme l'ont identifié Glouberman et Mintzberg (2001), une séparation entre les différents mondes qui le compose. On peut donc penser que les agents des différents mondes sont dans un lien d'indépendance, ce qui confirme l'idée d'anarchie organisée. Au même titre que les acteurs du terrain revendiquent peu de lien avec cette entité, ce qui confirme ce modèle. Il n'en reste pas moins que ces caractéristiques sont

des idéaux-types abstraits. Dans la réalité, la frontière entre dépendance et indépendance est plus mince, et dans les anarchies il peut y avoir tantôt l'un, tantôt l'autre.

Lemieux nous dit que, dans les anarchies, il n' y a pas de source ou d'autorité dont dépendent les autres participants. A l'hôpital, avec la division en trois/quatre mondes où chaque acteur dépend d'une hiérarchie qui lui est propre, on retrouve cette idée qu'il n'y a pas de dépendance à une source unique que serait la Direction Générale. Ainsi, la multiplicité des hiérarchies conforte la notion d'anarchie.

Les couplages entre sous-systèmes de production sont d'autant plus lâches dans les structures de grande taille, comme c'est le cas de notre objet d'étude, mais également quand le niveau de spécialisation des professeurs est grand (Lemieux, 1994). Or l'hôpital est un des meilleurs exemples de structure où les acteurs sont hyperspécialisés.

Tableau 6 Liaisons fonctionnelles entre les couplages externes et internes à une organisation universitaire, et son mode de gouverne

Modes de gouverne	Couplages externes lâches/serrés	Couplages internes lâches/serrés
anarchie : décentralisation avec peu d'alliances	lâches	lâches
collégialité : décentralisation avec beaucoup d'alliances	lâches	serrés
bureaucratie : centralisation avec peu d'alliances	serrés	lâches
politique : centralisation avec beaucoup d'alliances	serrés	serrés

Source : Lemieux (1994)

On constate toutefois que si l'hôpital correspond bien au modèle de l'anarchie, le pôle oscille entre un mode de gouverne de l'anarchie et celui de la bureaucratie avec une centralisation forte. C'est une anarchie à laquelle on impose une centralisation.

Dans les années 1980, Lemieux a mené des recherches sur huit processus de gouverne à l'Université de Laval (Lemieux, Goyette et Laflamme, 1982 ; Goyette, Lemieux et Masson, 1982). Le but de cette recherche était de vérifier sur le terrain si on retrouvait les

caractéristiques du modèle de l'anarchie organisée, défini par Cohen, March et Olsen (1972). Ces études ont démontré qu'il existe à l'intérieur d'une même université les quatre modes de structuration en fonction du processus de gouverne. Ces quatre modes ne s'excluent donc pas, même si selon les établissements un de ces modes peut être dominant, ils restent complémentaires.

Dans un travail différent, Romelaer et Huault (1996) ont mené à bien un travail s'interrogeant sur l'utilisation pratique du modèle d'anarchie organisée pour analyser la pertinence des méthodes de gestion « classiques ». Ils appliquent alors ce modèle à l'analyse de la gestion de l'expatriation. Ce modèle sert à rendre compte de situations décisionnelles apparemment chaotiques, dans lesquelles il existe toujours cependant des régularités observables. Et ce sont ces situations qui, par leurs régularités, peuvent être qualifiées d'organisées au sens des systèmes d'action.

Ainsi ils complètent la définition des trois critères qui font d'une organisation une anarchie organisée :

C1. Les préférences sont incertaines : le décideur a des préférences floues ou changeantes, ou il a des préférences peu cohérentes entre elles, ou il y a plusieurs décideurs qui ont des préférences peu cohérentes entre elles.

C2. La technologie est floue : les liens entre les entrées, les actions et les sorties du processus décisionnel sont mal connus ; les conséquences d'une action ne peuvent être cernées qu'avec une grande imprécision.

C3. La participation est fluctuante : les acteurs d'une situation de choix y ont une implication variable dans le temps et en intensité ; la délimitation de ceux qui peuvent intervenir dans le processus décisionnel n'est pas précise ; la décision est une scène dans laquelle les « acteurs » entrent et de laquelle ils sortent assez librement.

Ils complètent ces trois critères par une série de 21 caractéristiques principales de ces organisations. Dans leur étude, ils montrent, alors que les trois conditions sont valides pour ce qui concerne la gestion des cadres à l'international, ce qui légitime ce modèle.

C1. Les organisations ont des positions évolutives passant de la volonté de transférer des compétences au souhait d'intégration des filiales. Les acteurs n'appréhendent pas précisément quelles grandes orientations ils doivent prendre. Ils ont des incertitudes quant au degré d'engagement de la Direction Générale. Les DRH ont des objectifs multiples (contrôle managérial, contrôle financier, diffusion de valeurs communes, gestion des carrières) qui ne sont pas toujours cohérents avec ceux des opérationnels. Les missions sont parfois mal définies et les préférences « découvertes » *a posteriori*.

C2. L'impact d'une décision de mutation ou de promotion à l'international n'est pas certain. L'évaluation s'avère particulièrement difficile lorsque l'objectif est de diffuser des valeurs. Plus l'objectif est intangible plus il est difficile à appréhender concrètement, et plus on peut être sceptique quant aux effets directs et « mesurables » de la décision de promotion.

C3. Même si les décideurs sont relativement identifiés dans une décision de promotion ou de mutation leur participation est fluctuante. Certaines personnes qui n'ont pas de raison formelle de s'impliquer peuvent prendre part à la décision. L'intensité de participation varie au fil du temps, parce que certains sont momentanément occupés ailleurs.

A partir de ce constat ils formulent l'hypothèse suivante : le modèle est un bon candidat pour expliquer le fonctionnement de la gestion des cadres à l'international. Et pour tester cette hypothèse ils vont mesurer le degré de présence de chacun des 21 critères dans la gestion des cadres à l'international. Ainsi, dans la structure de leur recherche ils reprennent les 21 critères identifiés et ils cherchent les correspondances avec leur travail de terrain afin de démontrer que la gestion des cadres correspond bien à une organisation de type garbage can. Finalement ce sont bien 19 des 21 caractéristiques que l'on retrouve sur le terrain de leur enquête. Ce qui confère une validité scientifique avérée que les auteurs apprécient comme attestant de l'ampleur du phénomène. Par ce travail, ils justifient l'utilisation de ce modèle de garbage can, plutôt que l'analyse Crozier et Friedberg. Le garbage can laisse plus de place au hasard, au poids des cultures et des représentations, et à la variation des coalitions en fonction des conditions localement prévalentes au moment de la décision (Romelaer et Huault, 1996). En effet, par rapport au concept de Crozier-Friedberg, le garbage can est un modèle dans lequel les jeux et les mécanismes de régulation sont fortement variables et instables. Crozier et Friedberg se sont focalisés sur des situations dans lesquelles les enjeux et positions de pouvoir sont stables à court terme.

Si on replace le modèle du *garbage can* dans le cadre de la théorie des configurations structurelles de Mintzberg (1984), on peut, entre autre, dire que le fonctionnement de type garbage can est dominant dans les entreprises à structures adhocratique (entreprises innovatrices, entreprises travaillant par projets sur des opérations nouvelles, entreprises technologiques). Selon Romelaer (1994) on trouve peu de garbage can dans le travail quotidien des bureaucraties professionnelles (hôpitaux et cliniques, cabinets conseils, universités), mais dans ces organisations les processus de décision et de Direction Générale sont très fortement marqués par le garbage can, à cause de la multiplicité des comités et commissions, des rivalités entre professionnels de haut niveau, et de la concurrence entre départements (Romelaer, 1994). Or, dans les structures divisionnalisées, Mintzberg (1982), explique que la décentralisation verticale est limitée. On peut donc supposer que cette forme de centralisation et le contrôle par les performances que cette configuration suppose tendent à être favorable à une stabilisation des procédures, et donc un processus de décisions plus maîtrisé, laissant le champs moins libre au garbage can.

Romelaer (1994) nous dit que pour comprendre l'anarchie organisée le chercheur doit s'immerger dans le terrain, et travailler avec des entretiens semi-directifs avec les acteurs qui à un moment ou à un autre sont intervenus, et compléter les données par le recueil de réunions, ou de documents formels. L'obtention de résultats souvent modestes dans les recherches quantitatives sur les décisions ont pour cause le caractère insuffisant de la compréhension qu'en ont les chercheurs, mais aussi le caractère de garbage can des processus observés.

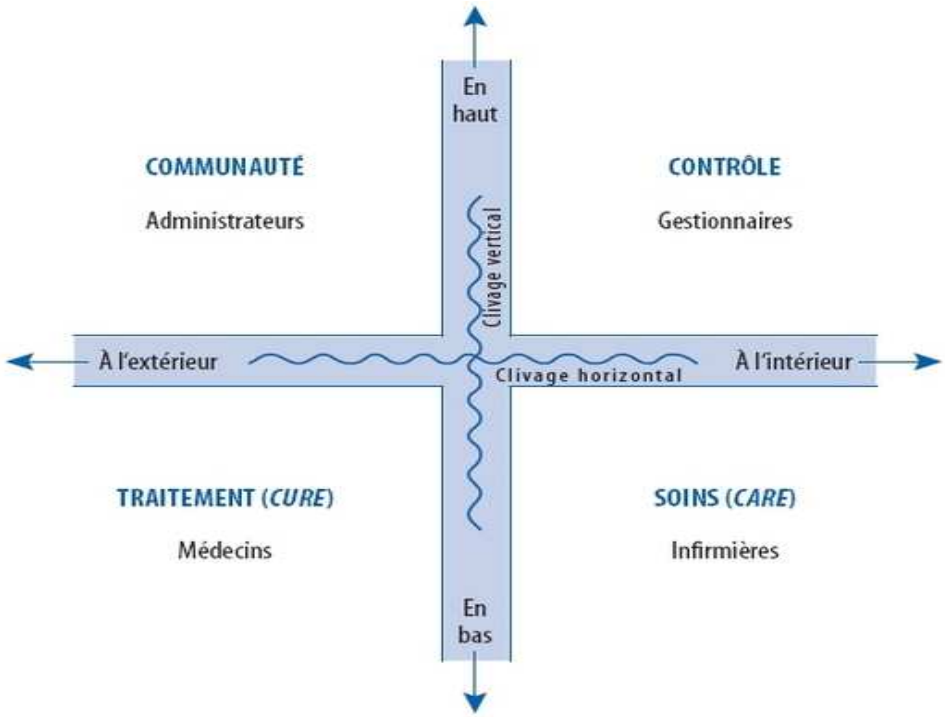
3 L'anarchie organisée : un modèle justifié pour comprendre l'hôpital

Université et Hôpital sont deux organisations publiques proches, souvent comparées, mais peut-on qualifier l'hôpital d'anarchie organisée ?

3.1 Des préférences incertaines entre des acteurs multiples

L'hôpital est une structure complexe, qui est par nature divisée. Il est question dans cette organisation d'un pouvoir bicéphale, de deux mondes qui s'opposent (Glouberman et Mintzberg, 2001) mais qui doivent cohabiter car interdépendants (Gentil, 2012). Il existe, d'une part, le pouvoir administratif, incarné par le directeur d'hôpital, et dont le personnel (hors médecin) dépend, garant des conditions d'emploi ; et d'autre part, le pouvoir médical, garant de l'organisation de l'activité de soin. A ces deux entités correspondent deux structures de gestion : la Commission médicale d'établissement (CME), où ne siègent que les médecins et qui détermine le projet médical, et le Conseil d'administration, qui détermine le projet d'établissement, à savoir l'application dudit projet médical (Vincent et Volovitch, 2003). L'activité de soins est d'ordinaire décrite comme le produit de plusieurs logiques institutionnelles (Kitchener, 2002, Arndt et Bigelow, 2006) ou de plusieurs « mondes » (Glouberman et Mintzberg, 2001). Avec d'une part la logique médico-soignante, qui place le traitement et le soin du patient avant toute considération économique, et d'autre part la logique économique qui privilégie la mutualisation des dépenses et la définition des activités en fonction des recettes (Grenier et Bernardini, 2015). On constate entre ces deux logiques une certaine étanchéité (Valette et al., 2015). Glouberman et Mintzberg (2001) divisent l'hôpital en quatre mondes distincts fonctionnant en vase clos, différenciés par leurs objectifs, leurs principes, leurs logiques de fonctionnement et leur mode de management qui leur est propre.

Figure 9 Les quatre mondes de l'hôpital général



Source : Mintzberg et Glouberman, (2002)

Les administrateurs sont animés par un principe de surveillance et de rationalité, les gestionnaires par un principe de contrôle et de contrainte, les soignants par une logique d'efficacité centrée sur les soins et le corps médical est lui animé par une logique d'intervention, de productivité et d'efficience (Mintzberg, 1982 ; Nobre, 1999 ; Mintzberg et Glouberman, 2001 ; Audet, 2006 ; Krief, 2012). Chaque groupe est animé par ses propres valeurs de référence (Boltanski et Thévenot, 1991) ce qui entraîne des difficultés de compréhension.

L'hôpital se caractérise également par une grande diversité de métiers, de spécialités et de services qui sectorisent toujours plus l'hôpital et induisent un cloisonnement interne, à l'intérieur d'un même monde (Nobre, 2013). Le cadre de référence identitaire devient le service (Crozet et al. 2008), au détriment de l'intérêt général de l'institution, à laquelle les professionnels s'identifient peu (Franchistéguy, 2001 ; Djellal et al., 2004). Ce cloisonnement renforce la complexe coordination entre les acteurs. Dans ce contexte pluraliste (Denis et al., 2004) les objectifs sont divergents, il se forme des groupes d'influence avec des objectifs propres à promouvoir et poursuivant leurs propres intérêts (Krief, 2000).

Ainsi, l'hôpital est une grande structure qui rassemble une multitude d'acteurs, comme l'ont montré Glouberman et Mintzberg (2001) en mettant en avant non pas une organisation mais le regroupement de quatre entités qui fonctionnent de manière distincte[22]. La fragmentation des acteurs se traduit par une difficulté d'affirmer des préférences nettes pour l'institution, ce qui correspond bien au critère premier de l'anarchie organisée. En effet, la dualité soignants-médecins est complexe puisqu'elle renvoie à des multiples hiérarchies qui ne permettent pas d'affirmer une ligne stratégique unique et cohérente, puisque poursuivant des objectifs différents. De plus, pour certains cadres intermédiaires, le positionnement entre personnel et direction est difficile (Detchessahar et Grevin, 2009). Cela peut créer des zones d'incertitudes et des asymétries d'informations pouvant conduire à la poursuite d'objectifs contradictoires. De plus, certains médecins et chefs de services sont également détenteur de pouvoirs, et peuvent parfois poursuivre des objectifs différents que ceux souhaités par la direction. Au-delà de leur pouvoir symbolique, certains d'entre eux siègent à la CME (Commission Médicale d'Etablissement) ou encore ont établi des relations auprès de membres des tutelles, ce qui les pousse parfois à agir en parallèle des assemblées délibérantes classiques.

Les pôles ont été mis en place pour impliquer les médecins et les soignants dans la gestion médico-économique. La T2A et les contraintes budgétaires ont en effet mis en évidence des contradictions entre les objectifs de soins et le contrôle des dépenses. Avec la T2A, les recettes sont engendrées par l'activité médicale. Il convient donc de responsabiliser les médecins et les soignants à la génération de recettes et de leur faire prendre conscience de l'impact financier de leurs décisions. Le principe de subsidiarité sous-jacent à la nouvelle gouvernance nécessite que les directions acceptent de mettre en œuvre une délégation de gestion ce qui suppose de faire confiance aux chefs de pôle. Et de leur côté les médecins doivent accepter de gérer en se formant et en consacrant du temps au management (Vallet in Nobre et Lambert, 2012). Ces attentes vis-à-vis de l'organisation en pôles soulignent bien la difficulté des hôpitaux à s'accorder sur des préférences et des objectifs partagés. D'autant plus, qu'actuellement, les outils de contrôle ne sont pas encore suffisamment fins et la convergence des intérêts entre médecins et direction n'est pas suffisante pour qu'une véritable délégation se mette en place. Les coûts d'agence sont trop élevés. Les délégations restent limitées et souvent remises en cause (Gouffé et Cargnello Charles, 2014). En résumé, le

[22] Glouberman et Mintzberg (2001) l'hôpital est divisé en quatre mondes distincts selon leur mode de management : *Down, Up, In, Out*.

directeur n'est pas seul face à la décision, et par sa spécificité de gouvernance, l'hôpital abrite de nombreux acteurs en capacité d'intervenir et de peser sur la décision. Tant d'éléments qui laissent à penser que l'organisation hospitalière relève donc d'une anarchie organisée dont les stratégies ne sont pas uniformes.

3.2 Une technologie floue rendant difficile l'évaluation des résultats

La notion de technologie à l'hôpital peut renvoyer à plusieurs réalités, d'ailleurs Child (1974) disait que le terme technologie est employé dans presque autant de sens différents qu'il y a de chercheurs sur le sujet. Il nous semble tout de même que la technologie hospitalière est plutôt ambigüe : ainsi constate-t-on l'existence de nombreux protocoles médicaux et de soins ainsi que le développement d'outils standards autour de la certification qualité. Toutefois, à côté de cette technologie très formelle et standard, les outils de gestion, sensés aider à la prise décision et au pilotage de l'activité, sont encore aujourd'hui très peu partagés par l'ensemble des parties prenantes.

La contractualisation, issue de la nouvelle gouvernance à l'hôpital, nécessite la mise en œuvre d'un contrôle par les résultats. Ce contrôle par les résultats suppose l'existence d'une négociation des contrats de pôle avec la définition d'indicateurs et d'objectifs, assortis d'un système d'intéressement et de sanction (Angelé-Halgand, 2012). Le contrôle par les résultats favoriserait la motivation des acteurs s'ils parviennent à s'accorder sur les objectifs, les moyens d'action, le système de mesure et d'incitation (Bérard, 2013). Les travaux de recherche montrent que la mise en œuvre de ce contrôle par les résultats se heurte à de nombreuses difficultés. La prestation de soins est intangible et individualisée, elle est donc difficile à saisir par les chiffres. Le contrôle s'oppose à la liberté d'exercice des professionnels qui défendent leur pouvoir et leurs valeurs (la qualité de la prise en charge ou bien la dimension relationnelle du soin). Il se heurte aussi à des problèmes techniques : le système informatique de la DRH ne permet pas de suivre une affectation en temps réel des frais de personnel par pôle (Bérard, 2013). Rastouil et alii (in Nobre et Lambert, 2012) remarquent aussi que, pour déléguer des décisions de gestion des ressources humaines au niveau des pôles, il faut des indicateurs sur la charge de travail, les effectifs et les moyens de remplacement qui permettent des comparaisons entre les pôles. Or ceux-ci sont rarement disponibles.

Les différents dispositifs de contrôle financier (tableaux de bord, comptes de résultat analytiques (CREA), etc.) ont eu peu d'impact sur les décisions médicales (Doolin, 2001). « *Actuellement, les outils de contrôle ne sont pas encore suffisamment fins et la convergence des intérêts entre médecins et direction n'est pas suffisante pour qu'une véritable délégation se mette en place. Les coûts d'agence sont trop élevés. Les délégations restent limitées et souvent remises en cause (Gouffé et Cargnello Charles, 2014).* » (Vallejo *et al.*, 2015b). Par conséquent, la définition d'objectifs cibles de performance par pôle n'est pas encore mise en œuvre. Cela « *supposerait d'intégrer davantage de données non financières pour se rapprocher de l'activité des services. Non seulement les activités de mesure financière sont très chronophages mais aussi les systèmes d'information actuels ne permettent pas d'intégrer des données non financières ce qui supposerait une interconnexion avancée entre les bases de données de l'hôpital (recette, dépenses, qualité, consommations…) (Dos Santos, et alii, 2014).* » (Vallejo *et al.*, 2015b).

Il y a à l'hôpital un écart qui se creuse entre les gestionnaires et les autres acteurs de la décision. Les outils limités donnent une impression de floue aux utilisateurs ce qui accentue l'écart entre gestionnaires et médecins. Les gestionnaires n'étant quant à eux pas en capacité d'appréhender l'ensemble de la technologie médicale. Mintzberg (1982) l'avait notamment identifié concernant le système technique dans les bureaucraties professionnelles. En reprenant le parallèle avec l'université on note que la pluralité des missions identifiées n'est pas sans rappeler les enjeux présents dans les CHU, où l'activité se divise entre soin, recherche et enseignement, sans oublier toute la sphère administrative. Une diversification de missions poursuivant des objectifs différents. On retrouve à l'hôpital la faible interdépendance fonctionnelle identifiée dans les universités, accentuant le phénomène de technologie floue. Ce qui nous renvoie aux organisations à faible couplage (Weick, 1976) et bureaucraties professionnelles (Mintzberg, 1982), modèles utilisés pour décrire l'hôpital.

Ainsi, concernant les outils de gestion il est bien question d'une technologie floue. Les acteurs de la décision ne peuvent pas appréhender collectivement l'ensemble des outils qui leur permettraient d'adopter une position rationnelle.

3.3 Une participation fluctuante d'acteurs partagés entre de multiples missions

A l'hôpital on retrouve donc une faible interdépendance fonctionnelle entre les acteurs. Le découpage fonctionnel en services spécialisés ne favorise pas la coopération et la coordination des soins. Très contraints par les tâches cliniques et de soins qui restent prioritaires, on peut s'attendre à ce que les professionnels de santé ne puissent participer à toutes les réunions de gouvernance et de coordination. Nous avons vu que les pratiques managériales dans les pôles sont très hétérogènes, ainsi d'un pôle à l'autre, pour un même type de réunion on ne retrouvera pas forcément les mêmes acteurs à la table pour prendre part à la décision. Enfin, les médecins, et notamment les chefs de services PU-PH, doivent partager leur temps entre le soin, l'enseignement, la recherche, l'organisation de leur service. Ils doivent alors faire des arbitrages stratégiques pour ne participer qu'aux réunions qui semblent pertinentes, comme cela a été identifié dans le modèle original pour le cas des professeurs d'université. On retrouvera donc ce qui est évoqué dans les universités, un taux de présence bas, et un turn-over dans les instances délibératives.

La littérature sur l'hôpital, et la proximité de cette organisation avec l'université, nous permet de qualifier l'hôpital d'anarchie organisée. Ce dernier remplit les trois critères identifiés par les auteurs du modèle Cohen, March et Olsen.

Résumé CHAPITRE 4

La revue littérature sur la décision nous a orienté sur le modèle de l'anarchie organisée pour analyser le processus décisionnel en jeu à l'hôpital dans sa nouvelle gouvernance. En effet, ce modèle s'est éloigné des préceptes de rationalité absolue pour aboutir à une vision plus complexe de la décision dans des organisations particulières. La caractérisation de ces organisations correspond à ce qu'est l'hôpital public. Ce dernier correspond aux trois critères énoncés : une incertitude des préférences, une technologie floue, et une participation fluctuante aux instances délibératives.

Au-delà de la caractérisation d'un type d'organisation, il est question d'associer un type de prise de décision à ces structures, le garbage-can model. Un modèle de prise de décision où des flux de solutions rencontrent des flux de problèmes, qui apparaissent au fur et à mesure de l'existence de l'organisaiton, et qui sont placés dans des corbeilles à papiers. Toutefois, le lien implicite entre anarchie organisée et garbage-can model a été remis en cause par d'autres auteurs. En effet, une organisation peut être une anarchie organisée sans pour autant dépendre de ce processus décisionnel.

Enfin, la littérature existante sur l'hôpital et les pôles nous a permis de démontrer que l'utilisation de l'anarchie organisée était cohérente puisque cette organisation correspond aux critères énoncés par ce modèle. A partir de ce constat, nous allons pouvoir approfondir le lien entre le passage à la structure divisionnalisée dans l'hôpital public et le caractère organisé de cette anarchie. On peut être en mesure de s'attendre à une réduction de l'anarchie, due à l'évolution de l'organisation.

PROBLEMATIQUE

L'hôpital public est sujet à de nombreuses transformations depuis les années 1990. Les principes du Nouveau Management Public, d'inspiration gestionnaire du secteur privé, ont pénétré cette organisation allant jusqu'à la transformer en profondeur. L'hôpital a donc subi une multitude de réformes depuis plus de vingt ans, et connu un tournant gestionnaire, ce qui a impacté son système de financement, de qualité, et enfin, d'organisation des soins. La recherche de performance et d'équilibre financier a fait évoluer la gouvernance de l'hôpital, jusqu'à l'apparition des pôles d'activité médicale en 2005. Cette nouvelle gouvernance interne représente un grand chantier de l'évolution hospitalière et est devenue un sujet important en management des organisations de santé. Il a été principalement étudié du point de vue des acteurs, se focalisant sur la figure du médecin-gestionnaire, ou encore des outils et du contrôle de gestion. Peu de travaux finalement se penchent sur un élément essentiel : le processus de décision. Ce qui paraît paradoxal étant donné que le principe fondateur des pôles d'activité est la subsidiarité, à savoir une délégation de gestion et une décentralisation de la décision. Le principe était de faire descendre la prise de décision au plus près de l'activité, afin de prendre des décisions justes et réactives. L'objectif est une meilleure adéquation des objectifs et des moyens, pour une plus grande efficience médico-économique, en rapprochant les logiques administratives et soignantes, dans l'attente d'une hybridation. Il a donc été question pour l'hôpital d'un changement de configuration structurelle, au sens de Mintzberg, dont on peut supposer qu'il va passer d'une bureaucratie professionnelle à une structure divisionnalisée. La question qui se pose alors est : quelle est l'influence de l'organisation polaire sur le processus de décision ? La rationalisation et la standardisation des procédés ont-elles abouti à une prise de décision plus efficiente ? Pour répondre à ces questions nous avons choisi de nous pencher sur les théories de la décision. Parmi les différentes possibilités nous avons porté notre choix sur l'anarchie organisée de Cohen, March et Olsen. Les trois critères caractéristiques de ces organisations, une incertitude des préférences, une techologie floue et une participation fluctuante aux instances délibératives constituent une grille de lecture pertinente pour analyser l'évolution de l'hôpital. En essayant de comprendre l'effet du pôle sur chacun de ces critères, cela nous permettra de rendre compte de l'influence positive ou négative de ce nouvel échelon organisationnel. La question est désormais de savoir si le passage d'une bureaucratie professionnelle à une structure divisionnalisée va accroître ou

réduire l'anarchie organisée, caractéristique de l'hôpital public. Or, l'objectif, à travers cette réforme de l'organisation interne, est de réduire cette anarchie organisée, car celle-ci crée du Slack. Dans le cadre de notre recherche, nous retenons le Slack dans le sens d'un gaspillage organisationnel. La création de surplus, à destination d'aucune action particulière, dans les conjonctures économiques actuelles n'est pas permise pour les établissements publics de santé. La situation économique est tendue et il faut une juste adéquation des ressources et des actions. Tout surplus constitue le développement d'actions qui ne sont pas en réponse directe à des problèmes et peut s'entendre comme une perte de temps ou de gaspillage, car la situation exige des actions avec des retours rapides pour retrouver un équilibre financier. Les établissements ne peuvent pas se permettre le maintien, voire l'accroissement du Slack. L'objectif ici est donc de limiter la dispersion des ressources, face à des demandes de gestion nouvelles, car nous l'avons vu, le Slack est sensible à l'argent et aux ressources fournies, ainsi qu'à la cohérence interne des demandes (Cohen *et al.*, 1972). De plus, nous savons à présent que la réduction du Slack influence les méthodes de décision (Musselin, 1997). On peut donc établir un lien entre la volonté des pouvoirs publics de changer les processus de décisions des hôpitaux publics, avec une nouvelle gouvernance, et la volonté de réduire le Slack organisationnel. Donc, par extension, de rendre l'hôpital, une anarchie plus organisée. A partir de ces constats, notre volonté va être de mettre en avant si l'hôpital, devenu une structure divisionnalisée en fonctionnant par pôles, réduit son caractère d'anarchie organisée, en se basant sur les trois critères identifiés par Cohen, March et Olsen (1972).

Ce qui nous amène à poser la question suivante :

> *Si l'hôpital-bureaucratie professionnelle est une anarchie organisée, l'hôpital-structure divisionnalisée permet-il de réduire cette anarchie ? Ou comment le changement de configuration structurelle impacte le processus de décision ?*

Les améliorations attendues par le changement de configuration structurelle sont multiples. On peut les regrouper dans les trois grandes caractéristiques de l'anarchie organisée. Les éléments suivants constituent nos propositions de recherche.

Incertitude des préférences

La création de divisions comme les pôles doit rassembler les logiques gestionnaires et médicales dans une même unité. Cela diverge de la bureaucratie professionnelle où le centre opérationnel est assez perméable aux autres logiques. On peut supposer dès lors que le rapprochement des logiques va aboutir à une hybridation des logiques et tendre vers une vision médico-économique commune et partagée. Si la littérature a montré jusqu'à présent que cette hybridation n'est pas naturelle et n'est pas encore aboutie, on peut penser que la volonté d'y parvenir aura tendance à se traduire par une définition plus claire des préférences. Au lieu d'avoir quatre mondes divisés dans une grande structure (Glouberman et Mintzberg, 2001) avec une faible interdépendance fonctionnelle, le pôle rassemble ces quatre mondes au sein d'une même unité de gestion de plus petite taille poursuivant un objectif stratégique commun, défini ensemble. En effet, si la divisionnalisation est souvent perçue comme synonyme de décentralisation, pour Mintzberg (1982), ceci est une erreur de jugement. Là où l'on pourrait penser que les divisions devenant autonomes vont avoir tendance à poursuivre des intérêts divergents, augmentant l'incertitude des préférences, Mintzberg, précise que la réalité est toute autre dans les structures divisionnalisées. Selon lui, la divisionnalisation consitue une forme limitée de décentralisation verticale. Il s'agit plutôt d'une concentration de pouvoirs de décisions considérables entre les mains d'un nombre très limité de personnes, les directeurs de divisions étant davantage proche du sommet stratégique. Cette forme de centralisation, dans une structure divisionnalisée, avec de la délégation, nous permet de supposer, à partir de la description de Mintzberg, que les préférences, émises par le sommet stratégique seront suivies dans les divisions, notamment grâce au cadre du contrat de pôle. Cela sous entend une définition préalable des préférences, réduisant ainsi l'incertitude, due à un éparpillement stratégique. Ici, l'ensemble des acteurs poursuivent un même but général, mener à bien le projet d'établissement. Toujours d'après Mintzberg (1982), « *on donne à ces unités des normes de performance et on leur laisse l'autonomie tant que les normes sont atteintes* » (Mintzberg, 1982, p.183).

Technologie floue

L'hôpital, n'échappe pas aux règles identifiées par Musselin (1997) à propos des universités. Nous l'avons vu, selon elle, les universités françaises tendent vers un modèle d'anarchie plus

organisée. Dans les universités, le flou technologique se dissipe peu à peu, avec un durcissement de la technologie par le recours à des outils de suivi et de mesure des résultats. Or, nous avons identifié dans la littérature, le même phénomène à l'hôpital avec l'introduction d'un nouveau modèle de gestion « médico-économique », qui s'accompagne par l'introduction croissante d'instruments de contrôle de gestion, qui doivent permettre de rendre la gestion plus efficiente (Flachère, 2015). De plus, avec la délégation de gestion, la logique de contractualisation, la T2A et la nécessaire maîtrise des dépenses, la maîtrise des outils de gestion devrait augmenter, avec une stabilisation et une normalisation des processus de gestion. D'autre part, les universités sont sujettes à l'émergence progressive d'une conception plus interdépendante des différentes composantes. Une évolution qui est en partie due à la politique de contractualisation mise en place (Musselin, 1997). On retrouve cette logique de contractualisation interne et externe à l'hôpital, comme dans les universités, avec l'introduction de modalités de contrôle de gestion pour de contrôler les résultats, des éléments qui figurent désormais dans les contrats de pôle. Si un contrôle par les résultats réel se heurte à des difficultés (Vallejo *et al.*, 2015a), il n'en reste pas moins que la logique s'est installée à l'hôpital. Enfin, selon Musselin (1997), l'élaboration d'un projet d'établissement et de fixation d'axes prioritaires donne naissance à des comportements plus collectifs, supposant plus d'interdépendances. Il se trouve que l'hôpital établit également un projet d'établissement qui se traduit en projets de pôle, dont chaque unité contribue donc aux mêmes objectifs. On peut donc penser à nouveau que les effets étant les mêmes, les mêmes conséquences s'appliquent. On devrait, donc, bien observer des comportements plus collectifs, avec plus d'interdépendances. Par ailleurs, du fait d'un travail en commun plus resserré avec de nouvelles responsabilités partagées, l'interdépendance fonctionnelle devrait augmenter. Dès lors, les soignants devenant des gestionnaires, et les gestionnaires travaillant au plus près des soignants, on s'attend à une meilleure compréhension du travail de chacun. De plus, Mintzberg (1982), précise que la décentralisation verticale globale à des unités est essentiellement régulée par des systèmes de contrôle des performances. Or, c'est bien l'objectif des pouvoirs publics, développer l'autonomie des pôles, et assurant une régulation par le contrôle des résultats et des performances, notamment par la contractualisation interne.

Participation fluctuante

Le principe de l'anarchie organisée est d'avoir des instances délibératives avec des contours flous, qui évoluent au fil du temps et des décisions. On peut dès lors penser qu'en définissant des pôles, qui sont des unités de gestion et également des instances délibératives, la question du contour de cette instance devrait être clarifiée. Le pôle devrait aboutir à une définition claire des espaces de délibération et des participants, qui ont un pouvoir d'intervention. Mintzberg (1982), explique que « *le regroupement est le paramètre de conception par lequel la supervision directe est incorporée à la structure comme mécanisme de coordination* » (Mintzberg, 1982, p.117). Parallèlement, « *le regroupement favorise l'ajustement mutuel. Les membres d'un même unité sont souvent à proximité les uns des autres, ce qui encourage les communications informelles et donc l'ajustement mutuel.* » (Mintzberg, 1982, p.117). Enfin, Mintzberg, explique que le regroupement encourage fortement la coordination et la communication à l'intérieur de chaque unité. Sur la base de ces indications, nous sommes en mesure de penser que le regroupement en unités, les pôles, aura pour effet de réduire la participation fluctuante, puisque ce facteur favorise la coordination et la communication. De plus, la supervision directe et l'ajustement mutuel sont deux mécanismes pouvant rentrer en vigueur pour atténuer ces effets de dispersion du contour de l'organisation, et de dispersion des acteurs. Enfin, dans la SD, la partie clef de l'organisation est la ligne hiérarchique, ce qui suppose une organisation stable, avec une définition plus claire des instances délibératives.

Finalement, le changement de bureaucratie professionnelle à structure divisionnalisée devrait permettre de réduire l'anarchie organisationnelle, et de tendre vers des anarchies plus organisées, comme Musselin le démontre pour les Universités. Une évolution qui correspond à la volonté affichée des pouvoirs publics, d'améliorer la prise de décision, dans une logique de gestion médico-économique, et ce, afin de réduire le *slack* généré par les hôpitaux. Pour résumer nos propositions de recherche : la création d'une strucutre divisionnalisée, avec les pôles comme divisions, devrait permettre de réduire l'incertitude des préférences, le flou technologique et la fluctuation des participations.

CHAPITRE 5 : METHODOLOGIE : UNE ETUDE DE CAS, DEUX PHASES DE RECHERCHE

L'objectif du **CHAPITRE 5** est de présenter le paradigme épistémologique dans lequel la recherche est ancrée ainsi que les choix méthodologiques opérés. Cette explication du travail de recherche et de la mise en œuvre de ce processus est indispensable, car elle permet de contrôler la démarche de recherche, d'accroître la validité de la connaissance qui est issue de cette dernière et de lui conférer un caractère immuable (Thietart et al., 2007). De plus, cette explication permet de tendre vers l'objectivité scientifique, en permettant la « critique mutuelle entre chercheurs » sur la base de discussions autour des choix méthodologiques opérés, cette objectivité ne pouvant se satisfaire d'une suite de décisions individuelles et isolées (Popper, 1959).

Ce chapitre est divisé en quatre parties.
La **première partie** s'attachera à présenter le paradigme épistémologique dans lequel se positionne notre recherche : le Paradigme Epistémologique Interprétativiste.
La **deuxième partie** présente les cas et le mode de collecte et d'analyse des données empiriques de la première phase de recherche.
La **troisième partie** présente les cas et le mode de collecte et d'analyse des données empiriques de la deuxième phase de recherche.
La **quatrième partie** présente les critères de validité et de scientificité de la recherche.

Il est question dans cette partie de présenter le « design de la recherche », qui constitue la trame méthodologique permettant d'articuler la littérature, la problématique, les données, leur analyse et les résultats obtenus. Il s'agit d'un processus évolutif comportant des itérations lors de son élaboration et tout au long de la démarche de recherche (Royer & Zarlowski, 1999). Il est indispensable pour le chercheur de décrire très concrètement le processus entier de sa démarche d'analyse, dans une optique de transparence et de reproductibilité, il en va de la fiabilité de sa recherche. Celle-ci reposant sur la capacité et l'honnêteté du chercheur à décrire ce processus (Miles & Huberman, 1991).

Ainsi, dans ce chapitre nous allons répondre à ces critères de transparence en décrivant précisément la manière dont s'est déroulée la recherche. Nous retiendrons une présentation chronologique de notre recherche, afin de retracer le plus fidèlement la construction de l'objet de recherche, ainsi que de la méthode de recherche.

Si la première partie de la thèse semble présenter une construction linéaire de notre objet de recherche, cet élément clé du processus de recherche a été construit de manière progressive. En effet, l'objet de recherche, qui tend à traduire et à cristalliser le projet de connaissance du chercheur et son objectif (Quivy et Van Campenhoudt, 2006), a émergé sur la base d'aller-retour entre la littérature et les possibilités d'analyse du terrain (Allard-Poesi et Maréchal, 2007). Cet objet s'est précisé au fur et à mesure de la compréhension des pôles d'activité médicale et par l'adaptation constante au terrain et aux opportunités d'enquête (Allard-Poesi et Maréchal, 2007). Ainsi, notre objet de recherche s'est construit au croisement de différents points de départ : un domaine d'intérêt émergent, avec l'existence des pôles depuis seulement une dizaine d'années et un corpus théorique peu structuré, nous l'avons vu, sur le pilotage de l'activité des pôles, en particulier du point de vue de la décision, et enfin l'apparition d'opportunités empiriques.

Comme le soulignent Quivy et Van Campenhoudt (2006), la formulation d'une question de départ doit traduire un projet de recherche et respecter des conditions de clarté, de faisabilité et de pertinence. Ainsi, la question de départ retenue, « *Dans quelle mesure la contractualisation interne peut-elle conduire à l'amélioration de la qualité des soins et de l'efficience médico-économique ?*», avait pour objectif d'exprimer de la manière la plus précise possible le projet de connaissance de notre recherche, et de servir de fil conducteur au processus de cette dernière. Cette question a émergé suite à l'apparition d'un domaine d'intérêt émergent, celui de la nouvelle gouvernance interne des hôpitaux publics, et à partir du constat de l'hétérogénéité du corpus théorique sur les pôles d'activité médicale, de sa faible structuration et de certaines de ses insuffisances, notamment du point de vue du pilotage de l'activité.

Comme nous l'avons souligné dans notre première partie, l'émergence des pôles en 2005 et donc la mise en place d'une toute nouvelle gouvernance interne nous a « naturellement porté» (Allard-Poesi & Maréchal, 2007) vers l'étude de ce thème. Les pôles, leurs enjeux, leur complexité et leur « potentiel de développement et d'approfondissement scientifique » nous

paraissaient extrêmement attrayants. La multiplication des initiatives, notamment de la part des pouvoirs publics, a donc contribué à retenir les pôles d'activité médicale comme thème de recherche.

La phase d'exploration théorique, dont l'objectif est d'assurer la qualité du questionnement en dépassant les « *interprétations éculées* » (Quivy & Van Campenhoudt, 2006, p.42), nous a également incité à retenir ce thème de recherche : la multiplicité des approches théoriques, le caractère récent du sujet qui offre un nouveau champ de recherche, furent constitutives d'un questionnement et d'un intérêt pour ce sujet de recherche potentiel. Au niveau des sciences de gestion, le management des pôles d'activité médicale, et plus largement la nouvelle gouvernance interne, constitue un « champ à défricher », tel que nous l'avons également mis en évidence au cours de la première partie, notamment en terme de processus de décision.

1 Le cadre épistémologique, la constitution des connaissances

Toute recherche s'inscrit dans un cadre épistémologique puisque l'épistémologie est « *l'étude de la constitution des connaissances valables* » (Piaget, 1967, P.6). En effet, pour Perret et Seville (2007, p.13), « *la reflexion épistémologique s'impose à tout chercheur soucieux d'effectuer une recherche sérieuse car elle permet d'asseoir la validité et la légitimité d'une recherche* ». Dès lors, le travail de recherche repose sur une certaine vision du monde, et l'épistémologie permet d'orienter vers un mode de collecte de données particulier, et surtout de fixer les critères de scientificité de la recherche et la valeur scientifique des résultats (Perret et Seville, 2007). La finalité d'une recherche étant d'élaborer des connaissances, le chercheur doit se questionner sur ce qu'est la connaissance (Avenier et Gavard-Perret, 2008). Ainsi, le travail épistémologique repose sur trois questions fondamentales (Piaget, 1967, Thiétart et al., 2007) :

Qu'est-ce que la connaissance, son statut et la nature de la « réalité » ?
Quel est le statut et la valeur de la connaissance produite ?
Quel est le chemin de la connaissance scientifique ? Comment est-elle élaborée ?

Le design de la recherche « émerge » durant le processus de recherche, il est rarement défini avant l'intervention du chercheur (Lincoln et Guba, 1985). Ainsi, le choix épistémologique dépend en partie de l'objet de recherche lui-même : en effet, comme nous l'avons souligné dans la première partie de notre travail, l'étude des pôles nécessite une prise de distance et de questionnement, orientant alors vers une approche de type compréhensif (Volkoff, 2008). C'est pour cela que parmi les différents paradigmes épistémologiques nous nous sommes arrêtés sur celui de l'interprétativisme.

1.1 Le paradigme épistémologique interprétativiste

L'interprétativisme constitue l'un des trois grands paradigmes épistémologiques traditionnellement identifiés en sciences de l'organisation, aux côtés du positivisme et du constructivisme (Thietart et al., 2007). Pour comprendre la réalité, ce paradigme s'appuie sur les interprétations qu'en font les acteurs, la démarche de recherche étant alors contextualisée. Dans une perspective empirique limitée à l'analyse des discours des agents hospitaliers sur leurs pratiques et à l'étude d'acteurs d'une organisation particulière telle que le pôle d'activité médicale sur les processus de délégation et de prise de décision, ce choix semblait devoir s'imposer.

Il existe quatre hypothèses fondatrices du paradigme interprétativiste, qui sont quasiement identiques à celles du paradigme épistémologique constructiviste pragmatique (Nyobe, 2014). La première hypothèse postule que ce qui est considéré comme connaissable, est l'expérience vécue, ou « expérience de la vie » (Husserl, 1970). La deuxième hypothèse postule que la connaissance qu'un sujet développe d'une situation est liée, inséparablement, à la situation et au sujet qui en fait l'expérience. La troisième hypothèse postule que le pouvoir est constitutif de l'intention dans l'expérience du monde, et donc dans la construction de connaissances (Sandberg, 2005 ; Yanow, 2006). Enfin, la quatrième hypothèse est le refus de l'hypothèse d'existence d'un réel objectif indépendant de l'observateur.

Ainsi, le constructivisme partage avec l'interprétativisme une hypothèse relativiste (l'essence de l'objet de recherche ne peut être atteint) et l'idée de dépendance du sujet et de l'objet (ne pouvant être appréhendés séparément). Pourtant, le projet du paradigme constructiviste est de construire la réalité, et non de l'interpréter (Thietart et al., 2007). D'après Perret et Séville

(2008), les constructivistes partagent la démarche de compréhension, mais s'en distinguent dans la mesure où leur démarche entend participer à la construction de la réalité des acteurs. Elle ne se contente pas de donner à voir cette réalité comme le fait l'interprétativisme. Ce dernier laisse en suspens la question concernant l'existence de la réalité. Ils ne rejettent ni acceptent l'hypothèse d'une réalité en soi (Perret et Séville, 2008). Ce qui laisse au chercheur une liberté et une marge d'interprétation importante quant au contenu et à la qualité de la connaissance à générer. A la notion de réalité objective défendue par le positivisme, l'interprétavisme lui préfère celle de réalité objective intersubjective (Sandberg, 2005). Ce paradigme s'intéresse aux motivations des acteurs et à leur compréhension : au regard de notre objet de recherche, la compréhension et l'interprétation de la manière dont les acteurs pensent se saisir et agir autour des pôles d'activité médicale sont centrales, ce phénomène étant marqué par la subjectivité. Le choix de l'interprétativisme nous amène à appréhender des interprétations dans une perspective subjective et contextuelle, ne pouvant être atemporelle et universelle (Chakor, 2013). Ainsi, l'adoption d'une posture de type positiviste paraît inadéquate : ce paradigme revendique un positionnement réaliste du statut de la connaissance, soutenant l'existence d'une essence propre à l'objet de connaissace et une indépendance du sujet et de l'objet dans la nature de la « réalité », cette dernière existant « en soi » (Perret et Séville, 2007).

Pour ce qui est du statut de la connaissance, l'interprétativisme considère que l'essence de l'objet de connaissance ne peut être atteint, voire qu'il n'existe pas. Le monde social est donc fait d'interprétations issues des interactions entre acteurs, dans des contextes spécifiques. Les acteurs sont en position de choix et de créer leur environnement par leurs pensées et leurs actions, guidés par leurs finalités (Le Moigne, 1995 cité par Perret et Seville, 2007). En adoptant cette posture, nous souhaitons comprendre comment les acteurs construisent le sens qu'ils donnent à la gestion des pôles et aux processus de décision. Nous ferons donc émerger des données qui sont des interprétations de la réalité (Mbengue et Vandangeon-Derumez, 1999).

Au niveau du chemin de la connaissance scientifique, nous développerons une démarche visant à prendre en compte les intentions, les motivations, les attentes, les raisons et les croyances des acteurs (Perret et Séville, 2007). Dans le paradigme interprétativiste, la construction de connaissance vise d'abord à comprendre les significations que les différents sujets participant à une même situation donnent à cette situation. Par cette démarche

contextualisée nous espérons mettre en lumière comment les acteurs de l'organisation interprètent et se représentent le processus de décision dans les pôles. La construction des connaissances dans le paradigme interprétativiste suppose l'identification des cadres de pensées ainsi que les manières, souvent tacites, des acteurs d'appréhender et d'interpréter les situations qu'ils vivent (Avenier et Thomas, 2012). La génération de connaissances suppose donc de comprendre le sens que les acteurs donnent à la réalité « *C'est-à-dire donner des interprétations aux comportements* » ce qui « *implique nécessairement de retrouver les significations locales que les acteurs en donnent, c'est-à-dire des significations situées (dans l'espace) et datées (dans le temps)* » (Perret et Séville, 2008). Nous ne participerons donc pas à la construction de la réalité des acteurs contrairement aux constructivistes. Si ces derniers partagent cette démarche de compréhension ils s'en distinguent dans la mesure où leur démarche entend participer à la construction de la réalité des acteurs, elle ne se contente pas seulement de donner à voir cette réalité, comme le fait l'interprétativisme (Perret et Séville, 2008). La finalité de notre recherche est donc d'aboutir à une représentation la plus proche possible de la façon dont les acteurs perçoivent eux-mêmes la réalité (Mbengue et Vandangeon-Derumez, 1999).

Les connaissances produites dans le courant interprétativiste sont généralement de nature descriptive et présentées sous forme de narration détaillée (Schwartz-Shea, 2006). Elles sont en général présentées dans des narrations offrant des « *descriptions épaisses* » (Geertz, 1973). Ce courant reconnaît l'existence de régularités au niveau des phénomènes étudiés mais réfute complétement l'idée d'une généralisation statistique des connaissances, contrairement au positivisme et au réalisme. Nous tentons de savoir comment le changement de configuration structurelle impacte le processus de décision à l'hôpital. Cela nécessite d'obtenir l'avis des acteurs sur les changements en cours à l'hôpital concernant cette nouvelle gouvernance. Nous ne pourrons donc témoigner de l'existence d'un lien entre configuration structurelle et décision qu'après avoir pris connaissance des représentations des acteurs concernant les pratiques managériales et décisionnelles en cours. Si la généralisation statistique (Yanow, 2006) n'est pas permise, Sandberg (2005) postule toutefois que différents sujets participant à une même situation sont capables de s'accorder sur l'attribution d'une signification à cette dite situation. Il désigne par « *réalité objective intersubjective* » cette signification partagée. Autrement dit, la signification consensuellement attribuée par des sujets à une situation est considérée comme la réalité objective de cette situation. La « réalité objective

intersubjective » d'une situation dépend ainsi des interprétations des expériences que les différents sujets ont de la situation.

Les postures interprétativistes s'exposent à diverses critiques, elles « *peuvent être accusés d'indifférentisme, de scepticisme, de subjectivism*e » (Perret et Girod-Séville, 2002, p.319), où tout tend à se « *valoir* » et où le chercheur peut être incité à se satisfaire du contingent comme doctrine (Micaleff, 1990 cité par Perret et Girod-Séville, 2002). Ainsi, certain auteurs, afin d'accroître la validité scientifique de leur démarche de recherche et se prémunir de certaines de ces critiques se sont placés dans une perspective de pragmatisme méthodologique (Gueguen, 2005). Ce pragmatisme se caractérise par la volonté du chercheur de « maximiser » la validité et la fiabilité de la recherche scientifique (Thietart et al., 2007) en fonction des contraintes empiriques, notamment le type et l'accessibilité des données. Le « pragmatisme méthodologique » (Gueguen, 2005) est donc une posture épistémologique complémentaire qui pousse ces auteurs à adopter une certaine flexibilité et une capacité d'adaptation. Ainsi, le pragmatisme méthodologique tend à adapter volontairement et sciemment les concepts et outils à la problématique de recherche et à la spécificité du terrain investigué (Gueguen, 2005). Nous ne nous inscrivons pas dans ce positionnement complémentaire mais nous en retenons l'idée d'adaptabilité au terrain, une notion qui nous a suivi tout au long de notre recherche. Par ailleurs, nous retenons également l'idée de transparence qui est défendue par ces adeptes.

Ainsi, la généralisation envisagée dans ce paradigme concerne essentiellement des processus d'interprétation, de construction de sens et de communication, en s'efforçant d'identifier les cadres de pensée et les manières de voir le monde, souvent tacites, qui façonnent le sens que les sujets donnent aux situations qu'ils vivent. Les pratiques sont abordées dans une conception phénoménologique devant permettre leur intelligibilité (Le Moigne, 2007). La généralisation et la transférabilité des résultats n'est pas au cœur de notre recherche, même si nous pourrons mettre en évidence des situations dans lesquelles les résultats pourront être étendus (Mbengue et Vandangeon-Derumez, 1999). Nous nous positionnerons plus sur une logique de généralisation analytique (Yin, 2003) que de généralisation des résultats. La généralisation est réalisée de manière itérative par induction et/ou par abduction, à partir de lectures attentives répétées du matériau empirique jusqu'à ce qu'une construction de sens nouvelle émerge, éventuellement à la lueur de connaissances théoriques préalables (Yanow, 2006).

2 Le choix de l'abduction

Le paradigme interprétativiste s'autorise la création de la connaissance par induction, c'est-à-dire par confrontation empirique, ou, par abduction, c'est-à-dire par confrontation empirique et théorique et boucle récursive (Avenier et Thomas, 2012). Nous faisons ici le choix de nous inscrire dans une approche abductive. Ce type de raisonnement permet de mêler les raisonnements inductifs et déductifs, favorisant l'ajustement de la recherche et le rapprochement entre les éléments théoriques et empiriques (Wacheux, 1996). Peirce lui-même affirmait que « *l'abduction est la seule forme de raisonnement qui puisse générer des idées nouvelles, la seule qui soit, en ce sens, synthétique. [...] Sa seule justification réside dans le fait qu'elle constitue le seul chemin qui puisse permettre d'atteindre une explication rationnelle* » (Peirce, 1965, cité par Carontini, 1990, p. 221).

Notre objet de recherche s'est précisé suite à une première revue de littérature et à une première phase de récolte de données. Ces allers retours nous ont conduit à adopter la théorie de l'anarchie organisée. Nous nous sommes alors appuyés sur la grille de lecture proposée par cette théorie pour investiguer notre terrain de recherche dans une deuxième phase, nous permettant de préciser nos choix méthodologiques, d'orienter et de recentrer notre recueil des données. Ainsi, contrairement à la déduction qui consiste à élaborer des hypothèses *a priori* et à les confronter au réel et à l'induction qui implique d'étudier le phénomène dans son contexte sans avoir mobilisé un cadre conceptuel, l'abduction permet de procéder par aller-retour entre le matériau empirique et la théorie dans le but de construire progressivement un modèle théorique (Charreire Petit et Durieux, 2007).

Dans le cadre de l'abduction, l'analyse du matériau empirique consiste en l'établissement de conjectures, autrement dit des relations entre des objets étudiés. L'abduction consiste en effet à tirer de l'observation des conjectures qu'il convient ensuite de tester et de discuter (Koenig, 1993). Son objectif n'est pas de produire une démonstration comme c'est le cas dans des raisonnements déductifs mais il a une visée explicative et compréhensive du phénomène étudié. Koenig (1993) déclare à propos de l'abduction qu'elle « *permet d'échapper à la perception chaotique que l'on a du monde réel par un essai de conjecture sur les relations qu'entretiennent effectivement les choses* ». Ce sera notre volonté, en attestant du lien entre

changement de configuration structurelle et processus de décision à l'hôpital. Comme le soulignent Charreire et Durieux, *« en sciences sociales l'objectif n'est pas de produire de nouvelles lois universelles mais plutôt de proposer de nouvelles conceptualisations théoriques valides et robustes rigoureusement élaborées »* (1999, p. 60).

L'objectif de notre recherche est de produire des explications sur l'effet du changement de configurations structurelles sur le processus de décision de nos terrains de recherche et ne vise pas à produire des lois universelles sur le management de la décision au sein des établissements hospitaliers publics. Nous avions donc pour ambition de créer des connaissances scientifiques à partir de l'expérience de praticiens.

3 Le choix d'une approche qualitative

Plusieurs auteurs s'accordent autour de l'idée que pour saisir un phénomène dans son ensemble il faut prendre en compte le fait que celui-ci s'inscrit dans un contexte et dans un temps particulier. Pour Wacheux (2005, p.12), « *Le temps intervient comme un flux qui anime les faits et les acteurs* » ce qui engendre le fait que *« la prise en compte des cadres de référence contextuels et temporels des acteurs s'impose comme l'une des seules voies possibles pour reconstituer le processus »* (Wacheux, 1996, p. 76). Miles et Huberman affirment également que *« la causalité est locale, liée à des évènements de proximité spécifiques et chronologiques »* (2003, p.261). Or, il nous semble que l'analyse du processus de décision à l'hôpital et l'effet de la mise en place d'une nouvelle gouvernance implique la prise en compte des variables contextuelles et temporelles. D'autant plus que les projets analysés s'inscrivent sur le long terme et qu'ils se déploient dans le contexte hospitalier, qualifié de « complexe » dans la littérature.

Fort de ce constat, et de cette volonté de compréhension, nous nous sommes tourné vers les méthodes qualitatives. En effet, celles-ci intègrent le temps et le contexte comme des variables centrales dans l'analyse et la compréhension des phénomènes. Wacheux déclare à ce titre que *« la mise en œuvre d'un processus de recherche qualitatif, c'est avant tout vouloir comprendre le pourquoi et le comment des évènements dans des situations concrètes »* (1996, p. 15). L'approche qualitative offre la possibilité d'analyser un phénomène en profondeur,

dans son contexte et dans le cours de son déroulement afin d'être en mesure d'appréhender des processus aussi complexes soient-ils (Wacheux, 1996 ; Avenier et Albert 2011).

Ce type de méthodologie nécessite que le chercheur soit au plus des acteurs de l'organisation pour en saisir leurs représentations et leurs interprétations et saisir l'impact des différents éléments qui constituent le phénomène étudié. De cette nécessaire proximité découlent des modes de collecte de données au plus près des réalités empiriques (Rispal et Jouison Laffitte, 2015). L'objectif est d'obtenir le point de vue des acteurs et ainsi saisir les différentes représentations du phénomène étudié. Cette proximité avec le terrain d'étude permet de donner du sens à la réalité observée (Nobre, 2006) et d'accéder à une compréhension fine et intégrée de l'objet de recherche.

Nous avons ainsi opté pour la conduite d'une étude qualitative qualifiée de « processuelle », c'est-à-dire autorisant le suivi des processus de changement dans le contexte d'un cas spécifique sur une longue période (Miles et Huberman, 2003, p.172). Nous avons opté pour l'étude de cas comme mode d'investigation.

4 L'étude de cas : une méthodologie pour analyser un phénomène en profondeur

Afin de mener notre investigation nous avons choisi l'étude de cas unique, basée sur l'impact de la mise en place des pôles sur la nature du processus de décision dans les pôles d'activité médicale à l'hôpital public. Yin définit l'étude de cas est définit par Yin (1989, p.13) comme *« une recherche empirique qui examine un phénomène contemporain au sein de son contexte réel, en particulier lorsque les frontières entre le phénomène et le contexte ne sont pas évidentes »*. Elle s'avère pertinente *« lorsque le chercheur n'a que peu de contrôle sur les évènements et lorsque que le centre d'intérêt porte sur un phénomène contemporain au sein d'un contexte social réel »* (Yin, 1989, p. 1). C'est typiquement le cas pour notre objet d'étude, le pôle est un phénomène contemporain, au cœur de l'hôpital, récent et inscrit dans un vrai contexte social. L'étude de cas est donc un outil utile dont l'objectif est de comprendre le déroulement d'un phénomène composé de multiples variables susceptibles de l'influencer ou de l'expliquer. L'étude de cas permet de « *mettre à jour les interactions manifestes des facteurs significatifs de ce phénomène, individu, communauté, ou institution. De plus, le*

chercheur est capable de capturer les nuances, les patterns et les éléments plus latents que toute autre approche de recherche aurait ignoré » (Berg & Lune, 2012). En effet, la force de l'étude de cas réside dans l'étude d'un phénomène en relation étroite avec le contexte dans lequel il est encastré (Eisenhardt, 1989) et permet ainsi de tenir compte des caractéristiques du terrain observé (Giroux, 2003), ce qui fait sens avec nos choix épistémologique et méthodologique. Une étude de cas se caractérise donc par une collecte riche et détaillée d'information.

Ce mode d'investigation, caractérisé par *« un processus long gouverné par l'étude empirique »* (Gombault, 2005, p. 36), apparaît approprié pour l'étude des processus de changement (Wacheux, 1996 ; Gombault, 2005) en milieu complexe (Wacheux, 1996 ; Grenier et Pauget, 2007), ce qui correspond parfaitement à notre étude de la gouvernance hospitalière. L'étude de cas fournit au chercheur plusieurs modes de récoltes des données : observations, entretiens, analyse documentaire. Ces méthodes permettent de comprendre et de décrire les fonctionnements organisationnels et semble être *« parfaitement adaptée pour étudier des processus »* (Gombault, 2005, p. 33). L'accès à l'analyse des différentes forces qui peuvent s'exercer sur le processus de changement organisationnel est donc facilité.

Dans cette perspective, l'étude de cas est apparue tout à fait appropriée à notre recherche. En effet, comprendre comment un changement de gouvernance et de pilotage interne a un impact sur le processus de décision à l'œuvre, suppose indiscutablement de tenir compte du contexte, ici à la fois l'hôpital étudié et ses spécificités par rapport à d'autres hôpitaux publics (par exemple sa situation financière, sa taille, sa culture), mais aussi les éléments contextuels environnant l'hôpital, tels que l'organisation générale du système de santé français, les réformes qui l'animent, les impératifs réglementaires, les pressions des autorités gouvernementales, etc. Nos problématiques et objectifs de recherche nous orientaient ainsi vers l'étude de cas comme mode d'investigation. Les possibilités offertes par le terrain de recherche n'ont fait que confirmer ce choix : l'accès au terrain favorisé par la constitution d'un groupe de recherche et la volonté d'un CHU nous ouvrir leurs portes sur toute la durée de la thèse pour interroger le pilotage de l'activité et la place des pôles dans l'institution autorisaient l'étude empirique et longitudinale de ce changement. La possibilité de comparer des pôles entre eux répondait également aux attentes du CHU et aux objectifs de notre recherche.

Les avantages reconnus à l'étude de cas ne doivent cependant pas masquer les risques relatifs à sa mobilisation. Son manque de rigueur scientifique, les difficultés de généralisation des conclusions formulées à partir d'un cas particulier, la subjectivité des analyses, le temps long que nécessite ce type de recherche sur le terrain et le volume important des données collectées lui sont souvent reprochés (Yin, 1989). La sélection des cas est une étape importante pour limiter ces biais. Dans la pratique, Dumez (2013) défend l'idée que rendre compte d'un cas de façon exhaustive n'est pas possible. Loin d'avoir la prétention de fournir une description exhaustive du phénomène étudié, le choix d'une étude de cas unique nous permet tout de même de fournir une description consistante et une interprétation fine permettant de rendre compte du mieux possible la complexité du phénomène.

5 Présentation du cas : le CHU Santé

5.1 Le choix de l'établissement

Le choix de l'établissement a résulté d'une opportunité, celle de poursuivre la recherche sur un terrain déjà « ouvert ». La présente recherche s'inscrit dans une dynamique de groupe de recherche. Ce projet mobilise deux laboratoires d'Aix-Marseille Université. D'une part le Laboratoire d'Economie et de Sociologie du Travail, CNRS, UMR 7317 (LEST) et d'autre part le Centre de Recherche sur le Transport et la Logistique EA 881 (CRET-LOG). L'équipe de recherche est composée de quatre membres : Christophe Baret (directeur de thèse), Professeur, LEST, Nathalie Sampieri-Teissier (co-directrice de thèse), Maître de Conférences, CRET-LOG, Claude Fiore, Professeur, CRET-LOG, et enfin moi-même, doctorant contractuel rattaché au LEST.

Dans un premier temps en début d'année 2013, les deux membres de l'équipe du CRET-LOG s'étaient rapprochés de l'organisation hospitalière pour négocier un accès au terrain sur des thématiques axées sur le contrôle de gestion et les tableaux de bords. Puis en parallèle, Christophe Baret, dans l'objectif d'obtenir un contrat de thèse régional avec un établissement de santé s'est également rapproché de cette structure. L'hôpital a donc proposé à ces deux projets de recherche de fusionner, afin de faciliter les échanges. C'est ainsi que s'est créée l'idée de ce groupe de recherche, mêlant deux laboratoires. J'ai rejoint ce groupe de recherche

après avoir été retenu sur le financement de thèse régional. La thèse a donc commencé avec un terrain de recherche identifié, sous forme de partenariat, prêt à nous accueillir et à co-construire la démarche et l'objet de recherche.

Il n'en apparaît pas moins que l'établissement hospitalier étudié est, au même titre que la plupart des hôpitaux publics, très concerné par la mise en place d'une nouvelle gouvernance interne. Ce qui en fait un terrain de recherche hautement pertinent, compte tenu du phénomène que nous avons cherché à observer, puisque c'est en son sein et au travers une première phase de collecte des données, que l'objet de recherche a émergé. Effectivement, nous avons montré, dans la première partie de la thèse, notre volonté d'étudier les conséquences du changement d'organisation interne sur le processus de décision. Il s'agit pour cela d'étudier un établissement de santé concerné par ces problématiques de nouvelle gouvernance interne. De plus le CHU que nous avons étudié constitue sinon un cas unique, du moins un cas rare, tant il revêt de spécificités organisationnelles et culturelles, notamment dues à sa grande taille.

5.2 Un grand CHU aux enjeux multiples

L'établissement choisi pour mener à bien la recherche est un grand Centre Hospitalier Universitaire (CHU). Pour des raisons de garantie d'anonymat nous le nommons CHU Santé. C'est un établissement public de santé, régi par le Code de la Santé Publique, qui gère des sites hospitaliers et des services généraux composant un des plus importants Centres Hospitaliers Universitaires de France.

Le CHU Santé s'est lancé dans différents projets depuis notre arrivée sur le terrain en septembre 2013. L'un des premiers éléments est de développer l'ambulatoire au sein des pôles. Il en va de même pour le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD). Il est également question d'agir sur l'attractivité de la structure en développant les liens avec la région. Un autre enjeu est celui de l'ouverture d'un bâtiment médico-technique, qui doit entraîner le développement des activités d'urgence et de bloc. Cette ouverture entraîne des conséquences organisationnelles, avec une gestion des blocs qui ne dépend plus de chacun des pôles mais d'un pôle à part entière. Cette externalisation du bloc en dehors du pôle disciplinaire représente un enjeu particulier. On observe également dans la structure un

changement de logique d'agrégation des pôles, autour d'une dimension disciplinaire. Cette question soulève l'importance du circuit patient dans la structure, avec la possibilité de redéfinir l'organisation à partir du parcours patient. Enfin, un des autres grands chantiers de l'établissement est la mise en place d'un management de projet pour structurer l'activité. En institutionnalisant ces démarches projet, en travaillant sur leur émergence, leur validation et leur suivi, cela soulève des questions de délégation et de subsidiarité.

Le CHU Santé a connu trois changements de Direction Générale sur notre période d'observation (2013-2017). Chaque nouveau directeur va être en charge de remettre la structure à flot financièrement sur la base d'un CREF (Contrat de Retour à l'Equilibre Financier). Une mission qui mobilise une équipe complète, dont certains directeurs adjoints vont travailler sur les pôles, leur contractualisation, leurs missions et contributions au bon fonctionnement de l'établissement. Certains de ces directeurs ont déclaré le désir de revenir à l'essence des pôles par une démarche de qualité. Ils ont mobilisé le concours d'une équipe de consultants, spécialistes de la gestion hospitalière pour les accompagner dans ce processus de changement organisationnel. D'autres ont un peu mis de côté le fonctionnement des pôles pour se focaliser sur d'autres projets, créant parfois le sentiment de stagnation parmi les agents du pôle. Du reste, dans cet établissement, les premiers contrats de pôle ont été signés en 2009, sont arrivés à leur terme en 2013. Une nouvelle phase de contractualisation devait voir le jour dans l'année 2014. Cette nouvelle contractualisation devait être l'occasion pour la direction de mettre en place un certain nombre d'ajustements organisationnels en vue d'un retour à l'équilibre financier, d'une amélioration de la qualité des soins et d'une meilleure efficience médico-économique. C'est bien pour accompagner cette contractualisation que la direction a fait appel à une équipe de consultants. En prévision de cette phase d'innovation organisationnelle un audit interne a été réalisé sur le rôle des différentes directions et la répartition des rôles entre les pôles et les directions générales. Un audit qui a pour vocation de faire un état des lieux des rôles de chacun dans le pilotage de l'activité des pôles. Suite à quoi des diagnostics partagés sont organisés par les consultants auprès de chaque pôle de l'institution. Ce travail leur sert à mener des séminaires qui présentent les enjeux de l'établissement ainsi que l'orientation stratégique retenue auprès des différents acteurs, en association avec l'équipe de direction mobilisée sur le projet. Les diagnostics ont permis d'identifier, dans chaque pôle, des projets prioritaires concernant leur activité, tant sur le plan de l'amélioration de la qualité des soins que sur celui de l'efficience médico-économique ; projets qui devraient devenir des axes du contrat de pôle. L'objectif alors poursuivi dans cette

nouvelle contractualisation est de disposer de pôles efficients en se basant sur un trio de pôle (chef de pôle, cadre supérieur de santé et cadre administratif) en relation avec un directeur délégué représentant de la Direction Générale. Ces relations devaient être la base de la mise en place d'une déconcentration dans un premier temps, à expérimenter dans certains pôles pilotes. Tout ceci en vue, à terme, d'aboutir à une délégation de gestion plus importante. Pour résumer la vision de la direction, il est question de revenir à l'essence juridique des pôles, tels qu'ils sont définis par la loi, pour assurer un équilibre financier. Au départ de ce projet de thèse, tel était donc le grand projet de l'établissement concernant les pôles. Quatre ans plus tard, avec deux changements de directions, les nouveaux contrats de pôle n'ont pas vu le jour. Les changements de direction se sont accompagnés de changements de priorités, avec une situation financière qui n'est pas allée en s'améliorant. Cela pose la question du rôle accordé aux pôles dans ce cadre, ainsi que des attentes des acteurs du pôle. Une réalité spécifique qui fait du CHU Santé un sujet d'étude tout à fait pertinent pour analyser l'effet de la mise en place des pôles sur le processus de décision. De plus, le CHU Santé doit prendre en compte un effet de taille significatif. Ce très grand établissement de santé est divisé en quatre grands sites répartis dans toute l'agglomération. Cet éclatement est un point clé de compréhension de la structure. Historiquement ces sites sont très autonomes et revendiquent une culture particulière. La culture de site est très ancrée chez les acteurs, avec un fort sentiment d'appartenance. Un pouvoir du site renforcé par la recentralisation mise en place par d'anciennes directions. Or, cette situation semble compliquée à faire cohabiter avec la mise en place de pôles multi-sites, et de logiques transversales. Ce contexte socio-culturel crée des enjeux de pouvoir et des jeux d'acteurs particulièrement singuliers et intéressants. Ainsi pour le CHU Santé, la mise en place des pôles et de la délégation de gestion est un changement à la fois organisationnel et culturel.

Mais une fois l'établissement défini, le périmètre de l'étude doit être précisé : « *Il s'agit de voir comment le phénomène qui fait l'objet de la question de recherche prend forme concrètement dans l'organisation. De manière plus précise, le chercheur doit tenter de découvrir à l'intérieur même de l'organisation sélectionnée, les lieux, les moments et les acteurs interpellés par l'étude du phénomène au cœur de la question de recherche* » (Groleau, 2003, p. 222). Nous l'avons précisé, notre recherche s'inscrit dans une démarche d'abduction, et ainsi notre «première idée» d'objet de recherche s'est progressivement constituée dès les premiers mois, de fin 2013 à début 2014. Cette formalisation s'est notamment traduite par la participation au IIème congrès ARAMOS "*Elaborer et piloter des projets dans les*

organisations sanitaires et médico-sociales : acteurs, savoirs, outils", qui à eu lieu à la Kedge Business School à Marseille, le 23 mai 2014, avec une communication intitulée « *Analyse du processus de délégation des pôles d'activité médicale : une approche par la sociologie de la traduction* ». Cette première production posait les enjeux d'une recherche devant analyser la manière dont les hôpitaux mettaient en place la contractualisation interne, et par quels mécanismes ce changement managérial était implanté. Cet objet de recherche nous paraissait d'autant plus pertinent qu'il nous permettait d'aller au plus près des pratiques managériales, de leurs difficultés et de leurs leviers d'action. Or, nous l'avons évoqué plus haut, cette nouvelle contractualisation n'a finalement pas vu le jour, ce qui aurait donc empêché la réalisation de notre recherche, qui se voulait être une analyse processuelle longitudinale. Nous avons donc réorienté notre question, face à ce problème de terrain, mais aussi par la littérature qui nous a accompagné, ainsi que les données que nous avons récoltées au fur et à mesure. Nous allons donc maintenant présenter en détail les deux phases de récoltes de données de notre recherche.

6 Un recueil des données diversifié

L'étude de cas, nous l'avons vu, permet de collecter un grand nombre d'éléments empiriques, ce qui favorise l'utilisation de sources de données multiples (Yin, 2009). Nous avons donc choisi de mettre en place une triangulation des données. Cette dernière consiste à combiner plusieurs méthodes de collecte pour limiter les biais induits par chacune d'entre elles et ainsi asseoir la validité et la fiabilité de la recherche (Wacheux, 1996). Comme le souligne Rispal, *« un recueil des données diversifié est aujourd'hui vivement recommandé par les auteurs émanant d'un courant qualitatif. Ce mode de recueil garantit pour partie la validité interne de la recherche et permet d'éviter par la suite de sérieuses erreurs d'analyse »* (2002, p. 116).

Nous avons alors mobilisé les observations, les entretiens et l'analyse documentaire. Ces différents modes de collecte de données se sont alimentés réciproquement au cours de notre recherche : les observations nous ont permis de programmer des entretiens semi-directifs et de mieux maîtriser les éléments qui étaient discutés ; au cours des rencontres (observations ou entretiens) il nous arrivait d'apprendre l'existence de documents qui nous étaient alors

présentés ; nos observations nous ont permis de rencontrer les acteurs de terrain, et ainsi, de les inviter à participer à des entretiens.

6.1 L'observation

La première des méthodes de collecte de données que nous mettons en avant est l'observation. En effet, comme le soulignent Journé et Raulet-Croset, l'observation *« constitue l'une des clés de voûte des recherches procédant par études de cas »* (2012, p. 165). Elle se définit comme *« un mode de collecte de données par lequel le chercheur observe de lui même, de visu, des processus ou des comportements se déroulant dans une organisation, pendant une période de temps délimitée »* (Baumard et al., 1999, p. 238). L'observation permet de comprendre de l'intérieur les phénomènes étudiés, et l'organisation car « *observer, c'est voir ce que des personnes, des objets ou des phénomènes sont ou font* » (Journé, 2008). Dans la première phase de notre recherche nous avons conduit de nombreuses observations *in situ,* ce qui consiste à étudier le phénomène dans son contexte naturel (Journé et Raulet-Croset, 2012, p. 166). Nous avons observé de nombreuses réunions de travail auprès des pôles ou encore quelques séminaires de direction, environ cinquante rencontres. Nous en donnons le détail dans le paragraphe 8. Arborio et Fournier (2005) et Journé (2008) démontrent que l'observation est utile pour :

- Renforcer les données primaires
- Comprendre un phénomène mal connu
- Contextualiser les données
- Limiter le biais de reconstruction *a posteriori.*

En effet, l'observation présente de nombreux avantages. Par rapport à l'entretien, elle permet de saisir sur le vif l'expérience d'individu quotidien, et ainsi observer les routines mises en place (Groleau, 2003).

On distingue généralement deux types d'observations (Yin, 2003 ; Journé, 2008) : l'observation passive ou non participante, et l'observation participante. Dans la seconde, le chercheur joue un double rôle (Journé, 2008) : à la fois professionnel et chercheur, insider et outsider. Il interagit alors en continu avec les acteurs et risque de développer trop d'empathie

à leur égard, ce qui peut biaiser le recueil des informations en poussant le chercheur vers certains acteurs plus que d'autres (Matheu, 1986). Afin d'y remédier nous avons choisi l'observation non participante. Selon Journé (2008), si elle ne permet pas de supprimer les interactions entre l'observateur et l'observé elle permet toutefois de les contrôler et de les expliciter.

Si la qualité d'accès au terrain a été favorable pour ces observations nous gardons à l'esprit que ce mode de collecte doit être complété par la consultation des documents internes ou des entretiens car comme le souligne Giroux (2003) « *le chercheur ne peut observer tout le réel dans sa grande complexité, il doit également être conscient que, malgré son souci d'obtenir les données importantes, certains facteurs indépendants de sa volonté en limitent l'accès* » et ce même dans le cadre d'une étude de cas contemporaine avec une présence régulière hebdomadaire.

Nous avons pris en compte l'enseignement de Becker (2002) qui conseille de démarrer les observations en notant « tout » dans des carnets. C'est ainsi que nous avons abordé notre entrée sur le terrain, dans une logique peu restrictive, pour recueillir des éléments de compréhension du contexte hospitalier et les particularités liées à l'établissement.

Le recours au journal de bord

Nous avons mobilisé le principe de prise de notes selon trois catégories (Groleau, 2003) : les notes de terrain, les notes méthodologiques et les notes d'analyse. Les notes de terrain correspondent aux retranscriptions des comportements observés, des propos et de la description d'événements. Les notes méthodologiques servent quant à elles à retranscrire la réflexion du chercheur (Allard-Poesi, 2005). Enfin les notes d'analyse correspondent aux premières interprétations émergentes du chercheur, qu'il peut soumettre aux acteurs de terrain.

Plus concrètement nous avons inscrit ces notes dans des journaux de bord que nous avons suivis tout au long de notre recherche. Ce type de support « *enregistre chronologiquement les investigations réalisées, sous la plume du chercheur* » (Wacheux, 1996). Nous avons complété ce journal de bord systématiquement pendant et après chaque réunion. En plus des

éléments objectifs nous avons retranscrit des données élargies puisqu'un journal de bord : « *est constitué de traces écrites, laissées par un chercheur, dont le contenu concerne la narration d'évènements contextualisés dont le but est de se souvenir des évènements, d'établir un dialogue entre les données et le chercheur à la fois comme observateur et comme analyste, de se regarder soi-même comme un autre* » (Baribeau, 2005). En effet, nous avons plusieurs fois fait le constat que la rédaction des comptes rendus ou de synthèses nous amenait à faire des analyses simultanées alimentant la réflexion voir la comparaison entre les pôles.

6.2 Les entretiens

Nous étant placé dans le paradigme interprétativiste, il est bien évidemment indispensable que cette recherche comprenne une phase d'entretiens. En effet, l'entretien est une technique de collecte qui permet le recueil du discours pour accéder aux faits, aux interprétations et aux représentations des acteurs sur le phénomène étudié (Wacheux, 1996 ; Rispal, 2002). L'entretien est « *une des méthodes qualitatives les plus utilisées en sciences de gestion* » (Romelaer, 2005, p.102). En reposant sur l'interaction entre le chercheur et l'enquêté il apporte des informations sur le vécu et les interprétations des acteurs concernant un phénomène étudié : « *Cette technique correspond à un projet de connaissance des comportements humains et des interactions sociales à partir du discours des acteurs* » (Wacheux, 1996).

L'entretien individuel permet donc de cerner des phénomènes complexes et d'aborder des sujets confidentiels (Gavard-Perret *et al*., 2008). Il existe trois types d'entretiens : l'entretien directif, l'entretien semi-directif et l'entretien non directif, qui se distinguent par le niveau de structuration de l'entretien. Tous les entretiens que nous avons réalisés ont été de type semi-directifs. En effet, nous avions des attentes assez précises concernant les thèmes sur lesquels nous voulions voir les acteurs s'exprimer, sans avoir en revanche d'attendus spécifiques sur le contenu du discours. Nous avons ainsi été attentifs à poser des questions suffisamment ouvertes pour ne pas orienter les réponses. Nous souhaitions laisser suffisamment d'espace aux acteurs pour recueillir l'ensemble de leurs représentations et interprétations sur les pôles. Cette forme d'entretien permet au chercheur d'amener les thèmes qu'il souhaite investiguer *a priori* et de recueillir des données auxquelles il n'aurait pas pensé en amont de l'entretien (Romelaer, 2005).

L'entretien revêt la forme d'une conversation où l'ensemble des thèmes préétablis doit être abordé sans pour autant suivre un ordre identique de questionnement. Cette configuration est favorable aux échanges. L'entretien individuel est propice à la confidence et permet aux acteurs de révéler des informations parfois secrètes ou encore des avis sur un phénomène considéré comme tabou. Si l'entretien s'est bien basé sur un guide nous avons veillé à faire preuve de flexibilité ce qui est un « *élément clé du succès de la collecte de données par entretien* » (Baumard et al., 1999). Ainsi nous avons mêlé directivité pour traiter les points prévus et souplesse pour permettre une liberté de parole.

Les thèmes de l'entretien doivent être préétablis en fonction des lectures et des observations du terrain, sans quoi les échanges peuvent être non structurés et mal orientés, et ainsi aboutir à des données éloignées de l'objectif de l'entretien. Il est conseillé de construire *« un guide structuré pour aborder une série de thèmes préalablement définis »* (Baumard et al., 1999, p. 242). Le guide recense l'ensemble des thèmes permettant d'investiguer la problématique, afin *« d'éviter les erreurs en prévoyant à l'avance les grandes orientations qu'il veut donner à l'entretien »* (Demers, 2003, p. 191).

Le rôle du chercheur est alors *« celui d'une relance progressive, d'une orientation thématique et bienveillante. Il aide le répondant à exprimer sa pensée, lui remémore au besoin ses derniers propos, recentre le discours »* (Rispal, 2002, p. 126). Il est ainsi important pour le chercheur de *« bien utiliser les questions de relance pour explorer les points intéressants qui émergent de l'entretien »* (Demers, 2003, p. 191). La flexibilité du chercheur est ainsi un *« élément clef du succès de la collecte de données par entretien »* (Baumard et al., 1999, p. 243).

6.3 Les données documentaires

Pour compléter notre récolte de données, nous finissons par les données documentaires, qui viennent en complément des observations et des entretiens. En effet, une démarche qualitative par étude de cas nécessite de prendre en compte le contexte historique dans lequel le processus prend place car il est susceptible d'influencer les évènements présents. Comme le souligne Wacheux, *« la reconstitution du passé aide à comprendre le déterminisme et le contexte dans lequel les évènements se déroulent aujourd'hui. Les habitudes, les expériences*

ou les interdits résultent souvent d'évènements passés, individuels ou collectifs » (1996, p. 223). Si les entretiens et l'observation nous ont permis de collecter des éléments du contexte nous les avons complétés par l'étude de documents internes. Au fil de cette première phase de recherche nous avons collecté différents documents tels que les contrats de pôle ou encore des supports de gestion comme les projets de pôle, les CREA ainsi que les tableaux de bords.

7 L'analyse des données : la codification thématique

La littérature évoque deux manières d'analyser des données qualitatives : l'approche automatisée à l'aide de « logiciels spécifiques d'analyse de corpus textuels » et l'approche manuelle (Gavard-Perret *et al.*, 2008). Nous avons fait le choix d'une approche manuelle, avec la méthode de la codification thématique. L'analyse thématique repose en effet sur la construction de catégories qui nécessite un codage. Ainsi dans une catégorie on retrouve « *un ensemble d'unités d'analyse disposant de significations proches, de caractéristiques formelles ou de propriétés similaires* » (Allard-Poesi, 2003). Cela consiste à constituer des « *codes explicatifs ou différentiels qui identifient un thème, un pattern ou une explication émergents suggérés à l'analyse par le site* » (Miles et Huberman, 2003). Ce procédé vise à rassembler une grande quantité de matériels dans des unités d'analyse plus significatives et économiques. La codification consiste à transformer des segments de données en un nombre de thèmes restreints. Il s'agit en fait d'identifier les thèmes les plus récurrents dans les notes d'observations, les entretiens et les documents. D'après Gavard-Perret (2008), ces thèmes peuvent être ceux ayant préalablement été déterminés pour conduire les entretiens.

L'analyse qualitative est caractérisée par sa complexité et la non-standardisation de la démarche pour laquelle « *il n'y a jamais de bonne manière simple de faire une analyse de contenu* » (Weber & Noiriel, 1990). On considère toutefois que cette analyse s'organise autour de 3 grandes étapes :

1. La condensation des données qui passe par leur réduction et leur codage
2. La présentation des données
3. L'élaboration et la vérification des conclusions

Notre analyse de contenu s'est faite de façon manuelle et par une analyse thématique qui a deux fonctions : pour la première « *la tâche est de relever tous les thèmes pertinents, en lien avec les objectifs de la recherche, à l'intérieur du matériau de l'étude. La deuxième fonction va plus loin et concerne la capacité de documenter l'importance de certains thèmes au sein de l'ensemble thématique, donc de relever des récurrences, des regroupements* » (Paillé et Muchielli, 2005).

