THÈSE POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

En Sciences de gestion – Section CNU N°06

École doctorale Économie et Gestion EDEG – ED231

Unité de recherche Montpellier Recherche en Management – EA4557

ANALYSE DU RÔLE DES MESURES DE PERFORMANCE DANS L'ÉMERGENCE DE DYNAMIQUES DE TENSIONS ET DE COMPROMIS DANS LES HÔPITAUX PUBLICS FRANÇAIS

Présentée par Agathe MORINIÈRE

Le 1er décembre 2021

Sous la direction d'Irène GEORGESCU

Devant le jury composé de

Irène Georgescu, Professeur des Universités, Université de Montpellier	Directrice de thèse
Nathalie Angelé-Halgand, Maître de Conférence HDR, Université de la Nouvelle-Calédonie	Rapporteur
Marc Bollecker, Professeur des Universités, Université de Haute-Alsace	Rapporteur
Gérald Naro, Professeur des Universités, Université de Montpellier	Examinateur
François Grima, Professeur des Universités, Université Paris-Est	Examinateur

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

« *L'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.* ».

Aux soignants.

Remerciements

Ce travail de recherche est le fruit de quatre années de travail. J'exprime toute ma gratitude au professeur Irène Georgescu qui a accepté de diriger cette recherche et qui l'a fait avec une grande humanité. Son soutien, sa bienveillance et ses conseils n'ont jamais fait défaut. Elle a contribué de façon décisive à ma formation universitaire en me laissant l'autonomie nécessaire à toute expérience d'apprentissage tout en me guidant vers une philosophie humaniste du travail de chercheur. Je lui suis très reconnaissante et espère être à la hauteur de ses attentes.

Cette étude n'aurait pu voir le jour sans les encouragements du professeur Emmanuel Terrier. J'aimerais le remercier de m'avoir orientée vers ce travail doctoral.

Mes remerciements vont aux membres du jury ayant accepté d'examiner ce travail. Je remercie tout d'abord les deux rapporteurs, Marc Bollecker et Nathalie Angelé-Halgand, pour leur investissement notable. Ils m'honorent de leur présence, ainsi que l'ensemble des membres du jury, les professeurs Gérald Naro et François Grima.

Je suis également très reconnaissante envers les membres de mon Comité de Suivi Individualisé, le Professeur Gérald Naro et le Professeur François Grima, qui ont été à l'écoute et ont su m'orienter lors de nos riches échanges annuels. Leur soutien pédagogique a marqué également ces années de recherche. Je tiens également à exprimer ma gratitude aux membres de l'équipe de recherche Comptabilité & Société qui m'ont permis de présenter mes travaux tout au long de la thèse et qui m'ont donné de précieux conseils pour améliorer mon travail.

Je souhaite remercier aussi celles et ceux qui m'ont accompagnée tout au long de ce chemin. Mes remerciements vont à ma famille ; j'adresse ma gratitude à mes parents, Éric et Nathalie, et à mon frère, Édouard ainsi qu'à Pauline, pour leur soutien inconditionnel et leurs encouragements tout au long de mon parcours ainsi qu'à mes oncles et tantes, cousins et cousines qui n'ont cessé de m'encourager.

J'adresse encore ma gratitude à mon compagnon Mathieu pour son précieux soutien durant ce travail et à sa famille. Merci encore à mes proches et amis : Éléonore, Matthieu, Alexandra, Camille, Sofia, Anastasia, Emanuela, Alice, Héloïse, Marie, Sofiane.

Je remercie également mes amis doctorants dont les échanges ont été également décisifs. Merci à Inès, Marcela, Blandine, Estelle, Jessica, Hélène, Wanlapha, Amandine, Emna, Marija, Jeanne, Alice, Adeline pour leur précieux soutien. Merci pour toutes les journées et séjours de rédaction passées ensemble.

Je suis particulièrement reconnaissante envers l'association La ParenThèse – Occitanie dans laquelle je me suis investie d'abord en tant qu'animatrice puis en tant que Présidente afin de promouvoir la solidarité entre doctorants dans la rédaction de la thèse. Je suis très reconnaissante envers le partenariat France-Québec entre Les ParenThèses en France et Thésez-vous au Québec qui m'a permis dans ce cadre d'aller à Montréal pour formaliser la convention de partenariat entre nos associations. Mes remerciements vont à Eugénie Pelletier qui m'a accueillie lors de ce voyage et dont les échanges ont été significatifs pour l'enrichissement de mon analyse.

J'adresse encore mes remerciements aux agents du CHU, médecins, cadres de santé, infirmiers, aides-soignants, dirigeants, agents administratifs pour leur accueil et pour avoir accepté de me recevoir dans leur service. Leur disponibilité et leur bienveillance à mon égard ont fait de cette étude un réel plaisir.

Mon entreprise de recherche n'aurait pas été la même sans des rencontres fortuites. C'est pourquoi, je souhaite adresser mes remerciements à des personnes qui, en croisant mon chemin, m'ont apporté des clés d'analyse inédites. Je remercie Ann Langley pour ses conseils relatifs à la méthodologie qualitative lors de sa venue à l'Institut Montpellier Management en 2018 et pour sa relecture de plusieurs de mes articles ; je remercie Margit Munzer qui m'a prodigué de très bons conseils de lecture concernant les contributions théoriques lors de la conférence de l'AFC 2019 ; je remercie encore Christine Cooper pour sa disponibilité lors de l'EAA 2019 et pour sa relecture d'un de mes articles.

Enfin, je remercie toutes les personnes de la Sangha qui se reconnaitront. Sans elles, la réalisation de la thèse n'aurait pas pu se réaliser dans de telles conditions favorables.

Sommaire

LISTE DES TABLEAUX 12
LISTE DES FIGURES 14
LISTE DES ABREVIATIONS 15

INTRODUCTION GENERALE 18
1. Les questions de recherche 21
2. Le cadre théorique 22
3. La méthodologie 23
4. Les intérêts de la recherche 24
4.1 Intérêts théoriques 25
4.2 Intérêts méthodologiques 28
4.3 Intérêts managériaux 29
5. L'organisation du travail de recherche 30

PARTIE 1 : LE ROLE DES MESURES DE PERFORMANCE DANS LA COEXISTENCE DE RATIONALITES PLURIELLES DANS LES ORGANISATIONS PUBLIQUES : LE CAS DES HOPITAUX PUBLICS FRANÇAIS 34

CHAPITRE 1 : DES TENSIONS INHERENTES A L'UTILISATION DES MESURES DE PERFORMANCE DANS LES ORGANISATIONS PUBLIQUES : LE CAS DES HOPITAUX PUBLICS FRANÇAIS 35
SECTION 1 : LE ROLE CONTROVERSE DE L'UTILISATION DES MESURES DE PERFORMANCE DANS LES ORGANISATIONS PUBLIQUES 36
1. Définitions des concepts de performance, mesures de performance, pilotage de la performance 37
1.1 Définition du concept de « performance » 37
1.1.1 La polysémie du concept 37
1.1.2 L'évaluation au cœur du concept de performance 39
1.1.3 L'importance de la dimension causale et prédictive dans la définition de la performance 40
1.2 Définition des systèmes de mesure de performance : de leur conception à leur utilisation 41
1.3 Définition du pilotage de la performance 43
2. Les justifications relatives à l'utilisation de mesures de performance dans le contexte des organisations publiques 44
3. L'utilisation controversée des mesures de performance dans le contexte des organisations publiques : le cas des universités et des musées 50
3.1 Les tensions entre l'utilisation des mesures de performance et la transformation des valeurs des organisations publiques 52
3.1.1 Les travaux menés sur les universités 52
3.1.2 Les travaux menés dans les musées 56
3.2 Les tensions entre la conception des mesures de performance et le caractère multidimensionnel de la performance des organisations publiques 58
3.3 Les tensions liées aux effets négatifs de l'utilisation de mesures de performance sur les salariés des organisations publiques 60
CONCLUSION DE LA SECTION 1 65
SECTION 2 : L'UTILISATION CONTROVERSEE DES MESURES DE PERFORMANCE DANS LES ORGANISATIONS DE SANTE : LE CAS DES HOPITAUX PUBLICS FRANÇAIS 66
1. Définition de la performance hospitalière et de ses enjeux 67
1.1 La performance hospitalière 67
1.2 Représenter la production des organisations de santé 69
1.2.1 Définir les liens entre ressources, activités, productions, résultats et retombées 70
1.2.2 Identifier les dimensions plurielles de la performance hospitalière 71
2. La performance hospitalière dans le contexte spécifique des hôpitaux publics français 72
2.1 Les lois ayant soutenu le développement d'un pilotage de la performance des hôpitaux publics français 73
2.2 Des lois de planification de l'offre de soins 74
2.3 Des lois de régulation budgétaire 75
2.4 Des lois pour améliorer la gouvernance des hôpitaux publics 77
2.4.1 L'obligation de structuration en pôle médical d'activité avec l'ordonnance du 2 mai 2005 77
2.4.2 La Loi HPST, Hôpital Patient Santé Territoire de 2009 78
2.4.3 La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement 79
2.4.4 La loi relative à la modernisation de notre système de santé 80

2.5 Les outils ayant soutenu le renforcement de l'évaluation de la performance des hôpitaux publics français...80
2.5.1 Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)...81
2.5.2 L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) 82
2.5.3 Les bases de données fournies par Hospi Diag...82
2.6 Les acteurs clés du pilotage de la performance hospitalière...92
2.6.1 La direction générale...92
2.6.2 Le bureau des entrées...92
2.6.3 Les acteurs du contrôle de gestion et des finances...92
2.6.4 Les acteurs du département de la facturation...93
2.6.5 Les acteurs du département des opérations et de la performance (DOP)...94
2.6.6 Les acteurs du département de l'information médicale (DIM)...94
2.6.7 Les acteurs des pôles médicaux...94
3. L'utilisation controversée des mesures de performance dans le contexte des organisations de santé 95
3.1 Les tensions entre l'utilisation des mesures de performance et les missions des hôpitaux publics, d'une part et, les principes du service public hospitalier, d'autre part...96
3.2 Les tensions entre l'utilisation de mesures de performance et l'autonomie des professionnels de santé : interroger la question de la compliance et des compromis...99
3.3 Les tensions entre la conception des mesures de performance et le caractère multidimensionnel de la performance hospitalière...101
3.4 Les tensions liées aux effets négatifs de l'utilisation de mesures de performance dans les organisations de santé 102
CONCLUSION DE LA SECTION 2... 112
CONCLUSION DU CHAPITRE 1... 113
QUESTIONS DE RECHERCHE... 114
CHAPITRE 2 : PRESENTATION DU CADRE THEORIQUE DE BOLTANSKI & THEVENOT (1991) ET DU ROLE DES OUTILS COMPTABLES DANS LA MISE EN TENSION ET DANS L'ELABORATION DE COMPROMIS ENTRE DES MONDES PLURIELS... 115
SECTION 1 : LA THEORIE DES « *MONDES* » OU « *ORDRES DE GRANDEUR* » DE BOLTANSKI & THEVENOT (1991)... 116
1. La sociologie pragmatique, prisme analytique utile pour comprendre la formation des tensions et des compromis... 117
1.1 L'essor de la sociologie pragmatique...117
1.2 De la justification, les économies de la grandeur de Boltanski & Thévenot (1991)...118
1.3 Les « *mondes* » ou « *ordres de grandeur* » de Boltanski & Thévenot (1991)...119
1.3.1 Le monde inspiré...121
1.3.2 Le monde domestique...122
1.3.3 Le monde de l'opinion...122
1.3.4 Le monde civique...123
1.3.5 Le monde marchand...123
1.3.6 Le monde industriel...124
1.4 Le monde vert de Lafaye & Thévenot (1993) et le monde par projets de Boltanski & Chiapello (1999)...126
1.4.1 Le monde vert...126
1.4.2 Le monde par projets...126
2. Les tensions entre les mondes selon Boltanski & Thévenot (1991)... 128
2.1 L'épreuve de grandeur...128
2.2 Les tensions entre les mondes et le tableau des critiques...129
2.2.1 Critiques depuis le monde de l'inspiration...131
2.2.2 Critiques depuis le monde domestique...132
2.2.3 Critiques depuis le monde de l'opinion...133
2.2.4 Critiques depuis le monde civique...134
2.2.5 Critiques depuis le monde marchand...135
2.2.6 Critiques depuis le monde industriel...136
3. Les compromis entre les mondes selon Boltanski & Thévenot (1991)... 137
3.1 Le dépassement de l'épreuve dans le compromis...137
3.2 La fragilité du compromis...138
3.3 Le rôle des objets dans les compromis...139
3.4 Le rôle des êtres et des qualités équivoques dans les compromis...139
3.5 Les autres voies pour ouvrir des compromis...140
3.6 Le rôle des mots dans les compromis...140
3.7 Le rôle des compromis dans la formulation de critiques...141
3.8 *Les différentes figures du compromis*...141
3.8.1 Compromis engageant le monde de l'inspiration...143
3.8.2 Compromis engageant le monde domestique...145

3.8.3 Compromis engageant le monde de l'opinion....148
3.8.4 Compromis engageant le monde civique....149
3.8.5 Compromis engageant le monde marchand....150
3.9 La relativisation....150
3.9.1 Les arrangements particuliers....150
3.9.2 L'insinuation....152
3.9.3 La fuite hors de la justification ou la relativisation....153
3.9.4 Le relativisme....153
3.9.5 Violence et justification....154
CONCLUSION DE LA SECTION 1....155
SECTION 2 : LES TENSIONS ET LES COMPROMIS INDUITS PAR LA CONCEPTION ET L'UTILISATION D'OUTILS COMPTABLES DANS LES ORGANISATIONS : LES ETUDES EN CONTROLE FONDEES SUR LA THEORIE DE BOLTANSKI & THEVENOT (1991)....156
1. Les mondes et les outils comptables : des objets qualifiés au carrefour de plusieurs mondes....157
1.1 La non-neutralité des outils comptables....157
1.2 La comptabilité, objet au carrefour de plusieurs mondes....158
2. Les tensions entre les mondes dans la conception et l'utilisation des outils comptables....163
2.1 La comptabilité comme épreuve de grandeur....164
2.1.1 Les tensions dans la conception des outils comptables....164
2.1.2 Les tensions dans l'utilisation des outils comptables....165
3. Les compromis entre les mondes dans la conception et l'utilisation des outils comptables....168
3.1 Les compromis dans la conception des outils comptables....169
3.2 Les compromis dans l'utilisation des outils comptables....170
CONCLUSION DE LA SECTION 2....175
CONCLUSION DU CHAPITRE 2....176
CONCLUSION DE LA PARTIE 1....177

PARTIE 2 : LE DESIGN ET LA METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE....178

CHAPITRE 3 : L'EPISTEMOLOGIE, LA METHODOLOGIE QUALITATIVE ET L'ETUDE DE CAS UNIQUE....179
SECTION 1 : L'ARCHITECTURE DE LA RECHERCHE ET LE POSITIONNEMENT EPISTEMOLOGIQUE....180
1. La création du design de la recherche et le positionnement épistémologique....181
1.1 La création du design de la recherche....181
1.2 Le positionnement épistémologique....184
2. Le choix du paradigme interprétativiste....188
CONCLUSION DE LA SECTION 1....189
SECTION 2 : LE CHOIX DE LA METHODOLOGIE QUALITATIVE ET DE L'ETUDE DE CAS UNIQUE....190
1. La méthodologie qualitative et ses risques....191
1.1 Présentation de la méthodologie qualitative....191
1.2 La construction de notre objet de recherche....193
1.3 Les risques de la recherche qualitative....195
1.3.1 Le risque des acteurs abstraits....195
1.3.2 Le risque de circularité....196
1.3.3 Le risque de méconnaissance du phénomène d'équifinalité....196
2. La sélection d'une étude de cas unique....197
2.1 Répondre à un appel de la littérature....197
2.2 Mon cas est-il un cas ?....198
2.3 Présentation du cas sélectionné....200
CONCLUSION DE LA SECTION 2....203
CONCLUSION DU CHAPITRE 3....204

CHAPITRE 4 : LES PROCEDES DE COLLECTE ET D'ANALYSE DES DONNEES....205
SECTION 1 : LES PROCEDES DE COLLECTE DES DONNEES....206
1. L'observation ethnographique....207
1.1 Les étapes de la réalisation de l'observation ethnographique....207
1.1.1 S'équiper pour réaliser une recherche qualitative de terrain....207
1.1.2 Choisir un thème et un terrain....208
1.1.3 Préparer sa venue sur le terrain....208
1.1.4 Négocier l'entrée sur le terrain....210
1.1.5 Les observations directes....211
1.1.6 Écrire pour se distancier....213
1.2 Les difficultés rencontrées....214
2. La réalisation des entretiens semi-directifs....214
2.1 Les objectifs de la réalisation des entretiens semi-directifs....214

2.2 Les étapes de la réalisation des entretiens....215
2.2.1 La réalisation du guide d'entretien....215
2.2.2 La constitution de l'échantillon des répondants....219
2.2.3 La négociation des entretiens avec les acteurs....222
2.2.4 Le déroulé des entretiens....222
3. Les documents obtenus lors de notre collecte de données ... *223*
CONCLUSION DE LA SECTION 1 ... 225
SECTION 2 : LES PROCEDES D'ANALYSE DES DONNEES ... 226
1. L'attention flottante et le codage inductif ... *227*
1.1 L'attention flottante ... 227
1.2 Le codage inductif ... 227
2. Les étapes du codage dans l'opérationnalisation du cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991) 228
2.1.1 Le codage des « mondes » ou « ordres de grandeur » de Boltanski & Thévenot (1991)....229
2.1.2 Le codage des épreuves de grandeur et leur analyse à partir d'un procédé de narrations chronologiques descriptives....230
2.1.3 Le codage des critiques dans les entretiens semi-directifs....233
CONCLUSION DE LA SECTION 2 ... 234
CONCLUSION DU CHAPITRE 4 ... 235
CONCLUSION DE LA PARTIE 2 ... 236

PARTIE 3 : LES RESULTATS DE LA RECHERCHE ... 237

CHAPITRE 5 : LE ROLE DES MESURES DE PERFORMANCE DANS L'EMERGENCE DE DYNAMIQUES DE TENSIONS A L'HOPITAL PUBLIC ... 238
SECTION 1 : L'HOPITAL PUBLIC CARACTERISE A TRAVERS LE PRISME DE BOLTANSKI & THEVENOT (1991) : ANALYSE DU PLURALISME DES MONDES ET DES PRINCIPES D'EVALUATION ... 239
1. Les figures engageant le monde de l'inspiration à l'hôpital public ... *241*
1.1 Première figure engageant le monde de l'inspiration : l'expression de l'émotion attachée au soin 241
1.2 Deuxième figure engageant le monde de l'inspiration : l'art médical et l'inspiration....242
1.3 Troisième figure engageant le monde de l'inspiration : la recherche et l'innovation médicale 243
2. Les figures engageant le monde civique à l'hôpital public ... *244*
2.1 Première figure engageant le monde civique : le service public hospitalier et la solidarité pour l'accès à la prise en charge....244
2.2 Deuxième figure engageant le monde civique : la défense des droits des patients 246
2.3 Troisième figure engageant le monde civique : la défense des droits des salariés....247
3. La figure engageant le monde marchand à l'hôpital public : le service public compétitif et la prise en charge conçue comme « marché à conquérir » ou « source de recettes » ... *248*
4. Les figures engageant le monde industriel à l'hôpital public ... *249*
4.1 Première figure engageant le monde industriel : le parcours du patient....250
4.2 Deuxième figure engageant le monde industriel : la qualité et la sécurité des soins....251
4.3 Troisième figure engageant le monde industriel : l'expertise médicale et l'acte chirurgical 251
5. La figure engageant le monde de l'opinion à l'hôpital public : la renommée de l'hôpital et des médecins ... *252*
6. Les figures engageant le monde domestique à l'hôpital public ... *253*
6.1 Première figure engageant le monde domestique : la hiérarchie médicale, soignante et administrative....254
6.2 Deuxième figure engageant le monde domestique : la relation de confiance au cœur de la prise en charge 256
7. Les figures engageant le monde par projets à l'hôpital public ... *258*
7.1 Première figure engageant le monde par projets : le fonctionnement par projets 258
7.2 Deuxième figure engageant le monde par projets : la recherche médicale et l'activation de réseaux 260
CONCLUSION DE LA SECTION 1 ... 263
SECTION 2 : REPERTOIRES DES CRITIQUES ET DES TENSIONS ENTRE LES MONDES, INDUITES PAR L'UTILISATION DES MESURES DE PERFORMANCE A L'HOPITAL PUBLIC ... 264
1. Les modalités plurielles d'utilisation des mesures de performance à l'hôpital public ... *265*
1.1 Les mesures de performance retenues dans notre analyse et leur description 265
1.1.1 Le taux d'activité médicale....268
1.1.2 La durée moyenne de séjour (DMS)....268
1.1.3 Le taux d'occupation....268
1.1.4 Le taux de débordement 269
1.1.5 Le taux de chirurgie ambulatoire 269
1.1.6 Les points SIGAPS 269
1.2 Les modalités plurielles d'utilisation des mesures de performance à l'hôpital public et leur analyse à travers le prisme analytique des mondes de Boltanski & Thévenot (1991)....270
1.2.1 L'utilisation des mesures de performance et le monde industriel....273

1.2.2 L'utilisation des mesures de performance et le monde civique 275
1.2.3 L'utilisation des mesures de performance et le monde domestique 277
1.2.4 L'utilisation des mesures de performance et le monde marchand 279
1.2.5 L'utilisation des mesures de performance et le monde de l'inspiration 283
1.2.6 L'utilisation des mesures de performance et le monde de l'opinion 284
2. Les tensions entre les mondes induites par l'utilisation des mesures de performance à l'hôpital public 286
2.1 Les tensions associées aux principes du monde industriel, induites par l'utilisation des mesures de performance 287
2.1.1 Les tensions internes au monde industriel 292
2.1.2 Les tensions du monde industriel et du monde civique 296
2.1.3 Les tensions du monde industriel et du monde domestique 298
2.1.4 Les tensions du monde industriel et du monde de l'inspiration 299
2.1.5 Les tensions du monde industriel et du monde de l'opinion 300
2.2 Les tensions associées aux principes du monde marchand, induites par l'utilisation des mesures de performance 302
2.2.1 Les tensions internes au monde marchand 305
2.2.2 Les tensions du monde marchand et du monde civique 306
2.2.3 Les tensions du monde marchand et du monde industriel 308
2.2.4 Les tensions du monde marchand et du monde domestique 310
2.2.5 Les tensions du monde marchand et du monde de l'opinion 313
3. Le rôle de l'utilisation des mesures de performance dans la cristallisation des tensions autour d'objets devenus des « objets de tensions » à l'hôpital public 315
3.1 La cristallisation des tensions autour des lits d'hospitalisation 316
3.1.1 La critique des justifications « comptables » et « financières » associées au redéploiement ou à la diminution des lits d'hospitalisation 319
3.1.2 Le rôle des mesures de performance dans la perception de la détérioration des conditions de prise en charge des patients et les tensions associées 321
3.1.3 Le rôle des mesures de performance dans la détérioration des conditions de travail des équipes soignantes et médicales et les tensions associées 323
3.2 La cristallisation des tensions autour de l'expérience d'accélération du temps 326
3.2.1 Le rôle des mesures de performance dans l'expérience d'accélération du temps dans le cadre de la relation de soin et les tensions associées 328
3.2.2 Le rôle des mesures de performance dans l'intensification de la charge de travail et les tensions associées 331
3.3 La cristallisation des tensions autour de la perception de l'espace 335
3.3.1 Le rôle des mesures de performance dans la tentative de dynamisation des territoires médicaux et les tensions associées 337
3.3.2 Le rôle des mesures de performance dans la perception du resserrage de l'espace et les tensions associées 341
CONCLUSION DE LA SECTION 2 344
CONCLUSION DU CHAPITRE 5 345

CHAPITRE 6 : LE ROLE DES MESURES DE PERFORMANCE DANS L'EMERGENCE DE DYNAMIQUES DE COMPROMIS A L'HOPITAL PUBLIC 346
SECTION 1 : L'UTILISATION DE MESURES DE PERFORMANCE ET LA SOLIDIFICATION DES COMPROMIS : ANALYSE DE TROIS MECANISMES RELATIONNELS 348
1. Les mécanismes relationnels d'élaboration et de maintien des compromis autour de l'utilisation des mesures de performance 349
1.1 L'instauration d'un processus de commensuration démocratique à partir des mesures de performance 352
1.2 La clarification de la dimension conditionnelle du compromis 354
1.3 L'assurance d'une perspective de matérialisation du compromis 356
2. Les limites des mécanismes relationnels soutenant la dynamique de compromis autour des mesures de performance 359
2.1 L'opacité du fonctionnement des mécanismes 361
2.2 La perception d'une iniquité dans la dynamique de compromis persistant au-delà des mécanismes 362
2.3 Les obstacles issus d'horizons temporels distincts 362
CONCLUSION DE LA SECTION 1 364
SECTION 2 : LE ROLE AMBIVALENT DES MESURES DE PERFORMANCE DANS LA FACILITATION DES COMPROMIS .. 365
1. Les compromis autour de l'utilisation des mesures de performance : une force productrice ou destructrice ? 366
1.1 Contexte du projet : le cas du projet du département de néphrologie 366
1.2 Les divers acteurs impliqués dans la négociation du projet 367
1.3 Le découpage chronologique des phases du projet 368

1.4 Présentations des épreuves de grandeur induites par l'utilisation des mesures de performance : une dynamique entre tensions et élaboration de compromis....370
1.4.1 Épreuve n°1 : La détérioration des conditions de prises en charge des patients dans le service de dialyse : épreuve de grandeur industrielle et mesures comptables à l'appui....371
1.4.2 Épreuve n°2 : « Trouver l'espace sur le pôle » : déplacement des tensions vers l'ordre domestique et civique 374
1.4.3 Épreuve n°3 : Clash entre les mondes industriel et civique avec le déplacement des tensions vers l'utilisation controversée de l'outil comptable....380
1.4.4 Épreuve n°4 : La recherche d'un compromis durable....382
1.5 Remarques conclusives....383
2. Le caractère fragile et réversible des compromis autour de l'utilisation des mesures de performance 385
2.1 Contexte du projet : le cas du département d'urologie....385
2.2 Les divers acteurs impliqués dans la négociation du projet....386
2.3 Le découpage chronologique des phases du projet....386
2.4 Présentations des épreuves de grandeur induites par l'utilisation des mesures de performance : un compromis réversible ?....388
2.4.1 Épreuve n°1 : Trouver un compromis avec la sphère administrative autour des mesures de performance : les enjeux du monde industriel....389
2.4.2 Épreuve n°2 : Clash entre les mondes marchand et industriel et disputes entre les chirurgiens et le cadre de santé en raison du manque de lits et de l'accroissement de l'activité....392
2.4.3 Épreuve n°3 : Tensions et rupture de confiance entre les chirurgiens et les administratifs, choc entre monde marchand, industriel et domestique....394
2.5 Remarques conclusives....399
CONCLUSION DE LA SECTION 2.... 400
CONCLUSION DU CHAPITRE 6.... 401
CONCLUSION DE LA PARTIE 3.... 403
PARTIE 4 : DISCUSSION, CONTRIBUTIONS, LIMITES ET PISTES DE RECHERCHE.... 404
CHAPITRE 7 : DISCUSSION, CONTRIBUTIONS THEORIQUES, METHODOLOGIQUES ET MANAGERIALES DE LA RECHERCHE.... 405
SECTION 1 : LES CONTRIBUTIONS THEORIQUES ET METHODOLOGIQUES DE LA RECHERCHE.... 406
1. Contributions théoriques.... 407
2. Contributions méthodologiques.... 419
CONCLUSION DE LA SECTION 1.... 421
SECTION 2 : LES CONTRIBUTIONS MANAGERIALES DE LA RECHERCHE.... 422
1. Éclairage sur les moyens à disposition des acteurs pour prévenir les tensions et les disputes induites par l'utilisation des mesures de performance.... 423
2. Éclairage sur les moyens à disposition des acteurs pour améliorer l'élaboration de compromis autour de l'utilisation des mesures de performance.... 425
CONCLUSION DE LA SECTION 2.... 427
CONCLUSION DU CHAPITRE 7.... 428
CHAPITRE 8 : CONCLUSION GENERALE, LIMITES ET PISTES DE RECHERCHE.... 429
BIBLIOGRAPHIE.... 435
ANNEXES.... 461
ANNEXE N°1 : LES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS.... 461
ANNEXE N°2 : LES OBJECTIFS ET LES THEMES DES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS.... 464
ANNEXE N°3 : LIEUX DES OBSERVATIONS.... 466
ANNEXE N°4 : EXEMPLE D'OBSERVATION DE REUNIONS.... 467
ANNEXE N°5 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES INTERVIEWE(E)S EN ANGLAIS.... 468
ANNEXE N°6 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES INTERVIEWE(E)S EN FRANÇAIS.... 469