7.1.1 L'importance des Verbatim

Nous pensons que la richesse de l'analyse repose sur le recours régulier au verbatim que nous avons pu recueillir aussi bien lors des entretiens individuels que lors de nos observations. En effet, nous avons porté une attention particulière à noter des phrases porteuses de sens, en lien avec nos thématiques de recherche. La justification de notre analyse et de l'interprétation que nous pouvons faire des données est largement soutenue par les citations extraites du corpus « *qui reflètent non seulement les idées/ contenus des catégories issues mais aussi leur formulatio*n » (Gavard-Perret *et al.*, 2012).

8 Une recherche en deux phases

Dans l'esprit itératif dans lequel s'inscrit notre recherche, notre pensée s'est construite progressivement. Tant par rapport à notre accès au terrain et aux différents méandres qui y ont été associés, que par l'avancement de notre réflexion en confrontant les données récoltées à la littérature. Il en reste une récolte des données qui s'est faite en deux temps.

Le premier temps de notre recherche a consisté en une immersion au sein de pôles d'activité médicale afin d'en comprendre le fonctionnement et les enjeux. D'une certaine façon cette première phase pourrait être considérée comme exploratoire, point d'entrée pour décortiquer ce phénomène complexe. Ce n'est pas le choix que nous avons fait, en effet, fort d'une bonne implantation sur le terrain, cette première phase est très riche, et a été essentielle dans la construction de notre question. Elle nous a permis de nous orienter plus précisément dans la littérature, et a ainsi permis une deuxième phase plus précise qui permet de la compléter.

Nous choisissons donc de présenter cette première phase à part entière, afin de mettre à profit la somme d'informations qu'elle nous a fourni, et ainsi retracer le cheminement de notre pensée. De plus, cette façon de présenter notre recherche est en accord avec notre choix de l'abduction. Il est, en effet, cohérent, de présenter cette première phase pleinement, car elle a participé grandement à la construction de notre analyse.

8.1 Phase une, les premiers pas dans les pôles, la découverte d'un monde complexe

8.1.1 L'identification des pôles

L'identification des pôles avec lesquels nous avons collaboré pour cette première phase de recherche a suivi un processus assez long. Une première liste de pôles envisagés a été proposée lors d'une réunion en septembre 2013, avec notre premier contact au CHU, directeur général adjoint. Puis le projet de recherche a été présenté à la CME et au Directeur Général. Réunions où la liste s'est affinée, pour arriver à une proposition de cinq pôles : Digestif, Gynécologie, Neurologie, Cardiologie et Cervico-Facial. Dès lors nous avons rencontré les chefs de pôles de ces cinq pôles. Nous en avons finalement retenus trois, sur la base de leur cohérence par rapport au projet, et de leur désir de s'engager dans une recherche au long cours, et de nous offrir l'accueil nécessaire. Dans un premier temps, il s'est donc agit d'observer de manière comparative 3 pôles médicaux de spécialités différentes : Digestif, Gynécologie et Neurologie. Ces pôles ont été retenus de par leur maturité de fonctionnement en tant qu'entité, et par l'implication des chefs de pôles dans les activités de gestion et de management. Cette « short-list » a été présentée pour validation à notre second contact auprès de la Direction Générale, le directeur général adjoint en charge de la stratégie et des pôles. Notre précèdent contact ayant quitté l'établissement. Suite à cette réunion de Janvier 2014 un protocole de recherche a été établi et signé courant février pour un démarrage du recueil des données auprès des pôles à partir de Mars 2014.

Tableau 7 Les pôles retenus pour la phase 1

Spécialité médicale	Digestif	Gynécologie	Neurologie
Employés en Equivalent Temps Plein (ETP)	700	500	490
Lits	162	237	170

Source : Elaboration personnelle

8.1.2 Une grande phase d'observation : immersion dans le quotidien des pôles

Dans le tableau suivant nous retrouvons les premières réunions auxquelles nous avons été invité. Il s'agit d'un premier travail exploratoire qui nous a permis de préparer la première phase de notre récolte de nos données. Nous présentons ici un tableau récapitulatif de ces rencontres qui se sont étalées de septembre 2013 à février 2014.

Tableau 8 Rencontres réalisées de septembre 2013 à février 2014

Objet de la réunion	Personnes rencontrées	Durée de l'entretien / de la réunion
Séminaire « Qui fait quoi ? »	Directeur général, audit interne et directions fonctionnelles	Journée
Séminaire « Qualité, gouvernance et projet d'établissement »	Direction Générale, CME et Consultants	Journée
Diagnostic partagé de pôle	Consultants, Directeur en charge de la qualité, et bureau de pôle Psychiatrie	3 heures
Diagnostic partagé de pôle	Consultants, Directeur en charge de la qualité, et bureau de pôle Biologie	3 heures
Diagnostic partagé du pôle	Consultants, Directeur en charge de la qualité et bureau de pôle Gynécologie	3 heures
Séminaire « Gouvernance »	Direction Générale, Directeurs délégués de pôles, Consultants	Matinée
Diagnostic partagé du pôle	Consultants, Directeur en charge de la qualité, et bureau de pôle Digestif	3 heures
Total		**30 heures**

Source : élaboration personnelle

S'en est suivie une longue période d'immersion et d'observation auprès des pôles sélectionnés. Durant neuf mois, de mars à novembre 2014, nous avons assisté à des réunions à plusieurs niveaux dans l'hôpital.

Tableau 9 Réunions effectués au sein de l'établissement

Types de réunions	Nombre
Séminaires de direction	3
Bureaux de pôle hebdomadaires	45
Animation de gestion entre le pôle et la direction	4
Réunions de services	3
Total	**55**

Source : élaboration personnelle

Les pôles nous ont accueillis chaque semaine (dans la mesure du possible) à leurs réunions de bureau de pôles. Il s'agit, nous l'avons vu dans la littérature, d'un lieu de décision et de pilotage de l'activité du pôle, réunissant le trio de pôle, accompagné du directeur délégué et de certains invités ponctuels. Cette observation nous a donc permis d'être au cœur de l'activité du pôle, qui plus est, pour ce qui concerne notre sujet, au cœur du processus décisionnel. Cela constitue un grand volume d'informations, inédit dans la littérature sur le sujet. Ce qui nous a permis d'avoir une bonne connaissance de l'organisation du CHU Santé, ainsi que l'ensemble des enjeux qui concernent les pôles.

Il s'est agit comme nous l'avons évoqué d'une observation *in situ* où les chercheurs n'interviennent pas. Nous avons produit une grille d'observation ouverte sur la base des thèmes suivants :

Tableau 10 Grille d'observation

Personnes présentes
Objectif de la réunion
Phases du déroulement
Communication
Recueil d'information
Fonctionnement du groupe
Gestion de l'espace, prise de parole, problèmes relationnels
Etapes dans la prise de décision

Source : élaboration personnelle

8.1.3 Des entretiens avec l'ensemble des acteurs du pôle

Dans le tableau suivant nous revenons sur les premières rencontres qui ont été l'occasion de présenter et d'affiner le projet de recherche, ainsi que de sélectionner les pôles qui allaient nous accompagner.

Tableau 11 Premiers entretiens

Personnes rencontrées	Objet de l'entretien / réunion
Directeur de la performance	Discussion autour du projet de recherche
Vice président administratif CME Secrétaire général CME Directeur du contrôle de gestion Directrice de la performance	Définition/ Présentation du projet de recherche/ Proposition de pôle à étudier
Directeur Général	Définition/ Présentation du projet de recherche/ Proposition de pôle à étudier
Directeur en charge de la qualité, contact du projet sur le terrain	Définition/ Présentation du projet de recherche
Bureau de la Commission Médicale d'Etablissement (CME)	Définition/ Présentation du projet de recherche
Chefs de pôles et directeurs délégué du pôle (*5)	Présentation du projet/ Demande d'accord d'accès au terrain
Directeur de l'audit interne	Discussion sur les audits internes
Bureau de pôle élargi pôle Digestif	Présentation de la recherche
Bureau de la CME	Validation lettre de cadrage
Directeur en charge de la qualité	Convention de recherche/ établissement d'une lettre de cadrage du projet de recherche

Source : élaboration personnelle

Une fois le protocole de recherche[23] validé nous avons entamé une série d'entretiens semi-directifs avec l'ensemble des acteurs du pôle. Avec les personnels du pôle, les chefs de pôles, les cadres supérieurs de santé, les cadres administratives de pôle, les directeurs délégués de pôle, ainsi que les contrôleurs de gestion rattachés aux pôles. Egalement avec plusieurs cadres de services et chef de services de ces pôles. Ces entretiens ont une durée qui varie entre une heure et une heure et demi en moyenne, allant jusqu'à deux heures pour les plus longs.

Tableau 12 Entretiens de la phase 1

	Neurologie	Digestif	Gynécologie
Chef de pôle	durée 0H49	0H55 + 1H38	2H00
Cadre supérieur de santé	0H54	1H27	1H50
Cadre supérieur sage-femme			x2 1H29 - 1H22
Cadre administratif	1H03	1H49 + 1H19	1H29
Directeur délégué	1H37	1H07	1H44
Contrôleur de gestion référent	1H29	1H03	1H12
Chefs de services	1H00	x2 1H00 - 0H50	0H45
Cadres de soins de proximité	x2 1H15 - 1H00	1H20	x3 1H30 - 1H00 - 0H50
TOTAL	28 entretiens semi-directifs		

Source : élaboration personnelle

Ces entretiens ont été réalisés à partir d'une grille d'entretien dont le but est de comprendre le fonctionnement global de la délégation de gestion et l'organisation des pôles. Cette première

[23] A retrouver en annexe

phase d'entretiens s'est focalisée sur les acteurs du pôle pour mettre un premier pas dans la structure et comprendre les enjeux de cette organisation. Notre guide d'entretien a été construit à partir des thèmes issus de la littérature et des premières observations. Il s'agit des grandes thématiques récurrentes quand on s'intéresse au fonctionnement des pôles.

Tableau 13 Thèmes du guide d'entretien

Présentations	• Présentation du chercheur • Présentation du projet : étude sur le rôle du pôle dans le processus de décision à travers l'étude d'un projet de restructuration de l'activité • Présentation des thématiques abordées durant l'entretien • Clauses de confidentialité • Demande d'enregistrement • Présentation du pôle
Rôle	• Quel est votre rôle dans le service ? • Quelles sont vos tâches/activités ?
Vision de l'acteur	• Votre vision des apports et limites du pôle, par rapport au passé ? • Quelles sont les logiques qui ont présidées au pôle ? médical ? de gestion (réduction des coûts/ mutualisation) ? de pouvoir ? • Quelle doit être selon vous la finalité des pôles ? • Objectifs attendus du pôle pour vous ? • Le processus de contractualisation va-t-il dans ce sens la ? • Stratégie : que faites-vous pour faire valoir votre vision des pôles ?
Relations entre les différents acteurs	• Quelles relations entretenez-vous avec … • Vos relations avec le chef de pôle • Relations avec le trio de pole • Relations avec les chefs de service et les cadres de santé • Comment décider quand on n'est pas compétent sur un domaine médical ? • Relations avec DRH, DIM, Contrôle de gestion ?

Contractualisation/ Délégation	• Quelles sont les délégations de gestion accordées au pôle jusqu'à présent ? • Quelles sont les délégations souhaitables ? • Comment se négocient les futures délégations ? • Votre avis sur le processus de contractualisation en cours ? • Quelles sont les conditions nécessaires pour la réussite d'une délégation de gestion ?
Fonctionnement du pôle	• Quelle est la place du pôle dans la gouvernance/ou les instances de direction de l'hôpital ? • Quels sont les moments principaux de la vie des pôles ? • Comment et où se prennent les décisions concernant les pôles (à l'intérieur du pôle, entre la direction et le pôle, avec les sites, ailleurs) ?
Instruments de gestion du pôle	• Quels sont les tableaux de bord utilisés ? • Comment ont ils été élaborés ? Par qui ? • Quelles décisions ont été prises suite au développement du suivi financier des recettes d'activités ? (Par exemple : amélioration du codage, réduction DMS…) • Quelles décisions ont été prises suite au développement du suivi financier des dépenses ? évolution des coûts ? (Suppression de poste, …) • Les tableaux de bord actuels sont-ils suffisants pour piloter le pôle ? (Crea, Budget). • Les données sont-elles disponibles/transmises suffisamment tôt pour prendre des décisions ? • Quelles améliorations recommandez vous ? • Les mêmes suivis des recettes et des dépenses sont ils réalisés au niveau des services ? • Quels sont les liens entre pilotage des pôles et pilotage des services ?
Projets dans le pôle	• Quels sont les principaux projets engagés par le ou les pôles ? • Quelle est la place de la qualité et de la maîtrise des risques dans ces projets ? • Comment émergent les projets du pole ? • Qui participe à l'élaboration des projets ? • Comment sont choisis les projets, sur quels critères ? • Comment est assuré le suivi des projets (indicateurs) ?
Mutualisation	• Quelles décisions phares ont été prises depuis la création du pôle et

	pour quels effets ? • Quelles ont été les mutualisations réalisées : Médicale/ Soins ? • Gestion du personnel (polyvalence, formation, mobilité) • Les pôles ont-ils contribué à plus de transversalité ? De décloisonnement entre services ? Entre spécialités médicales ? • Quelles sont les conditions favorables à la mise en place de ces transversalités ?

Source : élaboration personnelle

8.1.4 Une analyse des données en boucle

On considère qu'il existe deux modes de codage : un codage *a posteriori* et un codage *a priori*. Le codage *a posteriori* permet, à partir de la lecture d'un extrait du corpus, d'établir des récurrences de thème et d'en dégager ainsi une liste de catégories et leurs codages : dans ce cas il est préférable de porter attention à la récurrence des mots et de leurs synonymes, mais aussi de constituer des catégories à partir de regroupement d'unités d'une même idée (thème, proximité sémantique) ou encore d'une certaine complémentarité (par assemblage d'un tout cohérent) (Paillé et Muchielli, 2003). C'est le choix de codage que nous avons eu pour l'analyse des données d'observations. Nous présentons dans le tableau suivant les thèmes d'un premier temps d'analyse que nous avons retenue, sur la base des récurrences identifiées dans les carnets d'observations, en suivant les principes du codage *a posteriori*.

Tableau 14 Thèmes d'analyse d'observation phase 1

Thèmes d'analyse d'observation Phase 1	Sous-thèmes
Réunions	Types de réunions Participants Sujets abordés
Acteurs	Chef de pôle Directeur délégué Cadre supérieur de santé Cadre supérieur administratif
Outils de gestion	Présentation des outils Critiques Atouts Difficultés
Processus de gestion	Rôle du pôle Contraintes Attentes Mutualisation Critiques

Source : élaboration personnelle

Il s'est agit ici d'une première analyse qui a constitué une étape importante de notre recherche. Les observations ainsi analysées ont été présentées aux différents pôles pour leur proposer un retour de notre présence. Ce retour a été l'occasion d'un échange avec les équipes. Cet échange nous a permis d'approfondir et de préciser plusieurs points de ces premiers résultats. L'apport principal de cette première analyse de données est qu'elle nous a permis d'identifier ce qui deviendra notre thématique dominante, à savoir la question de la délégation de gestion. En effet, au cours de ces observations nous avons constaté que l'une des problématiques dominantes du pôle était des questions de processus de décision, de délégation de gestion, de manque de marge de manœuvre. Dès lors, notre volonté a été de travailler sur ces questions de délégations. Nous avions, pour cela, décidé de focaliser notre attention sur deux processus de gestion particulier qui étaient des sujets récurrents : la gestion

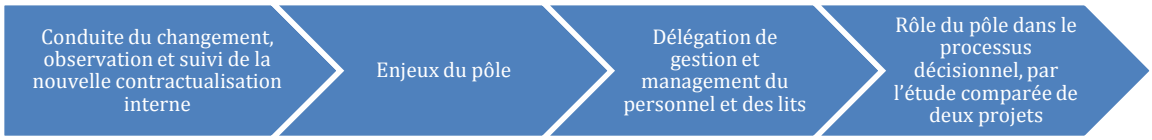
des effectifs et la gestion des cadastres[24]. L'autre élément qui a émergé à ce moment précis de notre recherche, une fois cet objet identifié, a été le choix du cadre d'analyse. La spécificité, la complexité et le mode de décision nous a orienté naturellement vers l'anarchie organisée. Dès lors, ce cadre d'analyse semblait être une évidence et ne nous a plus quitté. Nous avons d'ailleurs présenté plusieurs communications à ce sujet, dont :

- Vallejo *et al.*, (2015), L'organisation en pôles et la délégation de gestion : repenser la décision à l'hôpital. Le cas d'un CHU de grande taille, in *6ème Colloque Santé 2015, Kedge Business School, IRTS PACA-Corse, Marseille, 8-9 avril 2015*.
- Vallejo *et al.* (2015b), Comprendre les difficultés de la mise en œuvre de la délégation de gestion à l'hôpital : une lecture par le concept d'anarchie organisée, in *3ème congrès de L'Association de Recherche Appliquée au Management des Organisations de Santé (ARAMOS), "Maladies chroniques et Offre de soins dans les Territoires", IAE - Université de Montpellier, Montpellier, 26 novembre 2015*.

Toutefois, un nouveau changement de Direction Générale est apparue, les priorités ont alors changé au sein de l'institution et le projet que nous devions suivre a été annulé. Nous avons alors discuté avec un membre de la nouvelle équipe de la suite à donner à notre recherche. Nous nous sommes orientés sur la place du pôle, comme interface, dans la gestion de projets d'envergure. C'est donc ce qui fera l'objet de notre seconde phase de récolte de données. Un changement qui va donc réorienter notre question de recherche. Suite à cela, nous avons alors quitté la question de la délégation de gestion, basée sur les effectifs ou les cadastres, et nous nous sommes orientés sur la question du pôle du point de vue de la structure organisationnelle. L'évolution de notre question de recherche est clarifiée ci-après dans la figure 10. A partir de là, nous sommes donc retournés confronter notre réflexion à la littérature. Ce qui nous a amené aux travaux de Mintzberg sur les configurations structurelles. Ainsi, si notre objet d'étude est resté le même depuis le départ, les pôles d'activité médicale, notre approche, et notre façon de l'aborder a évolué au fur et à mesure de notre processus de recherche, impacté par le terrain, et confronté continuellement à la littérature.

[24] Nombre de lits alloués par services.

Figure 10 Evolution de la question de recherche



Ce processus itératif va avoir un impact sur notre analyse de données de la phase 1. En effet, dans cette première approche du terrain, notre grille d'entretien ne s'est pas construite autour à partir de notre cadre théorique de l'anarchie organisée. Ce n'est toutefois pas problématique puisque, comme le rappelle la littérature, le principe de l'analyse thématique est de trouver les thèmes récurrents entre les différentes sources de données du corpus. Dans ce cas *« l'analyste peut se contenter de prendre en considération les seules informations pertinentes au regard des thèmes retenus* » (Gavard-Perret *et al.*, 2012). En procédant ainsi, à partir d'une grille de thèmes, on identifie des thèmes majeurs et des sous-thèmes auxquels ils donnent naissance afin de construire un « *arbre thématique retraçant schématiquement l'arborescence de ces éléments* » (Gavard-Perret *et al.*, 2012). Ainsi, nous allons pouvoir analyser nos données, d'observations et surtout d'entretiens à partir de la grille d'analyse des critères de l'anarchie organisée. Ce qui va nous permettre de construire une grille commune aux deux phases et ainsi permettre la comparaison de ces données, qui sont complémentaires. En effet, la seconde phase n'est que l'approfondissement de la première, comme une sorte de zoom dans un contexte particulier.

Le tableau suivant présente les thèmes et sous thèmes d'analyses des entretiens de cette première phase. Les thèmes, sont issus d'un codage *a posteriori*, à partir des trois critères de l'anarchie organisée. Nous avons repris l'ensemble des entretiens effectués dans la première phase de recherche, et avons codé manuellement les données, et recherchant les correspondances entre les entretiens et les critères de l'anarchie organisée. Pour ce qui est des sous-thèmes, ils émanent de la recherche des récurrences à l'intérieur de chacun des trois grands thèmes.

Tableau 15 Thèmes d'analyse des entretiens de la Phase 1

Thèmes	Sous-Thèmes
Incertitude des préférences	Les rôles Opposition des logiques médicales et gestionnaires Les processus de gestion Le changement culturel
Technologie floue	Les outils de gestion Critique des outils de gestion Outils de gestion et compétences Les processus de gestion
Participation fluctuante	Les réunions Le contour de l'organisation La participation aux instances L'impact du pôle sur les décisions La difficulté de trouver le bon interlocuteur

Source : élaboration personnelle

8.2 La phase deux, l'approfondissement du questionnement sur la place du pôle par l'analyse des projets

8.2.1 Le choix des pôles

Nous l'avons évoqué plus haut, cette seconde phase a été initiée par la discussion avec notre nouveau contact à la direction. Au cours de cette discussion, nous nous sommes orientés sur la question du rôle du pôle dans l'institution et de son effet sur le processus décisionnel. Afin d'accéder à ces informations il a été choisi de travailler sur des projets de restructurations d'activité transversale dans le pôle. Dès lors deux pôles sont apparus, dont un faisant déjà partie des pôles que nous suivions. Ces pôles ont été sélectionnés car ils étaient engagés dans des projets bien avancés. Il s'est agi du pôle de biologie, engagé dans un projet de restructuration de leur activité médicale, dans un souci de modernisation, de mutualisation et de retour sur investissement ; et du pôle Gynécologie, avec le projet de création de nouvelle maternité, pour remplacer l'existante devenue obsolète.

Tableau 16 Pôles de la phase 2

	Biologie	Gynécologie
ETP	600	500
Nombre de lits	x	237

Source : élaboration personnelle

Une fois notre questionnement précisé, grâce aux apports de la première phase et aux contraintes de l'établissement, notre objectif est de comprendre le rôle du pôle dans la gestion de projets transversaux, ayant un fort impact financier. Ainsi cela nous permettra, à partir de la grille d'analyse de l'anarchie organisée, d'identifier l'effet pôle sur le processus de décision. Dans cette phase, comme dans la première, nous avons souhaité procéder à une triangulation des données. Toutefois, nous n'avons pas pu assister à des groupes de travail. Nous avons donc focalisé essentiellement notre recueil sur les entretiens, avec en complément, la récolte de documents.

8.2.2 Une observation réduite

La phase d'observation n'a pas été possible compte tenu de l'absence de réunions spécifiques sur le sujet que nous souhaitions analyser. En effet, les projets en cours étant en cours de validation durant notre période de présence nous n'avons pas assisté aux groupes de travail. Ces derniers ayant déjà eu lieu auparavant.

Toutefois, nous avons pu participer à un bureau de pôle en gynécologie où le projet de maternité était discuté entre les membres du pôle : trio de pôle, direction délégué. Si nous avions déjà mobilisé le pôle gynécologie dans la première phase, ici, nous l'abordons avec un nouveau regard, dans le cadre précis de l'analyse du projet qui nous intéresse. Dans cette phase, nous ne mobilisons donc pas les données d'observations de la première phase.

8.2.3 Des entretiens avec l'ensemble des parties prenantes du projet

Nous avons mené des entretiens semi-directifs, comme dans la première phase, avec l'ensemble des acteurs engagés dans les projets sur lesquels notre recherche porte. Les entretiens ont duré en moyenne une heure et demi[25].La liste des personnes à rencontrer a été établie lors de la prise de contact avec les deux chefs de pôle. Ce premier rendez-vous a été l'occasion de présenter cette seconde phase de notre recherche et d'établir de concert le protocole de recherche[26], et donc la liste des personnes pertinentes à rencontrer. Le tableau suivant présente la liste des acteurs rencontrés dans les deux pôles.

Tableau 17 Liste des personnes interrogées dans la phase 2

Personnes rencontrées pour les entretiens de la phase 2	
Biologie	**Gynécologie**
Chef de pôle Durée 1H22	Chef de pôle 1H00
Cadre supérieur de santé du pôle	Cadre supérieur de santé infirmier du pôle 0H40
	Cadre supérieur de santé sage-femme du pôle 1H01
Cadre administratif du pôle 0H40	Cadre administratif du pôle 0H49
Directeur délégué du pôle 1H22	Directeur délégué du pôle 1H30
Directeur Général Adjoint en lien avec le projet 1H00	
Contrôle de Gestion du pôle 0H56	Contrôle de Gestion du Pôle 0H58
Médecins chefs de services Biologie (*2) 0H45 - 1H00	Médecins chefs de services (*2) (Gynécologie / Néonatologie) 1H00 - 1H00

[25] Une heure pour les plus courts, et jusqu'à deux heures pour les plus longs
[26] A retrouver en annexe

Direction des services biomédicaux 1H00	
Direction des Travaux et des Services Techniques 1H00	
Direction du service numérique 0H40	
	Directeur de site 1H30
TOTAL : 21 entretiens	

Source : élaboration personnelle

Toujours comme dans la première phase nous avions établi un guide d'entretien. Cette fois-ci ce guide s'est construit à partir de notre cadre théorique. Les principales catégories reprennent donc les trois critères identifiés de l'anarchie organisée. A partir de ces catégories nous avons développé nos questions pour retracer l'historique et les enjeux de ces deux projets de pôle.

Tableau 18 Thèmes du guide d'entretien phase 2

Présentations	• Présentation du chercheur • Présentation du projet : étude sur le rôle du pôle dans le processus de décision à travers l'étude d'un projet de restructuration de l'activité • Présentation des thématiques abordées durant l'entretien • Clauses de confidentialité • Demande d'enregistrement • Présentation de l'interrogé (fonction, rôle dans le projet, …)
Incertitude des préférences	• Retracer l'historique du projet, quelles ont été les différentes grandes étapes ? • Quel est l'objectif du projet de restructuration ? • Quelles ont été les évolutions du projet ? Selon quels critères ? (désaccord, changement de direction, etc.) • Les préférences/ objectifs sont-ils restés les mêmes entre la première

	version et celle d'aujourd'hui ? • Ce projet poursuit quel intérêt principal ? Médical ? Universitaire ? Soignant ? Financier ? • Y a-t-il eu un arbitrage ou une hiérarchisation des objectifs/ intérêts ? • Le projet fait-il l'unanimité auprès des acteurs ? • Ce projet fait-il ressortir une logique d'action commune ? • Ce projet répond à une de vos demandes/ attentes ?
Technologie floue	• Quelles ont été les étapes du projet ? Des éléments abandonnés (erreurs) ou de nouveaux éléments rajoutés (essais) ? (Essai/ erreur) • Comment le projet s'est-il enrichi au fur et à mesure des expériences du passé ? • Quels outils ont été mis en place pour le suivi du projet ? • Des tableaux de bords ? • Tout le monde maîtrise ces outils ? • Les processus de production de résultats du projet sont-ils compris par l'ensemble des acteurs ? (Les mécanismes de réduction des dépenses, le retour sur investissement, etc.) • Comment seront mesurés les résultats du projet (retour sur investissement, …) ? • Qui produit ces données prévisionnelles ? • Tous les acteurs se sont-ils attribués ces données ? • Sont-ils en accord avec les indicateurs retenus ? • Un contrôle par les résultats sera-t-il mis en place ? Au niveau du pôle ? Avec quels outils ? • Les dispositifs de gestion mis en place dans le projet auront-ils un impact sur les décisions médicales ?
Participation fluctuante	• Comment se sont structurer les groupes de travail pour la constitution du projet ? • Quel type de rencontres ? Qui participe ? Toujours les mêmes acteurs autour de la table ? • Qui est le porteur du projet ? • Quels ont été les autres acteurs clés du projet ? • Y a-t-il eu beaucoup de changement d'équipe dans la construction du projet ? au niveau du pôle, de la direction, des chefs de services …

	• Comment les différents acteurs ont-ils été impliqués ? • Y a-t-il eu beaucoup de discussions entre personnel médical/ soignant et administration ? • Y a-t-il eu un fort turn-over dans les instances décisionnelles ? Des médecins ? Des soignants ? De la direction ? • Toujours les mêmes décideurs sur tous les sujets ou en fonction des sujets délibérés les décideurs varient ? • Ce projet de restructuration renforce-t-il le lien entre les différents agents du terrain ? Entre chefs de services ? Entre soignant et administratif ? Entre agent de soin et le pôle ?
Apport du pôle	• Le pôle permet-il de mieux porter les projets ? Par rapport à l'ancien mode de gouvernance ? • Quel a été le rôle du pôle dans la négociation avec les tutelles, la Direction Générale ? • Le pôle a-t-il été l'interlocuteur unique du projet ? La seule interface ? ou selon les circonstances cela a pu varier ? • Quel est le facteur de réussite du projet ? • Quels ont été les freins du projet ? • Quel est l'apport du pôle dans le dialogue de gestion ? • Le pôle est-il l'échelon le plus pertinent pour porter des projets d'envergure ? • Le pôle dispose-t-il des moyens et des compétences nécessaires ?

8.2.4 L'analyse des données à partir du cadre théorique

Nous avons évoqué le codage *a posteriori* dans la première phase, nous ferons ici référence à son pendant, le codage *a priori*. Ici le chercheur a recours dans la littérature à des modèles qui lui permettent de constituer une grille de codage pour chercher des indices, des indicateurs au sein du corpus. C'est le type de codage que nous avons mobilisé dans l'analyse des déterminants du processus de décision. Cette méthode repose sur la construction de catégories à partir du cadre conceptuel, dans notre cas l'anarchie organisée.

Les thèmes reprennent donc les critères de l'anarchie organisée dont on attend qu'ils soient impactés par la nouvelle configuration structurelle, telle que nous l'avons évoquée dans la problématique. Les sous-thèmes correspondent aux récurrences à l'intérieur de chacun des thèmes.

Tableau 19 Thèmes d'analyse des entretiens de la phase 2

Thèmes	Sous-Thèmes
Incertitude des préférences	Les projets L'évolution des projets Les intérêts poursuivis La hiérarchisation des intérêts L'unanimité autour du projet La logique d'action commune
Technologie floue	Le procédé par tâtonnement Les outils de gestion La maîtrise des outils L'appropriation des logiques gestionnaires
Participation fluctuante	Les groupes de travail Les rencontres Le turn-over L'implication des acteurs Rapprochement des acteurs Acteurs clés
Apports du pôle	Facteurs de réussites Freins du projet La pertinence du pôle

Source : élaboration personnelle

9 Les critères de validité de la recherche

Les questions de validité et de fiabilité du processus de recherche sont les garantes du caractère scientifique de tout travail de recherche. Elles sont directement liées au choix du

paradigme épistémologique. La validité d'une recherche est définie par Wacheux (1996) comme « *la capacité des instruments à apprécier effectivement et réellement l'objet de la recherche pour lequel ils ont été créés* ».

Dans le paradigme interprétativiste, les phénomènes sociaux sont considérés comme interprétés différemment par chacun des acteurs, y compris par le chercheur lui-même (Lincoln et Guba, 1985 cité par Mbengue et Vandangeon-Derumez, 1999). Ce paradigme défend l'analyse d'événements idiographiques singuliers en situation. Les critères de validité reposent alors sur la description détaillée du phénomène étudié, tant au niveau historique que contextuel (Geertz, 1973 cité par Perret et Séville, 2007). Il y est également de la capacité d'empathie du chercheur (Chakor, 2013). Ce dernier doit s'approprier le langage et les terminologies propres aux acteurs afin d'en comprendre la teneur et plus largement la réalité sociale. Les critères de validité sont donc le caractère idiographique de notre recherche et l'empathie vis-à-vis des acteurs (Perret et Séville, 2007). Ainsi, dans notre analyse du processus de décision dans les pôles, nous devons être capables d'éclairer la façon dont les faits sont interprétés par les acteurs. L'approche qualitative nous a d'ailleurs permis de développer des techniques compréhensives de recueil de données. Le premier critère est validé par la prise en compte du contexte dans le phénomène que nous étudions par le choix de l'étude de cas. Le second est permis par les méthodes de recueil de données que nous avons mis en place, qui vont nous permettre de nous mettre à la place des interviewés (Perret et Séville, 2007).

Pour ce qui est de la validité globale de la recherche, elle vise à s'assurer de la pertinence et de la rigueur des résultats, et à évaluer le niveau de généralisation de ces résultats. La fiabilité, quant à elle, tend à démontrer que les opérations de la recherche peuvent être répétées par un autre chercheur qui obtiendrait mêmes résultats (Drucker-Godard et al., 2007). Dans une démarche qualitative, ces deux notions reposent surtout sur les précautions prises par le chercheur (ibid, 2007). Dès lors, la scientificité des résultats va être accentuée par la capacité et l'honnêteté du chercheur à décrire très concrètement le processus entier de sa démarche d'analyse, dans une optique de transparence et de reproductibilité (Miles et Huberman, 1991). Ainsi, la présentation chronologique de notre recherche et de la construction de l'objet de recherche s'inscrit dans cette perspective. Ce choix permet d'atténuer l'idée d'une construction linéaire de l'objet de recherche et assure la lisibilité de la démarche adoptée.

Mucchielli (1996) soulignait à ce titre que le chercheur doit retracer l'histoire de sa recherche, et indiquer quelles décisions ont été prises tout au long de l'étude en les justifiant.

La validité externe de notre recherche repose alors sur la transparence méthodologique. Cette transparence s'appuie sur l'énonciation des modalités de prise en compte du terrain, de l'adaptation aux spécificités empiriques et de l'ensemble des éléments de la démarche de recherche (Silverman, 2001 cité par Drucker-Godard et al, 2007). Ce procédé doit ainsi permettre une généralisation du mode d'analyse. Il s'agit de mettre en lumière simultanément la relation entre l'objet de recherche, le contexte global, l'observateur, l'observé, le lieu d'observation, le point de vue et l'interprétation du terrain par l'observateur (Drucker-Godard et al., 2007).

Résumé chapitre 5

Ce chapitre a été l'occasion de présenter le contexte épistémologique et méthodologique de notre recherche.

Nous avons choisi le paradigme épistémologique interprétativiste car il apparaissait comme le plus pertinent pour aborder le fonctionnement du pôle d'activité médicale, et l'effet du changement organisationnel à l'hôpital.

Ce paradigme est cohérent avec une approche qualitative, basée sur un raisonnement abductif. Une démarche qui nous a permis d'aller au plus près de la réalité du terrain, et de faire évoluer notre question de recherche. De plus, l'étude de cas est adaptée à cette démarche. Pour ce faire, nous avons choisi un centre hospitalier universitaire de grande taille dans lequel nous avons identifié au total quatre pôles pour mener notre étude. Nous avons étudié ces cas dans le but de souligner l'impact du fonctionnement par pôle sur les critères de l'anarchie organisée. Pour ce faire, nous avons réalisé notre récolte de données en deux temps, une première phase sur trois pôles, dans une approche large du fonctionnement du pôle. Puis, une seconde phase, sur deux pôles, en analysant spécifiquement deux projets de restructuration d'activité. Pour recueillir nos données, nous avons mobilisé des documents, des entretiens et de l'observation non participante.

Enfin, l'analyse des données a été établie selon le principe de la codification thématique. Celle-ci s'est faite manuellement.

CHAPITRE 6 : LES PREMIERS RESULTATS, QUAND LE POLE ENCOURAGE L'ANARCHIE ORGANISEE

Dans ce **CHAPITRE 6** nous allons présenter les résultats de notre première phase de recherche. L'objectif étant d'observer si la constitution des pôles a eu pour effet de réduire l'anarchie organisée à l'hôpital, ou bien au contraire, si les dimensions anarchiques sont accrues sous l'effet du changement de configurations structurelles. Les données présentées ici sont essentiellement issues des entretiens et des observations réalisées.

Ce chapitre est divisé en trois parties, qui correspondent aux trois caractéristiques de l'anarchie organisée :
La **première partie** traitera donc de l'incertitude des préférences
La **deuxième partie** se focalisera sur la technologie floue
La **troisième partie** quand à elle présentera la participation fluctuante.

1 Une agrégation des préférences difficile, malgré l'émergence d'une culture de gestion partagée

Dans cette première partie, nous allons revenir sur la question de la définition des préférences au sein des trois pôles que nous avons suivis dans cette première phase. Ainsi, nous allons dans un premier temps développé la question de la définition des rôles de chacun des acteurs du pôle. Nous verrons que cette définition n'est pas claire et entraîne une hétérogénéité des pratiques. Ensuite, nous nous attarderons sur l'opposition entre les logiques gestionnaires et de soin. En effet, malgré la volonté des pouvoirs publics de rassembler ces logiques au sein du pôle, plusieurs points d'achoppements persistent, freinant l'hybridation attendue. Suivra un point sur les processus de gestion, qui n'échappent pas à cette incertitude des préférences, ce qui tend à contraindre la mise en place de ces procédés. Enfin, nous mettrons en lumière une avancée permise par la nouvelle gouvernance, à savoir, un changement de culture au sein des hôpitaux. Si l'hybridation des logiques n'est pas encore d'actualité, du chemin a été parcouru d'un côté comme de l'autre, et commence à émerger une culture de gestion médicale.

Qu'entend-on par « la DG » ?

Dans la présentation des résultats nous allons à plusieurs reprises évoquer « la DG » car cette expression est très présente dans le discours des acteurs interrogés. Cette expression suppose de définir ce que l'on entend par là et donc qui est inclut dans « la DG ». Ici, nous englobons le Directeur Général, ainsi que son équipe de direction en charge de l'animation stratégique de l'établissement. Il s'agit de la sphère administrative des directions fonctionnelles. Une fois ce groupe défini comme étant le directeur général et les directions fonctionnelles, il nous faut faire un point sur le turn-over de ce groupe de direction. En effet, l'équipe de direction a changé à plusieurs reprises au cours de notre recherche, pourtant dans notre thèse nous ne faisons pas de distinctions entre ces différentes directions qui seront toujours dénommées en tant que « DG ». Nous ne distinguons pas ces directions successives car leur positionnement dépasse les personnes qui incarnent les fonctions. Leur comportement constant s'explique par les contraintes extérieures qui s'exercent sur cette DG. On constate donc une position homogène due aux contraintes bureaucratiques qui émanent de l'ARS et du Ministère et qui s'imposent à l'établissement. Ainsi, le poids de ces contraintes a pour résultat un positionnement stratégique univoque des différentes DG successives.

1.1 Une définition et une appropriation des rôles hétérogènes

Nous avons observé dans les trois pôles que nous avons étudiés dans cette première phase qu'en matière de rôle et de fonction, tout n'était pas normé et stabilisé. Il existe en effet une hétérogénéité certaine des pratiques et des rôles. Ce qui s'explique parfois par un manque de définition claire des différents rôles des acteurs prenant part aux pôles. Dans cet espace de liberté, créé par un manque de clarté, chacun s'approprie sa fonction différemment. Il revient dès lors très souvent dans les entretiens que tout est très « *personne-dépendant* ». Ce phénomène a un impact sur le fonctionnement du pôle, et sur les relations qu'entretiennent les différents membres de l'organisation. Prenons l'exemple d'un contrôleur de gestion qui nous confie que tous les pôles ne sont pas égaux vis-à-vis des demandes, cela dépend du chef de pôle et du cadre administratif. Il en va de même quant à la relation du contrôle de gestion et du directeur délégué de pôle : « *On ne peut pas en tirer une règle* » (Contrôleur de gestion, pôle digestif).

Nous allons donc nous attarder ici sur les membres du pôle pour comprendre ces divergences d'interprétations du rôle et souligner les éléments pertinents concernant le fonctionnement du pôle. Outre les données recueillies lors des entretiens et des observations, nous mobiliserons également un document collecté sur le terrain, lors d'un séminaire de direction, en septembre 2013. Il s'agit du compte rendu d'un audit interne, commandé par la direction générale qui a souhaité la réalisation d'une analyse de la répartition des rôles entre les directions fonctionnelles, les directions de sites et les pôles. Il ressort de ce document un constat unanime, qui va dans le sens de notre analyse : une définition des rôles de chacun à clarifier. Il ressort qu'il y a peu de fiches de poste, et que les fonctions sont exercées différemment selon la représentation, les contraintes et la disponibilité de chacun. Il fait également état d'un sentiment général de lassitude et d'interrogation, mais aussi de grandes attentes. Cet audit conclut qu'il est nécessaire de travailler sur la définition des missions et des objectifs, et également une définition plus claire de ce qui est attendu des pôles. Dans un premier temps, analysons un rôle majeur, celui du chef de pôle.

1.1.1 Le chef de pôle, responsable de l'organisation

Tableau 20 Le chef de pôle

	Digestif	Neurologie	Gynécologie
Profil	Chef de pôle avant de devenir chef de service	Chef de service et chef de pôle	Chef de pôle avant de devenir chef de service Nommé à la CME
Temps accordé au pôle	20% de son temps de travail accordé au pôle	10% de son temps de travail accordé au pôle	40% de son temps de travail accordé au pôle

Rôle et perception du chef de pôle	Se définit comme le garant financier du pôle, et oriente la politique du pôle « *Chef d'entreprise* » qui doit faire du management Rôle difficile et peu clair Sentiment d'un retour en arrière, d'un P.R.E, « *fermeture des robinets* »	Anime les activités du pôle, et les différentes réunions Interagit avec le cadre sup pour l'organisation des soins et les questions médicales Déplore que certaines décisions médicales soient décidées par la DG sans consultation des médecins (ex: ambulatoire)	Rôle de management et d'interface avec la direction La gestion d'un pôle c'est « *80 % de management, et de gestion humaine* » Le président de la CME et la DG sont des partenaires indispensables, le pôle c'est l'association du médecin et du directeur A passé un Master et une thèse d 'exercice sur le management Met en avant un manque d'accord entre les directions de site et la DG
Remise en question de la place du pôle	Relève des dysfonctionnements qui remettent en cause la place du pôle	Traitement direct entre la DG et les médecins qui remet en question la place du pôle, et le rôle du chef de pôle	Déplore que certains choix affaiblissent la place du pôle
Sentiment d'abandon		Parfois le sentiment d'être abandonné	Sentiment d'un manque de soutien

Source : élaboration personnelle à partir des données d'observations et des entretiens

Nous avons observé durant les réunions du pôle que le chef de pôle est au centre du processus, il anime le pôle dans un rôle de manager. Les chefs de pôles, tous trois chefs de service, partagent un sentiment de manque de leviers d'action. Ils déplorent le maintien de relations directes historiques entre la Direction Générale et/ou les Directions Fonctionnelles et certains médecins, ce qui remet parfois en question le rôle du pôle et sa place dans certains processus de décision. Selon les trois chefs de pôles, perdurent des stratégies d'acteurs individuelles, de la part de certains médecins, qui semblent en opposition avec une volonté d'unification et de hiérarchisation au sein du pôle.

Les chefs de pôles s'entendent sur l'aspect managérial de leur fonction, mais chacun s'est approprié la définition de son rôle. Le chef de pôle digestif définit son rôle comme un choc de plusieurs valeurs, qui s'entrecroisent. Selon lui, il s'agit de comprendre les problèmes

financiers, orienter la politique du pôle, ce qui nécessite d'avoir une action sur la culture médicale, pour dépasser des modes de fonctionnement solidement ancrés, et un fonctionnement dogmatique. Il semble nécessaire d'adopter une approche différente, afin de modifier la culture des médecins et de leur rappeler que leur activité, bien que médicale, s'inscrit dans l'activité de l'institution avec des objectifs et des orientations spécifiques. En ce sens, il voit son rôle comme celui d'un chef d'entreprise, dont l'aspect management est le plus difficile et le moins clair pour lui, car il se dit noyé dans une débauche de chiffres, et qu'il a du mal à se faire une idée claire. De son côté, lorsque l'on interroge le chef de pôle Gynécologie à propos de son rôle il déclare que : « *le pôle c'est 80% de management, et de gestion humaine* » (Chef de pôle Gynécologie). Il est donc en accord avec l'aspect managérial mis en avant par le chef de pôle Digestif. Toutefois il se distingue de ses homologues par son rapport au management. Il a en effet pris le parti de se former à la gestion et a passé un master, ainsi qu'une thèse d'exercice en management. Il se distingue par cette démarche d'approfondissement du rôle de manager. Son rôle a pris de plus en plus d'ampleur à mesure qu'il s'est intéressé à la gestion du pôle : « *l'appétit est venu en mangeant* » nous confie-t-il (Chef de pôle Gynécologie). On constate ici que bien qu'ayant des rôles similaires, tous n'entretiennent pas le même rapport à la gestion et au management, ce qui entraîne une hétérogénéité des pratiques, à commencer par le temps accordé aux activités du pôle.

En effet, si les chefs de pôles s'entendent globalement sur la vision de ce qu'est leur rôle, tous n'y consacrent pas le même temps de travail. Le chef du pôle digestif consacre deux après-midi par semaine au pôle. Il considère que cela occupe 20% de son temps de travail. A côté de cela il est également chef de service. Il fait donc le tri dans l'activité du pôle et par expérience il a ciblé les activités prioritaires. Le chef de pôle Neurologie quant à lui déclare accorder au pôle une demi-journée par semaine, soit environ 10% de son temps professionnel : « *j'ai des semaines où j'ai trois réunions, et des semaines, comme cette semaine, où je n'aurai pas d'activités dédiées au pôle* » (Chef de pôle Neurologie). Concernant la répartition de son temps entre son rôle de chef de pôle et sa fonction de médecin le chef de pôle Gynécologie déclare que : « *cette fonction est schizophrénique* » (Chef de pôle Gynécologie). Son temps se répartit entre son activité médicale, à hauteur de 40%, son activité universitaire à hauteur de 20% et enfin son activité administrative à hauteur de 40%. Une activité administrative qui se répartit entre le pôle et un siège à la CME, et qui occupe trois demi-journées par semaine. Il semble important pour ces chefs de pôle, qui sont aussi chefs de service de conserver un mi-

temps médical. Ils doivent garder une connexion avec le terrain, et rester une référence médicale, pour être respectés en tant que médecin par leurs pairs.

Cette nouvelle fonction n'est pas toujours bien perçue par les médecins. Le chef de pôle est vu comme un interlocuteur privilégié de la direction, éloignant les autres médecins de la table de discussion :

> « *Le pôle a fait sortir la catégorie de chef de pôle, qui apparaît comme une sorte de promotion. Il joue dès lors le jeu de l'administration, cela permet à l'administration de s'adresser à moins de personnes, en les neutralisant un peu* » (Chef de service, Gynécologie).

Le chef de pôle aurait pour rôle de : « *faire avaler des couleuvres* » (Chef de service, Gynécologie), l'objectif étant de mieux faire passer les choses auprès des médecins, de médecin à médecin. D'après les témoignages recueillis, il semble que la fonction de chef de pôle n'attirait pas beaucoup les médecins au départ, ce rôle étant perçu comme n'apportant que de lourdes charges administratives, avec peu d'intérêts donc. Au départ, nous confie le chef de pôle Gynécologie, il était question d'un rôle de coordination qui demandait peu d'investissement, mais avec le temps ce rôle a pris de plus en plus d'ampleur.

1.1.2 Le cadre supérieur de santé du pôle, en collaboration étroite avec le chef de pôle

Tableau 21 Fonctions du cadre supérieur de santé du pôle

	Digestif	Neurologie	Gynécologie
Fonctions principales partagées	Gestion des effectifs soignants, suivis des processus RH Gestion de la mutualisation, des pools de remplacement, effectifs cibles En charge de la mutualisation des équipes soignantes	Gestion des effectifs soignants, suivis des processus RH Gestion de la mutualisation, des pools de remplacement, effectifs cibles En charge de la mutualisation des équipes soignantes	Cas particulier : présence de cadres supérieures sages-femmes Cadre sup de santé rôle plus secondaire, souhaite avoir une mission transversale complémentaire Dans une approche organisation des soins plutôt que gestion RH Présentation des protocoles médicaux
Fonctions complémentaires spécifiques	Fait des points sur l'organisation paramédicale, définit les démarches qualité avec les cadres de services, harmonisation des pratiques au sein du pôle Participe à la réalisation du projet médical du pôle Garant de la mise en adéquation du projet et des contraintes budgétaires Responsable de l'organisation des endoscopies	Gestion des hébergés Fait remonter les informations du terrain durant les réunions Déplore une difficulté d'accès aux outils informatiques Reçoit les doléances des médecins et doit faire comprendre les contraintes d'effectifs cibles Participation aux discussions sur l'organisation des soins	Cadres sup sages-femmes en charge du personnel sage-femme (acteur principal du soin) Effectifs cibles Points revendications (grève) Participation aux discussions stratégiques de redéfinition du pôle Interviennent moins quand les sujets ne les touchent pas directement Font part de la réalité du terrain par rapport aux chiffres des tableaux de bord

			Partagent les informations, DPI[27], etc

Source : élaboration personnelle

Le cadre supérieur de santé est en charge de la gestion des effectifs soignants, et de la prise en charge des processus RH (recrutement, absentéisme). Il s'occupe également de la gestion de la mutualisation et des pools de remplacement, de la mise en place des effectifs cibles. Il participe à la mise œuvre du projet médical du pôle. Dans un contexte de réduction des coûts et du personnel, il a un rôle clé dans la gestion des effectifs. Le cadre est très sollicité dans la gestion de la masse salariale, par la réduction des effectifs et la mutualisation. Cette fonction est la plus clairement définie et homogène. Dans le monde des soignants, la fonction de cadre supérieur existait déjà et les pratiques étaient stables. Il s'agit de cadres de services qui deviennent cadres supérieurs, par un système de recrutement précis. Leurs profils correspondent donc à la fonction et ne viennent pas de tous horizons.

Le cadre du pôle Digestif définit son rôle avant tout comme une participation au projet médical du pôle. Cela passe par la mise en adéquation des projets et des missions avec les effectifs disponibles, le tout en tenant compte des contraintes budgétaires et de la réglementation. L'objectif poursuivi est d'assurer la prise en charge des patients, par rapport aux spécificités des services et de la charge de travail ; le tout dans une démarche qualité, par la définition d'une politique de soins. Finalement, il résume son rôle comme celui de la coordination, de la prise en charge des ressources humaines et enfin un rôle économique.

Le cadre supérieur de santé du pôle Neurologie s'est orienté sur ce poste par volonté de travailler différemment, d'être force de proposition et participer à la création de projet. Pour se faire il a obtenu un master 1 et 2 en RH, conditions de travail et compétences :

> « *C'est un rôle de proximité, j'interviens pour tout ce qui est problématique. Ce que les cadres de métier ne peuvent pas gérer. S'il y a un souci avec les agents quel qu'il soit, j'interviens aussi comme régulateur et autorité* » (Cadre supérieur de santé du pôle Neurologie).

[27] Dossier patient informatisé

Il existe une particularité dans le pôle Gynécologie. Du fait de la présence de sage-femme dans les équipes de soin, il siège au sein de l'équipe du pôle un cadre supérieur sage-femme. La particularité est toutefois, qu'il n'y a pas un mais bien deux cadres pour représenter cette fonction. Ce double emploi est symptomatique de la difficile cohabitation de deux sites géographiques à l'intérieur d'un même pôle, ces deux cadres supérieurs sage-femme, représentant chacun un des sites, afin d'éviter les oppositions et les conflits éventuels entre les deux maternités. A propos de son rôle l'un de ces cadres sage-femme explique :

> « *Ce qui a été quelque chose de très nouveau, c'est le fait de toucher à une gestion beaucoup plus économique. En tant que cadre, avant la mise en place des pôles, j'avais une fonction de responsable d'unité, de gestion des ressources humaines, d'organisation des soins, de planification des hospitalisations et des soins. En tant que cadre sup de pôle, j'ai découvert un peu sur le tas, parce que j'avais pas de formation spécifique, ce que c'était des tableaux de bord, en matière de gestion économique et financière* » (Cadre supérieur sage-femme 2 pôle Gynécologie).

Ce qui démontre l'évolution de ce rôle et surtout la tournure très gestionnaire du pôle, avec au passage un manque de formation spécifique qui est pointé du doigt.

Si dans cette fonction les profils et les rôles sont plutôt homogènes, on note toutefois que les niveaux de formation ne sont pas tous les mêmes, entre un cadre qui a passé un Master 1 et 2 en gestion des ressources humaines et un autre qui a découvert les outils de gestion sur le tas.

1.1.3 Le cadre administratif du pôle, un profil encore à redéfinir

Tableau 22 Le cadre administratif du pôle

	Digestif	Neurologie	Gynécologie
Fonctions principales partagées	Gestion des secrétariats, questions administratives du pôle	Questions administratives du pôle, suivi des projets médicaux et très axée sur la gestion des secrétariats	Cadre général semblable mais choix de prendre plus de distance par rapport à la gestion des secrétariats
Autres fonctions qui divergent	GDD[28] Présentation du taux d'activité du pôle, présentation des chiffres En lien avec le contrôleur de gestion et la cadre sup de santé Se sent parfois oublié dans les processus	Présentation du DPI[29] Fait le point sur les effectifs administratifs, la mutualisation Structuration des projets médicaux	Participation à certaines discussions stratégiques, suivi et accompagnement des projets médicaux Suivi des processus RH
Fonction « secrétaire »	Fonction de « secrétariat du pôle »	Tient l'agenda des événements du pôle, en charge de la préparation des réunions du pôle, des invitations, de la communication de l'ordre du jour, etc…	Rédaction des comptes rendus de chaque réunion
Evolution du poste	Pense devoir évoluer vers un poste de gestionnaire		En laissant les secrétaires dans une gestion autonome des plannings elle souhaite avoir un rôle plus complémentaire au contrôle de gestion

Source : Elaboration personnelle

Le cadre administratif du pôle est en charge de la gestion des secrétariats et des questions administratives du pôle. Il n'existe pas de profil type pour ce poste, ce qui entraîne une hétérogénéité du contenu des fonctions. Ils se sentent globalement happés par la gestion du

[28] Gestion des demandes
[29] Dossier Patient Informatisé

quotidien, parfois au détriment d'autres activités de gestion. C'est un poste qui tend à évoluer, se rapprochant des fonctions de contrôle de gestion, vers un poste d'assistant de gestion. Ce qui nécessiterait des aménagements puisque l'on note des problèmes d'accès aux outils informatiques décisionnels qui bloquent parfois l'activité au quotidien.

On constate une absence de profil type pour ce poste dont découle une hétérogénéité du contenu des fonctions des cadres administratifs de pôle :

> « *Aucune fiche de poste n'a été conçue en vue de cette mutation. Il n' y a pas non plus de profil type, ce qui crée une grande hétérogénéité des pratiques d'un pôle à l'autre* » (Contrôleur de gestion, pôle Gynécologie).

Si au début du pôle, un des cadres avait le sentiment de faire de l'assistanat, comme une sorte de secrétaire du bureau de pôle, le cadre doit être avant tout être un gestionnaire. Ce qui nécessite une appropriation de ce rôle, or, le rôle de ce cadre n'est pas clair, que ce soit sa fonction ou son parcours, d'après le cadre de service pôle digestif. Dans le pôle digestif, sa fonction est mal comprise, et ses missions semblent éloignées de celles du cadre supérieur : « *c'est flou ce poste de cadre admin* » (Cadre supérieur de santé, pôle digestif). Les agents sont recrutés sur des CDD d'un an, nous explique le contrôleur de gestion du pôle Gynécologie, avec à l'issue de ce contrat un concours d'intégration pour rejoindre la fonction publique. Un processus de recrutement qui entraîne un turn-over important dans cette catégorie de personnel.

Le profil du cadre administratif varie beaucoup d'un pôle à l'autre. Dans le pôle neurologie, le cadre arrive du secteur privé, non-hospitalier, avec donc une vision privée. Il déclare que petit à petit il : « *arrive à avoir une vision publique* » (Cadre administratif du pôle Neurologie). Il voit son poste comme un poste purement RH, c'est pour lui d'ailleurs le fil conducteur dans sa carrière, faisant le lien entre le privé et le public. Pour lui la gestion des RH occupe 80% de son temps, quand il définit son rôle : « *je gère leurs secrétaires médicales* » (Cadre administratif du pôle Neurologie). Il voit vraiment son rôle comme principalement la gestion de secrétariats médicaux et d'un panel de personnes à encadrer. Pour ce cadre, la plupart du travail se situe dans les secrétariats, ce qui est nommé la gestion du quotidien : les RH, les formations, les demandes d'achats, la mutualisation, les GDD. Des tâches très chronophages, et le côté gestion/finance lui prend : « *trop peu de temps* » (Cadre administratif du pôle

Neurologie). Dans le pôle Neurologie, le fait que le cadre vienne de l'extérieur semble être problématique selon le chef de pôle, ce que confirme le contrôleur de gestion associé à ce pôle :

> « *Il est venu, il connaissait pas le milieu hospitalier. Je ne savais pas quel était son profil. En discutant, je lui dis 'tu faisais quoi avant ?' il me dit 'je faisais la même chose, j'étais dans les RH'. Il a été recruté pour gérer les secrétaires médicales. C'est assez révélateur 'j'étais également aux RH'. On ne lui a pas présenté le poste comme étant un poste de gestionnaire* » (Contrôleur de gestion du pôle Neurologie).

Ce qui révèle là bien le problème de ce poste. Ce cadre ne possède pas la formation adéquate sur l'aspect gestion. Le contrôleur nous confie qu'il y a des pôles, comme la Neurologie, où il y a des déficits de connaissances en matière de gestion.

Le cadre administratif du pôle Gynécologie se positionne différemment de ses homologues des deux autres pôles : « *il faut pas que le contrôleur de gestion soit la petite main du cadre administratif pour des choses qu'on peut trouver soi-même* » (Cadre administratif, pôle Gynécologie). On ressent dans cette affirmation la volonté d'être un gestionnaire à part entière indépendant, au service du pôle. La différenciation majeure vient de son rapport à la gestion des secrétariats :

> « *Je dois m'occuper de la gestion des secrétariats médicaux c'est pour ça qu'on me paie, j'estime que je dois le faire le mieux possible ; mais j'évite autant que possible de m'embarrasser d'une gestion quotidienne* » (Cadre administratif, pôle Gynécologie).

Elle a donc travaillé avec ses équipes de secrétaires à une autonomisation de la gestion quotidienne pour lui éviter d'y consacrer trop de temps : « *Ca m'évite de passer des heures à regarder si un planning tourne »* (Cadre administratif, pôle Gynécologie). Cette organisation lui permet de dégager du temps à la stratégie, au suivi de projet, de rédaction de projets, aux processus RH, au suivi des affaires médicales, au suivi des données et au contrôle de gestion avec les tableaux de bord. Le cadre administratif a donc une tâche qui est énorme et qui nécessite d'être compétent sur beaucoup de processus selon le directeur délégué du pôle

gynécologie, et qui nécessite à ce titre d'être soutenu et accompagné. Un rôle qui diffère de celui des cadres des deux autres pôles observés, et qui paraît plus avancé dans la transition vers un poste de gestionnaire.

En effet, le profil de poste du cadre administratif est en train d'évoluer. L'évolution attendue du rôle du cadre administratif est en partie due au souhait de la Direction Générale de positionner le contrôle de gestion dans une plus grande distance vis-à-vis du pôle. Ainsi, les contrôleurs de gestion disposant de moins de temps à consacrer aux pôles, il est nécessaire de reporter certaines tâches sur le cadre administratif, dont le rôle tend à devenir une sorte de contrôleur de gestion à l'intérieur du pôle. On entend même parler d'un rôle de contrôleur de gestion complémentaire, qui devrait avoir à ce titre le même profil que les contrôleurs de gestion. Un profil qui pour l'heure n'est pas clairement défini. Pour éviter d'être noyé dans des tâches quotidiennes, et la résolution de problèmes de personnels, ces cadres devraient être dégagés de certaines tâches : « *Il faut clarifier leur mission, pouvoir les recentrer sur cette mission qui serait plus de contrôle de gestion spécifique au pôle* » (Directeur délégué, pôle Gynécologie). Enfin, le directeur délégué du pôle gynécologie ajoute, que, si le cadre administratif a une responsabilité en terme de gestion, il en a une en terme de management qui est conséquente également et qui ne peut pas être délaissée. En effet, si leur rôle doit évoluer vers un profil gestionnaire, le cadre administratif du pôle digestif ne souhaite pas pour autant s'éloigner de la gestion des secrétariats, qu'il considère comme son point d'ancrage sur le terrain, ce qui risque de changer. Il a été un temps évoqué de faire sortir du périmètre d'activité de ces cadres la gestion des secrétariats. Une idée finalement abandonnée, qui s'était orchestrée sans consultation des principaux intéressés : « *Ca se trame en amont mais on ne sait pas à quelle sauce on va être mangé* » (Cadre administratif, pôle neurosciences).

Plusieurs difficultés viennent à l'encontre de cette évolution de poste. Tout d'abord un problème de compétences, du fait de profils divers et variés, tous ne sont pas aptes à devenir spontanément des gestionnaires efficaces : « *On met des cadres administratifs de pôle qui me disent 'Ah moi, les chiffres je n'y comprends rien'* » (Contrôleur de gestion du pôle digestif).

Un autre problème s'ajoute aux freins de cette évolution, il s'agit de l'accès aux outils décisionnels. En effet les cadres n'ont accès qu'à des tableaux de bord figés, et n'ont pas toujours les moyens de l'analyse. Si l'obtention des outils décisionnels semble être faite

depuis peu, une cadre évoque également un : « *problème de légitimité par rapport au contrôle de gestion* » (Cadre administratif du pôle Digestif).

Par ailleurs, tiraillés entre deux missions, les cadres ont souvent le sentiment d'être happés par la gestion du quotidien, comme nous l'a confié le cadre administratif du pôle digestif, au détriment d'une vraie gestion du pôle : mail, Gestion Des Demandes (GDD), demande d'intervention, gestion des secrétariats, rapport pour l'ARS. Quant à la question de la gestion du quotidien et des secrétariats considérée comme chronophage par une partie des cadres que nous avons rencontrés, l'un des contrôleurs de gestion affiche un avis qui diverge :

> « *Pour certains cadres, la gestion des secrétariats au-delà d'une limite, est parfois une excuse utilisée pour ne pas remplir la fonction d'assistant de gestion* » (Contrôleur de gestion pôle Gynécologie).

1.1.4 Le directeur délégué du pôle, un rôle aux frontières entre le pôle et la direction

Tableau 23 Le directeur délégué du pôle

	Digestif	Neurologie	Gynécologie
Fonction	Peu présent de par son autre fonction Absence déplorée par l'équipe, il sera remplacé Suivi des travaux, transferts de services, négociations de matériels Donne des stratégies d'actions aux acteurs du pôle Caution de la direction	Définit sa mission comme un lien collaboratif avec le chef de pôle Représente la DG Présente les chiffres d'activité du pôle Organisation et structuration des projets médicaux Garant des protocoles administratifs Envoyé spécial du pôle auprès de la DG	Directeur des pôles qui composent la filière à laquelle le pôle est rattaché —> vision transversale Apporte des éléments de réponses aux protocoles administratifs et juridiques Fait des points sur les nouveautés réglementaires Présente des activités de soins
	Reçoit les plaintes à l'encontre de la DG	Reçoit les plaintes à l'encontre de la DG	

Source : Elaboration personnelle

Il s'agit d'un allié de poids du pôle en contact avec les agents clés de la DG (Drh, stratégie, directions fonctionnelles). Il permet de faire le lien entre les décisions stratégiques de l'institution et les besoins du pôle, de justifier certaines incompréhensions, d'appuyer des demandes. Il est par ailleurs le garant des processus administratifs. Plus précisément il transmet les informations de la DG et les demandes d'actions auprès du pôle. Il fait un travail de clarification de l'information de la DG à destination du pôle, afin de permettre la prise des décisions. Il assure par ailleurs un suivi des travaux, et des problèmes en lien. Enfin il a un pouvoir de signature de certains documents : bons de commandes, fiches projets, ... En tant que représentant de la DG son rôle est jugé indispensable par le trio de pôle, qui se tourne souvent vers lui pour avoir des réponses, ou pour faire part de problèmes. De plus, le fait qu'il

soit remplacé dans l'un des pôles où il était peu présent démontre d'une certaine façon que sa présence est utile au pôle.

Il y a eu dans l'institution un grand mouvement des directeurs délégués de pôle avec l'arrivée de la nouvelle Direction Générale, et l'évolution du poste de directeur référent vers directeur délégué de pôle. Ainsi la plupart sont directeurs délégués depuis 2013. De plus, la majorité d'entre eux occupent une autre fonction en parallèle dans l'institution. Ainsi, le rôle qu'occupe le directeur délégué varie en fonction de la personne qui occupe le poste. Il est plus ou moins présent selon ses autres fonctions. Comme pour le cadre administratif, il n'y a pas de fiche de poste pour les directeurs délégués, nous explique le directeur délégué du pôle digestif, et il n'y a pas eu d'appropriation de la réforme.

Le passage de directeur référent à directeur délégué est significatif d'une volonté de reprise du pouvoir par la Direction Générale. Ce changement de positionnement important entre le pôle et la Direction Générale renforce le sentiment d'asymétrie d'information pour les acteurs. Il est question d'une information très descendante qui s'impose au pôle. Avant, les relations étaient plus informatives, explique le chef de pôle digestif. Ce changement de fonction est perçu comme une affirmation de la volonté descendante de la DG, par le cadre administratif du pôle digestif. A ce titre, face aux problèmes de communication entre la DG et les services, certains chefs de service s'interrogent sur la mission du directeur délégué sur ce point : « *A quoi sert le directeur délégué ?* » s'interroge un chef de service du pôle digestif face au manque d'information.

Au départ le rôle de directeur référent était d'être l'intermédiaire entre l'équipe du pôle et la Direction Générale. Bien qu'il n'y avait pas de profil de poste extrêmement détaillé pour cette fonction, il semblait que son rôle était d'être dans le pôle, assez présent, pour faire remonter les projets du pôle et les défendre auprès de la Direction Générale, et, en tant qu'intermédiaire, de faire passer les messages de la Direction Générale auprès du pôle. Puis, ce rôle a évolué vers une fonction de directeur délégué du pôle, ce qui d'après le directeur du pôle Neurologie marque le fait que le pôle allait : « *peut être vers un peu plus de responsabilité* » (Directeur délégué du pôle Neurologie). Désormais, le directeur délégué se positionne avant tout comme le représentant de la Direction Générale auprès du pôle. Pour expliquer ce changement de rôle le directeur général s'est référé aux Préfets. Ces nouveaux directeurs délégués sont d'ailleurs directement rattachés à la Direction Générale, et sont en

quelque sorte les : « *faire valoir de la voix de la Direction Générale auprès de l'équipe du pôle* » (Directeur délégué du pôle Neurologie). Ils sont de fait, plus en dehors du pôle que dans leur mission précédente. La volonté du directeur général dans ce changement de rôle était de bien marquer l'appartenance du directeur de pôle à la Direction Générale et pas à l'équipe du pôle. Certains chefs de pôle s'étant appropriés le directeur référent au sein de leur équipe. Ce changement de dénomination a donc pour but de clarifier le fait que le directeur délégué est le représentant du directeur général auprès du pôle. Dès lors, l'objectif de ces directeurs est de développer un lien collaboratif avec le chef de pôle : « *un peu comme le directeur général avec le président de la CME. On a ce lien à égalité, c'est-à-dire qu'on n'est pas sous l'autorité du chef de pôle* » confie le Directeur délégué du pôle Neurologie. Là où auparavant les référents étaient membres de l'équipe du pôle, et faisaient le lien avec la direction de site et la direction centrale, les délégués sont les représentants de cette direction auprès des pôles. Rappelons que tous ces directeurs délégués de pôle occupent une autre fonction de direction en plus d'accompagner les pôles. A ce titre, le directeur délégué est plus ou moins ressource pour le pôle en fonction du poids qu'il occupe dans l'institution d'après le chef de pôle de gynécologie. Dans ce pôle le directeur délégué est également directeur de la filière de soin correspondante, ce qui a du poids dans la structure :

> « *Mon rôle c'est d'apporter une analyse juridique en gestion des ressources humaines ; d'un point de vue économique, la connaissance des outils de gestion pour mener à bien des projets, voir les censurer si ils ne correspondaient pas aux intérêts de l'institution ou essayer de les faire correspondre à des projets plus globaux et cohérents* » (Directeur délégué pôle Gynécologie).

Il fait également référence à une mission de pédagogie et de coaching auprès des chefs de pôle sans jamais être sous l'autorité du chef de pôle, mais plutôt à ses côtés dans un rapport d'égalité. Au quotidien le directeur du pôle Gynécologie voit peu de différences dans le passage de référent à délégué. L'objectif de ce rôle est d'exercer un contrôle de légalité, forme de soutien pédagogique et de rappel aux références institutionnelles du projet d'établissement. Il n'est pas membre de l'équipe du pôle mais il est en interface avec la DG, dont il est l'interlocuteur du pôle.

L'audit interne réalisé par le CHU-Santé allait dans le sens de notre analyse, faisant état d'un rôle d'animation, mais également d'une difficulté à se situer dans l'institution. Partagés entre

les orientations de la DG et les demandes du pôle. Leur enquête révèle que ces directeurs ne sont pas toujours au courant des orientations de la DG, qu'ils sont souvent happés par des fonctions très opérationnelles, et qu'ils sont souvent court-circuités par une relation très directe entre le chef de pôle et certaines directions fonctionnelles.

1.1.5 Les tensions de rôle entre les différents niveaux de gestion

L'arrivée des pôles et l'évolution des rôles des agents du pôle créent parfois des tensions de rôles avec d'autres agents. En effet, qui dit nouvelle organisation, dit redistribution des pouvoirs. Or, la nouvelle répartition des pouvoirs n'est pas toujours claire, et crée des concurrences entre directions. Certains agents, comme les directeurs de sites se retrouvent en balance entre les pôles et la Direction Générale, et toutes les missions ne sont pas clairement redéfinies.

Pour le chef de pôle digestif, la Direction Générale a une vision politique très globale alors que la direction de site est plus proche du terrain. Mais ils ont perdu une part de leur pouvoir dans les nouvelles réformes ce qui est parfois mal perçu par certains médecins. Pour certains médecins, comme le deuxième chef de service rencontré du pôle digestif, il manque une cartographie claire des rôles, et de la répartition entre la direction de site, et le directeur délégué, la distinction entre les deux n'étant pas claire. En effet, avec l'arrivée des pôles, le cadre de service est moins en contact avec la direction de site, son interlocuteur devient le directeur délégué du pôle, ce qui crée des enjeux de pouvoir, nous confie le cadre de service pôle digestif. Ce contenu des rôles mal défini apparaît pour ce dernier comme un flou volontaire de la part de Direction Générale. Les services semblent pâtir de ce flou, où chacun s'efforce de garder son pouvoir, et où le pouvoir passe par la détention d'information : « *Le pôle n'a pas d'informations, alors le service …* » (Cadre de service, pôle digestif).

Il y a un manque de communication entre la direction de site et la direction des pôles ce qui rend la tâche compliquée pour les cadres de service qui dépendent de ces deux entités : « *c'est une opposition, moi je la constate* » (Cadre de service Neurologie). Ce qui va dans le sens d'une tension de rôle que nous avons identifiée, entre le site et le pôle. Quid de la place de la direction de site et du directeur de soin dans une logique polaire multi-sites transversale. En

effet, l'audit interne sur les rôles, souligne l'absence d'une définition du rôle du directeur du site, sans énoncé de mission, d'où des représentations et des attentes qui divergent. De plus, ces derniers ne sont pas toujours informés des décisions des pôles. Pour le chef de pôle Gynécologie, le fait que les pôles soient intersites peut provoquer des conflits et des problèmes de territoire. L'apparition du pôle a bel et bien impacté le rôle du directeur de site, à tel point qu'un chef de service du pôle Gynécologie décrit : « *le directeur de site désormais gère les parkings et les emmerdes, c'est une perte de pouvoir* » (Chef de service Gynécologie). Par ailleurs, tous ces acteurs ne partagent pas les mêmes préférences, un cadre du service Neurologie nous relate : « *Mon cadre sup et mon directeur des soins, ils peuvent me dire noir et blanc, le pôle il est un peu cloisonnant* » (Cadre de service Neurologie). La question du pôle et du site est au cœur des tensions de rôles à l'hôpital. Un chef de pôle déplore d'ailleurs que certains budgets aient été confiés aux sites plutôt qu'aux pôles. Il y a eu un transfert d'un certain nombre d'activités de gestion du pôle vers les sites, comme par exemple la gestion d'emplois temporaires. Ce qui constitue une perte du rôle du pôle, selon le Chef de pôle Neurologie.

La tension de rôle entre ces différents niveaux de gestion pose des questions de coordination, du fait de ce grand nombre de strates, explique le cadre de service 4 du pôle Gynécologie. Dans l'organigramme et dans le fonctionnement classique du CHU, le premier interlocuteur du cadre de proximité est le site, avant même le pôle. Le cadre de service est plus en contact avec le directeur de site qu'avec le chef de pôle, décrit le cadre de service 3 du pôle Gynécologie, ce qui illustre bien la complexité des rapports, et des rôles au sein de l'hôpital. De plus, cette catégorie d'agent entretient peu de liens avec les directeurs délégués, ce qui fait défaut d'après certains cadres, dont l'un d'entre eux perçoit cela comme : « *un manque de reconnaissance* » (Cadre de service 1, pôle Gynécologie).

De plus, si les agents semblent avoir adhéré à l'idée du pôle, dans certains services persistent des visions différentes, qui y sont étanches. Le directeur délégué du pôle digestif nous dit que le pôle est un niveau de gestion qui n'est pas toujours compris par tous et qu'il est nécessaire de trouver le bon équilibre, ce qui fait défaut pour l'heure. C'est notamment le cas de certains chef de services, qui ont : « *des discours d'il y a 30 ans, ce qui constitue parfois des obstacles* » (Chef de pôle Digestif).

Enfin, le millefeuille administratif semble rendre difficile la lecture claire de l'organigramme, et de la répartition des pouvoirs : « *De qui faut-il respecter les ordres ? du directeur ? du cadre supérieur ? du chef de pôle ?* » (Cadre de service 2 pôle gynécologie). « *On ne sait pas trop qui prend en charge. Ce que le pôle prend en charge, ce que le site prend en charge* » (Cadre de service pôle Neurologie). Cette absence de clarté encourage les réseaux parallèles, qui contournent le pôle : « *C'est un hôpital qui fonctionne sur des pratiques parallèles, et le fait de connaître permet d'avoir des informations, et des relations qui sont plus faciles* » (Cadre supérieur de santé pôle Neurologie).

1.2 Gestion et soin, deux logiques que tout oppose

1.2.1 Des enjeux de pouvoirs fort entre DG et soignants

> « *Il existe une dualité entre la DG qui tient la bourse et les médecins, qui font rentrer l'argent mais qui ont besoin de l'administration pour mener leur activité* » (Chef de pôle, Gynécologie).

Cette dualité explique toute la complexité de l'organisation hospitalière. La collaboration de ces deux mondes est donc inévitable, et la réussite de l'activité de soin est dépendante de cette relation. Or, selon le directeur délégué du pôle Gynécologie une partie de l'opposition entre les médecins et l'administration tient dans l'incompréhension des trajectoires divergentes de ces deux mondes. Les médecins se plaignent beaucoup des interlocuteurs qui bougent beaucoup, avec le sentiment que ces interlocuteurs sont insaisissables. Cela se heurte au monde médical qui est une communauté très ancrée. Ce directeur insiste sur l'idée qu'ils servent : « *le service public hospitalier et pas les intérêts d'une communauté à un endroit précis* » (Directeur délégué pôle Gynécologie). Cette vision plus large de leur rôle, au-delà de l'établissement s'oppose à une vision très locale des médecins. Cela explique en partie les différences culturelles. Pour les médecins, les projets ne peuvent aboutir convenablement si les directeurs changent tous les 5 ans. Ils ont l'idée que chaque directeur vient avec un projet, lance des changements, puis s'en va avant d'avoir à assumer les conséquences des décisions prises et que seuls les médecins restent pour subir les conditions d'exercice difficiles. Le fort

turn-over de Direction Générale n'œuvre donc pas pour le rapprochement des logiques. Ainsi, la Direction Générale souffre d'une mauvaise image auprès du personnel médical, le chef de pôle Gynécologie nous explique que jusqu'à la création des pôles il y avait deux visions de la DG : Versailles, le directeur est un roi entouré de sa cour, les directions fonctionnelles et la maison qui rend fou d'Astérix, ce qui renvoie à une très grande lourdeur administrative : « *un monstre trop gros* » (Chef de pôle Gynécologie).

Un grand reproche fait à la direction, du fait de son fort turn-over, est l'absence de projets à moyen-long terme. Cette absence de vision à long terme, de construction d'un grand projet pour cette institution représente une faiblesse : « *Il n'y a pas d'axes, pas de prises de décisions à 10 ans* » (Chef de service Neurologie). A cela le reproche d'un changement trop fréquent d'orientation, et le manque d'informations qui pénalisent le pilotage de l'activité au quotidien : « *Si on est tout le temps dans le flou, qu'un jour blanc, l'autre noir, on a du mal à gérer les équipes* » (Cadre supérieur de santé pôle digestif). Un constat qui est partagé par les cadres administratifs du pôle qui déplorent le manque d'informations : « *on ne sait pas, on essaie de savoir, mais on ne sait pas* » (Cadre administratif pôle neurosciences). Un manque d'informations qui est en partie due au manque de relations avec les directions fonctionnelles. Il est vrai que la direction reste discrète vis-à-vis du fonctionnement administratif et de ses orientations, relate le chef de pôle digestif. Il y a un manque de connaissance de la part des équipes du pôle des modes de fonctionnement car l'information est plus ascendante que descendante. Ils font remonter beaucoup d'informations mais en retour en reçoivent peu. La logique de la Direction Générale, contrairement aux attentes des acteurs du pôle, est à la recentralisation, les pôles ont alors : « *du mal à saisir ce que veut la Direction Générale* » (Cadre supérieur sage femme pôle Gynécologie). Un manque de clarté et de moyens accordés au pôle déploré par le chef du pôle Neurologie, en comparaison avec ses confrères :

> « *Dans les autres CHU, le rôle est clair et déterminé véritablement, des moyens ont été délégués dans les pôles. Au CHU-Santé, sur les 3, 4 dernières années on a plutôt relevé de l'indécision pour les moyens* » (Chef de pôle Neurologie).

Cette indécision est d'après ce chef de pôle une volonté de l'administration, pour des enjeux de pouvoir.

En effet, le pôle est perçu par certains comme un moyen de réduire, voire de faire disparaître, le pouvoir de médecins et des chefs de service au profit du pôle. L'administration est devenue très présente dans des domaines où, autrefois, seuls les médecins prenaient part aux décisions. Ils ont à présent le sentiment, comme l'explique le chef de pôle digestif, que l'administration veut leur apprendre des choses qu'ils connaissent depuis 40 ans. Un directeur délégué de pôle nous parle même d'une inversion des rôles où de : « *petits contrôleur de gestion expliquent l'hôpital à de grands professeurs* » (Directeur délégué du pôle digestif). Il évoque une prise de pouvoir des gestionnaires qui pensent avoir tout compris, et dont il cherche encore la légitimité. A travers le pôle, et l'arrivée de directeurs délégués, il semble en effet que les médecins aient perdu de leur suprématie :

> « *Avant les pôles, si vous aviez des médecins plus forts que les autres, vous aviez deux fois plus de personnel alors que l'activité ne le justifie pas, ça se voit encore un peu mais moins avec le pôle* » (Cadre supérieur de santé pôle digestif).

De plus, l'intégration des logiques et des contraintes gestionnaires dans la sphère médicale est chronophage, ce qui est perçu par le chef de pôle digestif comme une volonté de la part de la direction de surcharger le travail des médecins dans le but d'affaiblir le poids de l'université et de la médecine. Il parle d'un glissement de pouvoir, lui-même ayant dû amoindrir sa production scientifique. Dès lors, certains médecins ne jouent pas le jeu et ont du mal avec l'administration, confie le cadre supérieur de santé pôle digestif. Ainsi, le pôle mais plus encore la T2A, sont perçus comme une prise de contrôle sur les médecins et d'un transfert de pouvoir vers l'administration.

Si le constat de la prise de pouvoir de l'administration sur le médical semble unanime, certains pensent tout de même que les médecins jouissent toujours d'une forme de pouvoir qui est faiblement impactée voire que le pôle a permis au contraire aux médecins de retrouver du pouvoir : « *Personne n'ose rien dire aux médecins* » (Cadre de service 2 pôle Gynécologie). Les enjeux de pouvoir semblent être au centre de cette nouvelle organisation. Le pôle aurait bien affaibli les chefs de services, d'après le cadre de service 2 du pôle Gynécologie, ce qui profiterait aux médecins de proximité qui récupèrent du pouvoir en s'éloignant du régime féodal, tel qu'il est décrit, de la chefferie de service. Un sentiment qui est partagé par le cadre de service 4 du pôle Gynécologie, qui évoque la forte emprise du pouvoir médical à l'hôpital, d'une certaine façon au détriment de la direction des soins. Le

pôle ayant à sa tête un médecin, cela court-circuite en partie la hiérarchie des soignants, plaçant la hiérarchie fonctionnelle plus en avant, dépeint le cadre de service pôle digestif. Cette double hiérarchie particulière, propre à l'hôpital, se ressent également au sein du trio de pôle. Comme l'évoque un cadre supérieur à propos du chef de pôle :

> « *Des fois, il a du mal à lâcher comme tous les médecins. Ils ont du mal à reconnaître notre entière autonomie, ce n'est pas mon chef* » (Cadre supérieur de santé pôle digestif).

Cette double hiérarchie est également évoquée par le cadre supérieur du pôle Neurologie :

> « *J'ai bien conscience qu'on a un chef de pôle médical et un directeur de pôle, qui sont vraiment les responsables. J'ai un rôle de responsable, en tant que cadre soignant, qui est soumis à l'intérieur du pôle. C'est bizarre parce que ma hiérarchie directe c'est la direction des soins, alors qu'à l'intérieur du pôle c'est un médecin, un directeur de site, ou un directeur administratif. Avec la nouvelle législation les directeurs ont plus de prérogatives qu'un médecin* » (Cadre supérieur de santé du pôle Neurologie).

Le cadre de service 2 du pôle Gynécologie nous explique que cette multiplicité hiérarchique complique les relations des cadres de service qui sont confrontés à la hiérarchie fonctionnelle des médecins, la hiérarchie administrative du cadre supérieur du pôle, puis du directeur des soins pour finir par le directeur général de l'hôpital. Ces croisements hiérarchiques ne vont pas dans le sens d'un consensus et aboutissent souvent à plus d'incertitudes, par la multiplication des préférences. On nous fait part d'une réunion à laquelle quatre personnes ont participé, membres du pôles et directions fonctionnelles et sont reparties avec 4 résultats différents sur un même sujet. Ce qui, selon le directeur délégué du pôle digestif, démontre déjà les difficultés de cohésion, nécessaire comme préalable à tout travail de gestion sophistiquée.