Liste des tableaux

Tableau 1 - Les mesures de performance liées à l'analyse de l'activité des établissements de santé. Source : Hospi Diag 2019 84

Tableau 2 - Les mesures de performance liées à l'activité globale des établissements de santé. Source : Hospi Diag 2019 85

Tableau 3 – Les mesures de performance liées à l'analyse de l'organisation des établissements de santé. Source : Hospi Diag 2019 87

Tableau 4 – Les mesures de performance liées à l'analyse de la gestion des ressources humaines des établissements de santé. Source : Hospi Diag 2019 88

Tableau 5 – Les mesures de performance liées à l'analyse des équivalents temps plein (ETP) des établissements de santé. Source : Hospi Diag 2019 88

Tableau 6 - Les mesures de performance liées à l'analyse de la qualité des établissements de santé. Source : Hospi Diag 2019 89

Tableau 7 – Les mesures de performance liées à l'analyse de la dimension financière des établissements de santé. Source : Hospi Diag 2019 90

Tableau 8 – Les mesures de performance liées au nombre de lits et places installés des établissements de santé. Source : Hospi Diag 2019 91

Tableau 9 – Les mesures de performance liées à l'analyse de l'hôpital numérique des établissements de santé. Source : Hospi Diag 2019 91

Tableau 10 – Les mesures de performance liées à l'analyse des plateaux techniques des établissements de santé. Source : Hospi Diag 2019 91

Tableau 11 - La grille d'analyse des mondes adaptée de Boltanski & Thévenot (1991) et de Patriotta, Gond & Schultz (2011). 125

Tableau 12 – La grille d'analyse des critiques adaptée de Boltanski & Thévenot (1991) 130

Tableau 13 – La grille d'analyse des figures de compromis adaptée de Boltanski & Thévenot (1991) 142

Tableau 14 – Synthèse des études en contrôle mobilisant le cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991) 160

Tableau 15 - Synthèse des études en contrôle mobilisant le cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991) et portant sur le rôle des outils comptables dans la mise en tension des mondes 168

Tableau 16 – Synthèse des études en contrôle mobilisant le cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991) et portant sur le rôle des outils comptables dans la facilitation de compromis 174

Tableau 17 – L'architecture de la recherche issue de Royer & Zarlowski (2014) 183

Tableau 18 – Présentation des six paradigmes épistémologiques en sciences de gestion adaptés de Gavard-Perret *et al.* (2012). 187

Tableau 19 - Les objectifs et les thèmes du guide d'entretien 218

Tableau 20 - Les entretiens semi-directifs des médecins 220
Tableau 21 - Les entretiens semi-directifs des cadres de santé 220
Tableau 22 - Les entretiens semi-directifs des infirmiers 220
Tableau 23 - Les entretiens semi-directifs des aides-soignants 221
Tableau 24 - Les entretiens semi-directifs des responsables et agents administratifs 221
Tableau 25 - Les entretiens semi-directifs des agents administratifs des services 221
Tableau 26 - Exemple des mondes dans nos données 230
Tableau 27 – Constitution d'une grille d'analyse des dynamiques de tensions et de compromis à partir du cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991) 232
Tableau 28 - Exemples de critiques au sein des mondes et entre les mondes 233
Tableau 29 - La grille d'analyse des mondes appliquée à l'hôpital public et adaptée de la grammaire de Boltanski & Thévenot (1991) 262
Tableau 30 - Les mesures de performance et leurs utilisateurs 266
Tableau 31 - Les mesures de performance et leurs modalités d'utilisation 267
Tableau 32 - Catégories et verbatims illustrant les tensions liées aux principes du monde industriel, induits par l'utilisation des mesures de performance 289
Tableau 33 - Catégories et verbatims illustrant les tensions liées aux principes du monde marchand, induits par l'utilisation des mesures de performance 303
Tableau 34 - Catégories et verbatims illustrant les tensions liées à la gestion des lits d'hospitalisation 317
Tableau 35 – Catégories et verbatims illustrant les tensions liées à l'expérience d'accélération du temps pour les professionnels de santé 327
Tableau 36 – Catégories et verbatims illustrant les tensions liées à l'espace 336
Tableau 37 – Catégories et verbatims illustrant les mécanismes relationnels d'élaboration et de maintien des compromis autour de l'utilisation des mesures de performance entre médecins et administratifs 351
Tableau 38 – Catégories et verbatims illustrant les limites des mécanismes relationnels sous-jacents à la dynamique de compromis entre médecins et administratifs 360
Tableau 39 - Synthèse des épreuves de grandeur du projet de dialyse et l'utilisation des mesures de performance 370
Tableau 40 - Synthèse des épreuves de grandeur du projet d'urologie et l'utilisation des mesures de performance 388

Liste des figures

Figure 1 - L'architecture de la thèse 33

Figure 2 - Structure organisationnelle schématique d'un pôle médical à l'hôpital public 202

Figure 3 – Modélisation des mondes présents à l'hôpital public français à travers le prisme analytique de Boltanski & Thévenot (1991) 240

Figure 4 - Les modalités plurielles d'utilisation des mesures de performance analysées à travers le prisme analytique des mondes de Boltanski & Thévenot (1991) 271

Figure 5 - Les catégories illustrant les modalités plurielles d'utilisation des mesures de performance à l'hôpital public 272

Figure 6 – Exemples de tensions entre le monde industriel et les autres mondes, induites par l'utilisation des mesures de performance 288

Figure 7 – Exemples de tensions entre le monde marchand et les autres mondes, induites par l'utilisation des mesures de performance 302

Figure 8 – Les objets mis en tension entre les mondes par l'utilisation des mesures de performance 315

Figure 9 – Le rôle de l'utilisation des mesures de performance dans la gestion des lits d'hospitalisation et les tensions associées 316

Figure 10 – Les différents niveaux de mesures de taux d'occupation des lits au sein d'un hôpital 322

Figure 11 – Le rôle de l'utilisation des mesures de performance dans l'expérience d'accélération du temps et les tensions associées 326

Figure 12 – Le rôle de l'utilisation des mesures de performance dans les tensions associées à la perception de l'espace 335

Figure 13 – Le rôle de l'utilisation des mesures de performance dans la tentative de dynamisation des territoires médicaux 340

Figure 14 - Modélisation des trois mécanismes formant le tissu des dynamiques de compromis solidifiées par l'utilisation des mesures de performance 350

Figure 15 - L'assemblage des ordres de grandeur associés aux justifications pour développer un projet 355

Figure 16 - La synchronisation de deux horizons temporels dans l'élaboration et le maintien du compromis 357

Figure 17 – La représentation chronologique des étapes de la négociation du projet de néphrologie 369

Figure 18 - La représentation chronologique des étapes de la négociation du projet d'urologie 387

Liste des abréviations

ABM	Agence de biomédecine
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AVC	Accident vasculaire cérébral
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CET	Compte épargne temps
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIM-10	Classification internationale des maladies
CRUQPC	Commission des relations aux usagers et de la qualité de la prise en charge
CSBM	Consommation de soins et de biens médicaux
DF	Direction financière
DG	Direction générale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DIM	Direction de l'information médicale
DMS	Durée moyenne de séjour
DOP	Direction de l'opération et de la performance
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRG	Diagnosis related groups
DSI	Direction des soins infirmiers
ENC	Étude nationale des coûts
EPRD	État prévisionnel des recettes et des dépenses
ETP	Équivalent temps plein
GHM	Groupe homogène de malades
GHS	Groupe homogène de séjours
HAS	Haute autorité de santé
IFCS	Institut de formation des cadres de santé
IFSI	Institution de formation en soins infirmiers
IGAS	Inspection générale des affaires sociales

J0	Jour zéro (chirurgie patient debout)
LOLFSS	Loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MIGAC	Missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation
NPM	New public management
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance Maladie
ONG	Organisation non gouvernementale
ORL	Oto-rhino-laryngologie
PH	Praticien hospitalier
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PUPH	Professeur des universités-Praticien hospitalier
RAC	Réhabilitation après chirurgie
RH	Ressources humaines
RSS	Résumé de sortie standardisé
RUM	Résumé d'unité médicale
SIGAPS	Système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques
SROS	Schémas régionaux d'organisation sanitaire
SSR	Soins de suite et de réadaptation
T2A	Tarification à l'activité
TCA	Troubles du comportement alimentaire
TIM	Technicien d'information médicale
TBO	Tableaux de bord opérationnels
TROS	Temps réel d'occupation des salles
TVO	Temps de vacation offert aux praticiens

Introduction générale

Nous amorçons ce travail doctoral par la mise en lumière du contexte actuel de crise des hôpitaux publics français (Brami *et al.*, 2012; Brémond *et al.*, 2013). Celui-ci s'est intensifié avec la première vague de la pandémie du Coronavirus qui a débuté en mars 2020 et qui a mis à rude épreuve l'ensemble des hôpitaux et des soignants sur le territoire français (Dumez & Minvielle, 2020; Nobre, 2020). Celle-ci est venue placer, au cœur du débat public, la question de la santé et de sa valeur pour l'ensemble de la population, interrogeant ainsi le bien-fondé des choix effectués en raison d'une gestion dite « *efficiente* » des hôpitaux. Ainsi, la réduction des effectifs et des lits d'hospitalisation qui s'est opérée ces dernières années a conduit à de très vives revendications de la part des soignants, soutenues par l'opinion publique générale[1].

Cette crise vient en parallèle de notre étude questionner l'échelle des valeurs de la gestion hospitalière mise en tension (Belorgey, 2010; Brémond *et al.*, 2013). Depuis deux décennies, en effet, les hôpitaux publics font face à de profondes mutations dans le but d'optimiser leurs ressources, d'être davantage compétitifs avec les structures du secteur privé et d'améliorer leur efficience (Simonet, 2015). Ces mutations concernent en premier lieu les transformations liées aux modalités de financement des hôpitaux, avec un passage d'un budget global à la tarification à l'activité en 2004/2005, qui ont introduit un lien entre volume d'activité et financement (Berard *et al.*, 2015; Burnel, 2017; Moisdon, 2013). Ce mode de paiement prospectif incite les hôpitaux à améliorer l'organisation des soins afin d'obtenir une meilleure productivité (Or *et al.*, 2013). En deuxième lieu, les pôles d'activités médico-économiques sont apparus avec l'ordonnance du 2 mai 2005 et leur rôle a été confirmé avec la loi HPST du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital relative aux patients, à la santé et aux territoires (Dos Santos *et al.*, 2014; Vallejo *et al.*, 2020). La mise en place de ces pôles place les médecins, chefs de pôles, au cœur des pratiques budgétaires dans lesquelles ils jouent un rôle dans la fixation et l'atteinte des objectifs (Dos Santos *et al.*, 2014). En troisième lieu, le développement du programme de

[1] Selon le rapport sur les capacités d'accueil de la DREES de septembre 2020, *« entre 2003 et 2017, le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet installés, tous établissements, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est passé de 468000 à 400000 »*. Ce chiffre met en exergue la volonté de suppression des lits excédentaires et de réorganisation de l'offre de soin avec une évolution structurelle des formes de prise en charge qui se tournent vers des alternatives à l'hospitalisation à temps complet. A ce titre, le recours à l'hospitalisation à temps partiel et à l'ambulatoire ne cesse d'augmenter.

médicalisation des systèmes d'information (PMSI), de l'agence nationale de l'appui à la performance (ANAP) et d'autres outils comme Hospi Diag permettent la production d'informations relatives à l'activité et à la performance des établissements de santé afin, entre autres, d'améliorer leur fonctionnement interne (Moisdon, 2000, 2017).

A cet égard, les organisations hospitalières se sont engagées dans des efforts soutenus pour réduire leur déficit tout en tentant de continuer à garantir la qualité et la sécurité nécessaires aux missions de soin du service public hospitalier (Georgescu, 2013). En cela, les auteurs soulignent que la performance constitue « *la clé de voûte et la finalité de l'ensemble des changements opérés au sein des organisations hospitalières* » (Dos Santos, Mousli, & Randriamiarana, 2014, p.293). Ces efforts répondent à des objectifs d'optimisation des dépenses de l'assurance maladie et sont liés à un contexte d'augmentation des dépenses de santé en raison de changements environnementaux importants (progrès technologiques, avancées scientifiques, vieillissement de la population, accroissement des maladies chroniques, etc.). En 2019, selon la DREES,[2] « *la consommation des soins et de biens médicaux (CSBM) est évaluée à 208 milliards d'euros. Elle progresse plus vite en 2019 qu'en 2018 (+2,1 après +1,6%), du fait de l'évolution des soins hospitaliers (…). La France consacre au total 11,3% de sa richesse nationale à la santé, soit 1,4 points de plus que la moyenne de l'Union européenne.* ».

Dès lors, la nécessité de mesurer la performance devient un enjeu central du pilotage des organisations hospitalières (Grandjean, 2015; McDermott & Stock, 2007; Pouvourville, 1998; Schaefers *et al.*, 2007). Cette nécessité est renforcée par l'exigence de légitimité portée par différentes parties-prenantes qui souhaitent obtenir une information abondante sur les indicateurs de performance des hôpitaux (Barreda *et al.*, 2018). Bien que les auteurs soulignent l'impasse de la comptabilité pour rendre compte de la valeur du service public hospitalier (Eggrickx *et al.*, 2018), les contraintes de l'hôpital, dans un contexte de restriction financière, ont conduit à la mise en œuvre d'un pilotage de la performance au sein des établissements de santé appuyé sur des instruments de gestion (Berard *et al.*, 2015; Dos Santos *et al.*, 2014; Dos Santos & Mousli, 2016; Georgescu, 2013; Moisdon, 2013; Nobre, 2001). Cependant, l'usage

[2] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques : drees.solidarites-sante.gouv.fr

réel de ces instruments gestionnaires - tels que les mesures de performance - reste encore trop peu étudié dans la littérature (Moisdon, 2017).

Dans ce contexte, la spécificité majeure de notre étude tient au fait que les organisations publiques défendent un bien commun à portée générale tel que, par exemple, le système d'offre de santé financé de manière collective par l'Assurance Maladie (Angelé-Halgand & Garrot, 2014). Ainsi, les hôpitaux publics sont des organisations poursuivant des missions de service public tout en s'appuyant sur des mécanismes de gestion issus du secteur privé (Hood, 1991, 1995). En ce sens, l'hôpital fait face à une divergence de vues et d'intérêts contradictoires entre différents acteurs : entre, d'une part, ceux qui gèrent les ressources et, d'autre part, ceux qui utilisent ces ressources au service des soins (Dumond, 2003). Dès lors, les défis d'amélioration de l'efficience auxquels les hôpitaux publics français font face, depuis l'essor du New Public Management, sont susceptibles de faire émerger des tensions pour les soignants (Abord de Chatillon & Desmarais, 2012; Angelé-Halgand & Garrot, 2014; Burnel, 2017; Georgescu *et al.*, 2018; Georgescu & Commeiras, 2011; Grima *et al.*, 2019; Rivière *et al.*, 2019). L'organisation hospitalière étant traversée par différents mondes (Glouberman & Mintzberg, 2002), la question de la coordination et du compromis entre cette multiplicité d'acteurs présente de réels intérêts.

En effet, les défis sont majeurs pour un large éventail d'acteurs aux logiques d'actions plurielles qui tentent de s'accorder et de se coordonner autour de la prise en charge des patients. Médecins, soignants, administratifs dialoguent pour faire entendre les différentes voix et visions qui circulent autour de l'utilisation des mesures de performance, d'une part, et de la prise en charge des patients, d'autre part - ces dialogues étant susceptibles de faire émerger des tensions ou des compromis (Morinière & Georgescu, 2021). En cela, les tensions sont susceptibles d'être réifiées et solidifiées autour de l'utilisation de mesures de performance lorsque celles-ci sont liées à la recherche d'augmentation de productivité (Kletz & Moisdon, 2015). A cet égard, des disputes ne manquent pas d'éclater quotidiennement à l'hôpital en engageant des justifications qui élèvent « *le patient* » au rang de bien commun supposé unir des acteurs aux visions opposées (Dumond, 2003).

Toutefois, ces discussions autour de l'action « *juste* » à mener et des décisions « *justes* » à prendre engagent sur le terrain un pluralisme de modalités d'évaluation que la notion de « *patient* » n'épuise pas en termes de justification. C'est ce paradoxe, d'un bien commun porté en vue de l'intérêt général et reconnu par tous, qui ne fait pourtant pas unisson dans le jugement

en situation, que nous cherchons à analyser et à comprendre dans ce travail doctoral. Ainsi, l'intérêt de ce travail porte en premier lieu sur le contexte de notre étude. Certaines caractéristiques propres au secteur public et, plus particulièrement, au champ des organisations de santé sont à même de nous apporter des éclairages nouveaux sur notre compréhension du rôle des mesures de performance dans l'émergence de dynamiques de tensions mais également de compromis entre divers acteurs – professionnels de santé et agents administratifs - et sur la nature même de ces compromis et des mécanismes qui les soutiennent.

1. Les questions de recherche

Notre problématique générale découle de ces dernières observations. L'ambition de ce travail doctoral est de mieux comprendre comment, tandis que l'utilisation de mesures de performance en vue d'une gestion plus efficiente des hôpitaux peut faire émerger des tensions entre les mondes pluriels présents à l'hôpital et tandis qu'elle est sujette à de nombreuses critiques de la part de divers acteurs issus de la profession médicale et soignante, ceux-ci entrent tout de même dans des dynamiques de compromis qui se tissent autour de l'utilisation de ces outils.

Ainsi, ce travail vise à répondre à la question de recherche suivante :

> *Comment l'utilisation de mesures de performance joue-t-elle un rôle dans l'émergence de dynamiques de tensions et de compromis entre des acteurs aux rationalités plurielles au sein des hôpitaux publics français ?*

Cette problématique générale est décomposée en plusieurs sous questions de recherche auxquelles nous répondrons dans les différents chapitres de la partie présentant nos résultats.

(1) Quelles sont les tensions induites par l'utilisation de mesures de performance au sein de l'hôpital public français et sur quels objets se cristallisent-elles ?
(2) Comment des acteurs s'appuyant sur des modalités d'évaluation plurielles parviennent-ils à des compromis autour de l'utilisation de mesures de performance ?
(3) Quels sont les mécanismes qui favorisent les efforts des acteurs pour parvenir à la création et au maintien des compromis autour de l'utilisation des mesures de performance et quels sont, au contraire, les freins à leur création et à leur maintien ?

(4) Quelles sont les conséquences de tels compromis pour les différents acteurs gravitant autour de la prise en charge des patients et pour les patients eux-mêmes ?
(5) Quelle est la pérennité et la solidité de ces compromis ?

Pour répondre à ces interrogations, nous mobilisons le cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991). Celui-ci nous permet en effet d'étudier les interactions entre un large éventail d'acteurs aux modalités d'évaluation plurielles, voire concurrentes.

2. Le cadre théorique

Les chercheurs en contrôle ont entrepris d'étudier le pluralisme de valeurs impliqué dans la conception et l'utilisation des outils comptables en s'appuyant sur la théorie de la sociologie pragmatique de Boltanski & Thévenot (1991) (Amans *et al.*, 2020; Annisette *et al.*, 2017; Annisette & Richardson, 2011; Annisette & Trivedi, 2013; Chenhall *et al.*, 2013; Jerman *et al.*, 2020; Morinière & Georgescu, 2021; Van Bommel, 2014; Vesty *et al.*, 2018). L'intérêt croissant pour ce cadre théorique en contrôle de gestion s'explique, selon Annisette & Richardson (2011), car la sociologie pragmatique permet de concevoir les outils comptables au-delà de leur neutralité et de leur dimension purement technique et ainsi de les considérer comme des outils socialement situés et ambigus. Les outils comptables, comme tout autre objet, jouent un rôle important selon Boltanski & Thévenot (1991) car ils se caractérisent par leur fonction technique mais également par leur dimension axiologique en aidant à conférer de la valeur aux choses et aux êtres.

Malgré l'émergence de ces études, cette théorie demeure peu mobilisée pour étudier les compromis et les tensions induits par l'utilisation de mesures de performance. En effet, l'utilisation de différents outils de gestion ont été étudiés à travers ce prisme comme le reporting intégré (Van Bommel, 2014; Vesty *et al.*, 2018) ou les rapports financiers de fin d'année (Annisette *et al.*, 2017). Les débats autour de la conception de mesures de performance ont également été analysés sous ce prisme dans l'étude de Chenhall *et al.* (2013). Si ces travaux sont pertinents pour mieux appréhender le rôle de divers outils comptables dans l'émergence de tensions et de compromis au sein des organisations, cependant, ces travaux, à l'exception de celui de Morinière & Georgescu (2021), n'ont pas étudié le rôle spécifique de l'utilisation de mesures de performance et en particulier, dans le cadre des organisations de santé où le pluralisme des rationalités est une caractéristique importante.

Nous nous inscrivons ainsi à la suite de ces travaux en mobilisant le cadre théorique de la sociologie pragmatique de Boltanski & Thévenot (1991). Ce cadre redonne une place aux compétences critiques des acteurs au lieu de conférer aux situations dans lesquelles se trouvent les acteurs un poids déterminant (Nachi, 2006). L'enjeu s'articule autour d'une conception de la justice qui se fonde sur l'idée de pluralisme. Ainsi, l'entreprise de modélisation de Boltanski & Thévenot (1991) met en exergue non seulement la pluralité de principes de justice mais également la compétence cognitive des acteurs pour juger de ces principes en situation. Les auteurs construisent le modèle des « *mondes* » ou « *ordres de grandeur* » fondés sur des principes supérieurs communs d'après lesquels les acteurs se réfèrent pour construire leur justification dans le but de s'accorder et de se coordonner.

3. La méthodologie

Sur le plan méthodologique, des travaux ont mis en évidence le manque d'analyse des organisations à partir du niveau individuel des acteurs de terrain pour mieux comprendre les interactions sociales et la communication en situation (Cloutier & Langley, 2013; Cornelissen *et al.*, 2015; Hallett, 2010; Hallett & Ventresca, 2006). Plusieurs auteurs suggèrent ainsi que des recherches futures sont nécessaires pour étudier les interactions entre les membres de l'organisation au quotidien afin de mieux appréhender le niveau micro des institutions (Elsbach, 1994; Zilber, 2016). Suivant ces recommandations de la littérature, nous avons utilisé plusieurs sources de données pour conduire notre recherche.

Notre méthodologie s'appuie sur une étude de cas unique d'un pôle médical d'un hôpital universitaire français (Yin, 2008, 2012). Notre collecte de données se fonde sur un travail d'observation ethnographique (Sanday, 1979; Van Maanen, 1979), une collecte de cinquante-et-un entretiens semi-directifs et l'obtention de documents en lien avec la gestion de l'hôpital. Nos temps d'observation se sont concentrés principalement sur l'observation de réunions et se sont étalés d'octobre 2018 à mars 2020. Cela a représenté 240 heures d'observation.

Pendant ces temps d'immersion au sein de l'institution hospitalière, nous avons tenu plusieurs journaux de recherche afin de garder en mémoire les pensées, les observations, les interactions et les difficultés rencontrées. Ces journaux nous ont permis de retranscrire les dialogues les plus informels auxquels nous avons assistés. Nous avons également retranscrit les échanges que nous observions en réunion et qui nous semblaient pertinents au regard de notre objet d'étude

sur des documents Word. Nous avons encore tenu un document Excel afin de noter nos jours de présence à l'hôpital et la durée des temps d'observation ainsi que les lieux, l'objet de nos observations, les faits observés et les commentaires associés afin de garder en mémoire nos impressions du moment.

Nous avons débuté notre observation par le travail des médecins et des soignants, puisque ces deux professions sont celles en contact avec les patients et que c'est l'un des médecins de l'hôpital qui nous a permis d'avoir accès au terrain. Ensuite, nous avons décidé d'observer le cadre supérieur de santé en raison de son rôle crucial dans la gestion du pôle médical. Après deux semaines d'observation dans les services d'un département, nous avons décidé de nous concentrer particulièrement sur l'observation de l'utilisation de mesures de performance entre une variété d'acteurs organisationnels dans la mesure où cela pouvait constituer des moments critiques où les acteurs évaluent et jugent de ce qui leur semble juste ou injuste au regard de l'utilisation des mesures de performance. Nous avons alors fait le choix de concentrer ces temps d'observation sur les temps de réunions intra-pôles (réunions de bureau de pôle, conseil de pôle, staff entre médecins et soignants, etc.), sur les réunions entre les représentants du pôle et la direction de l'établissement (réunion prévisionnelle d'activité médicale, réunion du contrat de gestion, etc.) et sur des réunions en lien avec la gestion globale de l'établissement (directoire, commission médicale d'établissement, réunion d'encadrement, etc.).

Nous avons parallèlement complété cette collecte de données par cinquante-et-un entretiens semi-directifs avec une large variété d'acteurs à différents niveaux hiérarchiques : aides-soignants, infirmiers, secrétaires, médecins, cadres de santé, personnels administratifs, représentants de la direction. Enfin, nous avons obtenu de nombreux documents qui nous ont permis d'approfondir notre analyse (notes de synthèse des projets du pôle, documents comptables et financiers, plans architecturaux, présentations PowerPoint des réunions, comptes rendus des réunions, etc.).

4. Les intérêts de la recherche

Ce travail de recherche présente des intérêts sur les plans théoriques, méthodologiques et managériaux.

4.1 Intérêts théoriques

Nous contribuons à la littérature en contrôle de gestion de trois façons. En premier lieu, ce travail a pour objet d'enrichir l'analyse de l'utilisation controversée des mesures de performance dans les organisations publiques (Argento *et al.*, 2020; Arnaboldi *et al.*, 2015; Broadbent & Guthrie, 1992, 2007; Busco *et al.*, 2017; Conrath-Hargreaves & Wüstemann, 2019; Dobija *et al.*, 2019; Gebreiter & Ferry, 2016; Grossi *et al.*, 2017; Kallio *et al.*, 2017; Lapsley, 1988, 2009; Pollitt, 2003). Dès les années 90, des travaux ont mis en évidence de nombreux effets négatifs de l'utilisation de ces outils de contrôle dans les organisations publiques (Smith, 1993, 1995). Des travaux ont souligné par ailleurs que l'utilisation des mesures de performance joue un rôle dans la coexistence de rationalités plurielles avec la diffusion de principes issus du secteur privé (Broadbent & Guthrie, 1992, 2007; Lapsley, 1988, 2009; Steccolini, 2018). A cet égard, des travaux ont examiné les tensions suscitées par la transformation des organisations publiques avec, entre autres, des études portant sur diverses organisations telles que les universités (Agyemang & Broadbent, 2015; Argento *et al.*, 2020; Chatelain-Ponroy *et al.*, 2018; Dobija *et al.*, 2019; Gebreiter, 2021; Gebreiter & Hidayah, 2019; Harley *et al.*, 2004; Tourish & Willmott, 2015) ou encore les musées (Gstraunthaler & Piber, 2007; Oakes *et al.*, 1998; Scott, 2015; Tlili, 2014). La littérature a de surcroît mis en évidence que des tensions surgissent dans l'exercice de conception des mesures de performance des organisations publiques du fait des difficultés liées à l'appréciation de ce qui constitue la performance d'une organisation publique (Boyne *et al.*, 2006; Grossi & Thomasson, 2015; Minvielle *et al.*, 2008). Dès lors, les auteurs ont souligné la nécessité de questionner les bénéfices de l'utilisation de tels instruments dans les organisations publiques et soutiennent que cet objet de recherche mérite des travaux plus approfondis (Bourne *et al.*, 2014).