Si, par la mise en place du pôle, il était attendu une certaine décentralisation, dans le CHU Santé, le pouvoir se retrouve au contraire resserré au niveau de la Direction Générale et les pôles ont donc un rôle important mais très contraint, regrette le chef de pôle digestif. Cette recentralisation se traduit, selon ce dernier, par le sentiment partagé par certains chefs de pôle

que les décisions sont imposées au pôle. Ce sentiment d'imposition est très bien résumé par l'un des chefs de service du pôle digestif : « *La politique générale est imposée au CHU et le Directeur Général donne une intonation qui se répercute sur les services* » (Chef de service 2 pôle digestif). Ici, l'idée est que les orientations stratégiques sont externes au CHU et émanent des hautes instances, laissant peu de places aux initiatives locales. Les médecins vivent particulièrement mal l'imposition des choix, sans explications. Cela soulève un : « *gros problème de communication* ». (Chef de service 2 pôle digestif). Selon l'un des chefs de service il y aurait : « *deux planètes entre la DG et les services* » (Chef de service 2 pôle digestif). Il existe, en effet, au sein du CHU Santé de nombreux projets de rassemblement, déménagement d'activités, de mutualisation, de nombreux projets où il semblerait que l'on : « *ne demande pas l'avis des médecins* » (Chef de service 2 pôle digestif). Prenons le cas du pôle digestif, il est le résultat d'une orientation de la CME et de l'institution. C'est un pôle qui est né malgré quelques réticences de certains services. Un projet qualifié de laborieux qui a nécessité l'intervention répétée de la CME, qui est allée jusqu'à annoncer aux médecins que si le projet ne se mettait pas en place par un consentement des acteurs impliqués, elle le mettrait en place à leur place, nous raconte le chef de pôle digestif. Un autre exemple, le cas particulier d'une activité de soins d'infectiologie qui fait partie du pôle, et que la direction souhaiterait voir intégrer un centre spécifique, IHU[30], qui est en dehors du pôle. A ce sujet, le chef de pôle digestif déclare que le déménagement de cette activité est la volonté de l'institution pas celle du pôle, ni celle du chef de service et ajoute qu'il y aura un moment où ces deux volontés vont se heurter et qu'au final c'est le directeur général qui va imposer son choix. Ensuite, dans l'optique d'une nouvelle contractualisation il y a eu un diagnostic partagé au sein du pôle avec des consultants externes à l'institution, dans le but de définir des axes prioritaires. Or, ce diagnostic partagé a mis de côté les projets qui intéressaient les pôles. Ils se sont alors heurtés à un membre de la direction, qualifié de dirigiste, d'après le chef de pôle digestif. On note là encore la difficile adéquation des préoccupations gestionnaires et médicales, avec un décalage entre les projets du pôle et les objectifs stratégiques de la direction. Un décalage entre réalité et objectifs qui s'illustre bien avec la question de l'ambulatoire. La Direction Générale pousse les médecins à développer l'ambulatoire car ce système est plus rentable sans pour autant fournir les moyens adéquats pour y parvenir selon le chef de pôle Gynécologie. Selon lui, l'organisation actuelle ne permet pas de développer cette activité. Il faudrait, selon lui, mettre en place un service d'ambulatoire à part entière ou

[30] Institut Hospitalo-Universitaire

développer un fonctionnement sur l'un des sites : « *ce qui est compliqué et entraînerait un jeu de chaise musicale* » (Chef de pôle Gynécologie).

Face à cette imposition des décisions, la revendication des médecins, dont notamment le chef de service Neurologie, semble toute entière tournée vers une plus grande délégation de gestion. Selon ce chef de service, l'administration représente une limite : on est donc loin de la supposée hybridation de ces deux mondes. La délégation, si elle n'est pas forcément synonyme d'argent : « *serait le moyen de donner son avis, car l'administratif n'est pas dans le service* » (Chef de service Neurologie). En effet, ce chef de service craint : « *une emprise de la gestion, où on nous bassine sur ce qu'ils devraient rapporter* » (Chef de service Neurologie). Il ajoute : « *on passe d'un excès à l'autre, avec les évaluations, les théorisations* » (Chef de service Neurologie). Par ailleurs, il souhaiterait une délégation budgétaire, car il y aurait selon lui une trop grande opacité concernant le budget. Ce qui relève là encore d'un manque d'information.

Par ailleurs, selon un cadre de service du pôle Gynécologie, l'opposition au pôle par les agents du terrain serait issue d'un sentiment de mal-être au travail, rattaché à des conditions d'exercice difficile :

> « *Il n' y a pas d'anticipation, la situation n'est pas sereine, on n'est pas épanoui. Il y a beaucoup de cadres en burn-out, qui craquent. On a le sentiment qu'il n'y a pas de capitaine à la tête du navire* » (Cadre de service 2 pôle Gynécologie).

Ainsi, les agents déplorent un sentiment de don à sens unique, et craignent pour l'avenir de l'institution : « *Le pôle c'est, à la fois, la responsabilité de tout le monde, et celle de personne* » (Cadre de service 2 pôle Gynécologie). Selon l'un des cadres de service du pôle Gynécologie, il y a trop de marges d'interprétation de ce qui est attendu par les pôles. Ce manque de clarté pousse ce cadre à parler de : « *cafouillage* » (Cadre de service 2 pôle Gynécologie). Il semble, il est vrai, que l'opposition des agents de terrain vient souvent du manque de vision et de clarté de la stratégie mise en place par la Direction Générale. Une stratégie qui au quotidien se traduit pour eux par une perte en qualité de soin :

> « *Actuellement, on assiste à un marasme, un désastre, c'est vrai… des colères des agents, des frustrations… parce que tout se passe dans l'urgence. Donc on a*

> *l'impression tous les jours de perdre plus en qualité de soins. Les agents ne sont pas habitués à ce type de disposition, donc on a un fort absentéisme. C'est sur qu'à ce jour, on ne peut pas penser… la majorité d'entre nous…qu'on va vers une réussite. On pense qu'on va à l'échec* » (Cadre de service Neurologie).

Finalement l'idée générale qui semble être partagée par les agents du terrain est que : « *le pôle n'a pas changé grand chose, c'est une idée sans moyens* » (Chef de service Gynécologie). Il semble que le pôle ait plus d'intérêt pour les instances car :

> « *Il permet de mieux cadrer les choses, il est plus simple d'avoir 20 pôles que 100 services, mais du point de vue de l'utilisateur c'est inachevé. Cela permet surtout à la direction de mieux régner* » (Chef de service Gynécologie).

1.2.2 Quand les aspects financiers prennent le pas sur la qualité des soins

L'aspect économique freine l'ambition du pôle et pénalise le bon fonctionnement de l'activité : « *Les difficultés financières pèsent sur l'installation des pôles* » (Cadre de service 2 pôle Gynécologie). En effet, le contexte financier de l'établissement pèse sur l'activité de soins, que ce soit du point de vue de l'investissement en matériel, qu'au niveau des recrutements et des effectifs :

> « *Les robinets sont fermés pour l'innovation ou alors les rares crédits accordés sont dérisoires compte tenu du prix des matériels nécessaires à l'activité. Pour le personnel c'est zéro, pas de recrutement* » (Chef de pôle Digestif).

De plus, les stratégies de communication de la DG sont incomprises : dans une période de révision des effectifs le chef de pôle Digestif a dû faire face à un silence absolu, ou encore une révision d'effectif qui s'est faite : « *à la sauvette* », en étant annoncée en juin juste avant les vacances. Des situations qui poussent de plus en plus de médecins à s'orienter vers des structures privées pour exercer leur profession. Ainsi, du fait de ces conditions de travail, pour le chef de pôle digestif, l'attractivité de l'hôpital public semble se réduire de plus en plus. Le

chef de service 2 du pôle digestif a tenu à rappeler que la mission de l'hôpital réside dans la relation médecin/ patient avant tout autre chose. Là où la Direction Générale aurait tendance à placer l'aspect économique avant les soins, omettant que l'objectif est d'abord de soigner les malades. Ainsi, pour l'un des cadres de services du pôle Gynécologie : « *le pôle a eu un impact essentiellement financier* » (Cadre de service 4 pôle Gynécologie).

Des incompréhensions persistent donc entre les deux mondes, gestionnaire et médical. Un chef de service prend l'exemple de la perte de 7 lits de son service dans son déménagement d'un site à un autre. Une perte qui d'après lui ne se justifie que par des raisons économiques, au détriment du patient avec au final un manque de lits pour accueillir les urgences. Son service aurait ainsi perdu 20% d'activité entre les deux sites. De plus, il semblerait que la stratégie de l'institution soit à la suppression des hôpitaux de semaines. Ces pertes de lits conduisent les chefs de services à : « *refuser des patients* » (Chef de service 1 pôle digestif) et peuvent représenter une perte pour la recherche. Selon ces médecins, il est préférable d'avoir des gros services que des petits. Dans le même sens, le chef de pôle gynécologie déclare : « *c'est une poubelle* » (Chef de pôle Gynécologie) à propos d'une des maternités. Il parle de locaux vétustes, d'un site éclaté entre 5 bâtiments : « *Une situation illogique, qui entraîne une surconsommation de personnel et des dépenses supplémentaires* » (Chef de pôle Gynécologie). Une situation qui périclite faute d'investissement dans un projet de nouvelle maternité. Des oppositions qui encouragent ces chefs de services à avoir une vision péjorative du pôle et plus largement de la sphère administrative. Le pôle ne semble dès lors pas abouti pour certains chefs de services et ils ont l'impression de subir une situation sans pouvoir être force de proposition. La situation financière pèse énormément sur un pôle sans délégation et sans argent :

> « *Nous sommes en survie, il faut gérer la crise, c'est la survie au quotidien. Par exemple, nous avons perdu deux secrétaires qui n'ont pas été remplacées, ce qui impacte sur la qualité* » (Chef de service Gynécologie).

Ce sentiment de perte de qualité du soins au détriment de considérations économique est souvent revenu lors de nos échanges avec les professionnels de santé :

> « *Le malade est en situation d'agression par la structure. L'accueil n'est pas raisonnable, il y a une réduction d'effectif, un problème d'infrastructure et une organisation déficiente* » (Chef de service du pôle Digestif).

Ceci pousse les médecins à devoir annuler certains actes ou encore à s'interroger sur la capacité du CHU-Santé à faire de l'ambulatoire, une activité que l'institution souhaite pourtant développer. Un chef de service déclare à ce titre que : « *Ce n'est peut-être pas le rôle du CHU de faire de l'ambulatoire* » (Chef de service du pôle Neurologie) faute de moyens, et d'une bonne organisation.

Un autre exemple de la prévalence de logique financière nous est donné par un cadre sage femme du pôle Gynécologie : « *pour un recrutement, il faut compter 2 à 3 mois pour n'importe quel poste. On pense que c'est voulu, c'est 2 ou 3 mois où vous ne payez pas les gens* » (Cadre supérieur sage femme, pôle Gynécologie). Ainsi, par souci d'économie, les procédures semblent rallongées et les postes vacants le restent plus longtemps que de raison, ce qui peut avoir des répercussions sur la qualité des soins. Plus largement, l'absence de délégation d'après ce cadre s'explique par les difficultés financières également :

> « *On ne peut pas déléguer au pôle, ça serait un couperet pour le CHU Santé. Tout cet argent qu'ils récupèrent en bloquant, en ignorant ce qui se passe sur le terrain* » (Cadre supérieur sage femme, pôle Gynécologie).

Ici le cadre fait référence notamment au blocage des heures supplémentaires et à la minimisation du recours à l'intérim imposés par la direction. Une décision basée sur le contexte financier et sur un effectif théorique suffisant, mais ne tenant pas compte de la réalité des services, à savoir un fort taux d'absentéisme. En effet, la décision de la Direction Générale de ne plus payer les heures supplémentaires constitue un frein pour l'organisation quotidienne. D'autant plus que peu d'informations semblent circuler à ce sujet : « *on ne sait pas quand ça va tomber* » (Cadre supérieur de santé du pôle Neurologie). Ce qui renvoie l'image que le pôle est avant tout un outil de gestion économique. En outre, un cadre supérieur sage-femme du pôle gynécologie nous dit se battre depuis trois ans pour changer trois tables d'accouchement, une anecdote qui en dit long sur la situation de l'établissement et sur l'opposition des logiques financières et soignantes.

La notion de « métier » revient beaucoup du côté des soignants. Une notion qu'ils mettent en balance avec les logiques gestionnaires. Le chef de pôle Digestif tient à rappeler qu'ils sont des professionnels de la santé universitaire, et que cet aspect métier est en recul par rapport aux préoccupations administratives. Selon lui : « *on perd de vue la qualité, la profession de médecin* ». Il a le sentiment que pour les gestionnaires, l'hôpital idéal est sans médecins et sans malades, ce qui permettrait d'avoir une gestion parfaite. Les activités de gestion étant de plus en plus pesantes, certains auraient tendance à oublier que la profession de médecin inclut également un aspect enseignement et recherche. Des activités que le chef de pôle digestif tient à présenter en réunions pour les valoriser, et ainsi montrer aux administratifs que leur métier ne se limite pas à la prise en charge médicale, à l'organisation et à la maîtrise des dépenses. Une certaine connaissance du métier est également invoquée par le cadre supérieur de soin du pôle digestif pour mener à bien son activité de coordination. Elle se légitime de par son ancienneté : « *20 ans d'expériences* » (Cadre supérieur de santé pôle digestif). Il en va de même pour le cadre supérieur de soin du pôle Neurologie pour qui être du métier est un avantage, par rapport au cadre administratif :

> « *J'ai un rôle qui est plus facile, en tant que cadre sup, parce que je connais, j'ai travaillé avec beaucoup de chefs de services* » (Cadre supérieur de santé du pôle Neurologie).

1.2.3 La psychose des urgences, révélatrice des visions opposées du soin

Le premier à nous avoir parlé de ce phénomène est le chef de pôle Digestif. Il qualifie de psychose des urgences, la crainte exacerbée des membres de la Direction Générale que l'hôpital ne puisse pas absorber l'activité d'urgence. La direction pousse alors de plus en plus les services à s'orienter vers ce type d'activité en réservant des lits pour accueillir ces urgences. Une stratégie qui se heurte à la volonté des médecins qui lui préfèrent l'activité programmée et l'activité de pointe, qui constituent l'essence même d'un CHU selon eux, plutôt que ce qu'ils nomment : « *la bobologie*[31] ». « *Il existe bel et bien une opposition entre l'activité d'urgence et l'activité programmée, ce qui est contradictoire, faute de politique claire établie* » (Chef de service, Neurologie). Selon les chefs de service rencontrés, il faut

[31] Terme employé lors des entretiens par le chef de pôle digestif et le chef de service 1 du pôle digestif

trouver un équilibre, une balance entre ces deux activités : « *Le service est plein d'urgences, mais tous les patients ne passent pas par l'accueil des urgences* » (Chef de service 1 pôle digestif), un élément qu'il est : « *difficile à faire comprendre à l'administration* » (Chef de service 2 pôle digestif).

1.2.4 La charge de travail, grand absent des stratégies de la performance

L'un des grands chantiers du CHU-Santé concerne la mise en place d'effectifs cibles, dans le but d'une révision et d'une réduction du personnel. Or, les soignants s'accordent à remettre en cause le calcul d'effectifs infirmiers. En effet, les gestionnaires se basent uniquement sur des quotas, des ratios de nombre de soignants par nombre de lits : « *Un infirmier pour 12 lits et demi, et une aide-soignante pour 12 lits et demi, quel que soit le service et la spécialité* » (Cadre supérieur de santé du pôle Neurologie). Or, ce mode de calcul omet un aspect important de l'activité de soins : la charge de travail. Le chef de pôle Digestif prend en exemple la comparaison entre la prise en charge de patients de dermatologie, qu'il qualifie de modeste, et la met en balance avec des services de chirurgie digestive où la charge est très lourde pour les infirmiers, qui peuvent passer deux heures sur un pansement pour un seul patient. Or, l'administration semble être étanche à ces considérations. Le chef de pôle Digestif nous dit avoir arrêté de discuter avec la direction à ce sujet car cette discussion semble compliquée et stérile. Malheureusement cette approche semble biaisée car elle n'est pas en phase avec la réalité et donc pas au bénéfice du développement des activités et de la qualité des soins : « *On ne peut pas travailler fautes de moyens* » (Chef de service 2, pôle digestif).

Auparavant, cet effectif cible était calculé par un soignant, ce qui semblait plus cohérent pour le personnel médical. A présent, celui-ci est calculé par un administratif, ce qui est un aspect négatif selon les médecins et fait apparaître le pôle comme une contrainte. Dès lors, la DG privilégie ainsi des unités de 25 lits et refuse parfois des regroupements d'activités demandés par les soignants, ce qui pose problème d'après le cadre car il n'y a là encore pas de prise en compte de la charge de soins, déplore le cadre de service du pôle digestif. Le cadastre d'unités de 25 lits, permet de fonctionner avec seulement deux ETP infirmiers. Ce qui constitue une réduction du personnel importante au détriment de la qualité des soins, par la prise en considération de la charge de travail. Si de nombreuses oppositions entre personnels peuvent

exister, ici tous, médecins, cadres, soignants s'accordent à dire qu'il y a un manque de prise en compte de la lourdeur des patients dans le calcul de l'effectif cible, qui ne prend pas en compte la charge de travail ce qui pénalise la qualité des soins, ce qui est appuyé par le chef de service Neurologie. Par ce choix, la Direction Générale aura réussi à rassembler l'ensemble du personnel médical et soignant de l'hôpital à son encontre.

1.2.5 Le cas particulier de l'intéressement, un élément moteur mis de côté

Pendant deux ans, l'hôpital a mis en place un intéressement à destination des pôles vertueux. Cette participation, aux bénéfices des pôles, avait été bien accueillie par l'ensemble des personnels du pôle. Toutefois, si l'idée a fait sens, dans sa réalisation les difficultés entre les médecins et les gestionnaires sont ressorties. En effet, il y a eu une distinction entre bénéficiaire et vertueux. Puis ce principe a été oublié, rappelle le chef de pôle Digestif, suite à des changements de direction, ce qui manque beaucoup au sein des pôles, comme un levier de motivation. A ce titre, la motivation ne pouvant être financière, il faut, d'après le chef de pôle Gynécologie, jouer sur la valorisation et le sentiment de fierté.

En effet, l'intéressement qui avait été mis en place, semble avoir été une grande source de motivation pour les pôles, les poussant à surveiller leurs recettes et leurs dépenses dans le but de maximiser leur activité et d'être donc bénéficiaires. Or, sa suppression et sa contradiction avec la situation financière de l'institution semble déconcerter les agents, qui perdent leurs repères et donc de leur motivation :

> « *Le pôle neurologie a fait des bénéfices. Ils voulaient les redistribuer aux agents. Cela a été refusé, parce que dans l'institution ils ne pouvaient pas, alors qu'on est le seul pôle à faire autant de bénéfices. Les gens ne comprennent pas* » (Cadre supérieur de santé du pôle Neurologie).

Cet intéressement était un grand levier de motivation des cadres et permettait de récompenser les agents dévoués. Désormais : « *il n'y aura pas la possibilité de différencier ces deux agents en terme d'évolution* » (Cadre supérieur de santé du pôle Neurologie). Cette incompréhension des agents est également perçue chez les médecins, un chef de service nous

confie : « *on fait des bénéfices, et pourtant les conditions d'exercices sont déplorables* ». L'espoir d'un intéressement leur permettrait d'investir dans les locaux pour améliorer la prise en charge et les conditions de travail. Ce problème de locaux et de conditions de travail pèse sur l'institution en posant des problèmes d'attractivité :

> « *Il y a une pénurie de médecins, et une fuite dans le privé, accompagnée d'une fuite des patients. Avec le manque d'argent, les médecins sont dans l'inquiétude et préfèrent partir. Il y a une crainte d'un nivellement du CHU par le bas* » (Chef de service Neurologie).

Si l'intéressement est perçu comme une bonne solution pour le pôle pour obtenir des moyens supplémentaires, le chef de pôle Gynécologie rappelle que la situation financière de l'établissement a poussé la direction à mettre fin à ce système et le financement de l'activité est devenu plus difficile. Il avait été mis en place en 2006 et 2007 et quatre pôles bénéficiaires avaient obtenu une somme de 200 000 euros. Le pôle Neurologie en faisait parti, ce qui lui avait permis d'engager des travaux d'aménagement, et de faire un appel à projet des équipes de soins.

1.3 Les processus de gestion

Dans cette partie, il est question des processus de gestion au cœur des problématiques du pôle, à savoir, la mutualisation, au cœur des enjeux du pôle, le recrutement, la gestion de projet et, plus largement, la délégation de gestion. Nous verrons que, bien souvent, il y a un décalage entre le flux tendu, que demande l'activité de soin, et la lourdeur administrative imposée par l'institution, ce qui renvoie à un problème d'organisation et pèse sur les processus de gestion.

1.3.1 De la délégation de gestion

Au CHU-Santé, il n'y a pas eu de déconcentration ni de délégation de gestion complète à cause de la situation budgétaire critique de l'établissement, aux dires du directeur délégué du pôle Gynécologie. Face à ce problème financier, il y a eu un besoin de contrôle, de maîtrise et

d'imposition de contraintes fortes. Dès lors, on assiste à une forte attente de délégation de gestion, avec plus de moyens au niveau du pôle de la part des agents, ce qu'illustre le cadre de service 1 du pôle Gynécologie.

Sans cette délégation de gestion, le pôle reste éloigné du service et impacte peu son fonctionnement : « *Le pôle ça ne change pas grand chose* » (Cadre de service pôle digestif). Il semble que finalement la nouvelle gouvernance n'ait pas modifié la vie des services. Les agents s'interrogent alors sur le potentiel du pôle, le considérant comme pas assez mature, comme le chef de service 1 du pôle digestif. Finalement, faute de moyens, le pôle apparaît comme : « *une couche supplémentaire qui a peu de sens* » (Chef de pôle Neurologie). Ainsi, le pôle est perçu comme une zone de transition, qui est source de conflits entre des préférences multiples : « *Le pôle aurait du lever des incohérences, or, il multiplie les incohérences* » (Chef de service Neurologie).

Ce nouvel échelon de gestion aurait peu apporté à l'hôpital pour l'instant. Un cadre nous dit avoir le sentiment de travailler pour une vitrine, utilisée pour rendre compte du travail qui est effectué sur le terrain, où il manque une vision et où : « *on part dans tous les sens* » (Cadre supérieur sage femme pôle Gynécologie). Ce qui relève d'une forme d'incertitude des préférences. La finalité c'est qu'il apparaît que : « *les agents, sur le terrain, entendent peu parler du pôle, ça ne fait pas partie du quotidien* » (Cadre de service 1 pôle Gynécologie). Dès lors, le pôle semble n'être ni ressource, ni appui et chacun : « *fait sa petite cuisine* » (Cadre de service 1 pôle Gynécologie). On relève également un manque de communication selon les cadres du pôle, qui ont parfois le sentiment de travailler dans le vide, ou sans savoir la finalité de ce qu'on leur demande. Ce qui crée un sentiment de lassitude :

> « *Je suis saturé d'un tas de demande venant de l'institution, qui me demande de remplir un questionnaire pour ci, un document pour ça, toujours à des échéances très courtes. Je ne sais pas pourquoi, quelle est la finalité de ces documents que je remplis. Ça arrive de tous côtés, tous les jours. Il y a un mail d'une direction quelconque qui me demande de remplir tel questionnaire pour tel truc. Souvent il y a les mêmes données dessus, il faut reprendre à chaque fois les données sur le nombre de médecins, le nombre d'accouchements, le nombre de lits, des tas de données qui sont connues de l'institution. Il n'y a pas que moi qui les détient ces*

données. On ne me dit pas pourquoi, il n'y a pas de liens entre les données » (Cadre supérieur sage-femme 2 pôle gynécologie).

Si l'attente d'une délégation est forte au sein du pôle c'est qu'elle « *devrait être la finalité du pôle* » comme le rappelle un chef de service de gynécologie. On constate ici un décalage entre le projet de loi et la réalité : « *On est face à une centralisation forte qui est à l'opposé de l'idée du pôle* » (Cadre de service 2 pôle Gynécologie). Au CHU-Santé, les priorités sont définies par la Direction Générale, ce qui peut aboutir à des blocages par manque de souplesse d'après le Cadre administratif du pôle Neurologie. En effet, le manque de moyens accordés pour agir semble être un frein : « *On nous délègue certaines choses sans pour autant nous donner les moyens, donc on se retrouve confronté à des blocages* » (Cadre administratif pôle Neurologie). Ce manque de moyens fait écho à un problème de processus de gestion complexe, et à une multiplicité d'acteurs, poursuit ce cadre. Cette attente de délégation illustre le problème de définition de préférences communes, entre le projet de loi, les besoins des agents de terrain, et les choix stratégiques de la DG.

Ce besoin de délégation de gestion est partagé par les directeurs délégués du pôle. Celui du pôle Gynécologie souhaiterait une délégation, de certains processus RH à condition que le pôle dispose des compétences de gestion nécessaires, ce qui n'est pas encore stabilisé pour l'heure. Mais, au concept de délégation, ce directeur délégué préfère celui d'autonomie. Selon lui, ce qui manque au pôle c'est plus de capacité d'action, d'avoir des circuits administratifs plus courts, plutôt qu'un pouvoir total de décision ou de délégation budgétaire. L'autonomie passe par la capacité à faire des choix à l'intérieur d'un contrat, ce qui correspond à une bonne répartition des moyens : « *Ce qui est attendu c'est que toute décision, toute micro décision ne remonte pas dans le circuit long, qu'on soit dans une plus grande fluidité* » (Directeur délégué pôle Gynécologie).

Finalement, le manque d'autonomie, de marge de manœuvre, la difficulté à trouver les bons interlocuteurs, à avoir des réponses de l'administration sont des freins pour l'intérêt de la mise en pôle, pour un chef de service du pôle gynécologie, qui résume l'idée de la nouvelle gouvernance ainsi : « *Ce n'est pas mieux géré, c'est géré différemment* » (Chef de service pôle gynécologie). Selon lui, ce maillon supplémentaire n'ajoute pas toujours de plus-value remarquable : « *Il n'y a rien qui se gère* » (Chef de service pôle gynécologie). Pour certains

agents, pour avancer il faudrait une plus grande délégation de gestion sans quoi : « *le pôle ne peut pas fonctionner* » (Cadre de service pôle digestif). Ce manque de délégation, donne une vision négative de l'organisation polaire : « *Le chef de pôle ne s'occupe que des emmerdes* » (Cadre de service pôle digestif).

En résumé, on constate qu'une certaine indépendance est accordée au pôle, qui est une opportunité pour créer un fonctionnement spécifique. Cependant, malgré cette indépendance, les membres du bureau de pôle sont en attente de plus de capacité de choix et d'autonomie. Selon les acteurs rencontrés, le pôle devrait pouvoir s'organiser comme il veut, or on lui impose tout. Est mis en avant un manque de moyens de l'établissement qui pousse à des blocages pour répondre aux demandes. Il est vrai que la situation financière de l'établissement est difficile et constitue une contrainte de gestion à prendre en compte. Cette situation ne donne pas pour l'instant l'occasion de donner la main au chef de pôle : « *Ce n'est pas le moment* » (Directeur délégué pôle Neurologie). Il faut d'abord passer par une recentralisation. Il n'est donc pas question de délégation de gestion mais plutôt d'une contractualisation « imposée ». Cette imposition n'est pas toujours bien vue par les acteurs. Il apparaît alors qu'en l'état une délégation de gestion n'est pas permise. Il est plutôt question de s'orienter sur une déconcentration de gestion avec une prise de décision du quotidien au sein du pôle.

1.3.2 La mutualisation : une nécessité qui souffre d'une mise en place complexe

La mutualisation est une nécessité financière pour faire de grandes économies dans les dépenses, une nécessité acquise par les médecins qui ont compris l'intérêt de cette mise en commun des moyens. Cette mutualisation vient en réponse au manque de moyens et à la mise en place des effectifs cibles. Dans le contexte économique difficile du CHU-Santé, on assiste à une réduction de la masse salariale avec le remplacement d'un administratif sur cinq. Un faible taux de remplacement et une réduction des effectifs soignants, d'environ 20 agents par mois qui poussent à la mutualisation, pour faire face à des processus RH très long. Il s'agit pour les acteurs du pôle Neurologie d'auto-dépannage faute de mieux.

La logique de mutualisation a été saisie depuis longtemps, au point que certains médecins ont renoncé à leur chefferie de service au profit d'une mutualisation et d'un rassemblement

d'activité. Ils ont compris que le matériel et les ressources humaines ne pouvaient être obtenus que par une mutualisation qui soit forte. Il en va de même pour les secrétariats. La logique de mutualisation a bien pénétré la logique médicale. En effet, cet impératif qui émane d'une volonté institutionnelle de compactage, qui va dans le sens d'un retour à l'équilibre, s'inscrit dans l'idée qu'ont les médecins du fonctionnement d'un CHU. Il est nécessaire de bénéficier d'une masse critique pour développer les activités médicales. Cette mise en commun permet de faire émerger des structures de soins (centre spécialisé, IHU) plus puissantes et supérieures aux services cloisonnés, d'après le chef de pôle digestif. La mutualisation fait office d'invention pragmatique, car, avec la mise en place de l'effectif cible, il a fallu compenser les départs. Or, dans le contexte financier de l'établissement actuel, les heures supplémentaires ont été limitées, faute de pouvoir les financer. Ainsi, des pools de remplacement ont émergé. Il s'agit d'un groupe d'agents, infirmiers ou ASH[32], qui ne sont pas affectés à un service particulier, mais qui servent de réserves aux différents sites, en cas de besoin de remplacement, face à un fort absentéisme, et pour accompagner la mutualisation. Ces pools sont gérés par site pour les secrétariats et par pôle pour les soignants. Un système d'organisation complexe qui multiplie les intervenants et donc les préférences. La mutualisation semble plus simple lorsqu'elle s'effectue par site et elle est sujette à plus de critique dans des pôles multi-sites. Pour autant, si ces pratiques sont critiquées pour leur impact sur l'organisation et la qualité des soins, d'après un cadre de service : « *la régulation des heures supplémentaires a permis de faire un tiers d'économie* » (Cadre de service 4 pôle Gynécologie). Ainsi, la mutualisation semble, sur le principe, rassembler les préférences gestionnaires et médicales, et ainsi participe à réduire les écarts entre les deux logiques.

Toutefois, si la mutualisation apparaît comme un outil bénéfique pour pallier les manques, certains médecins déplorent que ce processus ait entraîné une perte de moyens, sous couvert d'une mise en commun. Une situation qui se serait empirée avec le développement des pôles au regret du chef de service 2 du pôle digestif. En effet, si le pôle apporte une aide à la mise en place de la mutualisation, en permettant de généraliser cette pratique, celle-ci n'est pas très encadrée et encore moins institutionnalisée. Ainsi, son fonctionnement : « *dépend de chacun* » (Cadre de service pôle digestif). Il semble qu'il soit avant tout une question d'habitude et d'attachement fort au site : « *il n'y a pas de transversalités* » (Cadre de service pôle Digestif). Or, l'une des difficultés de mutualisation au sein des pôles est la disparité des

[32] Agents des Services Hospitaliers

modes de fonctionnement sur les différents sites qui composent le CHU Santé. On observe donc une hétérogénéité des pratiques de la mutualisation, ce qui démontre que les préférences ne sont pas préétablies, et restent donc incertaines :

> « *Tous les sites ne sont pas sur la même égalité des règles de fonctionnement et de travail. Il y avait des sites où l'on appliquait plus ou moins, voir pas du tout, ces règles. Les agents faisaient comme ils voulaient. Maintenant c'est plus carré, plus construit, mais c'est un peu difficile avec les agents* » (Cadre supérieur de santé pôle digestif).

Par exemple, la mutualisation fonctionne plus facilement quand les agents se connaissent. En effet, pour bien fonctionner, la mutualisation nécessite une bonne entente entre les cadres de proximité et avec le cadre supérieur. Un atout que permet le pôle, en ayant favorisé les rencontres. Il en va de même pour le matériel, à condition que ces échanges se passent entre services d'un même pôle. Ainsi, la mutualisation se fait par proximité avec les services voisins. Là où : « *il y a une bonne entente* » (Cadre de service 2 pôle gynécologie). Il semble que ce processus, comme beaucoup de choses finalement, soit à ce stade très personne-dépendant, et ne soit pas encore un processus stabilisé : « *On fait de la petite mutualisation, de débrouille* » (Chef de service pôle gynécologie). Il peut arriver également, du fait de ce manque d'institutionnalisation, que des mutualisations passées, qui fonctionnaient bien entre services, soient des habitudes qui se perdent au fil du temps, regrette le cadre de service 3 du pôle gynécologie. Face aux difficultés chacun cherche dans son coin comme il peut, explique le cadre de service 2 pôle gynécologie. C'est parfois plus la proximité géographique qui est un facteur de réussite qu'un réel effet du pôle, ajoute le cadre de service 3 pôle gynécologie.

Par ailleurs, la mutualisation, comme les pools de remplacement, posent la question de la compétence et de la substituabilité des agents. En effet, la mutualisation est fortement contrainte par un problème de gestion des compétences qui fait défaut et qui est source d'opposition entre les cadres et les soignants. Tous les agents ne sont pas interchangeables. C'est une problématique que le pôle n'a pas permis de résoudre. De plus, s'il y a bien à l'hôpital un fonctionnement en flux tendu, où les services acceptent de se rendre service, cette mutualisation reste compliquée à mettre en place : « *Logistiquement parlant c'est possible, mais c'est lourd* » (Cadre administratif pôle Neurologie). Ce processus se heurte souvent à un manque d'anticipation, pour le cadre de service pôle Digestif. En effet, les raisons d'échec de

mutualisations sont souvent liées à l'urgence dans laquelle elles sont mises en place. On retrouve encore ici l'idée développée dans la théorie de l'anarchie organisée, sur l'absence de définition préalable des préférences et donc d'une orientation claire des procédés :

> « *Je pense au manque d'anticipation de la mise en place de cette mutualisation, puisque ça s'est décidé en 4 jours. On a mobilisé des équipes, mais la gestion des effectifs ne peut pas se faire dans l'urgence. En terme de management, ça ne passe pas au niveau des agents* » (Cadre de service pôle Neurologie).

Il se dégage ici une volonté d'autonomie du pôle, et un manque de positionnement clair de la part de la Direction Générale. Des directives précises permettraient notamment aux cadres d'avoir un référentiel sur lequel s'appuyer pour donner des échéances aux agents. Sans quoi, certains agents ont tendance, en l'absence de règles claires à : « *se positionner comme des enfants* » (Cadre supérieur de santé pôle digestif). Il en va de même avec la DRH, qui semble tenir des discours différents aux agents et aux cadres selon ce même cadre. Un défaut de positionnement de l'institution qui constitue un manque. On voit bien ici l'absence de définition des préférences préalables, ce qui contraint la pratique. Néanmoins, il semble que le personnel de nuit soit plus enclin à la mutualisation, car moins nombreux et : « *plus solidaires* » (Cadre de service pôle Digestif). Ce qui prouve que dans des groupes plus cohérents, avec des préférences plus communes, ce procédé est plus efficace.

Enfin, le fait que la plupart des pôles soient multi-sites, entraîne parfois des rivalités au sein d'un même pôle d'un site à l'autre. Si certains y voient une occasion d'harmoniser les pratiques, de faire du benchmark, et d'améliorer les protocoles, il subsiste des oppositions entre les sites. Certains services sont isolés sur site quand la majorité de l'activité du pôle est concentrée sur un autre site. Ces questions amènent à des réorganisations éventuelles, en vue d'une meilleure circulation de l'information. C'est dans cette lignée qu'on assiste à de nombreux déménagements de services pour concentrer les pôles sur un même site. C'est d'ailleurs la volonté de la CME dans le nouveau projet d'établissement, de thématiser les sites en fonctions des spécialités médicales, et donc de réunir les services d'un même pôle dans un seul site, dans la mesure du possible, sans toutefois déshabiller une zone géographique d'une spécialité indispensable.

1.3.2.1 Une opposition franche des agents à la mutualisation

Le processus de mutualisation ne fait pas l'unanimité auprès des agents. Si les cadres de services semblent s'accorder sur la mutualisation, les agents s'y opposent, pour des questions de culture ou d'habitudes, rapporte le cadre de service 2 du pôle Gynécologie. La mutualisation entraîne une forme de résistance de la part des équipes car cette pratique apparaît encore comme assez nouvelle. Cette résistance est souvent liée à la charge de travail qui n'est pas adaptée, le cadre rappelant que : « *tous les agents ne sont pas substituables* » (Cadre de service du pôle Neurologie). Par ailleurs, l'appartenance au service, et la question identitaire sont des critères prédominants. L'aspect qualité des soins reste le principal argument mis en avant comme frein à la mutualisation, ce qui confère à la mutualisation une image parfois négative dans les services. Cette pratique est perçue comme : « *un bouche trou, pas une solution* » (Cadre de service Neurologie) dans une situation financière compliquée où il faut faire des économies. Cette expression de : « *bouche trou* » est reprise par un chef de service du pôle Neurologie. Ce ressenti que la mutualisation sert à boucher les trous par nécessité n'encourage pas les équipes à s'approprier cette démarche. Cette dernière ne semblant pas découler d'une vraie stratégie d'organisation. Pour l'un des chefs de service du pôle Neurologie, les difficultés de mise en place viennent essentiellement du fait que le pôle soit trop grand. Cette mutualisation qui est compliquée à mettre en place, lui semble donc insuffisante. Il ajoute que la mutualisation est contradictoire avec la question des compétences, ce qui n'est dès lors pas stimulant pour les agents. En effet, le concept de mutualisation se heurte à celui d'hyperspécialisation demandée aux agents.

Ainsi, la mutualisation qui devait être un atout pour la gestion des effectifs, se retrouve à être un facteur d'absentéisme, surtout chez les ASH. L'affectation des agents par pôle et non plus par service n'y fait rien, face aux effets de groupes. En effet, certains agents s'opposent à leurs confrères qui acceptent de participer à la mutualisation : « *Les agents ont du mal à concevoir qu'ils sont titulaires d'un titre mais pas d'un poste* » (Cadre de service pôle digestif). Il y a eu au cours de notre présence sur le terrain un exemple assez marquant de l'opposition des agents, en l'occurrence d'infirmiers, à une décision de mutualisation dans le pôle Neurologie. Cette opposition s'est manifestée par la mise en arrêt maladie de plusieurs agents qui avaient été désignés pour apporter un renfort dans un service un étage au-dessus du leur. Les raisons de l'échec de cette mutualisation résident tout d'abord dans une question de charge en soin et de compétence qui n'est pas la même dans les deux services, mais

également dans le caractère précipité de cette décision : « *C'est arrivé parce que ça a été fait en urgence* » nous explique un cadre de service du pôle Neurologie. Cette revendication, voire menace de l'absentéisme s'expliquerait par une culture de résistance, résultant d'un fond de considération social et syndical culturellement très marqué au sein du CHU-Santé : « *Une culture du syndicalisme qui fait que beaucoup d'agents sont dans la toute puissance* » (Cadre de service Neurologie). Les syndicats jouent en effet un rôle essentiel dans le dialogue de gestion : « *Les syndicats ont un rôle important, qui n'aide pas. Ils montent les équipes contre nous, mais ne proposent pas de solutions* » (Cadre de service 3 pôle Gynécologie). Un positionnement qui impacte les décisions opérationnelles, notamment concernant les heures supplémentaires et la mutualisation.

Il existe effectivement une résistance à la mutualisation de la part des agents. Tout cela est très lié à la dynamique impulsée par les cadres selon un cadre supérieur, qui déplore : « *il y en a qui prennent mais qui ne donnent jamais* » (Cadre supérieur de santé pôle digestif). Les équipes font face à des mutualisations du personnel parfois difficiles, surtout quand il manque du personnel et qu'il faudrait recruter. La mutualisation ne semble pas toujours bien vécue par les agents, pour une question d'attachement et de qualité des soins, ce qui entraîne un manque d'investissement autour de cette pratique, évoque le cadre de service 1 du pôle Gynécologie. « *Les gens n'ont pas envie de travailler avec d'autres équipes* » (Cadre de service 2 pôle Gynécologie). Cette réticence des agents aux changements serait plus présente : « *chez les jeunes générations* » (Cadre de service 3 pôle Gynécologie). En théorie, les agents sont bien affectés au pôle mais par culture les agents se sentent avant tout rattachés à un service, voire à une unité. S'ajoute à cela des différences culturelles entre les sites, ce qui contraint fortement la mutualisation, d'autant plus quand cette dernière se veut multi-sites, précise le Cadre de service 2 du pôle Gynécologie.

1.3.2.2 Le cloisonnement entre les pôles, autre obstacle de la mutualisation

S'il n'est déjà pas aisé de recenser des préférences communes à l'intérieur des pôles, alors entre les pôles, la mutualisation est encore plus complexe à mettre en place. Il y a une ambivalence quant à la mise en place de la mutualisation et la question du cloisonnement des pôles :

> « *On ne peut pas imposer tout et n'importe quoi si on veut que ça fonctionne. Là on touche les limites. Soit on est cloisonné, on fonctionne en pôles et on peut poser les règles avec les agents. Soit on mutualise, on reste un grand hôpital avec ses conséquences : moins de compétences, ça devient impersonnel, et on implique moins les gens* » (Cadre supérieur de santé, pôle digestif).

> « *On est en guerre. Tout le monde est en guerre. Les pôles sont en guerre les uns contre les autres, et les pôles sont cloisonnés dans ce sens* » (Cadre de service Neurologie).

Ce phénomène nouveau, de cloisonnement entre les pôles, pose des problèmes de mutualisation et de fonctionnement dans les services. Avant la mise en place des pôles, il y avait un cloisonnement entre services, on parlait même de balkanisation des services. Pour le chef de pôle digestif, l'arrivée des pôles a permis de faire éclater ses frontières en rapprochant les services, mais à présent on assiste à un cloisonnement des pôles entre eux. Là où on pensait rapprocher les préférences, on assiste finalement à un déplacement du problème :

> « *Avant, quand vous n'aviez plus de matériel de base pour travailler, des couches etc, l'infirmière traversait le couloir, elle allait en face, elle se faisait dépanner. Avec les pôles, il y a les budgets, maintenant on raisonne dans le pôle … la nouvelle logique maintenant c'est 'c'est moi qui paye donc je vais pas l'acheter pour donner aux autres', comme le budget d'une ménagère* » (Cadre supérieur de santé pôle digestif).

Un autre exemple, avec les heures supplémentaires, raconté par le cadre de service pôle digestif. Celles-ci se faisaient au départ en dehors du pôle, mais le manque de réciprocité des autres pôles en cas de besoin a été facteur d'un repli sur soi. Le cloisonnement entre les pôles est un aspect négatif de la nouvelle organisation : « *on est destiné à mourir dans un pôle* » (Cadre de service 2 pôle Gynécologie). Avec le cloisonnement des pôles est également apparue une culture de la comparaison entre les pôles, à savoir : « *qui est excédentaire, qui ne l'est pas, etc…* » (Cadre de service pôle digestif).

Entre le pôle et les directions fonctionnelles, il y a également les directions de filières de soins. Ce niveau de gestion est moins pesant dans l'organisation. Il regroupe différents pôles dans des grandes thématiques pour développer des activités et des projets. L'objectif de ces filières est de décloisonner les pôles en les rapprochant dans cette nouvelle logique. Il est question de stratégie et de positionnement de l'hôpital dans des secteurs d'activité, ainsi que du parcours de vie du patient, et donc dans une démarche transversale de décloisonnement des pôles. Une couche administrative supplémentaire, ce qui n'est pas toujours simple, l'hôpital étant déjà rempli de : « *poupées russes* » (Directeur délégué pôle Gynécologie).

1.3.3 La question du recrutement

Le désir d'autonomie de recrutement est sûrement l'un des plus présents dans l'ensemble des entretiens que nous avons effectués. En effet, il y a une forte attente de délégation de gestion du personnel au niveau des pôles. Il semble que le pôle soit la bonne dimension pour cela, l'établissement étant trop grand et le service trop petit : « *Le pôle est une cellule de gestion qui est intéressante (…) c'est une structure qui, si on nous donne les moyens de faire est une bonne dimension d'action* » (Chef de pôle Neurologie). Or, le recrutement revient souvent dans les entretiens comme étant un problème au niveau du pôle. En effet, l'absence de pouvoir de recrutement au niveau du pôle entraîne des processus longs, qui prennent parfois la forme de batailles. Et pour cause, comme l'évoque un cadre supérieur de santé :

> « *Les ASH, ça fait des décennies qu'ils nous sont imposés. Nous, sur le terrain, on a l'impression qu'on recrute uniquement ceux qui ne veulent pas travailler. C'est embêtant. La gestion nous dit il faut les mettre au travail. Mais c'est difficile. C'est nous qui allons au conflit avec les agents et les syndicats. Sur le terrain, il n'y a personne qui fait son travail, et les patients ne sont pas satisfaits* » (Cadre supérieur de santé pôle digestif).

Avec ce type d'exemple, on comprend plus facilement le désir, si pressant, des soignants d'obtenir une délégation sur le recrutement, afin de gérer au plus près ces actions et garantir, au mieux, la qualité du soin. Malheureusement ce sentiment de mauvais recrutement ne fait qu'accroître le sentiment de fossé entre la direction et la réalité des services. Les acteurs

dénoncent la lourdeur administrative et une longueur des processus de recrutement, ce qui entraîne des difficultés RH, d'après les propos recueillis auprès du cadre supérieur sage-femme du pôle Gynécologie. Ils ont le sentiment de devoir harceler la DRH pour obtenir des réponses. En effet, c'est la DRH centrale qui décide des recrutements, et l'affectation d'un agent est décidée par le directeur des soins du site. Comme l'explique le cadre de service 4 du pôle gynécologie, les cadres de services ne participent pas aux recrutements, et non pas accès aux logiciels de recrutement et d'affectation.

Si ce procédé paraît simple et clair, la réalité est différente :

> « *Si, sur site, il y trois services qui sont en difficultés par rapport à un grade, c'est le directeur de soin qui décidera d'affecter le recrutement. Qui arrive à quel endroit. Je ne suis pas certain qu'il tienne compte de l'activité du secteur. J'ai l'impression que c'est celui qui parle le plus fort qui remporte* » (Cadre supérieur sage-femme 2 pôle gynécologie).

Du fait de cette centralisation, les délais de recrutement sont très longs car il y a beaucoup d'intermédiaires :

> « *Un recrutement de sage-femme est partie le 1er mai. Ca fait 3 mois que j'ai fait une demande. Je n'ai toujours pas d'accord au 1er mai. J'ai passé un coup de fil, un message, il ne répond plus. Pourquoi ? parce qu'il a des ordres ? On ne sait pas* » (Cadre supérieur sage-femme 1 pôle gynécologie).

Ainsi, certains agents pensent que les recrutements traînent en longueur par souci d'économies. Tant qu'un poste est vacant, il n'y a pas de salaire à verser, les agents s'arrangent pour faire continuer l'activité de soin.

Par ailleurs, les tableaux d'effectifs évoluent constamment et les prises de décisions d'affectation se font sans prise en compte du terrain. Il y a donc une imposition des recrutements, ce que déplorent les cadres. En effet, si les cadres ont parfois l'occasion de recevoir les candidats et d'émettre des préférences, ils ne sont pas à l'origine des décisions de recrutement. Est également critiqué le manque de gestion des compétences, ce qui pose la

question des leviers d'action de la fidélisation des agents. Il y a ici un manque de délégation qui encourage la méfiance des soignants à l'égard de l'administration, pour le cadre de service pôle digestif. Ainsi, la délégation de gestion annoncée n'a jamais été effective et n'offre donc aucune latitude aux cadres supérieurs pour pouvoir remplacer. L'absence de marge de manœuvre les force à s'arranger avec l'existant : « *Je dois faire avec ce qui me reste et j'attends le bon vouloir de la DRH* » (Cadre supérieur sage-femme 2 pôle Gynécologie). Les processus sont très longs et le principe de recrutement semble qu'il faille : « *remplacer le remplaçant* » (Cadre administratif pôle Neurologie). Par ailleurs, le cadre de service 1 du pôle Gynécologie nous explique le calcul d'un effectif cible au niveau global du pôle est pénalisant et qu'il est plus cohérent de travailler par site plutôt que par pôle.

A propos du recrutement, un Cadre de service du pôle Neurologie nous confie avoir eu : « *la chance sur site de faire mes propres entretiens de recrutement et d'émettre un avis favorable ou pas qui a été respecté* » (Cadre de service Neurologie). Un exemple qui dénote des autres témoignages de services, faisant plutôt état d'imposition des recrutements, et d'un manque de consultation.

Face à ce procédé complexe, et afin de fluidifier les pratiques, le CHU Santé a décidé de s'appuyer sur le bureau des projets. Désormais, la demande de création de poste est soumise à la logique de ce bureau. Toute demande de recrutement, ou de remplacement, passe par la rédaction d'une fiche d'opportunité soumise au pôle, puis au bureau des projets. L'idée est de se servir du pôle pour remettre à plat les effectifs cibles et avoir une vision, et un processus de recrutement et d'affectation plus clair :

> « *On avait des chefs de services qui tapaient du poing sur la table. C'était avant. On fonctionne différemment, c'est-à-dire qu'il y a des normes sur lesquelles on ne peut plus déroger* » (Cadre supérieur de santé pôle Neurologie).

Un procédé qui n'empêche pas un problème de circulation de l'information. Ainsi : « *un infirmier est arrivé sur son poste, il venait d'être recruté, il n'avait aucune information sur le poste qu'il allait occuper* » (Cadre de service 2 pôle gynécologie).

Enfin, quand on parle d'effectif et de recrutement à l'hôpital on se réfère souvent au personnel soignant, ou paramédical, mais on évoque assez peu le recrutement des médecins. Le pôle

Gynécologie s'est penché sur cette question. Le processus de recrutement étant géré par le chef de service, l'arrivée du pôle, et du budget global peut créer des difficultés :

> « *Il y a des antagonismes quand il y a deux sites. Chacun a ses propres candidats, ce qui entraîne une forme de concurrence. Il est alors nécessaire de hiérarchiser les besoins. Actuellement, il y a beaucoup d'internes dans l'hôpital. Il n'y a pas de vrais logiques, ni de cohérences pour la nomination des internes. Le chef de service a une impression de pouvoir de nomination. Cette situation entraîne une concurrence entre les étudiants. De plus, il n y' a pas de programmation claire des nominations.* » (Chef de pôle gynécologie).

Le chef de pôle parlera même d'anarchie dans le processus de recrutement. Afin de clarifier ces procédés de recrutement le pôle Gynécologie a mis en place une commission centrale d'évaluation des internes, en vue de l'attribution des postes d'assistants.

1.3.4 La mise en place d'un bureau des projets

L'administration a instauré un bureau des projets[33], guichet unique, qui a pour but une étude d'opportunité de chaque projet, avant validation ou non. Dans cette démarche, le pôle est un soutien pour l'institution et la mise en forme des projets à destination de ce bureau. En théorie, tout projet est d'abord validé par le pôle. C'est l'une des fonctions première du pôle d'avoir une plus grande masse critique pour développer des activités et porter des projets institutionnels plus larges que le service. Désormais : « *tout projet de service devra passer par une validation du pôle* » (Cadre supérieur de santé du pôle Neurologie). L'objectif ici est de filtrer et de centrer les préférences du pôle en matière de projet, en accord avec le projet médical. L'effet attendu est donc d'homogénéiser les projets et de fluidifier leur gestion. Ainsi : « *pour qu'un projet puisse exister, engager des moyens financiers et humains, il faut qu'il y ait une portée autre qu'un service* » (Cadre supérieur de santé du pôle Neurologie). Cette volonté participe à la logique de transversalité et de décloisonnement des services du

[33] Suite à un changement de Direction Générale le bureau des projets a été abandonné. Puis, suite à la mise en place d'un CREF dans l'établissement, les financements de projet sont désormais soumis à l'instance du COPERMO. Un sujet que nous développerons dans le prochain chapitre.

pôle. L'un des attraits fondamentaux du bureau des projets est d'orienter vers les bons interlocuteurs, ce qui faisait défaut jusqu'alors :

> « *On aura enfin des interlocuteurs. Quand on fait des demandes, ça traine pendant des années, parce qu'on n'est pas tombé sur le bon interlocuteur, et là, manifestement le but de ce bureau de projet c'est d'orienter vers les bons interlocuteurs* » (Cadre supérieur sage-femme pôle Gynécologie).

Ainsi, un chef de service ne peut plus monter seul un projet sans avoir l'assistance de la cellule de gestion du pôle. Comme nous le raconte le chef de pôle Gynécologie au sujet des projets : « *avant les actions étaient dépendantes du leadership du chef de service, de son charisme* » (Chef de pôle gynécologie). Le pôle est devenu le passage obligé, l'intermédiaire entre le service et les directions, toutes les demandes passent par le pôle, ce qui centralise la gestion :

> « *La nouvelle Direction Générale bâtit des procédures. Vous ne pouvez plus demander des lits supplémentaires, ou un médecin, ou du personnel, s'il n'y a pas une étude d'activité. Il y a des procédures mises en places* » (Chef de pôle Neurologie).

Désormais, le pôle effectue une pré-sélection, et priorise les projets en fonction des orientations stratégiques de la structure et le projet médical du pôle :

> « *C'est une gestion différente ce bureau des projets, c'est une centralisation. En terme de validation, on est à l'opposé, aux antipodes, de ce qui se faisait. Jusqu'à présent les médecins apportés des projets sur des plateaux, il y avait l'argent ou pas, en fonction de leur activité et point. On est sur une centralisation des projets, ça se faisait un peu à l'amiable avant* » (Cadre de service Neurologie).

La création du bureau des projets a permis de plus normer les procédés. Il est question désormais de circuits particuliers avec plus de logique, de lisibilité et de clarté. Le pôle joue alors un rôle de filtre et d'accompagnateur : « *c'est un soutien qui a du poids pour porter les projets* » (Cadre de service 3 pôle gynécologie). L'effet de masse ainsi créé peut être un avantage de négociation important. De plus, cette centralisation permet d'éviter les doublons

de projets et favorise un travail en commun, d'après ce cadre. Le bureau des projets a fait avancer la démarche projet, en créant un parcours du projet, qui stabilise les procédures :

> « *Il a le mérite de formaliser, de nous obliger à mettre au clair dans des cases. C'est tout bête mais, de quoi s'agit-il ? quels sont les objectifs ? quelles sont les dépenses que ça va générer ? quelles sont les recettes ? On le fait informellement, mais ça a le mérite de nous obliger à ordonner nos idées, à nous lancer dans la démarche projet* » (Cadre administratif pôle gynécologie).

Toutefois, bien qu'assurant une normalisation du processus, cela s'accompagne d'une forme de lourdeur administrative supplémentaire, qui pose la question de la réactivité, craignant des procédures trop longues, comme l'administration sait les faire, décrit le chef de pôle gynécologie. La mise en place du bureau des projets, et la centralisation au niveau du pôle qui sont voulues comme simplificatrices des procédures, sont vues, par le chef de service 2 du pôle Digestif, comme une couche bureaucratique supplémentaire, et l'absence de marge de manœuvre contraint le pôle dans l'exercice de ce rôle important :

> « *On a monté des projets d'amélioration de l'activité à coût constant. A chaque fois, on n'a jamais obtenu les moyens pour mettre en route le projet. On travaille et au bout la direction dit : 'ben oui, et hop c'est aux oubliettes'* » (Chef de pôle digestif).

On observe, en effet, des processus de gestion longs et flous, qui donnent parfois le sentiment aux acteurs de travailler dans le vide : « *Tout ça prend un temps inimaginable, c'est opaque. On nous a évoqué un délai de 6 mois. Je ne sais pas, je n'ai pas eu de suite* » (Chef de pôle digestif). On retrouve autour de ce bureau des projets, nouvel outil, deux principes de l'anarchie organisée, le notion de tâtonnement, et l'absence de préférences définies à l'avance, on est plutôt face à l'idée, on fait et on verra après :

> « *L'institution met en place une espèce de bureau, un guichet unique qui va traiter de tous les projets, toutes les demandes. C'est normal qu'on tâtonne. A la limite, faut pas se poser trop de questions sur la démarche* » (Cadre administratif pôle gynécologie).

Or, si le pôle permet d'organiser le flux des projets, ce qui est une bonne chose pour l'administration, les chefs de services ne l'entendent pas forcément de cette oreille : « *Avant il y avait la liberté de s'organiser pour la recherche, en fonctionnant sur des fonds propres, en passant par dessus l'administration* » (Chef de service Neurologie). Un fonctionnement qui n'est plus permis, et qui se heurte aux difficultés financières de l'établissement. A ce propos, il ajoute : « *on ne sait pas où va l'argent, on en fait rentrer, on en gagne mais on n'en voit pas la couleur* » (Chef de service Neurologie). Les contraintes financières pèsent en effet sur le pôle et l'empêchent parfois d'intervenir : « *Le pôle devrait être porteur de projets, mais ce n'est pas le cas. Le poids de la situation financière constitue un gros frein* » (Chef de service Gynécologie). Dès lors, le pôle semble dénué de son utilité, et le bureau des projets est vu comme une lourdeur administrative supplémentaire : « *Le bureau des projets est flou, c'est une boîte noire, pas claire. On est dans de la bureaucratie pure, du travail de technocrate* » (Chef de service 2 pôle digestif).

En outre, un cadre de service du pôle gynécologie déplore le manque de suivi des projets et le sentiment de travailler dans le vide également, il parle même de : « *court-circuitage des projets* » (Cadre de service 2 pôle gynécologie). Par souci d'efficacité, il serait judicieux de mieux délimiter le contour du bureau des projets :

> « *Il faut distinguer, le bureau des projets, du niveau d'arbitrage. Du processus qui passe par le bureau des projets, avec les fiches d'opportunités ; et les projets qui vont aller en arbitrage* » (Directeur délégué pôle Gynécologie).

Si le bureau des projets semble être un point positif, pour les agents il l'est à condition que cela n'empiète pas trop sur la réalisation et l'avancement des projets :

> « *Il ne faut pas que la procédure étouffe l'innovation, l'envie de faire les choses. S'il y a un chef de service très réactif, et qu'il est bloqué par la démarche administrative. Le pôle a un rôle essentiel à jouer, c'est là où il peut l'accompagner* » (Chef de pôle Neurologie).

Par ailleurs, nous avons noté un manque de communication sur ce processus lors de notre enquête. Nous avons parlé du bureau des projets au cadre de service 1 du pôle gynécologie,

qui n'avait jamais entendu parler de cet outil de gestion, pourtant existant depuis un an à l'époque, ce qui symbolise d'une certaine façon le manque d'information descendante.

1.4 Une hybridation des logiques en attente, mais un changement de culture en cours

Il y a eu un changement de mentalité et de culture, pour le contrôleur de gestion pôle digestif. Ce chemin culturel vers la gestion s'est fait en partie par le nouveau système de financement de l'activité, selon le chef de service du pôle Neurologie : « *Les temps ont changé, on a imprimé dans le cerveau des médecins qu'ils devaient avoir un raisonnement économique* » (Chef de pôle Neurologie). Cette réflexion semble accompagner les médecins à présent, par exemple les demandes de poste de praticien hospitalier sont désormais accompagnées d'une valorisation de ce que le médecin va rapporter. Ils sont plus attentifs à leurs paramètres d'activité, de recettes et de dépenses.

Le pôle marque l'arrivée de la logique d'entreprise dans un hôpital, là où jusqu'à présent c'était l'aspect technique qui prévalait, l'intérêt se porte maintenant sur la valeur médicale des médecins, et la rentabilité des actes. Ce changement est appuyé par l'arrivée de la T2A, ce qui représente : « *une révolution à laquelle s'oppose encore un peu de résistance* » (Chef de pôle Gynécologie). En effet, si la prise de conscience et le changement de culture quant à la logique financière semble avancer à l'hôpital, il semble que le passage à une vraie logique de pôle se heurte à des enjeux de pouvoir et de culture : « *L'hôpital n'est pas assez mature pour dépasser cela* » (Cadre administratif pôle Neurologie). Pour certains agents, le changement de culture au sein de l'hôpital doit passer par une plus grande circulation de l'information :

> « *On doit leur donner plus les moyens d'être attentifs. Il y a quelques temps, on ne nous donnait pas la possibilité d'être au courant des choses. Les gens sont plus enclins à réfléchir dans leurs commandes, alors qu'avant, ça nous intéressait pas, parce qu'on n'avait pas l'information en unité* » (Cadre supérieur de santé du pôle Neurologie).

Si certains voient un changement de culture, pour d'autres, comme le cadre de service 2 du pôle Gynécologie, il est plutôt question d'un chevauchement de deux cultures pour l'heure, comme dans un état transitoire. Ce changement n'est pas toujours évident car par nature les

médecins ont eu tendance à penser que les blocages viennent souvent de l'administration. Or, le directeur délégué du pôle Gynécologie tempère cette vision. Selon lui la culture médicale s'est imprégnée d'une vision erronée de la réalité : « *Les médecins soignent les patients, et si les projets sont bloqués, c'est parce que l'administration va mettre des oppositions budgétaires et juridiques* » (Directeur délégué pôle Gynécologie). Pour ce directeur il est facile de dire : « *si on n'avance pas, c'est la faute de l'administration* » (Directeur délégué pôle Gynécologie). Pour dépasser cette vision il est nécessaire que les médecins intègrent une deuxième culture à côté de leur culture médicale. Une évolution vers une culture plus économique bien comprise par la nécessité de valorisation de l'activité, imputée à l'arrivée de la T2A. Si la prise de conscience a bien eu lieu grâce à la T2A, la diffusion d'une nouvelle culture est variable selon les pôles, et dépend de la capacité du chef de pôle à la diffuser. Ce qui se joue au niveau de sa légitimité au sein du pôle et de sa capacité à faire adhérer, c'est donc très personne-dépendant.

Par ailleurs, la logique polaire suppose pour certains une perte de la culture de services. Or, cet aspect est problématique selon l'un des chefs de services rencontrés. En partie du fait de la culture forte de chefferie de service au sein du CHU Santé. Il y aurait, d'après le chef de service 2 du pôle Digestif, un problème d'égo chez les chefs de services. Ainsi, la culture du service se heurte encore à la culture du pôle, le chef de pôle Gynécologie rappelle que les services sont des unités où les chefs ont un pouvoir fort, et où il y a un management très paternaliste.

Il en va de même pour la culture du site, qui se heurte à la logique polaire transversale. Le chef de pôle Gynécologie prend l'exemple de deux sites qui composent son pôle, deux maternités qui ont des politiques parfois différentes : « *Si un peut écraser l'autre* » (Chef de pôle Gynécologie). Il parle d'un esprit de clocher, ce qui montre bien l'importance de l'esprit de site. Cette opposition entre les deux sites est historique, mais, pour le chef de pôle, le pôle doit se rapprocher des unités universitaires, dans une logique de construction de projet, et un pôle mono-site représente un manque de complémentarité, lui préférant un pôle intersites à forte logique médicale.

1.4.1 Une prise de conscience de l'importance d'un soin au juste coût

L'aspect économique, la T2A, ainsi que les pôles ont permis une prise de conscience des enjeux gestionnaire de l'activité de soin de la part du personnel médical, ainsi des coûts des soins, précisent le chef de service 2 du pôle digestif, et le cadre de service pôle digestif. En effet, avant le pôle, c'est d'abord la T2A qui a fait évolué les mentalités en matière de finance. Ce système de financement a fait évoluer les pratiques, par une prise de conscience du coût du soin : « *il est désormais question de rendre des comptes, avec une attention de plus en plus accrue sur les coûts* » (Cadre de service 1 pôle Gynécologie).

Dès lors, les agents sont plus responsables pour le cadre supérieur de santé du pôle Neurologie. Il y a une prise de conscience de l'aspect économique, de l'importance du codage, tout cela est bien compris selon le chef de pôle Gynécologie. Sur le plan du gaspillage il y a une bonne prise de conscience. L'idée que tout a un coût est bien ancrée et le souci d'économie est présent.

Si la prise de conscience est apparue avec la T2A, le pôle apporte un plus en terme d'organisation selon le chef de pôle Gynécologie. En effet, l'organisation en pôle a permis aux agents de prendre conscience qu'ils sont tous parties prenantes de la gestion, ce qui est passé par une responsabilisation des cadres de services, d'après le cadre administratif pôle Gynécologie. Il y a également eu une prise de conscience des jeunes générations de médecins plus fluide qui a compris l'intérêt d'optimiser et d'améliorer les recettes du pôle, nous dit-il.

1.4.2 Le rapprochement des logiques gestionnaires et médicales

La relation administratif /soignant a évolué grâce aux pôles. L'avantage du pôle pour le contrôle de gestion est de pouvoir échanger avec les soignants et d'être plus proche de l'activité qu'il ne l'aurait imaginé. Auparavant le contrôle de gestion était assez coupé du monde des soins, là où le pôle permet une vision du service et du fonctionnement de l'activité médicale, explique le contrôleur de gestion pôle digestif. Le rapprochement des logiques médicales et administratives est bénéfique selon le chef de pôle Gynécologie. Pour lui, le

pôle : « *c'est l'association du médecin et du directeur, en cela réside l'unité médico-économique qui est une nouveauté* » (Chef de pôle Gynécologie).

Le pôle a permis de responsabiliser les médecins à la gestion. Ainsi, le cadre administratif pôle Gynécologie décrit, une nouvelle génération de chefs de services et de chefs de pôles émerge, ayant une nouvelle culture économique, s'intéressant à leurs dépenses, à leurs activités et qui essaient de comprendre le fonctionnement de l'activité.

Le fonctionnement par projet poussent les acteurs à travailler ensemble, à se rencontrer, et donc à se rapprocher. Le chef de pôle digestif nous explique que dans le cadre d'un dossier concernant la création d'une nouvelle unité de soin il a été amené à rencontrer le contrôle de gestion, la direction des soins infirmiers, la direction de l'architecture où encore la direction de site.

1.4.3 Un rapprochement des médecins et soignants au sein du pôle

Un des effets positifs du pôle reconnu par l'ensemble des médecins, et repris par le chef de service 1 du pôle digestif, est la proximité que le regroupement en pôle a permis entre collègues d'une même spécialité. En effet, la vision polaire, bien que critiquée par les agents de terrain, obtient comme aspect positif sa capacité à favoriser les rencontres, par la création d'espaces de communication qui favorisent l'échange de pratiques entre services, dépeint le cadre de service Neurologie. Le pôle semble favoriser les liens entre les différents parties prenantes, des gens qui ne se fréquentaient pas auparavant, deviennent des collaborateurs : « *on connaît les gens* » (Chef de service Gynécologie). La communication transversale permise par le pôle est un point positif qui est souvent relevé par les acteurs rencontrés : « *On échange beaucoup plus entre nous qu'au début, on échange des expériences* » (Cadre supérieur sage-femme 2 pôle Gynécologie).

L'uniformisation des protocoles est perçue positivement par les agents, comme source d'amélioration des pratiques, au profit des patients. Ainsi les médecins désormais échangent entre eux, se posent des questions sur leurs pratiques, se comparent ce qui est un dialogue précieux d'après le cadre administratif du pôle gynécologie, au service de la qualité de prise

en charge. Le pôle permet la mise en place de protocoles communs et favorise la coordination. A ce titre dans le pôle Gynécologie des chefferies de services transversales ont été mises en place, c'est-à-dire des chefferies de services multi-sites, pour favoriser cette coordination. Toutefois, un cadre sage femme y pose un bémol. L'uniformisation ne doit être égale à un effacement des identités et des pratiques :

> « *On veut à tout prix rassembler et uniformiser. Uniformiser sur des sujets c'est très bien, sur d'autres, je crois qu'il faut garder les histoires parce que se sont des structures différentes, des localisations différentes, des problématiques différentes* » (Cadre supérieur sage femme pôle Gynécologie).

Il rejoint malgré tout les autres avis sur l'intérêt de la mise en place de protocoles communs, à condition que celle-ci soit assez étudiée, et en prenant compte l'histoire des structures, ce qui semble pour l'heure faire encore défaut.

Si le pôle a permis des rapprochements entre médecins, en favorisant les rencontres, il a parfois été délicat de rassembler des services de sites différents autour d'un même projet. Dans le pôle Gynécologie les deux sites emblématiques, les deux maternités, qui ont des cultures d'appartenance et d'identification forte ont eu du mal à se regrouper. Le chef de pôle nous parle d'une forte opposition, de la nécessité de procéder par étapes pour passer de l'opposition à la négociation. Il déplore d'ailleurs qu'un certain nombre d'éléments n'aient pas abouti. Dans d'autres pôles cela a été parfois plus simple, et les médecins s'entendent bien, notamment parce que : « *les spécialités sont proches, et complémentaires, ce qui crée de la cohérence* » (Chef de service Neurologie). Selon son cadre supérieur de santé, le pôle Neurologie serait un pôle où il n' y a pas de problématique d'entente lors des réunions.

Bien qu'assez décrié par son aspect cloisonnant, un cadre de service du pôle Gynécologie voit dans le pôle l'avantage de créer un sentiment d'appartenance à une entité commune : « *J'apprécie de sentir que j'appartiens à un pôle, à une identité commune* » (Cadre de service 3 pôle Gynécologie).

Synthèse intermédiaire

On peut retenir, à ce stade, un certain nombre de points importants concernant l'incertitude des préférences. Tout d'abord, nous avons souligné un problème de définition des rôles, qui entraînent des pratiques hétérogènes, en fonction de la représentation des fonctions de chacun. Un constat qui illustre l'absence de définition préalable des préférences. Une définition des rôles qui peut aussi poser la question des compétences et des profils des agents, particulièrement concernant les cadres administratifs de pôle dont la fonction tend à évoluer vers un rôle d'assistant de gestion. Enfin, sur ce point, nous avons vu que la multiplicité des acteurs, et des instances, avec l'arrivée des pôles, est source de tensions entre différents niveaux de gestion. En effet, le redécoupage des fonctions entraîne des enjeux de répartition du pouvoir, entre la DG, le site et le pôle.

Dans un second temps, nous avons relaté l'opposition qui persiste entre la logique gestionnaire et la logique médicale. Sur bien des points, les préférences des acteurs ne se rejoignent pas. Ainsi, les agents de terrain déplorent le fait que l'aspect financier l'emporte sur les décisions médicales et la qualité des soins. Ceci s'explique par un contexte économique difficile, le CHU-Santé étant engagé dans un plan de retour à l'équilibre financier. Si les acteurs du soin ont intégré cette question financière, ils regrettent toutefois les choix stratégiques de la DG et l'absence de considération de la charge de travail dans les décisions qui sont prises, notamment en matière d'effectif. Cette prévalence, quasi-systématique, compte tenu du contexte financier, de la logique gestionnaire sur la logique médicale, nous amène d'ailleurs à remettre en question ce que nous avons perçu comme une incertitude des préférences. En effet, si les oppositions sont manifestes, il semble que dans la décision ce soit la logique financière qui l'emporte généralement sur la logique médicale, ce qui laisse penser que l'incertitude se soit réduite au profit de la sphère gestionnaire.

Par la suite, nous nous sommes attardé sur les processus de gestion. Nous avons d'abord souligné l'absence de délégation de gestion générale, ce qui est une vraie attente de la part des agents du pôle. En effet, face à une conjecture économie difficile, la DG a fait le choix d'une recentralisation forte. Pour ce qui est des processus de gestion, plus précisément, là encore, notre analyse reflète l'absence de processus stables, clairement établis, où les préférences de chacun s'entremêlent, créant des pratiques hétérogènes, par accommodation. Ainsi, si la mutualisation est reconnue comme nécessaire, voire indispensable pour optimiser le

fonctionnement de l'hôpital, elle reste difficile à mettre en place. Et ce, pour diverses raisons, que ce soit l'opposition des agents, soulevant les questions de la substituabilité des agents, de la prise en compte de la charge de travail, où encore de l'attachement au service avant le pôle. De plus, si le pôle a permis le décloisonnement des services, on assiste à une balkanisation des pôles, avec un cloisonnement fort, dont résulte un manque de transversalité. Ainsi, à ce niveau de gestion, on ne retrouve toujours pas de définition claire des préférences, ni la poursuite d'un objectif commun. Cette forte centralisation contraint également le recrutement dans les pôles, qui devient alors un processus long, voir un enjeu d'économies. Enfin, une tentative d'unité autour de la gestion des projets se développe avec la création d'un bureau des projets. S'il a reçu quelques critiques, il semble que la majorité des agents s'entendent sur le bienfait de sa capacité à créer un processus plus stable de dépôt et de priorisation des projets, en ayant le pôle comme premier filtre, et, d'une certaine façon lever un peu de l'incertitude des préférences. Toutefois, ce processus a été abandonné suite à un changement de direction, et n'a donc pas pu aboutir complètement, laissant cette gestion des projets dans une certaine incertitude.

Enfin, si notre analyse démontre que, pour l'heure, le pôle n'a pas permis l'hybridation des logiques médicales et gestionnaires, ce dernier a toutefois assuré un changement de culture, dans le tournant gestionnaire. On note, en effet, un rapprochement de ces logiques, notamment autour du besoin de développement de l'activité, et une prise de conscience des agents du terrain du coût du soin. Cet élément économique est bien intégré par les agents, qui sont désormais plus attentifs à ces dépenses. Par ailleurs, le pôle a également permis un rapprochement entre les acteurs du médical et du paramédical, réduisant, ainsi, un peu la frontière entre ces deux mondes.

Au regard de notre problématique, et de nos propositions de recherche plusieurs éléments apparaissent à ce stade, concernant l'incertitude des préférences. Tout d'abord, d'après Mintzberg (1982), la création de divisions comme les pôles doit rassembler les logiques gestionnaires et médicales dans une même unité. Ce rassemblement a bien lieu, les deux logiques sont rassemblées au sein d'une même unité. Pour autant, on ne retrouve pas le rapprochement qui devait aboutir à une hybridation des logiques et tendre vers une vision médico-économique commune et partagée. De gros écarts irréconciliables persistent, même si on note toutefois quelques convergences, sur le contrôle des coûts et le développement de l'activité. Ici, la division fait office d'évolution culturelle, plus que de convergence, ou encore

d'hybridation des logiques. Dans nos propositions de recherche, nous pensions que la volonté de parvenir à ce rapprochement aurait tendance à se traduire par une définition plus claire des préférences. Or, nous l'avons vu, que ce soit pour les rôles, les décisions médicales, ou encore les processus de gestion, les préférences restent peu définies, et surtout peu communes à l'ensemble des acteurs. Ainsi, la supposée poursuite d'un objectif stratégique commun, défini ensemble n'apparaît pas, et chacun semble rester à la poursuite de son propre objectif, de la qualité des soins, à la résolution de problèmes financiers.

Pour Mintzberg (1982), la divisionnalisation constitue une forme limitée de décentralisation verticale. Il parle plutôt d'une concentration de pouvoirs de décisions entre les mains d'un nombre limité de personnes, les directeurs de divisions, ces derniers étant davantage proche du sommet stratégique. Dans notre étude, la décentralisation est bien limitée, voire trop pour une SD. Nous sommes, en effet, face à une forte centralisation, qui est la réponse de la DG à cette divergence de préférences. Dès lors, le pouvoir ne descend pas jusqu'au niveau des directeurs de divisions, que sont les chefs de pôle.

Toujours d'après Mintzberg (1982), les préférences émises par le sommet stratégique sont suivies dans les divisions, dans une logique de contractualisation. Dans le cadre de la nouvelle gouvernance hospitalière, c'est le rôle du contrat de pôle, de traduire les préférences du sommet stratégique en objectifs à poursuivre par les divisions. Ainsi, le contrat de pôle définit cet objectif commun, en établissant des objectifs et des moyens. Or, au CHU-Santé, les contrats de pôle n'ont pas été renouvelés en 2014, ce qui laissent les pôles dans un fonctionnement sans cet objectif commun clairement défini, et surtout traduit en objectifs à atteindre. Mintzberg ajoute « *on donne à ces unités des normes de performance et on leur laisse l'autonomie tant que les normes sont atteintes* » (Mintzberg, 1982, p.183). Or, sans contrat de pôle, ces normes ne peuvent être clairement définies, d'où l'hétérogénéité des pratiques, et une faible autonomie accordée aux pôles.

2 Un flou technologique encouragé par la multiplication des instruments de gestion

Dans cette section il sera question du flou technologique dans les pôles. Ce flou, dans un contexte de tournant gestionnaire, s'axe principalement sur les outils de gestion qui se multiplient. En effet, ces outils qui prolifèrent posent question. Tout d'abord pour ce qui est

de leur constitution et de leur usage, mais ils soulèvent également la question de compétences des agents pour maîtriser ces outils.

2.1 Les tableaux de bords mobilisés par les pôles

> « *Les pôles ont permis d'apporter des outils de suivi. Ces tableaux ont été appropriés par les chefs de service. Un premier palier est passé par les indicateurs, en tant qu'outils de communication* » (Chef de service 1, pôle Digestif).

Il semble que les tableaux de bord ont permis un rapprochement entre le contrôle de gestion et le pôle :

> « *La relation est intéressante. De partager, de connaître la problématique du terrain. Avant, on était coupé du monde des soins. Même si on a un rôle très administratif, on a quand même cette vision du service et du fonctionnement du service* » (Contrôleur de gestion du pôle Digestif).

Il apparaît qu'à travers le pôle, et plus précisément le partage d'outils de gestion entre la sphère administrative et médicale les rencontres se soient développées, ce qui permet de lever un peu de flou technologique, par la communication. Une cohabitation accrue par la relation entre le chef de pôle et le cadre administratif dans certains pôles. Le chef de pôle digestif nous confie qu'il utilise beaucoup les tableaux de bord pour : « *la gestion du pôle, les idées, l'orientation, l'activité des services* » (Chef de pôle digestif). C'est le cadre administratif qui fait l'analyse des tableaux et qui synthétise les données pour dégager des tendances. Cette synthèse est ensuite présentée lors des réunions du pôle.

Chaque contrôleur de gestion est référant d'environ 5 pôles et se positionne comme une fonction support, notamment pour les études médico-économiques dans le cadre de développement de projets :

« *Ils nous appellent quand ils ont besoin d'informations, d'éléments particuliers, pour toutes les études qu'ils souhaitent mener lorsqu'ils ont un projet économique* » (Contrôleur de gestion du pôle digestif).

« *Quand il y a des projets de déposés, des fiches d'opportunités, après la fiche projet. On est censé intervenir au niveau de la fiche projet, en lien avec le porteur du projet* » (Contrôleur de gestion pôle Neurologie).

Tableau 24 Tableaux mobilisés lors des réunions

	Digestif	Neurologie	Gynécologie
Présentation des données	Focus activité durant les bureaux de pôle élargis: Flash activité/ Recettes	Présentation des Tdbs au cours des réunions	Présentation des Tdbs au cours des réunions de pôle élargies
Qui présente ?	Présentation faite par le contrôleur de gestion (inversion des rôles)	Directeur Délégué fait des topos sur les Tdbs durant les réunions, recherche d'explications auprès des agents du terrain	Présentation des données par l'équipe du pôle
Suivi des données	Peu de suivi des Tdbs	Peu de suivi des Tdbs, surprise face à certains résultats qui semblent en décalage avec le terrain. Recherche de sens *a posteriori*, sans anticipation	Pas de points spécifiques au cours des réunions hebdomadaires Mobilisation au besoin d'indicateurs: DMS, entrées, sorties
Accès aux données	Manque de données et d'outils pour faire un suivi: absence de budget prévisionnel, discordance des chiffres	Difficulté d'accès aux outils décisionnels. Tdbs disponibles uniquement sur demande auprès du contrôleur de gestion	Manque d'outils

Remise en question des données	Décalages liés à des problèmes informatiques, multiplicité des logiciels, et multiplicité des acteurs à gérer un même cas	Remise en question des calculs	Critique des chiffres, tableaux mal construits, de mauvais indicateurs qui n'amènent à aucune prise de décision
Atouts	Analyse plus prévisionnelle sur les dépenses pharmaceutiques		Fiches d'opportunités: outils pour les projets médicaux à destination du bureau des projets Priorisation des fiches de projets Outil intéressant pour les cadres d'après les acteurs
Difficultés	GDD qui manque de clarté Tdbs performances pas toujours disponibles, ni bien compris Affectation d'agents à des postes vacants	CREA pas clair Lien avec l'activité des médecins (répartition transversale des dépenses) Processus de remplissage des tableaux complexe (MIG[34]) Longueur processus GDD, incohérence	Crainte d'un échec du bureau des projets, de difficultés

Source : Elaboration personnelle à partir des données d'observations

Les indicateurs privilégiés sont la DMS[35], le taux d'occupation des lits, et le nombre de séjours. On note une forte attente des CREA[36] par les acteurs pour savoir si le pôle est excédentaire ou non.[37] Pour ce qui est du suivi des tableaux de bord ces outils sont peu mobilisés au cours de bureaux de pôle. Ils sont plutôt présentés durant les bureaux de pôle élargis, sous forme de constat. Il est donc plus question de contrôle que de pilotage.[38] Un état en partie lié à un besoin d'outils différents et aux changements trop fréquents de logiciels. Les

[34] Mission d'Intérêt Général
[35] Durée Moyenne de Séjour
[36] Compte de REsultat Analytique
[37] Un indicateur qui n'est pas le plus pertinent d'après les contrôleurs de gestion qui travaillent sur la création de CREA dynamiques
[38] D'après les contrôleurs de gestion les acteurs se situent à un stade de constat des chiffres qualifié de « *rétroviseur* »

données d'activité sont souvent critiquées, elles semblent être en décalage avec la réalité du terrain d'après les acteurs. Pour autant, ces outils, bien qu'inadaptés, ont une fonction mobilisatrice nouvelle. Ils permettent de réunir des acteurs différents autour d'un même objet et de les faire réfléchir sur la réalité de leur activité.

Les tableaux de bord mensuels constituent une routine qui s'accompagne des demandes ponctuelles faites aux contrôleurs de gestion. Le contrôle de gestion produit chaque mois des tableaux de bord qui comportent des indicateurs d'activité et de dépenses qui peuvent éclairer et aider au pilotage du pôle :

> « *Tous les mois, sur le site du contrôle de gestion, vous avez une production mensuelle d'indicateurs du type : nombre d'entrées, durée de séjour. De même que vous avez, côté dépense : dépense en personnel médical et non médical* » (Cadre administratif pôle gynécologie).

La quasi-totalité des acteurs utilisent les tableaux de bord fournis par le contrôle de gestion et ne font pas leurs propres tableaux. Même si nous avons pu observer durant notre présence un gros travail fait sur les tableaux d'effectifs cibles. Cette absence de tableaux du pôle est expliquée soit parce qu'ils trouvent que les tableaux fournis sont suffisants, soit par manque de temps : « *J'ai pas le temps de le faire mon tableau de bord. J'ai largement mon temps occupé par d'autres tâches* » (Cadre supérieur sage-femme 2 pôle gynécologie). Il semble néanmoins, que la mobilisation de ces données soit rentrée dans le quotidien du pôle désormais :

> « *On les regarde, on les analyse. Par exemple, le cadre admin a pris la décision, parce qu'il y avait un congé mat, de déplacer ou de demander à la secrétaire de travailler pour d'autres services pour mutualiser les efforts. Ca me semblait une bonne idée. Il fallait quand même faire une analyse de la charge de travail par secrétariat et par secrétaire. Dans chaque service, on a le nombre de consultations de chaque séjour, un contrôle de SPIM. On a fait une étude des ratios. Le service qui devait être remplacé était plus doté que les autres. C'est un outil de gestion du personnel pratique* » (Chef de pôle Neurologie).