Nous offrons une contribution à cette littérature en mobilisant le cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991). En réalisant l'une des premières études qualitatives sur le lien entre l'utilisation de mesures de performance au sein d'une organisation publique et l'émergence de dynamiques de tensions et de compromis pour divers acteurs (Morinière & Georgescu, 2021), nous nous situons à un niveau d'analyse plus nuancé afin de saisir la complexité de l'usage réel des mesures de performance dans une organisation publique. En effet, les auteurs n'ont pas exploré la manière dont les compromis et les disputes se forment au niveau interpersonnel au travers de l'analyse des interactions au quotidien en raison des rationalités plurielles induites par l'utilisation des mesures de performance dans les organisations publiques.

En effet, rares sont les travaux qui mobilisent le cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991) dans les organisations publiques et a fortiori dans l'analyse des interactions entre divers acteurs. Nous avons, pour ce faire, examiné le travail de critique et de justification des acteurs lors de situations critiques - qualifiées d'« *épreuves de grandeur* » par Boltanski & Thévenot (1991) - où il s'agit d'évaluer ce qui est « *juste* » ou « *injuste* » en situation. Ainsi, cette thèse a pour projet de documenter non seulement les mécanismes sous-jacents à l'élaboration de compromis entre acteurs aux rationalités divergentes mais aussi de révéler le répertoire de critiques et de tensions entre les mondes induits par l'utilisation de mesures de performance au sein des hôpitaux publics français.

Deuxièmement, ce travail a pour entreprise de contribuer à la littérature en contrôle spécialisée sur les organisations de santé et qui étudie l'utilisation controversée des mesures de performance (Aryankhesal *et al.*, 2015; Chua & Preston, 1994; Cots *et al.*, 2011; Georgescu & Hartmann, 2013; Horner *et al.*, 2012; Jürges & Köberlein, 2015; Mannion & Braithwaite, 2012; Or., 2014; Rambur *et al.*, 2013; Smith, 1993; Wankhade, 2011; Werner & Asch, 2005). Des travaux ont depuis longtemps indiqué que l'intégration de pratiques de contrôle de gestion dans les organisations professionnelles était susceptible de créer un choc des cultures (Abernethy & Stoelwinder, 1995). En outre, dans le contexte des organisations de santé, les auteurs ont souligné les difficultés d'entente sur le choix même des critères d'évaluation de la performance (Mauro *et al.*, 2014; Minvielle *et al.*, 2008; Teil, 2002). Les travaux antérieurs ont de surcroît souligné que l'utilisation de mesures de performance dans les organisations de santé joue un rôle significatif dans la mise en tension des missions des hôpitaux publics (Horner *et al.*, 2012; Malmmose, 2015) et des principes du service public hospitalier (Angelé-Halgand & Garrot, 2014; Thévenot, 2001).

Des travaux en contrôle ont néanmoins démontré que les médecins utilisent de plus en plus des pratiques de calcul comptable et deviennent de plus en plus gestionnaires (Byrkjeflot & Jespersen, 2014; Jacobs, 2005; Kurunmäki, 2004; Mcgivern *et al.*, 2015), questionnant ainsi ces utilisations et les compromis sous-jacents à celles-ci. L'intérêt de l'analyse de l'élaboration des compromis nous semble d'autant plus important que, bien souvent, les auteurs ont insisté sur les effets délétères de l'utilisation des mesures de performance dans les organisations de santé (File & Gross, 2007; Franco-Santos & Otley, 2018; Georgescu & Hartmann, 2013; Jürges & Köberlein, 2015; Mannion & Braithwaite, 2012; Rambur *et al.*, 2013; Wankhade, 2011;

Werner & Asch, 2005). Dès lors, ces résultats antérieurs nous interrogent sur les dynamiques sous-jacentes à ces pratiques.

En effet, malgré l'apport de ces études, très peu de travaux, à notre connaissance, fournissent des analyses approfondies de l'émergence de compromis dans l'utilisation des mesures de performance pour les médecins. A ce titre, nous contribuons à cette littérature en mobilisant le cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991). Le niveau d'analyse auquel nous contribuons se situe dans l'étude de l'usage réel des mesures de performance dans le contexte spécifique des organisations de santé et des mécanismes sous-jacents à ces utilisations. Nos résultats enrichissent la littérature en révélant les modalités plurielles d'utilisation des mesures de performance et les conséquences de ces utilisations sur l'organisation hospitalière. Nos résultats apportent ainsi des éléments de discussion sur la question de savoir si l'utilisation des mesures de performance est bénéfique à long terme pour les professionnels de santé ainsi que pour les patients.

Troisièmement, nous nous inscrivons à la suite d'études récentes qui ont tenté d'élargir l'examen à la dimension morale qui peut être associée à un pluralisme de valeurs impliqué dans la conception et l'utilisation des outils comptables (Amans *et al.*, 2020; Annisette *et al.*, 2017; Annisette & Richardson, 2011; Annisette & Trivedi, 2013; Chenhall *et al.*, 2013; Jerman *et al.*, 2020; Morinière & Georgescu, 2021; Van Bommel, 2014; Vesty *et al.*, 2018). A ce titre, la littérature en contrôle a commencé à analyser que l'entreprise de conception d'un outil comptable pouvait permettre la création de compromis entre des acteurs aux valeurs plurielles (Chenhall *et al.*, 2013). Cette littérature montre également des mécanismes permettant de réconcilier des visions contraires afin de créer un compromis autour de l'utilisation d'un reporting intégré (Van Bommel, 2014). Cependant, aucune étude, à notre connaissance, à l'exception de celle de Morinière & Georgescu (2021) ne s'est intéressée à la dimension dynamique des tensions et des compromis que l'utilisation des mesures de performance peut créer entre les acteurs dans une organisation de santé. En outre, ces analyses en disent peu sur les mécanismes sous-jacents à la dynamique de compromis et sur la dimension temporelle de ces compromis.

De plus, contrairement à van Bommel (2014), qui a analysé les compromis dans le reporting intégré et décrit trois mécanismes pour concilier des rationalités concurrentes (1) établir un intérêt commun, (2) éviter la clarification et (3) maintenir l'ambiguïté et la plasticité, nous avons

conceptualisé trois mécanismes relationnels permettant la réconciliation des rationalités concurrentes au sein des hôpitaux publics français. En effet, nos résultats démontrent que le potentiel d'utilisation des mesures de performance pour fournir des supports à l'élaboration de compromis est lié à des mécanismes importants. Ces mécanismes, que nous décrirons plus en détails dans nos résultats et notre discussion, sont au nombre de trois : (1) l'instauration d'un processus de commensuration démocratique à partir des mesures de performance, (2) la clarification de la dimension conditionnelle du compromis, (3) l'assurance d'une perspective de matérialisation du compromis.

4.2 Intérêts méthodologiques

L'apport de notre analyse au plan méthodologique se situe sur plusieurs plans. En premier lieu, nous avons fait le choix d'une approche ethnographique des dynamiques de tensions et de compromis entre divers acteurs afin d'analyser des épreuves de grandeur en établissant des narrations chronologiques descriptives (Langley, 1999; Mailhot & Langley, 2017), soulignant par-là la dimension temporelle de tels accords. Tandis que le cadre théorique de la sociologie pragmatique suppose de s'intéresser à la formation des disputes et des compromis, la littérature en contrôle a très peu mobilisé une telle méthodologie à l'exception de l'étude de Chenhall *et al.* (2013) et de Morinière & Georgescu (2021). Les auteurs en contrôle mobilisant ce cadre théorique se sont majoritairement appuyés sur des entretiens semi-directifs et sur de l'analyse documentaire (Annisette *et al.*, 2017; Van Bommel, 2014; Vesty *et al.*, 2018). En effet, la manière dont les acteurs exécutent le travail de justification dans les tensions quotidiennes a été très peu étudiée de cette façon dans la littérature en contrôle. A cet égard, nous avons réalisé une grille d'analyse simplifiée et synthétique afin de pouvoir analyser les dynamiques de tensions et de compromis dans d'autres organisations. La conception de cette grille est un apport au point de vue méthodologique afin de faciliter la reproductibilité de cette étude par d'autres chercheurs. Cette grille précise les étapes à suivre afin de capturer la richesse des moments importants de disputes ou de compromis entre divers acteurs autour de l'utilisation ou de la conception d'outils comptables.

En second lieu, nous offrons une vue détaillée des différentes étapes de codage permettant l'opérationnalisation du cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991) pour la caractérisation des mondes au sein de l'hôpital public français. Ainsi, nous avons construit un répertoire des mondes en distinguant sept mondes au sein de l'hôpital public : civique, inspiration, industriel,

domestique, marchand, renom, projet. Cet apport peut faciliter la reproduction de cette caractérisation dans diverses organisations.

En troisième lieu, nous avons offert un apport sur la manière de coder les critiques à partir du cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991). Pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur l'étude d'El Euch Maalej & Roux (2012) qui se situe dans le champ des études en marketing. En effet, aucune autre étude à part celle de ces deux auteurs, à notre connaissance, n'a mis en lumière l'analyse de critiques entre les mondes de cette façon. Dès lors, notre étude contribue de ce point de vue à la littérature en contrôle en offrant un apport méthodologique permettant la reproductibilité de cette méthodologie d'analyse des données dans d'autres travaux.

4.3 Intérêts managériaux

Enfin, notre recherche présente de réels intérêts sur le plan managérial. Tout d'abord, nos résultats ont révélé que l'ensemble des personnels soignants ressentent des tensions vis-à-vis de leurs conditions de travail et de la prise en charge des patients qui se trouvent détériorées en raison de différentes expériences (désynchronisation entre l'hébergement et le soin, accélération du temps, dynamisation et resserrage de l'espace) induites par l'utilisation des indicateurs de performance. En somme, l'hôpital est devenu le lieu de l'affrontement et des tensions entre des acteurs non seulement aux rationalités divergentes mais également entre des acteurs aux rationalités similaires qui se trouvent au cœur des soins.

Si ces acteurs au cœur de la prise en charge exercent leur compétence critique pour faire entendre ce qui a de la valeur et ce qui leur apparaît comme injuste, nos résultats révèlent que des dynamiques de compromis viennent masquer ces tensions inhérentes à la combinaison de ces rationalités plurielles. Dès lors, l'intérêt managérial est important puisque notre recherche révèle que la construction des compromis est dynamique et qu'elle repose sur une attente de matérialisation du compromis de part et d'autre. Ce troisième mécanisme sous-jacent à la formation des compromis nous apprend que les acteurs acceptent de faire un compromis dans le but de renforcer ou de maintenir leur position dans leur propre monde. Ainsi, si ces dynamiques de compromis permettent aux médecins de négocier avec des acteurs administratifs, notre étude questionne la durabilité de ce type d'accords et son bien-fondé, que ce soit pour les soignants mais aussi pour les patients. Notre étude montre en effet que ces

dynamiques peuvent être fragiles et qu'elles peuvent être réversibles avec l'accroissement des tensions.

5. L'organisation du travail de recherche

Ce travail de recherche est structuré en quatre parties et huit chapitres.

La **première partie** de ce travail doctoral intitulée « ***Le rôle des mesures de performance dans la coexistence de rationalités plurielles dans les organisations publiques : le cas des hôpitaux publics français*** » nous initie à l'intrigue de notre étude et à son cadre conceptuel.

Notre **Chapitre 1** de mise en contexte est consacré, dans une première section, à l'étude de la littérature sur l'utilisation controversée des mesures de performance dans la gestion des organisations publiques. Nous décrivons plus spécifiquement, dans une seconde section, l'utilisation controversée des mesures de performance dans la gestion des organisations de santé. Nous donnons ainsi à voir les différentes tensions inhérentes à l'utilisation de mesures de performance dans le pilotage des hôpitaux ainsi que les effets délétères de ces utilisations. Ce premier chapitre nous permet ainsi de mettre en lumière l'étendue de la littérature tout en montrant ce qui n'a pas encore été étudié. Il nous permet encore de conclure sur notre problématique de recherche principale ainsi que sur les sous-questions de recherche associées.

Le **Chapitre 2** expose, dans une première section, le cadre conceptuel mobilisé pour répondre à nos questions de recherche, à savoir la sociologie pragmatique de Boltanski & Thévenot (1991), aussi appelée la théorie des économies de la grandeur. Ce cadre d'analyse constitue un prisme analytique utile pour saisir la complexité de la réalité sociale et par là, celle des formes de tensions et de compromis qui peuvent surgir entre des modalités d'évaluation plurielles à l'hôpital public. Dans une seconde section, nous présentons les études en contrôle qui analysent le rôle de la conception et de l'utilisation des outils comptables dans l'émergence de tensions et de compromis dans les organisations à travers le cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991). Cette littérature nous permet de conclure que l'utilisation des mesures de performance n'a pas encore été explorée sous ce prisme.

La **deuxième partie** de ce travail doctoral intitulée « ***Le design et la méthodologie de recherche*** » décrit le cheminement méthodologique constitutif du travail de recherche. Dans le

chapitre 3, nous donnons à voir l'architecture de notre recherche ainsi que notre positionnement épistémologique. Nous détaillons également le choix de la méthodologie qualitative ainsi que celle de l'étude de cas unique. Le **chapitre 4** est dédié quant à lui à l'exposition de nos choix méthodologiques en termes de collecte et d'analyse de données.

Notre **troisième partie** intitulée « ***Les résultats de la recherche*** » se compose de deux chapitres.

Le **Chapitres 5** est consacré à l'analyse de l'émergence de dynamiques de tensions entre les mondes, induites par l'utilisation des mesures de performance au sein des hôpitaux publics français. Dans une première section, nous caractérisons le contexte de notre étude à travers le prisme de Boltanski & Thévenot (1991). Dans une seconde section, nous exposons, d'une part, les mesures de performance retenues dans notre analyse ainsi que leurs modalités plurielles d'utilisation et, d'autre part, les tensions entre les mondes, induites par leurs utilisations. Nous démontrons ensuite comment ces tensions se cristallisent sur des objets – les lits d'hospitalisation, le temps et l'espace - devenus des « *objets de tension* » pour un certain nombre d'acteurs.

Le **Chapitre 6** est dédié quant à lui à l'analyse de l'émergence des dynamiques de compromis entre divers acteurs autour de l'utilisation des mesures de performance au sein des hôpitaux publics français. La première section de ce chapitre rend compte des mécanismes relationnels formant le tissu de dynamiques de compromis au sein des hôpitaux publics. La seconde section offre le récit de deux récits chronologiques de la négociation de projets médicaux au sein du pôle médical que nous avons observé. Ces récits chronologiques nous permettent de donner à voir différentes tensions entre des principes évaluatifs pluriels, tensions qualifiées d'« *épreuves de grandeur* » dans le vocabulaire de Boltanski & Thévenot (1991) ainsi que leur potentiel dépassement dans des compromis.

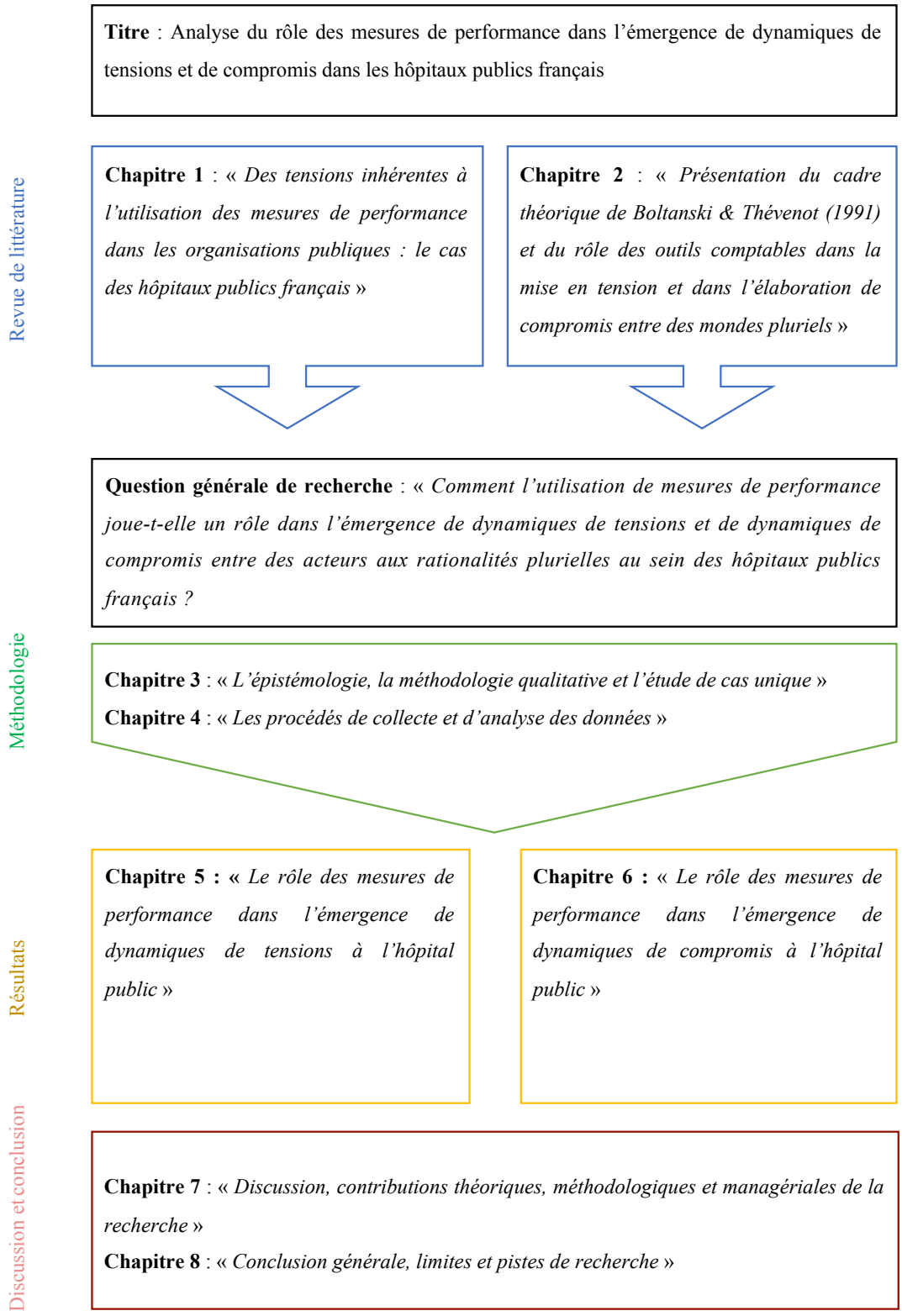
Enfin, la **quatrième et dernière partie** de ce travail intitulée « ***Discussion, contributions, limites et pistes de recherche*** » est composée de deux chapitres.

Le **Chapitre 7** permet de présenter la discussion avec les auteurs de la littérature en explicitant nos contributions théoriques, méthodologiques et managériales. A ce titre, nous apportons trois contributions théoriques à la littérature en contrôle. Nous offrons une contribution à la littérature en contrôle sur l'utilisation controversée des mesures de performance dans les

organisations publiques en général ainsi qu'une contribution sur la littérature relative à l'utilisation controversée des mesures de performance dans les organisations de santé en particulier. Nous contribuons également à la littérature émergente en contrôle mobilisant le cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991). Notre contribution méthodologique repose, entre autres, sur l'apport d'une grille simplifiée et synthétique permettant d'assurer la reproductibilité de notre travail. Nos contributions managériales, enfin, sont multiples.

Le **Chapitre 8** est un chapitre conclusif qui décrit en outre les limites de notre travail et les pistes pour de futures recherches. L'architecture de notre travail est présentée ci-après.

Figure 1 - L'architecture de la thèse



Partie 1 : Le rôle des mesures de performance dans la coexistence de rationalités plurielles dans les organisations publiques : le cas des hôpitaux publics français

L'objectif de la première partie de ce travail doctoral est de définir les concepts que nous mobilisons dans notre étude et de présenter le prisme analytique que nous avons choisi d'utiliser. Nous faisons ainsi l'état de l'art portant sur l'utilisation des mesures de performance dans les organisations publiques en général et dans les organisations de santé en particulier. Cette première partie nous initie ainsi à l'intrigue de notre recherche en nous permettant également de mettre en lumière ce qui n'a pas encore été étudié dans la littérature.

Cette première partie se compose de deux chapitres :

Dans le **Chapitre 1** (« *Des tensions inhérentes à l'utilisation des mesures de performance dans le pilotage des organisations publiques : le cas de l'hôpital public français »),* nous exposons les spécificités du contexte de notre objet d'étude : les tensions inhérentes à l'utilisation de mesures de performance dans le contexte des organisations publiques et, en particulier, dans celui des organisations de santé. Nous présentons ainsi les concepts centraux de notre recherche ainsi que les études menées dans les organisations publiques et de santé sur l'utilisation des mesures de performance. Ce premier chapitre nous permet ainsi de caractériser le rôle des mesures de performance dans la coexistence de rationalités plurielles dans les organisations publiques ainsi que les tensions inhérentes à leur utilisation. Nous concluons ce chapitre par l'énonciation de nos questions de recherche.

Dans le **Chapitre 2** (« *Le rôle des outils comptables dans la mise en tension et dans l'élaboration de compromis entre des mondes pluriels dans les organisations : l'approche par le cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991)* »), nous présentons le cadre théorique de la sociologie pragmatique de Boltanski & Thévenot (1991) que nous avons choisi de mobiliser. Celui-ci nous permet d'étudier les critiques et les justifications des acteurs en situation lorsqu'ils sont confrontés, dans la vie sociale, à des moments d'évaluation. Nous exposons également les études menées en contrôle qui analysent la conception et l'utilisation de divers outils comptables à travers ce prisme analytique.

Chapitre 1 : Des tensions inhérentes à l'utilisation des mesures de performance dans les organisations publiques : le cas des hôpitaux publics français

Les spécificités des organisations publiques représentent un intérêt particulier dans la littérature et ce, a fortiori au cours des trois dernières décennies où l'émergence de la logique du New Public Management a promu un contrôle par les résultats et l'utilisation de mesures de performance (Broadbent & Laughlin, 1998; Lapsley, 1999). Dans ce chapitre liminaire de notre recherche, nous présentons le contexte spécifique des organisations publiques, à travers un état de l'art de la littérature en contrôle et en organisation. Décrites comme des organisations aux rationalités plurielles, les chercheurs ont mis en évidence les tensions inhérentes propres à l'utilisation de mesures de performance dans le pilotage des organisations publiques.

Dans la **Section 1** de ce premier chapitre, nous commençons par définir les concepts clés de notre travail doctoral en explicitant les concepts de « *performance* », « *système de mesure de performance* », « *pilotage de la performance* ». Nous présentons ensuite les justifications relatives à l'utilisation de mesures de performance dans les organisations publiques puis, nous analysons les résultats des études qualitatives menées sur l'utilisation des mesures de performance et ses conséquences dans de tels contextes.

L'objectif de la **Section 2** est de définir le concept de « *performance hospitalière* » et ses dimensions plurielles. Nous analysons ensuite les justifications relatives à l'utilisation de mesures de performance dans le contexte spécifique des organisations de santé et nous donnons à voir les réformes de régulation qui ont touché les hôpitaux publics français ces deux dernières décennies. Enfin, nous présentons les études qualitatives menées dans la littérature en contrôle de gestion et en organisation sur l'utilisation des mesures de performance et ses conséquences dans les organisations de santé.

Section 1 : Le rôle controversé de l'utilisation des mesures de performance dans les organisations publiques

Depuis sa diffusion dans de nombreuses organisations publiques, l'utilisation de mesures de performance n'a cessé de susciter débats et controverses parmi les praticiens et les chercheurs en contrôle et en management des organisations publiques (van der Wal *et al.*, 2011). Les vives critiques envers la doctrine du New Public Management (Lapsley, 2009) et envers la diffusion de la logique de performance se sont grandement diffusées avec l'apparition de questions légitimes (Grossi *et al.*, 2017) : Comment définir la pertinence d'une unité de mesure quand il s'agit d'apprécier la qualité des services publics ? Les mesures de performance permettent-elles véritablement de mesurer l'ensemble des dimensions constitutives de la performance d'un hôpital, d'une université ou encore d'un musée ? Comment poursuivre cette quête de performance en ayant simultanément conscience des nombreux effets collatéraux des systèmes de mesure de performance sur les salariés ?

Ainsi, ce mouvement de remise en cause soulève la question du pluralisme des valeurs inhérent au pilotage actuel des organisations publiques. Qu'il s'agisse des universités, des hôpitaux, ou encore des musées, le débat a pris de l'ampleur dans la littérature depuis les années 1990 (Arnaboldi *et al.*, 2015; Lapsley, 1988, 1999). La plupart des études relatent des conflits de valeur entre recherche d'efficience et mission de service public, ou encore des conflits liés à la possibilité même de mesurer l'ensemble des dimensions composant ce que l'on nomme « *performance* » d'une organisation publique (Grossi & Thomasson, 2015).

Cependant, les auteurs soulignent le manque d'études donnant à voir les interactions de multiples acteurs au quotidien dans la gestion de ces rationalités concurrentes. Dès lors, cette première section a pour but de rendre compte des enjeux associés à l'introduction de mesures de performance dans diverses organisations publiques.

1. Définitions des concepts de performance, mesures de performance, pilotage de la performance

La littérature met en évidence un intermède conceptuel houleux lorsqu'il s'agit de définir le concept de « *performance* » d'une organisation (Pollitt, 2017). Dans ce travail doctoral, une introduction au concept de performance lui-même sera présentée ainsi qu'une revue de littérature sur les deux principaux termes mobilisés dans notre étude : les mesures de performance et le management de la performance.

1.1 Définition du concept de « performance »

1.1.1 La polysémie du concept

La littérature souligne l'attractivité du terme « *performance* » qui suggère la mise en action, le dynamisme, l'effort soutenu (Pollitt, 1986). Son apparente neutralité permettrait en outre aux gestionnaires de discuter de l'évaluation des performances comme s'il s'agissait de procédures techniques et non politiques (Pollitt, 1986).

Bien que le concept soit de plus en plus fréquemment utilisé dans les titres de divers ouvrages et articles, la littérature s'accorde pour dire que le concept n'offre pas de consensus sur sa définition préalable (Salgado, 2013). Ainsi, si le terme connait un certain engouement, les auteurs soulignent que la performance est un sujet souvent discuté mais peu défini (Neely *et al.*, 1995) dont le flou sémantique remplit diverses fonctions sociales et idéologiques qui servent l'intérêt de divers acteurs (Bourguignon, 1997). Selon Pollitt (2017), il ne s'agit ni d'un concept précis ni d'un terme scientifique. Ainsi, si l'utilisation du mot performance en contrôle de gestion ne semble pas toujours remplir les exigences de rigueur de définition (Bessire, 1999), le concept se rapproche d'autres signifiants comme l'efficacité, l'efficience, le retour sur investissement, ou encore d'autres définitions qui ne sont pas toujours spécifiées (Lebas, 1995). Son introduction tardive dans le vocabulaire du champ des sciences de gestion marque un passage puisque du « *contrôle de gestion* », nous assistons à l'avènement du « *pilotage de la performance* » (Lorino, 1991, p.5).

Bourguignon (1997) s'appuie sur l'étymologie du concept pour en proposer une définition. L'auteur explique que le concept de « *performance* » est issu de l'anglais, mot devenu

substantif depuis son origine verbale « *to perform* ». Celui-ci connaît un essor dans le domaine sportif relatif aux courses de chevaux et s'est diffusé par la suite à tout exploit sportif. En anglais, la performance désigne le résultat spectaculaire, remarquable d'une action et non le processus de l'action elle-même. En français, le mot relève des deux acceptions nommant ainsi l'action et son résultat. La performance marque ainsi par son caractère inédit ; elle est connotée comme quelque chose venant faire rupture avec un standard du passé. L'auteur indique cependant que, de nos jours, elle est également définie comme un standard qu'il faut atteindre et maintenir continuellement.

Cette étude de Bourguignon (1997) montre encore, en s'appuyant sur une analyse étymologique et sémantique générale du mot performance, que le signifiant performance désigne, dans le champ de la gestion de multiples signifiés qui s'articulent autour des trois sens primaires présentés ci-dessous :

« *1) la performance est succès. La performance n'existe pas en soi ; elle est fonction des représentations de la réussite, variables selon les entreprises, selon les acteurs. La performance peut ainsi être plus large que la productivité qui n'en décrit que sa dimension économique ;*

2) la performance est résultat de l'action. À l'opposé du précédent, ce sens ne contient pas de jugement de valeur. La mesure des performances « est […] entendue comme l'évaluation ex post des résultats obtenus (Bouquin, 1986, p.114) ;

3) la performance est action. Dans ce sens, plus rare en français qu'en anglais, la performance est un processus et « non un résultat qui apparaît à un moment dans le temps » (Baird, 1986). ». (Bourguignon, 1997, p.90)

Au-delà de ces trois acceptions, Bourguignon (1997, p.91) donne une définition générique du terme *: « La performance désigne la réalisation des objectifs organisationnels, quelles que soient la nature et la variété de ces objectifs. Cette réalisation peut se comprendre au sens strict (résultat, aboutissement) ou au sens large du processus qui mène au résultat (action). La performance est multidimensionnelle, à l'image des buts organisationnels ; elle est subjective et dépend des référents choisis (buts, cibles).* ».

Si ces définitions sont utiles pour approfondir notre compréhension du concept de performance, Bessire (1999) note cependant que celles-ci éludent une question fondamentale qui est celle de

l'estimation de la valeur et du contexte d'évaluation dans lequel s'inscrit le choix des mesures de performance.

1.1.2 L'évaluation au cœur du concept de performance

La comptabilité est « *un discours sur le monde qu'elle représente, et donc qu'elle conte et raconte.* » (Bollecker, Mazars-Chapelon, & Naro, 2018, p. 305). Elle permet ainsi, selon les auteurs, de construire une représentation du monde partagée par les acteurs (Bollecker *et al.*, 2018; Chapellier *et al.*, 2018). Dès lors, puisque la performance est un terme qui reflète des aspects multidimensionnels, quels sont les aspects évalués dans un système de mesure de performance et à quelle représentation ces aspects donnent-ils lieu ? A cet égard, la littérature souligne que le concept de performance est lié nécessairement à un contexte d'évaluation de manière implicite ou explicite (Bessire, 1999; Lebas, 1995; Salgado, 2013). Salgado (2013) caractérise ainsi la performance par sa dimension contingente qui est nécessairement liée au contexte de son évaluation : Performance de quoi ? Performance pourquoi ? Performance pour qui ? L'auteur souligne cependant que cette contingence n'est pas vécue comme telle par les acteurs puisqu'elle crée la norme au fur et à mesure du temps.

Lebas (1995) note également que le contexte d'évaluation de la performance influence nécessairement le sens donné à la performance et oriente la manière dont les gestionnaires choisissent ce qu'ils veulent mesurer. Ainsi, selon l'auteur, les gestionnaires doivent connaître les raisons pour lesquelles ils souhaitent développer une mesure : quel usage sera fait de la mesure et par qui ? Selon ce dernier, une seconde question, intrinsèquement liée, se pose : que voulons-nous mesurer ? Les réponses apportées à ces questions seront ainsi différentes selon les cultures et les contextes.

A cet égard, la littérature en contrôle s'accorde à dire que la performance n'est pas définissable dans l'absolu mais dépend d'éléments contextuels qui peuvent être influencés par la finalité voulue par les dirigeants ou les utilisateurs, selon ce qui est pris en compte dans la vision de ce qui constitue une organisation performante. Cependant, et de façon paradoxale, la question des valeurs et de leur échelle est fréquemment occultée dans la définition de la performance (Bessire, 1999). Selon l'auteur, la référence aux systèmes de valeurs choisis pour la mesure de la performance est rarement affichée en raison de la problématique de sa légitimité. Cette entreprise d'occultation, volontaire ou involontaire, est susceptible de soutenir la prédominance d'une rationalité économique et d'un dogme de la productivité qui s'imposent comme réponse

unique et réductrice à la problématique de la définition de la valeur de l'organisation et de ce qui constitue sa performance.

Dans cette perspective, certains auteurs s'interrogent sur le lien entre évaluation, valeur et performance (Bessire, 1999). A ce titre, la conception d'un système de mesure de performance et de ses indicateurs soulèvent différentes problématiques dans la littérature. La première est celle de la conception des mesures de performance dans laquelle l'évaluation constitue un enjeu majeur (Chenhall *et al.*, 2013). L'évaluation désigne l'action d'évaluer, d'estimer la valeur d'une chose. Ainsi, elle soulève une problématique liée à la pertinence du design du système de mesure de performance ainsi qu'au choix des mesures qui le composent. Cependant, la réduction de l'évaluation à la mesure quantifiée n'est pas sans poser problème. En effet, comment définir ce qui doit être mesuré ? Ce qui a de la valeur se mesure-t-il toujours et tout ce qui est mesuré a-t'il de la valeur ? Ces questions rendent compte des difficultés associées à l'implication d'une axiologie, de ce qui est considéré comme ayant une valeur plus ou moins grande dans l'organisation.

La seconde problématique liée à l'évaluation et à la conception de mesures de performance est celle du pluralisme des modalités d'évaluation (Minvielle *et al.*, 2008). A cet égard, des travaux mettent en évidence que la pertinence du choix des indicateurs de performance est un enjeu majeur dans la mesure où ces derniers rendent compte de diverses modalités d'évaluation au sein d'une même organisation (Chenhall *et al.*, 2013). Ces choix de modalités d'évaluation de ce qui constitue la performance d'une organisation peuvent diverger selon les différents acteurs ou parties-prenantes. En effet, les auteurs montrent que les systèmes de mesure de performance sont susceptibles d'être impliqués dans des luttes entre divers groupes qui défendent des intérêts et des valeurs plurielles qui leur sont propres (Townley *et al.*, 2003). Les études antérieures sur les mesures de performance ont à ce titre souligné que les pratiques comptables peuvent donner voix à diverses préoccupations et priorités (Kaplan & Norton, 1992; Sundin *et al.*, 2010).

1.1.3 L'importance de la dimension causale et prédictive dans la définition de la performance

Lebas (1995) spécifie que la performation ne concerne pas tant les réalisations passées mais plutôt le futur dans la mesure où la finalité de la gestion est de façonner l'avenir de l'organisation. Ainsi, les conditions de pilotage de la performance supposent de développer, selon l'auteur, une compréhension de ce qui est cause de la performance, quelle que soit la

définition qu'on lui donne. La compréhension des processus sous-jacents à l'atteinte des objectifs de performance résulte comme un moyen de définir les mesures qui mènent aux actions désirées et aux résultats attendus. Cette identification des processus permet en outre de mettre en place *in fine* des actions correctives afin d'améliorer les stratégies de pilotage.

Une problématique soulevée dans la littérature est celle des attributs implicites attribués au design des mesures de performance (Hurst, 1980). L'usage habituel d'adages tels que « *on ne gère bien que ce que l'on mesure* » exprime parfois non seulement l'importance reconnue des mesures de performance dans les organisations, mais aussi, et de manière beaucoup plus générale et critique, une croyance sur le rôle épistémique de la mesure. Ces croyances dans le dogme des mesures de performance ont deux implications majeures. Premièrement, elles suggèrent que les comportements et l'action suivent la mesure, alors que ce n'est pas nécessairement le cas dans les organisations (Smith, 1993, 1995). Ce rôle supposé de cause à effet et des capacités prédictives des mesures rend compte d'une croyance normative des mesures. Deuxièmement, cela suppose que toutes les propriétés clés des mesures, comme l'objectivité, l'exactitude et la précision, ne posent aucun problème et peuvent être tenues pour acquises. Nous allons voir dans la sous-section suivante que ces attributs implicites des mesures ne sont pas intrinsèquement présents. D'autres auteurs indiquent que la performance n'est pas seulement un concept mais qu'elle est aussi et surtout un agenda qui exprimerait un programme de conduite de changement et d'amélioration (Dooren, Bouckaert, & Halligan, 2009, p.5). Ce programme supposerait implicitement un rapport causal entre les mesures de performance et les résultats souhaités dans le futur.

1.2 Définition des systèmes de mesure de performance : de leur conception à leur utilisation

Les systèmes de mesure de performance connaissent un intérêt croissant dans la littérature en particulier depuis les trois dernières décennies (Dupuy, 1999; Giovannoni & Maraghini, 2013). Les mesures de performance sont définies par Neely *et al.* (1995) comme le processus de quantification de l'action, où la mesure est le processus de quantification et où l'action mène à la performance. Selon les auteurs, mesurer la performance revient à collecter de manière systématique des indicateurs conçus dans un système de mesure de performance. Ceux-ci correspondent à une séquence logique de collecte de données, d'intégration des données dans les systèmes de gestion et enfin de mise en forme de l'information issue de ces données. Ainsi,

la fonction des mesures de performance est de repérer les problèmes liés aux performances réalisées à des fins d'amélioration des multiples dimensions de la performance définies pour une organisation donnée.

Les organisations performantes sont définies par Neely *et al.* (1995) comme des organisations qui atteignent leurs objectifs en satisfaisant leurs clients avec une plus grande efficacité que leurs concurrents. Les auteurs soulignent qu'il s'agit là d'un point central du concept de mesures de performance. A ce titre, ils identifient deux dimensions fondamentales de la performance : l'efficience (parvenir à un maximum de résultats avec un minimum de ressources) et l'efficacité (obtenir le résultat souhaité). Ainsi, des raisons tant internes qu'externes peuvent être invoquées pour poursuivre des objectifs de performance spécifiques. Dans cette perspective, un système de mesure de performance est défini par Neely *et al.* (1995) comme l'ensemble des mesures utiles pour quantifier à la fois l'efficience et l'efficacité des actions mises en place en vue de la réalisation des objectifs organisationnels.

Traditionnellement, les mesures de performance mettent l'accent sur la minimisation des coûts directs grâce à de faibles coûts de matériaux et à une maximisation de l'utilisation de la main-d'œuvre (Wouters & Wilderom, 2008). Cependant, les premières recherches ont identifié la nécessité d'élargir les systèmes de mesure de performance pour prendre en compte les nouvelles pratiques d'exploitation et ont préconisé l'utilisation de mesures de qualité, de temps de traitement, de flexibilité, etc. (Kaplan & Norton, 1992). Les recommandations d'intégrer dans les systèmes de mesure de performance ces dimensions extra-financières posent la question de la pertinence des indicateurs : qu'est-il pertinent de mesurer ?

La littérature souligne la complexité de définir des mesures de performance pertinentes dans la mesure où il s'agit de combiner une analyse, d'une part, des quantités de ressources utilisées, et d'autre part, de la performance des résultats produits (Hurst, 1980). Les premiers travaux dans ce domaine se sont intéressés aux critères à suivre pour sélectionner des mesures pertinentes (Hatry, 1980; Hurst, 1980). Neely *et al.* (1995) expliquent qu'au niveau individuel, les systèmes de mesure de performance peuvent être analysés en posant des questions telles que : « *Quelles mesures de performance sont utilisées ? À quoi servent-elles ? Quels avantages procurent-elles ?* » (Neely *et al.*, 1995). Au niveau organisationnel, les systèmes peuvent être analysés en explorant diverses problématiques :

- « *Tous les éléments importants (internes, externes, financiers, non financiers) ont-ils été couverts par les mesures de performance ?*
- *Des mesures liées au taux d'amélioration sont-elles introduites ?*
- *Des mesures relatives aux objectifs à long et à court terme de l'organisation sont-elles présentes ?*
- *Les mesures sont-elles intégrées, à la fois verticalement et horizontalement ?*
- *Certaines des mesures sont-elles en conflit les unes avec les autres ?*
- *Les mesures renforcent-elles la stratégie de l'organisation ?*
- *Les mesures correspondent-elles à la culture de l'organisation ?*
- *Les mesures sont-elles compatibles avec le système de récompense existant ?*
- *Certaines mesures se concentrent-elles sur la satisfaction du client ?*
- *Certaines mesures se concentrent-elles sur les résultats de la concurrence ?* ». (Neely *et al.*, 1995, p.82-83)

Lebas (1995) souligne que mesurer signifie transformer une réalité complexe en une séquence de symboles limités qui ont pour fonction de pouvoir être communiqués et reproduits dans des circonstances similaires. Ces mesures sont donc censées fournir une représentation du monde, et en particulier une représentation de la performance (Bollecker *et al.*, 2018). En effet, la représentation de la performance est essentielle dans la mesure où la littérature souligne que les indicateurs de performance n'ont d'intérêt que dans la mesure où ils participent à un système plus large de pilotage ou de management de la performance (Pollitt, 2017; Schwartz & Deber, 2016).

1.3 Définition du pilotage de la performance

Le pilotage de la performance est défini par Pollitt (2017) comme une tentative délibérée et consciente de la part de la direction de l'organisation de diriger l'organisation dans des directions qui amélioreront la mesure de ses indicateurs de performance. Ainsi, les systèmes de mesure de performance sont principalement étudiés du point de vue des cadres supérieurs afin de comprendre comment cela leur permet de contrôler si des objectifs donnés ont été atteints (Wouters & Wilderom, 2008). En outre, il peut également aider les top managers à formuler une stratégie, à spécifier les actions opérationnelles nécessaires à la mise en œuvre, à fixer des objectifs par rapport aux performances actuelles afin de révéler les priorités d'amélioration opérationnelle et à clarifier les attentes mutuelles (Abernethy & Brownell, 1999). Ainsi,

l'utilisation de systèmes de mesure de performance est fréquemment recommandée pour faciliter la mise en œuvre de la stratégie et améliorer la performance organisationnelle (Franco-Santos *et al.*, 2012). La quantification est un principe central du management de la performance censé participer à la modernisation des organisations. En effet, le management de la performance est fondé sur la promesse de rendre les acteurs responsables et gouvernables en rendant compte de leurs résultats (Miller & O'Leary, 1987).

L'incorporation des mesures de performance consiste à importer intentionnellement les données liées aux différentes dimensions de la performance dans des documents dans le but d'utiliser ces informations en vue d'une amélioration de la performance (Dooren *et al.*, 2009). La finalité de l'incorporation est d'utiliser les informations dans le discours et de l'intégrer ainsi à la culture de l'organisation (Dooren *et al.*, 2009).

Les organisations peuvent avoir une capacité d'incorporation différente en pratique, ce qui permet d'utiliser différemment les informations relatives à la performance. La capacité à institutionnaliser les informations relatives à la performance crée les conditions d'utilisation de ces outils. Ces utilisations peuvent être normées par la législation ou être personnelles à une organisation, donnant des niveaux et des degrés d'incorporation pouvant varier d'une organisation à une autre (Dooren *et al.*, 2009).

En outre, ces auteurs ont souligné que les organisations peuvent bénéficier grâce à leur utilisation d'une formulation, d'une mise en œuvre et d'un examen de la stratégie organisationnelle ; d'une communication des résultats obtenus aux partes prenantes et par là, d'un renforcement de la notoriété de l'organisation ; du développement d'une culture d'amélioration de la performance et la promotion de l'apprentissage organisationnel générant de la motivation des collaborateurs à tous les niveaux.

Dès lors, les organisations publiques ont développé un agenda d'amélioration de leur performance - agenda soutenu par des justifications que nous analysons ci-dessous.

2. Les justifications relatives à l'utilisation de mesures de performance dans le contexte des organisations publiques

L'adoption de mesures de performance s'est diffusée dans de multiples organisations à travers le monde, en particulier dans le secteur public (Townley *et al.*, 2003). Ainsi, la première

caractéristique frappante du management de la performance et de la mesure de la performance est son expansion continue au cours des trois dernières décennies dans les organisations publiques (Bouckaert & Halligan, 2007; Boyne *et al.*, 2006; Dooren *et al.*, 2015).

L'utilisation des mesures de performance dans le secteur public s'est grandement étendue en raison des croyances accrues dans le processus de quantification qui semble répondre à diverses préoccupations (Neely *et al.*, 1995). Déjà en 1986, certains auteurs prévoyaient que le modèle managérial appuyé sur l'utilisation de mesures de performance remplacerait les vieilles bureaucraties publiques et deviendrait le futur modèle des organisations publiques (Pollitt, 1986).

Divers changements sociétaux ont conduit à cette évolution dans la collecte et l'utilisation des données de performance des services publics. Du côté de l'offre des services publics, les progrès majeurs des technologies de l'information ont considérablement rendu accessibles la collecte et le traitement des données publiques (Boyne *et al.*, 2006). Du côté de la demande, un scepticisme populaire et politique croissant à l'égard des professionnels et des institutions de la fonction publique est apparu et a appelé à une plus grande part d'audit et de transparence des organisations publiques (Boyne *et al.*, 2006).

A ce titre, l'émergence de l'utilisation des mesures de performance dans les organisations publiques a suscité un intérêt croissant dans la littérature en contrôle de gestion (Hood, 1995; Lapsley, 1988; Townley *et al.*, 2003) ainsi que dans la littérature en management des organisations publiques depuis les années 1990 (Bouckaert & Halligan, 2007; Boyne *et al.*, 2006; Dooren *et al.*, 2015). La littérature souligne ainsi que le management de la performance est d'abord historiquement situé, qu'il a évolué et qu'il connaît une apogée au cours de la période actuelle (Bouckaert & Halligan, 2007; Boyne *et al.*, 2006; Dooren *et al.*, 2015).

La légitimité de la mesure de performance des organisations publiques est au cœur du travail de questionnement des auteurs. Ainsi, les auteurs analysent les antécédents ayant mené à cet essor de la gestion des performances en examinant les diverses approches de la performance et de la mesure (Townley *et al.*, 2003). Les auteurs ont donc mis un point d'honneur à comprendre les raisons – implicites ou explicites - pour lesquelles la performance est mesurée et quelle est la finalité de ces mesures afin d'analyser la légitimité de l'utilisation de ces mesures dans les organisations publiques (Behn, 2003). Quel objectif exactement un gestionnaire public tente-t-il d'atteindre en mesurant la performance ? (Behn, 2003). En effet, la littérature souligne que

les données fiables et valides sur les performances ne sont que de peu d'utilité pour les gestionnaires publics s'ils ne savent pas comment les utiliser ou si les données ne sont pas adaptées à cet usage particulier. A cet égard, la littérature en contrôle met en lumière plusieurs axes majeurs dans les justifications soutenant l'utilisation de mesures de performance dans le secteur public (Behn, 2003; Hood, 1991, 1995; Lapsley, 2008; Townley *et al.*, 2003).

Tout d'abord, l'utilisation des mesures de performance dans les organisations publiques est justifiée en raison d'un besoin de remplacer la rationalité politique par la rationalité de la planification (Townley *et al.*, 2003). Selon ces auteurs, l'utilisation des mesures de performance serait donc un exemple parmi d'autres des diverses réformes introduites par le gouvernement pour rationaliser et planifier la politique gouvernementale. Cela permettrait également de dépolitiser les décisions politiques en privilégiant des justifications fondées sur des données chiffrées et ce, dans le but de produire des jugements davantage objectifs dans la hiérarchisation des problématiques et dans l'allocation des ressources (Townley *et al.*, 2003). A ce titre, les auteurs mettent en lumière le discours de rationalisation derrière ce processus de quantification de l'action (Townley *et al.*, 2003). Pour cause, les organisations sont soumises à une forte pression pour apporter de la valeur non seulement à leurs actionnaires mais aussi à d'autres parties prenantes. Dès lors, les dirigeants estiment que les systèmes de mesure de performance peuvent les aider à accomplir ces objectifs (Townley *et al.*, 2003).

Alors que ce qui précède met l'accent sur le rôle des mesures de la performance en tant qu'élément pour parvenir à une justification raisonnée de l'action, une seconde explication met l'accent sur l'utilisation comme extension d'une économie de marché et de l'introduction du managérialisme dans la sphère publique (Lapsley, 1999, 2008; Townley *et al.*, 2003).

Ainsi, l'essor de l'utilisation des mesures de performance dans les organisations publiques est encore justifié par l'émergence des principes d'une économie de marché et du managérialisme qui ont accompagné l'expansion du capitalisme de la fin du XXe siècle. Les mesures de performance sont alors perçues comme un moyen pour parvenir à une rationalité managériale qui comprend la réduction des dépenses publiques, l'introduction des principes du New Public Management, le développement d'une orientation plus axée sur le client et la possibilité pour les gestionnaires du secteur public d'être plus autonomes et entrepreneuriaux. Différentes versions des réformes du secteur public mettent l'accent sur tout ou partie de ces moyens, selon des mélanges variables (Pollitt & Bouckaert, 2000). A cet égard, le New Public Management (NPM) a apporté dans les organisations du secteur public une rationalité économique et une

confiance dans la logique de marché (Arnaboldi & Azzone, 2010; Townley *et al.*, 2003). Hood (1991, 1995) définit la doctrine du NPM à partir de sept éléments constitutifs :

(1) la création d'unités stratégiques organisées et contrôlables[3];
(2) l'introduction d'une compétition entre les organisations, entre organisations publiques mais aussi entre organisations publiques et privées;
(3) l'utilisation de techniques managériales issues du secteur privé ;
(4) la gestion efficiente des ressources et une recherche active de moyens de production alternatifs à moindre coût;
(5) le contrôle des organisations publiques par des managers ;
(6) l'adoption d'indicateurs de performance explicites et mesurables ;
(7) le contrôle par les résultats.

Ces principes d'organisation que le NPM promeut ont été déclinés en diverses réformes dans de nombreux pays (Hood, 1991, 1995). Les dispositifs mis en place tendent à transformer les rapports entre les différentes entités de l'organisation par la contractualisation (Hood, 1991, 1995). Donnant lieu non seulement à de nouvelles formes organisationnelles, ces principes ont aussi introduit une logique de la mesure des performances et du contrôle par les résultats. Les administrations publiques se sont transformées de telle sorte par l'introduction de ces principes – perçus comme des principes marchands – que la gestion de ces organisations est à présent assimilée à celle d'une entreprise privée. A cet égard, le NPM est associé de façon systématique à des formes de marchandisation de la sphère publique (Hood, 1991, 1995).

Selon Bezes & Musselin (2015), le NPM peut être également analysé sous le prisme de l'approche néo-institutionnelle. Celui-ci serait en effet l'expression d'une entreprise de rationalisation de la sphère publique avec la diffusion de mythes rationnels (Bezes & Musselin, 2015). Le mythe rationnel est encore souligné dans la littérature par Djelic (2004, p.1) : « *La managérialisation de la sphère publique est aujourd'hui dans l'air du temps. La réforme de l'État semble passer par l'importation et l'appropriation des pratiques et de l'esprit du management – avec promesse à la clef d'une plus grande rationalité et d'une meilleure efficience* ».

[3] Nous avons traduit le terme « *manageable* » par contrôlable. Il aurait pu être aussi traduit par le terme « *gérable* ».

Enfin, l'utilisation des mesures de performance dans les organisations publiques est justifiée en raison des objectifs qu'elles permettent d'atteindre pour les gestionnaires. A ce titre, l'utilisation des mesures de performance a pour fonction, selon Behn (2003), de répondre à huit objectifs pour les gestionnaires des organisations publiques : (1) évaluer ; (2) contrôler ; (3) budgétiser ; (4) motiver ; (5) promouvoir ; (6) célébrer ; (7) apprendre ; (8) s'améliorer.

(1) Le premier objectif défini par Behn (2003) est d'utiliser les mesures de performance pour évaluer des situations de gestion. L'évaluation permet de fournir les informations nécessaires pour savoir si les problématiques s'aggravent ou s'améliorent, même si l'évaluation en tant que telle ne peut pas dire pourquoi ni comment l'amélioration ou l'aggravation se sont produites. L'auteur souligne encore que si les mesures de performance ne sont pas collectées à des fins explicites d'évaluation, cet objectif est toujours implicite ;

(2) Le deuxième objectif défini par Behn (2003) est d'utiliser les mesures de performance pour contrôler les employés. Contrôler permet de prescrire la meilleure façon d'accomplir les tâches aux subordonnés puis de mesurer leur conformité avec les objectifs prescrits. Ainsi, le contrôle permet *in fine* de discipliner les comportements des agents (Knights & Collinson, 1987). Selon les auteurs, il s'agit là d'un but rarement énoncé mais pourtant bien réel qui se dissimule derrière l'utilisation des mesures de performance ;

(3) Le troisième objectif est d'utiliser les mesures de performance pour aider les responsables politiques dans l'exercice de décision de l'allocation budgétaire (Behn, 2003). En effet, les responsables doivent statuer sur la priorisation des objectifs de l'action gouvernementale. A ce titre, la budgétisation axée sur les résultats aide au processus de décision budgétaire ;

(4) Le quatrième objectif est d'utiliser les mesures de performance pour motiver les employés à atteindre certains objectifs (Behn, 2003). A cette fin, les mesures de performance se sont avérées très utiles puisque celles-ci permettent d'objectiver des progrès et de faire une rétroaction de ces progrès. Les efforts sont ainsi concentrés vers l'atteinte de ces objectifs. Selon l'auteur, la direction doit, pour mettre en œuvre une telle stratégie, donner à ses employés un objectif global à atteindre puis des objectifs

intermédiaires, réalistes, pour donner aux salariés un sentiment d'accomplissement régulier ;

(5) Le cinquième objectif défini par Behn (2003) est d'utiliser les mesures de performance pour promouvoir l'image de l'organisation auprès des institutions gouvernementales. Selon l'auteur, cela permet ainsi de gagner une reconnaissance interne et externe ou encore de justifier une demande de ressources supplémentaires ;

(6) En sixième objectif, les mesures de performance peuvent être utilisées pour célébrer les résultats obtenus des salariés (Behn, 2003). L'auteur souligne ainsi que ces rituels créent du lien entre les membres de l'organisation et procurent un sentiment d'appartenance qui permet de susciter un sentiment d'accomplissement personnel. Les occasions de célébrer attirent l'attention sur ces réussites et sur les personnes qui les ont réalisées. De telles démonstration d'attention aide à motiver les autres employés sur les prochains objectifs à atteindre. L'auteur note que la célébration n'est pas une fin en soi mais qu'elle permet de motiver et *in fine* d'améliorer les performances. Celle-ci peut même attirer des collaborateurs potentiels provenant d'autres organisations ;

(7) Le septième objectif est celui d'utiliser les informations issues des mesures de performance pour apprendre de ce qui fonctionne et de ce qui ne fonctionne pas dans l'organisation (Behn, 2003). L'objectif de l'apprentissage est de déterminer pourquoi tels résultats ont été obtenus. A cet égard, les gestionnaires doivent disposer d'outils d'extraction et d'analyse des informations issues des données collectées. Les données ne parlent ainsi qu'à travers un interprète capable de convertir la collecte en analyse. Des leçons très différentes peuvent ainsi être tirées des mêmes données ;

(8) Enfin, les mesures de performance ne sont pas une fin en soi mais doivent permettre aux gestionnaires d'apporter des améliorations (Behn, 2003). Idéalement, les mesures font partie d'une boucle de rétroaction continue utilisée pour rendre compte de la valeur et identifier les domaines où les performances sont faibles et qui méritent d'être améliorés. Ainsi, les mesures peuvent aider à mettre en place des plans d'action en vue de l'amélioration de la performance. L'auteur souligne en outre que la mesure elle seule n'a pas la capacité d'améliorer les performances mais que c'est l'utilisation consciente et active qui en est faite qui peut avoir cet objectif et résultat. Les auteurs précisent que

ces listes pourraient être plus longues ou plus courtes, le réel objectif étant pour un gestionnaire public d'améliorer la performance de l'organisation. Ainsi, les sous-objectifs peuvent varier selon les gestionnaires.