Le CREA est l'outil phare des acteurs du pôle, peut-être parce qu'il est le plus lisible, et permet de rendre compte de l'évolution des recettes et des dépenses. Il est présenté par pôle, et par service, ce qui permet un suivi, mais celui-ci n'est pas expliqué aux acteurs, ce que déplore le Cadre administratif du pôle Digestif, même si selon les contrôleurs de gestion les CREA sont appréciés car ils sont faciles à comprendre. De plus, cet outil, bien qu'apprécié est souvent mis à disposition avec beaucoup de retard, ne permettant qu'une analyse rétrospective. Dans le pôle Digestif, le CREA est arrivé avec un an et demi de retard. Par ailleurs, selon le contrôleur de gestion du pôle gynécologie, les CREA ne sont pas considérés comme des outils de pilotage par les contrôleurs de gestion, si la création de CREA dynamiques a été évoquée à plusieurs reprises, celle-ci n'est restée qu'au stade de projet :

> « *Sans citer de nom, j'ai un chef de pôle qui ne s'intéresse pas aux dépenses, mais dès le mois de mai me demande les CREA. J'ai essayé d'aller lui présenter ses dépenses, lui expliquer, il ne m'a plus jamais convié* » (Contrôleur de gestion du pôle Digestif).

> « *Le CREA c'est un effet rétroviseur. On n'est pas dans le prospectif, on ne peut pas prendre de mesures correctives sur le CREA. Je pense que ça peut donner des objectifs pour l'année suivante, dynamiser le pôle* » (Contrôleur de gestion du pôle Neurologie).

2.2 Des outils fortement remis en question par les équipes de soin

Il semble au sein des pôles que l'état actuel des outils de gestion mis à disposition ne permet pas une gestion prévisionnelle, et enclave le pôle dans une utilisation rétrospective des outils. La première des critiques portée à l'encontre des tableaux de bord est le délai de mise à disposition des données. Ce qui entrave la mise en place d'une démarche de pilotage prospectif : « *Nous n'avons pas les outils pour travailler comme on voudrait* » (Chef de pôle digestif). En effet, le délai de mise à disposition de certains chiffres est problématique. Certains tableaux sont livrés mois par mois, mais avec un retard d'un mois systématiquement, c'est notamment le cas pour les tableaux d'activité. Le tableau des recettes est disponible quant à lui avec deux mois de décalage, et via un autre logiciel, raconte le cadre administratif pôle Digestif. Ou encore, le CREA qui arrive avec plus d'un an de retard. Ainsi, les tableaux

de bords de performances ne sont pas toujours disponibles, où alors datent de plusieurs mois pour certains, ils ne sont donc pas d'actualité. Ainsi, le retard d'accès aux données pousse à être dans un système rétroviseur plutôt que pilotage réel de l'activité :

> « *Il n' y a pas de suivi des tableaux non plus. Des tableaux sont présentés en réunions élargies du pôle, mais dans des phases de constat, rétroviseur. Il n'y a pas d'anticipation, ni de prise de décision qui émanent de ces constats* » (Cadre de service 3 pôle gynécologie).

Ce qui est en décalage avec l'objectif premier du pôle, qui était de rapprocher la prise de décision du terrain.

La seconde critique qui revient au cours des entretiens est la multiplicité des indicateurs, comme le met en avant le chef de service 1 pôle Digestif. Au delà des délais, certains tableaux contiennent parfois trop d'informations et ne permettent pas le suivi, faute de lisibilité, selon le cadre administratif du pôle Biologie. Par exemple, les comptes de résultats sont livrés avec beaucoup de retard et les indicateurs ne sont pas très utilisables au quotidien. Les tableaux sont donc perçus par les acteurs du pôle comme non pragmatiques car il leur manque des indicateurs simples et réguliers. Globalement, ils ne sont pas tous très lisibles et sont souvent livrés avec du retard. Ils font alors le constat des chiffres, mais ce constat ne permet pas d'être réactif : « *Il faut plus de simplicité dans les indicateurs, et plus de régularité pour assurer un suivi* » (Chef de pôle Gynécologie).

Un autre point clé qui est soulevé par les agents du pôle est le changement trop fréquent d'outils :

> « *On a élaboré le tableau performance, qui a été diffusé 4 fois, et qui ne semble pas convenir à la nouvelle direction. On est en train de travailler un nouveau tableau de bord, accès tendance prévisionnel* » (Contrôleur de gestion du pôle digestif).

Il y a un problème de choix des outils décisionnels, nous confie le contrôleur de gestion du pôle digestif : « *Au fil du temps, ça fait des années que je suis là, ça change sans arrêt. On choisit un produit, on le teste, on l'abandonne, on passe à autre chose* » (Contrôleur de

gestion du pôle digestif). De plus, le grand chantier du DPI[39] mobilise l'équipe de la direction numérique, qui n'a que peu de temps pour s'interroger sur les logiciels mis en place, et encore moins dans une projection à long terme sur le choix d'outils décisionnels. A propos de ces changements d'outils, un contrôleur de gestion déplore l'absence d'un système unique à l'échelle nationale :

> « *Les systèmes d'infos sont disparates. Le ministère fait du benchmarking sur des données qui sont complétement différentes. On prend les entrées, selon le logiciel, ça change du simple au double* » (Contrôleur de gestion du pôle digestif).

Si les acteurs se contentent des outils mis à disposition concernant les aspects relevant de la gestion, ils sont parfois plus actifs concernant le suivi des activités de soins. Ce qui renvoie à l'idée qu'ils sont bien d'abord soignants avant d'être des gestionnaires :

> « *Au niveau des tableaux de bord, on n'en a pas suffisamment. Les indicateurs on s'en crée. Je fais des stat' sur l'activité obstétricale, sur le nombre d'accouchements, de césariennes. J'ai différents indicateurs médicaux que je suis tous les mois* » (Cadre supérieur sage-femme 2 pôle gynécologie).

Le reproche finalement fait aux outils est qu'en l'état ils ne permettent pas une gestion opérationnelle, prévisionnelle de l'activité. Il n'y a pas de réel pilotage, faute parfois d'avoir le bon outil : « *On ne peut pas dire qu'on a aucun outil de pilotage, mais ils ne vont pas jusqu'au bout de la démarche. Ils nous permettent pas une démarche, une gestion opérationnelle* » (Cadre administratif pôle Gynécologie). Ainsi, pour l'heure on se situe dans un stade de constat des chiffres, de : « *rétroviseur* » (Contrôleur de gestion pôle Digestif) et pas encore dans du pilotage de la performance. Il est donc plus question de contrôle que de pilotage. Ce constat est lié à un besoin d'outils différents, ce qui n'est pas permis notamment par le changement régulier de logiciel, qui pousse à un choix par l'informatique, où les acteurs doivent s'adapter au logiciel, et ce n'est pas le logiciel qui s'adapte aux besoins. De plus ces logiciels sont contraints par un problème de volume des données. En effet, il existe un trop plein d'informations différentes qui ne permet pas aux acteurs de procéder à un suivi, d'autant plus avec des changements d'outils constants.

[39] Dossier patient informatisé

2.2.1 Le cas particulier du budget, la gestion empêchée

Il semble qu'au sein du pôle que personne ne connaisse le budget de dépenses allouées : « *Il y a une opacité complète concernant le budget* » (Chef de service pôle Neurologie). Les dépenses sont effectuées sans lignes de budget : « *Le budget n'est pas clairement annoncé au pôle, c'est au jour le jour, c'est ce qu'on dépense* » (Chef de pôle digestif). Dans une unité de gestion telle que devrait être le pôle, le cadre administratif, garant de la gestion, ne connaît pas le budget du pôle.

L'absence de suivi possible du budget vient du décalage entre l'analyse du budget prévisionnel et des dépenses dans les tableaux de bord :

> « *Il y a un problème au niveau du suivi budgétaire, où il y a un budget prévisionnel par poste de dépenses et de l'autre côté un suivi mensuel des dépenses établi par UF*[40]*. Les cadres admin ont du mal à faire le lien entre les deux. Ils ne savent pas si ce qui est dépensé par UF correspond au prévisionnel ou pas* » (Chef de pôle digestif).

Une absence de maîtrise des budgets qui va à l'encontre de la contractualisation :

> « *On a des dépenses par UF, pas par compte. On ne sait pas où on en est par compte, on peut arriver à retrouver mais c'est difficile. Il faut retraiter manuellement les tableaux, ce qui n'est pas pratique. On n'a pas que ça à faire non plus* » (Cadre administratif pôle gynécologie).

Des solutions semblent pourtant exister, mais ont disparu des habitudes :

> « *Pour avoir un vrai pilotage économique du pôle, en tout cas pour ce qui est des dépenses, il faudrait qu'on ait les moyens, compte par compte, unité par unité, de savoir où on en est de notre budget. Or, ça, ça n'a plus été possible depuis 2011* » (Cadre administratif pôle gynécologie).

[40] Unité Fonctionnelle

Toutefois, même si ces données peuvent être réactualisées, la globalisation du budget au niveau du pôle complique une vision claire de la répartition des budgets et des dépenses :

> « *Pour la première fois depuis 2011, la semaine passée, on nous a donné les budgets délégués. On nous a dit : 'sur tel compte vous avez tant'. La difficulté, c'est qu'on ne peut pas gérer globalement un pôle, quel qu'il soit même s'il est petit. Par exemple, la gynéco et l'obstétrique, certaines unités dépensent plus sur certains comptes que d'autres, et globaliser un budget… on ne peut pas globaliser le budget* » (Cadre administratif pôle gynécologie).

Le budget global du pôle est assez souvent critiqué par les agents du terrain, dont le cadre de service 1 du pôle Gynécologie il serait source de tensions, voire de jalousies entre les services.

Au delà de l'impossibilité du suivi budgétaire, il y a une critique dans le mode de calcul du budget. Ce dernier est basé sur un système de prévision budgétaire en comparatif sur l'année N-1 :

> « *Vous avez dépensé 3000 euros dans l'année, vous aurez 3000 euros divisé par 12 par mois, et sinon vous ne pourrez plus commander. C'est une logique financière, on ne peut pas. Notre activité c'est l'urgence. Les dépenses antérieures et actuelles ne peuvent pas être les mêmes, c'est pas possible, on a des dépenses supplémentaires. On est dans une grosse structure qui ne cherche pas à comprendre. Si c'est pour avoir des tableaux comme ça, non !* » (Cadre supérieur sage-femme 1 pôle gynécologie).

Selon, le cadre de service 1 du pôle gynécologie, une des raisons de la difficile implantation de la mutualisation et du cloisonnement des pôles est liée à la complexité du mode de calcul du budget : « *Les coûts sont recensés au niveau du pôle, mais les recettes sont réparties au niveau global* » (Cadre de service 1 pôle gynécologie). De plus, il nous explique qu'il y a une facturation entre les pôles, qui n'améliore pas la situation.

2.2.2 Le codage, nouveau système d'engrangement des recettes

Depuis la T2A le travail sur le codage[41] s'est renforcé, avec une veille particulière pour ne pas perdre d'argent. C'est peut être le pan de gestion qui a été le plus intégré dans la sphère médicale, bien que des difficultés persistent. L'idée, selon laquelle, c'est le codage qui permet de gagner de l'argent, a bien été intégrée.

Pour autant tous les médecins ne se sont pas mis à coder, certains sont encore réfractaires à cette tâche administrative supplémentaire, ce qui pénalise les recettes du pôle :

> « *Il y en a qui ne codent pas. Le codage est récupéré par les internes et les secrétaires à peu près … mais il y a des erreurs … Je me suis aperçu que la personne qui codait les actes dans le système de facturation ne se préoccupait pas de l'UF qui était en tête du document. Personne ne lui avait expliqué qu'il fallait en tenir compte et rentrer ces actes là sur cette UF. J'avais des pertes d'argent sur l'UF, je devais avoir 30 échographies dans l'année alors que j'en fais 5000. Sauf que ces 5000 actes apparaissaient sur une autre UF* » (Cadre supérieur sage-femme 2 pôle gynécologie).

Des erreurs qui malheureusement peuvent représenter des pertes de revenus pour l'hôpital, qui témoignent du manque d'appropriation et de compréhension des outils.

L'amélioration du codage est donc au centre des préoccupations, c'est un enjeu clé à l'heure de la T2A pour dégager des recettes appropriées aux dépenses. Dans le pôle Gynécologie il y a une secrétaire médicale référent codage qui assure un contrôle de qualité du codage. Il n'y a toutefois pas de vraie comptabilité analytique : « *on ne sait pas exactement les ressources, les moyens qu'on a mis en face, non, ça c'est difficile* » (Cadre administratif pôle gynécologie).

[41] Il s'agit d'un système de classement des actes médicaux. A chaque acte médical correspond une allocation de ressource. Ainsi, avec la T2A, pour générer des recettes, les médecins doivent coder, c'est-à-dire, enregistrer dans un logiciel informatique, les actes médicaux exécutés. Sans quoi, l'hôpital n'obtient pas de ressources.

2.2.3 La GDD (Gestion Des Demandes) : des dépenses non maîtrisées

La gestion des demandes est l'outil de gestion le plus quotidien du pôle, il permet de valider les commandes de matériels, des dépenses médicales, du petit matériel médical et de la papeterie. Les cadres de service passent leur commande sur cette plateforme et les cadres administratifs ou supérieurs de santé, selon les pôles, sont en charge de la validation de ces commandes, en fonction des budgets et des référentiels des années précédentes. En théorie, il s'agit d'un outil permettant un suivi budgétaire, mais la réalité est toute autre, comme nous l'avons évoqué précédemment sur le budget. Cette gestion hôtelière et des stocks était auparavant l'apanage des sites, avant la création des pôles.

En effet, dans la GDD il n' y a pas de budget par UF, ce qui est un manque de cohérence. « *On valide des demandes sans connaissances réelles du terrain, ni du budget* » (Cadre administratif pôle Digestif). Les demandes sont validées sans connaissance du budget global :

> « *Ca fait deux ans qu'on fait comme ça. Je regarde quelle est la somme de la commande que je valide. S'il y a une erreur qui est faite, par exemple : s'il a mis 10 au lieu de 1. Quand je vois que la somme dépasse ce qu'on dépense habituellement pour ce produit là, je ne la valide pas, on le refait. Mais aujourd'hui, je n'ai pas les moyens de vérifier si ça correspond au budget mensuel. Ca perd son intérêt* » (Cadre supérieur sage-femme 2 pôle gynécologie).

Tout fonctionne par un système d'alerte, qui annonce au cadre qu'il ne reste bientôt plus d'argent. Il apparaît dès lors que la GDD est un outil compliqué, et pas très sûr d'après le cadre administratif du pôle Digestif :

> « *Il y a un manque d'informations sur le logiciel, et de clarté sur ce qui dépend ou non de la GDD. On avance un peu à l'aveugle, c'est assez vague. Il y a un peu de bricolage, parce qu'on a pas de mode d'emploi* » (Cadre administratif pôle Digestif).

On retrouve ici l'idée de fonctionnement par tâtonnement développée dans la théorie de l'anarchie organisée, et caractéristique d'une technologie floue.

La validation par le cadre supérieur de santé paraît avoir plus de sens, car il est plus au fait de l'activité et connaît mieux le matériel, ce qui lui permet de mieux apprécier la validité des commandes. Sans cette vision, la validation par le pôle semble avoir peu de sens : « *Les gens ne savent pas de quoi on parle* » (Cadre de service pôle Digestif). Dans le pôle Neurologie, selon les demandes c'est le cadre administratif la plupart du temps qui gère, en tant que responsable de la gestion financière du pôle. Il reconnaît toutefois que ce système est compliqué :

> « *On vous donne les moyens de valider une demande, mais sans savoir à quoi cela va servir. On fait partie du maillon de la chaîne, en ayant ni les tenants, ni les aboutissants, donc à gérer c'est compliqué* » (Cadre administratif pôle Neurologie).

Cette répartition entre le cadre administratif garant du budget et le cadre supérieur de santé, ayant la compétence soignante n'est pas toujours évidente :

> « *Quand je suis arrivé, le cadre admin m'a dit : 'la GDD, je valide par rapport aux dépenses'. Le problème, c'est qu'il a du mal à valider en temps et en heure. Nous, on a des délais. Si vous ne validez pas une semaine avant, vous n'êtes pas livré. Il a décidé de valider une fois par semaine. Comme cela mettait les cadres en difficulté, j'ai repris la validation. Je crois qu'il n'y a plus que moi qui valide. Je le fais tous les matins avant qu'ils attaquent. Au niveau budget, je ne sais pas, je regarde les quantités, si c'est raisonnable par rapport à l'activité et à ce que je connais du soin. Par rapport au budget, je ne sais pas. Je ne reçois pas les chiffres. On pourrait travailler ensemble, le cadre admin reçoit le tableau de ce qu'on a payé et des effectifs tous les mois. Qu'il m'en fasse part, et qu'on compare. J'aurais pu m'apercevoir d'erreurs. Je ne les reçois pas, je n'ai pas les accès, par manque de temps et pas par manque de volonté. J'ai du mal à savoir ce qu'il fait ou pas, je parle pour moi* » (Cadre supérieur de santé pôle Digestif).

Les avis divergent quant aux compétences nécessaires pour manier cet outil. Si certains estiment qu'il faut être soignant et avoir des connaissances pour valider les commandes et assurer un suivi, pour d'autres il s'agit d'une tâche administrative :

> « *C'est juste un outil de commande. On a des listes préétablies, on fait le choix de rien, on remplit les bons de commande informatiques. En tant qu'administratif il peut le faire* » (Cadre supérieur sage-femme 2 pôle gynécologie).

Ainsi, faute de lisibilité du budget, et de compétences en soins, certains cadres valident systématiquement les demandes. Il n'y a donc sur cette question des dépenses aucune gestion prévisionnelle, proactive engagée :

> « *Systématiquement, en tant que cadre admin, je valide. Pourquoi ? Parce que j'estime ne pas être à ma place en faisant de la censure de commande. Pour des services de soins, qui je suis, moi qui n'ai jamais été infirmière, ou docteur pour dire à un service vous ne pouvez pas … Le seul qui ait une légitimité pour voir la pertinence d'une commande c'est le cadre supérieur soignant. Moi je ne valide jamais les commandes des services de soins, je les valide en l'absence du cadre supérieur soignant* » (Cadre administratif pôle gynécologie).

Auparavant les budgets par UF étaient disponibles sur la plateforme de la GDD, mais il y a eu un changement de logiciel de gestion économique et cela n'a plus été possible. Dès lors les budgets étaient par pôle, et ne sont plus répartis par UF. Le changement de logiciel contraint donc le bon suivi de l'activité. Il existe bien un système d'alerte qui indique au pôle quand il atteint les limites de son budget, par rapport aux dépenses de l'année précédente. Les alertes sont calculées par rapport aux dépenses des années passées. Mais les alertes ne coupent pas les budgets, donc comme le reconnaît le cadre administratif du pôle Neurologie : « *c'est une alerte qui n'a pas vraiment de poids* » (Cadre administratif pôle Neurologie), donc ce système n'a pas d'impacts : « *comme les alertes ne sont pas bloquantes on valide quand même* » (Cadre supérieur sage-femme 2 pôle gynécologie). Au-delà de l'absence de suivi budgétaire, il semble que le système d'alerte ne fonctionne pas. Ce système d'alerte est ignoré car il faut continuer à pouvoir soigner, mais également par manque de compréhension de ce système :

> « *Je suppose que c'est l'outil informatique lui même, qu'il doit y avoir des alertes automatiques à partir de certains montants dépassés, je ne sais pas. Parce que moi, je ne suis pas trop branché informatique. La conception de l'outil je ne me suis pas penché dessus, je suis l'utilisatrice c'est tout* » (Cadre supérieur sage-femme 2 pôle gynécologie).

Le système d'alerte ne permet pas un réel pilotage, et un suivi des demandes :

> « *Moi je préférerais avoir des vrais outils de pilotage. Dès le début de l'année, que chaque cadre ait son tableau de bord, avec ses dépenses mensuelles. Qu'on fasse des commandes comme on faisait avant. Il y avait même des cadres qui tenaient des classeurs de commandes, où ils mettaient le total, où ils rapportaient ce qu'ils avaient dépensé. C'est une gestion de bon père de famille comme on dit. On sait faire. Il faut qu'au départ on ait les outils, pour l'instant, on ne les a pas complétement* » (Cadre administratif pôle gynécologie).

2.2.4 Des données dans les tableaux de bord qui ne correspondent pas à la réalité

« *Les chiffres sont faux* » (Cadre supérieur sage-femme de pôle gynécologie). C'est une phrase que nous avons beaucoup entendu lors des entretiens ou des réunions auxquelles nous avons assisté. Ce cadre met ici en avant l'écart entre les chiffres des services et les calculs fait par la centrale qui sont souvent en décalage avec la réalité :

> « *Les indicateurs institutionnels, ils sont, à mon sens, insuffisants, en terme d'activité. Pas forcément insuffisants, ils ne sont pas le reflet de la réalité. Il y a énormément de choses, de recueil de données qui sont inexactes* » (Cadre supérieur sage-femme 2 pôle gynécologie).

Prenons un exemple précis qui reflète ce décalage :

> « *Le nombre d'entrées avait chuté, ça représente une grosse différence. L'année dernière il y en avait 350 et là 230, donc une chute importante. Au dire des cadres de santé, cela ne correspond pas à la réalité, ce qui peut être un problème de saisie, de codification* » (Chef de pôle digestif).

Il existe des différences entre les chiffres d'activité du contrôle de gestion et ceux du PMSI, et du SPIM[42] : « *Tout le monde ne calcule pas forcément pareil, entre le contrôle de gestion et le DIM* » (Cadre administratif pôle Neurologie). Cette multiplicité des sources de données, qui ne se correspondent pas toujours, rend difficile le compte rendu de la réalité :

> « *Il y a toujours un décalage dans la saisie de la T2A dans le comptage. C'est souvent un peu frustrant pour les cadres qui ne retrouvent pas, dans les chiffres PMSI, exactement l'activité, à la hauteur de ce qu'ils ont dans le contrôle de gestion* » (Cadre administratif pôle gynécologie).

Le gros point d'écart entre les tableaux de bord et la réalité des services, qui cristallise l'opposition entre l'administration et les soignants, se situe sur la question des effectifs. Cet enjeu essentiel dans un contexte de réduction du personnel, avec des effectifs cibles mis en place :

> « *Nous faisons un travail avec les cadres de santé pour faire le point sur le volume du personnel paramédical parce qu'on nous reproche d'avoir un personnel para médical pléthorique ce qui n'est pas le cas dans les faits, on découvre des anomalies d'affectation* » (Chef de pôle digestif).

En effet, le travail sur les effectifs cibles a été révélateur de nombreux dysfonctionnements d'affectation :

> « *Au niveau des directions, il y a un nombre de paramètres qui n'ont pas été pris en compte, tout simplement. On a identifié des personnels qui ont quitté le pôle depuis longtemps et qui sont toujours sur le budget du pôle. Dans le service de X, quand on a épluché les comptes, on a découvert qu'il a un praticien attaché depuis 10 ans, qu'il ne connaît pas, qui est rémunéré, qui ne vient pas, qui n'est jamais venu. On le retrouvait également dans le personnel paramédical, où des infirmières ont quitté l'institution depuis 10 ans et sont toujours salariés. Ca dépasse les problématiques de pôle, mais ça montre le manque d'organisation de certaines directions* » (Chef de pôle digestif).

[42] Santé Publique et Information Médicale

Le constat de ces dysfonctionnements a contraint le pôle à un travail de mise à plat de ces effectifs et la constitution de tableaux pour rendre compte de la réalité des effectifs à disposition. Le pôle a dû prendre entièrement à sa charge ce travail, faute de base de données. On constate bien ici l'absence d'outils et de données adéquates, ce qui pénalise l'activité du pôle, qui se voit refuser des recrutements ou des remplacements sous couvert d'un faux excédent de personnel :

> « *Ils trouvent que je suis en sureffectif, alors que je suis en réel à moins 6 agents sur le terrain. Je suis à beaucoup moins, 10 ou 12, avec les arrêts maladies. Le décalage, c'est qu'il y a beaucoup d'ASH qui était sur d'autres missions. J'ai retrouvé des gens, quand j'ai nettoyé mes UF, ça fait 2 ans qu'ils étaient plus sur les pôles, ils étaient toujours impactés sur nos effectifs* » (Cadre supérieur de santé pôle Digestif).

Les effectifs cibles sont calculés sans prise en compte des arrêts maladies puisque les gens sont rémunérés, ce qui fausse la réalité du terrain et contraint l'activité, d'après le Cadre supérieur de santé pôle Digestif.

2.2.5 Un difficile accès aux données par les agents du pôle

Le cadre administratif du pôle, dont il est attendu qu'il devienne un contrôleur de gestion du pôle, ne dispose pas de l'accès total aux logiciels de contrôle de gestion, ce qui semble être paradoxal. Le plus contraignant est qu'il est parfois question d'outils décisionnels, ce qui empêche des réactions actives de la part du pôle. Les cadres n'ont en effet pas accès aux outils informatiques décisionnels nécessaires et sont donc, de fait, dépendants du contrôleur de gestion. Or, les contrôleurs de gestion s'éloignent des pôles dans leurs missions. Ils se rapprochent de la Direction Générale, avec une fonction de contrôle de gestion plus agrégé au niveau de l'établissement. Cela crée une situation paradoxale où les contrôleurs de gestion ont moins de temps à accorder aux pôles et où les cadres, qui devraient prendre le relais, n'ont pas les outils à leur disposition. Les recettes et les dépenses sont gérées par le contrôleur de

gestion et les données médicales sont gérées, quant à elles, par le SPIM[43], ce qui complique les voies d'accès pour le pôle. Ce problème d'accès aux outils atteint l'ensemble des membres du pôle.

Pour les cadres supérieurs de santé, en pleine révision des effectifs, ces difficultés d'accès aux données représentent une contrainte :

> « *Je n'ai toujours pas les accès au logiciel où il y a tous les agents qui sont enregistrés, où le logiciel décisionnel. Je suis handicapée dans ma fonction* » (Cadre supérieur de santé pôle Digestif).

> « *Je n'utilise pas trop. J'ai beaucoup de mal à accéder à tout ça. J'en ai pas trop l'utilité, j'utilise pas, ce n'est pas mon quotidien* » (Cadre supérieur de santé pôle Neurologie)

De leur côté, les chefs de pôle, s'interrogent sur les données qu'ils manipulent :

> « *Il y a des données qui sont opaques, on ne peut pas y accéder. On ne sait pas comment c'est affecté. C'est un handicap pour le fonctionnement de service, et démotivant pour certains* » (Chef de pôle digestif)

> « *On a très peu de renseignements sur les consommations de médicaments et de dispositifs. On n'a pas assez une analyse pertinente de, ce que j'appelle dans mon langage, la performance. C'est-à-dire, ce qu'on est capable de faire en activité médicale, par rapport aux moyens qu'on a. On n'a pas cette analyse là. On a les analyses globales. Il n'y a pas d'analyse qualitative de la performance des équipes de soin* » (Chef de pôle Neurologie).

Les cadres de services, qui n'ont pas accès aux tableaux de bord, ils se contentent de la présentation qui en est faite en bureau de pôle élargi. Mais pour certains cadres, ces tableaux ne leur sont pas utiles et ne correspondent pas à leurs besoins : « *il y a trop de chiffres, ça ne donne pas envie de comprendre* » (Cadre de service pôle Digestif). « *Il est aujourd'hui*

[43] Santé Publique et Information Médicale

impossible d'obtenir un tableau des effectifs par la DG » (Cadre de service 2 pôle gynécologie).

Pour le contrôleur de gestion du pôle Neurologie, il faut tempérer ce discours sur le manque d'accès aux données : « *Ils ont les dépenses par titre avec quelques détails par UF. Déjà, ils ont cette première approche* » (Contrôleur de gestion, pôle Neurologie). D'après lui il y a déjà fort à faire avec les outils disponibles :

> « *Il y en a certains, pour lesquels c'est devenu une routine. Ils reçoivent un fichier, c'est une requête, uniquement de leur pôle, par produit. Ce sont les mêmes données que celles qui sont fournies dans le tableau de bord, mais avec le détail pour le titre 3 par produit. C'est la DSN*[44]*, l'informatique qui met à disposition tous les mois un fichier avec toutes les dépenses par produit pour la pharmacie* » (Contrôleur de gestion, pôle Neurologie).

Selon lui les acteurs du pôle ne s'empressent pas de manipuler les tableaux de bord, ni de consulter les outils de gestion :

> « *Le fichier n'a pas été alimenté dans le site intranet selon le calendrier prévu. Parfois on ne reçoit aucun coup de fil. Il est même arrivé qu'on soit le 20 du mois, et rien sur le site, pour des raisons techniques, ou un oubli, ou une erreur : silence radio, ça veut dire qu'ils n'y vont pas* » (Contrôleur de gestion pôle Neurologie).

Selon lui, le problème d'accès aux données est plus un prétexte qu'une réalité, ou qu'un réel problème.

Il reconnaît toutefois certaines limites des outils :

> « *S'ils souhaitent aller plus loin, aujourd'hui, c'est un problème de capacité. Avec Excel, on n'a pas la possibilité de mettre un produit à l'UF, même mois par mois, ça démultiplie les lignes. C'est valable pour les effectifs aussi. Les ETP nominatifs*

[44] Direction des Services Numériques

> *par exemple, mois par mois, par UF, c'est des fichiers qui font des centaines de millier de lignes. Il y a un problème de capacité. C'est un travail qui a été expliqué, qui est en résolution. On ne peut pas, en routine, leur mettre à disposition les dépenses par produit, sur le site intranet, tous les mois, pour cette raison là. C'est un problème technique bêtement, c'est une réalité* » (Contrôleur de gestion, pôle Neurologie).

Si les accès sont parfois limités par choix, il arrive que les défaillances techniques ne permettent plus d'assurer le suivi des tableaux de bords :

> « *Il y a eu des problèmes de base de données au niveau central. Pendant quelques temps, on n'a plus eu accès au budget mensuel qui nous était alloué* » (Cadre supérieur sage-femme 2, pôle Gynécologie).

En vue de réduire ce problème d'accès, il est en projet de mettre en place une base de données, un *cube*, à disposition des cadres administratifs afin qu'ils puissent extraire les informations dont ils ont besoin.

2.3 Un manque de compétences pour une bonne maîtrise des outils de gestion

« *Qui comprend un tableau de bord ?* » (Cadre de service 2 pôle gynécologie). Cette citation résume assez bien le décalage qu'il y a parfois entre l'attente de l'administration sur les capacités de gestion du pôle, et la réalité des compétences des agents sur ces questions là : « *Je ne suis pas copine avec les chiffres* » (Cadre de service 4 pôle gynécologie) se confie un cadre, pour qui le tableau de bord n'est pas un outil du quotidien, faute de temps et d'habitude. Tout le monde ne s'intéresse pas dans la même mesure aux outils de gestion, ce qui renvoie à la question du changement culturel évoqué précédemment :

> « *Certaines n'ont jamais regardé ça, ils savent que ça existe parce qu'on essaie de leur inculquer cette culture à chaque réunion : leur faire un focus activité, leur faire comprendre l'importance que ça peut avoir dans l'orientation de nos*

> *activités médicales, ou dans leur valorisation. Mais c'est un travail de modification culturelle qui n'est pas simple* » (Chef de pôle digestif).

Si la culture semble se modifier, il n' y a pas encore d'appropriation des outils de gestion de la part des agents :

> « *Ce qui les intéresse, c'est le chiffre à la fin, plus ou moins. On a beau leur expliquer comment c'est réalisé et conçu, comment c'est calculé, sur quoi on pourrait faire des efforts, c'est pas ce qui les intéresse* » (Contrôleur de gestion du pôle digestif).

La focalisation actuelle est sur le caractère excédentaire ou non du pôle : « *C'est une fierté qu'ils ont : 'je suis excédentaire'* » (Contrôleur de gestion du pôle digestif)

A noter que les données traitées dans un établissement aussi grand que le CHU Santé sont colossales :

> « *Des données on en a énormément. On récupère des infos le plus fin possible. Quand c'est des millions de lignes qu'on a dans les tableaux, faut les gérer et montrer quelque chose de cohérent* » (Contrôleur de gestion du pôle digestif).

Il s'agit là d'un niveau de complexité qui demande un grand niveau de compétence pour arriver à une certaine compréhension, et une certaine maîtrise. L'accompagnement du contrôleur de gestion semble donc indispensable au pôle : « *On a besoin du contrôleur de gestion pour aller plus loin pour une analyse plus fine des données* » (Chef de pôle digestif). Dans le pôle digestif le contrôleur de gestion référent a été absent pour cause de maladie, une absence qui a constitué un « *gros handicap* » (Chef de pôle digestif).

Pour autant, selon les contrôleurs de gestion, la compétence de gestion doit reposer sur le cadre administratif qui doit être un vrai gestionnaire, en prise avec tous les outils de gestion. Le suivi et la veille doivent venir du pôle, et non pas, comme c'est encore souvent le cas, du contrôle de gestion qui relève les atypies. Cela permettrait de veiller aux bonnes imputations des activités et éviter des erreurs de calcul, ou de résultats, qui sont ensuite reprochés au contrôle de gestion, mais qui résultent d'un manque de vigilance du terrain dans les

procédures. Toutefois, cette passation entre le contrôle de gestion et le cadre administratif n'est pas encore faite. Le cadre administratif du pôle Neurologie s'en réfère beaucoup au contrôleur de gestion et au médecin du DIM : « *parce que je n'ai pas le temps* » nous explique-t-il. Il n'assure donc pas un suivi des tableaux et des données mois par mois, mais fonctionne par demande auprès des spécialistes. Or, si le contrôleur de gestion participe parfois à certaines réunions, il ne s'estime pas toujours en mesure d'expliciter les données des tableaux :

> « *Les rôles sont inversés. A part le concept ça monte, ça descend, je ne peux pas dire grand-chose. Ca serait plus intéressant que ça soit eux qui disent : 'on a eu tel problème', 'l'activité a baissé'. Qu'on sache expliquer les différentes activités, plutôt qu'on ait un constat de différentiel, à la hausse, à la baisse, qui n'apporte pas grand-chose en pilotage* » (Contrôleur de gestion du pôle digestif).

Le contrôleur de gestion du pôle gynécologie partage cette idée en parlant d'aberration, ce n'est pas le rôle du contrôleur de gestion de présenter les tableaux de bord, mais plutôt celui du cadre, qui est au cœur du terrain, d'après le Contrôleur de gestion du pôle gynécologie. Il en va de même pour celui du pôle Neurologie :

> « *Au niveau de l'information quantitative, l'extraction n'est pas un problème. Il faut qu'il y ait un système décisionnel qui mette à disposition des pôles l'ensemble des données, avec un outil décisionnel performant et la possibilité de croiser les informations. Que ce soit l'activité ou les dépenses, et ce, au niveau le plus fin qui soit. Que ce système soit en production avec la DSN, et qu'on puisse avoir un système d'info performant, avec des réponses rapides. Il faut qu'un pôle puisse voir ses dépenses, qu'on puisse aller plus loin, descendre au produit. Que les agents du pôle puissent avoir une analyse fine. Après, pour l'analyse qualitative, on nous demande, à nous contrôleur de gestion, de commenter ou d'expliquer des évolutions d'activités, des dépenses, alors que ce sont eux qui sont au cœur du pôle. On va présenter des infos, aller en bureau de pôle, présenter l'activité alors que c'est eux qui devraient nous la présenter, pour qu'on puisse faire un diagnostic partagé. Il est vrai qu'il y a une culture où le contrôle de gestion va expliquer pourquoi ça monte, ça baisse. Alors qu'on a besoin d'eux. Nous, on ne connait pas les raisons pour lesquelles l'activité évolue. Pourtant, le pôle a accès*

> *à beaucoup de choses au niveau du système d'info. On peut faire une pré-analyse, on peut leur donner certains éléments. Après, si il y a un médecin qui est parti en congés pendant 15 jours, ce qui a fait qu'il y a eu une baisse d'activités. Ou s'il y a eu 4 chambres de fermées parce qu'il y a eu un problème de canalisations, on ne le sait pas, on a besoin d'eux* » (Contrôleur de gestion du pôle Neurologie).

Les contrôleurs de gestion reconnaissent toutefois que les outils actuels ne permettent pas toujours au pôle de mener une vraie démarche de gestion, mais ne s'estiment pas légitime pour remplacer le pôle dans cette démarche, ils restent une fonction support, qui ne possède pas la vision du terrain.

Interrogeant les compétences du cadre administratif, le contrôleur de gestion du pôle digestif nous déclare : « *ça l'intéresse peu l'accès, il suffit de faire la demande. Il n'y a rien de confidentiel, ni de nominatif. Il faut avoir des compétences en base de données Access pour interroger* » (Contrôleur de gestion du pôle digestif). De la compétence ou de l'envie, le frein au pilotage de l'activité peut être difficile à cerner. La gestion du quotidien empêche les cadres administratifs de remplir leurs rôles, trop préoccupés par la gestion des secrétariats. Dans l'idée d'un possible manque d'intérêt, un contrôleur de gestion nous confie ne jamais avoir eu de demande : *« pour adapter un tableau. Ne serait-ce que pour en discuter, non* » (Contrôleur de gestion du pôle digestif). C'est le cas du cadre du pôle Neurologie qui nous déclare : « *je sollicite pas mal le contrôleur de gestion* » (Cadre administratif pôle Neurologie). Ce décalage est en partie dû à la faible ancienneté de ce cadre dans le milieu hospitalier, et pour lui les tableaux de bord ne sont pas toujours assez explicites.

Exception faite pour le cadre administratif du pôle gynécologie qui se distingue de ses homologues des autres pôles par son rapport à son rôle :

> « *J'ai pour habitude de les solliciter* (à propos du contrôle de gestion) *si je ne peux pas me débrouiller seul. J'estime aussi, qu'il ne faut pas que le contrôleur de gestion soit la petite main du cadre administratif, pour des choses qu'on peut trouver soit même. C'est mon point de vue* » (Cadre administratif, pôle gynécologie).

Une critique souvent faite aux outils de gestion nous l'avons vu est le changement trop fréquent de logiciel. Or, ce manque de stabilité ne permet pas un niveau de maîtrise élevé et entraîne selon certains acteurs, dont le cadre administratif du pôle Digestif, un manque de fiabilité et une perte de confiance : « *Il n'y a pas de formation sur le logiciel, on apprend sur le tas* » (Cadre de service 2, pôle gynécologie). Il est noté sur le terrain un manque d'information descendante et de pédagogie. A ce titre, le cadre administratif du pôle digestif nous dit être en attente d'une clarification des outils, et d'un travail sur l'amélioration des dépenses. En effet, la répartition en multi-affectation pose parfois problème et il souhaite aller vers un rééquilibrage, avec des indicateurs de performance.

Par ailleurs, les méthodes de calculs sont souvent remises en question par les soignants : « *Il y a des facteurs opaques dans le mode de calcul avec les coefficients dont personne ne sait à quoi ça correspond* » (Chef de pôle digestif). Il persiste en effet dans les tableaux utilisés par l'administration des zones d'ombres des paramètres qui n'évoquent rien aux soignants qui ne voient pas de façon évidente ce que cela traduit, ni comment ils peuvent avoir un impact sur ces indicateurs : « *On a du mal à faire le lien entre les recettes et les dépenses* » (Chef de pôle digestif). Les acteurs du pôle réclament une simplification et une approche plus synthétique. D'autant que les seules données dont disposent les pôles sont celles du contrôle de gestion : « *Nous sommes noyés dans une débauche de chiffres, on a du mal à se faire une idée claire* » (Chef de pôle digestif).

En outre, la codification de l'activité issue de la T2A complexifie la vision de l'activité. Il existe parfois un décalage entre la réalité de l'activité et ce qui ressort dans les tableaux de bord, faute d'une bonne maîtrise de la cotation des actes de la part des médecins. On peut alors avoir des tableaux qui signifient une baisse des recettes, quand dans les services on comptabilise une hausse d'activité. Un flou, qui nécessite une collaboration étroite entre les contrôleurs de gestion et les cadres du pôle pour rectifier les éléments erronés mais également une sensibilisation des médecins à ce phénomène. D'autant plus que les valorisations d'actes sont réévaluées chaque année.

S'il existe bien un manque un pilotage de l'activité au quotidien, cette tendance diffère un peu quand il est question de projets. Dans ces cas là, les agents du pôle font appel de manière plus systématique aux contrôleurs de gestion : « *pour essayer de vérifier si c'est viable*

économiquement » (Contrôleur de gestion du pôle digestif). Toutefois, cela reste du « *rétroviseur* », et manque de prévisionnel et d'objectifs.

Les cadres supérieurs de santé (et sage-femme) dans leur parcours pour devenir cadre passent des formations qui les sensibilisent à la gestion et à ses outils :

> « *J'ai fait une formation d'un an avec la présentation d'un travail personnel à l'issue de la formation. C'était surtout pour apprendre dans les grandes lignes quels étaient les enjeux de la mise en place des pôles, et la gestion administrative des pôles. On a découvert de nouveaux outils, les outils de gestion des commandes, par exemple* » (Cadre supérieur sage-femme 2 pôle gynécologie).

Une formation qui permet de manipuler avec plus d'aisance ces outils et de repérer certaines erreurs : « *Elle s'est trompée, elle voulait 50 lames de tondeuse, elle a commandé 50 boites de 50 lames* » (Cadre supérieur de santé pôle Digestif).

Enfin, le directeur délégué joue un rôle déterminant dans la montée en compétences en gestion des acteurs du pôle :

> « *Notre rôle de directeur référent, je l'avais vécu comme ça à l'époque. C'était vraiment d'établir un dialogue de gestion et d'arriver à mélanger nos cultures. Accompagner les chefs de pôle, pour qu'ils comprennent les ressorts de la gestion hospitalière. Qu'ils aient des outils qui soient accessibles. Ils ont appris très vite. Et d'essayer de leur faciliter leur nouvelle tâche de gestionnaire, de faire de la pédagogie, de construire des outils avec eux qui soient adaptés à leurs besoins* » (Directeur délégué pôle gynécologie).

2.3.1 La difficile évaluation des résultats

L'idée de la T2A et de la nouvelle gouvernance est d'approcher une évaluation plus fine des résultats, dans l'idée de basculer vers un contrôle par les résultats. Dans cet esprit, le contrôleur de gestion du pôle gynécologie nous explique que l'ENC (l'échelle nationale des

coûts) a pour projet de mettre en place la méthode ABC couplée au parcours patients. Toutefois cette approche plus fine est très complexe à mettre en place, et lourde d'analyse, puisqu'elle consiste à mesurer les temps passés par prestation ou par acte. Il s'agirait du niveau de comptabilité la plus fine. En l'état, sa mise en place ne semble pas imminente ni opérationnelle.

Nous venons de voir que l'arrivée des outils de gestion dans le pilotage de l'activité quotidienne du pôle n'a pas permis de réduire le flou technologique, et a même tendance à en créer davantage, entre des outils inadaptés et un manque de maîtrise de ces outils.

Synthèse intermédiaire

Dans cette section, nous avons pu constater l'arrivée de nouveaux outils de gestion dans le quotidien des pôles. En effet, les tableaux de bord se multiplient, avec pour indicateurs privilégiés la DMS, le taux d'occupation des lits, et le nombre de séjours. On note également une forte attente des CREA par les acteurs, qui cherchent à savoir si leur pôle est excédentaire ou non. Cela représente un enjeu de négociation pour eux, mais qui, selon les contrôleurs de gestion n'est pas un outil suffisant pour piloter l'activité du pôle.

Si ces outils se sont multipliés, et font désormais partie du quotidien des pôles, ils sont, toutefois, fortement remis en question. Le reproche qui leur est fait, est, qu'en l'état, ils ne permettent pas une gestion opérationnelle et prévisionnelle de l'activité. Il n'y a, en effet, pas de réel pilotage, faute parfois d'avoir le bon outil. Ces tableaux de bord sont notamment critiqués sur leurs méthodes de calcul et sur leur capacité à traduire la réalité de l'activité. On note également une difficulté d'accéder aux données et aux outils décisionnels par les agents du terrain. Les logiciels de gestion ne donnent pas toujours la main à l'ensemble des acteurs du pôle. Parmi ces outils de gestion en difficulté, nous avons pu relever des incohérences concernant le budget et une absence de suivi possible. Un problème qui vient du décalage entre l'analyse du budget prévisionnel et des dépenses dans les tableaux de bords. Il manque une vision claire du budget et plusieurs agents remettent en cause la pertinence d'un budget global au niveau du pôle. Ainsi, ces outils, qui devaient accompagner le pôle dans sa gestion au quotidien et lever un certain flou, sont finalement plutôt générateurs de flou technologique, de part le caractère inadapté et pourtant indispensable.

De nouvelles pratiques émergent avec la nouvelle gouvernance et la T2A, comme le codage. C'est par ce système de codification et d'enregistrement des actes que l'hôpital peut générer des recettes, mais, nous avons pu constater que ce procédé est mal maîtrisé, ce qui constitue une perte de recette pour l'hôpital. Un problème de taille, au regard de la situation économique compliquée de l'établissement. Si la génération de recette est compliquée, il en va de même pour les dépenses, avec le système de GDD. Nous avons vu qu'en l'absence d'une vision claire du budget, les demandes étaient validées systématiquement, un peu à l'aveugle, sans gestion prévisionnelle. Ainsi, les recettes et les dépenses sont mal maîtrisées, ce qui n'aide pas l'établissement. Là encore, ce paradoxe illustre un renforcement du flou technologique, plutôt qu'une clarification du pilotage de l'activité. Si cette situation n'est pas de la responsabilité de la mise en place des pôles, il n'en reste pas moins que la nouvelle gouvernance n'a pas permis de relever ces incohérences, et d'y apporter une solution durable, en dépassant le système de gestion en place.

Enfin, nous avons souligné que ces outils de gestion soulèvent un manque de compétences de la part des agents, notamment des cadres administratifs, qui doivent pourtant devenir des assistants de gestion, en lieu et place des contrôleurs de gestion. Plus largement, ce manque de maîtrise des outils de gestion concerne l'ensemble des acteurs du pôle, du chef de pôle, aux cadres de service. On note, par ailleurs, une évaluation des résultats difficile à mettre en place. En effet, elle demanderait une grande capacité d'analyse, la mesure du temps passé par prestation. Or, pour l'heure, sa mise en place n'est pas opérationnelle d'après les contrôleurs de gestion. Une fois de plus, le manque de compétence de la part des agents pour maîtriser ces outils, démontre que la nouvelle gouvernance n'a pas permis pour l'heure de réduire le flou technologique, mais tend plutôt à l'accroître.

Si nous reprenons nos propositions de recherche, nous avions supposé qu'à l'instar des universités qui tendent vers un modèle d'anarchie plus organisée (Musselin, 1997), l'hôpital suivrait la même tendance. Nous avons vu que dans les universités, le flou technologique se dissipe peu à peu, avec un durcissement de la technologie par le recours à des outils de suivi et de mesure des résultats. L'introduction croissante d'instruments de contrôle de gestion devait permettre de rendre la gestion plus efficiente (Flachère, 2015). Or, nous venons de témoigner, que l'inadéquation des outils aux besoins, et le manque de compétences gestionnaires, n'ont pas permis ce durcissement de la technologie, mais au contraire ont

générés plus de flou. Nous avons donc naturellement constaté que la gestion n'est pas devenue plus efficiente, au contraire, puisque les pôles ne maîtrisent pas complétement leurs recettes et leurs dépenses. De plus, il n'y a pas de suivi, ni de pilotage réel de l'activité.

D'autre part, nous nous attendions à l'émergence d'une conception plus interdépendante des différentes composantes, *via* une politique de contractualisation (Musselin, 1997). Or, la contractualisation interne au CHU-Santé n'a pas été renouvelée, et les pôles fonctionnent sans contrat avec la DG. Ainsi, l'introduction de modalités de contrôle de gestion des résultats, ne figurant pas dans des contrats de pôles, cet effet ne se manifeste pas. De plus, l'enquête de terrain a confirmé la difficulté à mettre en place un contrôle par les résultats. Dans le même esprit, selon Musselin (1997), l'élaboration d'un projet d'établissement et de fixation d'axes prioritaires doit donner naissance à des comportements plus collectifs. Une fois encore, l'absence de contrat de pôle, ne permet pas la fixation de ces axes prioritaires. Ainsi, là où nous devions observer des comportements plus collectifs, avec plus d'interdépendance, nous observons un cloisonnement des pôles, et une forme d'étanchéité entre le contrôle de gestion et les pôles, quant aux outils de gestion. Dès lors, les soignants ne sont pas devenus des gestionnaires, et les gestionnaires déclarent ne pas toujours réussir à donner du sens aux tableaux de bord. Ces derniers ne se sentent pas à leur place dans ce rôle. Ainsi, il semble que la supposée meilleure compréhension du travail de chacun, si elle est en chemin, n'ait pas abouti.

Enfin, pour Mintzberg (1982), la décentralisation verticale globale, propre à la SD, à des unités est essentiellement régulée par des systèmes de contrôle des performances. Or, nous avons clairement identifié une grande difficulté à mettre en place cette régulation par le contrôle des résultats et des performances, faute de capacité d'analyse, appuyée par l'absence de contractualisation interne.

3 Une participation toujours fluctuante malgré l'arrivée des pôles

Dans cette partie, nous allons présenter les différentes instances délibératives, c'est-à-dire les différentes réunions du pôle. Puis, nous allons rendre compte de la participation des agents à ces instances. Nous relaterons, ensuite, la difficulté des agents à identifier le bon

interlocuteur, ce qui tend à ralentir les procédés et à créer du découragement. Ces constats vont nous mener à relativiser la place du pôle comme lieu réel de décision.

3.1 Les réunions dans les pôles

Tableau 25 Réunions régulières des différents pôles

	Digestif	Neurologie	Gynécologie
Bureaux de pôle	Jeudi 14h30- 16h30	Mercredi 8h00-9h00	Jeudi 9h00-12h00 puis Jeudi 14h30-18h00
Durée	2h00	1h00	3h00
Bureau de pôle élargi	Tous les deux mois ouverts aux chefs de services, médecins et cadres de santé	Tous les deux mois, plutôt orientés vers chefs de services et médecins	Bureau de pôle élargi à intervalle régulier
Journée du pôle		Journée du pôle	Une journée par an de mise en avant des activités du pôle, ouverte à tous (publique) sous forme de conférence
Autres réunions		Assemblée générale du pôle: ouverte à tous les acteurs du pôle Bureau de pôle élargi sous forme de tour de table avec des médecins	

Source : élaboration personnelle

Avec l'arrivée des pôles et de la nouvelle gouvernance les réunions se sont multipliées, et de nouvelles instances sont apparues, comme les bureaux de pôle. Nous avons pu observer trois types de bureaux de pôle différents dans leur durée, qui varie de une à trois heures. En plus de ces bureaux les trois pôles organisent des bureaux de pôle élargis tous les deux mois. Des réunions auxquelles s'ajoutent, pour certains d'entre eux, des réunions supplémentaires (journée du pôle, assemblée générale). Les bureaux de pôle sont ancrés dans le quotidien et sont l'occasion de recevoir différents acteurs, en fonction de la durée des réunions, des sujets

abordés ou des demandes. Ces bureaux se déplacent parfois sur les différents sites, ou au sein des services.

Dans le pôle Neurologie il y a des bureaux de pôle chaque semaine, ainsi que des bureaux élargis, ouverts à tous les chefs de pôle et chefs d'UF une fois par mois et enfin, deux à trois fois par an il y a des assemblées générales, ouvertes à tous les membres. Le bureau de pôle se tient le mercredi de 8h00 à 9h00, et les bureaux élargis sont généralement le mardi ou le jeudi à 18h00.

Dans le pôle Gynécologie, le bureau de pôle élargi se réunit tous les deux ou trois mois, et une fois par an est organisée une journée du pôle, ouverte à tous, qui permet de travailler sur le sentiment d'appartenance selon le chef de pôle. A cela s'ajoute des réunions hebdomadaires où se rencontrent le chef de pôle, le directeur de pôle, le cadre administratif et les trois cadres. Sont également invités les chefs de service qui le souhaitent. Ces réunions ont lieu en alternance sur les deux maternités. Enfin, les comptes rendus de ces réunions sont diffusés largement. Il peut y être question de la réorganisation et de la restructuration du pôle, de points sur le compte de résultat, les tableaux de bords ou encore le taux d'activité.

Le bureau de pôle hebdomadaire fonctionne comme une sorte de bureau des plaintes. Les acteurs du pôle font part de leurs problématiques, et sont parfois rejoints par des médecins qui viennent à leur tour faire part d'un problème. Il s'agit de discuter des affaires courantes du pôle, où chacun fait sa revue de la semaine sous forme de tour de table. C'est également l'occasion d'avoir des discussions autour des grands projets du pôle, et de définir des stratégies à adopter. Il s'agit principalement d'établir des stratégies pour mener à bien leurs actions en tenant compte des restrictions de la DG.

Dans ces réunions la discussion est plutôt menée et régulée par le duo chef de pôle / directeur délégué, d'autant plus quand il s'agit de discussion sur les stratégies médicales. Pour le pôle Digestif on note que la discussion est plus ouverte. On peut penser que cela est dû à l'absence plus régulière du directeur délégué. Il n'en reste pas moins que c'est le chef de pôle qui tranche. Le chef de pôle et le directeur délégué échangent beaucoup durant ces réunions sur l'actualité du pôle, ils partagent des informations clés obtenues en conférence de direction, ou au cours des bureaux de la CME. Ils sont d'ailleurs désignés par le cadre sup du pôle Neurologie comme les « *responsables du pôle* ». Ils sont les acteurs décisionnels du pôle.

Toutefois, certains médecins ont un pouvoir d'influence sur le pôle du fait de leur « *statut* », de par leur ancienneté.

Il n'y a pas d'ordre du jour précis pour ces réunions contrairement aux bureaux de pôles élargis, ou aux AG. Les sujets de la discussion défilent au cours des échanges, en réaction à un mail, à une anecdote racontée par les acteurs. Avec le chef de pôle qui mène la discussion, oriente les sujets, et anime les échanges. Ceux-ci prennent parfois la forme de brainstorming.

Généralement, les cadres apportent des informations liées à leurs actions et au terrain. Sinon, ils sont assez effacés quand les sujets ne les concernent pas directement. Les cadres administratifs font parfois fonction de « secrétaires » du pôle lors des réunions : prises de RDV, organisation des réunions futures. Ils ne participent pas aux décisions, mais ont plutôt une délégation des tâches administratives. Ils apportent toutefois des informations du terrain qui vont permettre aux chefs de pôle et au directeur délégué de prendre des décisions. Il arrive toutefois que le chef de pôle élabore des stratégies avec les cadres supérieurs, sur des questions d'organisation médicale précises.

Tableau 26 Sujets abordés lors des bureaux de pôles

Digestif	Neurologie	Gynécologie
Retour d'informations des différentes réunions avec la DG, mails, et autres rencontres	Retour d'informations des différentes réunions avec la DG, mails, et autres rencontres	Retour d'informations des différentes réunions avec la DG, mails, et autres rencontres
Décisions Projets du pôle Questions médicales Difficultés rencontrées Critiques envers la DG	Décisions Projets du pôle Questions médicales Difficultés rencontrées Critiques envers la DG	Décisions Projets du pôle Questions médicales Difficultés rencontrées Critiques envers la DG

Source : élaboration personnelle à partir des données d'observation

En somme, le bureau de pôle hebdomadaire est un lieu d'échange d'information, de transmission de données et de décisions. Les bureaux de pôle semblent être l'occasion de saisir des informations, pour le chef de service 2 du pôle digestif. Il est l'occasion d'une synthèse avec le directeur délégué, le chef de pôle et les cadres et permet une discussion

autour de projets. Les projets sont présentés au chef de pôle qui donne son avis et son accord. On assiste alors à des échanges d'informations, et des petites prises de décision.

Si le pôle a permis de créer un certain nombre de réunions, répondant aux impératifs de circulation de l'information, et d'agrégation des idées, plusieurs critiques fusent tout de même. Notamment sur la qualité de ces réunions, à ce propos le directeur délégué du pôle digestif nous confie une anecdote. Lors d'une réunion quatre participants discutaient d'un même sujet avec chacun leurs propres résultats, et conclusions, tous différents les uns des autres. Aucun d'entre eux ne portaient le même regard, ainsi la réunion fut écourtée, faute d'accord. Cette histoire illustre bien toute la complexité de cette nouvelle organisation, où de nombreuses réunions sont créées mais où celles-ci ne sont pas toujours d'une grande efficacité, et n'aboutissent pas toujours à des prises de décisions.

L'organisation de réunions dans les services, ou de bureaux de pôles élargis est compliquée par le caractère multi-site des pôles. Cette contrainte a un effet sur les participations : « *Je peux pas être sur 4 sites en même temps* » (Cadre supérieur pôle digestif). De ce fait, dans les pôles certains cadres ne se rencontrent pas. Il manque l'organisation de rencontres régulières, d'après le cadre de service du pôle Neurologie. Ils sont éloignés géographiquement dans leur activité quotidienne, et ont du mal parfois à dégager du temps pour participer aux bureaux élargis du pôle. C'est d'autant plus le cas dans des pôles multi-site où l'activité se concentre sur un site principalement, laissant certains services isolés sur leurs sites éloignés. Cette notion d'unité isolée est une contrainte majeure dans l'implication dans le pôle, c'est en partie pour cela que l'on assiste de plus en plus à des regroupements d'activités. Toutefois cet éloignement géographique n'empêche pas l'échange comme le rappelle un cadre de service du pôle Neurologie. Il existe d'ailleurs au sein du pôle gynécologie des réunions entre cadres, mais les structures ne sont pas claires et les cadres manquent d'informations.

Enfin, si le bureau de pôle élargi permet d'inviter les chefs de services et les cadres, tous les agents ne reçoivent pas cette invitation positivement. En effet, un cadre de service gynécologie nous explique se sentir peu concerné par ces réunions. Pour lui, il s'agit d'organisation et de bilan financier, ce qui est éloigné de leurs préoccupations de terrain : « *On est invité en tant que spectateurs* » (Cadre de service gynécologie). Un chef de service parle quant à lui d'un effet « *réunionite* » s'attaquant à la multiplication des réunions, avec

l'arrivée de la logique gestionnaire. Des réunions pas toujours utiles, qui ne concernent pas toujours les acteurs invités et qui sont chronophages selon plusieurs agents.

3.2 Le contour de l'organisation

Avec la caractéristique de participation fluctuante, il est évoqué, dans la théorie de l'anarchie organisée, la question des contours de l'organisation. En effet, selon l'investissement des acteurs autours de tel ou tel sujet, les instances sont mouvantes. Avec les pôles, la dimension de l'organisation est stabilisée, puisque le pôle englobe un certain nombre de services définis clairement. Toutefois, les limites du pôle peuvent également être mouvantes, en fonction des déménagements de services, et des multiples réorganisations. Ainsi, les logiques d'agrégations évoluent et ne font pas toujours l'unanimité. De plus, le caractère multi-sites de la quasi-totalité des pôles représente une réelle contrainte, mettant en balance le site et le pôle en tant qu'organisation, certains services se sentant plus appartenir à un site qu'à un pôle, ce qui court-circuite cette question importante de la définition du contour de l'organisation. De plus, les multiples changements de contours des pôles font évoluer les logiques internes, et les objectifs poursuivis.

Le pôle digestif, comme beaucoup est un pôle multi-sites et il a connu une évolution de ses contours. L'objectif poursuivi était de regrouper des services autour d'une thématique commune, le cancer. L'idée est d'obtenir une union universitaire par la spécialisation, le plus gros de ce chantier ayant été la réunification de la gastroentérologie et de la chirurgie digestive, précise le chef de pôle Digestif. De nombreux déménagements de services ont lieu, mais l'objectif poursuivi n'est pas toujours clairement précisé ce qui peut être un frein : « *La situation n'est pas claire, ce qui crée de la résistance au changement* » (Cadre de service pôle digestif).

Les regroupements ne sont pas toujours une évidence et il est parfois difficile au sein d'un même pôle de faire communiquer des médecins d'horizons différents. Le chef de pôle Neurologie nous explique la difficulté qu'ont les neurochirurgiens et les neurologues à échanger. Selon le chef de pôle l'échelon de réunion le plus pertinent est donc le département de spécialité médicale plutôt que le pôle, pour éviter des réunions inutiles. Ces problèmes de logique d'agrégation peuvent donc créer des mésententes entre médecins. Dans le pôle

gynécologie nous avons assisté à un grand changement, l'intégration de la néonatologie à l'intérieur du pôle gynécologie. Jusque là la néonatologie constituait un pôle à part entière. Il s'agit là d'un changement de contour important du pôle, qui ne satisfait pas pour autant l'ensemble des acteurs. Un cadre de service de néonatologie voit sa spécialité comme une : « *pièce rapportée* » au sein du pôle, et a le sentiment : « *d'être encore plus loin de la décision* » (Cadre de service 3 pôle gynécologie).

Si la plupart des pôles de cette institution sont multi-sites c'est que cela s'impose à eux. L'organisation de l'offre de soin, dans une structure aussi éparpillée que le CHU Santé, empêche certains pôles d'être mono-site, le risque étant de faire défaut à une partie de la population. Certains services se retrouvent donc isolés dans des sites éloignés du reste des services du pôle. Ce sentiment d'isolement est assez mal vécu par les agents du service isolé : « *Nous sommes le parent pauvre, on favorise les autres* » (Cadre de service 1 gynécologie). En gynécologie, la présence de deux cadres supérieurs sage femme est un marqueur fort pour les agents qu'il y a bien deux entités distinctes au sein du pôle. En effet, le pôle intersites est considéré comme problématique par plusieurs cadres de services, et serait un facteur de repli sur soi d'après un cadre de service du pôle Gynécologie. De plus, le changement constant du contour du pôle, avec l'intégration de nouveaux services, le déménagement d'autres, donne une image d'instabilité.

3.3 La participation des acteurs aux réunions

Tableau 27 Participants aux bureaux de pôles hebdomadaires

	Digestif	Neurologie	Gynécologie
Equipe du pôle	Trio de pôle + DD (peu présent, puis remplacé)	Trio de pôle + DD	Equipe du pôle+ DD

Invités	Chef de pôle adjoint régulièrement présent Réception de certains acteurs : contrôleur de gestion, agents liés à des projets	Sont conviés aux réunions des médecins et des chefs de services pour discuter de projets médicaux ou faire part de leurs problèmes	Accueille de nombreux invités pour échanger autour des projets médicaux: chefs de services, médecins, personnel soignant et administratif, ainsi que certains membres de la direction
Bureaux exceptionnels	L'équipe de pôle se déplace dans les services pour tenir des bureaux de pôles ciblés avec la présence du chef de service et son équipe	Le bureau se déplace parfois sur un autre site	En alternance une semaine sur chaque maternité

Source : élaboration personnelle à partir des données d'observations

Ces réunions ancrées dans le quotidien du pôle sont l'occasion de recevoir différents acteurs. Leurs présences varient en fonction de la durée des réunions, des sujets abordés ou sur demande spécifique de la part d'un agent. Il semble que la participation aux réunions varie en fonction du projet et du porteur de projet. Par ailleurs, dans le pôle gynécologie, certains acteurs sont invités à présenter des points spécifiques lors des bureaux de pôles. Les participants changent donc d'une réunion à l'autre en fonction des sujets. De plus, les contrôleurs de gestion participent à certains bureaux de pôles en fonction des demandes du pôle et des sujets traités, mais pas de façon systématique.

Nous l'avons vu les pôles organisent des bureaux élargis réguliers où sont invités à participer les différents membres du pôle des chefs de services aux cadres de proximité. Toutefois, bien qu'invités tous ne participent pas à ces réunions, et les acteurs présents varient énormément selon les pôles. Le chef de pôle digestif nous explique que les cadres de santé : « *sont présentes aux réunions alors que les chefs de service désertent ces réunions ou se font représenter* » (Chef de pôle Digestif). Face à ce manque de participation des chefs de services, le chef de pôle a initié des bureaux de pôles décentralisés qui se déplacent dans les différents services. Selon lui : « *tous ne sont pas convaincus de l'intérêt du pôle* » (Chef de pôle Digestif). Ce constat du manque d'investissement des chefs de service est partagé par plusieurs agents, dont un chef de service du pôle Digestif et un autre du pôle Gynécologie : « *Il y en a qui s'en foutent un peu* » (Cadre supérieur pôle digestif). Pour lutter contre ce

manque de participation des médecins, le chef de pôle Neurologie a voulu : « *faire une réunion sur la cellule de gestion et réunir régulièrement les chefs de service tous les mois, ça les habituait davantage* » (Chef de pôle Neurologie). Il note que ces réunions ont plus un caractère d'échanges d'informations qu'un organe décisionnel, ce qu'il déplore. D'ailleurs, le faible intérêt pour le pôle de ces médecins peut s'expliquer par le fait que les chefs de pôle participent de fait à la CME. Ils siègent donc dans un instance hautement délibérative, contrairement peut-être au pôle.

Si l'association des cadres aux réunions de pôle élargies est perçue comme une bonne chose car source d'informations, leur taux de présence n'est pas pour autant optimal. Nous avons rarement pu croiser des cadres de service lors des différentes instances du pôle. Le manque de participation et de considération de certains cadres dans les réunions du pôle vient du fait qu'on sollicite peu leur présence pour participer aux projets du pôle. Ce qui renvoie à l'idée d'être invité en tant que spectateur, qui n'est pas source de motivation. Le sentiment de manque d'implication dans les décisions est partagé par les cadres administratifs du pôle qui ne semblent pas toujours être conviés à prendre part aux discussions sur certains projets. Les rapports entretenus par les agents avec ces réunions sont très hétérogènes, certains souhaiteraient être davantage sollicités, et d'autres semblent peu y prêter attention : « *Tout se passe en amont, les cadres ne sont pas invités, j'aimerais bien être invitée* » (Cadre administratif pôle Neurologie). Ce cadre a le sentiment que les prises de décisions se font entre les médecins, les chefs de pôles et les directeurs, mais implique peu les opérationnels du terrain : « *Ce serait bien que les cadres administratifs, qui sont des opérationnels, puissent assister au plus près aux prises de décisions* » (Cadre supérieur pôle digestif). Ce sentiment de distanciation par rapport aux prises de décisions entraîne un faible taux de participation et d'implication de la part des agents : « *Il y a plus de gens aux pots de départs que de gens présents aux réunions de pôle* » (Cadre de service 2 pôle gynécologie). Il semble que les agents se désintéressent parfois du pôle, ce que ce cadre impute aux réformes multiples, aux contraintes économiques et aux manques de moyens du pôle. A cela s'ajoute le sentiment que les décisions se prennent en dehors du pôle, et que la présence des agents aura peu d'incidence. Enfin, ce qui limite également la présence des cadres c'est la possibilité d'y participer, ce qui nécessite d'être disponible. Or, tous les agents ne peuvent pas dégager du temps, en plus de leur activité pour y participer :

> « *Je participe peu aux réunions parce que c'est soit tard le soir, et donc incompatible avec la vie de famille, soit dans la journée, quand il est difficile de se libérer, pour participer à des réunions qui ne me concernent pas vraiment* » (Cadre de service 3 pôle gynécologie).

C'est aussi le cas du cadre de service 4 du pôle gynécologie, qui confie ne pas participer aux réunions qui sont pourtant ouvertes à tous, faute de temps.

3.4 De la difficulté de trouver le bon interlocuteur dans l'institution

Dans une organisation où les hiérarchies se croisent, où les niveaux administratifs sont multiples et où les tensions de pouvoir sont présentes il devient difficile pour les agents d'identifier le bon interlocuteur. En effet, cette question de trouver la bonne personne à laquelle se référer en cas de problème, qui fera avancer les choses est souvent revenu lors de nos entretiens. Qui décide de quoi ? Qui va avoir une influence ? Qui fait quoi ? Du pôle, du site, de la DRH, de la direction des soins ou de la DG, à qui s'adresser pour une demande de poste, pour un remplacement ou autre, s'interroge le cadre administratif pôle digestif : « *Qu'est-ce qui dépend du pôle ? De l'hôpital ? Qui décide ?* » (Cadre de service 3 pôle gynécologie).

Il semble parfois qu'il y a un fossé entre la Direction Générale, située dans un bâtiment indépendant et les acteurs du terrain : « *Il y a des personnes, sur un nom on ne met pas de visage* » (Cadre supérieur de santé du pôle Neurologie). Ce qui témoigne de l'aspect lacunaire des rencontres entre pôle et Direction Générale.

Le fort turn-over des agents de la Direction Générale participe également à la difficulté de trouver le bon interlocuteur : « *On a du mal à savoir par qui il faut passer. Les gens changent énormément de fonction, passent d'un bureau à l'autre. Le problème c'est de trouver la bonne personne* » (Cadre supérieur sage-femme 1 pôle gynécologie).

Parfois trouver le bon interlocuteur ne suffit pas, il faut qu'il soit disponible :

> « *La direction des services numériques, ça fait 3 mois qu'on essaie de les rencontrer pour les standards téléphoniques. Il répond : 'je peux pas, je vais chercher ma fille à l'école'. Je lui ai dit, il y a un mois en mai : 'venez à la réunion du pôle, venez nous présenter les moyens électroniques pour améliorer le secrétariat'. Et lui : 'ha non je vais chercher ma fille à l'école'. C'est consternant* » (Chef de pôle digestif).

3.5 Le pôle est-il une instance de décision ?

Du fait de la situation financière complexe au CHU Santé et de la tendance prise par la DG de recentraliser le pôle semble finalement avoir peu d'impact au quotidien pour certains agents. Un chef de pôle lui-même déclare : « *le pôle est contournable en toutes circonstances* » (Chef de pôle Neurologie). Ainsi plusieurs médecins continuent de s'adresser directement à la CME : « *Il y a des personnalités qui restent complétement velléitaire, toujours en dehors des règles* » (Chef de pôle Neurologie). Se développent alors des circuits parallèles où : « *les chefs de services tiennent au courant le chef de pôle, mais traitent directement* » (Cadre de service pôle digestif). On relève en effet assez régulièrement cette pratique qui consiste à passer au dessus du pôle, contrairement à la logique institutionnelle mise en place : « *Les règles ne sont pas faites pour tout le monde* » (Chef de pôle Neurologie). Il existe des stratégies de contournement du pôle, par connaissance entre des médecins et des membres de la DG. Mais c'est également la DG qui est remise en cause dans sa stratégie. La DG traite directement avec les médecins responsables pour certains projets ce qui d'après les chefs de pôle remet en question la place du pôle et son rôle face à une telle recentralisation. Cette situation s'ajoute au manque de pouvoir accordé au pôle, qui, pour certains, pose la question de la pertinence du pôle. Ils se demandent si le pôle n'est seulement qu'une strate supplémentaire. De plus le manque d'information donne d'autant plus d'importance au réseau parallèle : « *On nous dit : 'débrouillez-vous'. On ne peut pas anticiper* » (Cadre de service pôle digestif). Ce n'est toutefois pas le cas dans tous les pôles, d'après le chef de pôle Gynécologie les chefs de services ne font pas d'erreur dans le circuit et ne s'adressent pas directement à la direction, mais passent bien par le chef de pôle.

Les chefs de pôle ont le sentiment de participer à beaucoup de réunions inutiles, et ils déplorent un manque de suivi de la Direction, la DG demande beaucoup aux acteurs mais

apporte peu, ce qui crée un sentiment d'abandon. Ce qui paraît incohérent pour les acteurs qui travaillent sur des projets dits prioritaires. Un exemple qui met en avant ce sentiment qu'ont les acteurs de ne travailler pour rien : lors d'une réunion ils ont dû décortiquer le compte rendu d'une décision prise lors d'une réunion à laquelle ils avaient participé mais dont la finalité n'était plus en accord avec ce qui avait été discuté. Un sentiment d'autorité qui entraîne une perte de motivation des acteurs, face à ce sentiment de travail dans le vide. L'un des chefs de pôle parle même de : « *réunionite* », et de technostructure dans laquelle il : « *fait le scribe* » (Chef du pôle Digestif). C'est-à-dire qu'il fait ce qui lui ai demandé, en ayant le sentiment de ne jamais faire ce qu'il faut.

Par ailleurs, le pôle n'est pas décisionnaire en ce qui concerne les questions des RH, ce qui entraîne dans certains pôles un désintérêt de la part des médecins et des cadres, pour qui le pôle n'apparaît pas comme une ressource : « *Ce qui nous manque, c'est le fait de pouvoir décider réellement* » (Cadre supérieur de santé Neurologie). En effet, le pôle et encore plus les services, semblent éloignés des cercles de décision : « *on n'a pas de visibilité sur tout ce qui est décidé, ou pas, en central* » déplore un cadre de service du pôle Neurologie.

Dès lors, du fait de son faible caractère délibératif, le pôle laisse une grande place à l'informel : « *Les échanges se font essentiellement de personnes à personnes, en dehors des temps officiels* » (Chef de service 2 pôle digestif). Le cadre supérieur de pôle digestif nous confie voir les chefs de services et les cadres de service pour des problèmes ponctuels, plus que lors de réunions officielles. Il semble qu'au CHU Santé le réseau et la qualité relationnelle des agents l'emporte sur les instances officielles, s'accordent à dire le contrôleur de gestion pôle digestif et le cadre supérieur de santé Neurologie. Ainsi, au sujet de la mutualisation un chef de service déclare qu'il s'agit d'un élément à la marge, sans organisation précise, où : « *tout se fait entre cadres* » (Chef de service 1 pôle Digestif).

Synthèse intermédiaire

On retient dans cette partie que la nouvelle gouvernance, à travers les pôles, a fait émergé de nouvelles instances délibératives. Nous avons pu en recenser plusieurs : les bureaux de pôles hebdomadaires, les bureaux de pôles élargis, les journées du pôle, ou autres assemblées générales. Les bureaux de pôle hebdomadaires, sont l'occasion de retour d'informations des

différentes réunions avec la DG, de mails, et autres rencontres. Il y est question des projets du pôle, de questions médicales, des difficultés rencontrées ou encore de critiques envers la DG.

Pour ce qui est du contour de l'organisation, les choses ne sont pas toujours simples. Ainsi, les limites du pôle sont parfois mouvantes, au gré des déménagements et des réorganisations. Les logiques d'agrégations évoluent et ne font pas toujours l'unanimité. Enfin, le caractère multi-sites des pôles est une contrainte, mettant en balance le site et le pôle en tant que centre organisationnel. De plus, les changements de contours des pôles font évoluer les logiques internes et les objectifs poursuivis.

Concernant la participation des acteurs aux instances, les présences varient en fonction de divers critères : la réunions, les sujets ou encore la demande spécifique d'un agent. D'autres sont invités à participer, mais ne se présentent pas, faute de temps ou d'intérêt selon les cas. Il résulte, qu'hormis l'équipe de pôle, qui est le socle de ces réunions, les participants fluctuent beaucoup d'une réunion à l'autre.

Par ailleurs, la multiplication des niveaux administratifs, des instances délibératives, des hiérarchies, a rendu difficile pour les agents l'identification du bon interlocuteur. Cette difficile identification, et la disponibilité aléatoire de ces interlocuteurs tend à rallonger les processus, et ajoute de la lassitude chez les agents rencontrés.

L'ensemble de ces éléments nous a poussé à nous interroger sur la place du pôle, en tant qu'instance délibérative. Il en ressort que, faute de délégation de gestion, le pôle occupe un rôle à la marge des processus de décisions. Il est contournable par les agents, et donne donc le sentiment aux membres du bureau de pôle de parfois travailler dans le vide, de plus, sans vision claire de la stratégie institutionnelle.

Nous avons retenu, dans la problématique, que les anarchies organisées ont des instances délibératives avec des contours flous, qui évoluent au fil du temps et des décisions. On attendait, avec la mise en place du pôle, une définition plus claire du contour de ces instances. Il devrait aboutir à une définition claire des espaces de délibérations et des participants, qui ont un pouvoir d'intervention. Or, nous avons constaté que le contour du pôle évolue au fil du temps et des décisions, avec les réorganisations, et les déménagements de services, conformément aux comportements d'une anarchie organisée. De plus, le pôle n'étant

pas une instance délibérative, il n'a pu aboutir à définir des espaces de délibérations précis. Les participations continuent d'être soumises aux fluctuations des volontés des agents. De ce point de vue, le pôle n'a donc pas réussi à réduire ce critère de l'anarchie organisée

Par ailleurs, nous avons vu que, d'après Mintzberg (1982), le regroupement en unités, devait avoir pour effet de réduire la participation fluctuante, puisque ce facteur favorise la coordination et la communication ; que la supervision directe et l'ajustement mutuel, liés au regroupement, pouvaient atténuer les effets de dispersion du contour de l'organisation. Dans notre enquête, le regroupement en unité n'a pas suffit à générer ces effets pleinement. On note tout de même, par la création de ces divers lieux de rencontres, liés à la nouvelle gouvernance, la coordination et la communication tendent à se développer au sein du pôle, mais il persiste des difficultés majeures entre les pôles et la DG. Et si le contour de l'organisation tend à se préciser, ce dernier n'est pas encore pleinement stabilisé, les logiques d'agrégations continuent d'évoluer.

Enfin, dans la SD, la partie clef de l'organisation est la ligne hiérarchique, ce qui suppose une organisation stable, avec une définition plus claire des instances délibératives. Là encore, si les tentatives existent, le CHU-Santé n'en est, à ce stade, qu'aux prémices de la définition de ces instances, où l'ensemble des acteurs visés, ne se sentent pas toujours concernés.

Résumé chapitre 6

Dans ce chapitre nous avons confirmé que l'hôpital est bien une anarchie organisée, et que la mise en place des pôles a plutôt contribué à renforcer ses critères.

On note une convergence autour de la recherche d'efficience médico-économique et un changement culturel en cours. Toutefois, les sphères médicales et gestionnaires restent opposées, et le pôle, bien que créant des espaces de discussions nouveaux n'a pas réussi l'hybridation des logiques.

Le pôle a démocratisé l'usage des tableaux de bord auprès des équipes médicales. Pour autant, les tableaux sont fortement critiqués, et ne permettent pas aux équipes du pôle, en partie faute de compétences, de mener un réel pilotage de l'activité. Ils sont utilisés a posteriori, dans une logique « rétroviseur ».

Enfin, si le pôle permet de créer de nouveaux espaces de rencontres plus réguliers, la participation à ses instances reste aléatoire, d'autant que, faute de délégation, le pôle reste finalement une instance peu délibérative.

Ainsi, le passage aux pôles, ne semble pas avoir suffi à rationnaliser le processus de décision, et à influencer positivement les critères de l'anarchie organisée. La génération de Slack organisationnel se poursuit donc, et l'objectif n'est pas atteint. Dans cette première phase, le constat est que la mise en place des pôles n'a pas résorbé, voire a augmenté, les critères de l'anarchie organisée. Il ressort également que si la nouvelle gouvernance a modifié l'organigramme de l'hôpital public, se rapprochant du modèle de la SD, nous ne sommes pas face à un changement total de configuration structurelle, mais plutôt dans une situation transitoire.

TRANSITION: L'APPROFONDISSEMENT DE NOTRE RECHERCHE

En synthèse nous pouvons dire que le pôle permet plus d'efficience, car il offre la possibilité de gérer des projets de plus grande envergure, d'apporter un soutien aux projets médicaux et la mise en place de la mutualisation. On note toutefois une critique de la recentralisation, avec une attente forte d'autonomie et le sentiment chez les acteurs que la Direction décentralise les décisions qu'elle ne veut pas assumer. C'est alors au pôle en première ligne de faire passer les réformes impopulaires. Tout ceci dans un contexte en mal de stabilité avec des changements de logiciels fréquents, de nouveaux processus mis en place et une certaine mobilité des acteurs des directions fonctionnelles, qui ne permettent pas toujours d'établir des relations de confiance sur le long terme. Délégation de gestion et pilotage prévisionnel sont donc en attente, mais on assiste, d'après certains acteurs, à une modification culturelle, ce qui est une avancée importante. Dans cette première phase nous avons pu infirmer nos propositions de recherche. L'arrivée des pôles n'a pas permis de réduire l'anarchie organisée, tel que l'on pouvait l'attendre, et donc n'a pas réussi à réduire le Slack organisationnel, mais tend à l'alimenter en générant des complications. Dans ce contexte, la DG a fait le choix d'une forte centralisation, ce qui n'a pas permis un changement de configuration structurelle complet vers une structure divisionnalisée. Le CHU-Santé ne jouit donc pas pleinement des effets attendus de ce changement, il reste coincé dans une phase transitoire entre bureaucratie professionnelle et structure divisionnalisée, qu'est la structure simple. Un effet de transition que Mintzberg (1982) avait identifié.

Toutefois, des éléments positifs de changement ont été identifiés dans cette première phase. Il est apparu, au cours de cette recherche, que le point commun que l'on retrouve dans les améliorations se situe au niveau des projets. En effet, les projets permettent de rassembler les préférences et de faire converger différents intérêts vers un but commun. Cette gestion de projet tend à stabiliser les processus de gestion et la mise en commun favorise l'interdépendance fonctionnelle. Enfin, dans le but de faire aboutir les projets, il semble que les participants se mobilisent d'avantage.

Fort de ce constat, nous avons décidé de nous intéresser à la gestion de projet au sein du pôle dans une deuxième phase de recherche. Notre volonté a été d'aller plus loin dans l'analyse.

Pour ce faire nous avons choisi d'analyser des processus plus délimités que dans la première phase, pour permettre une analyse plus approfondie. L'analyse de deux grands projets de restructuration de pôles a semblé être un cadre plus facilement observable, ce qui permettra de mieux révéler les enjeux. Ainsi, cette deuxième phase a pour but de confirmer, ou de nuancer les éléments de réponses apportés dans la première phase. De plus, contrairement à la première phase, la grille d'entretien et la grille d'analyse ont été construites à partir des concepts de l'anarchie organisée. Cela constitue un intérêt supplémentaire pour cette phase. Il a été question d'observer, dans le cadre du management de projet par le pôle, l'effet sur les trois critères de l'anarchie organisée, et donc par extension, il s'agit d'analyser la capacité du pôle à réduire le Slack organisationnel, par la gestion de projet. Il est également question d'observer l'avancée du CHU-Santé dans sa transition de configuration structurelle.

CHAPITRE 7 : DE NOUVEAUX RESULTATS PAR LE PRISME DU MANAGEMENT DE PROJET

Dans ce **CHAPITRE 7** nous allons présenter deux grands projets de restructuration. La création d'une nouvelle maternité pour le pôle Gynécologie, et la réorganisation complète de l'activité pour le pôle Biologie. Cette analyse sera l'occasion de retracer le déroulement du projet dans une logique processuelle, au regard des critères de l'anarchie organisée. Il sera l'occasion d'identifier le rôle du pôle dans cette démarche, et son effet sur le processus de décision.

Ce chapitre est divisé en quatre parties :
Dans la **première partie** nous verrons l'incertitude des préférences
Dans la **seconde partie** nous verrons la technologie floue
Dans la **troisième partie** nous verrons la participation fluctuante
Dans la **quatrième partie** nous verrons l'apport du pôle

Projet du pôle Biologie : la restructuration complète d'un pôle

Le CHU Santé compte 22 laboratoires, l'idée du projet de restructuration du pôle, et de l'activité de Biologie, est de regrouper ces laboratoires, pour supprimer les doublons, offrir un plateau technique plus performant et innovant, et rationnaliser les coûts par la mutualisation. C'est un projet d'investissement, et de réorganisation, majeur, puisqu'il vise à regrouper 18 laboratoires en un site. Cette opération de grande ampleur va impacter les conditions de travail de 350 agents, et modifier assez profondément le fonctionnement de certains sites. Ce projet englobe également un projet de bioinformatique. Il s'agit du traitement de gros volumes de données, du séquençage du génome. Ce projet s'inscrit dans un plus grand projet de restructuration et de modernisation de l'activité au CHU Santé. L'objectif est d'être plus performant dans le traitement du prélèvement, ce qui se traduit par une nouvelle organisation des flux et de plateforme de production. L'idée est de développer l'automatisation des techniques, ce qui permet de traiter plus d'activité et de réduire le personnel. Ce regroupement va se traduire par une réduction du personnel. Ils vont passer de 250 à 200 agents d'ici 2020.