Si nous venons d'étudier les justifications qui rendent légitimes l'utilisation des mesures de performance dans les organisations publiques à bien des égards, nous entreprenons dans la sous-section suivante d'étudier les difficultés que posent ces utilisations ainsi que les tensions de valeurs que l'utilisation des mesures de performance induisent dans les organisations publiques.

3. L'utilisation controversée des mesures de performance dans le contexte des organisations publiques : le cas des universités et des musées

Conçue pour rationaliser les organisations publiques et améliorer leur transparence et leur efficience (Lapsley, 2008), les chercheurs ont souligné que l'utilisation des mesures de performance au sein des organisations publiques peut être considérée comme problématique en raison des besoins spécifiques de ces organisations (Broadbent & Laughlin, 1998; Lapsley, 1999). En poursuivant une mission de service public tout en utilisant des méthodes caractéristiques de la gestion du secteur privé (Hood, 1991, 1995), les organisations publiques sont ainsi décrites comme des monstres à dompter (Vakkuri & Johanson, 2018) ou encore comme des arènes de contradictions (Pache & Santos, 2013).

Ainsi, la montée en charge du New Public Management et du néolibéralisme depuis les années 1980 a transformé les services publics avec un retrait des formes « *pures* » des organisations publiques (Denis *et al.*, 2015). A ce titre, les auteurs soulignent que l'utilisation des mesures de performance joue un rôle majeur dans la coexistences de ces rationalités plurielles et sont susceptibles d'induire des tensions internes au sein des organisations publiques (Broadbent & Guthrie, 1992, 2007; Lapsley, 1988, 2008; Steccolini, 2018). En outre, la littérature a souligné que les mesures de performance conçues pour la gestion des organisations publiques sont utilisées non seulement pour optimiser la gestion des services publics, mais sont surtout constituées par des intérêts politiques pour renforcer le pouvoir du gouvernement à convaincre son électorat (Chang, 2015) ou encore pour démontrer leur conformité par rapport à des règles et des attentes institutionnelles (Covaleski, Dirsmith, & Michelman, 1993). Modell (2009) a également soutenu que les mesures de performance peuvent être essentiellement utilisées à des

fins de recherche de légitimité plutôt que pour soutenir les objectifs déclarés par les réformateurs du secteur public.

Ainsi caractérisées par leur complexité, les organisations publiques, dont la mission est d'atteindre des objectifs inscrits dans la promotion d'un bien commun comme la santé et l'éducation, sont des contextes pertinents pour étudier les défis de réconciliation entre des rationalités plurielles – avec d'une part, la rationalité principale de l'organisation et, d'autre part, la rationalité comptable (Reay & Hinings, 2009). Ce sont des contextes d'autant plus pertinents que les différentes parties-prenantes des organisations publiques sont susceptibles d'avoir une vision plurielle de ce qui constitue la performance des services publics *(Mauro et al.*, 2014). Ainsi, les chercheurs ayant mené des études sur les mesures de performance et sur leur impact n'ont pas su trouver de consensus quant aux bénéfices de l'utilisation de tels outils de contrôle dans les organisations publiques (Adcroft & Willis, 2005; Bourne *et al.*, 2014).

Au contraire, la littérature souligne que notre compréhension de cet objet de recherche est loin d'être complète et que celui-ci mérite davantage d'études approfondies (Bourne *et al.*, 2014). En effet, les auteurs soulignent que d'un point de vue pratique, l'impact positif des mesures de performance et des pratiques de management associées est encore à prouver. Aussi, la plupart des études portant sur l'utilisation des mesures de performance dans les organisations publiques impliquent des questionnements sur les bénéfices de l'implantation de ces mécanismes de contrôle issus de secteur privé (Adcroft & Willis, 2005).

Ces questionnements, que nous présentons ci-après, interrogent trois types de tensions :

(1) les tensions entre l'utilisation des mesures de performance et la transformation des valeurs des organisations publiques ;

(2) les tensions entre la conception des mesures de performance et le caractère multidimensionnel de la performance des organisations publiques ;

(3) les tensions induites par les conséquences négatives de l'utilisation de mesures de performance sur les employés des organisations publiques.

Ces questionnements soulèvent implicitement ou explicitement des critiques envers l'utilisation des mesures de performance dans les organisations publiques, rendant ainsi ces utilisations controversées.

3.1 Les tensions entre l'utilisation des mesures de performance et la transformation des valeurs des organisations publiques

Les questionnements liés aux bénéfices de l'utilisation des mesures de performance dans les organisations publiques interrogent en premier lieu les tensions induites par la rencontre entre des valeurs plurielles – d'une part, des valeurs issues du secteur privé et d'autre part, des valeurs issues du secteur public. A ce titre, nous souhaitons présenter quelques travaux menés dans plusieurs organisations publiques, notamment dans les universités (éducation) et dans les musées (culture), sans pour autant traiter de l'ensemble de ces travaux ou de l'ensemble des organisations publiques. En effet, ce développement ne nous apparaît pertinent que dans la mesure où il appuie notre démonstration qui sert à présenter dans la seconde section de ce premier chapitre les travaux menés dans les organisations de santé.

3.1.1 Les travaux menés sur les universités

L'utilisation des mesures de performance dans les universités est un champ de recherche qui reçoit un intérêt croissant (Agyemang & Broadbent, 2015; Argento *et al*., 2020; Dobija *et al*., 2019; Gebreiter, 2021; Gebreiter & Hidayah, 2019; Grossi *et al.*, 2019; Harley *et al.*, 2004; Kallio *et al.*, 2017; Mailhot & Langley, 2017). Au cours des dernières décennies, les universités ont mis en œuvre plusieurs changements au niveau national qui ont eu plusieurs effets aux niveaux organisationnel et individuel. La performance des universités étant souvent directement liée aux fonds qui leur sont alloués, de nombreuses universités consacrent des ressources considérables au développement d'outils spécifiques leur permettant de mesurer et de communiquer la performance des enseignants-chercheurs en termes de résultats de recherche et d'enseignement.

Cependant, les universités sont considérées traditionnellement comme des communautés collégiales jouissant d'une autonomie professionnelle, leurs membres ayant la liberté de fixer leurs propres priorités et objectifs en fonction de critères définis par leurs disciplines, plutôt que par les besoins institutionnels de l'organisation qui les emploie. Les missions de recherche et d'enseignement sont ainsi conçues à travers un idéal scientifique exprimant une soif de savoir séparée de considérations matérielles (Harley *et al.*, 2004, p.330). Malgré cette image de l'enseignant-chercheur désintéressé, la vision traditionnelle des universités a été remise en cause par le management de la performance. Ainsi, la vision actuelle des universités est qu'elles produisent, comme tout autre type d'organisation, des produits, en l'occurrence des services

d'enseignement et de recherche. A cet égard, les universités sont tenues de répondre à leurs « *clients* » et à leurs différentes parties-prenantes (étudiants, employeurs, conseils de recherche, conseils de financement, etc.). En effet, Agyemang & Broadbent (2015) ont souligné que, tout en aidant à fixer des objectifs et à renforcer le contrôle de gestion, l'utilisation des mesures de performance est souvent liée aux fonds alloués aux organisations, accordant une plus grande attention aux parties prenantes externes au détriment des parties prenantes internes). D'autres études ont démontré que l'utilisation des mesures de performance a conduit à mettre l'accent sur des mesures quantitatives plutôt que qualitatives, susceptibles de nuire à la communauté universitaire (Agyemang & Broadbent, 2015; Dobija *et al.*, 2019; Gebreiter & Hidayah, 2019).

Des auteurs ont montré, à partir d'une étude de cas d'une université anglaise publiée en 2015, que l'utilisation des classements de revues peut potentiellement éroder les valeurs académiques (Agyemang & Broadbent, 2015). Les auteurs suggèrent qu'une violence symbolique s'opère au sein de l'université dans la mesure où les universités permettent à leurs systèmes de croyances d'être érodées par le désir de maximiser les ressources financières associées à la performance. Selon les auteurs, les processus de violence symbolique se sont manifestés, entre autres, à travers des changements dans le discours académique autour de la qualité de la recherche. En outre, une étude dénonce les classements des revues qui désavantagent les revues et les domaines d'intérêts émergents, contribuant ainsi à un appauvrissement de la culture académique dans la mesure où les enseignants-chercheurs sont encouragés à se concentrer sur les classements plutôt que sur des questions importantes pour la société (Tourish & Willmott, 2015).

Dans une recherche mixte fondée sur une méthodologie quantitative et qualitative menée dans douze départements de trois universités finlandaises, publiée en 2017, sur l'utilisation de mesures de performance dans les universités (Kallio *et al.*, 2017), les auteurs montrent que le système de financement actuel favorise la mesure quantitative. Ainsi, étant donné que mesurer la performance des universités est une tâche complexe, appliquer l'allocation des ressources selon les indicateurs de performance revient à évaluer la qualité à l'aide d'indicateurs quantitatifs. Les auteurs attirent l'attention des lecteurs sur le fait que bien que cela puisse sembler non problématique pour des personnes extérieures au domaine académique, pour de nombreux répondants, cela risque de conduire à la production de meilleurs résultats quantitatifs au détriment des normes de qualité. Les auteurs conseillent le développement de nouveaux indicateurs pour surmonter ces difficultés.

Dans une étude quantitative publiée en 2018 sur les universités françaises, des auteurs ont analysé dans quelle mesure l'adhésion à une culture de la mesure de la performance est compatible ou non avec le maintien des valeurs en lien avec le secteur public (Chatelain-Ponroy *et al.*, 2018). Ainsi les auteurs montrent que peu d'attention a été accordée sur la motivation des salariés à travailler pour des valeurs du secteur public. Ainsi les auteurs révèlent que le pilotage par la performance entre en conflit avec l'engagement envers les valeurs du service public : les individus engagés dans la recherche de performance sont plus en faveur de valeurs issues du secteur privé telle que, par exemple, la recherche de financement privé. Ils soulignent encore que le fait que le pilotage par objectifs de performance puisse éroder l'engagement envers les valeurs publiques devrait alerter les pouvoirs publics sur les risques d'inculquer une culture de résultats qui pourrait être préjudiciable à la motivation de rester dans le service public.

Dans une autre étude de cas de quatre universités polonaises publiée en 2019, les auteurs analysent l'utilisation des mesures de performance (Dobija *et al.*, 2019). Les mesures sont fondées pour l'enseignement sur des mesures quantitatives traditionnelles (par exemple, heures d'enseignement direct, nombre de bacheliers, nombre de masters, nombre de doctorants, enquêtes de satisfaction). Pour la recherche, celles-ci sont orientées sur le nombre de publications et de conférences. Les résultats montrent deux dimensions. Tout d'abord, ceux-ci révèlent que les mesures de performance sont utilisées en réponse à des pressions externes (agence d'accréditation nationales et internationales) et internes de l'université. Deuxièmement, les résultats soulignent que les mesures de performance sont utilisées à la fois de façon rationnelle et à la fois de façon symbolique. Dans une perspective rationnelle, elles sont utilisées comme appui à la prise des décisions concernant les promotions internes, l'embauche, le licenciement des employés ainsi que dans l'attribution de subventions internes pour des projets de recherche et des conférences internationales. Dans une perspective symbolique, elles sont utilisées pour légitimer l'organisation aux yeux de diverses parties-prenantes telles que la direction de l'université, les étudiants, l'État, les agences d'accréditation et les médias. Au niveau du département de recherche, les responsables de département de recherche les utilisent pour mettre en valeur les réussites des enseignants-chercheurs comme des modèles à suivre pour les autres afin de les motiver. Ainsi, d'autres auteurs soulignent que les pratiques de reporting dans les universités et les hôpitaux nous alertent sur un risque de perte de sens de ces dispositifs en raison du découplage entre un reporting porté vers l'extérieur et un pilotage interne (Augé *et al.*, 2018).

Dans des travaux publiés en 2019, fondés sur une étude de cas longitudinale d'une université privée de Pologne, portant sur les pressions institutionnelles et les pratiques de mesure de performance dans les universités, les auteurs examinent les changements de rationalité qui ont affecté les pratiques de mesures aux niveaux individuel et organisationnel (Grossi *et al.*, 2020). A cet égard, les résultats montrent que les enseignants-chercheurs sont affectés par des pressions externes : nécessité de se conformer aux réglementations et au contrôle établis par l'État (pression de l'État) ; nécessité de se conformer aux normes professionnelles de la communauté universitaire (pressions académiques) ; nécessité de se conformer aux normes internationales et aux mécanismes du marché (pressions du marché). Les auteurs concluent leur étude en montrant le recul de l'autonomie professionnelle et d'une liberté dans l'établissement des priorités en recherche.

Dans une étude de la littérature publiée en 2020 sur la diffusion de la culture de l'audit et de pratiques de calcul dans les universités, les auteurs montrent qu'un nombre croissant d'études ont révélé le développement de pratiques de calcul en lien avec l'utilisation d'indicateurs de performance et de classements (Argento *et al.*, 2020). Dans cette revue de la littérature, les auteurs concluent en rappelant les effets négatifs que l'utilisation d'indicateurs de performance et de classements pour juger de la productivité et de la qualité du travail des enseignants-chercheurs peuvent avoir pour l'organisation. Critiques, ils soulignent que les avertissements ont été largement ignorés et ils questionnent les raisons d'être de ces pratiques : « *Pourquoi cela se produit-il ? Pourquoi le monde universitaire vit-il avec de telles pratiques de calcul ?* » [4] (Argento, Dobija, & Grossi, 2020, p. 13).

Par ailleurs, les résultats des études menées dans des écoles de commerce sont à mettre en perspective avec les risques associés aux transformations des universités en raison de la forte prévalence des rationalités managériale et marchande soutenues par la diffusion de mesures de performance et d'objectifs de performance associés. Une étude dans une école de commerce anglaise en 2019 a montré que les enseignants sont soumis à des pressions institutionnelles en matière de reddition des comptes qui les mènent à diverses réponses individuelles. L'une de ces réponses peut être analysée au regard d'un problème moral dans la mesure où certains

[4] La citation originale en anglais est la suivante : « *Why does this happen ? Why does academia live with such calculative practices ?* » (Argento, Dobija, & Grossi, 2020, p. 13).

enseignants décideraient de fournir les sujets des examens à l'avance aux étudiants afin d'être mieux notés par eux (Gebreiter & Hidayah, 2019).

Une étude de cas récente a été menée également dans le département de comptabilité d'une école de commerce anglaise et a révélé que l'utilisation de mesures de performance associée à la recherche et à l'enseignement a impacté la manière dont les enseignants-chercheurs réalisaient leurs recherches et leurs enseignements (Gebreiter, 2021). En effet, l'école de commerce a orienté l'allocation de financement de la recherche vers des disciplines commerciales jugées plus susceptibles de fournir non seulement des publications scientifiques de haut rang mais aussi des partenariats industriels et des subventions de recherche plus importants. Ces changements dans l'importance croissante donnée aux mesures de performance de la recherche et de l'enseignement ont eu un impact significatif sur la recherche en comptabilité qui a été délaissée au profit d'autres domaines jugés plus rentables. L'article explore en outre comment l'enseignement de la comptabilité ainsi que la conception des programmes d'enseignement ont été de plus en plus donnés à des enseignants titulaires de formation en comptabilité issus du secteur privé. Dès lors, l'auteur révèle que les enseignements sont devenus extrêmement standardisés et techniques, laissant par exemple de côté une approche plus critique de l'enseignement de la comptabilité.

Ces travaux portant sur l'utilisation des mesures de performance dans les universités ont en commun avec l'utilisation des mesures de performance dans les musées d'avoir transformé une partie des valeurs de l'organisation. C'est ce que nous détaillons ci-après.

3.1.2 Les travaux menés dans les musées

Dans les musées, des recherches ont été menées sur l'utilisation de mesures de performance (Gstraunthaler & Piber, 2007; Oakes *et al.*, 1998; Scott, 2015; Tlili, 2014). Une étude en 1998 montre que de nouveaux indicateurs de performance servent à mesurer le chiffre d'affaires généré par les musées (Oakes *et al.*, 1998). Ainsi, le nombre d'entrées pour chaque exposition devient une mesure de performance clé. Les auteurs révèlent que ce choix de mesure oriente le choix des expositions vers des expositions susceptibles d'intéresser le plus grand nombre plutôt qu'une certaine élite. Ainsi, la justification de performance des musées s'exprime en termes de résultats financiers attendus générant un profond changement de valeurs au niveau de l'organisation. Le choix n'est donc plus seulement orienté par des exigences artistiques mais bien par des préoccupations financières.

En 2007, une étude qualitative menée dans les musées en Autriche étudie l'utilisation de mesures de performance dans plusieurs musées (Gstraunthaler & Piber, 2007). Les auteurs montrent une forme de découplage puisque les mesures de performance sont surtout utilisées en externe pour légitimer les dépenses de l'argent public et non dans des pratiques de gestion en interne. En outre, les auteurs révèlent que certaines mesures de performance favorisent certains musées au détriment des autres. Les auteurs prennent l'exemple de mesures de performance telles que le nombre de visiteurs ou encore le chiffre d'affaires de la boutique du musée. Ils montrent que les résultats sont certainement plus élevés dans le musée d'histoire de l'art que dans les petits musées. Selon eux, bien que le système de mesure de la performance arbore une apparence de neutralité, les biais impliqués permettent la manifestation de préférences politiques. D'autres mesures telles que le nombre de visiteurs par jour ou par exposition semblent être trop générales pour comparer différents musées. Néanmoins, presque tous les indicateurs, tels que par exemple les ventes d'un magasin ou la marge bénéficiaire d'un magasin par visiteur, sont comparés entre musées, sans égard à leur taille ou à leur situation géographique. A ce titre, les entretiens ont montré que ni les gestionnaires des musées ni les agences ministérielles ne sont satisfaits du système de mesure de performance existant actuellement.

Une étude menée sur la base d'entretiens au sein de neuf musées et de quatre organismes professionnels évalue les effets du nouveau mode de gouvernance managérial et de l'utilisation de mesures de performance au sein des musées publics en Angleterre (Tlili, 2014). Les auteurs montrent que l'utilisation de mesures de performance scinde la culture des musées en deux avec, d'un côté, des petits musées dont l'autonomie professionnelle est menacée en raison de l'impératif de survie, et de l'autre, des grands musées qui conservent une autonomie notable. Ainsi, les auteurs soutiennent que l'utilisation de tels dispositifs va à l'encontre de l'identification professionnelle au sein des musées et entre les musées. En outre, les auteurs dénoncent l'importance excessive accordée aux indicateurs destinés au public au détriment d'autres dimensions du travail au sein des musées.

Dans une autre étude, Scott (2015) montre que les mesures de performance fondées uniquement sur des données quantitatives ne prennent pas en compte la contribution de la culture à la constitution d'un capital social. Ainsi, selon l'auteur, la valeur de la culture, ainsi que le budget alloué à la culture, ne peuvent être déterminés à partir de ces seuls indicateurs financiers en raison du rôle central de la culture pour les individus et de ses retombées positives intangibles.

Cette étude montre par ailleurs que les tentatives de mesure de la performance du secteur culturel ont suscité des débats au sein du secteur lui-même autour des notions de valeur et de moyens pour objectiver la valeur créée. Ainsi, l'évaluation de la performance dans les musées – évaluation qui exige des preuves tangibles des réalisations mesurées par rapport à des cibles prédéterminées – est particulièrement préoccupante selon les auteurs puisque tout ce qui est mesurable ne signifie pas nécessairement de grande valeur. L'auteur pointe ainsi le risque d'utiliser des mesures de performance dans un secteur où la créativité et l'innovation sont au cœur du processus de création.

Dans toutes ces recherches menées dans les universités et dans les musées, l'utilisation de mesures de performance a favorisé la recherche de performance quantitative avec une prédominance du paradigme économique au détriment d'autres dimensions comme l'exigence de qualité de la recherche et de l'enseignement dans les universités, ou encore la liberté de choix d'expositions jugées moins rentables pour les musées. Si ces études montrent ainsi que l'utilisation des mesures de performance met en tension les valeurs d'origine des organisations publiques, nous analysons dans un second point les tensions dans la conception même de ces indicateurs qui ne permettent pas toujours de mesurer l'ensemble des dimensions de la performance des organisations publiques.

3.2 Les tensions entre la conception des mesures de performance et le caractère multidimensionnel de la performance des organisations publiques

Dans le contexte des organisations publiques, les questionnements liés aux bénéfices de l'utilisation des mesures de performance interrogent en second lieu les tensions entre la conception des mesures de performance et le caractère multidimensionnel de la performance des organisations publiques (Grossi & Thomasson, 2015; Pollitt, 2017).

La littérature en contrôle a souligné que si la performance, dans le contexte du secteur public, est évidemment multidimensionnelle pour intégrer diverses dimensions, non seulement l'efficience et l'efficacité mais aussi l'accès au public, la qualité de service, les indicateurs de performance ne mesurent généralement que certaines dimensions de la performance du secteur public (Grossi and Thomasson, 2015; Pollitt, 2017).

A ce titre, les auteurs s'interrogent : comment une performance organisationnelle peut-elle être mesurée de manière adéquate dans le secteur public tandis que les buts mêmes des organisations publiques peuvent être souvent concurrents ? (Boyne *et al.*, 2006). La littérature indique ainsi qu'une bonne performance des services publics pourrait faire référence à des dimensions plurielles telles que le coût, l'efficience, l'efficacité, l'accessibilité, la qualité du service ou encore à une foule d'autres dimensions (Pollitt, 2017). Ainsi, il vaut toujours la peine de se demander quelle définition de la performance est effectivement utilisée sur le plan opérationnel et qui a le pouvoir d'élaborer et d'imposer cette définition (Pollitt, 2017). En effet, l'environnement des organisations publiques est inscrit dans un agenda politique fort qui suppose des parties prenantes diverses et des intérêts parfois concurrents (Boyne *et al.*, 2006). Les parties prenantes les plus évidentes sont les suivantes (Pollitt, 1986) : les destinataires du service public, les représentants élus par les citoyens, les clients ou consommateurs du service en question, les groupes représentants des utilisateurs, les experts externes (auditeurs), les experts internes, les prestataires des services.

Cela est particulièrement vrai, selon les auteurs, dans le secteur public où les visions concurrentes de la réalité existent fortement et où de nombreux débats, si ce n'est disputes, éclatent lors de moments clés tels que les élections (Boyne *et al.*, 2006). Ainsi, l'un des principaux défis auxquels les responsables politiques sont confrontés face à la gestion du secteur public est de savoir comment obtenir des mesures quantitatives pertinentes de la performance des organisations. Or, ce défi représente une certaine difficulté. L'impossibilité de mesurer dans sa totalité les retombées, c'est-à-dire les conséquences à long-terme des services publics est l'une des raisons fondamentales pour lesquelles l'allocation des ressources financières ne peut pas être laissée entièrement à la loi des marchés concurrentiels (Boyne *et al.*, 2006). Selon les auteurs, c'est également la raison pour laquelle une réglementation du secteur public est nécessaire.

En outre, certains risques associés au design des mesures de performance doivent être pris en compte. En effet, si les hypothèses sous-jacentes à la formulation d'indicateurs supposent qu'ils induisent une nécessaire objectivité, exactitude et précision dans la représentation de la réalité, il n'en demeure pas moins que les auteurs soulignent que ces attributs ne peuvent pas être d'emblée présumés (Micheli & Mari, 2014).

Nous détaillons enfin les tensions liées aux effets négatifs de l'utilisation de mesures de performance sur les salariés des organisations publiques.

3.3 Les tensions liées aux effets négatifs de l'utilisation de mesures de performance sur les salariés des organisations publiques

Le troisième élément formant le tissu de la controverse sur les bénéfices liés à l'utilisation des mesures de performance dans les organisations publiques concerne les effets négatifs et collatéraux de la diffusion de la logique du contrôle par les résultats et de l'utilisation des mesures de performance sur les salariés des organisations publiques (Abord de Chatillon & Desmarais, 2012; Adcroft & Willis, 2005; Arnaboldi *et al*., 2015; Georgescu, 2010; Georgescu *et al*., 2018; Grima *et al*., 2019; Lapsley, 2009; Smith, 1993; Verbeeten & Speklé, 2015).

Ainsi, les réformes engagées dans de nombreux pays font débat parmi les acteurs de terrain mais aussi dans la littérature scientifique en raison des changements qui s'opèrent pour les employés de ces organisations (Pollitt, 2000). La littérature en contrôle de gestion a en effet émis de virulentes critiques à l'égard de la doctrine du New Public Management suggérant que celle-ci constitue l'une des inventions humaines les plus cruelles (Lapsley, 2009). En particulier, des études ont établi la liste des préoccupations concernant la primauté de l'audit dans le processus de transformation des services publics qui pourrait encourager une culture de conformité dans laquelle les salariés se préoccuperaient davantage des procédures que de la qualité des services aux usagers (Lapsley, 2009).

L'étude de Smith (1993) a mis en évidence sept des effets négatifs de l'utilisation des mesures de performance :

(1) La vision en tunnel signifie que l'accent est mis sur les mesures quantifiables au détriment d'autres domaines importants ;
(2) La sous-optimisation constitue la poursuite étroite des objectifs spécifiques définis par les gestionnaires ;
(3) La myopie est définie comme une tendance à se concentrer sur les problématiques à court-terme plutôt qu'à long-terme ;
(4) La convergence désigne une tendance à se conformer à la moyenne des indicateurs plutôt que de rechercher le dépassement des performances ;
(5) L'ossification désigne la réticence à adopter des méthodes innovantes ;
(6) Le jeu correspond à la modification des comportements afin d'obtenir un avantage stratégique ;
(7) La fraude est définie comme de fausses déclarations.

Ainsi, cette étude de Smith (1993) révèle que l'utilisation de mesures de performance entraîne des comportements dysfonctionnels chez les salariés. En 1995, Smith complète cette étude en décrivant un huitième effet (Smith, 1995) : la fixation de la mesure. Celle-ci peut être définit comme la focalisation sur la mesure plutôt que sur l'objectif sous-jacent à la mesure.