Le nouveau pôle biologie devrait apporter de meilleures conditions de travail selon le chef de pôle grâce aux travaux et au nouveau matériel.

Il est également question d'ouvrir l'activité aux centres hospitaliers de la région afin de rentabiliser les équipements du CHU. Il s'agira d'un guichet unique qui récupérerait l'activité des autres centres hospitaliers de la région. L'objectif est de rentabiliser un outil de production de masse. L'activité extérieure permet de rentabiliser les équipements, c'est une entrée d'activité supplémentaire : *« C'est du cash qui rentre* » (Chef de pôle Biologie).

Projet du pôle Gynécologie : la création d'une nouvelle maternité

Il s'agit de la création d'une nouvelle maternité de niveau 3[45], pour remplacer l'une des deux maternités existantes au CHU Santé. Cette dernière est devenue vétuste et les conditions d'accueil et de travail ne permettent plus d'assurer un niveau et une qualité de soin tels qu'on peut les attendre dans un CHU. L'intérêt serait d'accueillir plus d'activité dans des locaux plus récents et plus attractifs. Cela permettrait de faire face à une monter accrue de la fuite des patients vers la concurrence des cliniques privées, notamment concernant les accouchements à faible risque, qui ne nécessitent pas le recours à une maternité de niveau 3.

1 Des préférences qui tendent à se rassembler, par la hiérarchisation des objectifs

Dans cette première partie nous allons voir comment en travaillant sur un grand projet, le pôle va rassembler et stabiliser les préférences. En effet, en poursuivant un objectif commun, la réalisation d'un projet, l'incertitude tend à se lever, du moins, pour l'un des deux projets. Cette section sera donc l'occasion de revenir sur l'historique du projet, les objectifs poursuivis, mais également la hiérarchisation de ses objectifs et les différents intérêts

[45] Les maternités sont classées depuis 1999 en fonction de leur type de prise en charge : niveau de soins néonatals et présence ou non de réanimation adulte. Maternité de niveau 3 : prise en charge des grossesses à haut risque. Les maternités de niveau 3 assurent le suivi des grossesses normales si la femme est domiciliée près d'un tel établissement mais prennent aussi en charge les grossesses à haut risque. Les maternités de niveau 3 disposent d'une unité de réanimation néonatale en plus d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie avec soins intensifs, ce qui leur permet de prendre en charge les nouveau-nés nécessitant des soins de réanimation.

poursuivis. Enfin, tout ceci nous conduira à nous interroger sur la portée du projet en tant que logique d'action commune.

1.1 Le projet de restructuration du pôle Biologie

1.1.1 L'historique du projet

Selon le directeur des services biomédicaux, la première idée d'un regroupement date de 1994. Le projet tel que nous l'abordons remonte, lui, aux années 2008 et a connu trois grandes étapes. La première étape du projet, tel qu'il va voir le jour, remonte donc à 2008. A cette époque, ils avaient tenté de bénéficier du plan hôpital 2012. Ainsi, en 2009, il a été demandé à un médecin, siégeant à la CME, de réfléchir à un regroupement des laboratoires du CHU Santé. Cette idée a été reportée sur le pôle qui s'est mis à l'œuvre sur ce projet :

> « *L'idée initiale étant de regrouper tous les labos en centre, avec un bâtiment unique qu'il était prévu de construire. Dans ce bâtiment unique, devait se retrouver toute la biologie, avec une ouverture sur l'extérieur pour tout ce qui était accueil des patients externes* » (Cadre supérieur de soin pôle Biologie).

Des groupes de travail se sont alors formés et ont présenté un document détaillé sur ce projet. La proposition faite a essuyé un premier refus à cette époque. Le projet de biologie était en concurrence avec celui de la maternité, et la priorité fut donnée à la gynécologie, par l'ARS et l'institution. De plus, la création d'un bâtiment était remise en question, faute de moyens. Finalement le projet de maternité fut également écarté lui aussi.

Puis, le projet a refait surface en 2014, avec l'arrivée d'un nouveau directeur :

> « *2ème relance du projet, où on nous demande de repartir en nommant un programmiste, et nous revoilà, repartis dans les groupes de travail, dans les réflexions, dans un rendu de document* » (Cadre supérieur de soin pôle Biologie).

Le projet a été relancé pour faire la part belle à la génétique, avec l'appellation de bio-géno-pôle : « *Comme la génétique a pignon sur rue au niveau de la France, il souhaitait que la nomination apparaisse de manière plus claire* » (Cadre supérieur de soin pôle Biologie). La mobilisation des équipes du pôle s'est à nouveau faite, mais une nouvelle fois, le projet a été mis en balance avec l'autre projet de notre étude, le projet d'une nouvelle maternité :

> « *On a été en compétition avec le secteur parent-enfant, la maternité en fait, où il fallait choisir entre le pôle biologie et la maternité. A l'époque, le directeur général il nous a dit qu'il fallait faire un choix stratégique. Le choix avait été fait en accord avec la CME, que c'était le projet maternité qui avait obtenu l'aval et l'accord. Projet qui ne s'est jamais fait. Il n'était pas peaufiné, finalisé, alors que le notre l'était parfaitement, ça a fait un nouveau flop* » (Cadre supérieur de soin pôle Biologie).

Peu après ce deuxième échec, le CHU Santé a été sujet à un CREF (contrat de retour à l'équilibre financier). Le projet de biologie a refait surface dans une troisième phase mais cette fois-ci avec des intentions claires de recherche d'économie :

> « *Est arrivée la nouvelle DG. On est passé en CREF, on l'était un peu avant. L'accent a été mis sur les économies, et ça nous a été présenté comme la direction de la dernière chance. Le projet du génopole a refait surface, avec d'autres directives. C'était utiliser les locaux qui seraient libérés par l'implantation d'un nouveau bâtiment, ne pas aller vers une construction, mais utiliser les locaux libérés. Le projet changeait un peu d'optique* » (Cadre supérieur de soin pôle Biologie).

Cette troisième phase sera la bonne, le projet sera validé et obtiendra l'accord du COPERMO[46] en fin d'année 2016. La mise en avant d'un retour sur investissement rapide a mis en accord les besoins médicaux et les prérogatives économiques de l'établissement. Fort de cet argument, le projet du pôle Biologie finit par devenir prioritaire :

[46] Comité interministériel de PERformance et de la MOdernisation de l'offre de soins

« *On part sur un nouveau modèle économique concernant le projet. La restructuration de la biologie, dans le cadre du projet, permet un retour sur investissement rapide. Et donc notre projet, à partir de ce moment là, est priorisé par l'institution. Puisqu'il y a un investissement demandé au COPERMO, moyennant un investissement, on dégage un retour sur investissement rapide. L'histoire, en gros, c'est : on investit à peu près 45 millions d'euros, dont 50% financé par l'état via le COPERMO, et on génère des économies, une fois l'opération terminée, qui sont de 6 millions par an. Donc très fort retour sur investissement, et même pendant la période transitoire, la réflexion sur la réorganisation commence à générer des économie*s » (Chef de pôle Biologie).

La priorisation du projet biologie tient donc à son apport sur le plan économique, mais également à une meilleure connaissance de cette spécialité par la direction :

« *Ce qui est différent de la stratégie de la DG précédente. A partir de là, elle recherchait des projets ayant ce profil, un investissement permettant des retours sur investissements rapides. Quand elle a cherché autour d'elle, elle a vu qu'il n'y en avait pas 50, et que nous justement, on avait un projet qu'il suffisait de ressortir du carton. Il y a eu cet argument. Après, elle a avait une meilleure connaissance de ce qu'est la biologie, que d'autres, pour beaucoup de directeurs généraux, et de nos collègues médecins décideurs, la biologie c'est abstrait. C'est un truc qu'ils ne comprennent pas* » (Chef de pôle Biologie).

Une fois le projet retenu par la direction, le pôle s'est attelé à rédiger un dossier d'investissement à destination du COPERMO :

« *Il y a, à la fois, le côté organisationnel biologique, mais aussi architectural financier. Combien de personnel sur 5 ans, etc. Il a fallu le rédiger, c'était mon rôle. Le chef de pôle il a rédigé la partie organisationnelle, la plateforme de biologie, il a relu le reste. C'est un dossier consistant : 150 pages, 25 annexes. Ca n'est pas du blabla. Il y a eu 3 versions : novembre 2015, mars 2016 et septembre 2016. Où, à chaque fois, on intégrait des questions pointues que posaient les experts du ministère : l'ANAP, pour une part, et la DGOS. Plus, les questions de*

l'ARS, qui n'a pas une grande expertise, entre nous, mais qui posait des questions auxquelles il fallait répondre quand même » (Directeur délégué pôle Biologie).

Là encore quelques étapes ont été nécessaires avant que le pôle n'obtienne l'accord définitif du COPERMO. Une première version a été soumise en décembre 2015, représentant quatre mois de travail, à laquelle le COPERMO a répondu « *Pour avoir l'éligibilité, il faudrait nous éclaircir 4 sujets* » (Directeur délégué du pôle Biologie). S'en est suivi une deuxième phase en février-mars 2016, qui a abouti à la déclaration d'éligibilité, puis l'admissibilité en mars. Enfin, dernière étape qui a conduit à la validation du projet en novembre 2016 : « *Ils nous ont à nouveau renvoyé la balle, cette fois on va rentrer dans le projet architectural combien de m2. Là, ça rentrait, après avoir acté en octobre par une téléconférence, le COPERMO a dit officiellement le 29 novembre que le projet était retenu et financé.* » (Directeur délégué du pôle Biologie).

1.2 Le projet de maternité du pôle Gynécologie

1.2.1 L'historique du projet

« *Ca fait 10 ans qu'on travaille dessus* » (Cadre administratif du pôle Gynécologie). Au même titre que le projet du pôle Biologie, le projet maternité fait parti des projets bien connus au sein du CHU Santé du fait de son ancienneté. Au départ, il avait été proposé qu'il n'y ait plus qu'un centre d'hospitalisation, qui soit la nouvelle maternité construite et que la deuxième maternité qui existe déjà ne soit plus qu'un centre de consultation et d'ambulatoire. Un choix non validé pour des raisons politiques, car il aurait trop dégarni l'un des deux sites, explique le chef de service 2 du pôle gynécologie. Il a donc été retenu de maintenir deux centres d'hospitalisations. Ce qui se heurte à certaines visions de la médecine du futur pour certains chefs de service : « *La médecine du futur est dans le regroupement fort des établissements. Là, on va à l'encontre, parce que ça serait trop symbolique de faire disparaître un site* » (Chef de service 2 pôle gynécologie).

Dès lors, l'idée est d'implanter une nouvelle maternité sur un site différent. Un projet qui a demandé beaucoup de travail dans un contexte financier compliqué. Si ce projet est toujours

apparu comme prioritaire, il n'a aujourd'hui toujours pas été concrétisé faute de moyens, et d'accord entre le pôle et les directions : « *Un projet qui date d'une dizaine d'années. Il y a eu 2 programmistes, qui ont travaillé dessus, et comme le temps passe, on repart presque à 0* » (Directeur délégué pôle Gynécologie).

Les prémices du projet remontent à la période 2005/ 2007, et pour un chef de service néonatologie, il est préférable de parler d'un centre périnatal, plutôt que d'une nouvelle maternité. Une habitude de langage chez les acteurs qui traduit d'une certaine façon la faible place accordée à cette spécialité dans le pôle, face à la gynécologie-obstétrique d'après ce chef de service. Il semble que l'intégration de la néonatologie dans ce pôle ne soit pas encore pérenne :

> « *C'était le plan périnat 2005, ça finissait en 2007. C'est dans ce contexte, il y a eu l'argent débloqué pour un projet pharaonique. Il y avait le bâtiment médical qui a vu le jour, et il y avait la maternité, grandiose. Quelque chose de trop dimensionné par rapport à maintenant* » (Cadre supérieur sage femme pôle Gynécologie).

A cette époque, sous l'impulsion du ministre de la Santé le projet maternité semble être l'une des grandes priorités du CHU Santé, et bénéficie d'un grand plan de financement. Il est question de la construction d'un bâtiment unique, abritant la nouvelle maternité. Malheureusement pour le pôle Gynécologie, ce ministre a dû quitter ses fonctions suite à un incident médiatique, ce qui a relégué le projet au second plan au profit d'un autre projet de construction, et les dettes s'accumulant, le financement du projet est devenu compliqué :

> « *Je n'ai jamais vu autant d'argent dépensé. On avait des architectes, toute la panoplie pour construire un hôpital, avec un directeur détaché spécialement pour ça. On avait fait tous les plans de la maternité, jusqu'à la pose du robinet. Plus qu'à mettre la première pierre, tout a été dépensé, ça a couté un fric fou. Il fallait prioriser, la maternité ou le bâtiment médical. C'était le plus cher, la maternité. Le bâtiment technique, c'est que des blocs. Ils ont choisi le bâtiment technique, pour l'organisation du site, parce que c'était indispensable. Il fallait refaire le parc des blocs, c'était moins cher* » (Cadre supérieur sage femme pôle Gynécologie).

Puis, au fil des années et des différentes directions le projet a refait surface, sans grand succès. Parfois en allant loin dans le travail de programmation de l'activité, ou encore sur le plan architectural :

> « *Un projet qui dure 10 ans, c'est pas un projet. Ca veut dire qu'il n'a jamais été ni prioritaire, ni mature, ou pas légitime, par rapport à d'autres projets, peu importe l'histoire du projet. On a retenu 2 programmistes, il y a eu des programmes de lancer. J'ai des programmes avec la prise à tel endroit* » (Directeur délégué du pôle Gynécologie).

> « *De temps en temps, ça ressortait des oubliettes, 2010-2014. Là, on est en 2016, on est ressorti avec des plans qui s'amenuisent* » (Cadre supérieur sage femme pôle Gynécologie).

Cependant, depuis l'impulsion du projet, les fonds sont venus à manquer, et les ambitions du pôle concernant une nouvelle maternité d'excellence se heurtent à la réalité économique et le projet n'est finalement pas retenu une nouvelle fois en 2014 faute de moyens :

> « *Il n'y avait pas de financement, et le financement évalué était beaucoup trop cher. Donc, tout a été remis en stand by, en attendant qu'il y ait d'autres projets qui se refassent. Après, on continue avec le chef de pôle, on continue à vouloir cette maternité. Il y a eu plusieurs réunions, des dizaines, où on a travaillé sur le projet* » (Cadre supérieur de santé du pôle Gynécologie).

Enfin, dernière étape, comme pour le pôle Biologie, la mise en place du CREF et le recours au financement du COPERMO est présenté comme une nouvelle possibilité de développer des projets. Il est demandé au pôle de travailler sur une nouvelle version du projet qui soit axée sur la bonne utilisation de l'espace disponible, plutôt que sur l'investissement dans la construction d'un nouveau bâtiment :

> « *On nous a demandé de re-préparer un projet. Pas un projet abouti, mais plutôt l'ébauche de scénarios différents, qui prennent en compte les contraintes qui vont nous être opposées par le ministère* » (Cadre administratif du pôle Gynécologie).

Le pôle propose donc divers scénarios d'utilisation de l'espace et de répartition d'activités :

> « *On nous a demandé de construire des ébauches de scénario, utilisant des surfaces qui seraient laissées libres sur le bâtiment enfant. Donc, c'est ce qu'on a fait, qu'on a commencé à faire. On nous a demandé, aussi, face à ces scénarios, de donner un petit peu les pourparlers. Grossièrement, les avantages, les inconvénients, de ses divers scénarios* » (Cadre administratif pôle Gynécologie).

Pour l'heure, le projet on est toujours en train de faire des allers retours entre le pôle et le DGA en charge des projets. Le point de discorde entre les deux parties concerne l'utilisation des locaux et le capacitaire, c'est-à-dire la prévision du nombre d'accouchements pris en charge et donc le nombre de lits nécessaires. Une fois ces questions réglées, et si le projet est accepté, le temps restera long avant la naissance de cette nouvelle maternité. En effet, si le projet est validé la fin des travaux est attendue pour 2022 : « *On nous prévoit ça, 2022. J'y crois pas trop* » (Cadre supérieur de santé pôle gynécologie).

1.3 Une évolution des projets au fil du temps

Dans le pôle Biologie, malgré les trois phases et les réécritures, l'essence du projet de départ est restée la même. Ce qui a changé, c'est l'abandon de l'idée de la construction d'un nouveau bâtiment, au profit d'une optimisation de l'espace disponible :

> « *Il est très différent, au plan architectural. Il est quasiment identique, en ce qui concerne l'organisation, et tous les liens fonctionnels* » (Chef de pôle biologie).

> « *L'idée générale, c'était d'avoir un plateau technique à réponse rapide, très gros, en centre-ville, et un plateau technique à réponse rapide, un peu plus réduit, au nord, parce que la distance ne permettait pas de tout centraliser sur un site. Cette idée a été maintenue* » (Cadre supérieur de soin pôle Biologie).

Comme pour le pôle Biologie, la question architecturale est également entrée en jeu. Le pôle Gynécologie est passé de l'idée d'un bâtiment unique à un mélange entre un nouveau

bâtiment plus réduit et l'utilisation d'espaces existants dans le bâtiment enfant. Pendant un temps, au CHU Santé la logique était : « *une idée = un bâtiment* » (Directeur des Travaux et des Services Techniques), mais compte tenu de la situation financière de l'établissement, cela n'est plus possible. L'objectif est désormais d'utiliser au mieux les mètres carrés disponibles, libérés dans des déménagements de services : « *Il y a eu plein de projets qui ont été validés, qui se sont traduits par trop de bâtiments, mais sans cohérence* » (Directeur Général Adjoint). Si le pôle Biologie a réussi à faire le deuil de son bâtiment, il semble que les acteurs du pôle Gynécologie aient plus de difficulté à l'entendre : « *Dans leur tête, ils sont encore sur un projet de maternité unique* » (Contrôleur de gestion pôle Gynécologie).

Très clairement, les critères d'évolution du projet ont été économiques. La création d'un bâtiment de biologie a été : « *sacrifiée pour des aspects politico-financiers* » (Chef de service 2 pôle Biologie).

Ces mêmes contraintes financières pèsent sur le pôle Gynécologie, ce qui freine le projet : « *Si, il y avait eu les crédits, la maternité aurait été créé depuis 6 ans et plus* » (Cadre supérieur de santé pôle gynécologie). Toutefois, là où le pôle Biologie a pu mettre en avant un retour sur investissement rapide, le pôle Gynécologie peine à faire valoir ses choix concernant le projet de maternité. Dès lors, on constate un conflit entre les stratégies médicales et économiques. La contrainte supplémentaire du COPERMO a forcé le pôle à reprendre le projet à zéro et le gros du travail est désormais de définir le capacitaire adéquat, dans un projet architectural rentable. Les contraintes s'accumulent alors sur le pôle qui semble avoir des difficultés à faire correspondre son projet à ces évolutions :

> « *C'est une nouvelle donne, c'est une donne qui date de quelques mois. Dans ce cadre là, le COPERMO, et surtout l'ANAP, ont demandé à ce que ce projet maternité soit vu différemment. Même si tous les travaux qui ont été fait auparavant, concourent à ce qu'on ait une bonne idée du besoin. La difficulté actuelle, c'est de rentrer dans les canons COPERMO, d'être inscrit pour pouvoir bénéficier de tous les avantages liés à cette inscription, et en même temps, tenir compte des contraintes que nous impose l'ANAP* » (Directeur délégué pôle Gynécologie)

> « *L'ARS a dit : 'prouvez nous que les m2 dont vous avez besoin, avec la maternité, vous ne pouvez pas les mettre dans le bâtiment enfant'. Ca a été une première obligation de l'ARS. Ensuite, il y a eu COPERMO. On est obligé de passer par le COPERMO, pour avoir l'approbation du ministère, pour construire un bâtiment. Ce qui est logique, quand on voit le CHU Santé, tous les bâtiments qui ont été construits sans approbations, quand ils ouvrent, on se rend compte qu'il n'y avait pas d'activité* » (Contrôleur de gestion pôle Gynécologie).

Le concours du COPERMO impose de nouvelles stratégies, comme l'intégration d'une partie de la maternité dans le bâtiment pour enfant, afin d'intégrer le projet de modernisation de ce bâtiment :

> « *Ils ont compris qu'il fallait intégrer une partie de la maternité au niveau du bâtiment enfant, pour 2 raisons : déjà, c'est qu'en intégrant des unités d'hospitalisation au sein du bâtiment enfant, la maternité peut être intégrée au sein du projet de modernisation COPERMO* » (Contrôleur de gestion pôle Gynécologie).

Ainsi, si dans le projet Biologie, seul le critère architectural semble avoir évolué, dans le pôle Gynécologie, la continuité des préférences est difficile à assurer, d'autant plus qu'il a fallu reprendre le projet à zéro : « *Les objectifs ne sont plus les mêmes, par rapport au premier projet* » (Cadre supérieur sage femme pôle Gynécologie).

Le plus grand enjeu du changement est la question du capacitaire, qui fait l'objet de négociations entre le pôle et la direction : « *Un objectif de capacité d'hospitalisation qui n'est pas du tout le même* » (Contrôleur de gestion pôle Gynécologie). Les deux parties ne s'accordent pas sur le nombre d'accouchements pris en charge par an : « *Ca a été 3500, après 3000, maintenant c'est moins. On a dit 'non'* » (Cadre supérieur sage femme pôle Gynécologie). Il s'agit d'une négociation entre les deux parties pour arriver à un compromis qui soit cohérent des deux points de vue :

> « *Il faut que le pôle soit capable d'assouplir certaines de ces exigences, qui sont forcément idéales, parce que, quand on a l'occasion de pouvoir avoir un projet de cet envergure, on veut le meilleur. On essaie de se projeter, quand on se projette*

on le fait à 100%. On ne se projette pas avec un contexte de récession, donc des besoins sont idéalisés. Et en même temps, le contexte est très dur financièrement. Mon rôle, il est de faire comprendre au pôle qu'il y a des choses qu'il faut revoir, à la lumière du contexte financier, et des contraintes. Et de dire à la dg : 'là, on est dans le dur, on ne peut pas descendre, sinon on met en cause l'objet même du projet, qui est d'offrir une maternité de niveau 3, dans des locaux agréables, mais qui permettent un fonctionnement, le plus souple possible' » (Directeur délégué du pôle Gynécologie).

Un des écarts de capacitaire entre le souhait du pôle et les attentes de la direction vient du tournant de l'ambulatoire que l'ANAP essaie d'instaurer, mais qui se heurte aux habitudes des médecins et des patients :

« *Je pense qu'il y a peut être une nouvelle orientation, par rapport aux conditions de l'ANAP, pour la gynéco, avec la chirurgie ambulatoire, qui est un tournant pour le public* » (Cadre supérieur sage femme pôle Gynécologie).

1.4 Un projet à la poursuite de plusieurs intérêts

Dans le pôle Biologie, l'objectif poursuivi est double, il semble être à la fois médical et économique, il est médico-économique :

« *La réorganisation, qui génère effectivement des économies, permet également d'aller vers l'innovation. C'est grâce à cette nouvelle réflexion qu'on va pouvoir financer, par exemple, l'acquisition d'équipement plus moderne. Le bénéfice médical, il est là. Il est de garantir l'accès à l'innovation. A l'inverse, si on ne faisait rien, probablement qu'on ne pourrait pas acquérir de nouveaux appareils.* » (Chef de pôle Biologie).

Si le projet est décrit comme tout autant médical que financier, l'aspect décisif de sa réussite a été sa capacité à identifier un retour sur investissement rapide :

> « *C'est grâce à la dimension gestion, et le retour sur investissement, que l'Etat a décidé de mettre 23 millions dessus. Il n'y a pas de miracles. On est en concurrence avec la France entière sur les projets d'investissement. Tout le monde demande des aides d'investissement. Pourquoi notre projet a été choisi ? Ce n'est pas parce qu'untel est sympathique. Non, il y avait un document de retour sur investissement* » (Directeur délégué pôle Biologie).

L'impact de cet argument économique encourage d'ailleurs certains acteurs à penser que le projet est d'abord un projet de restructuration économique. Ainsi, pour le contrôleur de gestion du pôle biologie, le projet de restructuration, tel qu'il est validé, remplit d'abord des impératifs financiers, de retour sur investissement dans le cadre du CREF : « *C'est plus un projet de restructuration financière, parce que c'est mon angle de vue. Je n' y connais rien au niveau médical* » (Contrôleur de gestion du pôle Biologie). Un point de vue partagé par certains médecins : « *La logique du projet est clairement financière* » (Chef de service 2 pôle Biologie). Toutefois, cet avis n'est pas majoritaire chez les médecins du pôle : « *C'est avant tout un projet médical, qui est le seul moyen pour nous de continuer notre mission* » (Chef de service 1 pôle Biologie). Cette restructuration est indispensable à ce stade pour la notion de centre de référence[47]. Cette ambivalence confirme bien que le projet a pris à bras le corps les deux logiques.

Dans le pôle Gynécologie, l'imbrication des logiques médicales et gestionnaires est moins évidente. Il semble que les soignants poursuivent un intérêt médical, là où l'administration répond par des contraintes économiques et semble donc poursuivre un intérêt économique en priorité :

> « *Ils essaient de limiter les budgets, les dépenses. Tout ce que nous proposons, pour eux, sera revu à la baisse. Après, ils essaient de regrouper les unités, de faire de grandes unités pour avoir le moins de personnel à mettre. Ca, c'est la politique actuelle.* » (Cadre supérieur de santé pôle gynécologie).

[47] Un centre de référence est une structure labellisée par le Ministère de la Santé qui rassemble des professionnels de santé aux compétences reconnues dans la prise en charge d'une maladie ou d'un groupe de maladies rares.

Les logiques médicales et financières se heurtent sur leurs visions. Entre une vision à court terme prise dans un contexte financier lourd, et une vision médicale à long terme qui nécessite des investissements et un développement d'activité : « *Il y a un manque de vision à long terme, soumise à la logique financière* » (Chef de service 2 pôle gynécologie).

Or, l'environnement de cette activité est fortement concurrentiel, et l'attractivité de la maternité actuelle du CHU-Santé est réduite. Si l'activité de pointe des grossesses à risques est reconnue comme étant de qualité, les conditions d'accueil ont tendances à éloigner une partie des patients, notamment pour des grossesses à faible risques, vers des structures privées plus modernes, offrant des conditions d'accueil hôtelier de meilleur qualité. Dans ce contexte, l'incompréhension grandit entre l'équipe du pôle et le Directeur Général Adjoint. Ce dernier est considéré par le pôle comme ne poursuivant qu'un objectif financier, n'entendant pas les arguments médicaux :

> « *Le DGA est un financier pur. Vous lui donnez, n'importe quoi comme argument, autre que financier, il n'écoute pas. Il est dans les tableaux du COPERMO, sans tenir compte de la spécificité du niveau 3. Donc il est dans le COPERMO, il se calque sur notre activité actuelle, qui est une activité diminuée, à cause de nos locaux* » (Cadre supérieur sage femme pôle Gynécologie).

> « *Sa mission, c'est de mener à bien ce projet, je pense, à moindre coût, tout simplement.* » (Cadre supérieur de santé pôle gynécologie).

En effet, dans les discussions autour du projet, l'aspect financier est beaucoup mis en avant par les directions fonctionnelles. Ce à quoi le pôle répond par la qualité et la sécurité des soins, et notamment les critères de criticité de la HAS, évalués lors des certifications. C'est tout l'enjeu de la négociation en cours, et l'objet des différents scénarios produits par le pôle qui essaie de prendre en compte cette double contrainte :

> « *Pour construire notre argumentaire, afin de convaincre nos directeurs. On se base tout simplement sur les critères de l'HAS : la criticité* » (Cadre administratif du pôle Gynécologie).

« *On s'appuie sur des documents émanant de notre tutelle. Donc, c'est bien, ça nous permet de nous inscrire dans une vraie démarche qualité-sécurité des soins*. » (Cadre administratif du pôle Gynécologie).

Afin d'atteindre son objectif, le pôle s'emploie donc à traduire ses intérêts en arguments financiers pour faire valoir leurs stratégies auprès des directions fonctionnelles :

« *On a décidé de décliner, on va dire 3 aspects. Les aspects économiques et financiers. Combien ça peut coûter, en plus, à la construction ? Combien ça peut coûter, en plus, en fonctionnement ? Ensuite, on a décidé, aussi, d'envisager les aspects fonctionnels, et organisationnels. Donc, c'est deux aspects qu'on nous demandait. Et puis, bien entendu, il y avait un aspect, qui était, pour nous, primordial : c'est la qualité de la sécurité des soins* » (Cadre administratif du pôle Gynécologie).

1.5 Un arbitrage des objectifs, et une hiérarchisation des intérêts complexes dans le pôle Gynécologie

Dans le pôle Biologie, l'objectif est à la fois indispensable sur le plan médical et très avantageux sur le plan économique. Il n'y a donc pas d'arbitrage à faire, le consensus s'est imposé assez naturellement :

« *C'est strictement les deux. On ne peut pas dissocier, il n'y a pas de hiérarchie. On n'est pas une entreprise, qui cherche à dégager du bénéfice, pour verser des dividendes. Quand on économise sur la gestion, c'est 100% réinvesti dans l'administration hospitalière, la gestion de l'hôpital. Donc, c'est un dialogue, qui marche plus ou moins bien, avec les médecins. Mais il y en a qui comprennent* » (Directeur délégué du pôle Biologie).

Or, pour le pôle Gynécologie, l'aspect financier semble parfois avoir le dessus sur l'aspect médical, ce que déplorent les soignants, notamment face à une fuite des patients et des médecins vers le privé :

> « *On veut nous faire une maternité ridicule. C'est tellement minime, par rapport à nos besoins, et ce qu'on a, à l'heure actuelle, avec lesquels on a du mal à fonctionner, que ça ne peut pas passer pour nous. La dernière mouture qu'a présenté le DGA, le pôle ne l'a pas accepté* » (Cadre supérieur sage-femme pôle gynécologie).

Faute de capacité d'investissement les arguments financiers se heurtent en effet aux demandes du pôle, avec comme cheval de bataille la question du capacitaire, qui reste aujourd'hui le point noir de la négociation entre le DGA et le pôle :

> « *On n'a jamais été en deçà de 4500. Le projet nouveau de maternité, on est tombé à 3500 avec le DGA. Il dit : 'non'. Il prend les chiffres actuels, moins de 3000. C'est ignorer la capacité qu'on peut avoir. Dans des locaux restreints, on est allé jusqu'à 3300. Ils ne comprennent pas que l'activité qu'on a, de 3000, n'est pas l'activité qu'on devrait avoir* » (Cadre supérieur sage-femme pôle gynécologie).

> « *Le chef de pôle, il a bien parlé 45 minutes, du fait qu'on était restreint par nos locaux, et qu'en fait, notre technicité était reconnue au niveau de la région. Il a tout défendu, le DGA, il est parti en disant : 'de toute façon, au niveau finance, on n'ira pas au-delà'* » (Cadre supérieur sage-femme pôle gynécologie).

Ainsi, les acteurs du pôle se sentent incompris, et peu soutenus. Selon eux, le DGA ne semble pas prêter attention aux notions de criticités, et se base uniquement sur des arguments financiers, même s'il ne semble pas opposé au projet : « *Il ne voit que les finances. Lui, il est venu, il est financier, on lui a dit : 'le COPERMO faut que ça passe, si tu n'es pas dans ce budget, ça ne passera pas'.*» (Cadre supérieur sage-femme pôle gynécologie).

Toutefois, l'équipe de direction n'est pas opposée à ce projet, bien au contraire, mais elle a des difficultés à faire valoir que le COPERMO est le dernier recours pour un investissement. Sans quoi le risque est l'échec total du projet. Pour l'heure l'équipe du pôle n'est pas prête à poursuivre le projet sans certaines conditions, ce qui est inédit d'après le directeur délégué du pôle :

« *Si ce n'est pas le COPERMO, ça ne sera plus le bon moment. Déjà, dans le cadre du COPERMO, ça serait pour 2021. C'est dans l'intérêt du CHU Santé, d'avoir des projets validés au COPERMO, mais, pas au détriment de ce que les pôles considèrent comme un minimum vital, coûte que coûte non. C'est la première fois où ils m'ont dit : 'non, pas coûte que coûte'. Ils sont prêts à renoncer au projet, même s'ils disent que c'est abominable* » (Directeur délégué du pôle Gynécologie).

Par ailleurs, selon le contrôleur de gestion du pôle Gynécologie, il manque au pôle une vision plus globale de la situation. Les contraintes qui pèsent sur l'établissement ne viennent pas de la Direction Générale, mais des instances de tutelles, et le projet du pôle est une pièce du puzzle d'un plus grand projet de modernisation, qui répond à ses propres contraintes également. En effet, il existe une succession de pressions et de contraintes qui semblent bloquer la situation :

« *Le pôle n'a pas compris, que ce projet était à l'intérieur d'un autre projet, qui lui même est contraint. On est contraint par une capacité d'hospitalisation maximum du CHU Santé. Et, s'ils demandent 3 unités d'hospitalisation, ça veut dire que ça sera, tant de lits de moins dans d'autres services. C'est le jeu du bonneteau. Ils ne l'ont pas compris, peut être parce qu'on ne leur a pas expliqué aussi* » (Contrôleur de gestion pôle Gynécologie).

1.6 L'unanimité des acteurs autour du projet

Dans le pôle Biologie, l'apport du projet semble être une nécessité pour la poursuite de l'activité biologique, et cette vision fédère autour du projet :

« *Il y a eu un consensus, dans les grandes lignes. Il y a beaucoup à gagner. Je vois le bénéfice que cela va apporter* » (Chef de service 1 pôle Biologie).

« *La restructuration est nécessaire, du point de vue médical* » (Chef de service 2 pôle Biologie).

« *Il fait l'unanimité auprès de l'encadrement.* » (Cadre supérieur de soin pôle Biologie).

Dans le pôle Gynécologie également la nécessité fait loi, et le besoin d'une nouvelle maternité est partagé par l'ensemble des acteurs, de la direction au personnel dans les services :

« *Qu'il faille une nouvelle maternité, ça fait l'unanimité.* » (Cadre administratif du pôle Gynécologie).

« *Oui, ça rapproche tout le monde. C'est notre objectif commun. Chaque spécialité a ses objectifs, mais là, c'est l'objectif commun.* » (Cadre supérieur de santé pôle gynécologie).

Si, dans le pôle Biologie, il n' y a apparemment pas eu d'oppositions franches et massives au projet, quelques inquiétudes se sont toutefois manifestées quant à la réalisation du projet, ainsi qu'une perte de motivation par moment. La lassitude vient de la longueur des procédures, et l'expérience des échecs passés :

« *Le changement, amène des inquiétudes. Même s'ils ont des inquiétudes, ils sont acteurs pleinement, ils sont partants. On a perdu des motivations en route, entre les deux projets.* » (Cadre supérieur de soin pôle Biologie).

Chez les biologistes certains craignent une perte de personnel et d'autres : « *on a peur de la perte d'autonomie, mais, sur le fond tout le monde est d'accord* » (Chef de service 2 pôle Biologie).

« *Du côté des médecins, faut pas se leurrer, il y a des distances. Certains, pas tous, je dirais que globalement, certains ont compris qu'on n'avait pas d'autres issues pour aller vers de l'innovation, et continuer de nous développer. L'objectif, c'est de nous permettre de nous développer. Après, la restructuration fait peur à certains. Il peut y avoir de la distance, avec, comme toujours, des arguments*

frontaux, et puis, des arrières pensées. C'est classique, dans toute restructuration, certains ont peur d'y perdre du pouvoir, ou des moyens » (Chef de pôle biologie).

Ainsi, à de faibles exceptions près, l'adhésion semble générale ce qui a été un facteur de réussite pour le projet de biologie. L'équipe du pôle a pu s'appuyer sur l'ensemble des acteurs pour construire ce projet et le défendre, ce qui semble avoir été déterminant :

« *Les ¾ des gens adhèrent. ¾ des biologistes, des gens qui font l'opinion. Largement, au sein des chefs de service, du pôle biologie, pas nécessairement enthousiastes, mais ils voient les avantages. Au lieu d'avoir des locaux vétustes, avec des retards, avec des enveloppes fermées, là où ils veulent innover. On leur dit : 'voilà, on a un projet, vous faites des efforts en matière de gestion, on maintient le lien universitaire, et, en plus, ça sera neuf'. Ils adhèrent.* » (Directeur délégué du pôle Biologie).

Si les craintes existent, parmi les chefs de service les oppositions réelles sont à la marge :

« *Je ne cache pas qu'il y a 2 qui disent : 'c'était mieux avant, quand on pouvait innover sans limites'. Et dire toujours, que c'est 'l'administration qui ne donne pas assez d'argent'.* » (Directeur délégué du pôle Biologie).

Pour le directeur délégué du pôle Biologie, cette opposition de deux chefs de services sur dix-huit est rare dans les grands hôpitaux. Cela confirme que l'adhésion de la communauté médicale a été déterminante dans la réussite du projet. Un adhésion qui est due à un travail d'information et d'explication de la part de l'équipe du pôle auprès des agents : « *Tout ça, c'est travaillé par la pédagogie interne* » (Directeur délégué du pôle Biologie).

Dans le pôle Gynécologie, si la nécessité d'une nouvelle maternité est indiscutable, et qu'il y a donc un consensus sur le projet, la réalisation de ce projet, elle, ne fait pas l'unanimité. Le point d'achoppement reste l'utilisation de l'espace dans le bâtiment enfant :

> « *Le pôle, autant il comprend qu'il y a un intérêt de rentrer dans le projet de modernisation de la maternité, autant il a du mal à se dire qu'il va falloir qu'on rentre dans le bâtiment enfant.* » (Contrôleur de gestion pôle gynécologie).

Ce qui pose problème c'est le lien entre la partie nouvelle construite et les services du bâtiment enfant réutilisés. Il faut faire correspondre les étages, et penser à la circulation des patients entre les services, et éviter les déplacements verticaux au maximum. Ce qui est un vrai défi architectural, une contrainte financière, et surtout un risque en terme de qualité de la prise en charge : « *Il y a des risques, en terme de patientes qui ont des problèmes après leur accouchement, qui ont besoin, rapidement, d'être au bloc opératoire.* » (Contrôleur de gestion pôle Gynécologie).

Par ailleurs, il existe un certain écart entre la maternité et la néonatologie. Pour le chef de service néonatologie, il manque une vision globale périnatale. Il est en l'état plutôt question de deux projets accolés, plutôt que d'un vrai centre périnatal.

1.7 Le projet : garant d'une logique d'action commune entre pôle et administration ?

Dans le pôle Biologie, il semble que l'administration et le personnel soignant du pôle aient œuvré ensemble pour la réussite de ce projet : « *C'est un projet global, qui répond aux souhaits administratifs et médicaux* » (Directeur du Service Numérique).

Malheureusement, contrairement au projet de biologie il semble que la nouvelle maternité ne rassemble pas aussi simplement les deux logiques médicales et financières. Ainsi les arguments ne se répondent pas, et il semble que chacun ait du mal à comprendre la vision de l'autre :

> « *Le projet d'origine est délirant, il ne précise pas le nombre de naissances. C'est un projet vague, difficile à intégrer dans la logique financière* » (Directeur Général Adjoint).

> « *Nous, on ne maîtrise pas trop l'aspect financier. On nous a demandé de revoir à la baisse des surfaces, et autres. On essaie de faire, mais, si on veut un hôpital*

qui puisse tenir la route pendant 40 ans, il faut prévoir quelque chose de fiable. Pas jouer sur 2m2 de plus, ou de moins. Il faut voir grand, pour que ce soit représentatif » (Cadre supérieur de santé pôle gynécologie).

Dès lors, on remarque des difficultés pour ces deux sphères d'avancer dans un but commun, au détriment de l'avancement du projet : « *Chacun avance ces arguments, on les entend, mais, il y a peut-être, à un moment donné, un juste milieu. Pour l'instant, chacun campe sur ses positions* » (Contrôleur de gestion pôle Gynécologie).

Il semble que les acteurs du pôle ont des difficultés à faire évoluer leurs souhaits, en intégrant les contraintes financières de l'établissement. Et si la nécessité du projet est reconnue, la réalisation se heurte à certains compromis : « *Ils sont restés coincés sur un seul bâtiment* » (Directeur Général Adjoint).

D'un autre côté, il semble que la direction n'entende pas les arguments du pôle sur les besoins à venir, en terme d'activité, et donc de capacitaire :

« *Le pôle est persuadé que, très vite on serait en augmentation d'activité. Et, bien qu'on ait déjà vécu ça, ce n'est pas gagné de vendre au Ministère qu'il faut faire un capacitaire supérieur à l'actuel, parce qu'on va regagner ces parts de marché. Et c'est pas gagné, d'après ce que m'a écrit le DGA. Ils ne sont pas contre, mais eux, leur objectif, à la DG, c'est de faire en sorte que ce projet soit retenu dans le COPERMO, parce que le DGA dit, une fois qu'il est retenu, il sera fait, il sera retravaillé, mais ça, le pôle, lui, il ne l'entend pas de cette oreille* » (Directeur délégué du pôle Gynécologie).

Pour la Direction Générale, la priorité est de faire valider le projet par le COPERMO, pour obtenir un financement, et entamer la réalisation de cette nouvelle maternité. Or le pôle n'est pas prêt a accepter un projet coûte que coûte s'il ne correspond pas un minimum à leur vision. Cet objectif de faire accepter le financement se heurte alors aux prérogatives du pôle en matière de soins, ce qui se traduit par une stagnation du projet :

« *Si on n'est pas retenu, on aura jamais les moyens de faire ce projet. Je suis inquiet pour le projet. Même si je conçois la lassitude du pôle de retravailler*

encore, et encore, le même projet. C'est un virage à ne pas louper. Si on a la chance d'être dans le COPERMO on peut faire modifier des choses. Mais le pôle ne voudra pas que certaines choses soient écrites. On arrive au bout, ils ont déjà diminué la capacité, il y a eu des capacités à plus de 190 là on est à 167. Le DGA a écrit c'est encourageant, en de ça il n'iront pas, je le sens » (Directeur délégué du pôle Gynécologie).

Synthèse intermédiaire

L'analyse processuelle de ces deux projets est essentielle pour poursuivre l'analyse entreprise dans la première partie. Ici, l'incertitude des préférences est différente entre les deux pôles analysés. Tout d'abord, retenons que ces deux projets datent d'au moins une dizaine d'années, et possèdent donc de longs historiques, avec de nombreux méandres. La validation du projet de biologie, et l'attente du projet de maternité, moins aboutie, vont permettre d'identifier des différences, et donc des critères de réussite. Il ressort, dans cette section, que les deux projets ont évolué depuis leurs premières versions, au gré des changements de direction, et d'orientations stratégiques. Ce qui a été source de réussite pour le projet de Biologie, c'est que le projet a su évoluer pour faire correspondre les besoins médicaux du pôle et les nécessités économiques de l'institution. L'évolution a été plus difficile du côté de la maternité. Ainsi, le projet de Biologie apparaît comme un projet économique, avec un retour sur investissement clairement défini, au service de la qualité de prise en charge. On touche ici à une représentation de la performance médico-économique. Pour la maternité, il s'agit d'un projet de grande envergure, contraint par les réalités économiques du CHU-Santé, où la conciliation des contraintes des deux logiques semble plus difficile pour les acteurs.

On note, tout de même, que ces deux projets font l'unanimité autour de leur nécessité auprès des agents de terrain, comme de la DG. Toutefois, on identifie quelques réticences quant à la réalisation de ces projets, par crainte du changement, pour la Biologie, ou par inquiétude des orientations stratégiques qui seraient prises, pour la Gynécologie.

Enfin, la réussite du pôle Biologie est venue de la capacité de son équipe à proposer un projet global qui rassemble gestion et soin. Une logique d'action commune, qui a été plus difficile à mettre en place pour la maternité, et ce, au détriment de l'avancée du projet. Dans le cadre de

ce projet, le dialogue semble difficile, et les arguments des uns, ne font pas échos à ceux des autres.

Dans nos propositions des recherches, nous avons vu que la création de divisions comme les pôles devait rassembler les logiques gestionnaires et médicales dans une même unité. Ce rapprochement se fait davantage ressentir dans cette phase que dans la première, et si, pour le pôle Gynécologie les choses restent compliquées, dans le pôle Biologie on peut parler d'une forme d'hybridation des logiques. Il semble, qu'en matière de gestion de projet, on tende vers une vision médico-économique commune et partagée, à différents niveaux en fonction des pôles pour l'heure. Dans le cadre du projet, l'ensemble des acteurs est rassemblé autour d'un objectif commun, défini ensemble par l'échange.

Par ailleurs, dans le rapport entre le pôle et la DG, avec, comme cadre, le financement en COPERMO, on retrouve l'idée de concentration de pouvoirs de décision entre les mains d'un nombre très limité de personnes, les directeurs de divisions proche du sommet stratégique. En effet, les projets sont rédigés par le pôle, sous la directive du chef de pôle, en lien étroit avec la DG. Ainsi, les préférences, émises par le sommet stratégique sont suivies dans les divisions, notamment grâce au cadre du contrat de pôle. Ici, le contrat c'est le dossier du projet. Cette réalité est particulièrement vraie dans le pôle Biologie. Cela illustre le fait que la nouvelle gouvernance évolue, certes, mais à des vitesses différentes en fonction des pôles, pour l'instant.

Cette décentralisation verticale limitée sous entend une définition préalable des préférences, réduisant l'incertitude. C'est tout le rôle de l'équipe du pôle, de rédiger une proposition de projet qui corresponde aux préférences de l'ensemble des acteurs du pôle, mais qui intègre au mieux les prérogatives du sommet stratégique. Dans le cadre du projet, l'ensemble des acteurs poursuit un même but général, mener à bien un projet médico-économique. Le cadre du projet, à l'instar de ce que devait être le contrat de pôle, permet de définir des normes de performances, et donc de laisser de l'autonomie aux pôles, tant que les normes sont atteintes, comme l'évoqué Mintzberg (1982) pour la régulation des divisions.

2 Un durcissement technologique par l'appropriation des logiques gestionnaires

Dans cette section, nous allons voir comment le management par projet favorise une meilleure appropriation des logiques et des outils de gestion. En effet, après avoir vu que le projet est un processus qui correspond bien à l'anarchie organisée, avec un procédé par tâtonnement, nous verrons comment, à travers ce processus, le pôle a permis une plus grande mobilisation des outils, une meilleure maîtrise et enfin, une appropriation des logiques gestionnaires.

2.1 Un enrichissement progressif du projet, un procédé par tâtonnement

Si dans l'anarchie organisée, la technologie floue renvoie en partie aux outils de gestion mobilisés, cette caractéristique ne se limite pas à cela. Les auteurs décrivent les processus de ces organisations comme fonctionnant par tâtonnement ou essai-erreur. Ces processus sont donc en évolution de façon peu linéaire, mais plutôt en boucle, ce que nous retrouvons sur notre terrain. En effet, du fait de leur ancienneté, les deux projets ont été amenés à évoluer au fil du temps, en fonction des changements d'orientations stratégiques, de direction, ou des divers rejets ou abandons successifs : « *Clairement un effet d'apprentissage considérable, il n'y avait pas eu de dossiers COPERMO fouillés jusque-là* » (Directeur délégué du pôle Biologie). Fort de ces différentes étapes, le pôle a pu s'appuyer sur les expériences précédentes pour améliorer ses propositions au fur et à mesure :

> « *Le projet n'est pas très ancien, on sait exactement ce qu'on veut. On a bénéficié du déménagement, donc on sait exactement ce qu'on veut, et surtout, ce qu'on ne veut pas, donc, ça a été facile. En plus, on a profité du projet de 2014 qui était bien avancé ici, ça a été assez simple* » (Cadre supérieur de santé pôle gynécologie).

> « *Le travail d'appropriation a été fait en 2008-2009. On n'a pas eu ce travail à refaire ensuite* » (Chef de pôle biologie).

Les différentes étapes successives traduisent bien un phénomène d'essaie-erreur, où chaque échec renforce la pratique, de manière progressive :

> « *On avait déjà l'expérience des 2 premiers projets, donc on s'est beaucoup appuyé dessus. On avait été aidé par un programmiste, on savait que ce qu'on avancer, ce n'était pas complètement idiot. Même si les conditions n'étaient pas les mêmes, la logique était la même. Et l'organisation, même si géographiquement, elle n'était pas la même, organisationnellement, c'était la même. Le plateau technique, l'activité, c'est la même, ça a facilité les choses, on a été plus vite. Les 2 premiers projets nous ont permis de nous faire la main. Le dernier projet, il a été construit rapidement puisqu'on avait déjà de l'expérience* » (Chef de pôle biologie)

Le fait que les ambitions médicales du pôle se heurtent aux contraintes financières de l'établissement, cela se traduit par un procédé par tâtonnement et prend des tournures de négociations, où chaque partie fait des propositions et des contres propositions sans que toutes les règles aient été définies au préalable et aient fait l'objet d'un consensus : « *Chacun a ajusté de son côté, et négocié de façon à ce qu'ils restent dans leur pseudo enveloppe, et que nous, nous restions dans les propositions offertes* » (Cadre supérieur de santé pôle gynécologie). Toutefois l'enveloppe, le budget alloué par la direction à ce projet n'est pas connu par le pôle. Ils ne peuvent donc pas savoir avant soumission du projet s'ils sont dans le cadre des attentes. Ce qui se traduit par de nombreux allers retours :

> « *Nous, on dit on veut 500 ou 1000m2 admettons. Il nous dit : 'non, ça fait trop cher, il faut négocier. Où est-ce que vous pouvez faire des coupes ? Réunir des services ?'* » (Cadre supérieur de santé pôle gynécologie).

> « *Sur la mise en forme, c'est par tâtonnement, par discussion. Quelque chose paraît plus évident présenter d'une certaine façon, plutôt qu'une autre. On n'est pas des pros de la conduite de projet. On essaye de trouver nos outils, nos tableaux. Comment on le présente ? Comment ça pourrait marcher ?* » (Cadre administratif du pôle Gynécologie).

Pour le projet de maternité le phénomène est d'autant plus visible que le pôle Gynécologie fait des projets de scénarios de construction ainsi que de capacitaire, les soumets au DGA en charge des projets qui renvoie ses conclusions. Et ainsi le projet évolue dans sa structure, par étapes : « *On arrive à quatre scénarios* » (Cadre administratif pôle Gynécologie). Un premier

scénario propose d'occuper de l'espace disponible, à savoir deux étages dans le bâtiment enfant pour y placer les suites de couche et placer l'activité de chirurgie gynécologique dans les blocs existants du bâtiment médico technique. Ce scenario ne fait pas l'unanimité : « *on n'est pas fan de ce scénario, parce qu'on se plaint d'être éclatés ici et on reproduit* » (Cadre administratif pôle Gynécologie). La notion d'éclatement pose problème pour les équipes de soins pour la continuité des soins, et l'organisation supplémentaire contraignant que peut représenter le déplacement des patients : « *Ce sont des aspects médicaux* » (Cadre administratif pôle Gynécologie). Il existe donc une version *bis* de ce premier scénario, où les blocs de gynécologie sont situé sur le même lieu que l'activité principale : « *On garde nos blocs au même endroit, en plus de ne pas éclater une équipe d'astreinte de chirurgiens* » (Cadre administratif pôle Gynécologie). S'en suit une version 2, qui vise là encore à réduire les effets négatifs de l'éclatement géographique des activités, tout en intégrant les logiques d'occupation d'espace existants de l'institution : « *On comprend l'obligation de notre institution de récupérer des surfaces, et de les utiliser, essayons d'y mettre des choses qui ne prêtent pas à conséquence.* » (Cadre administratif pôle Gynécologie). L'équipe de pôle propose donc d'y loger les activités tertiaires et des plateaux de consultations avec des bureaux pour les médecins. Un scénario, qui du point de vue de l'activité de soin, convient mieux aux équipes : « *Il y a moins de risques, en matière de liaison vitale pour les patientes* » (Cadre administratif pôle Gynécologie). Cependant, les médecins resterait loin de l'action dans ce scénario, et nécessiterait des logiques de passerelle pour circuler rapidement d'un bâtiment à l'autre. Ces contraintes conduisent à la dernière version, qui est celle qui est préférée par l'équipe du pôle : « *La version 3, c'est celle qu'on appelle de nos vœux. C'est une maternité unique, tout au même endroit.* » (Cadre administratif pôle Gynécologie).

Dans le mode de fonctionnement actuel, les contraintes ne sont pas maîtrisées ce qui pousse à ce processus par propositions et discussions. Pour exemple, la méthode de calcul du capacitaire par le COPERMO n'était pas connue ni par le pôle ni par le contrôle de gestion dès le départ. Il a été donné par le DGA suite à la présentation d'une première version de capacitaire, comme nouvelle méthodologie de calcul :

> « *Non je ne la connaissais pas. Le contrôleur de gestion ne la connaissait pas. Ce qui passe en COPERMO, on n'en a pas copie. On a eu un retour du DGA, en disant que c'était très encourageant. Il a salué les efforts et le travail qui a été fait, mais qu'il fallait avoir la même méthodologie de calcul que pour les autres*

> *projets. Pour les autres projets, il y a une méthodologie de calcul qui aboutit à encore diminuer le capacitaire du projet maternité* » (Directeur délégué du pôle Gynécologie).

Il semble donc qu'il y ait un manque de réflexion en amont et que les questions semblent être posées à partir des limites, et ainsi le projet se transforme au fur et à mesure, ce qui peut représenter une perte de temps : « *On peut refuser un projet, pour une raison qu'on aurait pu régler à la base* » (Chef de service 1 pôle Gynécologie).

Par ailleurs, le pôle Biologie a été accompagné par des consultants, et encadré par le directeur adjoint, ayant connaissances des rouages du COPERMO, ce qui a permis d'orienter l'écriture du projet dans le bon sens, et donc d'améliorer les premières versions proposées par le pôle :

> « *Nous avons été accompagnés par un consultant, par plusieurs consultants en fait. On en a eu un premier, qui nous a donné des conseils. Un consultant freelance, qui savait bien comment ça se passe au COPERMO. On a bénéficié du fait que le directeur général adjoint, il connait les rouages du COPERMO. On savait comment présenter les choses, on a bénéficié d'un consultant qui a fait un travail de fond, il avait été consultant en 2009.* » (Chef de pôle biologie).

> « *On s'est fait aider, par une société spécialisée dans l'assistance à maitrise d'ouvrage, qui est intervenue sur de nombreux chantiers de biologie. Donc, qui a, tout de suite, le coup d'œil sur ce qu'il est possible de faire, ou pas, par rapport aux locaux.* » (Directeur délégué pôle Biologie).

2.2 Les outils de gestion mobilisés dans le cadre des projets

Le travail sur le projet du pôle Biologie a été l'occasion d'utiliser des tableaux de bord, pour la constitution des groupes de travail, pour le suivi du projet, et surtout pour la constitution du dossier et donc de l'étude médico-économique. Toutefois, ce travail ne semble pas avoir été l'occasion de créer de nouveaux outils spécifiques :

> « *Je n'ai pas l'impression qu'on ait mis en place des outils extraordinaires, en dehors de ce qu'on utilisait déjà* » (Cadre supérieur de soin pôle Biologie).

> « *Il y a eu des demandes spécifiques à l'époque, mais c'était plus pour le COPERMO. Il y avait des demandes, mais qui reprennent des données qu'il y a ici* » (Contrôleur de gestion du pôle Biologie).

La construction de tableaux de bord ne fait pas partie des prérogatives du pôle, qui s'appuie sur les outils existants, et l'appui du contrôle de gestion : « *Ils ne sont pas produits par le pôle, ce n'est pas notre métier, nous, on les suit simplement* » (Chef de pôle biologie). Et si dans le pôle Gynécologie les outils mobilisés sont, eux aussi, ceux du contrôle de gestion, il est à noter que pour appuyer ses arguments l'équipe de pôle a produit un tableau basé sur la criticité des différents scénarios pour justifier de leurs préférences :

> « *L'intérêt c'est de montrer, de façon objective, quand on fait notre fameux beau tableau chiffré, là où il y a le plus de criticité. C'est aussi pour ça qu'il fallait qu'on se créé un outil de présentation avec lequel nos préférences sautent aux yeux.* » (Cadre administratif pôle Gynécologie).

Bien que mobilisant les outils habituels, les acteurs notent des améliorations de ces tableaux, avec des adaptations aux spécificités, ce qui a permis de mieux refléter leur activité : « *Il y a pas mal de dialogue avec le contrôle de gestion pour améliorer les tableaux, améliorer les outils de suivi, c'est le boulot du contrôle de gestion* » (Chef de pôle biologie). En effet, les nombreux échanges avec le pôle ont permis d'affiner le choix des indicateurs :

> « *Au départ, c'est plutôt moi qui fait des propositions. On a l'habitude, on anticipe leur besoin, c'est une évolution de tableaux qui existaient avant. On ne part pas de rien. Après, à la marge on modifie, parce que le pôle peut demander des adaptations.* » (Contrôleur de gestion pôle biologie).

Ainsi, le contrôle de gestion a donné au pôle Biologie un libre accès aux outils, avec un suivi mois par mois, sans retards : « *Ils vont sur un site intranet, ils ont accès à tout, il n'y a rien, pas de mots de passe* » (Directeur délégué du pôle Biologie). Dix indicateurs phares ont été retenus et un système de lecture claire a été mis en place, avec un code couleurs (vert ou

rouge) pour donner des indications de réussites ou d'échec des objectifs à atteindre. Des indicateurs ont donc été mis en place pour contrôler la baisse des coûts, ainsi que le système de coût à l'acte rendu, ce qui permet d'avoir des données d'activités et de coûts en temps réel.

Si certains indicateurs sont identifiés par une discussion entre le pôle et le contrôle de gestion, d'autres sont imposés par les instances de tutelles, qui encadrent l'activité de soins :

> « *Ils sont fixés par le Ministère. Il y a des fiches qui sont sorties en juillet 2016. Par exemple, sur le COPERMO, on vous demande de prendre en compte une évolution d'activité. Cette évolution, vous ne pouvez pas l'inventer comme ça. On vous dit, vous prenez l'augmentation, l'indice démographique de l'INSEE pour votre département, c'est calibré. Chaque département est obligé de faire comme ça. Pour le reste, sur le taux d'occupation, l'IP-DMS*[48]*, il y a des fiches. On demande de faire des unités de 28 -30 lits, de prendre comme taux d'occupation, 95% en médecine, et chirurgie 85% obstétrique, un taux de rotation à 130%* » (Contrôleur de gestion pôle Gynécologie).

Or, lorsque ces indicateurs émanent des instances ministérielles, ils désavantagent parfois les pôles, comme c'est le cas pour la DMS dans le pôle Gynécologie. Ces indicateurs sont calculés sur la base d'une moyenne nationale, ne prenant pas toujours en compte les spécificités des établissements, comme les CHU :

> « *C'est calculé sur la DMS nationale, et ça prend en compte l'ensemble des établissements, mais pas la particularité des CHU. Sur certaines spécialités, ça nous désavantage sur l'IP-DMS. Sur l'obstétrique on a un problème, avec les grossesses à risques, vous pouvez avoir une patiente qui reste pendant 3 semaines dans un lit de grossesse à risques* » (Contrôleur de gestion pôle Gynécologie).

Ou encore l'ARS qui dans l'accompagnement des pôles, pousse à produire des indicateurs de résultats et de mesure de la performance. Pour le pôle Biologie, cette mesure de résultat passe par la mesure du retour sur investissement, qui paraît simple à suivre :

[48] Indice de Performance de la Durée Moyenne de Séjour

> « *C'est simple, puisqu'il va y avoir un gain RH. Le suivi est simple, c'est le nombre d'emplois rémunérés. Ensuite, il y a un gain sur la diminution de consommation de réactifs. C'est pareil, on a un registre des recettes, là aussi c'est simple à suivre* » (Chef de pôle Biologie).

Dans le pôle Gynécologie, la mesure des résultats va porter sur le bilan d'activité, le financement, la facturation, le degré de mutualisation matériel et personnel. Par ailleurs, le pôle gynécologie est poussé par les tutelles à faire de l'ambulatoire. Un développement d'activité qui va devoir s'accompagner d'outils de contrôle : « *On s'engage à faire 60% d'ambulatoire. Il va falloir avoir des outils pour mesurer si on y arrive vraiment* » (Cadre supérieur de santé pôle Gynécologie).

Enfin, certains outils sont développés en dehors du CHU et s'imposent aux pôles dans certaines démarches du projet. C'est le cas notamment d'un logiciel de l'ANAP, qui peut être utilisé par les établissements et par l'ARS. Il se compose de trois modules. Le but du premier module est que l'ARS peut vérifié ce que l'établissement propose, en terme de capacité d'hospitalisation, à travers des fichiers d'activité, c'est le fichier PMSI. Cela permet à l'ARS de vérifier la cohérence entre la proposition de l'établissement et la réalité de l'activité. Le second module est plus destiné pour les services techniques, il va permettre de déterminer les mètres carrés. Il reprend les critères de l'ANAP et sert à déterminer les capacités d'hospitalisation, les soins externes et calculer les bureaux des médecins, des internes. Enfin, le troisième module est utilisé pour calculer le retour sur investissement du projet. Si cet outil paraît complet, il ne semble pas toujours adapté : *« Sur le principe c'est bien, dans le réel, le fonctionnement, c'est une usine à gaz monstrueuse qui ne s'adapte pas aux gros établissements et aux particularités* » (Contrôleur de gestion du pôle Gynécologie).

2.3 La maîtrise des outils de gestion par les équipes du pôle

Il semble que, dans les deux pôles, il n'y ait pas de problèmes de maîtrise, ou de compréhension des outils de gestion mis en place, que ce soit les tableaux de bord, ou les indicateurs retenus :

> « *Moi je pense qu'on est bien clair sur les indicateurs qu'on choisit de mettre dans ces tableaux* » (Cadre administratif pôle Gynécologie).

> « *Au niveau du pôle, on a l'habitude. Un tableau de bord d'activité, les DMS, on connait bien, aucun problème, on arrive à se projeter* » (Cadre supérieur de santé pôle Gynécologie).

Dans le pôle Biologie, selon le contrôleur de gestion, il y a une assez bonne maîtrise des outils de gestion, et une vraie implication notamment du directeur délégué : « *On est à leur disposition. J'ai l'impression que oui, je sais que le directeur délégué y va beaucoup. Il me fait valider certaines analyses* » (Contrôleur de gestion du pôle Biologie).

La maîtrise des outils de gestion se justifie par le caractère très normé des activités de biologie et de gynécologie. Ce qui semble être un avantage quand à la maîtrise des outils de gestion. En effet, la biologie a une culture de qualité forte, habituée aux tableaux de bord et à manipuler beaucoup d'indicateurs, ce qui facilite l'appropriation des outils de gestion utilisés pour le projet :

> « *Le fait qu'on soit accrédité, on est habitué à travailler de manière très rigoureuse. On a pas mal de choses cadrées par ça, qui nous permettent d'aller plus vite. Pour moi c'est une aide* » (Cadre supérieur de soin pôle Biologie).

De plus, l'accompagnement du contrôle de gestion et des différentes directions fonctionnelles semble être un appui essentiel pour le pôle, et garantit une bonne maîtrise des outils :

> « *Je pense qu'on est bien entouré, bien aidé, parce que quand on a besoin de l'appui du SPIM, d'une étude sur un capacitaire, de choses qu'on ne sait pas complètement faire. On a toujours les ressources dans l'institution* » (Cadre administratif pôle Gynécologie).

Il persiste quelquefois des difficultés**,** notamment pour maîtriser des outils qui s'imposent au CHU et où même le contrôle de gestion peine à accompagner les pôles, ce qui peut fragiliser par moment les procédures. Un flou technologique qui ralentit l'avancée des projets pour des questions d'outils :

> « *Ca a pris beaucoup de temps pour remplir ce machin. Essayer de le comprendre. On nous présentait ça comme étant le logiciel obligatoire à remplir pour l'ARS et pour le COPERMO. Maintenant, sur le COPERMO qu'on est en train de faire, la DG a dit : 'on passe pas par ce logiciel, c'est quelque chose de très lourd'* » (Contrôleur de gestion pôle gynécologie).

De plus, certains outils et les systèmes d'informations sont définis par la direction des services numériques et de cette façon s'imposent aux pôles : « *On travaille par induction, on choisit les outils par schéma directeur, on pose les outils. Après, les pôles s'organisent pour faire avec les outils* » (Directeur du Service Numérique). Dès lors, il faut parfois : « *apprendre à courir en courant* » (Directeur du Service Numérique). Un fonctionnement qui peut être compliqué, d'autant que la direction des services numériques n'a pas de relation directe avec les pôles, même si, sur certaines thématiques, des utilisateurs font remonter les informations. Les outils sont généraux et s'appliquent à tous les pôles, n'ayant pas les moyens de créer des outils spécifiques pour chaque pôle.

2.4 L'appropriation des logiques gestionnaires

L'hybridation des logiques gestionnaires et médicales n'est pas encore faite, mais le travail d'optimisation et de restructuration, qui pousse à repenser l'organisation des soins, a un impact sur les décisions médicales. Il est donc de plus en plus attendu de la part des médecins une appropriation des logiques gestionnaires. On peut constater que du chemin a été parcouru même si cela prend du temps et qu'il est parfois nécessaire de manier habilement les concepts :

> « *Nos médecins se sont appropriés les outils. Ils n'en sont plus à dire : les chiffres sont faux. L'avantage de ce pôle, c'est une culture partagée* » (Cadre administratif pôle Gynécologie).

> « *Le retour sur investissement, pour eux, ce sont des mots qui ne sont pas évidents à faire digérer. Ce qu'il percutent c'est : 'on rend du monde'. Vous leur dites :*

'on va optimiser les appareils', ça passe mieux, que de dire on va rendre 10 personnes » (Cadre supérieur de soin pôle Biologie).

Ce travail d'appropriation passe notamment par le directeur délégué qui a un rôle d'éclaireur auprès des autres membres. Il rassemble les informations auprès des différentes directions fonctionnelles et, sur la base de ces informations, il guide le pôle pour la construction du projet. Il permet d'avoir une vision plus claire sur la méthodologie a adopté. C'est un élément de réussite du projet, qui passe par la compréhension des logiques gestionnaires :

« *Je demande des éléments à la DTST, des éléments SPIM, au contrôle de gestion, au pôle aussi. Après, je fais le lien, en expliquant au pôle, pourquoi dans le dossier COPERMO on retient tel indice d'IP-DMS, et pas tel autre, pourquoi on ne tient pas compte de l'augmentation de la population sur 3 années. Parce qu'il y a des items à respecter dans le dossier COPERMO, et une méthodologie à avoir pour l'ensemble des projets* » (Directeur délégué du pôle Gynécologie).

Si l'appropriation n'est pas encore optimale, cela peut s'expliquer par plusieurs raisons. Dans un premier temps, pour le DGA, il y a un manque d'animation de gestion au sein du CHU Santé, ce qui ne crée pas un cadre optimal pour implanter une vraie culture de gestion parmi les médecins : « *Il n'y a pas de gestion des compétences des directeurs d'hôpitaux. Ils ne savent pas faire de conduite de projet* » (Directeur Général Adjoint). Dès lors, les fonctions restent cloisonnées et le jeu des tableaux de bord reste l'apanage du contrôle de gestion : « *Ce n'est pas notre métier* » (Chef de service 1 pôle Biologie).

Par ailleurs, il est encore difficile, pour certains acteurs, de mener une réflexion de gestion qui les pousse à se projeter dans ce que serait le devenir de l'activité Or, le projet ne peut se réaliser sans projection dans l'avenir, ce qui ralentit le processus :

« *Ils avaient du mal à raisonner, en dehors du quotidien. Chaque fois, on leur disait : 'ce que vous dites c'est aujourd'hui, mais nous, on vous demande de réfléchir pour demain'. A l'arrivée, on a perdu du temps, ça s'est passé les 3 fois comme ça.* » (Cadre supérieur de soin pôle Biologie).

Cette difficile projection dans l'avenir s'explique par une situation quotidienne problématique en terme financier ou d'organisation. Les agents ont tendance à se focaliser sur les réductions d'effectifs, plutôt que sur la nouvelle organisation qui sera mise en place. C'est alors tout le travail du pôle d'expliquer à ces agents la vision à long terme qui est défendue dans le projet :

> « *On a beaucoup de mal à se projeter dans l'avenir, on est englué dans les problématiques d'aujourd'hui. Quand vous dites à quelqu'un aujourd'hui : 'on va enlever 10 personnes', il va vous dire : 'ce n'est pas possible', alors que l'organisation ne sera pas la même. C'est le reflet de l'inquiétude et la difficulté de se projeter à demain* » (Cadre supérieur de soin pôle Biologie).

Il y a également un manque de compréhension parfois du côté des agents des outils de gestions mobilisés, et ce décalage les entraîne à être réfractaires au monde de la gestion. On retrouve toujours chez ces agents l'idée que les tableaux de bords ne reflètent pas complétement la réalité de leur activité :

> « *C'est plus compliqué avec les acteurs de terrain, ils ne comprennent pas. Il y a toujours une suspicion par rapport à tout ça. Ils considèrent que ça reflète mal leur activité, mais les tableaux de bord, ils prennent leurs sources dans les labos.* » (Chef de pôle biologie).

Ce décalage entre réalité et tableaux de bords s'explique, selon le chef de pôle biologie, par le manque de préoccupation des agents du transfert de production au tableau de bord. On retrouve ici le problème du codage de l'activité :

> « *En ce qui nous concerne, c'est que le labo ne s'est pas préoccupé de comment sa production est transférée au tableau de bord. Les gens travaillent, oublient d'enregistrer leur travail.* » (Chef de pôle biologie).

De plus, la Biologie est une discipline particulière, un peu à part des autres disciplines médicales, dans laquelle la recherche et le soin sont très liés. Cette frontière mince entre ces deux activités crée un flou sur le codage de l'activité, ce qui participe au décalage entre les données et la réalité :

> « *On ne les retrouve pas dans les tableaux de bord, parce qu'en biologie, on est toujours à la frontière entre la recherche et le soin. Parfois, on fait des choses pour la recherche, pour autant on n'enregistre pas après. On a l'impression d'avoir beaucoup travaillé, et que l'activité est faible, parce qu'on l'a mal valorisée, on l'a mal expliquée* » (Chef de pôle biologie).

On retrouve parfois un manque de compréhension des indicateurs dans le pôle gynécologie également. C'est d'autant plus vrai quand les indicateurs sont modifiés par les tutelles, et que cela va à l'encontre de l'avis des médecins :

> « *Pour le projet de modernisation, ils ne comprennent pas le taux d'occupation à 95%. Ils l'ont sorti en juillet. Jusqu'à présent c'était un taux à 85%, quel que soit la spécialité. Ils sont montés à 95% pour la médecine et la chirurgie, tous les médecins disent que c'est impossible* » (Contrôleur de gestion pôle Gynécologie).

Ce manque de maîtrise de la part des agents de terrain entraîne un décalage entre le travail ressenti par le personnel, l'estimation de leur activité et la réalité des chiffres d'activité, ce qui encourage la réticence des agents envers la sphère gestionnaire :

> « *Le personnel a toujours l'impression qu'il travaille beaucoup. J'ai le problème en gynéco. Elles disent : 'on est débordé'. Quand je rentre dans les outils de rotation de malades, on s'aperçoit que ce n'est pas si terrible.* » (Cadre supérieur de santé pôle Gynécologie).

Cet écart entre le ressenti des équipes et les chiffres d'activité peut expliqué le sentiment de découragement des agents qui ne se retrouvent pas dans les tableaux de bords. Un sentiment qui s'accroît avec le manque de maîtrise de ces outils de gestion. En effet, ne comprenant pas le fonctionnement de ces outils et ne les manipulant pas, les agents ont le sentiment qu'ils reflètent une activité en deçà de leur quotidien et de leurs difficultés. Cela crée un décalage entre les revendications des agents de terrain et les aspirations stratégiques de l'établissement :

> *« Le personnel a l'impression qu'il est débordé quand il y a 20 malades sur 22 dans l'unité. Alors quand je sors des chiffres, par le bureau des entrées, et qu'il*

> *n'y a que 15 malades, vous voyez la différence. Il faut se méfier du ressenti du personnel, ils sont souvent étonnés par les chiffres* » (Cadre supérieur de santé pôle Gynécologie).

Enfin, la question du décalage entre activité et tableaux de bord se retrouve aussi chez les médecins. Ici, le manque d'engouement pour la gestion s'illustre par le manque d'implication autour du codage : « *S'ils ne font pas cet effort, ils vont dire : 'je ne comprends pas, et mon activité je ne la retrouve pas'. Oui c'est vrai, tu n'as pas pensé à changer le code.* » (Chef de pôle Biologie). Ce manque d'intérêt pour le codage de l'activité est en effet symptomatique de la distance que gardent les médecins avec la sphère gestionnaire. Dans l'esprit de certains d'entre eux, ces deux mondes restent distincts, et chacun de son côté doit mener à bien son activité sans interférences :

> « *Ils considèrent que, de toute façon, ils travaillent, c'est vrai, ils contribuent au soin, c'est vrai, ils apportent un service aux patients, il n'y a pas de doutes. A partir de ce moment, ils considèrent que la gestion n'est pas leur problème. Que ça doit tomber tout seul, que c'est comme ça. C'est ce qui est difficile, parce que les outils, on les a* » (Chef de pôle Biologie).

Ici la question n'est donc plus celle des outils qui seraient inadaptés ou d'un manque de compétence mais bien d'un manque d'intérêt manifeste des médecins pour la gestion. Or, dans le pôle Biologie la qualité du codage est primordiale suite à un changement de nomenclature. Ce codage représente pourtant un enjeu fort car c'est pas ce biais que les recettes sont générés, ce qui se traduit par un manque a gagner pour l'hôpital :

> « *Il y a une réforme sur le codage. Clairement, certains actes, si on reste sur l'ancienne nomenclature, la valorisation est nulle. Sur la nouvelle nomenclature, la valorisation est intéressante* » (Chef de pôle biologie).

Synthèse intermédiaire

Dans cette section, nous avons pu voir qu'il y a eu un enrichissement progressif du projet, avec un procédé par tâtonnement, un fonctionnement qui correspond à l'anarchie organisée. C'est-à-dire que, les équipes du pôle découvrent les contraintes et les critères de validation au fur et à mesure des soumissions du projet à la DG. Parallèlement, ces projets ont bénéficié de leur long historique. Comme plusieurs dossiers avaient été rédigés, il existait une base de réflexion bien avancée, qui a été mise à profit par les pôles. Ils ont su s'appuyer sur les travaux existants, pour les faire évoluer et les faire correspondre au fur et à mesure aux demandes de la DG, avec d'autant plus de réussite pour le pôle Biologie. Le rapport entre les pôles et la DG a pris la forme de négociation, d'où la notion d'avancée par tâtonnement. Dans le pôle gynécologie, cela s'illustre particulièrement par la construction de divers scénarios, soumis à la DG.

Par ailleurs, l'analyse de ces projets a été l'occasion de s'intéresser aux outils de gestion mobilisés par les équipes du pôle pour développer leur projet. Dans le pôle Biologie, le projet a été l'occasion d'utiliser des tableaux de bord pour la constitution des groupes de travail, le suivi du projet et surtout pour la constitution du dossier. Le pôle Biologie a réalisé une vraie étude médico-économique à partir des outils de gestion courants et des données disponibles. Dans les deux pôles, ce processus s'est fait en étroite collaboration avec le contrôle de gestion.

On note ici, une meilleure maîtrise des outils de gestion que dans la phase 1, ainsi qu'une meilleure appropriation et des choix d'indicateurs plus affinés. Reste que certains indicateurs sont imposés par les tutelles, avec plus ou moins de cohérence selon les pôles. Dans le cadre de la réalisation du projet, des indicateurs de résultats ont été mis en place pour en suivre le développement. Au cours de notre enquête, il a semblé que, dans les deux pôles, il n'y ait pas de problèmes de maîtrise ou de compréhension des outils de gestion mis en place, que ce soit les tableaux de bord ou les indicateurs retenus.

Dans une certaine mesure, nous pouvons conclure que du chemin a été parcouru par les agents du terrain, en matière d'appropriation des logiques gestionnaires. Ce travail d'appropriation passe en partie par le directeur délégué, qui joue un rôle d'accompagnateur. Il manque,

toutefois, encore un peu d'animation de gestion et de compétences parmi les soignants, mais les choses progressent.

Au regard de nos propositions de recherche, il semble que le pôle, par la gestion de projet, permette au flou technologique de se dissiper peu à peu, par le recours à des outils de suivi et de mesure des résultats. L'introduction croissante d'instruments de contrôle de gestion semble ainsi permettre de rendre la gestion plus efficiente, comme l'avait démontré Flachère (2015). On le constate dans les deux pôles : une meilleure appropriation des outils et des logiques gestionnaires a rendu plus efficace la gestion du projet du pôle, et plus particulièrement pour la Biologie, aboutissant à la réussite du financement de leur projet. Pour ce qui est de la supposée stabilisation et normalisation des processus de gestion, on constate un fonctionnement par essais-erreurs, dit par tâtonnement, qui démontre que tout n'est pas encore stabilisé. Pour autant, dans la conduite des projets, par effet d'expérience, les procédés semblent tendre vers une normalisation.

On retrouve la logique de contractualisation, non plus dans le contrat de pôle comme attendu, mais à travers le projet, qui engage la DG et le pôle autour d'objectifs à atteindre. Avec, comme dans les universités (Musselin, 1997), l'introduction de modalités de contrôle de gestion afin de contrôler les résultats, comme par exemple les indicateurs de retour sur investissement du pôle Biologie. Une forme de contrôle par les résultats semble donc possible désormais. La négociation entre le pôle et la DG autour du projet est donc une forme de contractualisation interne permettant la fixation d'axes prioritaires donnant naissance à des comportements plus collectifs, supposant plus d'interdépendance (Musselin, 1997). Une interdépendance que l'on ressent bien dans la construction du projet qui rassemble la DG, le pôle et le contrôle de gestion. On retrouve l'idée de notre proposition de recherche : du fait d'un travail en commun plus resserré, avec de nouvelles responsabilités partagées, l'interdépendance fonctionnelle augmente. De l'idée d'appropriation et de partage entre les acteurs ressort une meilleure compréhension des réalités de chacun, notamment entre le pôle et le contrôle de gestion, mais également, plutôt pour le pôle Biologie, entre le pôle et la DG. Cela est moins le cas pour le pôle Gynécologie.

Enfin, Mintzberg (1982) précise que la décentralisation verticale globale à des unités est essentiellement régulée par des systèmes de contrôle des performances. Or, c'est bien l'idée

de développer l'autonomie des pôles, par le développement de projets sous le contrôle de l'équipe de pôle, en assurant une régulation par le contrôle des résultats et des performances.

3 Une participation maîtrisée, par la création d'instances stabilisées

Dans cette troisième partie, nous allons décrire comment le management de projet par le pôle tend à stabiliser les instances délibératives et les participations. Nous verrons tout d'abord que les deux pôles étudiés ont mis en place des stratégies différentes quant à la constitution des groupes de travail, puis nous aborderons les différentes modalités de rencontres mises en place. Après cette présentation, nous verrons que la participation à ces instances tend à être plus maîtrisée que ce que nous avons pu observer dans la première phase. L'analyse de ces projets va faire ressortir que l'implication des acteurs reste un enjeu fort de la réussite et que le management de projet joue en faveur de la réduction du clivage entre administration et soin. Enfin, nous reviendrons sur les acteurs clés du projet, qui ont accompagnés le pôle.

3.1 La mise en place de groupes de travail, deux approches différentes

Dans le pôle Biologie, des groupes de travail structurés ont été mis en place. Il y a eu environ 15 groupes de travail thématisés, dont l'objectif a été que les membres du pôle se rencontrent pour définir leurs souhaits et leurs problématiques et ainsi faire des propositions pour le projet de regroupement des activités de biologie. Dans ces groupes de travail thématiques quasiment tous les agents du pôle ont été présents. Ces groupes ont eu pour objectif de participer à la construction du projet mais n'étaient pas décisionnaires. Les groupes de travail, les thématiques et les représentants ont été choisis par le trio de pôle. La constitution des groupes a été variable en fonction des thématiques et des services concernés. Les services ont désigné des représentants :

> « *Ca dépendait des groupes. Il y avait des groupes où le nombre était variable, en fonction du groupe et de la thématique, des fonctions et des personnes présentes. Il y avait des groupes, où il y avait une grande majorité de biologistes, des groupes où il y avait une grande majorité du personnel. Ca dépendait de la thématique* » (Cadre supérieur de soin pôle Biologie).

Ces groupes de travail incluaient tout type de personnel sur la base du volontariat. En effet, le choix des participants s'est fait sur la base du volontariat pour assurer une meilleure implication des agents et pour assurer une représentation homogène des agents. Parmi les volontaires ont été sélectionné des représentants de chaque sites, de chaque catégorie professionnelle *:* « *Tout le monde a son mot à dire* » (Cadre supérieur de soin pôle Biologie). Ces groupes de travail rendaient des comptes rendus réguliers à l'équipe de pôle qui recueillait les informations et en faisait la synthèse. L'équipe de pôle était donc active dans ces groupes en apportant des compléments d'informations et en manageant le groupe de près. En effet, tout au long des rencontres de ces groupes de projet, le pôle a joué un rôle de coordination et de passerelle entre les groupes de travail et les directions, au cours de différents COPIL. Par ailleurs, dans les COPIL il y avait un représentant de chaque direction fonctionnelle nous explique le chef de service 2 du pôle Biologie. Ces COPIL ont été l'occasion de retours d'informations :

> « *L'équipe de pôle a suivi les groupes, y a participé, a fait la jonction. Elle a désigné un cadre à mi-temps, pour faire cette jonction entre les services et l'équipe, pour que le pôle soit représenté partout. Pour qu'il y ait un suivi de ses groupes* » (Cadre supérieur de soin pôle Biologie).

Il y avait un responsable de groupe, un référent, qui était chargé d'organiser les réunions avec le pôle en un appui logistique. Les représentants étaient chargés de faire un compte rendu de chaque réunion et de remettre au pôle la synthèse du travail effectué. Le fonctionnement de ces groupes était très structuré et répondait à des logiques de thèmes, avec des comptes rendus réguliers :

> « *C'était d'abord, plateau technique pré analytique, plateau technique à réponse rapide, et par plateaux techniques en flux. Plus d'une quinzaine de groupes. Il nous ont fait une synthèse de travail, nous, on a recoupé à nouveau* » (Cadre supérieur de soin pôle Biologie).

Ce mode de fonctionnement avait été adopté depuis longtemps par le pôle, lors des précédentes versions du projet. Ainsi, la constitution des groupes pour la phase finale a été assez rapide :

> « *On a pu aller aussi vite parce que les groupes se sont reconstitués à l'identique de 2014. On n'a rien changé dans la thématique. Comme le travail avait déjà été fait par des gens investis la première fois, ils sont allés vite. On a mis 2 mois, on a été très vite* » (Cadre supérieur de soin pôle Biologie).