Une étude de 2005 montre encore que les conséquences les plus probables de l'utilisation accrue de mesures de performance dans le secteur public mènerait à la marchandisation des services ainsi qu'à la déprofessionnalisation des employés des organisations publiques (Adcroft & Willis, 2005). La marchandisation est définie par les auteurs comme la transformation des relations en relations commerciales en mettant l'accent sur les activités économiques d'achats et de ventes ainsi que sur l'activité de mesures de performance. La déprofessionnalisation est le processus selon lequel un professionnel, autonome dans ses décisions, est transformé en ouvrier. De telles transformations impliquent, selon les auteurs, une attention plus accrue aux règles de l'organisation et aux mesures de performance plutôt qu'aux valeurs qui guidaient antérieurement l'action (altruisme, autonomie). Par exemple, dans les universités, cela pourrait se traduire par un accent mis sur l'exploitation des connaissances afin de produire du capital économique plutôt que du capital intellectuel. Les auteurs présentent ainsi plusieurs problèmes :

(1) Le premier problème est lié au processus de quantification qui est, selon eux, un processus de déconstruction de la complexité des organisations publiques en éléments d'appréciation tels que les services qui peuvent ensuite être eux-mêmes déconstruits en unités de production de plus en plus petites afin d'être soumis à un processus rigoureux de mesure. Ce processus permettrait ainsi de comparer ces éléments dans différents domaines et de surveiller l'utilisation des ressources. Cependant, les auteurs soulignent que plus les services sont décomposés en unité de mesures de plus en plus petites, moins la performance globale du service est appréciée. Prenant la métaphore d'une partition de musique, les auteurs notent que l'évaluation ne se fait pas note par note mais bien sur la façon dont les notes s'enchaînent ;

(2) Le second problème, selon les auteurs, est que les mesures de performance peuvent être à l'origine d'incertitudes comme de certitudes sur la performance globale du service car les unités mesurées sont rarement indépendantes les unes des autres ;

(3) Le troisième problème est que l'hypothèse sous-jacente à la mesure de la performance est qu'elles sont objectives. Or, les auteurs rappellent que l'interprétation est plutôt subjective la plupart du temps ;

(4) Le quatrième problème est que l'utilisation de mesures de performance dans les classements suppose que tous ceux qui apparaissent dans le classement partent du même point. Or, les auteurs rappellent qu'il y a généralement de grandes disparités entre les différents services ;

(5) Le cinquième problème est que certains éléments dans les services échapperont toujours à la mesure ;

(6) Le sixième problème est que les choix des mesures de performance peuvent être faits pour influencer les résultats des mesures.

Pour ces raisons, les auteurs soutiennent qu'il est hautement improbable que les résultats attendus de l'utilisation des mesures de performance soient bénéfiques pour les organisations publiques. Ainsi, les auteurs postulent qu'aucune des parties prenantes véritablement importantes pour les organisations publiques peuvent ressortir gagnantes de l'importation de ces mécanismes issus du secteur privé (Adcroft & Willis, 2005).

Abord de Chatillon & Desmarais (2012) analysent la souffrance au travail dans les contextes des organisations soumises à l'introduction des principes managériaux du NPM. Les auteurs montrent que les nouvelles exigences promues par le NPM contribuent à la hausse des niveaux d'épuisement professionnel et à l'accroissement des risques psychosociaux. La surcharge de travail et la dégradation des relations interpersonnelles, selon les auteurs, semblent les plus présentes dans ce contexte. En outre, la littérature soulignent que les conséquences négatives sur les salariés de l'adoption des principes du New Public Management auraient également un effet négatif sur la performance recherchée (Noblet & Rodwell, 2009). En effet, « *en voulant améliorer la performance de ces organisations, les changements liés au NPM produisent des effets négatifs sur l'efficacité, en raison d'une hausse de l'épuisement professionnel dont les effets négatifs sur l'absentéisme, la santé des employés et le turn-over ont été largement démontrés.* » (Abord de Chatillon & Desmarais, 2012, p.21).

L'injonction de « *faire plus avec moins* » est devenu un slogan (Arnaboldi *et al.*, 2015). Les auteurs ont ainsi souligné que les principes du NPM sont associés avec l'intensification du travail et la recherche de performance (Boyne *et al.*, 2006). Or, ces derniers auteurs soulignent l'importance de tenir compte des signes inquiétants d'une crise du capital humain due à cette intensification du travail. Dès lors, plusieurs travaux font le lien entre le NPM et une pression budgétaire accrue sur les salariés des organisations publiques avec des feedbacks orientés sur l'aspect financier de la performance (Georgescu, 2010; Georgescu *et al.*, 2018; Georgescu & Hartmann, 2013; Georgescu & Naro, 2012). D'autres auteurs ont montré comment le NPM peut être mis en perspective avec l'accroissement des tâches administratives résultant en une surcharge de travail (Grima *et al.*, 2019). Face aux objectifs de performance, les acteurs procèdent à des manipulation de données, d'évitement ou de résistance (Georgescu & Naro, 2012).

A cet égard, des études antérieures ont souligné l'augmentation de critiques et une certaine désillusion à l'égard du mode de gestion axé sur la recherche de performance dans les organisations publiques (Modell, 2005). Dans ce contexte, la littérature scientifique appelle à repenser l'impact de la comptabilité et des réformes de la gestion publique (Humphrey & Miller, 2012; Mulgan, 2008; Naro, 2015; Uddin & Tsamenyi, 2005). Dans cette perspective, Naro (2015, p.8) nous questionne : « *N'est-il pas davantage une question d'éthique qui est en jeu ici ? (…) ne devrait-elle pas être au cœur de la construction d'un nouveau récit à même de structurer le management public ?* ».

Une étude quantitative en 2015 évalue l'impact du contrôle fondé sur les idées du New Public Management (Verbeeten & Speklé, 2015). Menée auprès de 96 municipalités allemandes, les auteurs testent à la fois les principes associés à l'utilisation d'un système de mesure de performance et ceux associés à la dérégulation interne comme composantes clés de la logique du NPM. Leurs résultats montrent que la théorie du NPM sur le contrôle de gestion peut avoir un impact négatif sur la performance du secteur public. Les bénéfices supposés de cette approche ne sont pas validés par l'étude. En outre, l'étude ne valide pas l'idée selon laquelle le système de mesure de performance améliore les performances. Les auteurs trouvent des résultats non significatifs pour ces variables dans leur modèle. A ce titre, les auteurs sont critiques car selon eux « *en se concentrant exclusivement sur les inconvénients de la bureaucratie, les pays de l'OCDE ayant adopté les principes du NPM semblent ignorer*

que les complexités réelles du secteur public peuvent en fait nécessiter un recours à la régulation interne ». (Verbeeten & Speklé, 2015, p.969)[5].

Malgré ces travaux menés dans plusieurs organisations publiques qui démontrent le caractère controversé de l'utilisation des mesures de performance, la littérature manque d'une étude qualitative approfondie des interactions des acteurs de terrain et sur la manière dont ces acteurs jugent du caractère juste ou injuste des situations dans lesquelles l'utilisation des mesures de performance est impliquée. En effet, peu d'études, à notre connaissance, ne se sont penchées sur l'analyse des disputes et des critiques que l'utilisation des mesures de performance peut faire émerger pour divers acteurs dans les organisations publiques ni même sur l'émergence des compromis autour de l'utilisation de tels outils.

Nous nous proposons ainsi de contribuer à la littérature en questionnant le rôle des mesures de performance dans l'émergence de dynamiques de tensions et de dynamiques de compromis dans les organisations publiques en général, et dans les organisations de santé en particulier afin de comprendre si l'utilisation de tels mécanismes de contrôle créent plutôt des frictions productives ou destructives au sein des hôpitaux publics français. Nous nous tournons maintenant vers la présentation du contexte de notre étude, celui de l'hôpital public français.

[5] La citation originale en anglais est la suivante : "*With its exclusive focus on the downside of bureaucracy, OECD-NPM appears to ignore that the real-world complexities of the public sector may actually necessitate a reliance on internal regulation*." (Verbeeten & Speklé, 2015, p.969.

Conclusion de la section 1

Cette première section nous a permis d'établir les fondements conceptuels nécessaires à l'élaboration de ce travail doctoral. La performance, les mesures de performance et le pilotage de la performance ont été traités comme des concepts distincts afin d'en assurer la plus claire définition dans la première sous-section.

Nous nous sommes également attachés à discuter du rôle controversé de l'utilisation des mesures de performance dans les organisations publiques. Malgré un culte de la performance, des critiques croissantes subsistent à cet égard. L'utilisation des mesures de performance dans les organisations publiques est source de débats et de controverses dans la littérature. Une large part de la littérature se consacre à exposer les critiques virulentes contre le New Public Management et l'utilisation des mesures de performance dans le secteur public.

Cette première section nous conduit maintenant à présenter les tensions issues de l'utilisation des mesures de performance dans le contexte plus spécifique des organisations de santé et en particulier dans celui des hôpitaux publics français. Nous présentons à ce titre les réformes de régulation qui sont venues structurer peu à peu le secteur des hôpitaux publics français.

Section 2 : L'utilisation controversée des mesures de performance dans les organisations de santé : le cas des hôpitaux publics français

Le but de cette seconde section de notre revue de littérature sur l'utilisation controversée des mesures de performance dans les organisations de santé est de donner des éléments de compréhension sur la performance hospitalière et sur ses enjeux spécifiques.

La première sous-section vise à définir la performance hospitalière et ses enjeux spécifiques.

La seconde sous-section a pour objectif d'exposer le contexte des hôpitaux publics français avec la présentation des lois et des outils ayant soutenu l'utilisation de mesures de performance dans les hôpitaux publics français.

Enfin, la troisième sous-section est consacrée à la présentation des travaux empiriques menés dans des organisations de santé sur l'utilisation des mesures de performance et aux effets inattendus de ces utilisations.

Cette revue de littérature nous permet de mettre en évidence un certain nombre de manques dans la littérature existante en contrôle et de motiver notre recherche en justifiant la pertinence de notre étude au regard des travaux antérieurs. Elle nous mène également à la présentation de nos questions de recherche et nous permet d'introduire notre second chapitre. Celui-ci présentera le cadre théorique que nous avons sélectionné pour notre étude afin de comprendre au mieux les enjeux relatifs aux modalités plurielles d'évaluation liées à l'utilisation de mesures de performance dans le contexte spécifique des hôpitaux publics français.

1. Définition de la performance hospitalière et de ses enjeux

1.1 La performance hospitalière

La performance hospitalière est, par définition, un concept difficile à définir dont les contours sont flous puisqu'il s'agirait plutôt de parler des performances plutôt que de la performance des hôpitaux (Minvielle *et al.*, 2008; Teil, 2002). Le concept de performance renvoie, comme nous l'avons montré dans la première section de ce chapitre, à des modalités d'évaluation de ce qui constitue la performance, ou autrement dit, de ce qui est jugé comme étant valable en termes de critères de mesure (Salgado, 2013). Plusieurs études se sont penchées sur la question de la définition de la performance hospitalière afin de la définir et d'en délimiter les contours (Gardel & Minvielle, 2008; Girault & Minvielle, 2015; Grandjean, 2015; Guisset *et al.*, 2002; Minvielle *et al.*, 2008; Montalan & Vincent, 2013; Pouvourville, 1998; Teil, 2002). Ces études montrent qu'un aspect important du choix des critères de définition de ce qui constitue la performance est lié à la perception de la nature et de la fonction de l'hôpital (Guisset *et al.*, 2002). Elle peut être définie de plusieurs façons.

En premier lieu, la performance hospitalière est définie par la notion de résultats de santé dans la mesure où la mission de l'hôpital est l'amélioration de l'état de santé des individus (Pouvourville, 1998). Cependant, ce résultat - améliorer l'état de santé des individus - est difficile à mesurer en tant que tel et requière ainsi une alternative pour faciliter la mesure de la performance du système hospitalier (Grosskopf & Valdmanis, 1987). L'alternative choisie est de mesurer le bien intermédiaire : la performance des services de soin ou autrement dit, leur production.

En second lieu, la performance hospitalière est définie dans un modèle conceptuel orienté par la performance économique par la mesure de l'efficience des soins ainsi que celle de la productivité et de la performance financière (Or., 2014). L'efficience des soins est, par définition, le calcul d'un rapport entre les moyens engagés et les résultats obtenus. A ce titre, des indicateurs comme, par exemple, la durée moyenne de séjour ou le taux d'occupation des lits sont privilégiés (Leyland & Boddy, 1997; McDermott & Stock, 2007; Rapport *et al.*, 2003). Il s'agit ainsi d'apprécier le volume de soins et de services produits.

En troisième lieu, la littérature souligne que conceptualiser et mesurer la performance des services de soin doit répondre à une exigence de définition de la performance qui soit globale et multidimensionnelle (Le Pogam *et al.*, 2009; Minvielle *et al.*, 2008). Ainsi, les auteurs soulignent le besoin pour les organisations de santé de se munir d'un large faisceau d'indicateurs relevant d'aspects financiers et non-financiers dans le but d'obtenir une vision équilibrée des différentes dimensions contribuant à la performance organisationnelle (Montalan & Vincent, 2013; Nobre, 2001; Sicotte *et al.*, 1998; Teil, 2002). Ainsi, dans un modèle multidimensionnel, de nombreuses dimensions de l'évaluation de la performance hospitalière peuvent être prises en compte : la qualité des soins, la gestion des processus internes, le maintien des valeurs de l'organisation, la satisfaction des patients, la qualité de la culture organisationnelle, la gestion des ressources humaines, la performance financière, etc. L'accent est alors mis sur une vision stratégique de pilotage qui cherche à équilibrer les différents objectifs organisationnels afin de ne pas privilégier seulement les aspects purement financiers (Guisset *et al.*, 2002).

Dès lors, Guisset *et al.* (2002, p. 74) définissent la performance comme la « *capacité à établir et maintenir une tension dynamique entre la réalisation de sa mission (pôle 1 : atteinte des buts), l'acquisition et le contrôle des ressources (pôle 2 : argent, prestige), le développement des ressources humaines (pôle 3 : bien-être des travailleurs et développement de la personne) et l'intégration et la prévisibilité de ses activités de production (pôle 4)*. ». De la même manière, Curtright, Stolp-Smith, & Edell (2000) mettent en lumière des domaines clés de la performance des organisations de santé : la satisfaction client, les processus internes, la qualité de service, les efforts continus d'amélioration, l'engagement social et responsable de l'organisation, la performance financière. La performance est déterminée par l'équilibre dynamique en jeu continuel à travers l'interaction des différentes dimensions choisies.

Enfin, le rôle fédérateur du patient constitue une autre voie de régulation jusque-là insuffisamment exploitée pour mesurer la performance des services de soin (Girault & Minvielle, 2015). Ainsi, cette dimension de la performance peut être définie par l'Institut de médecine comme « *le soin qui est respectueux et sensible aux valeurs, aux besoins et aux préférences individuelles des patients* » et qui s'assure que « *les valeurs du patient guide toutes les décisions cliniques* ». L'idée principale est de réintégrer au cœur du soin une dimension personnalisée car cette dimension constitue un élément essentiel pour la qualité

perçue des soins pour les patients. Dans cette perspective, un nouveau cadre d'analyse permet de mettre en perspective les différentes dimensions susceptibles de promouvoir des soins personnalisés (Minvielle *et al.*, 2014). Dès lors, il s'agirait de voir comment intégrer la qualité perçue des soins dans les mesures de performance hospitalière.

En outre, il faut souligner que la performance hospitalière se mesure à différents niveaux : au niveau de l'établissement de santé par rapport aux besoins de santé du territoire desservi ; au niveau du territoire de santé défini par les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) ; au niveau du territoire national qui définit la politique de santé et du respect de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Si ces définitions nous donnent à voir quelques enjeux de la définition de la performance hospitalière, Grandjean (2015) nous invite à représenter la production des organisations de santé afin d'approfondir notre compréhension des enjeux liés à la mesure de la performance hospitalière.

1.2 Représenter la production des organisations de santé

Déterminer la valeur de la production des hôpitaux est mission quasi impossible selon certains auteurs (Eggrickx *et al.*, 2018). Or, les mesures de performance ont pour fonction d'aider les dirigeants à piloter l'organisation en fournissant des informations claires sur ce qui est à piloter. Ainsi, Grandjean (2015, p.32) soutient qu'il s'agit d'abord d'identifier la fonction de production des organisations de santé. Il définit ainsi la fonction de production comme « *une démarche consistant à mobiliser des ressources (matières premières, machines, ressources financières, ressources humaines, compétences) pour produire par un processus spécifique (...) des produits selon des critères de quantité et de qualité définis à l'avance.* ». Il schématise ainsi cette fonction par trois dimensions combinant les ressources, les processus par lesquels la production transforme ces ressources et les résultats qu'elle obtient au terme de cette transformation.

Ainsi, dans une organisation de santé, les ressources correspondent aux acteurs qui réalisent les soins, les processus aux activités de soin et les résultats aux soins réalisés. Grandjean (2015) souligne que si l'application de ce modèle industriel au domaine de la santé peut choquer, il n'en demeure pas moins que celui-ci a l'avantage de permettre la modélisation simplifiée de certains aspects de la performance hospitalière et potentiellement d'aider à résoudre certaines difficultés rencontrées dans le secteur de la santé. Cependant, l'auteur précise que cette

transposition d'un modèle industriel à un modèle de soin rencontre plusieurs limites concernant les trois dimensions susmentionnées.

En effet, dans le cas des ressources, celles-ci étant principalement des ressources humaines, la qualité des ressources dépend de facteurs humains comme la qualification des personnes, leur état de fatigue, leurs connaissances, etc. Dans le cas des processus, de nombreux aléas peuvent survenir dans le domaine du soin en raison des différentes pathologies des patients rendant ainsi la stabilisation des processus difficile. Dans le cas des résultats, la production en termes de soin n'est pas homogène compte tenu de la singularité de chaque patient qui participe à la coproduction des soins par leur adhésion et par la compréhension des consignes de soin.

1.2.1 Définir les liens entre ressources, activités, productions, résultats et retombées

La fonction de production des organisations de santé pose des difficultés spécifiques qui suppose d'envisager celle-ci à partir non pas de trois dimensions (ressources, processus, résultats) mais à partir de cinq que nous décrivons ci-après : les ressources, les activités, les productions, les résultats, les retombées (Grandjean, 2015). Dans le cadre des organisations de santé :

(1) Les ressources sont les moyens humains, les moyens matériels et les moyens de fonctionnement mis en œuvre pour permettre la réalisation de la mission de l'organisation ;

(2) Les activités sont spécifiques au secteur de la santé et peuvent regrouper de nombreuses activités comme la réalisation d'interventions chirurgicales, de consultations médicales ou obstétriques, la réalisation d'analyses biologiques ou d'examens médicaux, etc. ;

(3) Les productions correspondent aux résultats immédiats des activités de soin ;

(4) Les résultats désignent l'amélioration de l'état de santé pour les patients ayant bénéficié des soins ;

(5) Les retombées renvoient à une perspective à long-terme de la mesure des résultats comme l'amélioration de santé globale des citoyens.

A ce titre, dans les hôpitaux, Grandjean (2015, p. 37) souligne que le résultat « *ne se mesure pas par la quantité de ses activités, mais par l'amélioration de la santé des personnes qui le fréquentent, la maîtrise du coût de ses productions et la qualité de service qu'il offre à ses patients.* ». Ainsi, la quantité de personnes soignée pour un type spécifique de pathologie correspondrait à la mesure de la production et non du résultat.

1.2.2 Identifier les dimensions plurielles de la performance hospitalière

Si la performance constitue le discours dominant du système hospitalier depuis au moins deux décennies, ces discours ne recouvrent pas tous le même sens pour les différents acteurs (Minvielle *et al.*, 2008; Teil, 2002). Ainsi, les personnels de santé ne perçoivent pas la performance comme les administratifs ou encore comme les usagers : « *la performance hospitalière est multidimensionnelle et s'exprime différemment selon l'échelle d'appréciation retenue, mais aussi selon les acteurs. Cette performance est alors évaluée par chacun comme un différentiel entre des attentes sociales et un réalisé.* » (Teil, 2002, p.14). A ce titre, plusieurs études montrent que la performance est perçue de manière distincte selon les parties-prenantes révélant ainsi que la performance ne peut s'apprécier qu'à partir d'un évaluateur donné (Bravi *et al.*, 2013; Mauro *et al.*, 2014; Minvielle *et al.*, 2008). Les parties-prenants sont l'ensemble des acteurs ayant un intérêt dans l'organisation. Il s'agit des acteurs internes, tels que les professionnels de santé, les personnels administratifs mais aussi externes comme les patients ou les financeurs.

En 2008, des chercheurs français ont conduit une étude sur la perception des dimensions constitutives de la performance hospitalière auprès de différentes parties prenantes (Minvielle *et al.*, 2008). Pour cela, ils se sont appuyés sur quatre dimensions de la performance à partir de quatre modèles existants dans la littérature :

(1) Le modèle rationnel d'atteinte des buts de l'organisation dans lequel la performance organisationnelle se mesure à la réalisation des buts de l'organisation ;

(2) Le modèle d'acquisition des ressources dans lequel la performance se mesure à la capacité de l'organisation à obtenir les ressources qui assurent sa viabilité et son développement tout en assurant sa capacité d'adaptation ;

(3) Le modèle de l'analyse des processus internes dans lequel la performance se mesure à la qualité des processus de production et de coordination de l'organisation ;

(4) Le modèle des relations humaines dans lequel la performance se mesure à la qualité du milieu de travail au plan humain.

A partir d'une étude quantitative menée auprès de soignants, de médecins et d'administratifs, les auteurs ont comparé les modèles théoriques aux réponses empiriques des répondants. Les résultats montrent que les différentes parties-prenantes de l'hôpital considèrent que les dimensions suivantes sont les plus importantes : les relations humaines, le climat organisationnel (les valeurs du service public et valeurs professionnelles) et la qualité de vie au travail.

Grandjean (2015) distingue trois parties prenantes comme étant les destinataires des services de soin pour des raisons distinctes : le citoyen, le contribuable et l'usager. Selon cette étude, « *le citoyen attend des politiques publiques qu'elles produisent de l'efficacité, c'est-à-dire qu'elles atteignent les objectifs de performance que le citoyen lui assigne* » comme par exemple améliorer l'accès à la greffe (Grandjean, 2015, p.39) ; « *le contribuable est attentif à la manière dont l'État gère ses ressources, avec efficience et productivité* » (Grandjean, 2015, p.39) ; enfin, « *l'usager attend une qualité de service maximale, répondant à ses besoins spécifiques* » (Grandjean, 2015, p.40). Dès lors, la mesure de performance selon ces trois approches est distincte puisque pour l'usager, la performance se mesure au moment où le soin lui est prodigué, pour le contribuable celle-ci se mesure par l'efficience qui compare les moyens consacrés aux soins aux résultats, pour le citoyen, enfin, la performance se mesure en termes de résultats d'amélioration de santé pour une population donnée.

Dès lors, une contradiction peut naître entre les intérêts de diverses parties prenantes puisque leurs points de vue peuvent être similaires ou opposés (Minvielle *et al.*, 2008). Ainsi, le système de santé est composé d'acteurs et de groupes aux représentations plurielles. La gouvernance agit ici comme un médiateur en vue de satisfaire les objectifs des différentes parties prenantes et d'obtenir une performance équilibrée.

2. La performance hospitalière dans le contexte spécifique des hôpitaux publics français

Le gouvernement français a mis en place une série de réformes de régulation depuis un peu plus de deux décennies qui ont pour effet d'instaurer des transformations majeures dans le fonctionnement et l'organisation internes des hôpitaux publics français dans le but d'améliorer

la performance des hôpitaux (Belorgey, 2010; Brami *et al.*, 2012; Dos Santos *et al.*, 2014; Georgescu, 2013; Moisdon, 2013). La création du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), de contrat d'objectifs et de moyens (COM), de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) ainsi que la création des agences régionales de santé (ARS), anciennement appelées agences régionales d'hospitalisation (ARH), de l'agence national de l'appui à la performance (ANAP) et Hospi Diag, montre les efforts soutenus de rationalisation du secteur.

Ainsi, les outils de pilotage de la performance implantés dans les hôpitaux sont plutôt le résultat d'obligations réglementaires que de volonté interne aux établissements puisque les réformes créent une obligation à élaborer des démarches de pilotage et ce, pour plusieurs raisons : pour satisfaire le besoin de suivi et de compréhension de la formation des coûts et des recettes à l'hôpital et ainsi contrôler le niveau de ressources des différentes activités hospitalières ; pour réfléchir aux rôles et aux responsabilités de chacun ; pour évaluer l'impact de l'hôpital sur son environnement (Burnel, 2017; Nobre, 2001). Pour répondre à ces besoins, les modalités de pilotage des établissements ont évolué avec l'implantation de nouveaux dispositifs de contrôle de gestion. Les hôpitaux publics français cessent donc d'être des organisations spécifiques qui échappent à la mesure, de par la nature de leur mission de soin, et font dorénavant partie d'un ensemble plus large des organisations publiques dont on doit mesurer, de la même manière que les organisations privées, la performance.

Dans un premier temps, nous présentons les lois qui ont soutenu le déploiement d'un pilotage de la performance dans les hôpitaux puis, dans un second temps, nous rendons compte des dispositifs ayant permis le développement de l'utilisation de mesures de performance et, enfin, nous donnons à voir les acteurs permettant le pilotage de la performance dans les hôpitaux publics français.

2.1 Les lois ayant soutenu le développement d'un pilotage de la performance des hôpitaux publics français

Les années 1970 amorcent une dynamique continue de transformation de l'hôpital public (Georgescu, 2013; Joncour, 2015). Le rythme des réformes n'a cessé depuis, marquant la volonté des pouvoirs publics de réorganiser l'offre de soins dans une logique économique afin de maîtriser les dépenses publiques. Les textes sont venus préciser le cadre législatif et ont réglementé progressivement le secteur. Trois volets de régulation permettent d'instaurer l'idée

d'un pilotage de la performance des hôpitaux publics français : des lois de planification de l'offre de soins, des lois de régulation budgétaire et des lois de transformation de l'organisation interne des hôpitaux.

2.2 Des lois de planification de l'offre de soins

2.2.1.1 *La planification sanitaire et les autorisations préalables à l'ouverture d'un établissement de santé*

La première grande loi structurelle dans le secteur hospitalier est la loi n° 70-1318 du 31 Décembre 1970. Elle a initié le processus de régulation de l'offre de soin avec l'introduction de la planification et le principe des autorisations administratives préalables à l'ouverture d'un établissement de santé. Elle ancre les fondamentaux de notre système hospitalier actuel. Depuis cette loi, l'État est entré dans une logique de structuration et de régulation du système de santé et de la place de l'hôpital au sein de celui-ci.

2.2.1.2 *La création des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS)*

La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 s'inscrit dans la continuité et le renforcement de la planification avec la création des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). L'hospitalisation publique se retrouve alors soumise au même régime d'autorisation et de carte sanitaire que l'hospitalisation privée par la création dans le code de la santé publique de la notion d'établissement de santé. Ainsi, ces deux entités sont soumises au même régime d'autorisation, ce qui facilite la planification de l'offre sanitaire.

2.2.1.3 *La création d'une instance régionale de régulation et de contrôle : l'agence régionale d'hospitalisation (ARH)*

L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 crée les agences régionales de l'hospitalisation et renforce ainsi la régionalisation. Cela permet de rassembler en une seule entité les décideurs au service de l'État et les financeurs, caisses de sécurité sociale compétentes. Selon Teil (2002, p.14), « *les réformes mises en place dans les années 1990 abondent dans cette recherche de vision partagée en établissant des points de rencontre entre les acteurs pour qu'ils échangent sur leurs univers respectifs et parviennent à partager leurs points de vue. Ainsi, la contractualisation entre l'ARH et les établissements, sur la base du projet*

d'établissement, a pour objet de faire partager à ces deux acteurs institutionnels leur vision de l'activité de l'établissement. ».

Les réformes suivantes de 2002 et de 2007 ont des objectifs similaires puisqu'il s'agit de moderniser l'hôpital, autrement dit d'accroitre sa réactivité, d'améliorer son pilotage, de maîtriser ses dépenses et d'assurer la qualité et la sécurité des soins.

2.3 Des lois de régulation budgétaire

Des orientations stratégiques inédites émergent dès les années 1970. L'État décide d'instiller progressivement un nouveau type de management et une logique de marché pour devenir plus efficient et plus compétitif selon les principes du New Public Management. La régulation de la gestion des dépenses des établissements de santé s'appuie sur un levier simple : celui des modalités de financement des hôpitaux.

2.3.1.1 *Des tentatives de régulation budgétaire : du prix de journée au budget global*

Tout d'abord, le prix de journée est adopté comme mode de financement. La tutelle part des besoins de l'hôpital pour déterminer le niveau de ses recettes. Cette façon de faire est rapidement remise en cause car le prix de journée ne permet pas la maîtrise des dépenses et est jugé trop inflationniste. Dès 1983, les conditions selon lesquelles sont fixées les ressources de l'hôpital sont modifiées par l'introduction du budget global afin d'améliorer encore davantage la gestion des dépenses.

2.3.1.2 *La création de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie*

La création de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) en 1996 suit la même logique de maîtrise des dépenses que celle initiée par le budget global. L'ONDAM vise à fixer une enveloppe limitative des dépenses afin de réduire les déficits de la Sécurité sociale. Le taux d'évolution et le montant de cette enveloppe sont fixés chaque année dans la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS). Cette loi vise à améliorer le pilotage des finances sociales en orientant la gestion vers une logique d'équilibre entre objectifs et résultats obtenus. Ainsi la LOLFSS tend à diffuser le pilotage par la performance au niveau des services de la Sécurité sociale. Ainsi dès 1996, des objectifs de performance apparaissent avec la formalisation des relations entre l'État et les caisses nationales de Sécurité sociale qui fixe des objectifs en termes d'équilibre financiers des finances

sociales. En effet, des objectifs sont introduits à travers des contrats pluriannuels de gestion entre les caisses nationales et les caisses locales. L'hôpital est considéré comme le pilier du système de santé puisqu'environ 46% de l'ONDAM est aujourd'hui consacré aux hôpitaux, le reste étant réparti entre les soins de ville, les médicaments et le médico-social.

2.3.1.3 *La mise en place de la tarification à l'activité (T2A)*

L'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 s'inscrit dans le Plan Hôpital 2007 qui introduit la tarification à l'activité, appelée aussi T2A, ainsi que la nouvelle gouvernance hospitalière. Le changement de modalité de financement avec la T2A marque un tournant : il s'agit de payer l'établissement en fonction de son activité effectivement réalisée, mesurée par des groupes homogènes de séjours (GHS) qui correspondent à la traduction tarifaire des groupes homogènes de malades (GHM) établis par le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Les tarifs associés au GHS prennent en compte l'ensemble des soins prodigués durant les séjours hospitaliers, soins associés à des types de pathologies.

Le passage d'un budget global à la tarification à l'activité vise à mettre sur un pied d'égalité le secteur privé et le secteur public de la santé quant à leur modalité de financement. Celui-ci introduit une transformation majeure dans la gestion financière des hôpitaux publics et bouleverse les principes traditionnels du pilotage des recettes et des dépenses hospitalières. La T2A s'inscrit dans une approche qui repose sur deux dimensions : sur un financement fondé sur un mécanisme de prix fixes qui doit inciter les établissements à accroitre leur efficacité productive en améliorant leur efficience interne et sur une nouvelle gouvernance qui renforce les pouvoirs des directeurs afin de permettre un cadre propice à l'amélioration du fonctionnement interne des hôpitaux (Burnel, 2017, p.69). Elle vise à renforcer la responsabilité des acteurs en instaurant un contrôle de gestion et une comptabilité analytique permettant de suivre et d'inciter la gestion efficiente des services de soin. Ainsi, jusqu'à l'introduction de la T2A, le pilotage de la performance était moindre selon le site de l'ANAP.

En outre, certains financements viennent compléter ce dispositif car toutes les dépenses liées aux soins ne peuvent être prises en charge dans les GHS. Il existe ainsi des forfaits pour les urgences et pour les prélèvements et greffes d'organes ainsi que des suppléments journaliers pour les services de réanimation par exemple. Des enveloppes complémentaires aident également au financement des missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC).

2.4 Des lois pour améliorer la gouvernance des hôpitaux publics

2.4.1 L'obligation de structuration en pôle médical d'activité avec l'ordonnance du 2 mai 2005

L'organisation interne de l'hôpital, fondée sur la double hiérarchie du pouvoir médical et du pouvoir administratif, est fortement critiquée en raison de la complexité de son processus de décisions. Dans cette perspective, l'ordonnance du 2 mai 2005 prévoit, d'une part, la réorganisation des services et des départements de l'hôpital en pôles d'activités et, d'autre part, la mise en place d'une nouvelle gouvernance en confiant les pleins pouvoirs au directeur d'établissement (Vallejo *et al.*, 2020). Ainsi, le plan hôpital 2007, dont l'ordonnance du 2 mai 2005 constitue le volet « *gouvernance* », recentre le pouvoir afin de conférer de la souplesse au millefeuille bureaucratique.

L'ordonnance du 2 mai 2005 institue l'organisation des unités de soins en pôle d'activité médico-économique. Cette mesure constitue l'une des mesures phares de la nouvelle gouvernance hospitalière puisque ces pôles mettent un terme à l'organisation en service et sont définis librement et conformément au projet médical d'établissement. Ainsi, selon l'article L.6146-1 du Code de la Santé Publique, « *pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne*. ».

Pour ce faire, les établissements hospitaliers sont découpés en centres de responsabilité, dirigés par un médecin responsable de pôle et liés au directeur par une logique contractuelle. Derrière cette transformation de l'organisation interne des hôpitaux se dessinent des objectifs de productivité et d'efficience des soins (Sampieri-Teissier & Livolsi, 2019). Les acteurs de terrain sont ainsi considérés comme étant les plus compétents pour évaluer les ressources dont ils ont besoin.

Les missions du responsable de pôle sont définies dans l'article L6146-6 du Code de la Santé Publique : « *le praticien responsable d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre au sein du pôle la politique générale de l'établissement et les moyens définis par le contrat passé avec le directeur et le président de la commission médicale d'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise avec les équipes médicales, soignantes et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement technique du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités de structure prévues par le projet de pôle.* ».

2.4.2 La Loi HPST, Hôpital Patient Santé Territoire de 2009

2.4.2.1 *La transformation de l'organisation interne de l'hôpital*

La loi HPST (hôpital, patients, santé et territoires) du 21 juillet 2009 assoit une réforme majeure en modifiant encore davantage l'architecture générale de l'organisation interne de l'hôpital et en renforçant le pouvoir et les responsabilités des directeurs hospitaliers. L'objet de cette réforme est de redéfinir la cartographie des compétences afin de permettre l'optimisation du pilotage stratégique. La nouvelle architecture interne est détaillée aux articles L6143-1 à L6143- 7 du Code de la Santé Publique. Elle instaure la dissociation de la gestion, dont le ressort appartient au directoire, et du contrôle, qui incombe au conseil de surveillance. Les établissements publics de santé sont ainsi dirigés par un directeur assisté d'un directoire, et sont soutenus par un conseil de surveillance. L'élaboration du pilotage stratégique, relevant auparavant des prérogatives du conseil d'administration est dorénavant assurée par le directeur et est mise en œuvre opérationnellement à l'aide des contrats de pôles.

2.4.2.2 *Le conseil de surveillance*

Le conseil de surveillance vient se substituer au conseil d'administration dont les prérogatives étaient davantage stratégiques. Celui-ci voit ses missions se recentrer autour d'une fonction de consultation et de contrôle. Selon l'article L6143-1 du Code de la Santé Publique, « *le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement.* ». De plus, dans le cadre du contrôle de la gestion, le conseil de surveillance opère le lien avec l'agence régionale de santé (ARS). A ce titre, il « *communique au directeur général de l'agence régionale de santé ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion d'établissement. À tout moment, le conseil de surveillance opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission*. » (Article L6143-1 du CSP).

A titre exceptionnel, ce dernier joue un rôle décisionnel et peut délibérer sur le projet d'établissement ainsi que sur le compte financier et l'affectation des résultats. Les délibérations relatives au compte financier et à l'affectation des résultats sont exécutoires de plein droit dès leur réception par le directeur général de l'ARS. Enfin, le conseil dispose d'une compétence consultative à l'égard de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

2.4.2.3 *Le directoire*

Le directoire est une nouvelle instance qui soutient le directeur dans le pilotage de l'établissement. Le directeur, président du directoire, le concerte afin de veiller à la cohérence des projets de pôles avec le projet médical et avec l'ensemble du projet d'établissement. A ce titre, le vice-président du directoire est le président de la commission médicale d'établissement (CME). Cette instance est composée majoritairement de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique de l'établissement. La majorité de ces membres sont nommés par le directeur sur proposition du président de la CME. Dès lors, cette instance, conçue comme un lieu d'échanges, assure un pilotage médio-administratif. A titre d'exemple, le directeur consulte le directoire avant de conclure le contrat pluriannuel, de décider, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

2.4.2.4 *Le transfert des compétences au directeur d'établissement*

La loi HPST transfère les compétences de gestion du conseil d'administration au directeur. Ainsi, selon l'article L6143-7 du Code de la Santé Publique, « *le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement*. ». Cette nouvelle architecture implique des évolutions dans la nomination, le retrait d'emploi, l'évaluation et la formation du chef d'établissement. La nomination du chef d'établissement s'effectue dans le cadre d'une procédure où interviennent le Centre National de Gestion, le comité de sélection, le président du conseil de surveillance et le directeur général de l'ARS. Ce dernier dispose également de la compétence d'évaluation des chefs d'établissement.

2.4.3 La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement est un engagement présidentiel pour construire une politique globale en faveur des personnes âgées. Elle constitue une réforme de justice sociale qui vise à supprimer les inégalités avec une meilleure couverture des besoins, une participation financière réduite des usagers, un soutien renforcé aux personnes les plus dépendantes ainsi que la suppression de tout reste à charge pour les bénéficiaires de l'Allocation personnalisée de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

2.4.4 La loi relative à la modernisation de notre système de santé

La loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé s'articule autour de trois axes : la prévention, l'accès aux soins et l'innovation. L'objectif est de rendre le système de santé plus juste et plus efficace dans le monde d'aujourd'hui. L'innovation est celle de l'organisation des soins, en passant d'un système cloisonné, trop centré sur l'hôpital, à une médecine de parcours et de proximité, organisée autour du patient. C'est une loi de modernisation de l'hôpital public qui reconnait la spécificité du service public hospitalier. La loi de modernisation du système de santé entend ainsi renouveler l'approche du service public hospitalier, désormais ouvert à tous les établissements de santé, par la définition de trois grands types d'obligations que les établissements de santé du secteur public hospitalier devront respecter, quel que soit leur statut juridique :

- des garanties accordées aux patients pour faciliter l'accès aux soins ;
- des obligations dans le fonctionnement de l'établissement au service d'une meilleure prise en compte de la parole des usagers (participation des usagers à la gouvernance de l'établissement) ;
- des garanties contribuant à la qualité et l'accessibilité des soins au niveau des territoires.

La loi renforce également la coopération entre hôpitaux publics avec la création des groupements hospitaliers de territoire (GHT). Les GHT ont vocation à conduire les établissements publics de santé d'un même territoire à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient. Il s'agira, en particulier, à travers l'élaboration d'un projet médical partagé, de favoriser l'émergence de filières de soins territorialisées et d'organiser la gradation de l'offre de soins, dans une approche orientée patient afin de garantir une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Cette organisation permet d'offrir les meilleurs soins, au meilleur moment et au meilleur endroit pour les patients de chaque GHT.

2.5 Les outils ayant soutenu le renforcement de l'évaluation de la performance des hôpitaux publics français

Nous présentons ici plusieurs outils qui ont permis la collecte et l'utilisation de mesures de performance dans les hôpitaux publics français : le PMSI, l'ANAP et Hospi Diag.

2.5.1 Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) voit le jour en 1982 et est inspiré de l'expérience américaine des *Diagnoses Related Groups* (DRG) (Moisdon, 2018). Ce système d'information qui est d'abord utilisé en France pour décrire l'activité des hôpitaux, à partir de 1991, est ensuite utilisé dans un but de contrôle de gestion et dans une visée financière avec l'instauration d'une comptabilité analytique et de la tarification à l'activité (T2A). En effet, dans la mesure où les hôpitaux sont financés en fonction de leurs activités réellement réalisées, le PMSI fournit un dispositif important pour évaluer l'activité et ainsi la lier au financement (Pascal *et al.*, 2019). « *L'enjeu était celui d'un enrichissement considérable de l'information, notamment sur l'activité elle-même, la production de soins* » (Moisdon, 2018).

Les données du PMSI sont constituées après chaque hospitalisation en médecine, chirurgie ou obstétrique dans un établissement de santé. Chacune des hospitalisations mène à la création d'un résumé de sortie standardisé (RSS) qui est lui-même constitué d'un résumé d'unité médicale (RUM) correspondant au passage dans chaque unité médicale durant le séjour hospitalier d'un patient. Les RUM contiennent des informations médicales (diagnostic principal, diagnostic relié, diagnostic associés, actes médicaux, types de dosimétrie, type de machine, indice de gravité simplifié, données à visée documentaire) mais également administratives (identifiant RSS, numéro de l'établissement, date de naissance, sexe, code postal, numéro de l'unité médicale d'hospitalisation, dates et modes d'entrée et de sortie, provenance et destination, nombre de séances). L'ensemble des diagnostics est codé selon la Classification Internationale des Maladies-10e révision (CIM-10). L'ensemble des actes médicaux est codé selon la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM).

Chaque RSS est ensuite classé dans un groupe homogène de malades (GHM)[6] sur la base des données administratives et médicales. Le PMSI a ainsi permis d'attribuer une dimension économique à chaque GHM, selon l'étude nationale des coûts (ENC) effectuée auprès d'établissements pilotes– étude centrale dans le dispositif du PMSI. Les établissements de santé sont alors financés en fonction des données transmises à l'assurance maladie par les Agences

[6] Les GHM est une classification française adaptée qui correspond à la classification des Diagnosis related groups (DRG).

Régionales de Santé (ARS). Ainsi, l'un des objectifs de cette collecte de données est une meilleure gestion de l'argent public dédié à l'Assurance Maladie. Dès lors, le PMSI ne contient pas des résultats médicaux mais les données liées au remboursement d'un acte médical ou de la délivrance d'un médicament.

2.5.2 L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)

La loi HPST du 21 juillet 2009 a confié à l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) des établissements de santé et médico-sociaux le soin « *d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils dont elle assure le suivi de la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses*. »[7]. Instituée par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, l'ANAP permet donc un appui au développement des mesures de performance utilisées dans les établissements de santé.

2.5.3 Les bases de données fournies par Hospi Diag

Hospi Diag constitue un outil d'aide à la décision mis en ligne en février 2011 pour les établissements de santé et en avril 2014 pour le public et qui permet de mesurer la performance des établissements de santé publics ou privés qui pratiquent de la médecine, de la chirurgie ou de l'obstétrique, en comparaison avec d'autres établissements de santé. Les soixante-huit mesures de performance produites par Hospi Diag couvrent environ 1350 établissements de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO) publics et privés et sont organisées autour de cinq grands axes d'analyse et positionnés par rapport à des échelles de comparaison : activité, qualité des soins, organisation des soins, ressources humaines et finances. Hospi Diag résulte d'un travail porté par l'ANAP et d'un accord entre des experts métiers de plusieurs institutions (ANAP, DGOS, HAS, IGAS, ATIH). Selon le site data.gouv.fr, Hospi Diag a plusieurs fonctions :

[7] Extrait de la LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009.

(1) Connaître les résultats liés aux mesures de performance des différents établissements de santé sur le territoire grâce aux indicateurs ;

(2) Pouvoir comparer les établissements entre eux à partir d'une base de 1350 établissements MCO. Les établissements peuvent ainsi être comparés avec les établissements de leur région, les établissements de même profil d'activité ainsi qu'avec les établissements de même catégorie, par exemple entre CHU, entre CH, ou entre cliniques ;

(3) Dialoguer en interne : Hospi Diap permettrait de soutenir un dialogue entre les directeurs, médecins et soignants dans le pilotage interne des établissements ;

(4) Dialoguer avec les ARS : l'utilisation d'Hospi Diag vise à soutenir le dialogue entre les établissements et les ARS dans le cadre notamment de l'élaboration des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens.

Les mesures de performance fournies par Hospi Diag ainsi que leur analyse sont présentées ci-après.

2.5.3.1 *Les mesures de performance liées à l'activité des établissements de santé*

Les mesures de performance liées à l'activité médicale, chirurgicale et obstétrique, fournies par Hospi Diag, concernent principalement les parts de marché des activités sur la région et sur la zone qualifiée « *d'attractivité* » ainsi que les taux d'occupation des lits. Une seule mesure concerne l'enseignement et une autre la recherche et les publications. Ces mesures sont extraites d'un document Excel téléchargé sur le site d'Hospi Diag et représentent les dernières données disponibles[8]. Elles sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 - Les mesures de performance liées à l'analyse de l'activité des établissements de santé. Source : Hospi Diag 2019

A1	Part de marché globale en médecine sur la zone d'attractivité
A2	Part de marché globale en médecine sur la région
A3	Part de marché en chirurgie (HC) sur la zone d'attractivité
A4	Part de marché en chirurgie (HC) sur la région
A5	Part de marché en obstétrique sur la zone d'attractivité
A6	Part de marché en obstétrique sur la région
A7	Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la zone d'attractivité
A8	Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la région
A9	Part de marché en hospitalisation en cancérologie sur la zone d'attractivité
A10	Part de marché en hospitalisation en cancérologie sur la région
A11	Part de marché en séances de chimiothérapie sur la zone d'attrativité
A12	Pourcentage de l'activité représentée par l'hospital
A13	Pourcentage des GHM « recours / référence» dans l'activité
A14	Pourcentage des séjours de niveau de sévérité 3 et 4
A15	Enseignement
A16	Recherche et publications
A17	Pourcentage d'entrées en HC en provenance des urgences
A18	Taux d'utilisation/occupation des lits en médecine
A19	Taux d'occupation/utilisation des lits en chirurgie
A20	Taux d'occupation/utilisation des lits en obstétrique

[8] Aucune donnée n'était mise en ligne pour 2020 ou 2021.

2.5.3.2 *Les mesures de performance liées à l'activité globale des établissements de santé*

Les mesures de performance liées à l'activité globale sont principalement les nombre de résumé de sortie anonyme (RSA) en médecine, chirurgie et obstétrique, les nombres de séances de thérapies spécifiques (chimiothérapie, radiothérapie, hémodialyse) et d'actes chirurgicaux. Ils correspondent à l'analyse de la production de l'établissement. Le suivi au travers d'indicateurs du volume produit permet de comparer la production d'année en année.

Tableau 2 - Les mesures de performance liées à l'activité globale des établissements de santé. Source : Hospi Diag 2019

CI_A1	Nombre de RSA de médecine (HC)
CI_A2	Nombre de RSA de chirurgie (HC)
CI_A3	Nombre de RSA d'obstétrique (HC)
CI_A4	Nombre de RSA de médecine (ambulatoire)
CI_A5	Nombre de RSA de chirurgie (ambulatoire)
CI_A6	Nombre de RSA d'obstétrique (ambulatoire)
CI_A7	Nombre de séances de chimiothérapie
CI_A8	Nombre de séances de radiothérapie
CI_A9	Nombre de séances d'hémodialyse
CI_A10	Nombre de séances autres
CI_A11	Nombre d'accouchements
CI_A12	Nombre d'actes chirurgicaux
CI_A13	Nb d'ATU
CI_A14	Nombre d'actes d'endoscopies
CI_A15	Nb minimum de racines de GHM pour 80% des séjours
CI_A16	Nombre de réalisations des actes

2.5.3.3 *Les mesures de performance liées à l'organisation des établissements de santé*

Les mesures liées au processus concernent principalement la réduction des DMS avec l'indicateur « *IP-DMS* », le coût des personnels rapporté aux recettes, l'augmentation des taux de chirurgie ambulatoire.

Le développement de la chirurgie ambulatoire a été incité par des mesures mises en place en 2007 et 2008 puis en 2009 avec la version 11 des GHM qui impliquait « *une politique de tarification identique (entre le séjour en ambulatoire et le séjour de premier niveau de sévérité en hospitalisation classique)* » (Or *et al.*, 2013, p.13). A cet égard, l'indicateur tel que le taux de chirurgie ambulatoire mesure le dynamisme de la chirurgie ambulatoire dans l'établissement. Le mode de calcul est le suivant : est divisé le nombre de séjours chirurgicaux ambulatoires par le nombre total de séjours chirurgicaux et le résultat est multiplié par cent. Cet indicateur répond à une priorité actuelle des établissements de santé dans une perspective d'amélioration de la prise en charge des patients et de recherche d'efficience. D'après la fiche technique de cet indicateur présentée sur le site de l'ANAP, celui-ci peut être mis en lien dans l'analyse avec le taux d'occupation en chirurgie, la part de marché en chirurgie (et en chirurgie ambulatoire) sur la zone d'attractivité et sur la région ainsi qu'avec le taux des 18 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire et l'IP DMS Chirurgie. La fiche technique permet d'analyser l'indicateur en lien avec d'autres afin de rendre l'analyse plus pertinente.

Le calcul de la DMS quant à elle permet d'analyser les modifications liées au raccourcissement des prises en charge. « *Dès lors qu'elle introduit un paiement forfaitaire qui ne dépend pas de la durée de séjour, la T2A fournit, de fait, des incitations directes à réduire les coûts et donc raccourcir la durée des séjours. Il est attendu que les établissements y parviennent par le biais d'un fonctionnement plus efficient (en développant notamment les séjours ambulatoires).* » (Or *et al.*, 2013, p.13).

Tableau 3 – Les mesures de performance liées à l'analyse de l'organisation des établissements de santé. Source : Hospi Diag 2019

P1	IP - DMS Médecine (hors ambulatoire)
P2	IP - DMS Chirurgie (hors ambulatoire)
P3	IP - DMS Obstétrique (hors ambulatoire)
P4	Coût du personnel non médical des services cliniques
P5	Coût du personnel médical des services cliniques rapporté aux recettes
P6	Coût du personnel relatif aux services médico-techniques rapporté aux recet
P7	Poids des dépenses administratives, logistiques et techniques
P8_v2	Nombre d'examens de biologie par technicien
P9	ICR par salle d'intervention chirurgicale
P10	Taux de césarienne
P11	Taux de péridurale (accouchements par voie basse)
P12	Taux de chirurgie ambulatoire
P12_bis	Taux de chirurgie ambulatoire (GHM en C + 7 racines)
P13	Taux des 18 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire
P14	Taux d'utilisation des places en chirurgie ambulatoire
P15	Indice de facturation

2.5.3.4 *Les mesures de performance RH des établissements de santé*

Les indicateurs liés à la gestion des ressources humaines fournis par Hospi Diag sont liés principalement à la productivité, à l'absentéisme, au turn-over des professionnels ou au nombre d'ETP des personnels médicaux et non-médicaux. Ainsi, l'analyse de ces mesures de performance ne révèle qu'aucune de ces mesures ne prend en compte l'évaluation de la qualité des conditions de travail des professionnels de santé ou encore celle du climat organisationnel comme certains modèles théoriques le préconisent dans la littérature.

Tableau 4 – Les mesures de performance liées à l'analyse de la gestion des ressources humaines des établissements de santé. Source : Hospi Diag 2019

RH1	Nombre d'accouchements par obstetricien et sage-femme
RH2	Nombre d'ICR d'anésthésie par anesthésiste et IADE
RH3	Nombre d'ICR par chirurgien
RH4	Nombre d'IDE+AS par cadre infirmier
RH5	Nombre d'IADE par anesthésiste
RH6	Nombre de sages-femmes par obstétricien
RH7	Nombre moyen d'heures travaillées
RH8	Taux d'absentéisme du PNM
RH9	Turn-over global
RH10	Interim Médical

Tableau 5 – Les mesures de performance liées à l'analyse des équivalents temps plein (ETP) des établissements de santé. Source : Hospi Diag 2019

CI_RH1	ETP médicaux
CI_RH2	- dont médecins (hors anesthésistes)
CI_RH3	- dont chirurgiens (hors gynécologues-obstétriciens)
CI_RH4	- dont anesthésistes
CI_RH5	- dont gynécologues-obstétriciens
CI_RH6	ETP non médicaux
CI_RH7	- dont personnels de direction et administratifs
CI_RH8	- dont personnels des services de soins
CI_RH9	- dont personnels éducatifs et sociaux
CI_RH10	- dont personnel médico-techniques
CI_RH11	- dont personnels techniques et ouvriers

2.5.3.5 *Les mesures de performance liées à la qualité des établissements de santé*

Les mesures fournies par Hospi Diag sur la qualité des soins reflètent davantage la conformité à des normes techniques que les expériences vécues par les patients.

Tableau 6 - Les mesures de performance liées à l'analyse de la qualité des établissements de santé. Source : Hospi Diag 2019

Q1	Score agrégé de lutte contre les infections nosocomiale
Q2	TDP = Score de conformité du dossier patient
Q3	DEC = Conformité du délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation
Q4	DTN = Dépistage des troubles nutritionnels
Q5	TRD = Traçabilité de l'évaluation de la douleur
Q6	DAN = Score de conformité du dossier anesthésique
Q7	Exhaustivité et modalités d'organisation de la RCP en cancérologie
Q8	Niveau de certification
Q9	Cotation PEP Bloc Opératoire
Q10	Cotation PEP Urgences
Q11	Cotation PEP Médicaments

2.5.3.6 *Les mesures de performance financières des établissements de santé*

Les mesures financières concernent principalement le taux de marge brute, le taux de capacité d'autofinancement (CAF), durée de la dette, intensité de l'investissement, taux de vétusté et de renouvellement des équipements et des bâtiments, des créances et des dettes.

Tableau 7 – Les mesures de performance liées à l'analyse de la dimension financière des établissements de santé. Source : Hospi Diag 2019

F1_D	Taux de marge brute
F1_O	Taux d'EBITDA
F2_D	Taux de marge brute hors aides notifiées en AC
F2_O	Taux EBITDA hors aides notifiées en AC
F3_D	Taux de CAF
F3_O	Taux de CAF
F4_D	Taux de CAF nette
F4_O	Taux de CAF nette
F5_D	Durée apparente de la dette
F5_O	Durée apparente de la dette
F6_D	Ratio d'indépendance financière
F6_O	Ratio d'indépendance financière
F7_D	Encours de la dette / total produits
F7_O	Encours de la dette / total produits
F8_D	Intensité de l'investissement
F8_O	Intensité de l'investissement
F9_D	Taux de vétusté des équipements
F9_O	Taux de vétusté des équipements
F10_D	Taux de vétusté des bâtiments
F10_O	Taux de vétusté des bâtiments
F11_D	Taux de renouvellement des équipements
F11_O	Taux de renouvellement des équipements
F12_D	Taux de renouvellement des bâtiments
F12_O	Taux de renouvellement des bâtiments
F13_D	Créances patients et mutuelles non recouvrées en nom
F13_O	Créances patients et mutuelles non recouvrées en nom
F14_D	Dettes fournisseurs en nombre de jours d'exploitation
F14_O	Dettes fournisseurs en nombre de jours d'exploitation

2.5.3.7 *Les mesures de performance liées à l'organisation des établissements de santé*

Nous regroupons dans cette dernière catégorie les mesures de performance représentant le nombre de lits et de places installées, les mesures de performance liées à l'hôpital numérique ainsi que les mesures de performance relatives aux plateaux techniques.