Dans le pôle Gynécologie, l'approche est différente. Les échanges sont restés internes aux pôles et entre le pôle et les directions fonctionnelles :

> **«** *C'est resté très interne, au niveau du pôle. Dans la mesure où les projets ont été montés par le directeur administratif, les cadres sup, le chef de pôle, c'est restreint au niveau du pôle* » (Cadre supérieur sage femme pôle gynécologie).

Le choix de garder la construction du projet en interne s'est fait par crainte de la réception dudit projet. L'équipe du pôle craint la réaction des équipes du terrain qui pourraient interprétés certains choix stratégiques de façon négative et entraver l'avancée du projet. Cette crainte témoigne d'un climat social sensible :

> « *C'est une espèce de protection du projet qu'on fait, et quand il sera officiel, on l'annoncera. Doucement ou violemment, ça va être compliqué. Ca sera la surprise pour tout le monde. Faut qu'on passe au COPERMO, mais pour le moment c'est circuit fermé* » (Cadre supérieur sage femme pôle gynécologie).

> « *Il y a très peu de personnes qui travaillent sur le dossier. Il ne faut rien dire parce qu'après, s'il y a un chiffre qui sort, et risque d'être mal interprété, par un syndicat ou un comité médical, ça peut partir comme un feu de broussaille* » (Contrôleur de gestion pôle Gynécologie).

Ainsi, les échanges ne descendent pas encore jusqu'aux services, si ce n'est avec quelques médecins, au détriment des soignants : « *Les soignants n'ont pas encore été impliqués, c'est surtout avec les médecins et les cadres* » (Cadre supérieur de santé pôle Gynécologie). Si la majorité des échanges sont restés internes au pôle gynécologie, une équipe de projet s'est tout de même réunie trois fois avec quelques représentants de directions fonctionnelles pour faire avancer le projet :

> « *Une équipe projet, qui s'est réunie 3 fois, où il y a l'ensemble de l'équipe de pôle. Moi je suis présent, le médecin DIM, l'équipe des travaux, et ponctuellement d'autres personnes qui peuvent être invitées. La dernière réunion, ils avaient invité le cadre de santé qui s'occupe des blocs* » (Contrôleur de gestion du pôle Gynécologie).

Ainsi, l'essentiel s'est concentré sur l'équipe du pôle avec le concours du contrôleur de gestion, avec certains médecins qui ont été impliqués, et à qui il a été demandé de fournir des tableaux de bord d'activité. Pour la partie néonatologie du projet maternité, elle a été écrite avec les médecins et les cadres, puis mise en commun dans le bureau de pôle.

3.2 Des modalités de rencontre multiples

Pour rédiger le nouveau dossier COPERMO, dans le pôle Biologie les groupes de travail se sont réunis régulièrement, pour être le plus efficace possible, s'appuyant sur les premières versions, forts des deux précédentes expériences. Ces réunions ont eu lieu en dehors du bureau de pôle hebdomadaire, il y a eu des réunions spécifiques :

> « *Ils se sont réunis de manière fréquente, une fois par semaine, pour travailler. Pour certains, des fois même deux fois par semaine, pour rendre la copie très vite* » (Cadre supérieur de soin pôle Biologie).

> « *Il y a eu 4 comités de pilotage avec ce consultant du cabinet d'expertise, entre mars et juillet. Parallèlement, on se réunissait, sous la direction du DGA, l'ensemble des directions intervenantes, plus le pôle* » (Directeur délégué du pôle Biologie).

Le comité de pilotage central s'est réuni une fois par mois avec la direction, et il y a eu quatre comités de pilotage avec notamment les directions fonctionnelles. Des réunions de travail ciblées ont eu lieu entre la DSN et le pôle, ainsi qu'une participation au COPIL de la DG. Les groupes de projets étaient thématiques sous forme de plateformes : une partie horizontale sur la plateforme biomoléculaire et une partie verticale avec des confrontations d'analyses et d'expertises.

Dans le pôle Gynécologie, deux grandes réunions collégiales spécifiques ont été mises en place :

> « *On est dans la démarche de création, donc on s'est réuni 2 fois. Une première fois, pour se donner notre méthodologie, comment on veut travailler là-dessus. C'est le directeur délégué qui anime ces réunions. Et une 2ème réunion pour faire un point d'où on en est de la construction de ces scénarios, de la façon dont on va présenter tout ça* » (Cadre administratif du pôle Gynécologie).

3.3 Un turn-over dans les instances délibératives maîtrisé

Dans le pôle biologie, les groupes de projets constitués sont restés les mêmes, et les mêmes acteurs ont été présents dans les 4 comités de pilotage : « *Il y a une très grande stabilité, parce qu'en fait, ce qu'il fallait, c'est mobiliser absolument tout ceux qui avaient une partie des crédits de gestion.* » (Directeur délégué pôle Biologie). Il s'agit des crédits des travaux, des crédits biomédicaux, informatiques, RH, ou encore des affaires médicales. Chacun d'entre eux étaient représenté par un membre de la direction fonctionnelle correspondante. Si les groupes de travail constitués n'ont pas changé d'effectifs dans le pôle biologie, la contrainte de temps pour la soumission du dossier aux instances a eu un effet sur les taux de présences :

> « *Parce que le délai était restreint, ils ont été obligés d'imposer les dates. A partir du moment où vous imposez des dates, il y en a qui viennent ou pas. Du fait du calendrier, vous avez des gens, qui étaient dans les premiers groupes, qu'on a sollicité, qui n'ont pas voulu, et d'autres qui sont partis.* » (Cadre supérieur de soin pôle Biologie).

Des réunions de pôle ont été organisées sur des sujets spécifiques avec pour invités uniquement les agents concernés. Ainsi, durant les réunions spécifiques, les intervenants variaient en fonction des sujets abordés : « *Avec l'équipe de pôle systématiquement, avec selon les sujets, des interlocuteurs en fonction de leurs compétences* » (Chef de pôle Biologie). Toutefois, cela ne suffit pas toujours à éviter la lassitude due au temps long de l'avancement du projet : « *Je pense que les gens s'essoufflent un peu, c'est tellement long. On*

nous promet ça depuis qu'on a déménagé, depuis 2005 » (Cadre supérieur de santé pôle Gynécologie).

Les réunions se déplacent également en fonction des sujets et convoquent différentes directions fonctionnelles en fonction de l'état d'avancement du projet. On retrouve donc une forme de fluctuation dans les invités en fonction des sujets. Sauf que cette fois-ci on retrouve une cohérence entre les invités et les sujets abordés, ce qui n'est pas un frein à l'avancée du projet, même si de fait, les réunions se multiplient :

> « *Aux réunions préparatoires, le directeur délégué invite l'équipe de pôle, le contrôle de gestion, le SPIM, un directeur de site. La dernière fois, comme il fallait qu'on soit au fait de quelle disponibilité restait encore dans le bloc gynéco, on avait la cadre sup du bloc gynéco du site, pour nous dire : votre activité peut rentrer ou pas dans les créneaux qui restent. Il y a toujours une base : le pôle ; après, autour viennent des invités en fonction de l'avancée du projet* » (Cadre administratif pôle gynécologie).

Pour limiter la perte de temps que pourrait représenter la participation à toutes ces réunions, l'ensemble de l'équipe du pôle ne participe pas systématiquement à l'ensemble de ces réunions. Le pôle est souvent représenté par l'un de ses membres : « *Ca fait beaucoup de réunions pour l'équipe de pôle, il y avait un représentant du pôle* » (Cadre supérieur de santé pôle Gynécologie).

Pour éviter le phénomène de fluctuation et de prise de décision flottante, en fonction des sujets et des personnes en présence, les décisions restent centralisées sur l'équipe restreinte du pôle. Ce qui a été le cas pour les deux pôles, avec toutefois une différence en matière de transparence entre le pôle Biologie, qui a opté pour une plus grande transparence, et le pôle Gynécologie, qui, dans un stade moins avancé, pour éviter un soulèvement des syndicats et des agents de terrain, retient pour l'heure les informations au niveau du pôle :

> « *Les décisions sont beaucoup prises dans l'équipe de pôle. On a été assez directif. Tout en avançant dans la transparence, on a toujours beaucoup informé à travers les bureaux de pôle, et à travers des assemblées générales. Tous les personnels du pôle sont invités à l'AG* » (Chef de pôle Biologie).

Par ailleurs, dans le pôle Gynécologie, entre les deux phases de recherche il y a eu un changement de directeur délégué, du cadre supérieur de santé, ainsi que le départ d'un des deux cadres supérieurs de santé sage-femme, qui n'a pas été remplacé.

3.4 L'implication des acteurs, un enjeu fort de la réussite des projets

La volonté du pôle, d'autant plus dans le pôle Biologie, a été d'impliquer l'ensemble des acteurs, afin que chacun puisse exprimer son point de vue. Et, par ce biais obtenir une adhésion la plus large possible autour du projet :

> « *On a fait en sorte que ça soit cadré, que chacun donne son point de vue, pas personnel mais général* » (Cadre supérieur de soin pôle Biologie).

> « *Il y a eu des réflexions, avec l'ensemble des personnels. Une vraie concertation, entre les biologistes, les ingénieurs et les techniciens* » (Chef de service 1 pôle Biologie).

Si au départ du projet l'implication de l'ensemble des acteurs semble bonne, au fur et à mesure des échecs et des remobilisations, les motivations se sont érodées chez certains. Il faut dire que ces deux projets datent d'au moins une dizaine d'années, on peut alors comprendre une certaine baisse de motivation et de lassitude chez des agents, qui pour certains ont cessé d'y croire. Les agents sont donc méfiants et distants par rapport au projet :

> « *On a perdu des motivations en route. Ça faisait 3 fois et les gens n'y croyaient plus trop. Mais on a réussi à motiver des gens qui ont constitué des groupes de travail* » (Cadre supérieur de soin pôle Biologie).

> « *Ils se disent, ce que je n'entendais pas il y a 5 ans, 'quel est l'intérêt de nous faire partir ?' Il y a 5 ans, ils disaient : 'faut qu'on parte de la maternité'* » (Contrôleur de gestion du pôle Gynécologie).

> « *Ils n'y croient plus, c'est une vaste fumisterie la nouvelle maternité. Ils vivent au jour le jour dans des locaux effroyables, il n'y a pas d'autres mots. Le projet maternité c'est vaseux pour eux.* » (Cadre supérieur sage-femme pôle gynécologie).

Par ailleurs, on note une opposition syndicale face au changement. Une opposition qui vient de la crainte de ce que pourrait devenir l'activité dans le futur, dans un contexte financier complexe, où les réductions d'effectifs sont monnaies courantes.

3.5 Le clivage administration / soin : des cloisons qui s'effritent par le fonctionnement en mode projet

Le fonctionnement du projet du pôle Biologie, avec la mise en place des groupes de travail, a permis une meilleure appropriation des logiques du CREF avec une vraie réflexion autour d'une meilleure organisation médicale. Plutôt qu'une simple suppression de postes, il semble que ce fonctionnement ait permis de rapprocher ces deux logiques antagonistes, au profit de plus d'anticipation. Le pôle attendait des biologistes des propositions qui soient cohérentes, logiques et médicalement acceptables nous explique le cadre supérieur du pôle biologie. Ces propositions ne devaient pas être seulement économiques :

> « *Les consignes du départ ont été : ne raisonnez pas en vous disant : 'on doit rendre tant de personnes, donc on va organiser pour qu'on puisse les rendre'. Raisonnez en disant : 'comment doit on organiser pour être optimal dans notre fonctionnement ?'. Et nous verrons ce que nous rendons.* » (Cadre supérieur de soin pôle Biologie).

Le pôle a pris la pleine mesure de son rôle d'organisateur pour veiller à la bonne gestion du projet. Du point de vue logistique, il a fait le pont entre les besoins médicaux et les attentes gestionnaires. Dans un premier temps, il a été question de recueillir l'ensemble des comptes rendu pour en faire une synthèse. Dans le pôle biologie, ce travail a été l'occasion pour l'équipe du pôle de mettre en avant les incohérences, ou les zones d'ombre :

> « *On a mis en lumière ce qui n'était pas très clair, on a recontacté les groupes pour avoir un éclairage sur ce qu'ils voulaient, parce que ce n'était pas bien compréhensible, on a fait une relecture et un réajustement en retraçant ce qui était dit.* » (Cadre supérieur de soin pôle Biologie).

Cette relecture a permis également de souligner des demandes qui n'étaient pas cohérentes avec le contexte de réalisation du projet. Le pôle a veillé à la bonne adéquation entre les demandes et la réalité du financement par le COPERMO : « *Peut être une fois ou deux il y avait un grand délire : c'est demander la lune. On les appelait en disant : 'il faut être sérieux'. Ca a été recadré très vite.* » (Cadre supérieur de soin pôle Biologie). Ce travail de veille a permis au pôle de travailler notamment sur les effectifs cibles pour la future organisation de la Biologie, toujours en collaboration avec les équipes :

> « *On a recalculé les effectifs. Et chaque fois, une fois qu'on avait terminé pour un secteur, ou pour une fonctionnalité, on retournait voir les documents du programmiste pour voir si on était dans les clous* » (Cadre supérieur de soin pôle Biologie).

Le fonctionnement par projet rassemble des acteurs d'univers différents autour du pôle œuvrant tous dans un but commun, la réalisation d'un projet. Ainsi les frontières internes de l'hôpital semblent se décloisonner entre administration et soin :

> « *Notre direction est capable d'entendre certains arguments médicaux* » (Cadre administratif pôle Gynécologie).

> « *On travaille avec le SPIM, on travaille avec le contrôle de gestion, et avec le pôle. Heureusement on n'est pas tout seul. Il y a un vrai travail collaboratif, un vrai échange avec tous les gens qui sont en appui auprès de nous* » (Cadre administratif pôle Gynécologie).

3.6 Les acteurs clés du management de projet

Les acteurs principaux ont bien entendu été le trio de pôle, accompagné par le directeur délégué. Et si dans le pôle gynécologie le porteur du projet officiel est le directeur délégué du pôle, dans les faits, comme pour le pôle biologie il s'agit plutôt du duo chef de pôle, directeur délégué.

Le directeur délégué joue toutefois un rôle essentiel dans la démarche de gestion de projet, et son rôle est déterminant, en tant qu'accompagnateur bien évidemment, le directeur n'étant pas décisionnaire : « *Le directeur délégué, je le perçois comme une aide importante. Ca peut être un facilitateur dans certain cas, mais il est assez peu décisionnaire.* » (Chef de pôle biologie). Sa position en tant que membre de la direction générale permet au pôle de faire le lien avec les autres directions fonctionnelles plus directement à travers le directeur délégué, qui en est le collègue, plutôt qu'en direct. A cela, le chef de pôle biologie ajoute une fonction de garde-fou : « *Il a un petit rôle de surveillance. Il a l'œil sur ce qu'il se passe dans le pôle. S'il y a des dérives, il en fait état à la DG* » (Chef de pôle biologie). Enfin, il joue un rôle administratif essentiel puisqu'il possède les compétences nécessaires sur ces sujets :

> « *C'est sûr, il a un rôle administratif important. Par exemple, le suivi sur les fiches CREF, c'est lui, qui fait ça. Moi je ne m'occupe pas de ça. Il me les fait valider quand même* » (Chef de pôle biologie).

Malgré ce rôle d'importance, le chef de pôle biologie rappelle que le directeur délégué n'est pas décisionnaire. Les décisions sont prises par l'équipe du pôle : « *Dans les décisions de tous les jours c'est le pôle* » (Chef de pôle biologie). Cela illustre bien le positionnement particulier du directeur délégué qui est à la fois membre de la direction générale et membre du pôle. Un positionnement qui peut être délicat et qui est parfois remis en question, comme l'exprime le DGA, notamment pour le pôle Gynécologie : « *L'équipe administrative n'est pas à sa place. Le directeur est trop proche du pôle, il fait passer la copie du chef de pôle.* » (Directeur Général Adjoint).

Les directions fonctionnelles ont joué un rôle important dans la réussite du projet du pôle Biologie. Elles sont intervenues en fonction de leurs spécialités, pour apporter leur expertise au pôle, et ainsi lui permettre de présenter un projet abouti, sur les différents niveaux

impliqués par la restructuration. La direction des travaux et des services techniques a joué un rôle d'accompagnateur dans ce projet, consultée notamment sur les questions de flux de patients et de matières, d'organisation, ainsi que sur le programme technique détaillé de la mise en place du projet. Ce programme technique détaillé est essentiel puisqu'il permet de rendre compte du déroulement du projet une fois que celui-ci sera accepté et mis en place. Il recense les déménagements d'activités, les travaux d'aménagement des services, les réductions de poste, tout ce qui a été analysé par le COPERMO, et qui met en avant notamment le retour sur investissement. De plus, il présente un planning chronologique détaillant toutes ces étapes. La direction des services biomédicaux, qui a accompagné le pôle sur les questions d'équipements médicaux et d'hôtellerie, a également participé à l'élaboration du projet. La direction des services numériques a accompagné le pôle pour la partie système d'information. Il est question avec la nouvelle organisation de moderniser non seulement les équipes mais également tout le parc informatique. Enfin, le DGA, directeur général adjoint en charge du CREF, et des projets, accompagne les pôles dans le cadre du redressement financier de l'établissement, en supervisant le projet de modernisation. Son rôle est clé car il connaît bien le fonctionnement du COPERMO, ce qui est essentiel pour la validation des projets et l'obtention de financement.

Synthèse intermédiaire

Nous avons rendu compte de deux approches différentes quant à la constitution de groupes de travail sur le projet. Dans le pôle Gynécologie, l'ensemble des discussions est resté au niveau de l'équipe du pôle, se basant sur les précédentes versions déjà travaillées, en conviant parfois quelques médecins sur des points précis. Dans le pôle Biologie, des groupes de travail ont été constitués, structurés selon des thématiques, avec l'ensemble des acteurs concernés qui étaient représentés. Les participants de ces groupes ont été sélectionnés sur la base du volontariat, pour assurer une participation continue. Dès lors, le pôle jouait un rôle de coordinateur.

Une fois les groupes constitués, dans le pôle Biologie, des réunions spécifiques régulières ont été instaurées. Un comité de pilotage central s'est réuni à plusieurs reprises avec la direction, et les directions fonctionnelles. Pour le pôle Gynécologie, on recense deux réunions collégiales.

Dans cette phase, très clairement on observe, et c'est d'autant plus vrai pour le pôle Biologie, un meilleur cadrage des instances délibératives. Ce cadrage a permis une fluctuation des participations plus maîtrisée. Par exemple, dans le pôle Biologie, on retrouve les mêmes participants pendant toutes les réunions. Pour le pôle Gynécologie, on note toujours une fluctuation des participations en fonction des sujets traités, mais désormais celle-ci semble volontaire, dans un souci d'efficacité et pour éviter la lassitude, ne sont invités que les acteurs concernés par le propos.

A noter que, si ces instances semblent plus stabilisées et mieux maîtrisées, le pouvoir de décision reste dans les mains de l'équipe du pôle. Les groupes de travail et les réunions sont plutôt des lieux d'échange d'informations, de communication, et la délibération se fait au sein du pôle.

Ensuite, nous avons relevé, dans le pôle Biologie, une meilleure appropriation des logiques du CREF, avec une vraie réflexion autour d'une organisation médicale plus efficiente, ce qui a permis de rapprocher ces deux logiques antagonistes. Ainsi, le fonctionnement par projet rassemble des acteurs d'univers différents autour d'un but commun et les frontières semblent se décloisonner entre administration et soin. Il s'agit d'un travail commun, où l'implication des acteurs est un facteur de réussite, et les acteurs sont le trio de pôle, le directeur délégué du pôle, et les différentes directions fonctionnelles qui accompagnent le pôle.

Au regard de notre problématique, il semble qu'en se focalisant sur le management de projet, le pôle réussit à définir plus clairement des espaces de délibérations et des participants, qui ont un pouvoir d'intervention. On le voit clairement avec l'exemple des groupes de travail du pôle Biologie. Ainsi, en reprenant Mintzberg (1982), on constate qu'ici, plus que dans la phase 1, le regroupement en unités, a réussi à réduire la participation fluctuante et à favoriser la coordination et la communication. Les effets de dispersion ont bien été atténués par la supervision directe et l'ajustement mutuel, qu'a exercé l'équipe du pôle dans le cadre de la gestion du projet. En effet, l'équipe de pôle a gardé le pouvoir de décision, et a privilégié l'ajustement mutuel auprès de ses équipes.

Enfin, nous avons vu que d'après Mintzberg (1982), dans la SD, la partie clef de l'organisation est la ligne hiérarchique, ce qui suppose une organisation stable, avec une définition plus claire des instances délibératives. Ici, cette ligne hiérarchique est claire et

respectée, puisque le projet est porté par le pôle, sur la base du travail effectué auprès des agents de terrain et la décision finale est arbitrée par la direction générale. Chaque rôle et fonction sont définis, clairs et respectés. L'organisation semble donc stabilisée et son contour moins fluctuant.

4 L'apport du pôle à la gestion de projet

Si dans la première phase de résultats, l'analyse semblait décrire un pôle qui occupe une place décisionnaire limitée, dans cette partie nous allons revenir sur l'apport du pôle dans la gestion de projet, et le rôle que ce dernier occupe dans le processus de gestion. Pour cela, nous verrons dans un premier temps les facteurs de réussite du projet, mais également les freins de la gestion de projet par pôle. Nous finirons par nous poser la question suivante : le pôle est-il l'échelon le plus pertinent pour la gestion de projet ?

4.1 Les facteurs de réussite du projet

Ici, il est davantage question du pôle Biologie dont le projet a abouti à un financement. C'est d'ailleurs la capacité du pôle à traduire un projet médical en avantage économique pour l'institution qui a permis la validation du projet au COPERMO. Le travail fait pour mettre en avant le retour sur investissement a fait la différence avec les précédentes versions :

> « *Le principal facteur, c'est le retour sur investissement. On affiche clairement un nombre de postes rendus, qui ne peut faire que saliver l'institution. Mais, en même temps, ça aurait dû être fait depuis longtemps. Je pense que l'aspect économique a beaucoup sensibilisé la direction, plus que l'aspect organisationnel sur le plan médical. Ca a été notre atout majeur* » (Cadre supérieur de soin pôle Biologie).

On nous fait part d'une « *logique win-win* » (Chef de service 2 pôle Biologie), où le retour sur investissement permet de financer la remise à niveau du pôle.

Par ailleurs, la maturité du projet de Biologie est mise en avant. Du fait de son ancienneté, le projet a pu être perfectionné au fil des années, et corriger ses erreurs pour arriver à une version finale aboutie :

> « *C'est un projet mature. Il avait commencé en 2008, donc forcément, comme dans tout montage de projet, on a fait des erreurs. On les a corrigées. Après, très objectivement, c'est un très bon dossier, qui a vraiment été fouillé. On a beaucoup travaillé, je le dis parce qu'on nous l'a dit, que c'est un très bon dossier* » (Chef de pôle Biologie).

Un autre élément qui a été décisif ici c'est le soutien conjoint de la Direction Générale, et de la CME autour de ce projet. Un appui essentiel qui a donné au pôle les moyens de fournir un dossier de financement abouti. Il semble que l'obtention du soutien des instances soit indispensable pour porter de tels projets, dans un esprit de cohésion et d'adhésion :

> *« Il a été réellement porté par la DG. Il a bénéficié d'une conjoncture favorable, avec une entente parfaite pôle - président de CME - Direction Générale, ce qui n'a pas été toujours été le cas, dans le passé. Et, en plus, une très bonne entente entre la DG et l'ARS. Tout le monde était derrière, ça poussait dans le même sens. Ca a été aussi très important. Faut le dire, l'expérience qu'avait le Directeur Général Adjoint, de ce type de dossier, nous a beaucoup aidé* » (Chef de pôle Biologie).

Ces facteurs de réussite sont des éléments qui se démarquent du projet du pôle Gynécologie. En effet, dans le projet de maternité, l'équipe du pôle a du mal à faire valoir le retour sur investissement aussi clairement que le pôle biologie et bien qu'ayant la même ancienneté, il semble moins abouti dans l'écriture, et de ce fait, il ne reçoit pas le même soutien de la part des instances. L'apport du consultant extérieur a été très important. Mais l'élément déterminant qui différencie les deux projets vient également de l'expertise et de l'accompagnement du consultant. Cette aide extérieure semble avoir été précieuse. De plus, l'expertise de ce consultant s'ajoute à l'appui essentiel du DGA en charge des projets, qui était auparavant rapporteur au ministère pour le COPERMO et qui connaît donc bien les rouages de cette instance :

« *C'est lui qui savait, quels étaient les ratios à la mode, sur quoi sont attendus les établissements en 2017* » (Directeur délégué pôle Biologie).

« *Le soutien du DGA a été essentiel »* (Cadre administratif pôle Biologie).

Enfin, les compétences de l'équipe du pôle ont également étaient déterminantes. Notamment la capacité de gestion du chef de pôle :

« *C'est un vrai pôle, avec de la cohérence médicale, un vrai projet, un vrai chef qui décide* » (Directeur de site).

« *Le chef pôle a été moteur, le pôle a été rapide et mûr, et le directeur délégué a fait de la vraie conduite de projet* » (Directeur Général Adjoint).

Finalement, la réussite tient à la capacité à générer un retour sur investissement, avec un projet réaliste en lien avec le contexte de l'établissement et cohérent sur le plan scientifique, explique le chef de service 1 du pôle Biologie. De plus, il semble que la réussite de ce projet soit bénéfique pour le CHU-Santé, ce qui justifie de son soutien, car il : « *va faire office d'exemple dans l'institution, et insuffle une nouvelle dynamique, dans un contexte difficile* » (Chef de service 1 pôle Biologie).

4.2 Les freins de la gestion de projet par le pôle

Le premier frein qui ralentit, voire qui empêche, la mise en place des projets est d'ordre économique et financier. Faute de moyens pour investir, dans une situation économique enclavée, le CHU-Santé est limité dans l'accompagnement de projets, bien que conscient de la nécessité de ces évolutions :

« *Si ça n'était pas les freins financiers, notre direction, ça fait longtemps qu'elle sait que la reconstruction d'une maternité est indispensable. Il n'y a aucune des directions, qu'on a eu jusqu'à présent, qui est émis le moindre doute sur la nécessité* » (Cadre administratif pôle Gynécologie).

De plus, ces freins économiques ont contraint les directions successives à changer d'orientation au fur et à mesure, la situation allant de mal en pis : « *Ce qui a changé entre 2008 et 2016, ce sont les choix stratégiques institutionnels, des différentes directions générales et CME* » (Chef de pôle biologie). Allant jusqu'à remettre en cause pour certains acteurs la volonté de la Direction Générale : « *Je crois que les freins, c'est l'aspect financier essentiellement. A moins qu'il y ait des non dits, un souhait que ça ne se fasse pas* » (Cadre supérieur de santé pôle Gynécologie). Cette situation financière complexe a des répercussions sur les orientations stratégiques, mais entraîne également des divergences d'intérêt et des problèmes de compréhension, entre la demande d'investissement des porteurs du projet et la crainte des débordements financiers des tutelles. Ce manque de cohésion nécessite une négociation et la convergence des opinions, ce qui prend du temps, et ralentit donc les processus :

> « *Des problèmes de compréhension avec l'ARS, parce que l'ARS, ils avaient une vision Malthusienne. Ils disaient que jamais on ne vendrait plus de biologie à l'extérieur. Ils nous ont demandé, dans une première phase, d'enlever les recettes supplémentaires, alors que le COPERMO nous a dit de les inclure* » (Directeur délégué du pôle Biologie).

Parfois, c'est la stratégie de gestion du projet qui est remise en cause. Dans un contexte où les orientations de la direction changent, en fonction de la situation financière de l'établissement, le maintien des équipes du pôle pour porter un projet ne va pas de soi pour tout le monde. Ainsi, pour un directeur de site, avoir gardé le même chef de pôle en charge du projet de maternité, après plusieurs échecs, est une erreur : « *Il n'y a pas de gestion de projet, ils ont gardé les mêmes envies depuis le début, alors que le projet a évolué, c'est une erreur. Ca ne peut pas fonctionner.* » (Directeur de site). Selon ce directeur de site le dossier de ce projet n'est pas aussi bien ficelé que celui du pôle biologie : « *il ne passera jamais* » (Directeur de site).

Un autre élément d'importance dans les freins identifiés renvoie à l'attente toujours grande de délégation de gestion. En effet, faute de délégation, le pôle est contraint de multiplier les rencontres avec des directions fonctionnelles parfois trop nombreuses, avec un fort turn-over, où toutes n'ont pas les mêmes stratégies, ce qui rallonge les procédés et ajoute de la lourdeur administrative :

> « *Les freins, ce sont les mêmes pour tous les projets qu'on fait au CHU Santé, c'est le nombre d'interlocuteurs trop nombreux, à mon goût. Ce qui fait que les informations sont données, contredites, chacun dit la sienne, on nous dit 'oui', après 'on ne sait pas'. Ce n'est pas de la mauvaise volonté, juste qu'on a les contraintes administratives qui font que c'est lourd. Même si on est de bonne volonté, on ne peut pas faire autrement, c'est qu'on avait trop d'interlocuteurs, au niveau des différentes directions, avec des personnes qui n'étaient pas décisionnaires* » (Cadre supérieur de soin pôle Biologie).

Enfin, les réticences de certains agents quant à un changement d'aussi grande ampleur que la restructuration complète d'un pôle ont pu représenter un contretemps, certains médecins refusant d'intégrer les logiques gestionnaires à leurs activités médicales :

> « *Une toute petite fraction, autour de la génétique du pôle, était réticente. Ils voulaient sortir du projet, pour échapper à la contrainte économique, en disant : 'moi je fais mon projet de mon côté, vous vous faites votre projet de gestion, moi je fais de la recherche, je ne vais pas parler gestion avec vous'.* » (Directeur délégué du pôle Biologie).

Cette réticence, notamment du coté des laboratoires de génétique, a représenté un handicap pour le pôle. Pour le directeur délégué du pôle cela s'est traduit par une perte de temps :

> « *On a du prendre beaucoup de temps pour réintégrer la génétique, jusqu'à ce qu'en décembre, le DG écrive au chef de service que les labos de génétique ne quitteraient jamais le pôle* » (Directeur délégué du pôle Biologie).

4.3 Le pôle : échelon le plus pertinent pour la gestion de projet ?

Si les projets à l'hôpital ont toujours existé, et ce, bien avant le pôle, il se confirme que celui-ci apporte un réel soutien dans la gestion de projets et aurait ainsi trouvé son rôle en tant que porteur de projets. D'après les éléments que nous avons pu recueillir sur le fonctionnement des projets avant les pôles, il semble que les procédures étaient beaucoup moins

standardisées. De ce que l'on sait, les projets étaient généralement insufflés par les chefs services. Il nous a été relaté qu'à l'époque, un chef de service qui voulait développer une activité et qui avait du pouvoir dans l'institution, allait trouver des financements de son côté. Il se rapprochait d'instances comme le Conseil Générale ou encore de laboratoires. Une fois le projet monté et le financement trouvé, le chef de service présentait le dossier à la DG. Ainsi, la direction avait parfois peu le choix de refuser un projet médical financé. Une situation qui a évoluée avec la nouvelle gouvernance, le renforcement du pouvoir de la direction et la mise en place des pôles. Toutefois, ces comportements existent encore à la marge. On trouve toujours quelques médecins qui essaient de passé outre le pôle, pour négocier des projets directement avec la DG, avec des financements externes à l'appui. La grande différence avec le pôle, c'est que ce dernier est devenu un filtre. Il rassemble, tri et porte les projets. Des projets de plus grande envergure que ceux des services, avec une standardisation de la procédure. Pour ce qui est des projets de notre étude, le projet de maternité a vu le jour un peu avant les pôles et a fonctionné avec des groupes de projet. Pour le projet biologie, il a débuté en 2008, il y avait donc déjà les pôles. Bien qu'assez anciens, ces deux projets se sont majoritairement développés avec les pôles. Ainsi, nous n'avons pas d'éléments de comparaison avant/ après les pôles, pour ces projets spécifiquement, qui nous permettrait de témoigner de l'apport des pôles sur ces dits projets. Pour autant, les acteurs rencontrés, ayant plus d'ancienneté que les pôles, ont pu nous exprimer leur vision de l'apport du pôle dans la gestion des projets. Tous ces témoignages nous ont amenés a poser la question suivante : le pôle est-il le bon échelon de gestion pour accompagner des projets de cette envergure, transversaux, de restructuration profonde, avec des enjeux économiques forts ? La question est de savoir s'il dispose des moyens et des compétences nécessaires pour cette activité, afin d'identifier si c'est là que son rôle est le plus pertinent.

Pour les acteurs du pôle la question ne se pose pas, le pôle est le bon intermédiaire pour améliorer l'efficience médico-économique de l'hôpital. La première des forces du pôle c'est de pouvoir faire de la gestion avec une grande connaissance des enjeux médicaux. C'est d'ailleurs pour cela qu'il a été créé, être une unité de gestion médico-économique. Cette notion de gestion médico-économique était moins présente avant les pôles. Il était soit question de projet de gestion/ d'organisation émanant de la DG qui s'imposait aux services, soit à l'inverse, des projets médicaux qui impliquaient peu la direction dans sa conception préalable. Le pôle ouvre donc des espaces de co-constructions où chaque partie peut avancer ses arguments. La négociation ne se fait donc plus frontalement, mais à travers le pôle, qui

détient des compétences, à la fois médicale et gestionnaire, du fait de sa composition. C'est un des éléments principaux de son apport à la gestion de projet. Il a donc à son avantage toute la connaissance du terrain et des principes stratégiques, ce qui représente un atout décisionnel :

> « *Que ce soit sur le plan médical, comme sur le plan organisationnel, ou même financier, puisqu'on est au cœur de l'organisation, on est les seuls à pouvoir dire certaines choses.* » (Cadre supérieur de soin pôle Biologie).

Cette connaissance multifactorielle est due à la composition de l'équipe du pôle, qui est une source d'un avantage important selon les acteurs du pôle. Le pôle est le maillon manquant entre le service et la direction. C'est un positionnement primordiale dans cette volonté de rapprochement des logiques médicales et gestionnaires :

> « *Dans le pôle, il y a la connaissance du terrain, la compétence, un ensemble de professionnels de toutes les disciplines, des soignants, des médecins, des administratifs, des médico-techniques, c'est le lieu de travail de collaboration et de travail en commun.* » (Cadre administratif du pôle Gynécologie).

Ces compétences multiples sont perçues comme plus complètes que celles des directions fonctionnelles, ce qui en ferait un niveau de gestion plus pertinent pour traiter des affaires médico-économiques. Les directions fonctionnelles pourraient ainsi prendre une place de fonction support à la gestion par les pôles et moins des instances décisionnaires :

> « *Je pense que ça serait une grave erreur de donner le projet RH, à la Direction des Ressources Humaines, qui va trancher, sans se poser de questions. Nous on s'en est posé : 'pourquoi on rend des postes ?' 'Attention, on va manquer'. On a quand même tenu compte de tout. Je ne suis pas sûr que la DRH ait ces compétences-là, dans un domaine quel qu'il soit, dans une activité à l'hôpital* » (Cadre supérieur de soin pôle Biologie).

Si cette connaissance du terrain été déjà présente dans les services, le pôle bénéficierait d'un effet de masse**,** par le rassemblement de services, qui lui confère la bonne taille pour mener à bien de grands projets, dépassant l'intérêt d'un seul service : « *Compte tenu de la taille du*

projet, ça ne peut pas être une petite échelle » (Chef de pôle Biologie). De plus, cet effet taille est un atout de négociation auprès des instances, pour faire valoir les intérêts des projets :

> « *Ensuite, un pôle a, quand même, un certain pouvoir, qui lui permet de faire bouger les lignes, d'être un interlocuteur qui a du poids, en collaboration avec les directions.* » (Chef de pôle Biologie).

> « *On a plus de poids, oui. Quand on fait tous bloc, ensemble, aussi bien en gynéco, qu'en néonat, et surtout pour le projet* » (Cadre supérieur de santé pôle Gynécologie).

Cet effet de taille est donc important pour le pôle et ses équipes qui rassemblés ont plus de poids face à l'institution. Reste que la composition des pôles est importante pour atteindre une bonne taille critique. Cela semble être le cas pour le pôle gynécologie :

> « *Ca ne peut pas être un projet qui ne concerne qu'une cinquantaine de personnes. Ca ne peut pas être un projet de milliers de personnes, non plus. Sur mon pôle, on est 400 individus. On a la bonne taille critique* » (Cadre supérieur de santé pôle Gynécologie).

De plus, le pôle agit comme coordinateur et permet de centraliser et de rassembler les préférences de l'ensemble des membres. Cet arbitrage permet donc d'éviter une trop grande incertitude :

> « *C'est un projet majeur. Evidemment, c'est essentiel d'avoir un pôle avec une coordination, une gouvernance, un management qui permette de centraliser. C'est un point d'entrée, une réflexion, qui se fait là. Ca met en musique, en valeur, tous les aspects pour lesquels le pôle et la nouvelle gouvernance ont été faits. Là, je pense qu'on est dans le domaine d'application maximal de la cohérence de polarisation des activités médicales* » (Contrôleur de gestion du pôle Biologie).

Dès lors, le pôle joue un rôle particulier dans l'accompagnement de projet, en ayant créé des espaces de discussions, il permet de faire circuler de l'information et fait le lien entre les services et les instances. Si les projets ont toujours existé avant les pôles, ces derniers ont un

apport majeur sur la question de la communication. Il semble que la position du pôle dans l'institution, à la frontière entre les services et les directions soit des plus stratégiques pour mener à bien les projets. Il rassemble en son sein l'ensemble des acteurs pouvant être impliqué dans le processus. Là où autrefois les médecins devaient traiter avec des directions éloignées, le pôle a permis de faire un pont entre ces deux mondes. Si toutefois l'hybridation des logiques n'est pas encore aboutie, les pôles ont favorisé une plus grande communication entre ces sphères :

> « *Je pense que ce n'est pas le pôle qui permet des projets, autrement il n'y aurait pas eu de projets avant. Mais, il permet une plus grande communication, faire le lien entre le terrain, les médecins et la direction. C'est peut être plus évident* » (Cadre administratif pôle Gynécologie).

> « *C'est un bon niveau de communication. Le pôle est partie prenante du projet. Je ne dis pas qu'il n'y aurait pas de projets, s'il n'y avait pas de pôles. Autrement, je n'aurais pas l'impression de travailler pour quelque chose. A mon avis, on est un bon échelon de dialogue* » (Cadre administratif pôle Gynécologie).

Si d'après les acteurs, le pôle est un lieu pertinent, il faut toutefois se méfier d'un potentiel effet millefeuille administratif, ainsi que d'un manque de réactivité, d'après le chef de service 1 du pôle Biologie. Rappelons également que, dans le contexte financier très contraint de l'établissement la délégation de gestion n'est pas mise en place et le pouvoir de décision ne revient pas au pôle :

> « *Il n'est pas du tout décisionnaire. Je ne sais plus où elle est la décision. Elle était au niveau de la DG, elle est au niveau du COPERMO. Je ne vois pas toutes les manœuvres de la DG avec le Ministère. Je ne sais pas comment ça se passe, comment ils négocient, mais la décision, ça fait longtemps qu'elle n'est plus dans le pôle* » (Contrôleur de gestion du pôle Gynécologie).

Synthèse intermédiaire

Dans cette partie nous avons identifié les facteurs de réussite et les freins de la gestion de projet par le pôle. Pour le pôle Biologie, le principal facteur de réussite réside dans la capacité du pôle à traduire un projet médical en avantage économique pour l'institution. Le travail effectué pour mettre en avant le retour sur investissement a fait la différence avec les versions précédentes. S'ajoutent à cela, le soutien de la DG, l'apport d'un consultant extérieur spécialisé et enfin, la capacité de gestion du chef de pôle à animer le projet. C'est cette capacité à traduire un projet médical en avantage économique qui fait défaut, pour l'heure, au pôle Gynécologie, et qui l'empêche d'avoir le soutien plein et entier de la DG.

Pour ce qui est des freins, bien évidemment le premier est le contexte économique et financier. Ce dernier fait peser de lourdes contraintes sur les projets et sur les pôles. Or, c'est une situation qui ne s'améliore pas et qui pousse les directions successives à changer d'orientations stratégiques, en changeant les priorités émises sur certains projets. De plus, l'absence de délégation contraint le pôle à multiplier les rencontres avec des directions fonctionnelles. Celles-ci, parfois trop nombreuses, avec des directeurs qui changent souvent de fonction, ce qui rallonge les procédés et ajoute de la lourdeur administrative. Enfin, dernier frein identifié, certaines résistances au changement de la part des agents, qui semblent assez inévitables et qui représentent parfois des contre-temps.

Cette analyse de la gestion des projets par le pôle pose la question de la pertinence de cet organe de gestion dans ce rôle. Notre étude tend à démontrer que le pôle aurait ici trouvé son rôle en tant que porteur de projets. En effet, il semble que le pôle soit le bon intermédiaire pour améliorer l'efficience médico-économique de l'hôpital, grâce à une grande connaissance des enjeux médicaux. Il a, à son avantage, toute la connaissance du terrain. De plus, le pôle bénéficie d'un effet de masse**,** par le rassemblement de services, qui lui confère la bonne taille pour mener à bien de grands projets, dépassant l'intérêt d'un seul service. Dans ce contexte, le pôle agit comme coordinateur et permet de centraliser et de rassembler les préférences de l'ensemble des membres, en créant des espaces de discussions. Toutefois, en l'état, il existe toujours le risque d'un effet millefeuille administratif, en l'absence de délégation de gestion. Si le pôle est maintenu en dehors du processus de décision, il se pourrait que celui-ci ne devienne qu'une couche administrative supplémentaire sans plus-value.

Résumé Chapitre 7

Dans ce chapitre nous avons pu observer que le pôle joue un grand rôle dans la gestion de projet. Le fonctionnement par projet a permis de rapprocher les préférences de différents acteurs autour d'un but commun. Il persiste toutefois des oppositions et des difficultés à hiérarchiser les logiques financières et médicales selon les projets. La mobilisation de tableaux de bord dans le cadre de l'accompagnement de projet semble plus évidente pour le pôle que dans un pilotage d'activité quotidien. Pour participer à la création du projet, des groupes de travail ont été mis en place, de façon structurée, ce qui limite la fluctuation des participations. Il semble plus évident pour le pôle d'occuper ce rôle de porteur de projet, où l'apport semble plus pertinent que dans une gestion quotidienne contrainte, comme nous avons pu le voir dans la phase 1.

Lorsque le pôle occupe cette fonction de management de projet, il tend à transformer l'hôpital en une anarchie plus organisée et donc réussit à réduire le Slack organisationnel en stabilisant les procédés. De plus, entre la première et la seconde phase, il semble que la transition de configuration structurelle ait avancé. En effet, dans la seconde phase on retrouve plus d'effets attendus du changement de configuration sur l'anarchie organisée, comme nous l'avions identifié dans les propositions de recherche. La décentralisation est mieux maîtrisée, le regroupement en unités produit plus de communication et de coordination, les préférences sont stabilisées, la technologie se durcit et les instances délibératives ont un contour mieux défini. Toutefois, la finalité n'est pas complétement atteinte car nous avons pu voir que selon les pôles, ces degrés d'avancement sont plus ou moins aboutis. Cependant, il semble que le pôle, par le management de projet, ait trouvé un rôle dans lequel son potentiel se retrouve bien exploité. Dans un contexte économique lourd, on peut penser qu'il soit plus efficient de mobiliser les pôles dans le management et l'animation de projet médico-économiques, que dans un rôle d'unité de gestion globale.

CHAPITRE 8 : DISCUSSION

Dans ce Chapitre 8, nous allons revenir sur les résultats empiriques de notre cas, afin de dégager les principales contributions de cette thèse, tant d'un point de vue théorique que sur un plan empirique. Ce dernier chapitre va être l'occasion de revenir sur les principaux éléments vus dans la revue de littérature, et de les revoir avec l'apport, et le prisme, de nos résultats.

Dans une première partie, nous reviendrons sur les pôles en tant que résultats du nouveau management public.

Dans une seconde partie, nous ferons ressortir l'apport de notre recherche aux connaissances sur les pôles d'activité médicale, en sciences de gestion.

Dans une troisième partie, nous verrons, à partir de notre étude de cas, l'étendue du changement de configuration structurelle et son impact sur le processus de décision.

Dans une quatrième partie, nous ferons le point sur l'hôpital en tant qu'anarchie organisée et sur le développement du slack organisationnel.

Enfin, dans une dernière partie, nous ferons état des contributions de notre recherche à la littérature, et des apports managériaux.

Rappel des propositions de recherche

Dans un premier temps nous allons rappeler nos propositions de recherche. Nous avons vu que les améliorations attendues par le changement de configuration structurelle sont multiples. Concernant l'incertitude des préférences, nous attendions que la création de divisions comme les pôles rassemble les logiques gestionnaires et médicales dans une même unité. Nous supposions que le rapprochement des logiques allait aboutir à une hybridation des logiques et tendre vers une vision médico-économique commune et partagée. Ce rapprochement devait se traduire par une définition plus claire des préférences, par la définition d'un objectif stratégique commun, défini par l'ensemble des acteurs. La forme de centralisation des SD couplée à la délégation de gestion nous permettait de supposer que les préférences, émises par le sommet stratégique, seraient suivies dans les divisions, notamment grâce au cadre du contrat de pôle. Tout cela avec une définition préalable des préférences réduisant l'incertitude, due à un éparpillement stratégique.

Pour ce qui est de la technologie floue, nous attendions un durcissement technologique, comme celui des universités, par le recours à des outils de suivi et de mesure des résultats. L'introduction croissante d'instruments de contrôle de gestion devait permettre de rendre la gestion plus efficiente. Ainsi, la maîtrise des outils de gestion devait augmenter, avec une stabilisation et une normalisation des processus de gestion. De plus, la logique de contractualisation devait aboutir à une conception plus interdépendante des différentes composantes de l'organisation. Dès lors, les soignants devaient devenir aussi des gestionnaires, et l'on attendait des gestionnaires une meilleure compréhension du travail des soignants.

Enfin, avec les pôles on s'attendait à retrouver des instances délibératives avec des contours moins flous, plus stables dans le temps. Le pôle devait aboutir à une définition claire des espaces de délibération et des participants, qui ont un pouvoir d'intervention. Le regroupement en unités devait avoir pour effet de réduire la participation fluctuante, puisque ce facteur favorise la coordination et la communication.

Finalement, le changement de bureaucratie professionnelle à structure divisionnalisée devait permettre de réduire l'anarchie organisationnelle, et de tendre vers des anarchies plus organisées. Une évolution qui correspond à la volonté affichée des pouvoirs publics, d'améliorer la prise de décision, dans une logique de gestion médico-économique, et ce, afin de réduire le *slack* généré par les hôpitaux. Pour résumer nos propositions de recherche : la création d'une structure divisionnalisée, avec les pôles comme divisions, devait permettre de réduire l'incertitude des préférences, le flou technologique et la fluctuation des participations. Dans ce chapitre discussion, nous allons revenir sur l'ensemble des éléments majeurs vus dans la littérature au regard de nos résultats. Ces éléments nous permettront d'apporter des éclairages et des réponses à nos propositions de recherche.

1 Le pôle, dans la lignée du Nouveau Management Public

Comme nous l'avons évoqué, en début de thèse, dans les années 1980, l'administration publique va « *se tourner vers la gestion du secteur privé pour y trouver une source*

d'inspiration » (Santo et Verrier, 1993). Notre recherche confirme cette inspiration à l'hôpital, avec la volonté de changement de configuration structurelle, au travers d'un éloignement de la bureaucratie professionnelle pour s'approcher de la structure divisionnalisée. En effet, cette dernière se retrouve plutôt dans les entreprises privées, industrielles. Même si, pour l'heure, le contexte financier et les choix stratégiques ne permettent pas encore pleinement d'atteindre cette nouvelle configuration.

Nous avons vu que l'idée principale de la modernisation des services publics, consiste à transformer les structures de l'appareil administratif, ses processus internes et par extension, la culture de ses agents (Visscher, Varone, 2004). Or, nous avons vu, dans notre étude de cas, que les structures internes de l'hôpital ont évolué, avec l'arrivée des pôles, qui ont entraîné une redistribution des rôles. Les processus ont également avancé, en allant vers plus de transversalité, comme avec la mutualisation, mais aussi des logiques d'agrégation et de regroupement, comme le bureau des projets. Enfin, pour ce qui est de l'évolution de la culture des agents, c'est l'élément principal qui est ressorti lors de la première phase de notre recherche, concernant les préférences des acteurs, et qui a été confirmé dans la phase 2, avec l'étude des projets. Il semble que cette volonté d'évolution des cultures ait fonctionné à l'hôpital.

Dans cet élan de modernisation, il est question de s'inspirer des méthodes et des outils du secteur privé (Guillemot et Jeannot, 2013). Nous avons pu constater le fort développement des tableaux de bord et des outils de gestion à l'hôpital. Toutefois, nous avons surtout démontré que, pour l'heure, ces outils ne sont pas toujours adaptés et que leur développement pose des questions de compétences et de maîtrise, qui font encore parfois défaut. Il était évoqué dans ces dispositifs que dans le NMP on retrouve une prédominance des critères financiers. Cette hégémonie financière s'est très clairement illustrée au CHU-Santé. Tout d'abord dans la phase 1, nous avons vu que les agents de terrain déplorent la supériorité des critères financiers sur la qualité des soins dans les choix stratégiques de la direction. Il semble d'ailleurs que ce soit cet élément qui participe à maintenir l'opposition entre les logiques gestionnaires et médicales. Dans la phase 2, la réussite du projet de Biologie réside dans sa capacité à avoir intégré les obligations financières dans sa restructuration, allant jusqu'à réaliser une étude médico-économique et présenter un projet qui intègre un retour sur investissement. Cette attention aux questions financières semble nouvelle.

D'après Hood (1991), de nouveaux éléments de management public émergent : un management professionnel de proximité, des mesures explicites de performance, le contrôle des résultats et la désagrégation des unités dans le secteur public. La nouvelle gouvernance hospitalière instaure ce management de proximité : nous avons vu que le pôle jouait ce rôle là, il fait le lien entre les services et la direction générale. Un contrôle par les résultats est mis en place dans le cadre des projets du pôle, nous avons pu le constater dans le pôle Biologie. Ce devait être la fonction du contrat de pôle, mais nous l'avons vu, au CHU-Santé, les contrats de pôles n'ont pas été renouvelés durant une longue période. Enfin, le passage à une structure divisionnalisée illustre bien le phénomène de désagrégation[49] des unités, caractéristique du NMP.

Les pôles ont donc été mis en place dans l'esprit du NMP, pourtant, si l'on se réfère à la définition de Bartoli (2005) du NMP : « *l'ensemble des processus de finalisation, d'organisation, d'animation et de contrôle des organisations publiques visant à développer leurs performances générales et à piloter leur évolution dans le respect de leur vocation* », il semble que les pôles n'aient pas atteint leur objectif. En effet, si l'esprit a bien été d'améliorer le processus d'organisation et d'animation en développant les outils de contrôle, notre étude de cas ne dépeint pas un effet positif des pôles sur le pilotage de l'activité. Ce changement, peut-être encore trop récent, n'a pas suffit à éloigner complètement l'hôpital de son modèle bureaucratique et ne permet pas encore une réelle efficience de ce modèle, la situation financière de l'établissement restant difficile.

Avec le NMP, nous avons vu que les nouvelles formes de gestion, d'après Visscher et Varone (2004) sont :

- la définition d'objectifs quantitatifs pour l'exécution des politiques publiques,
- la focalisation sur les prestations fournies plutôt que sur la procédure à suivre,
- la réduction des coûts de production des services publics,
- la gestion d'une unité administrative par un manager allouant librement ses ressources,
- la motivation du personnel par des incitations pécuniaires,
- la garantie d'une liberté de choix aux usagers.

[49] La désagrégation vise l'éclatement des hiérarchies monolithiques caractérisant les grosses administrations publiques en structures autonomes, moins hiérarchisées ; ces nouvelles structures appellent une redéfinition des systèmes de management et d'information.

Des critères que l'on pensait retrouver avec les pôles. Le contrat de pôle devait définir des objectifs quantitatifs à atteindre, or, ces contrats n'ont pas été signés au CHU-Santé, la définition d'objectifs clairs à atteindre n'a pas eu lieu et les pôles avancent sans ce cadre qui pourtant, d'après les principes du NMP, est essentiel. Pour ce qui est de la décentralisation de la décision, qui devait permettre une baisse des coûts du soin, et la délégation de gestion au médecin chef de pôle, qui devait allouer librement les ressources, nous avons vu qu'il est finalement plutôt question de recentralisation au CHU-Santé. On ne retrouve donc pas les effets attendus de cette délégation sur la baisse et la maîtrise de coûts et des ressources. On note cependant que, dans la deuxième phase, une plus grande autonomie est laissée au pôle en management de projet, ce qui semble être bénéfique, surtout au regard du projet du pôle Biologie. Enfin, l'intéressement, semble bien avoir été source de motivation, il a marqué les esprits et a imprégné les agents de cette culture du résultat, comme nous l'avons vu, auprès des chefs de pôles, notamment, qui veillent à être excédentaires en scrutant les CREA. Malheureusement, ce levier de motivation a été mis de côté, faute de capacités financières suffisantes. Ainsi, la recherche de performance est toujours l'objectif, mais pour l'heure, la nouvelle gouvernance, telle qu'elle est mise en place, et contrainte par une situation économique en péril, n'a pas permis de se conformer aux principes du NMP.

Par ailleurs, pour Pesqueux (2006), Biondi et al. (2008) et Melnik, Guillemot (2010), pour atteindre la performance, ce qui est l'objectif du nouveau management public, il est question de mettre l'accent sur l'évaluation de la performance des organisations par le développement d'indicateurs. Au CHU-Santé, des indicateurs de performances se sont bien développés et font désormais partis du quotidien : taux d'activité, DMS, CREA. Toutefois, ces outils ne sont pas toujours disponibles à temps pour un vrai pilotage prévisionnel et un suivi de gestion par les pôles, faute d'accès aux outils décisionnels, par manque de temps ou de compétence. De plus, pour ce qui est de l'activité de soin, nous avons vu qu'il est difficile de mettre en place un vrai contrôle par les résultats, tant l'activité est difficile à saisir et à quantifier. Cela rend compliqué le développement d'indicateurs de performance très fins. Or, nous avions vu que, selon le NMP, les indicateurs de la performance sont utilisés comme des outils de management (Melnik, Guillemot, 2010). On comprend alors mieux les difficultés de management que l'on peut rencontrer au CHU-Santé, qui fonctionne sans contrats de pôle, et avec des indicateurs parfois limités.

Là où le modèle bureaucratique est critiqué, nous avons vu que le NMP propose un modèle d'organisation qui diverge en terme d'objectifs, plus axé sur la poursuite des résultats, en terme d'organisation, avec une plus forte décentralisation, une clarification des responsabilités, plus d'autonomie et un contrôle des performances (Amar et Berthier, 2007). Une fois de plus, notre recherche démontre qu'à ce niveau, l'hôpital ne cadre pas complétement avec ces principes. En l'absence d'un contrat de pôle, il n'y a pas de définition claire de résultats à atteindre, dès lors, chaque acteur poursuit ces objectifs, ce que nous avons pu constater dans les résultats sur l'incertitude des préférences et l'opposition entre soin et gestion qui perdurent. Pour la décentralisation, nous l'avons évoqué, celle-ci est limitée, tout comme l'autonomie et le contrôle des performances. Enfin, concernant la clarification, nous avons pu constater, en nous intéressant aux différents acteurs des pôles, que la répartition des pouvoirs et des responsabilités n'est pas toujours claire, ce qui entraîne une hétérogénéité des pratiques et des enjeux de pouvoir, entre le pôle, le site et la DG.

Revenons sur quatre, des six critères, du NMP de Visscher et Varone (2004), que nous avons pu observer au CHU-Santé :

1. Une orientation des activités administratives en fonction des produits à fournir. Nous avions vu que par leur spécialisation médicale, les pôles répondent à cette caractéristique. Notre étude confirme ce point, les pôles sont biens distincts les uns des autres et l'hôpital fonctionne bien par segments.

2. Une réduction de la hiérarchie par la décentralisation et la délégation de gestion. Dans notre enquête, cette notion de subsidiarité ne se retrouve pas. La DG a fait le choix d'une forte centralisation des décisions, laissant les pôles avec une marge de manœuvre réduite. De plus, dans une structure aussi grande que le CHU-Santé, avec des directions de sites, des directions fonctionnelles, des chefferies de services, la hiérarchie n'a pas, pour l'heure, été réduite, au contraire.

3. L'introduction des mécanismes de marché dans la production de biens et services d'intérêt général. Pour nous, ce point, se traduisait à l'hôpital par le mécanisme de contractualisation interne avec la définition d'objectifs, d'indicateurs de mesure de performance et donc d'un contrôle par les résultats. Or, nous l'avons vu à plusieurs reprises, ces contrats n'existaient plus, durant notre recherche, au CHU-Santé.

4. Une transparence sur la qualité et les coûts des prestations administratives, garante d'une utilisation efficiente des ressources publiques. Si la poursuite de la qualité des soins reste au cœur des préoccupations du personnel médical et paramédical, ces derniers se heurtent, parfois, aux arguments financiers des administrateurs de l'hôpital. Selon les acteurs de terrain, il y a, dans le contexte actuel, une prévalence des critères financiers sur la qualité des soins, nous l'avons observé dans le quotidien du pôle, dans la phase 1, comme dans la gestion de projet, dans la phase 2.

Dans le premier chapitre de cette thèse, nous avons évoqué deux grandes réformes du secteur public, que sont, la Loi Organique sur Les lois de Finances (LOLF) et la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP). Nous avons vu qu'elles ont pour objectif de développer une gestion plus démocratique, transparente et efficace des dépenses publiques. La volonté du gouvernement étant de « mieux dépenser », tout en améliorant la qualité des services rendus. Nous avons également vu que, d'après le rapport de 2010 de la Cour des comptes, la RGPP « *aboutit sur le plan budgétaire, à des résultats modestes* ». Il s'agit généralement de « *faire mieux avec moins* » (Dreyfus, 2010). Il semble, d'après notre étude, que ce résultat modeste soit confirmé, et que pour l'heure, la capacité de mieux dépenser de l'hôpital est réduite. En effet, nous avons vu que la génération de recettes, avec le codage d'activité, est mal maîtrisée et qu'il en va de même pour la gestion des dépenses, avec l'incapacité d'avoir un suivi budgétaire dans le pôle, notamment pour la gestion des demandes.

Abord de Chatillon et Desmarais (2012) résument le NMP autour de trois principes que sont le managérialisme (une meilleure maîtrise des coûts), la responsabilisation et enfin la contractualisation. Or, nous l'avons vu à plusieurs reprises, si l'intention de création des pôles correspond bien à ces critères, la réalité du terrain, soumise notamment à des contraintes financières fortes, ne correspond pas à ces critères : les coûts ne sont pas mieux maîtrisés, il n'y a pas de véritable responsabilisation, faute de délégation, et enfin la contractualisation a été laissée de côté.

D'une manière générale, nous avons vu que la traduction des principes du NMP à l'hôpital s'est traduite par une forte montée de contraintes industrielles, marchandes et événementielles, qui pèsent sur la production de soins. Ces contraintes font peu à peu entrer les établissements de santé dans une véritable démarche gestionnaire (Lenay, Moisdon, 2003 ;

Detchessahar, Grevin, 2009), en redonnant des marges de manœuvre aux gestionnaires (Amar et Berthier, 2006 ; Claveranne et al., 2009) et donc aux pouvoirs publics et au management, face aux médecins (Halgand, 2003 ; Fraisse et al., 2003). Ce changement de pouvoir du centre opérationnel (les médecins) au sommet stratégique (la DG) se ressent bien au CHU-Santé et est attesté par la nouvelle organisation polaire. Cette prévalence des contraintes industrielles jusqu'au choix d'une structure divisionnalisée à la décentralisation limitée (Mintzberg, 1982), confirme l'entrée des établissements de santé dans une démarche gestionnaire, avec, selon les médecins, une perte de pouvoir du médical au profit de la gestion. La situation de l'hôpital public est paradoxale, on observe à la fois un nouveau management public peu abouti, et une augmentation forte de la démarche gestionnaire. Il s'agit donc toujours d'un système bureaucratique, mais celui-ci est soumis à de fortes contraintes économiques, avec un fort slack organisationnel du fait de l'anarchie organisée. On observe donc une multiplication de dysfonctionnements couteux : erreurs, incohérences, interlocuteurs multiples et difficiles à identifier. Finalement, le pôle ajoute une couche dysfonctionnelle en augmentant le slack.

Dans l'esprit de la loi, émanant des ordonnances de 2005, l'apparition des pôles d'activité médicale, avait pour but de créer des regroupements de services de santé avec certaines délégations de gestion et poursuivant un objectif : le rapprochement de la décision de gestion du terrain, dans un souci d'efficience médico-économique, afin de faciliter le management et le pilotage de l'activité. L'idée était de confier la responsabilité des pôles à un médecin, chargé d'organiser le rapprochement entre hiérarchie médicale et hiérarchie administrative (Valette et al., 2015). Il commence à ressortir assez clairement de notre recherche que cet objectif n'est pas atteint. De manière générale, nous l'avons vu, le pôle n'est pas une instance délibérative, son pouvoir de décision est limité. Le rapprochement de la décision de gestion n'a donc pas encore eu lieu, comme le rappelle les membres de pôles rencontrés, tout s'impose au pôle. Le rapprochement des logiques est difficile à mettre en place et si le pôle a bel et bien créé des espaces de rencontres entre ces sphères, on constate toujours une forte opposition entre ces deux mondes. Cette opposition réside encore dans l'absence de compréhension de ces univers, où d'un côté prime toujours l'argument financier, dans un contexte économique contraint et de l'autre, la qualité des soins avant tout. De plus, l'appareillage gestionnaire actuel ne permet pas un pilotage de l'activité réel, et l'efficience médico-économique est difficilement identifiable. Le pôle s'est bien accompagné d'un développement d'outillage gestionnaire, pour autant la maîtrise de ces outils souffre encore d'un manque de compétences au sein du pôle. Par ailleurs, si les espaces d'échanges se sont

multipliés, le pôle n'a pas encore permis la stabilisation de ces espaces. Les participations restent fluctuantes, on parle de « réunionite » ou de « mille-feuille » administratif. De plus, il y est plus question d'espace de rencontre que d'espace de délibération pour l'heure, alors que le pôle devait devenir un organe décisionnel. Toutefois, nous l'avons vu en analysant les projets, il commence à émerger des logiques médico-économiques, où le personnel de soin intègre dans sa réflexion des questions de performances économiques et plus seulement médicales. De plus, sur cette question des projets, on ressent davantage cette décentralisation de la réflexion, où le pôle devient le porteur d'un projet.

Nous avions évoqué, également dans le premier chapitre, le renforcement de l'autorité et des responsabilités du directeur (Valette et al., 2015). Ce renforcement a été immédiatement identifié sur le terrain au CHU-Santé, avec le choix de la direction de centraliser fortement les décisions et l'organisation afin de remplir les obligations imposées par le CREF.

Pour ce qui est de l'apport des tableaux de bord de pilotage, nous avions vu qu'ils étaient destinés à faciliter le dialogue de gestion en créant « *un langage de gestion commun à l'ensemble des acteurs de l'hôpital* » (Valette et al., 2015). L'analyse de la première phase de notre recherche démontre bien que ce langage de gestion commun n'existe pas encore et, sur bien des aspects, les logiques gestionnaires et médicales s'entrechoquent. On note cependant l'émergence d'une nouvelle culture médico-économique.

En fin de ce premier chapitre, nous avions présenté les critiques au sujet de cette nouvelle gouvernance. Pour certains auteurs, l'hôpital est devenu malade de « gestionnite », avec une course à l'hyper-régulation gestionnaire, conduisant le management à délaisser le travail d'organisation au niveau local (Detchessahar, Grevin, 2009 ; Grevin, 2011). Ainsi, selon Detchessahar et Grevin (2009), l'encadrement est plus occupé par des activités informationnelles que communicationnelles et les activités de gestion prennent le pas sur les activités de management. Si l'on retrouve bien l'esprit de gestionnite identifié par ces auteurs, avec la multiplicité des outils de régulation et le sentiment de prédominance de la sphère administrative sur le monde médical, nous avons identifié une différence de comportement pour ce qui est des cadres, qui délaisseraient le travail d'organisation local. En effet, alors qu'il est attendu des administratifs du pôle qu'ils deviennent des assistants de gestion à part entière, délaissant un peu leur casquette de responsable des secrétariats, très souvent, à l'exception du cadre de gynécologie, nous avons pu voir que cette activité d'organisation

quotidienne prenait le pas sur une activité de gestion prévisionnelle, ou de pilotage de l'activité. Un autre élément de divergence, avec Grevin (2011), selon lequel le management a délaissé le travail d'organisation au niveau local, ce qui a empêché la coopération et le soutien des équipes. Dans notre étude de cas, il ressort que les processus de gestion, comme la mutualisation, fonctionnent davantage localement, par proximité entre agents qui se connaissent. Il serait peut être exagéré de considérer que cette proximité résulte des processus de gestion mis en place, mais, ce qui est sûr c'est qu'au CHU-Santé, ces derniers n'ont pas empêché la coopération et le soutien des équipes au niveau le plus local. Avec les pôles, force est de constater que l'on assiste à un décloisonnement des services. Un décloisonnement qu'il est nécessaire de nuancer toutefois, puisque désormais, ce cloisonnement s'est déplacé au niveau des pôles et la transversalité est fortement limitée.

Notre étude a permis de confirmer que le pôle d'activité médicale est la manifestation concrète du NPM à l'hôpital. Toutefois, dans leur configuration actuelle, les pôles ne permettent pas d'atteindre l'efficience médico-économique attendue. Et pour répondre à la question que nous posions en fin de chapitre, face à l'absence de délégation de gestion aux médecins, il semble que l'on soit plutôt face à un renforcement du contrôle gestionnaire et, donc, à une perte de pouvoir du monde médical. Le contexte financier très difficile que vivent actuellement les établissements de santé semble avoir été le terreau d'une prise de pouvoir de la logique gestionnaire et bureaucratique.

2 De nouveaux éléments de compréhension du fonctionnement des pôles

Dans cette partie nous allons revenir sur les principaux éléments évoqués dans la littérature sur les pôles. A cette occasion nous allons évoquer l'apport de la création des pôles et le contexte de cette création. Notre étude de cas a apporté de nouveaux éléments sur la redéfinition des rôles induite par la nouvelle gouvernance. Enfin, nous évoquerons le rapport entre le pôle et les outils de gestion, ainsi que la délégation de gestion dans les établissements de santé.

2.1 La création des pôles

Dans le second chapitre de notre thèse, nous avions vu que l'instauration des pôles supposait deux principes : d'une part, la priorité donnée au pilotage médico-économique et d'autre part, l'application d'un principe de subsidiarité, où les décisions doivent être prises au plus près de la production de soins. Or, dans notre étude de cas nous avons vu que cette subsidiarité est très limitée. Pour autant, les pôles ont été mis en place pour impliquer les médecins et les soignants dans la gestion médico-économique. Cette implication est effectivement accrue avec les pôles, et la tarification à l'activité. Rappelons que l'idée du pôle était qu'en rapprochant la prise de décision du terrain, nous devions assister à une plus grande efficience médico-économique. Cet espoir d'efficience est toujours permis, puisqu'en réalité, cette subsidiarité de la décision n'a jamais vraiment existé.

Pour Penaud (2008), les changements d'organisation apparaissent dans un contexte d'obligation de résultats où les attentes sont grandes en matière d'efficience. Ce besoin d'efficience est toujours au cœur des enjeux des établissements de santé et l'exemple du projet de Biologie, avec un retour sur investissement dès le lancement du projet, illustre bien l'obligation des pôles de concourir à cette efficience à court-terme.

Selon Guy Vallet (2012), la création du pôle doit s'accompagner d'un système d'information décisionnel décentralisé, qui permette l'élaboration de tableaux de bord adaptés. Or, nous avons vu que les membres du pôle n'ont justement pas accès à ces outils décisionnels, qui restent l'apanage des contrôleurs de gestion. Il en résulte, comme on pouvait le prévoir d'après Vallet, des tableaux de bord qui semblent inadaptés et fortement critiqués par les agents de terrain. Toujours selon lui, il est nécessaire d'avoir une équipe administrative compétente et une réelle mise à disposition de moyens correspondants aux charges transférées. Là encore, notre étude démontre que ce cap n'a pas été franchi dans le pôle, où les cadres administratifs n'ont pas tous encore les compétences requises pour leur fonction qui évolue. En l'absence d'une définition claire d'un profil de poste, les pratiques sont hétérogènes et les moyens mis à disposition de ces acteurs ne sont pas toujours adéquats.

L'objectif des pôles, que rappelle Flachère (2015), est de responsabiliser les acteurs au plus près du soin et de décloisonner les sphères administratives, médicales et soignantes. Si notre

recherche démontre qu'il n'y a pas d'hybridation des logiques médicales et gestionnaires, on note toutefois un rapprochement et donc un décloisonnement progressif de ces sphères, conformément à l'objectif des pôles. Domy, (2012) rappelle que le pôle crée un lieu de rencontre, de discussion et de collaboration entre des mondes opposés. Il est vrai que l'on retrouve une assez grande diversité de participants dans les réunions de pôle, en fonction des sujets, comme nous l'avons vu au CHU-Santé. Mais si selon l'ordonnance du 2 mai 2005, l'objectif du pôle est de « *médicaliser la gestion de l'hôpital en associant les médecins, les praticiens, à la gestion des grandes orientations* », notre étude fait plutôt ressortir l'idée d'une « gestionnalisation » de la médecine pour l'instant. Si le pôle est le garant du décloisonnement à l'hôpital, avec l'apparition du médecin gestionnaire, de collaborateurs soignants et administratifs, il semble, d'après notre étude de cas, qu'il y ait bien une forme de décloisonnement horizontal, à l'intérieur du pôle, par le travail quotidien conjoint entre le médecin, le soignant, l'administratif et le directoire. En effet, là où Glouberman et Mintzberg parlaient de quatre mondes divisés à l'hôpital, il semble que le pôle a permis un rassemblement partiel de ces mondes. Chacun d'eux sont représentés dans l'équipe du pôle. Ils travaillent ensemble au quotidien dans le pilotage du pôle et la gestion des projets, une collaboration étroite plutôt inédite dans les hôpitaux, permise par les pôles. Toutefois, malgré ce rapprochement, la disparition des frontières entre ces mondes n'est pas total. En effet, on constate le maintien d'un cloisonnement vertical encore assez fort entre la DG et le pôle, mais également, entre les pôles, avec un manque de transversalité. Le contexte financier pèse fortement sur cette évolution, ainsi, la DG qui reste responsable de l'équilibre financier a fait le choix d'une forte centralisation, et elle tend à imposer ses choix stratégiques aux pôles. La collaboration est donc réduite et les pôles n'ont pas atteint leur autonomie. De plus, entre les pôles la collaboration est également limitée. La générosité se fait rare quand les bourses sont vides. On constate un repli des pôles sur eux-mêmes, une sorte de balkanisation. Chaque pôle essaie de tirer son épingle du jeu. Nous constatons donc un recloisonnement des pôles qui avait déjà été identifié par Bendaira, Calmes et Glardon (2012).

Nous avons vu que le pôle devait être la synthèse entre la réforme du financement et de gouvernance où la décision, même médicale, doit intégrer les impératifs de gestion (Penaud, 2008). Cet impératif apparaît comme primordial pour éviter les échecs, ce qui a bien été intégré par le pôle Biologie dans la construction de son projet et qui le distingue du projet de maternité.

Nous avions évoqué Domy (2012), pour qui, la nouvelle gouvernance doit assurer la communication entre les services mais également avec les autres pôles. Si notre étude de cas démontre un décloisonnement entre les services, entre les pôles, ce décloisonnement reste limité, notamment en matière de mutualisation. Domy ajoute que le pôle a comme autre objectif de faciliter la constitution d'une identité collective et d'une communauté d'intérêts à un niveau inférieur que celui de l'établissement (Domy, 2012). Toutefois, cette construction d'identité est difficile. Il ressort, en effet, de notre recherche, que les agents s'identifient massivement à leur service, voire à leur UF, et dans le cadre de pôles multi-sites, le site est la référence avant le pôle. Cette situation contraint les processus de gestion axés sur la transversalité, comme nous l'avons vu avec la mutualisation, où certaines équipes refusent parfois seulement de descendre d'un étage pour remplacer une équipe de soins. Cette réticence reste toutefois à nuancer car elle se justifie parfois par l'absence de prise en compte de la charge en soins, oubliant que tous les agents ne sont pas substituables. Le manque d'anticipation est également mis en cause. Il entraîne des décisions de mutualisation imposées, sans organisations et qui n'encouragent donc pas les agents à y prendre part de bon cœur. A cela s'ajoute parfois un manque de sentiment d'appartenance des agents au pôle, au-delà de leur service.

L'idée de regroupement de services devait répondre à plusieurs logiques (De Pourvouville, 2010) : un effet d'échelle, qui permet la mutualisation des ressources, un encouragement à la coordination des services et une logique de transfert de responsabilité. Si pour les deux premières l'effet attendu de regroupement fonctionne, pour la troisième, le transfert des responsabilités n'a pas vraiment eu lieu et les équipes médicales semblent avoir peu de marge de manœuvre.

Selon Channet *et al.*, (2009), l'attention portée au découpage des pôles est primordiale car il existerait une corrélation entre la logique de découpage retenue et les difficultés de management exprimées. Le découpage des pôles que nous avons étudié semble cohérent, si ce n'est pour le pôle Digestif, qui regroupe un grand nombre de spécialités, réunies autour de la thématique du cancer et dont la logique d'agrégation était parfois discutée par les acteurs rencontrés. Plus généralement, le CHU-Santé s'est lancé dans un projet de thématisation de

ses sites, en lien avec le projet médical d'établissement. Les services sont regroupés au sein des pôles par leurs thématiques médicales et, dans la mesure du possible, en évitant un éclatement sur les différents sites. Toutefois, certaines activités semblent indispensables et il n'est pas possible de priver un site de l'une d'entre elles. De fait, certains pôles sont voués à être multi-sites, avec les contraintes que cela peut représenter.

2.2 L'apport de la création des pôles

La littérature nous a démontré, qu'en dépit des difficultés, les pôles ont acquis progressivement une certaine visibilité dans les établissements (Flachère, 2014 ; Havard, 2015). Il est vrai que les pôles sont devenus incontournables au sein de l'établissement, comme nous l'avons vu.

On retrouve, dans notre étude de cas, les éléments d'efficacité identifiés dans la littérature : un découpage des pôles en cohérence avec les orientations stratégiques de l'hôpital (Nobre & Lambert, 2012), des rencontres qui facilitent l'émergence de représentations communes et d'apprentissages (Guicheteau & Maestre-Levèvre, 2008, Gouffé & Cargnello- Charles, 2014; Vallejo et al., 2014), à l'exception des contrats de pôle (Angelé-Halgand, 2012) dont on comprend que cette absence participe aux difficultés managériales rencontrées par l'établissement.

Domy (2012) rappelle que le pôle est l'échelon pertinent d'organisation, intermédiaire entre un management par spécialité et un management centralisé, permettant le regroupement et la mutualisation des moyens, de par sa masse critique. Nous avons retrouvé cette notion d'échelon pertinent lors de notre deuxième phase de recherche, dans laquelle le pôle apparaît comme l'organe de gestion le plus pertinent pour mener un management de projet transversal cohérent.

La mise en place des pôles s'est donc accompagnée d'un développement des outils de gestion et de comptabilité analytique, qui a notamment permis de faire ressortir les pôles

excédentaires ou déficitaires (Bendaira, Calmes et Glardon, 2012). Une réalité observée mais à nuancer car structurellement certains pôles ne sont pas voués, de par leur nature, à être excédentaires. De plus, certaines dépenses de fonctionnement sont réparties au sein des différents pôles, ce qui fausse ces résultats.

2.3 Un contexte de mise en place complexe

Nous avons vu dans la littérature qu'il existe une antinomie entre la logique médicale qui « sur-spécialise » et la gestion qui regroupe. Cela s'illustre bien dans les difficultés à mettre en place la mutualisation des équipes soignantes, comme nous l'avons observé au CHU-Santé, avec l'argument de la non substituabilité des agents. Toutefois, malgré une opposition constante entre ces deux mondes, notre étude de cas témoigne d'une prise de conscience du coût des soins partagée par l'ensemble des acteurs. Ce constat va dans le sens de ce qu'avait déclaré Vallet (2012), selon lequel, l'obligation de faire des recettes encourage les directeurs d'hôpitaux et les soignants à se préoccuper conjointement des questions économiques.

Nous l'avons vu, la mise en place des pôles devait s'accompagner d'une forme de subsidiarité. Mais cette dernière nécessite un capital de confiance qui, d'après Vallet (2012) n'a pas été mis en place par les responsables. On peut supposer que le choix d'une recentralisation au CHU-Santé est liée à un manque de confiance de la DG envers les pôles et les chefs de pôle pour assurer à l'établissement un retour à l'équilibre financier. Un constat partagé dans la littérature, où nous avons vu que les pôles ne sont que peu devenus des entités de prise de décision (Valette et al., 2015). L'une des principales difficultés à la délégation de gestion est la résistance des directions fonctionnelles à donner aux pôles une pleine responsabilité managériale. Là encore, on peut supposer que la question du recrutement du personnel, qui reste centralisé au niveau de la DRH centrale, alors que les pôles souhaiteraient avoir la main sur ce processus, est le symbole d'un manque de confiance envers les pôles pour la gestion de ces recrutements. Une subsidiarité qui, d'après la littérature, sera difficile à mettre en place puisque le rôle de ces directions fonctionnelles est renforcé dans un contexte marqué par la pénurie de ressources financières, véhiculant une vision économique des décisions médicales (Lartigau, 2009). Une fois de plus, nous retrouvons bien cette vision

économique des décisions médicales, puisqu'au CHU-Santé, tout projet qui souhaite voir le jour a plutôt intérêt à intégrer à sa composante un volet économique et démontrer sa participation au retour à l'équilibre financier.

Nous l'avons vu dans la partie précédente, et notre recherche le confirme, le pôle n'est pas actuellement en capacité de remplir son rôle. Une lacune identifiée dans la littérature et justifiée pour différentes raisons, que nous avons également observées dans notre étude de cas : le manque d'information (Guicheteau et Maestre-Levèvre, 2009), la méconnaissance des choix stratégiques de l'établissement (Angelé-Halgand, 2012), le manque de compétences pour décider sur la base d'indicateurs médico-économiques, et finalement, la difficulté à comprendre ce que signifie « délégation » (Bérard, 2013a; Dos Santos et al., 2014 ; Valette et al., 2015). De plus, nous avions vu que le service reste l'unité de référence (Gavault *et al*, 2014). C'est particulièrement le cas au CHU-Santé, où les services sont très incarnés et la culture du service, comme du site d'ailleurs, est très forte.

Par ailleurs, notre recherche confirme la difficulté du pôle à mettre en place les outils supposés faciliter l'incursion des logiques médicales et gestionnaires, pour les raisons identifiées dans la littérature : l'incomplétude de certains outils d'un côté (Guicheteau & Maestre-Levèvre, 2009) c'est le cas des CREA, l'excès d'indicateurs (Gouffé & Cargnello-Charles, 2014), qui ne correspondent pas aux attentes des acteurs, ou encore l'opacité de leur construction (Valette et al., 2015).

La littérature nous démontre qu'une meilleure perception des atouts des pôles pour les professionnels aiderait à leur bon fonctionnement. Il est vrai qu'au CHU-Santé, certains agents continuent d'ignorer jusqu'à l'existence même des pôles ou du moins leur modalité de gouvernance. Les pôles n'ayant que peu de marges de manœuvre, comme nous l'avons démontré, sont parfois perçus comme inutiles ou sans intérêts et, de fait, certains agents ne s'y impliquent pas, ne participent pas aux réunions, ou n'ont pas développé de sentiment d'appartenance. De ce point de vue, notre recherche confirme l'analyse de Domy (2012), que le pôle n'a pas révolutionné le fonctionnement des établissements publics de santé, contrairement aux attentes.

Par ailleurs, le rapport Fourcade de 2011 montrait que la majorité des établissements de santé n'avaient pas de contrats de pôle. Notre étude de cas illustre ce constat, même si les chiffres récents montre une plus grande diffusion de contractualisation interne. Nous avons constaté, au CHU-Santé, l'absence de ces contrats de pôle qui devaient être renouvelés en 2014. Il semble ainsi que les contrats de pôle ne sont toujours pas perçus comme indispensables dans tous les établissements.

Selon Penaud (2008), pour exister, le pôle doit reposer sur un lien, réel et démontré, entre le résultat financier du pôle et son action. Or, aujourd'hui, cette démonstration n'est pas possible. Nous l'avons vu, le fonctionnement du CHU-Santé et les outils de pilotage mis en place, comme les CREA, ne permettent pas cette analyse. De plus, Penaud (2008) ajoute que la gestion par compte de résultats peut conduire à une balkanisation nouvelle de l'établissement. On retrouve ce phénomène, au CHU-Santé, avec le cloisonnement des pôles. La culture du résultat et les difficultés financières tendent à développer une concurrence accrue entre les pôles, et donc, un repli sur eux-mêmes. Nous avons pu l'observer sur les freins de la mutualisation, les enjeux autour du budget ou encore l'appétence des pôles pour les CREA et la comparaison entre pôles sur les capacités des uns et des autres à être excédentaires.

2.4 Le grand chantier de la redéfinition des rôles

La littérature nous a montré que la création des pôles a abouti à une reconfiguration des rôles (Gavault *et al.*, 2014). En effet, nous avons observé dans les pôles que nous avons étudiés, dans la première phase, qu'en matière de rôle et de fonction, tout n'était pas normé et stabilisé. Il existe une hétérogénéité des pratiques et des rôles. Lachenaye-Llanas, (2012) rappelaient que la loi HPST a introduit une hiérarchie fonctionnelle entre le niveau de décision institutionnel et celui de proximité. Or, sur le terrain, cette multiplication des hiérarchies complique les relations, entre les hiérarchies fonctionnelles et les hiérarchies classiques. Par exemple, le personnel soignant se revendique sous la hiérarchie du directeur des soins et non sous celle du chef de pôle, en partie car celui-ci est un médecin et que ces deux lignes hiérarchiques sont dissociées à l'hôpital. Par ailleurs, conformément à la

littérature, et à l'esprit de la loi HPST, nous avons également constaté le renforcement des pouvoirs de la Direction Générale des établissements.

2.4.1 Le directeur délégué

Au sujet du directeur délégué, Channet *et al.*, (2009) déclarent que sa position peut être difficile, d'une part du point de vue de ses relations avec les directions fonctionnelles et d'autre part de leurs disponibilités. Durant notre étude, nous avons vu que ce directeur délégué occupe une autre fonction au sein de l'établissement. Il fait donc partie de deux entités à la fois dans, et hors du pôle. A ce titre, il est attendu par le pôle qu'il puisse profiter de cette position au sein de la direction pour obtenir des informations et appuyer les demandes du pôle. Or, celui-ci se heurte également aux difficultés d'accès à l'information et de réponses de la part des autres directions fonctionnelles.

2.4.2 Le médecin chef de pôle

Le chef de pôle devient, avec la loi HPST, responsable de l'ensemble du fonctionnement du pôle *via* un rôle dans la gestion des ressources humaines et, dans une moindre mesure, la gestion des budgets par la délégation de signature du directeur (Flachère, 2015). Au CHU-Santé, il n'a pas de délégation de signature particulière, pourtant, les chefs de pôles se définissent bien comme des managers, à l'interface avec la direction, et garants financiers. Les chefs de pôle ont également un rôle d'impulsion dans la conduite des projets, qu'ils relayent auprès des institutions (Channet *et al.*, 2009). Cette implication dans le management de projet ressort très clairement dans la seconde phase de notre étude. Il semble d'ailleurs que parmi l'ensemble des attributions de cette fonction, celle-ci soit l'une des plus importantes. Toutefois, comme l'ont démontré Fiore et Sampieri-Teissier (2011), les chefs de pôle ont une faible autonomie en matière de contrôle de gestion, ce qui est confirmé dans notre étude. Les chefs de pôle sollicitent fortement les contrôleurs de gestion, par manque de compétences, d'accès aux outils ou par manque de temps. A ce propos, nous avions vu que pour Channet *et*

al. (2009), les responsables de pôle regrettent le manque de temps qu'ils ont à accorder à cette fonction. Or, nous avons vu dans notre étude, que le temps consacré par le chef de pôle à cette responsabilité peut varier entre ½ journée à trois jours par semaine, ce qui engendre des situations très hétérogènes. Pour ce qui est de la reconnaissance du chef de pôle par les chefs de services, nous avions vu que la loi HPST propose au chef de pôle de nommer les chefs de services ce qui doit participer à l'autorité du responsable (Channet *et al.*, 2009). Or, nous l'avons vu, au CHU Santé, le service est une référence, et même plus : c'est le chef de service qui l'incarne et au quotidien, les services sont désignés par le nom du chef de service plutôt que l'activité. Cette forte culture du service peut alors par moment s'opposer à la logique polaire.

2.4.3 Le cadre de santé

Notre recherche montre, qu'au quotidien, le cadre de santé de pôle coordonne bien les activités paramédicales et encadre les cadres de santé de proximité de l'ensemble des unités qui constituent le pôle, respectant ainsi la vision de la DGOS (2008), qui le voit comme un manager de pôle, aux côtés du chef de pôle. C'est bien la relation que nous avons retrouvée, avec une grande collaboration concernant les effectifs cibles. Conformément à ce que déclarait Flachère (2015), le cadre participe activement à l'organisation des soins, l'élaboration du projet de pôle, et l'analyse médico-économique, en faisant un collaborateur privilégié du chef de pôle (Flachère, 2015). A noter que, comme vu avec Bendaira, Calmes et Glardon, (2012) cette appropriation semble facilitée car l'encadrement soignant a compris que le pôle lui permet de gagner en autonomie. Nous avons ressenti cette implication forte des cadres, qui désormais participent à la définition des orientations stratégiques, aux côtés du chef de pôle. De plus, pour Dumas et Ruiller (2013), les compétences traditionnelles de soins légitiment les acteurs du soin à prendre part à ces activités d'organisation. Nous avons retrouvé cette notion de légitimité tout au long de notre recherche, avec la notion de « métier » fortement mise en avant par les cadres de santé, pour justifier leur légitimité.

2.4.4 Le cadre administratif

Pour Bendaira, Calmes et Glardon (2012), l'encadrement administratif attend une définition plus claire des compétences nécessaires à l'exercice de leur fonction. Or, d'après notre étude, cette définition n'a toujours pas eu lieu, et ainsi, on constate une absence de profil type et donc une hétérogénéité du contenu des fonctions des cadres administratifs de pôle. Par ailleurs, Gavault *et al*. (2014) expliquent que ces cadres sont en attente de plus de reconnaissance, et ne sont pour l'instant considérés que comme le secrétaire du pôle. Nous retrouvons au CHU-Santé ce besoin de reconnaissance, et ce positionnement de secrétaire du pôle dans certains pôles. Toutefois, cette fonction devrait évoluer vers un poste d'assistant de gestion.

2.5 Le pôle et les outils de gestion

La littérature sur les pôles tend à démontrer que cette réforme est avant tout une question d'outillage gestionnaire, où il est donc attendu que les professionnels de gestion se saisissent de ces instruments. Nous avons, en effet, constaté le développement de ces outils dans le quotidien du pôle, mais également la difficulté des agents à se saisir de nouveau pilotage d'activité.

Si les tableaux de bord, ont vocation à capturer les différentes dimensions de la performance par un mélange d'indicateurs économiques et médicaux, Valette et al. (2015) dans la suite de Moisdon (2010) rappellent qu'avant les réformes, l'activité d'un établissement de santé se résumait à ces indicateurs : le nombre d'admissions ou nombre d'entrées, le nombre de journées d'hospitalisation, le taux d'occupation des lits, la durée moyenne de séjour (DMS). Or, ce sont toujours ces indicateurs qui sont privilégiés par les acteurs du pôle, sûrement parce que ce sont ceux qu'ils maîtrisent le mieux, du fait de leur habitude plus ancienne à les manipuler.

Nous avons vu dans la littérature, comme sur le terrain, que le CREA est un outil fortement mobilisé. Nous avons alors constaté que s'il est produit annuellement et donne l'image de la

performance financière, il ne permet pas de connaître les éléments de cette performance. Ils ne sont pas adaptés pour un suivi opérationnel (Flachère, 2015). On retrouve bien ce goût pour le CREA sur le terrain, chez les chefs de pôle, mais avec les mêmes limites identifiées par Flachère. Ils ne permettent pas de pilotage, ni de suivi opérationnel, mais plutôt un compte rendu a posteriori, en mode rétroviseur. Enfin, si selon Flachère (2015) d'autres tableaux sont établis par le pôle, nous avons vu qu'au CHU-Santé les tableaux étaient essentiellement produits par le contrôle de gestion et peu par les pôles.

En dépit de l'émergence de ces nouveaux outils, la littérature nous a appris que ces outils ont un impact modeste sur les pratiques et les décisions médicales (Doolin, 2001 ; Moisdon, 2010 ; Bérard, 2011 ; Crémieux *et al.*, 2012 ; Bonnier *et al.*, 2013). Dans la première phase de notre recherche, il ressort que ces tableaux de bord, fortement critiqués, sont peu mobilisés pour piloter l'activité des pôles, ce qui confirme la littérature. Toutefois, lors de la seconde phase, dans le management de projet, les tableaux de bord et les données qui y sont associées, sont davantage mobilisés pour construire un projet cohérent et surtout pour le défendre auprès de la direction, en s'appuyant sur des données numériques, qui ont du sens. On note donc une progression, dans ce cadre, de l'impact des tableaux de bord sur les décisions médicales.

Par ailleurs, les travaux montrent que la mise en œuvre d'un contrôle par les résultats se heurte à de nombreuses difficultés (Vallejo *et al.*, 2015a). Nous avons vu que, comme la prestation de soins est intangible et individualisée, elle est difficile à saisir par les chiffres. Cette difficulté est toujours d'actualité mais dans le cadre des projets que nous avons observés, il a été possible de définir des indicateurs de réussite des projets, comme le retour sur investissement, ce qui permet une forme de contrôle par les résultats.

Nous avons vu, avec Bérard (2012), que le système informatique de la DRH ne permet pas de suivre une affectation en temps réel des frais de personnel par pôle. Nous avons soulevé, dans notre étude, de nombreux dysfonctionnements à ce propos, notamment, pour la mise en place des effectifs cibles.

Face à ces difficultés, il est ressorti dans la littérature que l'influence des outils de gestion ne réside pas dans leur capacité à piloter l'activité, mais au niveau des représentations des acteurs et des relations entre acteurs, par l'instauration d'un dialogue de gestion (Bonnier, Flachère et al. 2013 ; Crémieux et al., 2013). En effet, dans de nombreuses réunions du pôle que nous avons pu observer, la mobilisation des tableaux, si ce n'est pour piloter l'activité, a permis à chacun de présenter son activité, sa réalité aux autres. Cela permet plus de compréhension et de dialogue, entre le contrôle de gestion et les pôles. Pour Bonnier et al. (2013) l'introduction d'un tableau de bord a comme principal effet de rendre possible la tenue de réunions entre managers et médecins. Ici, c'est surtout le pôle qui crée des espaces de rencontres plus que l'outil de gestion en lui-même. Les tableaux de bord ont également modifié progressivement les représentations des médecins. Leurs activités médicales sont maintenant aussi perçues en termes de recette et de coût (Flachère, 2014). Les tableaux de bord participent à cette prise de conscience du coût du soin que nous avons identifié dans notre étude de cas. Nous rejoignons Moisdon (2010) qui parle de l'émergence d'une culture gestionnaire.

Moisdon (2012) explique le peu de changements à l'hôpital par le fait que les outils sont conçus avec une finalité d'évaluation et d'incitation. Pour d'autres auteurs les difficultés rencontrées sont liées à l'inadéquation entre le design et les usages qui en sont faits (Crémieux et al., 2013). Notre recherche abonde sur ces deux points, les outils ont été créés dans un but d'évaluation qui peine à être efficiente, et ces outils sont fortement critiqués pour leur décalage avec les attentes des acteurs du pôle.

Il semble cependant que l'apprentissage, que permettent ces outils de gestion, ait progressé entre la phase 1 et 2. Une progression qui laisse penser qu'il existe un effet management de projet dans l'appropriation des logiques gestionnaires. A ce titre, rappelons que Kauffmann, (2008) déclarait que les contrats de pôles sont d'autant plus efficaces si la contractualisation se fait sur des projets, plutôt que sur des objectifs de résultats. On peut donc penser, comme le démontre notre recherche, que le pôle fonctionne mieux quand il est au service d'un projet, que s'il poursuit des résultats. Or, la SD se caractérise par une standardisation des résultats. Dès lors, si le pôle n'est plus à la poursuite de résultats il s'éloigne de cette configuration. En poursuivant sur cette voie, on peut penser que l'hôpital adopte une forme de structure par projets, où les pôles deviennent des unités de gestion de projet. Dans les structures par projet,

on retrouve un regroupement, autour d'un projet, d'individus et de compétences nécessaires à sa réalisation. Le chef de projet est autonome et l'équipe disparaît après la réalisation du projet. Dans le cadre de la gouvernance hospitalière, cette équipe serait continue, il s'agit du trio de pôle accompagné du directeur délégué, avec le chef de pôle comme chef de projet. Cette équipe de base pourrait être complétée, au gré des projets par les agents concernés. Ainsi, outre le socle commun de l'équipe de pôle, les équipes de projet évolueraient en fonction des projets. La structure par projet est une évolution de la structure matricielle, elle-même étant la combinaison d'une structure fonctionnelle et d'une structure par produit. On retrouve dans la structure fonctionnelle la notion de spécialistes, où l'organisation repose sur la compétence de ses membres, comme c'est le cas à l'hôpital. Dans la structure par produit on retrouve la division par spécialité médicale des pôles. Toutefois, cette forme de structuration de l'organisation est difficilement comparable à la structure divisionalisée car les enjeux et les objectifs de ces structures sont différents.

Cependant, il est particulièrement intéressant de comprendre pourquoi le pôle fonctionne mieux sur la gestion de projet que dans le management quotidien. Il semble que le projet soit plus fédérateur et c'est en cela que réside la clé de compréhension de ce meilleur fonctionnement. *A contrario*, dans la gestion de pôle au quotidien l'aspect financier est prédominant, ce qui n'est pas fédérateur auprès des équipes médicales. Dès lors, il n'y a pas d'adéquation entre les objectifs des individus et l'objectif économique du pôle, ce qui entraîne une faible participation et un faible intérêt pour le pôle de la sphère médicale. Le pôle est alors perçu comme une courroie de transmission des directives stratégiques de la DG, donc au service de l'économie et pas du médical. Il n'y a donc pas de dynamique collective. En revanche, le projet est plus fédérateur, car il est *de facto* médico-économique. Même si les projets évoluent dans un cadre économique très présent, la part de médical est forte. Le projet permet donc l'existence d'objectifs partagés, ce qui fait défaut dans les pôles au quotidien, notamment par l'absence de contrats de pôle. Dès lors, sans contrats, le pôle n'est plus qu'un instrument gestionnaire au service de la DG. Or, pour que le pôle fonctionne il faut un intéressement des médecins à cette structure organisationnelle, ce que permettent justement les projets. Par ailleurs, l'intéressement financier aux résultats du pôle étant un outil pertinent pour fédérer les médecins. Ce procédé fait le lien entre monde économique et soin, et ce, de manière positive. Sans cela, l'économique apparaît comme un ennemi et le lien entre ces deux mondes n'est jamais positivé. Cette analyse de projets de pole rend compte de l'intérêt de

creuser l'idée de la convergence des intérêts. D'ailleurs, dans le projet du pôle gynécologie, c'est bien cette convergence qui fait défaut. L'équipe du pôle n'a pas réussi à traduire l'intérêt médical d'une nouvelle maternité en intérêt économique, contrairement au pôle Biologie. Ce constat soulève la question du sentiment d'interdépendance entre sphère économique et médicale. Il est finalement plus aisé de mobiliser sur un projet, que sur une réduction des coûts. L'objectif financier ne suffit pas, il faut une dimension soignante et médicale pour mobiliser les équipes.

2.6 Les pôles et la délégation de gestion

D'après la théorie de l'agence (M. C. Jensen, W. H. Meckling 1976), la délégation de gestion suppose de mettre en place un dispositif de contrôle et une convergence des intérêts entre les médecins, les soignants et la direction pour limiter les conflits. Actuellement, nous l'avons vu au CHU-Santé, les outils de contrôle ne sont pas encore suffisamment fins et la convergence des intérêts entre médecins et direction n'est pas suffisante pour qu'une véritable délégation se mette en place. Les coûts d'agence sont trop élevés et les délégations restent donc limitées, comme l'avaient identifié Gouffé et Cargnello Charles (2014). Fellinger et Boiron (2012) avaient eux aussi déjà souligné la frilosité des délégations de gestion, et ils montraient que les hôpitaux étaient peu nombreux à avoir des contrats de pôle négociés et signés. Or, nous l'avons vu, au CHU-Santé, ces contrats n'existent toujours pas, pas plus que la délégation. Cette faible délégation de gestion était expliquée, par Channet *et al.* (2009), en partie par un contexte budgétaire et financier complexe. Dans notre étude de cas, il ressort que ce contexte financier est toujours le principal frein, entraînant une volonté de contrôle accrue des dépenses par la direction, ce qui va dans le sens de Gavault *et al.* (2014).

De fait, d'après Gavault *et al*. (2014), la mise en œuvre de la délégation de gestion soulève trois problèmes :

- Les compétences et la volonté des acteurs à la mettre en œuvre (Grenier et Bernardini, 2012). Au CHU-Santé, la volonté est très fortement exprimée, c'est d'ailleurs l'une des principales attentes du pôle. Pour ce qui est des compétences, nous l'avons vu avec les

outils de gestion, tout n'est pas acquis, mais l'on a pu observer des formes d'apprentissage.

- La disponibilité d'outils de gestion pour piloter la performance des pôles (Crémieux, Saulpic, Zarlowski 2012 ; Angelé-Halgand, 2012). Les outils de gestion à disposition, nous l'avons vu dans la phase 1, ne permettent pas toujours un réel pilotage de la performance, ce qui justifie de la difficulté de mise en place d'une vraie délégation.

- La capacité à engendrer les améliorations attendues de l'efficience médico-économique : amélioration de la prise en charge des patients, fluidification des parcours patients, réduction des coûts (Franchistéguy-Couloume, 2012 ; Cargnello-Charles, Gouffé, 2012). Les capacités à engendrer ces améliorations existent, nous l'avons vu avec les projets de réorganisations, portés par les pôles. Dans notre étude de cas, il semble que ce n'est donc pas ce point qui soit le plus problématique dans la délégation de gestion.

Ce qui semble faire le plus défaut pour l'heure, d'après la littérature, et notre étude de cas, c'est la confiance de la DG en la capacité des pôles à piloter l'activité de façon efficiente, dans un contexte économique fortement contraint. Dès lors, cette délégation de gestion est considérée comme de la « *poudre aux yeux* » par les médecins (Grenier et Bernardini, 2014). On retrouve ce constat sur notre terrain où le pôle semble occuper un rôle à la marge des processus de décision. La situation financière complexe et le choix d'un recentralisation, le pôle a peu d'impact au quotidien sur les processus de décision. Nous avons vu que le sentiment d'autorité de la DG sur le pôle tend à décourager les acteurs. On retrouve ici le phénomène décrit par Grenier et Bernardini (2014) de critique des médecins de cette supposée délégation de gestion. Les cercles de décisions semblent être éloignés du pôle. Ils sont plutôt au sein de la Direction Générale.

3 La nouvelle gouvernance signe-t-elle le passage de l'hôpital d'une bureaucratie professionnelle à la structure divisionnalisée ?

Nous avions vu avec Mintzberg (1982) qu'il existe cinq mécanismes de coordination. Lors de notre recherche nous en avons identifié plusieurs. On retrouve l'ajustement mutuel, à savoir de la coordination du travail par simple communication informelle, au sein des pôles pour la mutualisation, dont nous avons vu qu'elle se développe par proximité, par entente entre les agents, en dehors des procédures formelles. On retrouve toujours la standardisation des qualifications au niveau du corps médical. On identifie également une forme de supervision directe, où une personne se trouve investie de la responsabilité du travail des autres, un cerveau qui contrôle plusieurs mains. C'est le cas au niveau de l'institution avec la centralisation mise en place. Or, d'après l'auteur, la centralisation est le mécanisme le plus puissant pour coordonner les décisions dans l'organisation. C'est bien dans cet esprit, de coordination des décisions que le choix de la centralisation a été fait, dans le cadre d'un plan de retour à l'équilibre financier. Toutefois, nous avions vu que, pour Mintzberg (1982), la centralisation présente des limites car un seul centre ne peut pas prendre toutes les décisions. Pour lui, c'est une erreur souvent commise dans les organisations, qui consiste à centraliser les décisions lorsque les cadres constatent qu'il y a des erreurs aux niveaux inférieurs. C'est exactement le mouvement qui s'est produit au CHU-Santé. Avec l'arrivée des pôles, un mouvement de décentralisation s'est mis en place, mais la situation financière a continué à s'empirer, et donc, en réponse à ces dysfonctionnements aux niveaux inférieurs, une recentralisation a été mise en place par la DG. Or, selon Mintzberg, le pouvoir de décision doit être là où se situe le savoir. Ce qui était, à juste titre, l'esprit de subsidiarité des pôles dans la loi. Il rappelle que la décentralisation permet une réponse rapide aux conditions locales car la transmission d'informations du terrain au centre, puis du centre au terrain, prend beaucoup de temps. Nous ne pouvons que confirmer ses écrits, nous l'avons bien observé dans le cadre de la centralisation mise en place au CHU-Santé : la communication semble difficile, voire rompue, entre les services et la DG. Dès lors, les processus sont longs et laborieux, comme cela s'illustre bien avec le recrutement et les rapports compliqués entre les services, les pôles, et la DRH. Enfin, si pour Mintzberg (1982), la décentralisation est source de motivation, il semble bien qu'au CHU-Santé la centralisation ait été source de démotivation. Dès lors, pour aller plus loin que cette seule recentralisation et de cette supervision directe s'est développée de plus en plus un standardisation des procédés.

Mintzberg (1982) rappelle que les procédures de travail sont standardisées lorsque le contenu du travail est spécifié ou programmé. Or, notre thèse illustre bien que la nouvelle gouvernance s'est accompagnée de cette forme de standardisation. C'est particulièrement le cas avec les projets, que ce soit dans la phase 1 avec le bureau des projets ou dans la phase 2 dans le cadre du COPERMO. On ressent une volonté de la DG de développer des procédures standardisées que puissent suivre les pôles, en matière de management de projet, de gestion du personnel avec les effectifs cibles ou les procédures de recrutement mais également avec la mutualisation du personnel. Ainsi, le mécanisme de coordination principal devient la standardisation des procédés de travail.

Concernant l'environnement de l'hôpital, à partir des travaux de Mintzberg (1982), nous pensions que cette organisation était complexe et dynamique, ce qui devait se traduire par une organisation décentralisée, organique et basée sur l'ajustement mutuel. Or, nous l'avons vu avec le CHU-Santé, nous sommes dans une organisation centralisée, basée sur la standardisation des procédures. Ceci en fait une organisation à l'environnement qui tend à être plus stable, et plus simple, ce qui correspond à ce que nous avons analysé. L'hôpital serait dans une phase transitoire, la bureau-adhocratie professionnelle selon Mintzberg (1982). On peut en effet s'interroger sur la forme hybride que prend l'organisation hospitalière au travers des pôles. L'adhocratie, autre configuration dépeinte par Mintzberg, plus organique, met au cœur de son fonctionnement l'ajustement mutuel qui est privilégié entre petites équipes projet, composées de spécialistes, pour réaliser les activités opérationnelles. Cette forme plus souple semble ainsi s'associer à la bureaucratie professionnelle, mise en avant dans le schéma conclusif de Minzberg 1982 par la bureau-adhocratie professionnelle. Nous avons également identifié les caractéristiques d'une structure fonctionnelle au sens de Taylor (1911), ou encore par projet. Ces formes de divisions du travail semblent, pour l'heure, plus proches de la réalité de l'hôpital que la structure divisionnalisée.

Pour ce qui est du pouvoir, nous avions vu que, selon Mintzberg (1982), plus le contrôle externe est puissant, plus la structure de l'organisation est centralisée et formalisée. On s'attendait alors à retrouver ces centralisations et formalisation à l'hôpital, car ce dernier est soumis à un contrôle externe fort, dans une situation économique difficile. Cela a bien été le cas, soumis à un CREF, placé sous la surveillance des tutelles, avec l'arrivée du COPERMO,

le contrôle externe qui s'exerce au CHU-Santé est fort et donc, naturellement, incite à poursuivre la centralisation, comme prévu par Mintzberg.

Nous faisions la proposition que l'hôpital avait changé de configuration structurelle. Passant d'un BP à une SD. Qu'en est-il vraiment ? Nous avons vu dans l'analyse des résultats que ces éléments méritent d'être nuancés. Nous allons donc, à présent, faire le point, en revenant sur les critères de la SD, et les mettre en perspective avec nos résultats.

Commençons par les paramètres de conception. La SD s'appuie sur le regroupement en unités sur la base des marchés au sommet de la ligne hiérarchique. Cette dispersion minimise l'interdépendance entre les divisions (Mintzberg, 1982), soit un système où le couplage est souple Weick (1976). Comme pressenti, la structuration des pôles à l'hôpital suit ce schéma, nous l'avons vu, les interdépendances sont minimales entre les pôles. Notre étude de cas va même plus loin, puisque, plus qu'un couplage souple, ou une interdépendance faible entre les unités, nous avons assisté à une balkanisation, un cloisonnement entre les divisions. Cependant, si l'on suit les principes de Mintzberg (1982), nous aurions dû retrouver une décentralisation importante. Or, contrairement à ce qui était prévu, le siège ne délègue pas à chaque division les pouvoirs nécessaires à la prise de décisions. Cette décentralisation, qui devait se matérialiser à travers la contractualisation interne, n'existe pas, pas plus que les contrats de pôle finalement, qui devaient assurer le contrôle ou la coordination nécessaires pour un contrôle des performances. Effectivement, de nombreux outils de contrôle se développent mais, pour l'heure, ils ne permettent pas encore d'assurer ce contrôle. Ainsi, le mécanisme de coordination attendu de standardisation des résultats (Mintzberg, 1982) combiné à un système de contrôle des performances, n'est pas celui observé. Nous l'avons vu un peu plus haut, le mécanisme de coordination observé est la supervision directe et non la standardisation des résultats. En effet, la standardisation des résultats requiert l'élaboration de normes de performance bien définies, avec un ensemble cohérent d'objectifs opérationnels, se prêtant à des mesures quantitatives de contrôle des performances. Nous pensions retrouver cette standardisation, du fait du déploiement d'une instrumentation gestionnaire, tournée vers la performance et l'optimisation, avec une division du travail et une procéduralisation des tâches (Pascal, 2003). C'est bien la tentative que nous avons retrouvée au CHU-Santé. Toutefois, dans la réalité, les indicateurs de mesure de performances ne sont pas optimums et les objectifs ne sont pas clairement définis de manière cohérente, ce qui empêche cette standardisation. Il semble toutefois que, dans le cadre du management des projets, les

indicateurs de performances soient plus facilement mobilisés et les objectifs plus clairement définis.

Enfin, à l'hôpital, le centre opérationnel joue toujours un rôle important dans la structure. Or Mintzberg (1982) apporte une précision, dans le cas où, dans une SD, les divisions seraient des BP, où le pouvoir serait à la base, cela aurait pour résultat une grande centralisation. Or, cette centralisation est clairement identifiée dans la littérature (Grenier et Bernardini, 2014 ; Gouffé et Cargnello Charles, 2014), comme dans notre étude de cas. Un constat qui laisse penser qu'il y a effectivement une transition à l'hôpital, de BP vers SD, mais que pour autant, la configuration originelle de l'hôpital n'a pas disparu aussi simplement. Ainsi, les pôles, à défaut de devenir des bureaucraties mécanistes, standardisées par les résultats, restent des bureaucraties professionnelles, standardisées par les qualifications. De plus, nous avions vu que les SD sont finalement des structures plutôt centralisées, axées sur la ligne hiérarchique. Pour l'heure notre étude démontre que la centralisation reste trop forte, puisque le pouvoir ne descend pas encore jusqu'aux directeurs de division, que sont les chefs de pôle. Pour autant, la logique de ligne hiérarchique est bien implantée, puisque, désormais, toutes les demandes et tous les projets des services sont filtrés par le pôle, qui fait l'intermédiaire auprès de la DG. Il n'y a plus de relations directes.

Par ailleurs, nous avions vu que le siège a un pouvoir sur l'allocation des ressources, qui inclut l'autorisation des projets d'un volume tel qu'ils sont susceptibles d'affecter le budget en capital de l'entreprise (Mintzberg, 1982). Ici, le parallèle avec notre recherche est clair, nous avons observé cette relation entre le siège et la division, la DG et le pôle, dans le cadre des projets de notre seconde phase de recherche. Les pôles font des propositions de projets de restructuration, qu'ils soumettent à la direction, qui autorise ou non ces projets.

Pour Mintzberg (1982), l'environnement de la SD est pertinent lorsque qu'il est simple et faiblement dynamique. Or, nous avons fait la démonstration qu'au CHU-Santé l'environnement est dynamique et faussement simple. Or, Mintzberg nous apprend que lorsqu'une organisation devient divisionnalisée dans des environnements complexes ou dynamiques, où les résultats ne peuvent pas être mesurés par un système de contrôle, il en résulte une structure hybride, ce que nous avons évoqué à plusieurs reprises, et qui confirme notre intuition. Nous sommes face à une structure transitoire entre BP et SD.

Pour ce qui est du pouvoir, nous avions vu que Mintzberg déclare « *il serait plus pratique pour le gouvernement de négocier avec quatre administrations qu'avec six* ». On retrouve cette même logique dans le discours des acteurs rencontrés à l'hôpital, avec l'idée qu'il est plus pratique pour la direction d'interagir avec 30 pôles, plutôt qu'avec 200 services, ce que déplorent toutefois certains médecins, qui y voient là un affaiblissement de leur pouvoir.

Dans les limites de la SD, Mintzberg (1982) nous avait appris qu'il existe un ensemble de forces puissantes qui encourage le siège à prendre une partie du pouvoir des divisions. L'hôpital ne fait pas exception à cette règle, nous l'avons constaté dans notre étude de cas, d'autant que le pouvoir de la DG était renforcé par la loi HPST.

Par ailleurs, nous avions vu que le système de contrôle des performances de la SD peut l'amener à agir de façon socialement irresponsable (Mintzberg, 1982). Concentré sur les conséquences économiques de ses décisions, le directeur de division en vient à ignorer leurs conséquences sociales. Cette tendance est largement ressortie dans notre étude, où il est reproché à la DG de privilégier les critères financiers, aux critères médicaux, de qualité des soins, et de qualité des conditions de travail. Dans notre recherche on retrouve bien l'idée d'un comportement socialement irresponsable, mais il n'est pas associé au directeur de division, qui dans notre cas est un chef de pôle, mais s'adresse à la DG. Fort à penser que cette distinction est due au fait que le chef de pôle, outre être le directeur de division, reste avant tout un soignant. De fait, un comportement socialement irresponsable irait à l'encontre de ses valeurs.

Enfin, pour Mintzberg (1982), la SD est difficilement conciliable avec les organisations publiques pour plusieurs raisons comme la rigidité de fonctionnement du fonctionnariat, alors que la SD a besoin de flexibilité. Mais le plus grand problème réside, nous l'avons vu, dans la difficulté à instaurer un contrôle des performances et une mesure des résultats efficients. Nous avons continué d'observer cette difficulté dans notre étude de cas, malgré la nomination de chefs de pôles impliqués dans le but social poursuivi et le développement de standardisations. Finalement, ce qui semble le plus faire défaut pour l'heure pour assurer cette transition, d'après Mintzberg (1982), c'est la mise en place de contrats de pôles conjointement produits, qui permettraient de définir des indicateurs de performance et un système de contrôle des objectifs.

Pour conclure, rappelons que selon Mintzberg (1982) la SD pourrait n'être justifiée que sous ses formes intermédiaires et que sa forme pure ne serait qu'un idéal type jamais atteint. A ce titre, il semble que l'hôpital soit bien dans ce cas. Ainsi, nous pouvons confirmer que tout se passe comme si l'hôpital était dans une forme hybride de configuration structurelle, entre bureaucratie professionnelle et structure divisionnalisée. Or, en l'état, cette forme hybride tend à engendrer des coûts supplémentaires en créant des postes dédiés ou encore de nouveaux besoins de coordination. Les pôles n'ayant pas atteint l'objectif de leur création, de devenir des organes de gestion médico-économique, ils se retrouvent dans un entre-deux, où ils ne sont pas devenus un niveau de pilotage organisationnel indispensable mais ils occupent tout de même une place dans l'institution qui permet plus de coordination et la gestion de projet. Finalement, pour l'heure, le pôle semble peu apporter à l'efficience de l'établissement. Il est plutôt générateur de coûts. Faut-il y voir le prix à payer d'un investissement pour le développement organisationnel de l'hôpital public ou une erreur stratégique ? La question reste ouverte. Toutefois, si l'apport des pôles est cantonné à la gestion de projet d'envergure, quid d'une structure par projets et donc par groupes projets plutôt que par pôle. Si la délégation de gestion n'aboutit pas, par manque de compétences au sein des pôles, il faudrait peut-être remettre en question le bien-fondé de cette organisation, génératrice de coûts et de slack organisationnel. En effet, l'objectif législatif à travers la nouvelle gouvernance est peut-être inatteignable.

4 Le pôle d'activité médicale, vers une anarchie plus organisée ?

Dans le quatrième chapitre de cette thèse, nous avons présenté le modèle d'analyse que nous avons retenu, l'anarchie organisée, de Cohen, March et Olsen (1972). Nous avions vu, que la première caractéristique de ces organisations est la présence d'une grande variété de préférences mal définies et peu cohérentes entre elles. La première phase de notre recherche a bien illustré ce point, nous l'avons vu, il existe une grande variété de préférences au CHU-Santé, entre la direction, l'équipe du pôle, le personnel médical et soignant. Nous avons présenté un certain nombre d'oppositions, sur l'effectif cible, la mutualisation, ou encore dans la deuxième phase, sur la hiérarchisation des critères pour les projets de pôles, qui ont démontré que dans cette grande variété de préférences, ces dernières sont peu cohérentes entre elles. Toutefois, nous pouvons nuancer ce résultat par un rapprochement et une définition plus

claire autour de la recherche d'efficience médico-économique, notamment dans le cadre du management de projet. Ce constat rejoint les propos de Friedberg (1993), qui parle d'acteurs qui veulent beaucoup de choses pas toujours faciles à concilier.

Christine Musselin (1997) précise que la difficulté dans ces organisations vient du fait que les objectifs sont en concurrence sans qu'ils ne s'ordonnent stablement. Nous l'avons vu dans notre première phase, les objectifs médicaux et gestionnaires s'opposent, et si la DG essaye d'imposer sa vision elle se heurte à beaucoup de réticences car les objectifs ne sont pas ordonnés et chaque acteur défend son point de vue, dans un grand flou organisationnel. On retrouve ce problème de priorisation stable dans la phase deux, dans le projet de maternité, où le choix entre logiques gestionnaire et médicale est difficile à hiérarchiser pour les acteurs, ce qui freine le projet. Il y a bien plusieurs décideurs qui ont des préférences qui sont peu cohérentes entre elles. Toutefois, dans le cadre du projet Biologie, le pôle et la DG ont réussi à ordonner stablement leurs objectifs, ce qui en fait un projet médical à dominante financière. Il a vu le jour grâce à un rassemblement des préférences.

Enfin, pour Romelaer (1994), l'incertitude des préférences s'observe dans les décisions délicates qui ont des facettes diverses et des enjeux importants ou lorsqu'il y a une opposition siège/filiale. Notre étude de cas s'inscrit typiquement dans ce cadre là. Les décisions prises au CHU-Santé ont des facettes diverses, à la fois dans des logiques financières, médicales, d'efficience et de qualité des soins, mais également d'organisation. On note une forme d'opposition entre la DG et les pôles donc, en se référant au modèle de la SD, on retrouve bien la logique de siège/ filiale.

Nous avons vu que ces organisations se caractérisent également par une difficulté fondamentale pour évaluer les résultats, qui perdent donc une grande partie de leur pouvoir régulateur des rapports entre acteurs (Friedberg, 1993). Or, nous y sommes revenus à plusieurs reprises, que ce soit en rapport avec le NMP, ou la SD, l'évaluation des résultats est très difficile à mettre en place à l'hôpital et particulièrement dans notre étude de cas, sans contrats de pôles. Nous rappelons toutefois que, dans le cadre du management de projet, une évaluation des résultats semble pouvoir se dessiner sur certains points.

Parallèlement, nous avons vu que les conséquences d'une action sont cernées avec imprécision (Romelaer, 1994) et les procédures ne sont pas comprises par l'ensemble des

membres de l'organisation. Là encore, notre étude de cas abonde dans ce sens avec le rapport des soignants aux outils et aux procédés de gestion, qui restent pour l'heure assez flou et à l'inverse, le manque de connaissance des réalités de terrain des administratifs, comme l'ont témoigné les contrôleurs de gestion, par exemple. Ce manque de compréhension des activités des uns et des autres encourage les oppositions entre soin et gestion. Les arguments financiers s'opposent toujours à la charge de travail, comme dans le cas des effectifs cibles et de la mutualisation. Toutefois, le pôle crée des espaces de discussions et d'échanges entre ces différentes sphères, ce qui tend à réduire un peu de ce flou, qui reste tout de même, pour l'heure, très présent.

Nous avons également vu que, dans ce contexte de flou, ces organisations procèdent par tâtonnements, par essais/erreurs, basés sur les expériences passées et sur l'invention pragmatique, par nécessité (Cohen *et al.*, 1972). On retrouve clairement ce principe de fonctionnement, à la fois dans les procédés de gestion, comme la mutualisation, où les échanges se font dans des services où ces formes d'expériences ont déjà été mises en place, mais également dans la gestion de projets. Les équipes de pôles se sont basées sur les expériences passées des précédentes versions pour améliorer leurs propositions.

Comme nous l'avons évoqué, il existe dans ces organisations, une participation fluctuante dans les processus de décision. Friedberg (1993) parle d'une faible structuration, où il est facile pour les participants de rentrer et de sortir de ces processus de décision, d'y introduire de nouvelles préoccupations ou d'en retirer d'autres. Nous partageons ce constat dans la première phase de notre recherche. Considérons les bureaux de pôle comme des processus de décision, ce qu'ils sont, même sans délégation de gestion, et avec le sentiment de manque de marge de manœuvre. Ils n'en restent pas moins des lieux de discussion où des décisions, mêmes mineures, se prennent. Nous avons ainsi constaté qu'hormis l'équipe du pôle, les participants varient beaucoup d'une réunion à l'autre, en fonction du sujet, où de leur disponibilité, sans pour autant que le processus de décision ne s'interrompe, le modifiant au gré des différentes réunions. Ce qui corrobore les propos de Romelaer (1994), selon lequel, les participants fournissent une quantité de temps et de travail variable en fonction des différents domaines d'activité. Toutefois, dans notre seconde phase de recherche, et c'est d'autant plus vrai pour le pôle Biologie, il semble que le fonctionnement par projet tende à stabiliser les participations à ces processus de décisions, dans un cadre plus structuré. Cela

concourt à réduire l'écueil d'une organisation avec des frontières mouvantes et incertaines, en assurant un degré d'engagement moins fluctuant.

Ainsi, nous retrouvons bien cette caractéristique sur notre terrain, avec de nombreux changements de décideurs et d'auditoires pour les différents types de choix (Cohen *et al.*, 1972). La mise en place des pôles, et plus largement, la nouvelle gouvernance, s'est traduite par une multiplication des instances délibératives, certains acteurs allant jusqu'à parler de réunionite. Ce critère apparaît, comme le rappelle Romelaer (1994), lorsque les organisations souhaitent décentraliser les décisions et introduire des groupes autonomes. Or, c'est bien là toute l'essence de la nouvelle gouvernance. Il semble que cette fluctuation fusse donc inévitable.

D'après Cohen *et al.* (1972), ce modèle est prédominant dans les organismes publics mais également dans toute organisation dans un contexte de changement rapide ou de restructuration. Or, notre objet de recherche, les pôles d'activité médicale, correspond à une restructuration de la gouvernance hospitalière et un changement rapide, impulsé par une série de réformes, faisant du pôle la seule forme d'organisation interne obligatoire dans les hôpitaux publics. Ainsi, en se référant à ces auteurs, la pertinence de ce modèle d'analyse paraît évidente.

On retrouve dans notre étude de cas d'un CHU, comme dans les universités, la pluralité des missions et la faible interdépendance fonctionnelle (Musselin, 1997). En effet, dans le cadre de l'hôpital BP, le travail de l'un a bien peu d'incidence et de conséquences sur le travail de l'autre. Toutefois, dans le cadre de la nouvelle gouvernance, la logique d'agrégation crée plus de transversalités au niveau de l'établissement. De plus, dans un contexte financier difficile, les situations financières des pôles ont des répercussions sur l'ensemble de l'établissement. On retrouve donc ici, avec la création des pôles une interdépendance fonctionnelle plus grande que dans le cadre de la BP. Cependant, cette transversalité semble cantonnée au plan économique. En effet, au quotidien on retrouve toujours une faible interdépendance fonctionnelle, allant jusqu'à une balkanisation, un cloisonnement des pôles.

Enfin, nous avons vu que dans les universités, l'arbitrage et la hiérarchisation entre les objectifs divergents se font rarement. De ce fait, les objectifs sont poursuivis en même temps, sans qu'aucun ne s'impose. La singularité des anarchies organisées vient de ce problème

d'émergence de logiques d'action. D'après notre recherche, il semble qu'à ce sujet, l'hôpital se distingue de son homologue universitaire. En effet, la pression financière est telle que la poursuite d'objectifs divergents est peu permise. Les objectifs divergents existent toujours, entre gestion et médical, mais il y a une tendance de la DG, qui a plus de pouvoir désormais, à imposer la vision gestionnaire au monde médical. Ceci se traduit notamment par l'émergence d'une culture de gestion hospitalière. Les soignants ont compris que, pour ne pas bloquer leurs objectifs et leurs projets, ils avaient tout intérêt à intégrer à leur réflexion les arguments gestionnaires de la DG. C'est d'ailleurs ce que nous avons identifié dans notre seconde phase de recherche : la clé de réussite du projet de Biologie tient à sa capacité à avoir fait converger les objectifs dans le sens du pouvoir dominant. C'est ce qui a fait défaut au pôle Gynécologie pour l'heure et qui se traduit par un blocage de la situation. Il n'est plus question ici d'objectifs poursuivis en même temps, comme nous l'avions vu en littérature.

Nous avons vu que pour Musselin (1997) une organisation peut répondre aux critères définissant une anarchie organisée sans pour autant que les processus de décision ne relèvent forcément du modèle de la poubelle, suggérant ainsi qu'il existe une dissociation entre ces deux notions. D'autant plus que, nous avions vu que selon Mintzberg (1982), dans les structures divisionnalisées, la décentralisation verticale étant limitée, on suppose que la centralisation et le contrôle par les performances laissent le champ moins libre au « *garbage can* » et tende à être favorable à un processus de décision plus maîtrisé.

Un élément important de la théorie de Cohen, March et Olsen, que nous avons mobilisée, est le concept de « Slack » ou *Surplus organisationnel*. Rappelons qu'il s'agit de la différence entre les ressources de l'organisation et l'ensemble des demandes auxquelles elle doit répondre (Cohen *et al.*, 1972). Nous avions vu qu'avec la nouvelle gouvernance et la mise en place des pôles, les attentes des pouvoirs publics consistaient à réduire cet écart entre les ressources et les demandes. Cette tendance permettrait aux hôpitaux de devenir des organisations médico-économiques plus efficientes. La caractérisation de cette réduction allait être l'effet des pôles sur les trois critères de l'anarchie organisée. Notre étude de cas a montré une première phase où les effets du pôle ont plutôt été négatifs sur ces trois critères, générant plus d'incertitude, de flou, et de fluctuation, ne résolvant pas les problématiques pour lesquelles les pôles ont été créés. Le Slack n'a donc pas été réduit, au contraire, et la situation de l'établissement est restée tout autant compliquée. On peut cependant s'interroger sur un déplacement du slack, qui se serait réduit sur certains points mais augmenté sur d'autres. On

note en effet, à la marge, les prémices d'une évolution. Dans la seconde phase de notre recherche, il ressort que dans le cadre du management de projets, les effets du pôle sont plus présents et positifs sur les critères de l'anarchie organisée. Dès lors, on ressent davantage l'effet attendu sur le Slack. Toutefois, l'expression du Slack est assez manifeste au CHU-Santé. L'incertitude des préférences, entretenue par le pôle, génère des comportements qui créent du gaspillage organisationnel, du slack. Nous l'avons vu avec l'exemple d'une décision de mutualisation qui a échoué. Une équipe s'est mise en maladie, il a donc fallu trouver des solutions de remplacement, à la fois dans le service demandeur de mutualisation et dans le service où les agents se sont mis en maladie pour s'opposer à leur désignation. Finalement, ce processus que devait développer le pôle, dans un esprit de transversalité et d'efficience, s'est retrouvé à générer plus de slack. Concernant la technologie floue, l'investissement dans la conception d'outils de la part des contrôleurs de gestion pour mettre à disposition des données aux agents du pôle, l'investissement des agents pour tenter de maîtriser des outils, qui ne sont pas toujours adaptés, et auxquels ils n'ont parfois que des accès limités, couplé avec le désintérêt d'une partie des agents pour ces questions de chiffres, représentent une perte de temps, et sont donc une forme de gaspillage. Il en va de même avec l'exemple du budget qui n'est pas maîtrisé. Ces exemples témoignent que le pôle a généré du slack organisationnel. Enfin, la multiplication de ces réunions, qui semblent peu pertinentes du fait de l'absence de pouvoir de décision accordée au pôle et de la fluctuation des participants génère du slack. Le temps accordé à la participation à ces réunions correspond pour les médecins à une perte de temps d'activité de soin ou de consultation. Il y a donc une perte d'efficience. Cette illustration de génération du slack est d'autant plus parlante dans le cadre des projets, notamment avec le projet maternité. Ce projet qui date de plus de dix ans mobilise beaucoup d'acteurs, de nombreux dossiers ont été créés, représentant un investissement humain important et pourtant, ce projet n'est toujours pas accordé, en partie faute d'accord entre le pôle et la direction générale sur la réalisation dudit projet. Cet investissement des agents semble donc être à perte et aurait pu être utilisé dans d'autres projets, voire d'autres activités rémunératrices. La somme des réunions et du temps accordé à ce projet représente en partie une perte de temps et participe à augmenter le slack organisationnel. Néanmoins, l'évolution ressentie dans le cadre du management de projet, témoigne qu'il existe bien des niveaux d'anarchies organisées et ceux-ci peuvent évoluer. Ce constat va dans le sens des propos de Musselin (1997), selon laquelle les universités françaises tendent vers un modèle d'anarchie plus organisée, avec un durcissement de la technologie par le recours à des outils de suivi et de mesure des résultats et l'émergence progressive d'une conception plus interdépendante.

Nous pouvons affirmer que l'hôpital suit le même parcours, en devenant une anarchie plus organisée, par la nouvelle gouvernance, avec une agrégation des préférences, une appropriation des logiques et des outils de gestion, et une stabilisation des instances délibératives.

La méthodologie de notre recherche a suivi les préceptes énoncés par Romelaer (1994). Il déclarait que pour comprendre l'anarchie organisée, le chercheur doit s'immerger dans le terrain, travailler avec des entretiens semi-directifs avec les acteurs qui sont intervenus et compléter les données par le recueil de réunions ou de documents formels.

Enfin, nous avions justifié de la pertinence du choix de l'anarchie organisée pour comprendre le fonctionnement hospitalier à partir de la littérature existante sur l'hôpital. A présent, l'analyse de notre étude de cas a démontré la pertinence de ce choix. Nous avons démontré que l'on retrouve, à des degrés différents, à des instants différents, une incertitude des préférences, une technologie floue et une participation fluctuante, ce qui caractérise bien l'hôpital, au même titre que l'étude originelle sur les universités.

Finalement, il était question dans cette thèse de comprendre comment les processus de décision évoluent dans les anarchies organisées, à travers les changements de configuration structurelle. Pour cela, nous avons analysé comment le changement de configuration structurelle a impacté le processus de décision de l'hôpital public français, en modifiant les pratiques et les cadres de ces processus de décision. Il ressort de cette thèse que les processus de décision ont bien évolué suite au changement de configuration structurelle. La mise en place des pôles et plus largement, la nouvelle gouvernance, ont entraîné une répartition nouvelle des pouvoirs. Cependant, cette transformation, si elle est manifeste, elle n'est pas celle qui était attendue. La subsidiarité et la délégation de gestion ont fait place à une forte centralisation, accompagnée d'une standardisation des procédés plutôt que des résultats. La mise en place des pôles a créé un niveau de gestion intermédiaire qui a permis cette standardisation des procédés que ce soit dans la gestion de projets, d'effectifs ou de l'activité de soin. Pour autant, si les processus de décision ont bien été modifiés par la mise en place des pôles, on ne peut pas, pour l'heure, parler d'une réussite du point de vue de l'efficience médico-économique. En effet, avec la centralisation nous sommes face à une gestion par les pôles empêchée. Nous l'avons vu, le changement de configuration n'est pas abouti et les pôles ne sont pas devenus des divisions autonomes. Ainsi, le rapprochement de la décision du

terrain qui devait aboutir à une meilleure efficience et une plus juste adéquation des ressources aux besoins n'a pas lieu. Ce changement qui modifie les processus de décision finit donc par générer plus de slack plutôt que le réduire. En créant des postes dédiés, en mobilisant du personnel, en multipliant les instances de délibérations, en multipliant les acteurs et les niveaux de gestion, en multipliant les outils de gestion auprès d'acteurs qui ne les maîtrisent pas, le pôle finit par générer des coûts importants pour la structure. L'apport principal que l'on identifie pour l'heure se situe dans la gestion des projets où l'on identifie une plus-value au pôle. Finalement, c'est peut-être ce sillon que les pôles devraient creuser plutôt que de poursuivre dans l'idée d'une unité autonome de gestion médico-économique. En effet, dans le management de projet, le pôle peut se révéler une ressource pertinente, en tant qu'unité médico-économique et espace transversal de collaboration.

Pour conclure sur les processus de décision, ils tendent à être plus standardisés à travers la nouvelle gouvernance. Toutefois, cette standardisation des procédés se fait dans l'opposition entre sphère médicale et gestionnaire et est sujette à de nombreuses réticences. De fait, les processus de décisions, bien qu'ayant évolués ne semblent pas encore avoir aboutis à plus d'efficience. Ils paraissent plutôt ralentis du fait de la multiplicité des acteurs et de l'incertitude des préférences. Ils semblent parfois incohérents, conciliant difficilement les prérogatives gestionnaires et médicales. En effet, si l'on note une progression de l'intégration de critères économiques dans le monde médical, l'inverse est moins évident. Cela a pour effet d'alimenter l'opposition des agents de soin au monde administratif, et leur sentiment d'incompréhension face aux choix stratégiques de la Direction Générale.

5 Les apports de la recherche

5.1 Les contributions scientifiques

Dans cette partie, nous mettons en évidence les contributions de la thèse pour la recherche en gouvernance hospitalière. L'étude des pôles d'activités médicales, par le prisme de l'anarchie organisée, permet en effet d'approfondir notre compréhension du rôle de cette nouvelle structure organisationnelle, tout particulièrement dans le cas de management de projet. Nous

verrons également que nous avons opérationnalisé le concept d'anarchie organisée, et ainsi contribué au cadre théorique de Cohen, March et Olsen (1972).

Dans un premier temps, notre recherche a permis de démontrer que la création des pôles est bien l'aboutissement de la logique du Nouveau Management Public à l'hôpital. L'intention de création de ces unités de gestion et la mise en place d'une contractualisation interne, avec une forme de délégation de gestion, correspondent aux principes de subsidiarité, de recherche d'efficience, de contrôle des performances développés par le NMP. De plus, l'introduction d'outils et de processus de gestion, issus du privé, que l'on retrouve dans les établissements de santé public, comme notre CHU-Santé, confirment ce lien avec le NMP. Toutefois, nous avons vu que, si l'intention des pôles est bien le résultat de la pensée du NMP, la réalité montre que cet objectif est difficile à atteindre et, qu'en l'état, de nombreuses contraintes s'opposent à cet aboutissement.

En effet, et cela fait l'objet d'un second point, notre recherche contribue à montrer que, bien qu'ayant un rôle important au sein de l'hôpital, la mise en place des pôles n'a pas abouti. Si la littérature faisait déjà état de la difficile implantation des pôles, du point de vue des outils de gestion, et souligne des dysfonctionnements concernant la délégation de gestion, notre recherche confirme ces points, et contribue à cette littérature sur un niveau d'analyse différent, permettant d'aller plus loin. Ce complément est permis par une méthodologie différente et un cadre d'analyse innovant, grâce à l'anarchie organisée. En nous concentrant sur les aspects fondamentaux de l'organisation polaire et en nous basant sur les critères de l'anarchie organisée, nous avons pu rentrer plus en détails sur les déterminants de l'opposition des logiques gestionnaires et médicales, sur les difficultés rencontrées par les membres du pôle au quotidien (un niveau d'analyse rare dans ce champ de littérature), sur les outils de gestion mis en place, mais également sur les différentes instances de décisions qui gravitent autour du pôle et sur leurs fonctionnements. Les résultats de notre étude nous ont permis d'identifier que le contexte financier est le principal frein à la délégation de gestion et pousse à une forte centralisation, mais également que l'absence de contrats de pôle signés et négociés contraint fortement la mise en place de pôles efficients et la poursuite de résultats. Toutefois, et c'est l'un des apports majeurs de cette thèse, notre seconde phase de recherche, a attesté que malgré un contexte difficile, le pôle est une structure des plus pertinentes pour le management de projet. Or, dans un climat où il semble que les pôles et leurs membres peinent à trouver leur place, notamment dans des grandes organisations comme les CHU, notre étude

montre que, pour l'heure, le management de projet est l'activité qui a le plus révélé la pertinence du regroupement des services en pôles. Finalement, la mobilisation du concept d'anarchie organisée a révélé de nombreux éléments d'analyse de la nouvelle gouvernance. Notamment, cette approche a permis de mettre en avant les limites du pôle, qui semble pour l'heure inadapté aux exigences de gestion des établissements de santé. A travers l'analyse des projets, ce cadre théorique a permis d'identifier les conditions d'efficience du pôle, qui ne sont pas exactement celles prévues dans la législation. Cette approche nous a également permis de révéler les dysfonctionnements de la bureaucratie professionnelle et de la centralisation mise en place. Enfin, cette grille d'analyse a permis de faire état de l'ambivalence du pôle dans les hôpitaux publics, partagés entre centralisation et décentralisation. L'anarchie organisée, par l'analyse de l'incertitude des préférences est le révélateur des limites de l'hybridation des logiques gestionnaires et médicales, puisqu'il est plutôt question d'une imposition des logiques gestionnaires plutôt qu'une hybridation. Un constat qui, pour l'heure, laisse penser que le pôle, tel que prévu par la loi, est illusoire à l'hôpital public.

Ensuite, notre thèse apporte une contribution au champ de la recherche en gestion des établissements publics de santé en faisant la preuve que, par la création des pôles, l'hôpital évolue vers une nouvelle configuration structurelle, au sens de Mintzberg (1982). En effet, là où de nombreuses recherches font encore référence à la Bureaucratie Professionnelle, alors qu'elle a été remise en question depuis des années, nous avons démontré, qu'avec les pôles, l'hôpital tend vers une nouvelle configuration, la Structure Divisionnalisée. Nous sommes d'ailleurs allé plus loin et nous avons démontré que l'hôpital est dans une phase transitoire, entre BP et SD et correspond à l'état de transition identifié par Mintzberg (1982), avec la standardisation des procédés comme mécanisme de coordination.

Notre analyse alimente également la littérature sur les questions de différenciation et d'intégration à l'hôpital public. Rappelons que pour Crémadez (1987) l'hôpital se caractérise par une différenciation entre la technique et l'économique, deux dimensions antagonistes. On retrouve cette différenciation dans notre étude puisque nous avons démontré la forte opposition qui persiste entre les logiques médicale et gestionnaire. Crémadez (1987) et Nobre (1999) parlent, également, d'une différenciation au sein du centre opérationnel, entre corps médical et paramédical. Or, nous avons vu qu'à travers les pôles, ces deux sphères ont tendance à se rapprocher, notamment par opposition aux gestionnaires. En effet, l'opposition

entre sphère médicale et gestionnaire, semble avoir eu pour effet de rapprocher les membres de la sphère médicale qui partagent les mêmes critiques de l'organisation. Pour Crémadez (1987), la différenciation était source du décalage entre qualité des soins considérée comme satisfaisante et gestion jugée peu performante. A l'heure actuelle, la gestion est toujours jugée peu performante mais la nouveauté est que la qualité des soins semble être mise en péril par une situation financière particulièrement négative. Pour ce qui est de l'intégration, Crémadez (1987) explique qu'à l'hôpital il y a une rupture de la ligne hiérarchique entre le centre opérationnel et le sommet stratégique. Avec la nouvelle gouvernance, cette rupture s'est réduite avec la création des pôles, qui fait justement le lien entre le centre opérationnel et le sommet stratégique. Une intégration qui se développe également par la standardisation des procédures, qui favorise l'intégration entre administratif et médical, qui auparavant faisait appel à des moyens peu puissants. On peut attribuer au pôle un pouvoir fort d'intégration entre le monde administratif et médical en se basant sur la description que fait Crémadez (1987) du rôle ambigu de l'infirmière générale. Comme elle, le pôle est mi-hiérarchique et mi-fonctionnel, mi-administratif et mi-médical. Enfin, pour Crémadez (1987), l'hôpital a un processus de décision de type émergent où chaque décision est la résultante d'un équilibre momentané des forces en présence qui correspond à l'émergence d'une coalition précaire. Il semble qu'avec la centralisation et la standardisation des procédés cette coalition soit moins précaire. De plus, avec l'imposition des logiques gestionnaires dans les décisions, il n'est plus question d'un équilibre momentané des forces, mais bien la prévalence de l'une de ces forces. Pour Guerrero (1997), l'hôpital est une structure marquée par une forte différenciation, qui n'en fait pas une organisation simple, mais le regroupement de trois organisations : administrative, médicale et paramédicale. Glouberman et Mintzberg (2001), abondent dans le même sens, avec une différenciation entre quatre mondes, différenciés par leurs objectifs, leurs principes, leurs logiques de fonctionnement et leur mode de management : communauté, contrôle, traitement et soins. Si l'on observe toujours une certaine différenciation, le pôle rassemble tout de même l'ensemble de ces mondes en son sein, une unité de gestion unique. Dès lors, les membres de l'équipe de pôle sont engagés dans une collaboration étroite inédite qui participe à une intégration nouvelle. Nous l'avons remarqué avec l'émergence d'une nouvelle culture de gestion parmi le personnel médical et paramédical, l'intégration de logiques gestionnaires dans des projets médicaux ou encore un rapprochement des sphères médicales et paramédicales. Il reste tout de même une différenciation verticale qui perdure entre l'administration et la sphère médicale, source d'opposition. L'intégration aurait dû passer par le rôle du directeur délégué notamment chargé de faire le lien dans la ligne

hiérarchique entre les deux sphères, mais pour l'heure les pratiques restent hétérogènes et son positionnement dans l'institution n'est pas encore assez clair.

Par ailleurs, pour Nobre (1999) il est important de prendre en compte l'évolution de l'environnement de l'hôpital pour en comprendre le fonctionnement. En 1999, il fait déjà état d'une direction de plus en plus contrainte par les autorités de tutelle à cause des contraintes financières et budgétaires et qui doit s'immiscer de plus en plus dans de nouvelles affaires. Cela va avoir pour effet de faire évoluer l'équilibre des rapports de pouvoir qui laissait une grande marge de manœuvre au corps médical par rapport à la direction de l'hôpital. Effectivement, des années plus tard, après plusieurs réformes et la mise en place des pôles, les médecins ont de moins en moins cette marge de manœuvre, les pôles eux-mêmes en ayant peu. L'évolution des contraintes financières semblent donc avoir mis un terme à un système où les médecins exerçaient leur activité avec peu de contraintes. Aujourd'hui, l'argument financier semble prévaloir sur l'argument médical. La réussite du projet de Biologie, dans notre étude de cas, en est une bonne illustration. C'est parce que ce projet représente un atout financier, avec le retour sur investissement qu'il assure, qu'il a été financé. Pour Nobre (1999), le poids des contraintes financières et budgétaires implique un accroissement du contrôle des autorités de tutelle qui se traduit par une plus faible marge de manœuvre du corps médical dans les décisions stratégiques. Nous l'avons illustré dans notre étude de cas, le corps médical semble participer peu aux décisions stratégiques, elles semblent plutôt s'imposer à lui.

Notre contribution au champ de la recherche en gestion des établissements publics de santé ne s'arrête pas là. Nous avons démontré que si le projet législatif des pôles était porteur d'un espoir d'efficience médico-économique, dans la réalité il s'agit plutôt d'une illusion coûteuse. Reste à savoir maintenant si la centralisation va aboutir à un redressement de la situation économique, auquel cas le pôle resterait cantonné à un rôle secondaire. Ce rôle serait d'être un intermédiaire entre le service et la DG, en charge de la conduite de projets. Or, nous avons vu que le pôle peut être plutôt performant dans ce rôle de manager de projet. L'autre possibilité est que la réussite du pôle dans la conduite des projets encourage les Directions Générales à décentraliser la décision et à mettre en place une vraie délégation de gestion. Dans ce cas, le pôle se rapprocherait de l'objectif de sa création. Pour autant, notre étude démontre que, pour l'heure, le pôle ne dispose pas des ressources nécessaires à un pilotage d'activité efficient, que ce soit en terme d'outils ou de compétences gestionnaires.

Enfin, en le mobilisant comme cadre d'analyse, notre recherche contribue au modèle d'anarchie organisée sur plusieurs plans. Tout d'abord, nous avons démontré que, si ce concept est né de l'analyse des universités, il permet tout aussi bien de décrire l'hôpital, dont la nature correspond bien aux caractéristiques de ce modèle. En effet, si aujourd'hui l'hôpital est toujours majoritairement décrit comme une bureaucratie professionnelle, nous avons démontré que ce modèle ne correspond plus totalement à la réalité. Ainsi, l'anarchie organisée permet un regard nouveau sur cette organisation. Nous avons donc démontré une nouvelle application de ce modèle. Or, ce modèle est assez peu mobilisé en recherche en sciences de gestion. Cette nouvelle application contribue donc à alimenter l'intérêt pour ce modèle, en démontrant sa pertinence pour comprendre le fonctionnement des organisations. Notre contribution à cette théorie se porte également sur son opérationnalisation. Nous avons proposé d'utiliser les critères de l'anarchie organisée pour en faire une grille d'analyse, pour observer l'hôpital, et les procédés de gestion, et rendre compte des effets sur le slack organisationnel. Notre recherche démontre une utilisation nouvelle des critères de l'anarchie organisée. Ceux-ci peuvent constituer une échelle de mesure d'évolution des organisations dans le temps. Cela en fait un modèle particulièrement intéressant dans l'analyse des changements et des transformations organisationnelles, comme c'était le cas de notre recherche. Cette approche permet de mesurer l'évolution de ces organisations vers des anarchies plus organisées comme c'était le cas avec les universités. Il nous semble que cette mobilisation est pertinente pour analyser les effets d'une transformation organisationnelle, en mesurant les impacts sur l'incertitude des préférences, la technologie floue ou encore la participation fluctuante. De plus, la mise en perspective de ces critères avec la notion de slack permet d'approfondir la notion de gaspillage organisationnel et donc de déterminer l'effet positif ou non d'un changement organisationnel. Là encore, l'application de cette grille à l'hôpital est un enrichissement du modèle, et remet en avant ce modèle, peu mobilisé. A ce titre, dans notre thèse nous avons abordé le slack en tant que générateur de gaspillage mais ce n'est pas la seule façon d'aborder ce concept. En effet, dans la littérature sur ce point, le slack est également abordé comme générateur d'avantages organisationnels, notamment pour l'innovation. Il serait donc intéressant, dans l'idée d'un prolongement de notre recherche, de comprendre si le slack que nous avons identifié avec la mise en place des pôles ne représente qu'un gaspillage ou si finalement il peut constituer un vivier de ressource nouveau, qui pour l'instant n'est pas mobilisé. De plus, si nous avons constaté que la mise en place des pôles a

constitué un accroissement du slack, dans une certaine mesure il est générateur d'un nouveau slack, qui peut être pourront être source d'avantage à l'avenir.

5.2 Les contributions empiriques

Cette deuxième sous-partie a pour objet de dégager des pistes de réflexion sur un plan plus empirique. En effet, le CHU-Santé est un important centre hospitalier universitaire soumis aux réformes de la tarification à l'activité, à la nouvelle gouvernance et à l'instrumentation qui en découle. Quelques années après la mise en œuvre de ces réformes, notre étude nous a permis de faire un état des lieux des conséquences d'une instrumentation croissante et de la mise en œuvre concrète des dispositifs de la nouvelle gouvernance, qui nous permettent de faire des préconisations managériales. En effet, l'étude du pilotage d'activité des pôles et de la gestion des projets, dans un établissement de santé public, a été l'occasion de faire un état des lieux de la mise en œuvre concrète des réformes de ces dernières années et d'en tirer des leçons.

L'un des éléments de contrainte majeur qui est ressorti de notre étude est l'absence de contrats de pôles. Que ce soit au regard de la logique du NMP, de la SD ou même de l'anarchie organisée. Or, face à un contexte financier très contraint, avec un CREF, et une mise sous tutelle, le choix des différentes DG, qui se sont succédées a été de fortement centraliser les décisions et les processus. Cette réaction a du sens dans le discours, « *recentraliser pour mieux décentraliser* », c'est-à-dire, s'assurer d'une meilleure maîtrise de l'organisation avant de mettre en place une délégation, qui est crainte par les administrateurs de l'hôpital. Toutefois, si cela peut faire sens, notre recherche démontre que l'absence de contractualisation est un frein majeur du bon fonctionnement de l'hôpital et une externalité négative du choix de centralisation. En effet, ces contrats permettent la réunion et la négociation de préférences communes entre la DG et les pôles, et posent un cadre d'évaluation des performances, ce qui fait défaut à l'heure actuelle. D'ailleurs, nous avons observé que cette logique manquante se retrouve dans la gestion des projets, qui sont l'occasion de négocier entre les pôles et la DG, des objectifs et des moyens pour les atteindre, en tenant compte des diverses contraintes. Il semble donc clair que, quelque soit le contexte, ces contrats de pôles soient indispensables pour le maintien d'une cohérence

organisationnelle, et représentent une véritable ressource, tant pour la DG, que pour les pôles, dans cette nouvelle gouvernance.

Un autre élément d'importance, qui ressort, est la nécessaire formation du personnel aux outils de gestion. En effet, si notre étude montre une évolution vers une meilleure appropriation des outils et des logiques gestionnaires, il n'en reste pas moins que cette appropriation est hétérogène et dépend fortement du profil des acteurs. Pour passer à un réel pilotage de l'activité et à une gestion par les performances, un écart de compétences reste à combler. L'acteur clé du franchissement de cet écart, notre recherche l'a montré, est le cadre administratif. Ce dernier doit devenir un assistant de gestion, ce qui doit s'accompagner d'une définition plus claire du profil et des compétences de ce membre du pôle.

En parlant de redéfinition des rôles, il semble, d'après notre étude de cas, qu'il soit indispensable pour les établissements de santé, d'autant plus pour les grands CHU, de redéfinir les rôles de chaque instance, entre pôles, sites, et directions fonctionnelles.

Enfin, l'apport managérial principal de notre thèse, est l'importance du pôle en tant qu'unité de gestion des projets médicaux. Il ressort que c'est un très bon échelon pour la conduite de projets. Les membres du pôle maîtrisent les compétences de terrain et arrivent à développer des réflexions gestionnaires et financières, avec une organisation « en mode projet ». C'est un axe à développer et à encourager, qui confère au pôle une véritable place dans le processus de gestion, qui mobilise ses compétences et ses capacités de gestion à bon escient. Ce fonctionnement permet de stabiliser les processus et les groupes dans des instances délibératives. Il rassemble les préférences, et permet une meilleure compréhension de la production de résultats. Il nous semble donc, qu'en l'absence d'un contexte favorable à une délégation de gestion, et avant que le pôle ne devienne une unité de gestion médico-économique à part entière, il ait trouvé sa place en tant qu'unité de management de projet, une voie à poursuivre.

CONCLUSION GENERALE DE LA THESE

1 Le résumé de la thèse

Cette thèse cherche à comprendre la manière dont les processus de décision évoluent dans les anarchies organisées, à travers les changements de configuration structurelle. Dans un contexte économique lourd pour les hôpitaux publics, et en plein tournant gestionnaire, nous avons traité cette question sous l'angle de la mise en place des pôles à l'hôpital public et avons cherché à répondre à la question suivante : quel est l'impact d'un changement de structure organisationnelle sur la prise de décision ?

Les enjeux de ce questionnement sont tout d'abord empiriques. Dans le premier chapitre, nous avons rappelé que les réformes récentes du système de santé français, proviennent des principes du Nouveau Management Public et enjoignent les hôpitaux à mettre en place de nouveaux modes de fonctionnement interne. Ces changements s'inscrivent dans le cadre d'une nouvelle gouvernance avec une organisation en pôles d'activité médicale, l'adoption par le personnel soignant de préoccupations de gestion et l'utilisation d'instruments de contrôle de performance, afin de mettre en œuvre une gestion plus efficiente des hôpitaux. Nous avons vu que les études empiriques dressent un constat mitigé de la mise en œuvre de ces réformes, relevant le faible impact de ces outils de gestion sur les pratiques et la transition difficile vers une hybridation des logiques entre professionnels et administratifs. Toutefois ces études sont parcellaires, s'intéressant tantôt aux outils de gestion et tantôt aux rôles des acteurs, principalement des médecins chefs de pôle. Nous proposons ainsi dans cette thèse une étude plus globale des transformations en cours, en nous intéressant à l'ensemble des acteurs du pôle, à la façon dont les instruments de gestion sont mobilisés et au fonctionnement de différents processus de gestion, à la mutualisation, au recrutement et enfin aux projets. L'idée de cette approche globale était de rendre compte de la réalité quotidienne de la prise de décision dans les pôles.

Les enjeux sont également théoriques, comme nous l'avons vu dans le deuxième chapitre. Nombre d'études mettent en évidence la difficile implantation des logiques gestionnaires à l'hôpital et la faible hybridation avec la logique médicale. L'absence de délégation, due à un manque de confiance des directions fonctionnelles en la capacité des professionnels à exercer

une gestion efficiente, en est la cause. De plus, ces études montrent que les médecins ne deviennent pas spontanément des gestionnaires. L'appropriation des outils de gestion prend du temps, et ces études montrent que la gestion n'a qu'un faible impact sur les décisions médicales. Ces recherches sont centrales en ce qu'elles portent un regard critique sur la mise en place de ces pôles. Mais peu de ces recherches offrent une réflexion sur les processus de décision concrets dans cette nouvelle gouvernance, en s'interrogeant sur la place du pôle et sur les effets de la mise en place de cette nouvelle gouvernance sur les capacités de l'hôpital à prendre des décisions plus efficientes. En outre, ces recherches ne proposent pas d'analyser l'influence du changement d'organisation sur les capacités de l'organisation à faire évoluer son efficience. C'est ce que notre recherche s'est proposée de faire, par le prisme de l'anarchie organisée.

En effet, afin d'apporter des réponses à ces questionnements empiriques et théoriques, nous avons choisi de recourir à la théorie de l'anarchie organisée (Cohen, March et Olsen, 1972), en lien avec le concept de configuration structurelle (Mintzberg, 1982). Nous avons présenté les fondements de l'anarchie organisée et sa mobilisation dans le champ de la recherche en management des organisations publiques. L'une des forces de cette approche théorique est de permettre une analyse globale d'organisations particulières, dont les caractéristiques intrinsèques les éloignent des modèles classiques de rationalisation. Alors que de nombreuses recherches s'intéressent à l'implantation d'instruments de comptabilité et à l'évolution des rôles des chefs de pôle, nous nous intéressons plutôt à l'évolution de la structure interne et la nouvelle organisation hospitalière, afin d'analyser comment cette évolution, que nous avons replacée dans le cadre d'un changement de configuration structurelle, contribue à rationnaliser les processus de gestion. Cela permettrait à l'hôpital de devenir une anarchie plus organisée, et ainsi, de réduire la production de Slack organisationnel, qui se traduit par un gaspillage des ressources. Il en résulterait donc, par ce biais, une gestion médico-économique, plus efficiente.

Nous avons ainsi proposé une lecture spécifique de ce pilotage d'activité par les pôles, dans un important Centre Hospitalier Universitaire en France, par le prisme de la théorie de l'anarchie organisée. Les entretiens, les observations et les documents collectés au cours de deux phases de terrain nous ont permis de mettre en évidence les difficultés rencontrées par les pôles pour atteindre leur objectif d'efficience : l'influence du contexte économique, l'absence de contrats de pôle, le problème de formation des agents, une opposition constante

entre gestionnaires et médicaux. Nous avons noté que, bien que rapprochant les acteurs, en créant une nouvelle culture de gestion partagée, les pôles se présentent comme de nouvelles unités qui ont rendu plus complexe l'organisation interne, générant plus de Slack, en alimentant l'incertitude des préférences, le flou technologique et la fluctuation de la participation.

Cependant, nous avons démontré que cet effet est dû à une période de transition entre deux états. Là où l'hôpital devait devenir une structure divisionnalisée, en donnant aux pôles un nouveau rôle d'organisation, l'hôpital est en réalité une structure simple, fortement centralisée et très contrainte par une situation économique périlleuse. Notre étude prouve que dans un bon contexte, le pôle permet de réduire le Slack. C'est ce qui ressort de notre seconde phase de recherche sur la gestion des projets spécifiques par les pôles. Dans ce contexte, le management par le pôle tend vers les effets attendus, un rassemblement des préférences, par une hiérarchisation des objectifs, un durcissement technologique par l'appropriation des logiques gestionnaires et la mise en place effective d'un contrôle des résultats, et enfin, la stabilisation des contours de l'organisation et des instances délibératives. Il semblerait donc que ce ne soit pas le pôle en tant que tel qui soit générateur de slack, mais c'est plutôt le contexte qui est en cause. En effet, dans le cadre d'un management par projet le pôle semble contribuer à la réduction du slack. C'est donc plus le contexte financier lourd et le choix d'une recentralisation qui ont contraint le pôle. Sans rôle précis, le pôle est alors générateur de slack, mais si le pôle est utilisé dans la gestion de projet alors il révèle son potentiel, ce qui réduit le surplus organisationnel. Il faut donc privilégier la convergence des intérêts au sein des pôles, comme c'est le cas avec les projets.

2 La réponse à la problématique

La question de notre problématique était la suivante :

> *Si l'hôpital-bureaucratie professionnelle est une anarchie organisée, l'hôpital-structure divisionnalisée permet-il de réduire cette anarchie ? Ou comment le changement de configuration structurelle impacte le processus de décision ?*

Nous pouvons à présent répondre à cette problématique. Tout d'abord, rappelons que l'hôpital n'est pas encore devenu pleinement une structure divisionnalisée, il est en période de transition. D'ailleurs, comme l'explique Mintzberg (1982), il est possible que l'hôpital ne devienne jamais une forme pure de structure divisionnalisée mais plutôt une forme hybride, très certainement entre bureaucratie professionnelle et structure divionnalisée. Pour autant, les principes du Nouveau Management Public, se traduisant par une nouvelle tarification de l'activité et la mise en place d'une nouvelle gouvernance avec un tournant gestionnaire, ont amené l'hôpital à tendre vers cette nouvelle configuration structurelle. Nous sommes donc bien face à un changement de configuration structurelle.

A partir de cet état de fait, nous pouvons continuer de répondre à notre question, concernant l'impact de ce changement sur le processus de décision. Notre étude de cas, dans les deux phases, a démontré que l'arrivée des pôles, qui sont les divisions de notre hôpital, s'est accompagnée d'une redistribution des rôles, de nouveaux outils de gestion et de nouveaux processus de gestion. Un ensemble d'éléments qui impacte donc le processus de décision. Notre recherche permet donc d'attester dans cette thèse, que le changement de configuration structurelle a impacté le processus de décision de l'hôpital public français, en modifiant les pratiques et les cadres de ces processus de décision.

Enfin, pour ce qui est de la capacité de ce changement de configuration structurelle à réduire l'anarchie organisée, la réponse est plus délicate. Comme nous l'avons dit, nous ne nous sommes pas réellement retrouvé face à une structure divisionnalisée sur le terrain. Dans notre première phase de recherche, il était question d'une structure simple, fortement centralisée, dont les contraintes et le mode de fonctionnement ont eu pour résultat de favoriser l'anarchie organisée, là où l'on attendait une réduction. Ce résultat ferait penser que le changement de configuration a eu un effet négatif, ou de statut-quo, au lieu de rationnaliser les pratiques et d'avoir un effet positif sur l'incertitude des préférences, le flou technologique et la participation fluctuante. Pour autant, dans la seconde phase de notre recherche, sur le management de projet, l'hôpital est apparu comme se comportant davantage comme une structure divisionnalisée. Or, dans cette même phase, les indicateurs de l'anarchie organisée avaient tendance à se réduire, comme nous avons pu le constater, avec un effet positif sur le Slack organisationnel. A partir de cette analyse, nous pouvons répondre à notre problématique, comme suit : le changement de structure organisationnel a bien un effet sur le

processus de décision, ainsi, plus l'hôpital se comporte comme une structure divisionnalisée, plus il s'éloigne de l'anarchie organisée et réduit son Slack Organisationnel.

3 Les limites et perspectives de la recherche

Comme toute recherche, ce travail de thèse présente des limites, qu'il convient d'expliciter ici et qui ouvrent des perspectives d'étude complémentaires.

Nous pouvons dans un premier temps aborder les limites de notre thèse par les critiques faites aux travaux de Mintzberg (1982) sur les configurations structurelles. Cette théorie définit des idéaux-types plus ou moins proches de la réalité. Or, nous l'avons vu, souvent la configuration réelle est un hybride, une combinaison de configurations organisationnelles. L'hôpital n'échappe pas à cette règle nous l'avons constaté. Cette approche nous a permis de rendre compte de l'évolution de la structure interne des hôpitaux publics, en cela ce choix était pertinent. Toutefois, il est reproché à cette théorie d'être trop figée, voire caricaturale. En effet, si le résultat est toujours un hybride, on peut remettre en cause la pertinence de ces modèles types. Pour dépasser les difficultés de rendre compte de la réalité d'une organisation à travers des configurations types on peut se référer aux travaux de Crozier et Friedberg (1977). Ces derniers plaident pour une analyse dynamique des interactions sociales, par les processus relationnels et politiques. Cette approche pourrait constituer un prolongement intéressant de notre étude. Il ne serait plus question de savoir dans quelle configuration se trouve l'hôpital, mais de comprendre comment ses différentes caractéristiques sont agencées de manière particulière et avec quel résultat. Cette approche permettrait de rendre compte de l'efficience de ces agencements ou le cas échéant de comprendre leurs échecs.

Nous pouvons également voir ces limites par le prisme de l'anarchie organisée. En effet, en reprenant les termes de ce corpus théorique, nous pouvons dire que nous nous sommes arrêté à l'aspect structurel de cette théorie et que nous n'avons pas mobilisé dans notre analyse le garbage can model. Dans notre thèse, les processus de décisions sont appréhendés par le biais de la structure organisationnelle et nous n'interrogeons pas le processus de choix et la résolution de problèmes (par survol, par résolution, ou par glissement). Il serait par exemple intéressant d'intégrer, dans l'analyse des processus de décision de l'hôpital, ces processus de

choix. Ce type de recherche permettrait de vérifier le lien entre anarchie organisée et garbage can model et ainsi d'alimenter le débat sur le lien entre cette forme d'organisation et son mécanisme de décision. Elle permettrait également de comprendre comment l'hôpital et la nouvelle gouvernance, influencent le processus de résolution de problèmes. Favorisent-ils un mécanisme par mise au panier, ou, au contraire, ont-ils tendance à faire émerger un processus plus rationnalisé.

Par ailleurs, l'analyse des projets que nous avons faite se base sur le discours des acteurs que nous avons rencontrés à un temps précis, retraçant les événements de manière rétrospective. Or, le projet est un processus long, il serait donc intéressant de pouvoir suivre le déroulement d'un projet dans le temps, en élargissant le spectre des acteurs rencontrés. En effet, de tels projets sont plus larges que les acteurs que nous avons rencontrés. Cela fait le lien avec le point suivant sur les limites de notre méthodologie.

Sur le plan méthodologique, soulignons deux points. Lors de notre recherche nous avons fait le choix de nous focaliser sur les équipes de pôles, les contrôleurs de gestion, les chefs de services et les cadres de services. Finalement l'environnement proche du pôle, et ses interlocuteurs les plus directs. Nous avons donc peu rencontré les membres de la direction, ou encore les instances tutélaires sur ces questions spécifiques de processus et de délégation. Nous avons essentiellement recueilli l'interprétation des acteurs du terrain intermédiaire, entre le service et les directions, ce qui constitue, en soi, une grande richesse de données. Pour prolonger cette étude, il pourrait être intéressant d'élargir le spectre de récolte des données auprès du personnel soignant directement, auprès des directions fonctionnelles ou encore des ARS, ou de l'ANAP. Elargir à l'extérieur de l'établissement permettrait de faire le lien entre contractualisation interne et externe, de rendre compte des négociations croisées des objectifs, et des préférences qui s'entrechoquent, entre volonté ministérielle et revendications professionnelles. Par ailleurs, nous avons choisi une approche structurelle du processus de décision, d'autres approches pourraient apporter un prolongement à notre travail. La question de la décision pourrait être abordée à un niveau plus individuel, autour de la question du leadership ou encore des jeux de pouvoir, que ce soit avec l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1977) ou encore de l'acteur-réseau (Callon, 1986).

Enfin, soulignons que cette thèse est un travail interprétatif, qui se base sur une étude de cas unique. Nos résultats ne sont donc pas nécessairement révélateurs des changements qui se

produiraient dans d'autres organisations, du fait de certaines spécificités propres au cas. Toutefois, la mise en place des pôles d'activité médicale est à ce jour une réalité pour la quasi-totalité des hôpitaux, tout comme une situation financière délicate, pour des établissements de grandes tailles, tels que le CHU-Santé. De façon plus générale, l'introduction des principes du NMP auprès de professionnels qui y sont peu familiers, est une problématique récurrente dans le secteur public. Nous pensons donc, que ce travail de thèse suggère des pistes de réflexion utiles dans des contextes organisationnels différents, dans le champ de la santé, comme dans d'autres activités publiques.

BIBLIOGRAPHIE

A

Abernethy, M. A., & Vagnoni, E. (2004). Power, organization design and managerial behaviour. *Accounting, Organizations and Society*, *29*(3), 207-225.

Abord de Chatillon, E., & Desmarais, C. (2012). Le nouveau management public est-il pathogène ? *Management international/International Management/Gestiòn Internacional*, *16*(3), 10-24.

Acker, F. (2005). Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital. *Revue française des affaires sociales*, (1), 161-181.

Aidemark, L. G. (2001). The meaning of balanced scorecards in the health care organisation. *Financial Accountability & Management*, *17*(1), 23-40.

Aïm, R. (2016). *L'essentiel de la théorie des organisations*. Gualino éditeur.

Albert, M. N., & Avenier, M. J. (2011). Légitimation de savoirs élaborés dans une épistémologie constructiviste à partir de l'expérience de praticiens. *Recherches qualitatives*, *30*(2), 22-47.

Allard-Poesi, F. (2003). Coder les données. *Conduire un projet de recherche: une perspective qualitative*, 245-290.

Allard-Poesi, F. (2005). The paradox of sensemaking in organizational analysis. *Organization*, *12*(2), 169-196.

Allard-Poesi, F. et Maréchal C. (2007). Construction de l'objet de recherche. *Méthodes de recherche en management. Gestion Sup. Paris: Dunod*.

Allison, G., (1971). Essence of Decision: Explaining the Cuban Missile Crisis, 1ed. Little Brown.

Alter, N., (1990). La gestion du désordre en entreprise. Paris. L'harmattan.

Angelé-Halgand, N. (2012). Nouvelle Gouvernance hospitalière: entre accountability et responsabilité ? *Communication au 1er Congrès ARAMOS*.

Amar, A., & Berthier, L. (2007). Le nouveau management public: avantages et limites. *Gestion et management publics*, *5*, 1-14.

Arthus, I., Montalan, M. A., & Vincent, B. (2009). Quels outils pour piloter la performance d'une Équipe Mobile de Gériatrie?. *Journal d'économie médicale*, *27*(1), 43-57.

Audet, M. (2006). *La mise en œuvre d'un mode de gestion des soins et services de santé par regroupement des clientèles: le cas du regroupement cardio-pulmonaire au CHUS*. Université de Sherbrooke et Université du Québec à Trois-Rivières.

Avenier M.J., Gavard-Perret M.L. (2008), « Inscrire son projet de recherche dans un cadre épistémologique », in Gavard-Perret M.L. et al. (dir.), Méthodologie de la recherche. Réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion, Pearson Education, Paris, pp. 5-45

Azofra, V., Prieto, B., & Santidrián, A. (2003). The usefulness of a performance measurement system in the daily life of an organisation: a note on a case study. *The British Accounting Review*, *35*(4), 367-384.

B

Balle Hansen, M., Steen, T., & de Jong, M. (2013). Le nouveau management public, les marches bureaucratiques et les problèmes de coordination interdépartementale. *Revue Internationale des Sciences Administratives*, *79*(1), 31-51.

Baribeau, C. (2005). Le journal de bord du chercheur. *Recherches qualitatives*, *2*, 98-114.

Bartoli, A. (2005) : Le management dans les organisations publiques, 2ème édition, Collection Management public, Dunod, Paris

Baumard P., Donada C., Ibert J. et Xuereb J.-M. (1999), « La collecte des données et la gestion de leurs sources », in R. A. THIÉTART (coord.), Méthodes de recherche en management, Paris, Dunod, 1999

Bayad, M., Delobel, B., & Ribau, N. (2002). Les projets qualité dans les hôpitaux publics en France: les perceptions des acteurs. *Gestion*, *27*(3), 100-112.

Beach, L.R., (1998), *Image theory: Theoretical and empirical foundations*, Lawrence Erlbaum.

Beach, L.R., Mitchell, T.R., (1987), « Image theory: Principles, goals, and plans in decision making », *Acta psychologica*, (66:3), pp. 201-220.

Beach, L.R., Mitchell, T.R., (1998), « The basics of image theory », *Image theory: Theoretical and empirical foundations*, pp. 3-18.

Becker H. S. (2002) *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales ?* In: *Agora débats/jeunesses*, 29, 2002. Des pratiques artistiques des jeunes. pp. 137-139.

Bendaira, J., Calmes, G., & Glardon, P. H. (2012). Chapitre 1. Quel (re) découpage pour les pôles ? In *Le management de pôles à l'hôpital* (pp. 11-26). Dunod.

Ben Slimane, K., & Leca, B. (2010). Le travail institutionnel: origines théoriques, défis et perspectives. *Management & Avenir*, (7), 53-69.

Berard, E. (2013). *Rôle des instruments de gestion au sein des organisations: une approche sociomatérielle. Le cas de l'usage des comptes de résultat analytique et des budgets dans*

un hôpital public français (Doctoral dissertation, Université Panthéon-Sorbonne-Paris I; ESCP Europe).

Berard, E. (2013). Les pôles d'activité à l'hôpital vus comme un système cybernétique: une analyse en termes de contrôle de gestion. *Journal de gestion et d'économie médicales*, *31*(4), 187-205.

Bérard, É., & Steyer, V. (2013). La responsabilité contractuelle à l'hôpital. *Revue française de gestion*, (8), 147-167.

Berg, B. L., & Lune, H. (2012). Qualitative Research Methods for the Social Scenes. ed. Pearson

Bezes, P. (2009). Réinventer l'État. *Les réformes de l'administration*.

Biondi, Y., Chatelain-Ponroy, S., & Sponem, S. (2008). De la quantification comptable et financière dans le secteur public: promesses et usages de la gestion par les résultats. *Politiques et management public*, *26*(3), 113-125.

Bonnier, C., Flachere, I., Saulpic, O. (2014). Le déploiement d'outils financiers dans le cadre de la réforme du système de soins : quand les acteurs utilisent les outils parce que c'est ce qu'il convient de faire. *Politiques et Management Public*, 2014, 31(4), 443-463

Bonnier, C., Saulpic, O., & Zarlowski, P. (2013). Un tableau de bord objet-frontière entre deux communautés : étude de cas d'une clinique. Présenté au 34ème Congrès de l'Association Francophone de Comptabilité, Montréal.

Bouret, P. (2008). Encadrer dans la fonction publique hospitalière: un travail de lien invisible. *Revue française d'administration publique*, (4), 729-740.

Boussard, V. (2013). Travail d'organisation gestionnaire des cadres et mutation des entreprises publiques. *La nouvelle revue du travail*, (2).

Bréchat, P. H., Rymer, R., Grenouilleau, M. C., & Jourdain, A. (2008). Éléments pour un premier bilan et des perspectives du plan Hôpital 2007. *Santé publique*, *20*(6), 611-621.

Briers, M., & Chua, W. F. (2001). The role of actor-networks and boundary objects in management accounting change: a field study of an implementation of activity-based costing. *Accounting, Organizations and Society*, *26*(3), 237-269.

Bruant-Bisson, A., Castel, P., & Panel, M. P. (2012). Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé. *Paris: Inspection Générale des Affaires Sociales*.

Brunsson N., (1992). The organization of hypocrisy: talk, decisions and actions in organizations. Wiley.

Burellier, F. (2011). *Etre ou ne pas être medecin-gestionnaire?: étude de la transition vers le rôle de responsable de pôle dans les hôpitaux publics français* (Doctoral dissertation, Grenoble).

Burellier, F., & Valette, A. (2011). Garder ou tomber la blouse ? *Journal d'économie médicale*, *29*(6), 336-345.

C

Calori, R., & Sarnin, P. (1993). *Les facteurs de complexité des schémas cognitifs des dirigeants*.

Carontini, E. (1990). Le rôle de l'abduction dans le processus d'interprétation. *Sfez L. et Coutlée G.(éds.), Technologies et symboliques de la communication, Presses universitaires de Grenoble*.

Chakor, T. (2013). *Les pratiques des consultants dans la gestion des risques psychosociaux au travail* (Doctoral dissertation, Aix-Marseille).

Channet, A., Pradalie, G., Prentout, N., & Saquer, R. (2009). Management des pôles, état des lieux et perspectives. *Revue hospitalière de France*, 17.

Chanut, V., & Chavas, H. (2008). Eduquer à la GRH dans les organisations publiques: un processus tiré par la demande ou par les connaissances?. *Politiques et management public*, *26*(2), 169-197.

Charns, M. P. (1976). Breaking the tradition barrier: managing integration in health care facilities. *Health care management review*, *1*(1), 55-68.

Charreire Petit, S. et Durieux, F.(2007),"Explorer et tester: les deux vois de la recherché", Thietart, RA et al. *Méthodes de recherché en management*.

Child, J. (1974). Managerial and organizational factors associated with company performance part I. *Journal of Management studies*, *11*(3), 175-189.

Chua, W.F., & Preston, A. (1994). Worrying about accounting in health care. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, *7*(3), 4-17.

Claveranne, J. P., Pascal, C., & Piovesan, D. (2009). 48. La gouvernance hospitalière à la croisée des chemins. In *Traité d'économie et de gestion de la santé* (pp. 447-454). Presses de Sciences Po (PFNSP).

Contandriopoulos, A. P., & Trottier, L. H. (1998). Epilogue: L'hôpital dans le système de soins de demain. *RUPTURES-MONTREAL-*, *5*, 106-120.

Crémadez, M. (1987). Les clés de l'évolution du monde hospitalier. *Gestion hospitalière*, *266*, 726-731

Crémieux, F., Saulpic, O., & Zarlowski, P. (2012). L'introduction de comptes de résultats de pôles dans un hôpital public: analyses et propositions à partir d'une étude de cas. *Journal de gestion et d'économie médicales*, *30*(7), 419-434.

Cohen, M. D., March, J. G., & Olsen, J. P. (1972). A garbage can model of organizational choice. *Administrative science quarterly*, 1-25.

Commeiras, N., & Georgescu, I. (2012). La pression à l'activité: une source de stress et d'épuisement professionnel? Un regard croisé entre le contrôle de gestion et la gestion des ressources humaines: le cas des enseignants-chercheurs en sciences de gestion. *Actes du XXIIème Congrès de l'AGRH, Nancy, septembre.*

Contandriopoulos, A. P., Bungener, M., & Souteyrand, Y. (1997). L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offre de soins.

Cossette, P., (2004), *L'organisation : Une perspective cognitiviste*, [Québec]: Presses de l'Université Laval.

Cossette, P., Audet, M., (1994), « Qu'est-ce qu'une carte cognitive », dans COSSETTE P. (dir.), Cartes cognitives et organisations, Éditions les Presses de l'Université Laval, Collection Sciences de l'Administration, Sainte-Foy, Québec, *Cartes cognitives et organisations*, pp. 13–33.

Coulon, R. (2011). Cadres de santé, gestion des soins et contrôle de gestion. *Cahier de recherche du FARGO*, (1110604).

Covaleski, M. A., & Dirsmith, M. W. (1983). Budgeting as a means for control and loose coupling. *Accounting, Organizations and Society*, *8*(4), 323-340.

Covaleski, M. A., Dirsmith, M. W., & Michelman, J. E. (1993). An institutional theory perspective on the DRG framework, case-mix accounting systems and health-care organizations. *Accounting, Organizations and Society*, *18*(1), 65-80.

Crémieux, F., Saulpic, O., & Zarlowski, P. (2012). L'introduction de comptes de résultats de pôles dans un hôpital public: analyses et propositions à partir d'une étude de cas. *Journal de gestion et d'économie médicales*, *30*(7), 419-434.

Crozet, P., Kaaniche, A., & Lienard, J. (2008). Nouvelle gouvernance à l'hôpital: recomposition de l'organisation et gestion des ressources humaines. *Politiques et management public*, *26*(2), 31-52.

Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). L'acteur et le système. Editions du Seuil. Paris.

Cyert, R. M., & March, J. G. (1963). A behavioral theory of the firm. *Englewood Cliffs, NJ*, *2*.

Cyert, R.M., March, J.G**.,** (1992), *A behavioral theory of the firm*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall

D

David A. (2000) "Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion : trois hypothèses revisitées", in David Albert, Hatchuel Armand & Laufer Romain [ed.] Les nouvelles fondations des sciences de gestion, Paris, Vuibert - FNEGE, pp.83-109.

David, A. (2003). Etudes de cas et généralisation scientifique en sciences de gestion. Revue Sciences de Gestion. 39 : 139-166.

Deane, P., (2012), « At, by, to, and past: An essay in multimodal image theory », dans *Proceedings of the Annual Meeting of the Berkeley Linguistics Society* 19, pp. 112-124.

Debrosse, D., Perrin, A., & Vallancien, G. (2003). Projet Hôpital 2007: mission sur la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale. *Paris: DHOS*, *4*.

Decker, K.S., (1987), « Distributed problem-solving techniques: A survey », Systems, Man and Cybernetics, IEEE Transactions on, (17:5), pp. 729-740.

Demers, C. (2003). L'entretien. *Conduire un projet de recherche. Une perspective qualitative*, 173-210.

Denis, J. L., Ferlie, E., & Van Gestel, N. (2015). Understanding hybridity in public organizations. *Public Administration*, *93*(2), 273-289.

Denis, J. L., Gibeau, E., Langley, A., Pomey, M. P., & Van Schendel, N. (2012). Modèles et enjeux du partenariat médico-administratif: État des connaissances. *Association québécoise d'établissement de santé et de services sociaux, www. aqesss. qc. ca, Montréal, Québec*.

Denis, J. L., Langley, A., & Rouleau, L. (2004, June). La formation des stratégies dans les organisations pluralistes: vers de nouvelles avenues théoriques. In *13 éme Conférence AIMS* (Vol. 2).

Denis, J. L., Langley, A., & Rouleau, L. (2007). Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames. *Human Relations*, *60*(1), 179-215.

Dent M. (2006). Post-NPM in public sector hospitals ? The UK, Germany and Italy. *Policy & Politics,* n° 33/4, p.623-636.

Dervaux, A., Pichault, F., & Renier, N. (2011). L'apport de la théorie de l'acteur-réseau à la professionnalisation de la GRH en milieu hospitalier. *Journal d'économie médicale*, *29*(1), 62-73.

Detchessahar, M., & Grevin, A. (2009). Un organisme de santé... malade de «gestionnite». In *Annales des Mines-Gérer et comprendre* (No. 4, pp. 27-37). ESKA.

Divay, S., & Gadea, C. (2008). Les cadres de santé face à la logique managériale. *Revue française d'administration publique*, (4), 677-687.

Domy, P. (2012). Chapitre 2. L'impact de l'organisation polaire sur le pilotage des établissements. In *Le management de pôles à l'hôpital* (pp. 27-42). Dunod.

Doolin, B. (1999). Casemix management in a New Zealand hospital: rationalisation and resistance. *Financial Accountability & Management*, *15*(3-4), 397-417.

Doolin, B. (2001). Doctors as managers-New public management in a New Zealand hospital. *Public Management Review*, *3*(2), 231-254.

Dos Santos, C., Mousli, M., & Randriamiarana, J. (2014). Analyse du changement de contrôle de gestion à l'hôpital sous l'angle des réformes T2A et HPST. *Communication au 2ème Congrès ARAMOS*.

Dreyfus, F. (2010). La révision générale des politiques publiques, une conception néolibérale du rôle de l'Etat ? *Revue française d'administration publique*, (4), 857-864.

Driver, M. J., & Streufert, S. (1969). Integrative complexity: An approach to individuals and groups as information-processing systems. *Administrative Science Quarterly*, 272-285.

Drucker-Godard C., Ehlinger S., & Grenier C. (2007). Validité et fiabilité de la recherche, in Thiétart R-A., (Ed.), Méthode de Recherche en Management, Dunod, Paris, 263-293

Duhamel, G., & Minvielle, É. (2009). 32. Évaluer et améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé. In *Traité d'économie et de gestion de la santé* (pp. 307-314). Presses de Sciences Po (PFNSP).

Dumas, M., & Ruiller, C. (2013). «Être cadre de santé de proximité à l'hôpital», quels rôles à tenir ? *Revue de gestion des ressources humaines*, (1), 42-58.

Dumas, M., Douguet, F., & Muñoz, J. (2012). L'appropriation d'un outil de la qualité des soins à l'hôpital. *Journal de gestion et d'économie médicales*, *30*(3), 127-149.

Dumez H., (2010). Problèmes épistémologiques de la recherche qualitative. Le libellio d'Aegis 6(4).

Dumez, H. (2013). Qu'est-ce qu'un cas et que peut-on attendre d'une étude de cas?. *Le libellio d'AEGIS*, *9*(2), 13-26.

Dumond, J. P. (2003). Les conflits de pouvoir à l'hôpital. *Les Tribunes de la santé*, (1), 71-81.

Dupuy, F. (2004). *Sociologie du changement: pourquoi et comment changer les organisations*. Dunod.

Dutton, J. E. (1988). Patterns of interest around issues: The role of uncertainty and feasibility. *Academy of Management Journal*, *31*(3), 663-675.

E

Eisenhardt, K. M. (1989). Building theories from case study research. *Academy of management review*, *14*(4), 532-550.

Eisenhardt, K. M., & Zbaracki, M. J. (1992). Strategic decision making. *Strategic management journal*, *13*(S2), 17-37.

F

Fellinger, F., & Boiron, F. (2012). Mission hôpital public. *Rapport au Ministre*.

Flachère, I. (2014) « Le rôle des instruments de contrôle de gestion dans la reconfiguration du social- Le cas d'un hôpital public français », ARAMOS 2nd workshop, 23 mai, Marseille

Flachere, I. (2015). *Comment les instruments de gestion interviennent-ils dans la constitution de rôles organisationnels? Le cas des contrats de pôle et instruments de suivi financiers dans un hôpital public français* (Doctoral dissertation, ESCP Europe).

Fiore C. et Sampieri-Teissier N. (2011). Transformer les chefs de pôles hospitaliers en véritables pilotes de la performance. Quelles modalités pour un changement de posture ? communication au *4° colloque Santé, Euromed Management et IRTS PACA Corse*, Marseille, 17 et 18 mai

Fraisse, S., Robelet, M., & Vinot, D. (2003). La qualité à l'hôpital: entre incantations managériales et traductions professionnelles. *Revue française de gestion*, (5), 155-166.

Franchistéguy, I. (2001). Propositions pour un méta-modèle de gestion de projet de changement Le cas des établissements de santé publics en France. In *Actes de la 10ème Conférence de l'AIMS-Université de Laval-Canada*.

Franchistéguy-Couloume, I. (2015). Au cœur de la complexité des organisations de santé: le cadre de santé, pivot de l'organisation. *Projectics/Proyéctica/Projectique*, (1), 37-50.

Friedberg, E. (1993). Le pouvoir et la règle. *Seuil*. Paris

G

Gagnon, S. (2009). Gérer le changement au sein d'une main-d'œuvre professionnelle: le cas d'un centre hospitalier. *Gestion*, *34*(1), 20-26.

Gavard-Perret, M. L., Gotteland, D., Haon, C., & Jolibert, A. (2008). Méthodologie de la recherche. *Editions Pearson Education France*.

Gavard-Perret, M. L., Gotteland, D., Haon, C., & Jolibert, A. (2012). Méthodologie de la recherche en sciences de gestion. *Réussir son mémoire ou sa thèse*, 11-62.

Gavault, S., Laude, L., & Baret, C. (2014). L'institutionnalisation des pôles d'activité médicale: entre agir stratégique et agir projectif. *Journal de gestion et d'économie médicales*, *32*(7), 463-480.

Geertz C. (1973), *The interpretation of cultures : selected essays*, New York, Basic Books, 1973

Gentil, S. (2012). Industrialisation des soins et gestion de l'aléa: le «travail d'articulation» au bloc opératoire, déterminants et obstacles. In *Annales des Mines-Gérer et comprendre* (No. 3, pp. 34-43). ESKA.

Georgescu, I., & Naro, G. (2012). Pressions budgétaires à l'hôpital: Une étude qualitative du concept de «rapm» auprès de praticiens hospitaliers. *Comptabilité-Contrôle-Audit*, *18*(3), 67-95.

Giraud, F. (2011). *Les fondamentaux du contrôle de gestion: principes et outils*. Pearson.

Girin, J., (1990), L'analyse empirique des situations de gestion: éléments de théorie et de méthode, Epistémologies et sciences de gestion, Economica , pp. 141–182.

Giroux N. (2003), «L'étude de cas», in GIORDANO Y. (Coord.), Conduire un projet de recherche, Colombelles, EMS, Chapitre 2, (42 -84)

Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease—Part I: Differentiation. *Health care management review*, *26*(1), 56-69.

Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2002). Gérer les soins de santé et le traitement de la maladie. *Gestion*, *27*(3), 12-22.

Gombault, A. (2005). Chapitre 2. La méthode des cas. *Méthodes & Recherches*, 31-64.

Grenier C., Bernardini J., (2012), « La mise en place d'une fonction hybride dans l'organisation pluraliste : vers un espace hybride d'articulation de logiques institutionnelles concurrentes – Chef de pôle et pôle de services dans une organisation hospitalière », 1er Congrès ARAMOS, Paris, novembre 2012.

Grenier C., & Bernardini J., 2013. La décision du chef de pôle hospitalier aux prises avec des logiques institutionnelles concurrentes : vers un espace hybride décisionnel. Conférence GEAP, Edimbourg.

Grenier, C., & Pauget, B. (2007). Qu'est-ce que la recherche en management?. *Recherche en soins infirmiers*, (4), 12-23.

Grevin, A. (2011). *Les transformations du management des établissements de santé et leur impact sur la santé au travail: l'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don.*

Étude d'un centre de soins de suite et d'une clinique privée malades de" gestionnite" (Doctoral dissertation, Université de Nantes).

Grimaldi A. (2008), « L'arnaque de la T2A !», Revue Médecine (éditorial), Vol. 4, n°9, pp. 388-390

Groleau, C. (2003). L'observation. *Conduire un projet de recherche. Une perspective qualitative. Editions EMS. Colombelles*, 211-244.

Gouffé, V., & Cargnello-Charles, E. (2014). Le contrat de pôle, une opportunité pour les acteurs des organisations polaires. *Présenté au IIème Congrès ARAMOS, Marseille*.

Goyette, L., Lemieux, V., & Masson, D., (1982). Des anarchies politiquement organisées. *In* Crete, J., *et al.*, Aperçus nouveaux sur les universités du Québec. Université Laval, Département de science politique, Cahiers du Laboratoire d'études politiques et administratives, pp. 78-112.

Guarnelli, J. (2014). *Le paradoxe de la décision en situation de crise sur-médiatisée* (Doctoral dissertation, Université Nice Sophia Antipolis).

Guarnelli, J., Lebraty, J. F., & Pastorelli, I. (2012). Le décideur expert dans un contexte de crise surmédiatisée. Le cas de l'éruption du volcan Eyjafjöll. *Prospective et stratégie*, (1), 125-138.

Gueguen G. (2005), «Pragmatisme méthodologique et analyse de l'environnement en stratégie », *XIVème conférence internationale de Management Stratégique*, AIMS, Pays de la Loire, Angers 2005

Guerrero, I. (1997). Une lecture de l'hôpital public fondée sur une triple approche de la structure. *Journal d'Economie Médicale*, *15*(5), 267-281.

Guicheteau, J., & Maestre-Lefevre, A. (2008). Le compte de résultat analytique: Un outil de gestion de pôle. *Gestions hospitalières*, (479), 577-579.

Guillemot, D., & Jeannot, G. (2013). Modernisation et bureaucratie, l'administration d'État à l'aune du privé. *Revue française de sociologie*, *54*(1), 83-110.

Guirou, C. (2015). Choisir un mode de gestion: l'importance des croyances. *Gestion et management public*, *4*(4), 45-59.

H

Halgand, N. (2003). L'accréditation hospitalière: contrôle externe ou levier de changement. *Revue française de gestion*, (6), 219-231.

Hardy, C., & Maguire, S. (2008). Institutional entrepreneurship. *The Sage handbook of organizational institutionalism*, 198-217.

Havard, C. (2015). L'adoption d'une structuration polaire à l'hôpital: quelles articulations des logiques professionnelles ? *@ GRH*, (3), 91-125.

Herreros, G., & Milly, B. (2006). Les voies de la qualité à l'hôpital: entre procédures et coopération.

Heydebrand, W., & Noell, J. (1973). Task Struc ture and Innovation in Professional Organizations, 294-322. *Comparative Organizations, hersg. von WV Heydebrand, Englewood Cliffs, NJ*.

Hoc, J.-M., Amalberti, R., (1999), « Analyse des activités cognitives en situation dynamique: d'un cadre théorique à une méthode », *Le travail humain*, pp. 97–129.

Hogarth, R.M., Einhorn, H.J., (1992), « Order effects in belief updating: The belief-adjustment model », *Cognitive Psychology*, (24:1), pp. 1-55.

Holden, P. E., Pederson, C. A., & Germane, G. E. (1968). *Top management*. McGraw-Hill Book Company.

Hood, C. (1991). A public management for all seasons ? *Public administration*, *69*(1), 3-19.

Husserl, E. (1970). *The crisis of European sciences and transcendental phenomenology: An introduction to phenomenological philosophy*. Northwestern University Press.

J

Jackall, R. (1988). Moral mazes: The world of corporate managers. *International Journal of Politics, Culture, and Society*, *1*(4), 598-614.

Jacobs, K. (1995). Budgets: a medium of organizational transformation. *Management Accounting Research*, *6*(1), 59-75.

Jensen, M. C., & Meckling, W. H. (1976). Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure. *Journal of financial economics*, *3*(4), 305-360.

Journé, B. (2008) « L'observation », in Gavard-Perret M-L., D. Gotteland, C. Haon et A. Jolibert (Eds.), Méthodologies de la recherche. Réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion, Pearson Education.

Journé, B., & Raulet-Croset, N. (2008). Le concept de situation: contribution à l'analyse de l'activité managériale en contextes d'ambiguïté et d'incertitude. *M@n@gement*, *11*(1), 27-55.

Journé, B. & Raulet-Croset, N. (2012). La décision comme activité managériale située: Une approche pragmatiste. *Revue française de gestion*, 225,(6), 109-128.

K

Kaufmann, A., Cruon, R., & Grouchko, D. (1975). Modèles mathématiques pour l'étude de la fiabilité des systèmes.

Kauffmann, V. (2008). Pôles d'activité médicale et contractualisation aux Hospices Civils de Lyon: Bilan et perspectives. *Journal d'économie médicale*, *26*(6), 351-359.

de Kervasdoué, J. (2004). *L'hôpital vu du lit*. Editions du Seuil.

Ketelaar, A., Manning, N., & Turkisch, E. (2007). Formules de gestion de la haute fonction publique axées sur les performances.

Kirkpatrick, I., Jespersen, P. K., Dent, M., & Neogy, I. (2009). Medicine and management in a comparative perspective: the case of Denmark and England. *Sociology of health & illness*, *31*(5), 642-658.

Klein, G., (1987), « Applications of analogical reasoning », *Metaphor and Symbolic Activity*, (2:3), pp. 201-218.

Klein, G. A. (1993). *A recognition-primed decision (RPD) model of rapid decision making* (pp. 138-147). New York: Ablex Publishing Corporation.

Klein, G., Klinger , D., (1991), « Naturalistic Decision Making », Human Systems Information Analysis Gateway Newsletter, (2:1), pp. 16-19.

Koenig G. (1993), « Production de la connaissance et constitution des pratiques organisationnelles », *Revue de Gestion des ressources Humaines*, N°9, pp. 4-17

Krief, N. (2005). L'impact de la tarification à l'activité sur le lien social à l'hôpital: étude du "Plan Hôpital 2007". In *Communication, 16e conférence de l'AGRH, Paris Dauphine*.

Kurunmäki, L. (2004). A hybrid profession—the acquisition of management accounting expertise by medical professionals. *Accounting, organizations and society*, *29*(3), 327-347.

L

Lachenaye-Llanas, C. (2012). Chapitre 11. Délégation de gestion et cohérence institutionnelle. In *Le management de pôles à l'hôpital* (pp. 179-198). Dunod.

Lamothe, L. (1999). La reconfiguration des hôpitaux: un défi d'ordre professionnel. *Ruptures*, *6*(2), 132-148.

Langley, A. (1991). Formal analysis and strategic decision making. *Omega*, *19*(2-3), 79-99.

Langley, A., Mintzberg, H., Pitcher, P., Posada, E., & Saint-Macary, J. (1995). Opening up decision making: The view from the black stool. *organization Science*, *6*(3), 260-279.

Lapointe, P. A., Chayer, M., Malo, F. B., & Rivard, L. (2000). La reconfiguration des soins de santé et la réorganisation du travail infirmier. *Nouvelles pratiques sociales*, *13*(2), 164-180.

Lapsley, I. (1994). Responsibility accounting revived ? Market reforms and budgetary control in health care. *Management Accounting Research*, *5*(3-4), 337-352.

Laroche, H., Reitter., R., Chevalier, F., Mendoza, C., & Pulicani, P. (1991). Cultures d'entreprise. *Paris, Vuibert*.

Lartigau, J. (2009). L'évolution de la fonction contrôle de gestion à l'hôpital. *Journal d'économie médicale*, *27*(7), 371-391.

Lawrence, P. R., & Lorsch, J. W. (1967). Differentiation and integration in complex organizations. *Administrative science quarterly*, 1-47.

Lawrence, T. B., & Suddaby, R. (2006). 1.6 Institutions and institutional work. *The SAGE Handbook of Organization Studies*, 215.

Lebraty, J.-F., Puidupin, A., (2007), « Information, cognition et décision: le cas du projet CORTIM », Management, systèmes d'information et connaissances tacites, Hermes (Ed.), pp. 95-113.

Lemieux V. (1993), « Réseaux et appareils dans la structuration du social », Dans Audet M. et Bouchikhi H. (s/d) (1993), *Structuration du social et modernité avancée. Autour des travaux d'Anthony Giddens*, Presses de l'Université de Laval, p. 147-168.

Lemieux, V. (1994). La structuration du pouvoir dans les organisations universitaires. *Politiques et management public*, *12*(2), 135-149.

Lemieux, V., Goyette, L., & Laflamme, J., (1982). Les choix dans une organisation universitaire. *In* Crete, J., *et al.*, Aperçus nouveaux sur les universités du Québec. Université Laval, Département de science politique, Cahiers du Laboratoire d'études politiques et administratives, pp. 36-76.

Le Moigne J. L. (2007), *Les épistémologies constructivistes*, Paris, PUF, Collection Que sais-je ?, 3ème édition, 2007

Lenay, O. (2001). *Régulation, planification et organisation du système hospitalier: la place des outils de gestion dans la conception des politiques publiques* (Doctoral dissertation, Ecole Nationale Supérieure des Mines de Paris).

Lenay, O., & Moisdon, J. C. (2003). Du système d'information médicalisée à la tarification à l'activité Trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier. *Revue française de gestion*, (5), 131-141.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry* (Vol. 75). Sage

Lindblom, C. E. (1959). The science of" muddling through". *Public administration review*, 79-88.

Lindblom, C. E. (1965). *The intelligence of democracy: Decision making through mutual adjustment* (pp. 38-44). New York: Free Press.

Lipshitz, R., Klein, G., Orasanu, J., & Salas, E. (2001). Taking stock of naturalistic decision making. *Journal of behavioral decision making*, *14*(5), 331-352.

Llewellyn, S. (2001). Two-way windows': clinicians as medical managers. *Organization Studies*, *22*(4), 593-623.

Loriol, M. (2004, July). Accréditation, protocolisation et évolutions du travail soignant. In *Accréditation, protocolisation et évolutions du travail soignant* (pp. 225-232). document ENSP.

M

Manuel de certification HAS v2010, p.24, consultable sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf

March, J. G., Olsen, J. P., Christensen, S., & Cohen, M. D. (1976). *Ambiguity and choice in organizations* (pp. 54-68). Bergen: Universitetsforlaget.

March, J. G., & Olsen, J. P. (2004). The logic of appropriateness.

Margarit, C., & Peyret, P. (2008). Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôles. *Journal d'économie médicale*, *26*(1), 48-55.

Martin, N. H. (1956). Differential decisions in the management of an industrial plant. *The Journal of Business*, *29*(4), 249-260.

Matheu, M. (1986, March). La familiarité distante. In *Gérer et comprendre, Annales des mines* (pp. 81-94).

Mbengue, A., & Vandangeon-Derumez, I. (1999, May). Positions épistémologiques et outils de recherche en management stratégique. In *communication à la conférence de l'AIMS*.

Melnik, E., & Guillemot, D. (2010). Vers une convergence du management public-privé? Une revue de littérature économique. *Revue française d'économie*, *25*(2), 167-225.

Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1991). *Analyse des données qualitatives: recueil de nouvelles méthodes*. De Boeck et Larcier.

Minvielle, E. (1996). *Gérer la singularité à grande échelle–Comment maîtriser les trajectoires des patients à l'hôpital* (Doctoral dissertation, Thèse de doctorat de l'Ecole

Polytechnique en Sciences de l'Homme et de la Société, spécialité Gestion, soutenue le 12/04/1996 sous la direction de G. de Pourville).

Minvielle, E. (2003). De l'usage de concepts gestionnaires dans le champ de la santé. *Revue française de gestion*, (5), 167-189.

Minvielle, E, & Contandriopoulos, A. P. (2004). La conduite du changement. *Revue française de gestion*, (3), 29-53.

Mintzberg, H. (1982). Structures et dynamique des organisations. *Paris: Éditions dOrganization*.

Mintzberg, H. (1991). The effective organization: forces and forms. *MIT Sloan Management Review*, *32*(2), 54.

Mintzberg, H., Raisinghani, D., & Theoret, A. (1976). The structure of" unstructured" decision processes. *Administrative science quarterly*, 246-275.

Moisdon, J. C. (2000). Quelle est la valeur de ton point ISA ? *Sociologie du travail*, *42*(1), 31-49.

Moisdon, J. C. (2010). L'évaluation du changement organisationnel par l'approche de la recherche intervention. L'exemple des impacts de la T2A. *Revue française des affaires sociales*, (1), 213-226.

Moisdon, J. C., & Tonneau, D. (2008). Le financement concurrentiel des hôpitaux: menace ou avantage pour le service public?. *Politiques et management public*, *26*(1), 111-126.

Moisdon, J. C., & Pepin, M. (2010). Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé. *Document de travail Série Etudes et Recherches, DREES*, (97).

Montalan, M. A., & Vincent, B. (2011). Élaboration d'un balanced scorecard en milieu hospitalier. *Revue française de gestion*, (2), 93-102.

Montet, I. (2009). De l'usage du new public management pour démonter le secteur. *L'information psychiatrique*, *85*(3), 215-219.

Mossé, P., & Paradeise, C. (2003). Restructurations de l'hôpital; recompositions des hôpitaux. *Revue française des affaires sociales*, (3), 141-155.

Mucchielli, A. (1996). (dir.). Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales. Paris : Armand Colin.

Musselin, C., & Friedberg, E. (1989). En quête d'universités. *Etude comparée des universités en France et en RFA. Paris: L'Harmattan*.

Musselin, C. (1997). Les universités sont-elles des anarchies organisées ? *Désordre*.

N

Nobre, T. (1999). L'hôpital: le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité à partir de l'analyse du coût des dysfonctionnements. In *20ÈME CONGRES DE L'AFC* (pp. CD-Rom).

Nobre, T. (2006). Pour une lecture en hypertexte des organisations par la recherche-action: le cas du changement à l'hôpital. *Revue Finance Contrôle Stratégie*, *9*(4), 143-168.

Nobre, T., & Haouet, I. (2011). Le cas d'un balanced scorecard en contexte hospitalier. *Revue française de gestion*, (2), 103-118.

Nobre, T., & Lambert, P. (2012). *Le management de pôles à l'hôpital: Regards croisés, enjeux et défis*. Dunod.

Nyobe, S. (2014). *Modèles de management et stratégies identitaires des salariés des centres d'appels prestataires en Tunisie* (Doctoral dissertation, Aix Marseille Université, Faculté Sciences économiques et de Gestion; LEST UMR 7317).

P

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2005). L'analyse thématique. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, 123-145.

Pascal C. (2003), « La gestion par processus à l'hôpital entre procédure et création de valeur », *Revue française de gestion*, n°146, pp. 191-204, 2003.

Patel, P., & Pavitt, K. (1994). National innovation systems: why they are important, and how they might be measured and compared. *Economics of innovation and new technology*, *3*(1), 77-95.

Paterson, T. T., *Management Theory* (Business Publications Ltd., 1969)

Penaud, M. (2008). Les pôles d'activité: PME ou filiales?. *Journal d'économie médicale*, *26*(1), 68-76.

Pennington, N., Hastie, R., (1988), « Explanation-based decision making: Effects of memory structure on judgment », *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, (14:3), pp. 521-533

Pepin, M., & Moisdon, J. C. (2010). Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé. Etude qualitative d'un échantillon de huit établissements. *Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques Dossier Solidarité et Santé*, (16).

Perret V., Girod-Séville M. (2002), « Les critères de validité en sciences des organisations : les apports du pragmatisme », in Mourgues N. (Dir.), Questions de méthodes en sciences de gestion, EMS, Management et Société, p.319-337.

Perret, V. Séville. M (2007), « Fondement épistémologique de la recherche ». *Méthodes de recherche en management*, 13-33.

Perrow, C. (1965). Hospitals: technology, structure, and goals. *Handbook of organizations*, 910-971.

Pesqueux, Y. (2006). Le «nouveau management public» (ou New Public Management).

Piaget J. (1967), *Logique et Connaissance Scientifique*, Paris, Gallimard.

Plane, J. M. (2008). *Théorie des organisations*. Dunod.

de Pouvourville, G. (2009). 28. Le financement des hôpitaux. In *Traité d'économie et de gestion de la santé* (pp. 269-274). Presses de Sciences Po (PFNSP).

de Pouvourville, G. (2009). 43. L'organisation des soins. In *Traité d'économie et de gestion de la santé* (pp. 401-406). Presses de Sciences Po (PFNSP).

de Pouvourville, G. (2009). Les hôpitaux français face au paiement prospectif au cas. *Revue économique*, *60*(2), 457-470.

de Pouvourville, G. (2010). La crise d'identité des médecins face au nouveau management de l'hôpital. *Le journal de l'école de Paris du management*, (6), 22-29.

de Pouvourville, G., & Tedesco, J. (2003). La contractualisation interne dans les établissements hospitaliers publics. *Revue française de gestion*, (5), 205-218.

Q

Quinn, J. B. (1980). *Strategies for change: Logical incrementalism*. Irwin Professional Publishing.

Quivy, R., & Van Campenhoudt, L. (2006). Méthodes De Recherche En Sciences Sociales. Dunod, Paris

R

Raveyre, M., & Ughetto, P. (2003). Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières. *Revue française des affaires sociales*, (3), 95-119.

Rasmussen, J., (1983), « Skills, rules, and knowledge; signals, signs, and symbols, and other distinctions in human performance models », *Systems, Man and Cybernetics, IEEE Transactions on*, (3), pp. 257-266.

Rispal, M. H. (2002). La méthode des cas: Application à la recherche en gestion. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.

Rispal, M. H., & Jouison-Laffitte, E. (2015). La contribution des méthodes qualitatives au développement du champ de l'entrepreneuriat. *Revue de l'Entrepreneuriat*, *14*(1), 15-40.

Rivière, A., Commeiras, N., & Loubes, A. (2013). Tensions de rôle et stratégies d'ajustement: une étude auprès de cadres de santé à l'hôpital. *Journal de gestion et d'économie médicales*, *31*(2), 142-162.

Romelaer, P. (1994). *L'apport de James March à la théorie des organisations* (No. hal-00155420).

Romelaer, P. (2005). Chapitre 4. L'entretien de recherche. *Méthodes & Recherches*, 101-137.

Romelaer, P., & Huault, I. (1996). La gestion des cadres à l'international et le modèle du garbage can. *Revue française de gestion*, (109), 19-37.

Roy, B., (1985), *Méthodologie Multicritère d'Aide à la Décision*, Economica, Paris.

Roy, B., Bouyssou, D., (1991), « Decision-aid: an elementary introduction with emphasis on multiple criteria », Investigación Operativa, p. 95-110

Royer I. et Zarlowski P., (1999), « Le design de la recherche », p. 139-168, in in Thiétart, Raymond-Alain (sous la direction de), *Méthodes de Recherche en Management*, Dunod

S

Samuel S., Dirsmith M.W., McElroy B. (2005), “Monetized medicine: from the physical to the fiscal”, Accounting Organizations and Society, n°30, pp. 249-278

Sandberg, J. (2005). How do we justify knowledge produced within interpretive approaches?. *Organizational research methods*, *8*(1), 41-68.

Santo, V. M., & Verrier, P. É. (1993). *Le management public*. Presses universitaires de France.

Sainsaulieu, Y., (2007), *L'hôpital et ses acteurs : Appartenances et égalité*, Belin, 2007, 267 pages.

Savage, L. J. (1953). Une Axiomatisation de Comportement Raisonnable Facea l’Incertitude. *Colloques Internationaux du Centre Natlonal de la Recherche Scientifique (Econometrie)*, *40*, 29-33.

Schwartz-Shea, P. (2006). Judging quality. *Interpretation and Method: Empirical Research Methods and the Interpretative Turn. D. Yanow und P. Schwartz-Shea. New York, ME Sharpe*, 89-113.

Schneider, S. C., & De Meyer, A. (1991). Interpreting and responding to strategic issues: The impact of national culture. *Strategic management journal*, *12*(4), 307-320.

Schweyer, F. X. (2006). Une profession de l'État providence, les directeurs d'hôpital. *Revue européenne des sciences sociales*, *44*(3), 45-60.

Shrivastava, P., & Grant, J. H. (1985). Empirically derived models of strategic decision-making processes. *Strategic Management Journal*, *6*(2), 97-113.

Simon, H.A., (1965), Administrative behavior, (Vol. 4) Cambridge Univ Press

Star, S. L., & Griesemer, J. R. (1989). Institutional ecology,translations' and boundary objects: Amateurs and professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39. *Social studies of science*, *19*(3), 387-420.

Suchman, L. (2007). *Human-machine reconfigurations: Plans and situated actions*. Cambridge University Press.

T

Taylor F.W (1911), Principals Scientific Management, traduction française par Jean Dunoyer, Principes d'organisation scientifique, Dunod, 1927.

Thiétart R.A. et alii (2007), Méthodes de recherche en management (3ème édition), Dunod, Paris.

Tolcott, M.A., Marvin, F.F., Lehner, P.E., (1989), « Expert decision-making in evolving situations », *Systems, Man and Cybernetics, IEEE Transactions on*, (19:3), pp. 606-615.

V

Valette, A., & Burellier, F. (2014). Quand l'habit fait le moine les chefs des pôles hospitaliers: devenir des hydrides «malgré tout»?. In *Annales des Mines-Gérer et comprendre* (No. 2, pp. 4-13). ESKA.

Valette, A., Christophe, G., Saulpic, O., & Zarlowski, P. (2015). *La fabrication du «médico-éonomique» à l'hôpital français: une analyse de la littérature* (No. halshs-01344781).

Vallejo J., Sampieri-Teissier N. & Baret C. (2014).Analyse du processus de délégation des pôles d'activité médicale : une approche par la sociologie de la traduction, in *IIème congrès ARAMOS "Elaborer et piloter des projets dans les organisations sanitaires et médico-sociales : acteurs, savoirs, outils", Kedge Business School Marseille, Marseille, 23 mai 2014*

Vallejo, J., Sampieri-Teissier, N., & Baret, C. (2015). Comprendre les difficultés de la mise en oeuvre de la délégation de gestion à l'hôpital. Une lecture par le concept d'anarchie organisée. In *3ème congrès de l'association de recherche appliquée au management des organisations de santé (ARAMOS)*.

Vallejo J., Sampieri-Tessier N., Baret C., & Fiore C. (2015) L'organisation en pôles et la délégation de gestion : repenser la décision à l'hôpital. Le cas d'un CHU de grande taille, in *6ème Colloque Santé 2015, Kedge Business School, IRTS PACA-Corse, Marseille, 8-9 avril 2015*.

Vallet, G., Préface, *in* Nobre, T., & Lambert, P. (2012). Le management de pôles: regards croisés, enjeux et défis. In *Le management de pôles à l'hôpital* (pp. 1-7). Dunod.

Vincent, C., & Volovitch, P. (2003). Les syndicats face aux restructurations hospitalières. *Revue française des affaires sociales*, (3), 121-140.

Vincent, G. (2005). Les réformes hospitalières. *Revue française d'administration publique*, (1), 49-63.

de Visscher, C., & Varone, F. (2004). La nouvelle gestion publique en action. *Revue internationale de politique comparée*, *11*(2), 177-185.

Volkoff, S. (2008). La recherche et l'action en santé au travail. *Revue française des affaires sociales*, (2), 13-17.

Von Neumann, J., (1928), « Sur la théorie des jeux », *Comptes rendus de l'académie des sciences*, (186:25), pp. 1689-1691.

W

Wacheux F. (1996), *Méthodes qualitatives et recherche en gestion*, Paris, Économica, 1996

Watkins, A. L., & Arrington, C. E. (2007). Accounting, new public management and American politics: theoretical insights into the National Performance Review. *Critical Perspectives on Accounting*, *18*(1), 33-58.

Weber, M. (1919). Le métier et la vocation d'homme politique. *Le savant et le politique*, 123-222.

Weber, F., & Noiriel, G. (1990). Journal de terrain, journal de recherche et auto-analyse: entretien avec Florence Weber. *Genèses*, (2), 138-147.

Weick, K. E. (1976). Educational organizations as loosely coupled systems. *Administrative science quarterly*, 1-19.

Weick, K.E., (1995), *Sensemaking in organizations*, (Vol. 3) Sage.

Wiersma, E. (2009). For which purposes do managers use Balanced Scorecards ? An empirical study. *Management accounting research*, *20*(4), 239-251.

Wohl, J.G., Entin, E.E., Eterno, J.S., (1983), « *Modeling human decision processes in command and control* », DTIC Document.

Y

Yanow, D. (2006). 27 Qualitative-Interpretive Methods in Policy Research. *Handbook of public policy analysis*, 405.

Yin, R. K. (1994). Case study research: Design and Methods, Applied social research methods series, 5. *Biography, Sage Publications, London*.

Yin, R. K. (2009). Case Study Research: Design and Methods. Essential guide to qualitative methods in organizational research (Vol. 5). In *The Information Systems Research Challenge (Harvard Business School Research Colloquium). London: Sage*.

WEBOGRAPHIE

Drees.solidates-sante.gouv.fr

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, DREES « La situation économique et financière des hôpitaux publics », disponible sur internet : http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche22-4.pdf

Infirmiers.com

La présentation du pôle s'appuie sur l'article « Les pôles d'activité » consulté sur https://www.infirmiers.com/votre-carriere/cadre/les-poles-dactivite.html

Legifrance.gouv.fr

« Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé » consulté sur http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANX0500028R

Reformes-hospitalieres.com

Disponilbe sur internet : www.reformes-hospitalieres.com

Sante.gouv.fr

Ministère du travail, de l'emploi et de la sante, DGOS. «Les chiffres clés de l'offre de soins 2010 », disponible sur internet http://sante.gouv.fr/les-chiffres-cles-de-l-offre-de-soins.html

Solidarites-sante.gouv.fr

Vadémécum « La loi HPST à l'hôpital, Les clés pour comprendre » sur le site Solidarités-santé consultable sur http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_loi_HPST.pdf

Rapport des Conférences hospitalières « Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé » - Mars 2014, consulté sur http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_MISSION_POLES.pdf

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS **7**

SOMMAIRE **11**

GLOSSAIRE **14**

INTRODUCTION **17**

CHAPITRE 1 : DU NOUVEAU MANAGEMENT PUBLIC A L'APPARITION DES POLES D'ACTIVITE MEDICALE : RETOUR SUR L'EVOLUTION DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER **25**

1 La réforme de l'administration : l'introduction d'un nouveau management public **28**

1.1 Aux origines : Le New Public Management (NPM) **30**

1.2 En France, le Nouveau Management Public (NMP) **32**

2 La restructuration hospitalière dans la lignée du NMP **38**

2.1 Les enjeux de la restructuration hospitalière **40**

2.1.1 Les réformes des dépenses de santé 40

2.1.2 Les réformes de la qualité des soins 43

2.1.3 Les réformes de l'organisation hospitalière 45

2.1.4 La loi HPST, la modernisation de l'hôpital public 47

2.1.5 La loi de modernisation de 2016 49

2.2 Une restructuration de l'hôpital qui se heurte à des difficultés **50**

CHAPITRE 2 : LES POLES D'ACTIVITE MEDICALE, REVUE DE LITTERATURE SUR L'OBJET DE RECHERCHE **55**

1 La création des pôles, une nouvelle unité de gestion **56**

2 Des pôles à la poursuite de différents objectifs d'efficience médico-économique **59**

3 Le découpage des pôles : un enjeu clé de la coordination de l'activité **62**

4 L'apport de la création des pôles en question **65**

5 Un contexte organisationnel particulier qui rend complexe la mise en place des pôles **66**

6 Un grand travail de redéfinition des rôles imposé par une nouvelle organisation interne **70**

6.1 Le directeur et les directions fonctionnelles replacés au centre de la décision **73**

6.2 Le médecin chef de pôle, au cœur de la nouvelle organisation **75**

6.2.1 Le contrat de pôle, outil majeur du pilotage des pôles, et de la coordination Directeur Général/ Chef de pôle 79

6.3 Le cadre de santé, coordinateur des activités paramédicales **80**

6.4 Le cadre administratif, un conseiller de gestion en devenir, aux profils hétérogènes **82**

7 La volonté d'une mesure des performances avec le développement des outils de gestion **83**

7.1 Le faible impact des outils de gestion sur les pratiques 86
7.2 Le difficile passage à un pilotage par tableaux de bord 88
7.3 Un faible impact, mais un apport détourné des outils de gestion 89

8 La délégation de gestion aux pôles, l'échec d'un projet d'envergure 95

CHAPITRE 3 : LA NOUVELLE GOUVERNANCE INTERNE A L'HOPITAL : DE LA BUREAUCRATIE PROFESSIONNELLE A LA STRUCTURE DIVISIONNALISEE 101

1 Les configurations structurelles : la construction du modèle de Mintzberg .. 102
1.1 Les mécanismes de coordination 102
1.2 L'organisation selon Mintzberg 104
1.3 La conception du système de prise de décision 105
1.4 Les facteurs de contingence 105
1.4.1 L'âge et la taille 106
1.4.2 L'environnement 107
1.4.3 Le pouvoir 108
1.5 Les configurations structurelles 108

2 L'hôpital vu comme une bureaucratie professionnelle (BP) 109
2.1 Le travail du centre opérationnel, les médecins 110
2.2 Le caractère bureaucratique de la structure 111
2.3 Le processus de classement 111
2.4 L'importance du centre opérationnel, les médecins au cœur de l'organisation .. 111
2.5 La décentralisation dans la bureaucratie professionnelle 112
2.6 La structure administrative 112
2.7 Les rôles de l'administrateur du personnel 113
2.8 La formulation de la stratégie dans la BP 113
2.9 Le cadre d'existence de la bureaucratie professionnelle 114
2.10 Les limites de la bureaucratie professionnelle 114

3 L'hôpital, toujours une bureaucratie professionnelle ? Remise en cause du modèle original de Mintzberg 116

4 La structure divisionnalisée : nouvel écrin de l'hôpital ? 125
4.1 Les paramètres de conception 126
4.2 La structure des divisions 127
4.3 Structure divisionnalisée et décentralisation 129
4.4 Les pouvoirs respectifs du siège et des divisions 129
4.5 Le cadre d'existence de la structure divisionnalisée 130
4.6 Les limites de la SD 131

CHAPITRE 4 : LES POLES D'ACTIVITE MEDICALE ET LE PROCESSUS DE DECISION EN QUESTION : L'ANARCHIE ORGANISEE AU SERVICE DE L'ANALYSE DE L'HOPITAL 139

1 Les théories de la décision 139
1.1 Le modèle classique et la rationalité parfaite 140
1.2 Le modèle de Harvard 140
1.3 Herbert A. Simon et la rationalité limitée 141
1.4 Théorie du comportement de l'entreprise : l'approche *Behavioriste* de Cyert et March 143
1.5 Les cognitivistes et l'approche naturaliste 144

2 Le cadre théorique retenu : l'anarchie organisée et le garbage can model 147
2.1 L'anarchie organisée : un modèle particulier d'organisation 147
2.1.1 L'incertitude des préférences 148
2.1.2 La technologie floue 148
2.1.3 La participation fluctuante 149

2.1.4 Du modèle d'organisation au processus de décision 150
2.2 Le garbage can model, dit le modèle de la poubelle 151
2.2.1 Une série de flux et d'hypothèses 151
2.2.2 Les caractéristiques du processus de décision 153
2.3 L'application du modèle dans les universités 158
2.4 Critique et approfondissement du modèle, aller plus loin dans la conception 160
2.5 Mobilisation du concept et enrichissement du modèle 163

3 L'anarchie organisée : un modèle justifié pour comprendre l'hôpital 168
3.1 Des préférences incertaines entre des acteurs multiples 169
3.2 Une technologie floue rendant difficile l'évaluation des résultats 172
3.3 Une participation fluctuante d'acteurs partagés entre de multiples missions 174

PROBLEMATIQUE 176

CHAPITRE 5 : METHODOLOGIE : Une etude de cas, deux phases de recherche 181

1 Le cadre épistémologique, la constitution des connaissances 183
1.1 Le paradigme épistémologique interprétativiste 184

2 Le choix de l'abduction 188

3 Le choix d'une approche qualitative 189

4 L'étude de cas : une méthodologie pour analyser un phénomène en profondeur 190

5 Présentation du cas : le CHU Santé 192
5.1 Le choix de l'établissement 192
5.2 Un grand CHU aux enjeux multiples 193

6 Un recueil des données diversifié 196
6.1 L'observation 197
6.2 Les entretiens 199
6.3 Les données documentaires 200

7 L'analyse des données : la codification thématique 201
7.1.1 L'importance des Verbatim 202

8 Une recherche en deux phases 202
8.1 Phase une, les premiers pas dans les pôles, la découverte d'un monde complexe 203
8.1.1 L'identification des pôles 203
8.1.2 Une grande phase d'observation : immersion dans le quotidien des pôles 204
8.1.3 Des entretiens avec l'ensemble des acteurs du pôle 207
8.1.4 Une analyse des données en boucle 211
8.2 La phase deux, l'approfondissement du questionnement sur la place du pôle par l'analyse des projets 215
8.2.1 Le choix des pôles 215
8.2.2 Une observation réduite 216
8.2.3 Des entretiens avec l'ensemble des parties prenantes du projet 217
8.2.4 L'analyse des données à partir du cadre théorique 220

9 Les critères de validité de la recherche 221

CHAPITRE 6 : Les premiers résultats, quand le pôle encourage l'anarchie organisée 225

1 Une agrégation des préférences difficile, malgré l'émergence d'une culture de gestion partagée 225

1.1 Une définition et une appropriation des rôles hétérogènes 226
1.1.1 Le chef de pôle, responsable de l'organisation 227
1.1.2 Le cadre supérieur de santé du pôle, en collaboration étroite avec le chef de pôle231
1.1.3 Le cadre administratif du pôle, un profil encore à redéfinir 234
1.1.4 Le directeur délégué du pôle, un rôle aux frontières entre le pôle et la direction .. 239
1.1.5 Les tensions de rôle entre les différents niveaux de gestion 242
1.2 Gestion et soin, deux logiques que tout oppose 244
1.2.1 Des enjeux de pouvoirs fort entre DG et soignants 244
1.2.2 Quand les aspects financiers prennent le pas sur la qualité des soins.... 250
1.2.3 La psychose des urgences, révélatrice des visions opposées du soin 253
1.2.4 La charge de travail, grand absent des stratégies de la performance 254
1.2.5 Le cas particulier de l'intéressement, un élément moteur mis de côté 255
1.3 Les processus de gestion 256
1.3.1 De la délégation de gestion 256
1.3.2 La mutualisation : une nécessité qui souffre d'une mise en place complexe 259
1.3.2.1 Une opposition franche des agents à la mutualisation 263
1.3.2.2 Le cloisonnement entre les pôles, autre obstacle de la mutualisation 264
1.3.3 La question du recrutement 266
1.3.4 La mise en place d'un bureau des projets 269
1.4 Une hybridation des logiques en attente, mais un changement de culture en cours 273
1.4.1 Une prise de conscience de l'importance d'un soin au juste coût 275
1.4.2 Le rapprochement des logiques gestionnaires et médicales 275
1.4.3 Un rapprochement des médecins et soignants au sein du pôle 276

2 Un flou technologique encouragé par la multiplication des instruments de gestion 280
2.1 Les tableaux de bords mobilisés par les pôles 281
2.2 Des outils fortement remis en question par les équipes de soin 285
2.2.1 Le cas particulier du budget, la gestion empêchée.... 288
2.2.2 Le codage, nouveau système d'engrangement des recettes 290
2.2.3 La GDD (Gestion Des Demandes) : des dépenses non maîtrisées 291
2.2.4 Des données dans les tableaux de bord qui ne correspondent pas à la réalité 294
2.2.5 Un difficile accès aux données par les agents du pôle.... 296
2.3 Un manque de compétences pour une bonne maîtrise des outils de gestion 299
2.3.1 La difficile évaluation des résultats 304

3 Une participation toujours fluctuante malgré l'arrivée des pôles 307
3.1 Les réunions dans les pôles 308
3.2 Le contour de l'organisation 312
3.3 La participation des acteurs aux réunions....313
3.4 De la difficulté de trouver le bon interlocuteur dans l'institution 316
3.5 Le pôle est-il une instance de décision ? 317

Transition: l'approfondissement de notre recherche 322

CHAPITRE 7 : De nouveaux résultats par le prisme du management de projet... 325

1 Des préférences qui tendent à se rassembler, par la hiérarchisation des objectifs 326
1.1 Le projet de restructuration du pôle Biologie 327
1.1.1 L'historique du projet.... 327
1.2 Le projet de maternité du pôle Gynécologie 330
1.2.1 L'historique du projet.... 330
1.3 Une évolution des projets au fil du temps....333
1.4 Un projet à la poursuite de plusieurs intérêts....336

1.5 Un arbitrage des objectifs, et une hiérarchisation des intérêts complexes dans le pôle Gynécologie 339
1.6 L'unanimité des acteurs autour du projet....341
1.7 Le projet : garant d'une logique d'action commune entre pôle et administration ? 344

2 Un durcissement technologique par l'appropriation des logiques gestionnaires 348
2.1 Un enrichissement progressif du projet, un procédé par tâtonnement....348
2.2 Les outils de gestion mobilisés dans le cadre des projets....351
2.3 La maîtrise des outils de gestion par les équipes du pôle....354
2.4 L'appropriation des logiques gestionnaires....356

3 Une participation maîtrisée, par la création d'instances stabilisées.... 363
3.1 La mise en place de groupes de travail, deux approches différentes....363
3.2 Des modalités de rencontre multiples....366
3.3 Un turn-over dans les instances délibératives maîtrisé....367
3.4 L'implication des acteurs, un enjeu fort de la réussite des projets....369
3.5 Le clivage administration / soin : des cloisons qui s'effritent par le fonctionnement en mode projet....370
3.6 Les acteurs clés du management de projet....372

4 L'apport du pôle à la gestion de projet 375
4.1 Les facteurs de réussite du projet....375
4.2 Les freins de la gestion de projet par le pôle....377
4.3 Le pôle : échelon le plus pertinent pour la gestion de projet ?....379

CHAPITRE 8 : DISCUSSION 387

1 Le pôle, dans la lignée du Nouveau Management Public 388

2 De nouveaux éléments de compréhension du fonctionnement des pôles 396
2.1 La création des pôles....397
2.2 L'apport de la création des pôles....400
2.3 Un contexte de mise en place complexe....401
2.4 Le grand chantier de la redéfinition des rôles....403
2.4.1 Le directeur délégué 404
2.4.2 Le médecin chef de pôle 404
2.4.3 Le cadre de santé.... 405
2.4.4 Le cadre administratif.... 406
2.5 Le pôle et les outils de gestion....406
2.6 Les pôles et la délégation de gestion....410

3 La nouvelle gouvernance signe-t-elle le passage de l'hôpital d'une bureaucratie professionnelle à la structure divisionnalisée ?.... 412

4 Le pôle d'activité médicale, vers une anarchie plus organisée ? 417

5 Les apports de la recherche 424
5.1 Les contributions scientifiques....424
5.2 Les contributions empiriques 430

CONCLUSION GENERALE DE LA THESE.... 433

1 Le résumé de la thèse.... 433

2 La réponse à la problématique 435

3 Les limites et perspectives de la recherche.... 437

BIBLIOGRAPHIE **441**
TABLE DES MATIERES **471**
ANNEXES **478**

Table des tableaux

Tableau 1 Comparaison des administrations de type wébérien et NPM 34
Tableau 2 Structure de l'organisation et caractéristiques de l'environnement 107
Tableau 3 Les configurations structurelles 109
Tableau 4 La bureaucratie professionnelle 110
Tableau 5 La structure divisionnalisée 126
Tableau 6 Liaisons fonctionnelles entre les couplages externes et internes à une organisation universitaire, et son mode de gouverne 165
Tableau 7 Les pôles retenus pour la phase 1 204
Tableau 8 Rencontres réalisées de septembre 2013 à février 2014 205
Tableau 9 Réunions effectués au sein de l'établissement 206
Tableau 10 Grille d'observation 206
Tableau 11 Premiers entretiens 207
Tableau 12 Entretiens de la phase 1 208
Tableau 13 Thèmes du guide d'entretien 209
Tableau 14 Thèmes d'analyse d'observation phase 1 212
Tableau 15 Thèmes d'analyse des entretiens de la Phase 1 215
Tableau 16 Pôles de la phase 2 216
Tableau 17 Liste des personnes interrogées dans la phase 2 217
Tableau 18 Thèmes du guide d'entretien phase 2 218
Tableau 19 Thèmes d'analyse des entretiens de la phase 2 221
Tableau 20 Le chef de pôle 227
Tableau 21 Fonctions du cadre supérieur de santé du pôle 231
Tableau 22 Le cadre administratif du pôle 234
Tableau 23 Le directeur délégué du pôle 239
Tableau 24 Tableaux mobilisés lors des réunions 282
Tableau 25 Réunions régulières des différents pôles 308
Tableau 26 Sujets abordés lors des bureaux de pôles 310
Tableau 27 Participants aux bureaux de pôles hebdomadaires 313

Table des graphiques

Figure 1 Exemple de CREA 85
Figure 2 Les cinq mécanismes de coordination 103
Figure 3 Les cinq parties de base des organisations 104
Figure 4 Evolution des organisations au fil du temps 106
Figure 5 La bureaucratie professionnelle 112
Figure 6 La bureaucratie professionnelle coopérative et éclairée 122
Figure 7 Les quatre mondes de l'hôpital général 123
Figure 8 La structure divisionnalisée 130
Figure 9 Les quatre mondes de l'hôpital général 170
Figure 10 Evolution de la question de recherche 214

ANNEXES

Annexe 1 Grille d'entretien phase 1 479
Annexe 2 Grille d'entretien phase 2 482
Annexe 3 Grille d'observation phase 1 485
Annexe 4 Protocole de recherche phase 1 488
Annexe 5 Protocole de recherche phase 2 491

Annexe 1 Grille d'entretien phase 1

Présentation du projet de recherche

Une thèse financée par la région, en Sciences de Gestion, sur le pilotage de l'activité des pôles.

Une équipe : un thésard, trois enseignants-chercheurs d'AMU.

Le dispositif : nous rencontrons différents interlocuteurs impliqués dans les pôles (CME, DG, DRH, CDG, chefs de pôles, cadres référents de pôles, cadres sup de pôles…) ; anonymat : c'est avant tout une recherche scientifique.

Acceptez-vous que j'enregistre vos propos ? Présentation mutuelle.

Poser les questions d'identification de l'interlocuteur : fonction précise, rôle à l'APHM, ancienneté dans la fonction, quelques éléments du parcours professionnel.

I Présentation du service

II Acteurs

Quel est votre rôle dans le service ? Quelles sont vos tâches/activités ?

Historique :

Votre vision des apports et limites du pôle, par rapport au passé ?

Quelles sont les logiques qui ont présidées au pôle ? médical ? de gestion (réduction des coûts/ mutualisation) ? de pouvoir ?

Attentes :

Quelle doit être selon vous la finalité des pôles ?

Objectifs attendus du pôle pour vous ?

Perception du processus mis en place :

Le processus de contractualisation va-t-il dans ce sens la ?

Stratégie : que faites-vous pour faire valoir votre vision des pôles ?

III Relations entre acteurs

Quelles relations entretenez-vous avec …

Vos relations avec le chef de pôle

Relations avec le trio de pole

Relations avec les chefs de service et les cadres de santé

Comment décider quand on n'est pas compétent sur un domaine médical ?

Relations avec DRH, DIM, Contrôle de gestion ?

IV La contractualisation

Quelles sont les délégations de gestion accordées au pôle jusqu'à présent ?

Quelles sont les délégations souhaitables ?

Comment se négocient les futures délégations ?

Votre avis sur le processus de contractualisation en cours ?

Quelles sont les conditions nécessaires pour la réussite d'une délégation de gestion ?

V Fonctionnement

Quelle est la place du pôle dans la gouvernance/ou les instances de direction de l'hôpital ?

Quels sont les moments principaux de la vie des pôles ?

Comment et où se prennent les décisions concernant les pôles (à l'intérieur du pôle, entre la direction et le pôle, avec les sites, ailleurs) ?

VI Instruments de gestion (pôle et service)

Quels sont les tableaux de bord utilisés ?

Comment ont ils été élaborés ? Par qui ?

Quelles décisions ont été prises suite au développement du suivi financier des recettes d'activités ? (Par exemple : amélioration du codage, réduction DMS…)

Quelles décisions ont été prises suite au développement du suivi financier des dépenses ? évolution des coûts ? (Suppression de poste, …) (Crea, Budget).

Les tableaux de bord actuels sont-ils suffisants pour piloter le pôle ?

Les données sont-elles disponibles/transmises suffisamment tôt pour prendre des décisions ?

Quelles améliorations recommandez vous ?

Les mêmes suivis des recettes et des dépenses sont ils réalisés au niveau des services ?

Quels sont les liens entre pilotage des pôles et pilotage des services ?

VII Les projets dans le pôle

Quels sont les principaux projets engagés par le ou les pôles ?

Quelle est la place de la qualité et de la maîtrise des risques dans ces projets ?

Comment émergent les projets du pole ?

Qui participe à l'élaboration des projets ?

Comment sont choisis les projets, sur quels critères ?

Comment est assuré le suivi des projets (indicateurs) ?

VIII Mutualisations

Quelles décisions phares ont été prises depuis la création du pôle et pour quels effets ?

Quelles ont été les mutualisations réalisées :

Médicale

Soins

Gestion du personnel (polyvalence, formation, mobilité)

Les pôles ont-ils contribué à plus de transversalité ? De décloisonnement entre services ? Entre spécialités médicales ?

Quelles sont les conditions favorables à la mise en place de ces transversalités ?

Annexe 2 Grille d'entretien phase 2

Présentations

Présentation du chercheur

Présentation du projet : étude sur le rôle du pôle dans le processus de décision à travers l'étude d'un projet de restructuration de l'activité

Présentation des thématiques abordées durant l'entretien

Clauses de confidentialité

Demande d'enregistrement

Présentation de l'interrogé (fonction, rôle dans le projet, …)

Incertitude des préférences

Retracer l'historique du projet, quelles ont été les différentes grandes étapes ?

Quel est l'objectif du projet de restructuration ?

Quelles ont été les évolutions du projet ? Selon quels critères ? (désaccord, changement de direction, etc.)

Les préférences/ objectifs sont-ils restés les mêmes entre la première version et celle d'aujourd'hui ?

Ce projet poursuit quel intérêt principal ? Médical ? Universitaire ? Soignant ? Financier ?

Y a-t-il eu un arbitrage ou une hiérarchisation des objectifs/ intérêts ?

Le projet fait-il l'unanimité auprès des acteurs ?

Ce projet fait-il ressortir une logique d'action commune ?

Ce projet répond à une de vos demandes/ attentes ?

Technologie floue

Quelles ont été les étapes du projet ? Des éléments abandonnés (erreurs) ou de nouveaux éléments rajoutés (essais) ? (Essai/ erreur)

Comment le projet s'est-il enrichi au fur et à mesure des expériences du passé ?

Quels outils ont été mis en place pour le suivi du projet ?

Des tableaux de bords ?

Tout le monde maîtrise ces outils ?

Les processus de production de résultats du projet sont-ils compris par l'ensemble des acteurs ? (Les mécanismes de réduction des dépenses, le retour sur investissement, etc.)

Comment seront mesurés les résultats du projet (retour sur investissement, …) ?

Qui produit ces données prévisionnelles ?

Tous les acteurs se sont-ils attribués ces données ?

Sont-ils en accord avec les indicateurs retenus ?

Un contrôle par les résultats sera-t-il mis en place ? Au niveau du pôle ? Avec quels outils ?

Les dispositifs de gestion mis en place dans le projet auront-ils un impact sur les décisions médicales ?

Participation fluctuante

Comment se sont structurer les groupes de travail pour la constitution du projet ?

Quel type de rencontres ? Qui participe ? Toujours les mêmes acteurs autour de la table ?

Qui est le porteur du projet ?

Quels ont été les autres acteurs clés du projet ?

Y a-t-il eu beaucoup de changement d'équipe dans la construction du projet ? au niveau du pôle, de la direction, des chefs de services …

Comment les différents acteurs ont-ils été impliqués ?

Y a-t-il eu beaucoup de discussions entre personnel médical/ soignant et administration ?

Y a-t-il eu un fort turn-over dans les instances décisionnelles ? Des médecins ? Des soignants ? De la direction ?

Toujours les mêmes décideurs sur tous les sujets ou en fonction des sujets délibérés les décideurs varient ?

Ce projet de restructuration renforce-t-il le lien entre les différents agents du terrain ? Entre chefs de services ? Entre soignant et administratif ? Entre agent de soin et le pôle ?

Apport du pôle

Le pôle permet-il de mieux porter les projets ? Par rapport à l'ancien mode de gouvernance ?

Quel a été le rôle du pôle dans la négociation avec les tutelles, la Direction Générale ?

Le pôle a-t-il été l'interlocuteur unique du projet ? La seule interface ? ou selon les circonstances cela a pu varier ? Quel est le facteur de réussite du projet ? Quels ont été les freins du projet ? Quel est l'apport du pôle dans le dialogue de gestion ? Le pôle est-il l'échelon le plus pertinent pour porter des projets d'envergure ? Le pôle dispose-t-il des moyens et des compétences nécessaires ?

Annexe 3 Grille d'observation phase 1

Date :

Heure/ durée :

En présence :

L'objectif

- Quel est l'objectif de la réunion ?

- Cet objectif est-il : Connu de tous les participants ? Explicité ?

- Quels sont les points abordés lors de la réunion ?

Les différentes phases du déroulement

- Nature, durée des différentes phases

Communication et recueil de l'information :

- Quel type d'information ?

- L'information est-elle partagée par tous ?

- Présentation de l'objectif et du déroulement de la réunion ?

- Distribution de la parole entre les différents participants ?

- Régulation : propositions, synthèses ?

Le fonctionnement du groupe :

- Qui anime la réunion ?

- Quels sont les rôles pris par chacun ?

-Y a-t-il permanence dans les rôles ?

- Quelles sont les raisons des éventuels changements de rôles ?

- Est-ce que qu'un acteur influence les autres ?

- Quel est le caractère des échanges ? (écoute, prise de parole de chacun, mise en relief des paroles de certains)

- Quelle est l'organisation dans le groupe (sur le plan du fonctionnement) ?

- Des outils sont-ils utilisés ? (tableau. ..)

Participants :

- Gestion de l'espace : comment les participants sont-ils disposés dans la salle ?

- Place autour de la table

-Prise de parole : Qui ?

- A quelle fréquence ? Pour dire quoi (questions, propositions, informations, rappels de la règle, oppositions, diversions, ...)?

- Les interventions sont-elles prises en compte par le groupe?

- Attitudes et communication non verbale : écoute, prise de notes, indifférence, ...

- Problèmes relationnels : apparition de leader, de conflits ? Comment le groupe gère- t-il le problème ?

Les étapes dans la prise de décision :

-Est-ce qu'on prend en compte toutes les propositions ?

-Est-ce qu'on en privilégie certaines ?

-Est-ce qu'on prend en compte toutes les informations ?

-Est-ce que tous les membres du groupe sont pris en compte ? Qui participe à la décision?

-Est-ce qu'il y a une méthode de résolution ?

- Comment est-elle préparée ?

- Comment se réalise-t-elle ?

- Est-elle clairement énoncée à tous ?

Annexe 4 Protocole de recherche phase 1

Projet de recherche PAPE : Pilotage de l'activité des pôles

L'équipe de recherche

Ce projet mobilise deux laboratoires d'Aix-Marseille Université en collaboration avec le CHU-Santé. D'une part le Laboratoire d'économie et de sociologie du travail, CNRS, UMR 7317 (LEST) et d'autre part le Centre de recherche sur le transport et la logistique EA 881 (CRET- LOG). L'équipe de recherche est composée de trois membres :
- Jimmy VALLEJO, doctorant en sciences de gestion financée par le Conseil Régional PACA, LEST,
- Christophe BARET (directeur de thèse), Professeur, LEST,
- Nathalie SAMPIERI-TEISSIER (co-directrice de thèse), Maître de Conférences, CRET-LOG,

Objectifs

Les pôles sont des structures organisationnelles récentes dans les hôpitaux publics, par conséquent, il existe peu de travaux scientifiques sur leur fonctionnement et leurs effets. Les pôles sont donc en pleine construction et évoluent chaque jour. A terme, les pôles devraient faire se rapprocher les logiques médicales et gestionnaires. De fait, ces nouvelles structures ont d'ores et déjà commencé à modifier certains processus de gestion (décision, suivi budgétaire, projet, communication ...). Pour aller plus loin, il s'agit à présent d'analyser les transformations de ces processus de gestion. Une attention particulière sera portée sur les acteurs frontières et les outils de gestion développés aux interfaces entre les directions fonctionnelles, les sites, les pôles et les services.

Méthodologie

La recherche portera principalement sur trois pôles :
- Digestif
- Neurologie

- Gynécologie

Pour mener à bien ce projet de recherche il sera mis en place un dispositif de recueil des données incluant :

- les **entretiens semi-directifs** auprès des différents acteurs de la contractualisation (trio de pôle, référents des directions fonctionnelles, chefs de service, cadres de santé, médecins, soignants, membres de la direction générale, de la CME, des directions fonctionnelles et de site). Les entretiens dureront entre 1h et 1h30. Ils seront réalisés à huis clos sur le lieu de travail et pendant les horaires de travail des personnels avec l'accord de leur responsable hiérarchique. Pour faciliter la collecte et l'analyse des données, les entretiens sont enregistrés après accord préalable explicite de la personne interrogée. A tout moment cette dernière pourra demander l'interruption momentanée ou définitive de l'enregistrement.

- l'**observation participante** dans les réunions au sein des pôles (bureau de pôle), entre le pôle et la direction (animation de gestion), et entre les pôles (conférence de gestion des pôles).

- l'**analyse documentaire** des contrats de pôles et des différents supports de la gestion des pôles (projets de pôle, CREA, tableaux de bord, etc.).

Confidentialité des données : l'intégralité des données collectées par les chercheurs seront strictement confidentielles et ne pourront être utilisées à d'autres fins que le projet PAPE. Les extraits d'entretiens et de réunions cités dans les rapports et les publications scientifiques seront strictement anonymes. Les pôles et l'établissement seront anonymes sauf accord exprès de la Direction Générale du CHU-Santé. Les chercheurs pourront utiliser les données anonymes pour toutes publications scientifiques sans accord préalable du CHU-Santé.

Livrables

- 1 rapport de **synthèse par pôle** : ce rapport sera remis au chef de pôle. A sa demande, une restitution des principaux résultats pourra être présentée aux personnels du pôle.
- 1 rapport de **synthèse transversal** : ce rapport sera remis au Directeur Général et au Président de CME du CHU-Santé. A leur demande une restitution des principaux résultats pourra être présentée aux personnels.

- Les publications académiques et/ou professionnelles issues de cette recherche (dont un exemplaire de la thèse).

Calendrier

- février 2014 /décembre 2014 : réalisation des entretiens et participation aux réunions
- mars 2015: remise des rapports aux chefs de pôle
- septembre 2015 : remise du rapport transversal au DG et au Président de CME.

Annexe 5 Protocole de recherche phase 2

Projet de recherche PAPE : Pilotage de l'activité des pôles

L'équipe de recherche

Ce projet mobilise deux laboratoires d'Aix-Marseille Université en collaboration avec le CHU-Santé. D'une part le Laboratoire d'économie et de sociologie du travail, CNRS, UMR 7317 (LEST) et d'autre part le Centre de recherche sur le transport et la logistique EA 881 (CRET- LOG). L'équipe de recherche est composée de trois membres :
- Jimmy VALLEJO, doctorant en sciences de gestion financée par le Conseil Régional PACA, LEST,
- Christophe BARET (directeur de thèse), Professeur, LEST,
- Nathalie SAMPIERI-TEISSIER (co-directrice de thèse), Maître de Conférences, CRET-LOG,

Phase 1

Objectifs

Les pôles sont des structures organisationnelles récentes dans les hôpitaux publics, par conséquent, il existe peu de travaux scientifiques sur leur fonctionnement et leurs effets. Les pôles sont donc en pleine construction et évoluent chaque jour. A terme, les pôles devraient faire se rapprocher les logiques médicales et gestionnaires. De fait, ces nouvelles structures ont d'ores et déjà commencé à modifier certains processus de gestion (décision, suivi budgétaire, projet, communication ...). Pour aller plus loin, il s'agit à présent d'analyser les transformations de ces processus de gestion. Une attention particulière sera portée sur les acteurs frontières et les outils de gestion développés aux interfaces entre les directions fonctionnelles, les sites, les pôles et les services.

Méthodologie

La recherche portera principalement sur trois pôles :

- Digestif
- Neurologie
- Gynécologie

Pour mener à bien ce projet de recherche il sera mis en place un dispositif de recueil des données incluant :

- les **entretiens semi-directifs** auprès des différents acteurs de la contractualisation (trio de pôle, référents des directions fonctionnelles, chefs de service, cadres de santé, médecins, soignants, membres de la direction générale, de la CME, des directions fonctionnelles et de site). Les entretiens dureront entre 1h et 1h30. Ils seront réalisés à huis clos sur le lieu de travail et pendant les horaires de travail des personnels avec l'accord de leur responsable hiérarchique. Pour faciliter la collecte et l'analyse des données, les entretiens sont enregistrés après accord préalable explicite de la personne interrogée. A tout moment cette dernière pourra demander l'interruption momentanée ou définitive de l'enregistrement.

- l'**observation participante** dans les réunions au sein des pôles (bureau de pôle), entre le pôle et la direction (animation de gestion), et entre les pôles (conférence de gestion des pôles).

- l'**analyse documentaire** des contrats de pôles et des différents supports de la gestion des pôles (projets de pôle, CREA, tableaux de bord, etc.).

Confidentialité des données : l'intégralité des données collectées par les chercheurs seront strictement confidentielles et ne pourront être utilisées à d'autres fins que le projet PAPE. Les extraits d'entretiens et de réunions cités dans les rapports et les publications scientifiques seront strictement anonymes. Les pôles et l'établissement seront anonymes sauf accord exprès de la Direction Générale du CHU-Santé. Les chercheurs pourront utiliser les données anonymes pour toutes publications scientifiques sans accord préalable du CHU-Santé.

Livrables

- 1 rapport de **synthèse par pôle** : ce rapport sera remis au chef de pôle. A sa demande, une restitution des principaux résultats pourra être présentée aux personnels du pôle.

- 1 rapport de **synthèse transversal** : ce rapport sera remis au Directeur Général et au Président de CME du CHU-Santé. A leur demande une restitution des principaux résultats pourra être présentée aux personnels.
- Les publications académiques et/ou professionnelles issues de cette recherche (dont un exemplaire de la thèse).

Calendrier

- février 2014 /décembre 2014 : réalisation des entretiens et participation aux réunions - mars 2015: remise des rapports aux chefs de pôle - septembre 2015 : remise du rapport transversal au DG et au Président de CME.

Phase 2

A la vue des premiers éléments d'analyse et suite à une rencontre avec des membres de la direction, le projet s'oriente vers un approfondissement plus spécifique. Dans le projet de loi, le pôle doit devenir un organe de décision proche du terrain, rapprochant les logiques médicales et gestionnaires. Dans la réalité cet objectif n'a pas encore abouti. Ainsi nous choisissons d'observer la place du pôle dans un processus de décision. Cette question de l'impact du pôle sur les processus de décision à l'hôpital est encore peu développée dans la littérature sur les pôles. Afin de rendre compte au mieux de ces mécanismes nous avons choisi d'analyser deux projets d'envergure de restructuration de pôles.

Méthodologie

La recherche portera sur deux pôles :
- Biologie
- Gynécologie

Pour mener à bien ce projet de recherche il sera mis en place un dispositif de recueil des données incluant :

- les **entretiens semi-directifs** auprès des différents acteurs impliqués : de la direction fonctionnelle : Direction des Soins, Direction des Ressources Humaines, et Direction de Sites, Contrôle de Gestion; ainsi que des acteurs du pôle : trio de pôle, directeur délégué. Les entretiens dureront entre 1h et 1h30. Ils seront réalisés à huis clos sur le lieu de travail et pendant les horaires de travail des personnels avec l'accord de leur responsable hiérarchique. Pour faciliter la collecte et l'analyse des données, les entretiens sont enregistrés après accord préalable explicite de la personne interrogée. A tout moment cette dernière pourra demander l'interruption momentanée ou définitive de l'enregistrement.

- l'**observation non-participante** dans le cadre de rencontres autour du projet.

- l'**analyse documentaire** des différents supports du projet.

Confidentialité des données : l'intégralité des données collectées par les chercheurs seront strictement confidentielles et ne pourront être utilisées à d'autres fins que le projet PAPE. Les extraits d'entretiens et de réunions cités dans les rapports et les publications scientifiques seront strictement anonymes. Les pôles et l'établissement seront anonymes sauf accord exprès de la Direction Générale du CHU-Santé. Les chercheurs pourront utiliser les données anonymes pour toutes publications scientifiques sans accord préalable du CHU-Santé.

Calendrier

- Septembre 2016 -Décembre 2016 : réalisation des entretiens et observation de l'expérimentation
- Juin 2017 : Remise d'un rapport d'analyse à la Direction Générale

Guide d'entretien

Présentations

Présentation du chercheur□Présentation du projet : étude sur le rôle du pôle dans le processus de décision à travers l'étude d'un projet de restructuration de l'activité□Présentation des thématiques abordées durant l'entretien□Clauses de confidentialité□Demande d'enregistrement□Présentation de l'interroger (fonction à l'APHM, rôle dans le projet, ...)

Incertitude des préférences

Retracer l'historique du projet, quelles ont été les différentes grandes étapes ?□Quel est l'objectif du projet de restructuration ?□Quelles ont été les évolutions du projet ? Selon quels critères ? (Désaccord, changement de direction, etc.)□Les préférences/ objectifs sont-ils restés les mêmes entre la première version et celle d'aujourd'hui ?
Ce projet poursuit quel intérêt principal ? Médical ? Universitaire ? Soignant ? Financier ? Y a-t-il eu un arbitrage ou une hiérarchisation des objectifs/ intérêts ?□Le projet fait-il l'unanimité auprès des acteurs ?□Ce projet fait-il ressortir une logique d'action commune ?
Ce projet répond à une de vos demandes/ attentes ?

Technologie floue

Quelles ont été les étapes du projet ? Des éléments abandonnés (erreurs) ou de nouveaux éléments rajoutés (essais) ? (Essai/ erreur)□Comment le projet s'est-il enrichi au fur et à mesure des expériences du passé ?□Quels outils ont été mis en place pour le suivi du projet ? Des tableaux de bords ?□Tout le monde maîtrise ces outils ?□Les processus de production de résultats du projet sont-ils compris par l'ensemble des acteurs ? (Les mécanismes de réduction des dépenses, le retour sur investissement, etc.) Comment seront mesurés les résultats du projet (retour sur investissement, ...) ?□Qui produit ces données prévisionnelles ?□Tous les acteurs se sont-ils attribués ces données ?□Sont-ils en accord avec les indicateurs retenus ?□Un contrôle par les résultats sera-t-il mis en place ? Au niveau du pôle ? Avec quels outils ? Les dispositifs de gestion mis en place dans le projet auront-ils un impact sur les décisions médicales ?

Participation fluctuante

Comment se sont structurer les groupes de travail pour la constitution du projet ?□Quel type de rencontres ? Qui participe ? Toujours les mêmes acteurs autour de la table ?□Qui est le porteur du projet ?□Quels ont été les autres acteurs clés du projet ?□Y a-t-il eu beaucoup de changement d'équipe dans la construction du projet ? au niveau du pôle, de la direction, des chefs de services ...□Comment les différents acteurs ont-ils été impliqués ?□Y a-t-il eu beaucoup de discussions entre personnel médical/ soignant et administration ?

Y a-t-il eu un fort turn-over dans les instances décisionnelles? Des médecins? Des soignants ? De la direction ?□Toujours les mêmes décideurs sur tous les sujets ou en fonction des sujets délibérés les décideurs varient ?
Ce projet de restructuration renforce-t-il le lien entre les différents agents du terrain ? Entre chefs de services ? Entre soignant et administratif ? Entre agent de soin et le pôle ?

Apport du pôle

Le pôle permet-il de mieux porter les projets ? Par rapport à l'ancien mode de gouvernance ? Quel a été le rôle du pôle dans la négociation avec les tutelles, la direction générale ?□Le pôle a-t-il été l'interlocuteur unique du projet ? La seule interface ? ou selon les circonstances cela a pu varier ?
Quel est le facteur de réussite du projet ?□Quels ont été les freins du projet ?□Quel est l'apport du pôle dans le dialogue de gestion ?□Le pôle est-il l'échelon le plus pertinent pour porter des projets d'envergure ? Le pôle dispose-t-il des moyens et des compétences nécessaires ?