Tableau 8 – Les mesures de performance liées au nombre de lits et places installés des établissements de santé. Source : Hospi Diag 2019

CI_AC1	Nb de lits installés en médecine
CI_AC2	- dont lits de soins intensifs
CI_AC3	- dont lits de surveillance continue
CI_AC4	- dont lits de réanimation
CI_AC5	Nb de places installées en médecine
CI_AC6	Nb de lits installés en chirurgie
CI_AC7	Nb de places installées en chirurgie
CI_AC8	Nb de lits installés en obstétrique
CI_AC9	Nb de places installées en obstétrique

Tableau 9 – Les mesures de performance liées à l'analyse de l'hôpital numérique des établissements de santé. Source : Hospi Diag 2019

CI_DF1	Taux d'informatisation des résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomo-pat
CI_DF2	Taux d'informatisation du DPII (Dossier Patient Informatisé et Interopérable
CI_DF3	Taux d'informatisation de la prescription alimentant le plan de soins
CI_DF4	Taux d'informatisation de la programmation des ressources et agenda du pat
CI_DF5	Taux d'informatisation du pilotage médico-économique

Tableau 10 – Les mesures de performance liées à l'analyse des plateaux techniques des établissements de santé. Source : Hospi Diag 2019

CI_E1	Nb de scanners
CI_E2	Nb d'IRM
CI_E3	Nb de TEP-SCAN
CI_E4_v2	Nombre de salles de radiologie vasculaire
CI_E5	Nb de salles d'intervention chirurgicale
CI_E6	Niveau de la maternité
CI_E7_v2	Nombre d'examens

La conception des mesures de performance, que nous avons présentée dans cette partie, montre l'écart entre les visions plurielles de la performance et ce qui est mesuré effectivement. Ces approches sont problématiques. En effet, soit la théorie définit la performance hospitalière à l'aide de listes de critères de performance souhaitables (efficience, qualité, satisfaction patient, climat organisationnel, etc.) sans pour autant fournir des indicateurs réels, soit la pratique révèle que les mesures de performance utilisées reflètent davantage la mesure de volume, que ce soit des volumes d'activité, des volumes de lits, des taux, ou encore des nombres d'ETP. Ces mesures ne semblent donc pas toujours en adéquation avec ce qui serait souhaitable de mesurer selon la littérature. Nous présentons maintenant les acteurs clés du pilotage de la performance hospitalière.

2.6 Les acteurs clés du pilotage de la performance hospitalière

Différents acteurs aident au pilotage de la performance hospitalière et ce pilotage dépend de leur implication.

2.6.1 La direction générale

Tout d'abord, la direction générale constitue le premier levier d'un projet de pilotage de la performance de l'établissement. Son rôle est d'initier la démarche et de fédérer les acteurs autour de cette démarche.

2.6.2 Le bureau des entrées

Les secrétaires médicaux placés aux bureaux des entrées ont pour mission d'accueillir les patients. Ils font office de premier contact entre les patients et leur hospitalisation. Ils permettent en outre d'assurer la gestion administrative des patients depuis leur entrée à leur sortie de l'établissement. Ils effectuent ainsi le lien entre les caisses d'assurance maladie obligatoire et complémentaire et se chargent de facturer les séjours et/ou les actes et prestations au bon débiteur.

2.6.3 Les acteurs du contrôle de gestion et des finances

Les acteurs du contrôle de gestion et des finances jouent un rôle central dans ce pilotage. La littérature identifie quatre missions associées au rôle de contrôleurs de gestion (Bollecker,

2007) : une mission de surveillance des activités, une mission d'aide au pilotage consistant en des conseils donnés aux décideurs et en une assistance méthodologique dans l'utilisation des outils de contrôle, une mission de coordination verticale et horizontale et enfin, une mission de changement. Ainsi, les contrôleurs de gestion peuvent jouer un rôle de médiateur de changement (Douma *et al.*, 2019) et peuvent aider à la facilitation des compromis au sein des organisations dans le processus de commensuration (Jerman *et al.*, 2020). Les acteurs du contrôle de gestion collectent l'information relative à la performance de l'établissement dans le but d'aider au pilotage. Grâce au système d'information de l'hôpital, ils produisent des informations essentielles au pilotage mais en sont également des utilisateurs. Ces acteurs sont les relais de la direction générale et œuvrent à la mise en place d'un système d'information décisionnel. Ils conçoivent et mettent en œuvre des méthodes et outils de gestion permettant d'assurer l'utilisation efficiente des ressources de l'établissement et l'exercice du contrôle de gestion. Ils conseillent les décideurs vis-à-vis du développement des activités médicales.

Ainsi, les acteurs du contrôle de gestion assurent non seulement une fonction instrumentale de production d'outils de gestion mais aussi une fonction relationnelle d'appui au dialogue de gestion interne entre les responsables des pôles médicaux et la direction et entre l'établissement et sa tutelle. Les acteurs de la direction des finances jouent eux aussi un rôle important dans le pilotage et le suivi de l'activité. En effet, ils assurent la mise en adéquation entre les recettes et les dépenses de l'établissement. Ils traitent les opérations budgétaires. Ils sont chargés de suivre et de contrôler la procédure budgétaire et les impacts financiers associés en collaboration avec les acteurs internes et externes dans un contexte pluriannuel.

2.6.4 Les acteurs du département de la facturation

Les acteurs du département de la facturation ont pour mission de connaître les règles de facturation et les tarifs de l'activité médicale en vigueur à l'hôpital et de faire le lien avec le financement des établissements. Ils sont en lien avec le service du département d'information médicale et jouent un rôle dans l'optimisation des recettes de l'hôpital ainsi que dans l'amélioration du parcours patient. A cet égard, ils utilisent des outils de suivi des recettes et créent également des tableaux de bord adaptés.

2.6.5 Les acteurs du département des opérations et de la performance (DOP)

Largement implantée dans le secteur industriel, la fonction de direction des opérations et de la performance a pour but de décliner la vision stratégique de l'établissement en différents niveaux opérationnels en proposant des projets d'optimisation interne ainsi que les outils de pilotage associés. Elle gère la production et les marges, le respect des engagements contractuels de production, la mise en place et l'application de procédures opérationnelles, le reporting et l'évaluation auprès de la direction générale. En privilégiant l'analyse des processus et l'analyse de la production de soins à travers les notions de flux et de ressources mobilisées, la fonction de direction des opérations et de la performance se positionne dans une réflexion organisationnelle afin de proposer une expertise dans les problématiques d'optimisation des processus et de répondre ainsi aux exigences d'efficience. Elle travaille à cet égard dans le but d'une rationalisation et d'une optimisation dans le contexte de complexité de l'hôpital.

2.6.6 Les acteurs du département de l'information médicale (DIM)

La direction de l'information médicale collabore avec la direction générale de l'établissement et le corps médical afin de les impliquer dans le pilotage stratégique et financier de l'établissement. Cette fonction suppose une culture médicale ainsi que des compétences en traitement informatique des données et en analyse financière. Elle organise le recueil des données médicales ainsi que leur circulation et leur traitement. Les informations collectées sont traitées afin de déterminer la partie des financements des établissements liée à l'activité. A ce titre, la valorisation des activités de soins est un enjeu significatif du département d'information médicale dans la mesure où la tarification à l'activité est un mode de financement fondé sur l'allocation de ressources financières liée à la nature et au volume des activités réellement réalisées. Les techniciens de l'information médicale (TIM) assurent un rôle important d'accompagnement des médecins afin de les aider à coder leurs activités médicales dans le système d'information hospitalier. Enfin, cette fonction joue un rôle dans la production de rapport d'activité.

2.6.7 Les acteurs des pôles médicaux

Les acteurs des pôles médicaux sont des destinataires majeurs de l'information relative à la performance des services car ce sont eux les responsables de la production de soins. Ainsi, les acteurs s'appuient sur cette information afin de pouvoir évaluer leurs objectifs de performance

et suivre le contrat du pôle. Les médecins sont également des utilisateurs en transmettant l'information sur les données des soins puisque ce sont eux qui codent les actes médicaux dans le PMSI. Les responsables des pôles médicaux que sont le médecin chef de pôle, le médecin adjoint au chef de pôle, le cadre administratif et le cadre supérieur de santé jouent également un rôle important dans le management de proximité des différents chefs de département du pôle autour des mesures de performance.

Après avoir décrit le contexte de l'utilisation des mesures de performance dans le contexte spécifique des hôpitaux publics français, nous nous tournons maintenant vers l'analyse de tensions issues de l'utilisation de ces mesures dans le contexte des organisations de santé.

3. L'utilisation controversée des mesures de performance dans le contexte des organisations de santé

Nous présentons dans cette sous-partie les travaux empiriques, menés dans les organisations de santé, qui rendent compte des tensions issues de l'utilisation de mesures de performance. Nous avons catégorisé ces tensions de la manière suivante :

(1) Les tensions entre l'utilisation des mesures de performance et les missions des hôpitaux publics, d'une part, et les principes du service public hospitalier, d'autre part ;
(2) Les tensions entre l'utilisation des mesures de performance et l'autonomie des professionnels de santé ;
(3) Les tensions entre la conception des mesures de performance et le caractère multidimensionnel de la performance des organisations de santé ;
(4) Les tensions induites par les effets délétères de l'utilisation de mesures de performance dans les organisations de santé.

Ces tensions suggèrent que les mesures de performance dans les organisations de santé, bien qu'étant largement utilisées, restent controversées.

3.1 Les tensions entre l'utilisation des mesures de performance et les missions des hôpitaux publics, d'une part et, les principes du service public hospitalier, d'autre part.

Les organisations de santé présentent des défis de performance uniques en combinant des rationalités plurielles comme celles des soins et de l'efficience (Brami *et al.*, 2012). Ainsi, la poursuite d'objectifs de performance combinée à la production de soins est particulièrement ardue dans une organisation qui n'est pas conçue à l'origine pour des objectifs de productivité (Chua & Preston, 1994). A cet égard, la littérature en contrôle souligne que l'utilisation des mesures de performance au sein des organisations de santé peut être considérée comme problématique en raison de la complexité de ces organisations, de leur mission spécifique et du pluralisme des professions (Reay & Hinings, 2009). Conjuguer productivité et prise en compte singulière des besoins des patients poserait ainsi de réels défis aux professionnels de santé (Horner *et al.*, 2012).

Les auteurs soulignent par ailleurs que les organisations hospitalières sont traversées par différents mondes, rendant compte de potentielles tensions entre notamment le contrôle de gestion et les missions de soin : « *le « monde » des services de santé connaît depuis longtemps une différenciation en quatre mondes distincts, c'est-à-dire en quatre ensembles d'activités, quatre modes d'organisation, quatre mentalités qui fonctionnent en vase clos.* » (Glouberman & Mintzberg, 2002, p.12). Ces mondes se distinguent de par leur fonction : le monde du traitement (« *cure* »), décrit comme le monde de la communauté médicale, fonctionne selon un ensemble de chefs ; le monde des soins (« *care* »), dispensés spécifiquement par les infirmiers, fonctionne selon une autre hiérarchie ; le monde du contrôle est régi par l'administration ; le monde enfin de la communauté représente les membres du conseil d'administration non redevables à la hiérarchie (Glouberman & Mintzberg, 2002). Dès lors, ces auteurs montrent qu'un clivage peut s'exercer entre ces mondes comme par exemple entre le monde des soins (infirmiers) et celui du contrôle (gestionnaire).

D'autres auteurs ont encore démontré que dans le secteur de la santé, trois sphères de valeurs différentes sont combinées dans un compromis : « *le monde civique qui assigne des objectifs d'égalité, le monde domestique qui assure la proximité, le monde industriel qui permet d'outiller la réforme.* » (Orvain & Angelé-Halgand, 2011, p.16). Néanmoins, ces auteurs soulignent que l'association de ces mondes dans un compromis n'efface pas pour autant les

oppositions que ceux-ci entretiennent. En effet, en introduisant des outils de mesure de l'efficience, les auteurs regrettent que la T2A incite à augmenter la production de soins qui semble induire certaines dérives, comme la baisse de l'efficacité ou encore l'augmentation de freins à l'innovation thérapeutique (Angelé-Halgand & Garrot, 2014; Orvain & Angelé-Halgand, 2011). A ce titre, les auteurs soulèvent des questions importantes sur la pertinence de l'introduction du NPM dans les hôpitaux publics (Halgand, 1997).

Les auteurs qualifient, de surcroît, ce contexte de « *crise identitaire* » pour les hôpitaux, caractérisé par des tensions et des contradictions autour d'un « *monde qui oscille entre entreprise et institution* » (Brémond *et al.*, 2013, p.80). Les soins aux patients représentent le cœur de la mission hospitalière puisqu'il s'agit d'améliorer l'état de santé des patients pris en charge. Les soins ont donc pour but de soulager ou de guérir les personnes malades, handicapées ou en perte d'autonomie. Ces prises en charge s'inscrivent dans un parcours de soin, depuis l'entrée du patient à sa sortie de l'établissement. Plus ou moins complexes, les prises en charge varient en durée et nécessitent une intervention plus ou moins importante de la part des spécialistes, médecins et chirurgiens. Ainsi, l'hôpital accueille aussi bien des personnes ayant besoin d'être opérées ponctuellement pour une fracture que des personnes atteintes de maladie chronique qui reviennent régulièrement ou encore, des personnes socialement démunies qui, de par leur état de santé dégradé, ont recours régulièrement aux soins de l'hôpital public. Dès lors, si les médecins font le serment d'Hippocrate qui suggère une primauté du point de vue du patient, ceux-ci sont confrontés à des dilemmes lorsqu'ils doivent également prendre en compte des objectifs de quantification (Malmmose, 2015).

En effet, l'utilisation de mesures de performance peut entrer en conflit avec ce que les professionnels de santé considèrent être « *juste* » dans le contexte des soins aux patients avec l'émergence de soins *low cost* (Belorgey, 2010). Des recherches antérieures ont de surcroît mis en lumière que l'augmentation de la charge de travail des médecins, causée par la recherche de productivité des soins, peut potentiellement affecter les résultats pour la qualité et la sécurité des soins des patients (Horner *et al.*, 2012; Rogers *et al.*, 1990). La tâche de poursuivre des objectifs de performance peut également entrer en tension avec les activités de recherche[9] et

[9] L'activité de recherche est réalisée dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) par les praticiens hospitaliers, professeurs universitaires (PUPH) majoritairement. Elle a pour fonction de produire un savoir scientifique fondamental ou clinique.

d'enseignement. En effet, en raison de l'accroissement de l'intensité du travail lié à l'augmentation de la production des soins, les médecins sont confrontés à du surrégime (Grima *et al.*, 2019) et risquent de ne pas avoir assez de temps pour réaliser leurs autres missions. Dans ce contexte, les médecins ou chirurgiens qui réalisent ces activités de recherche peuvent avoir, en parallèle des activités de soins, des activités d'enseignement, voire des activités de représentation de la communauté médicale (chef de département, chef de pôle, chef de la communauté médicale d'établissement) auxquelles sont associées des charges administratives[10].

En outre, les hôpitaux publics français sont fondés sur trois principes majeurs. Le premier principe est défini comme un devoir de garantir une égalité d'accès aux soins à toute personne sans discrimination quelle que soit son revenu, ses croyances ou ses opinions. Le deuxième principe est défini comme un devoir de continuité d'accès aux soins. Celui-ci impose un système de permanence des soins avec un service minimum d'accueil en urgence même en cas de grève afin d'assurer l'ensemble des traitements prescrits aux patients. Le troisième principe est défini comme un devoir d'adaptabilité des organisations hospitalières aux besoins de santé des populations. Ce principe suppose la nécessité de réorganisations et de mutations réalisées en vue de l'intérêt général.

Les auteurs qualifient cette coordination entre les principes marchands et les principes du service public hospitalier de « *problématique* » dans la mesure où plusieurs valeurs sont en jeu, notamment les valeurs civiques (« *remédier solidairement à des inégalités de dépendances* ») (Thévenot, 2001 p.8) et les valeurs marchandes de compétitivité (Thévenot, 2001). Dès lors, plusieurs auteurs analysent cette combinaison (Batifoulier *et al.*, 2008, 2011) que Thévenot (2001, p.7) qualifie de paradoxal : « *défendre la concurrence pour l'intérêt général du consommateur* ».

[10] L'activité d'enseignement est également réalisée dans les CHU par les PUPH qui ont pour but de former les générations futures aux différentes spécialités médicales en leur permettant de compléter leur cursus universitaire par des stages, notamment dans le cadre de leur internat.

Si ces enjeux sont importants, nous analysons ci-après les tensions entre l'utilisation des mesures de performance et l'autonomie des professionnels de santé.

3.2 Les tensions entre l'utilisation de mesures de performance et l'autonomie des professionnels de santé : interroger la question de la compliance et des compromis

Les chercheurs ont souligné que la reddition des comptes dans les organisations de santé est soutenue par l'utilisation croissante de mesures de performance et l'introduction des principes du NPM (Augé *et al.*, 2018; Barreda, 2018; Chang, 2015; Pettersen & Solstad, 2014; Pollitt, 2017) et entre en concurrence avec la logique professionnelle médicale auparavant dominante (Reay & Hinings, 2009). Ainsi, malgré la résistance des médecins, l'utilisation d'outils comptables s'est imposée à eux avec une obligation de rendre compte de leurs résultats (Jacobs, 2005). A ce titre, les indicateurs de performance sont perçus comme une nouvelle forme de contrôle externe de la profession médicale ainsi qu'une nouvelle forme de régulation de la qualité là où antérieurement la profession médicale était garante de celle-ci (Schilte & Minvielle, 2008). Ces utilisations peuvent conduire au recul sinon à la perte de l'autonomie médicale fondée sur le contrôle clanique et les valeurs professionnelles (Freidson, 1985; Ouchi, 1979).

Covaleski & Dirsmith (1983) suggèrent que les organisations telles que les hôpitaux peuvent être considérées comme des systèmes faiblement couplés dans la mesure où ces organisations ont recours à un contrôle bureaucratique conforme aux attentes de la société tout en conservant les avantages de l'utilisation du contrôle clanique et du jugement professionnel dans le travail infirmier et clinique. Cependant, des auteurs soulignent que l'intégration de pratiques de contrôle de gestion dans des organisations professionnelles risque de créer un choc des cultures (Abernethy & Stoelwinder, 1995). Ayant étudié des hôpitaux australiens, les auteurs soutiennent que des conflits peuvent survenir lorsque des professionnels à forte autonomie sont confrontés à des systèmes de contrôle de gestion utilisés pour contrôler leurs résultats et leurs comportements.

Dans ce contexte, l'usage des outils de gestion a été analysé au niveau des professions à travers la notion d'hybridation des médecins devenus des médecins-gestionnaires (Byrkjeflot & Jespersen, 2014; Kurunmäki, 2004; Mcgivern *et al.*, 2015). A ce titre, cette littérature en

contrôle montre des résultats contradictoires en révélant des phénomènes de résistance et de compliance des médecins à l'égard des pratiques comptables.

En 2001, une étude menée dans des hôpitaux de Nouvelle-Zélande révèle que des médecins devenus des managers de leur unité se sont acculturés à utiliser des mesures de performance et ont construit une identité managériale (Doolin, 2001). Cependant, les auteurs montrent que ces médecins ont agi en grande majorité pour absorber le changement plutôt que pour le défendre de manière active. Les tentatives de transformations culturelles et de changements organisationnels à l'hôpital étudié peuvent être considérées, selon les auteurs, comme un conflit fondamental entre les priorités de survie organisationnelle économique dans un marché de la santé de plus en plus concurrentiel et le maintien d'un ordre interne négocié au niveau de l'organisation du travail. La rhétorique de la rationalité du marché et les conceptions économiques de l'efficience et de l'efficacité exercent une pression sur les professionnels au sein des hôpitaux. Les auteurs soutiennent que le découplage est une forme de résistance dans laquelle les participants organisationnels semblent accepter les changements organisationnels à des fins de légitimation externe, mais résistent à l'application pratique des changements dans les activités opérationnelles internes.

Une étude dans des hôpitaux finlandais publiée en 2004 a décrit une hybridation des médecins qui ont acquis des compétences gestionnaires de calcul au contact des outils comptables (Kurunmäki, 2004). Si cette étude reflète une appropriation par les médecins des outils comptables, celle-ci ne nous permet pas, néanmoins, de comprendre la manière dont les médecins ont élaboré des compromis sur le terrain pour accepter ces usages. En outre, les résultats de cette étude ne sont qu'en partie confirmés par Jacobs (2005) qui met en évidence des tensions entre la culture comptable et la culture médicale en soulignant la résistance des médecins à la culture comptable avec un phénomène de polarisation.

En 2009, une étude longitudinale est menée en Suède sur l'utilisation du balanced-scorecard qui est un outil de pilotage de la performance avec des mesures de performance dites équilibrées avec des mesures financières et non-financières (Aidemark & Funck, 2009). Les entretiens donnent une image unanime du succès de l'utilisation des mesures de performance qui s'intègrent très bien dans l'organisation pour le développement de la qualité des soins.

Cependant, cette étude ne nous révèle pas les mécanismes sous-jacents à cette compliance ou aux compromis qu'ont dû faire les médecins ni ne nous révèle les tensions qui ont été

potentiellement induites par ces utilisations. Dès lors, bien que ces approches soient significatives pour notre compréhension de l'utilisation des mesures de performance, celles-ci n'expliquent pas comment des tensions et des compromis peuvent émerger lors de l'utilisation des mesures dans de tels contextes. Nous présentons dans la sous-section suivante les tensions liées à la conception des mesures de performance et au caractère multidimensionnel de la performance hospitalière.

3.3 Les tensions entre la conception des mesures de performance et le caractère multidimensionnel de la performance hospitalière

Comme nous l'avons vu dans le début de ce chapitre, de nombreux auteurs préconisent des critères multidimensionnels pour mesurer les différents aspects de la performance hospitalière (Guisset *et al.*, 2002; Minvielle *et al.*, 2008; Teil, 2002). Cependant, des études montrent que malgré l'existence de critères multiples, les auteurs se focalisent sur l'analyse de certains indicateurs en particulier.

Une étude publiée en 2006 dans le secteur hospitalier norvégien montre qu'il existe des faiblesses évidentes associées à la conception des mesures de performance dans les hôpitaux (Pettersen & Nyland, 2006). Ces faiblesses proviennent principalement, selon les auteurs, du fait que certaines activités comme l'éducation et la formation du personnel professionnel ou encore comme les ressources investies dans les services et les activités de recherche ne sont pas directement incluses dans la conception des mesures de performance.

Des recherches ont ainsi montré que l'analyse de la performance hospitalière pouvait être réalisée seulement sous le prisme de l'analyse de l'efficience à travers l'étude de la durée moyenne de séjour afin d'établir une comparaison inter-établissement (McDermott & Stock, 2007).

Une étude fondée sur une approche qualitative a été réalisée en Finlande en 2012 afin de comprendre les défis spécifiques auxquels les organisations de santé sont confrontées lors de la conception des systèmes de mesure de performance (Saunila *et al.*, 2012). Les auteurs soutiennent que mesurer l'impact à long terme des soins est considéré comme difficile. Ainsi, ils soulignent qu'il est plus difficile de mesurer les résultats à long-terme que de mesurer ceux de la production. Ils indiquent que c'est probablement pour cette raison que les mesures liées au processus de production sont plus les couramment utilisées dans le secteur de la santé.

Dans une revue systématique en 2014, des auteurs identifient les principaux indicateurs d'évaluation de la performance hospitalière tels qu'ils sont employés dans la littérature (Rahimi *et al.*, 2014). Leur étude montre qu'au total, l'utilisation de 218 indicateurs a été trouvée dans la littérature. Cependant, la durée moyenne de séjour (DMS), le taux d'occupation des lits ainsi que le taux de turn-over des patients dans les lits ont été utilisés le plus fréquemment dans l'évaluation de la performance hospitalière, révélant ainsi que les évaluateurs de la performance hospitalière sont principalement intéressés par l'utilisation d'indicateurs quantitatifs, représentatifs de l'efficience des hôpitaux.

Si ces études révèlent une problématique certaine, d'autres travaux empiriques démontrent les effets négatifs de l'utilisation des mesures de performance dans les organisations de santé. Nous présentons cette série de travaux ci-après.

3.4 Les tensions liées aux effets négatifs de l'utilisation de mesures de performance dans les organisations de santé

Les travaux que nous avons collectés sur les effets inattendus de l'utilisation de mesures de performance dans les organisations de santé sont issus de journaux spécialisés en soins infirmiers, en médecine, en santé, en management public et en contrôle de gestion. La littérature antérieure souligne plus largement que la T2A est susceptible de faire émerger des incitations perverses induisant des comportements non souhaités comme la sélection des patients à bas risque (*creaming*), le renvoi précoce des patients à domicile (*dumping*), le frein d'adoption d'innovations thérapeutiques ou de comportements collaboratifs, ou encore le transfert vers d'autres structures de soin (Angelé-Halgand & Garrot, 2014; Ellis, 1998; Ellis & McGuire, 1986; Miraldo *et al.*, 2006; Or *et al.*, 2013). De surcroît, Cots *et al.* (2011) ont montré que l'utilisation des GHM influence trois stratégies en incitant à : (1) réduire les coûts par patients (en réduisant les DMS et l'intensité des soins, en sélectionnant les patients), (2) accroître le niveau de recettes par patients (en changeant les pratiques de codage et les modalités de prise en charge), (3) accroître le nombre de patients (en modifiant les pratiques d'admission et en améliorant la réputation de l'hôpital).

En 1985, une étude souligne les inquiétudes liées aux effets de l'utilisation de pratiques de calcul fondées sur les GHM dans les hôpitaux dans le cas spécifique des unités de soins intensifs (Coulton *et al.*, 1985). En effet, dans la mesure où les hôpitaux traitent une proportion élevée de patients gravement malades, les chercheurs se sont interrogés pour savoir si les GHM

reflétaient la réalité des coûts pour des hôpitaux qui recevaient un nombre de patients plus élevés que d'autres hôpitaux. Les auteurs montrent que l'utilisation de GHM peut représenter de sérieux problèmes dans le cas spécifique des unités de soins intensifs puisque les paiements estimés pour les unités de soins intensifs sont nettement inférieurs aux coûts dans cette étude. Ainsi, un hôpital avec un plus grand pourcentage de patients en soins intensifs que l'échantillon d'origine sur lequel les valeurs relatives des GHM ont été calculées recevra des paiements inférieurs à ses coûts. Les auteurs soulignent ainsi que la balance déséquilibrée entre les dépenses engagées par l'hôpital et les recettes est susceptible de faire craindre des pertes financières aux dirigeants des hôpitaux. Les auteurs mettent ainsi en évidence les risques de ces observations qui peuvent conduire à des décisions d'admettre moins de patients nécessitant des soins intensifs ou de réduire le nombre de lits en soins intensifs.

En 1993, des travaux ont mis en évidence les tensions et les difficultés créées par l'utilisation de mesures de performance (Smith, 1993). Nous l'avons vu dans la première section, cette étude identifie sept effets négatifs des mesures de performance : vision en tunnel, sous-optimisation constitue, myopie, convergence, ossification, jeu, fraude.

Une étude comparative publiée en 2002 et menée dans six pays d'Europe révèle des évolutions communes liées à l'intensification de la charge de travail du personnel soignant sous le triple effet d'une limitation des effectifs pour des raisons économiques, d'une demande sociale accrue d'amélioration de la qualité des soins et d'une carence de main d'œuvre (Baret, 2002).

En 2005, une étude montre que la communication publique de mesures de performance liées à la qualité des soins produit des effets inattendus (Werner & Asch, 2005). En effet, malgré les intentions d'amélioration de la qualité associées à ces utilisations, les auteurs soutiennent que la communication publique peut avoir des conséquences imprévues et négatives sur les soins de santé. Ces conséquences involontaires incluent le fait, d'une part, d'inciter les médecins à éviter de prendre en consultation certains patients malades dans le but d'améliorer leur classement de qualité, d'autre part, d'encourager les médecins à atteindre des taux cibles pour les interventions de soins de santé même lorsque cela est inapproprié chez certains patients, et, enfin, de ne pas tenir compte des préférences des patients et du jugement clinique. Ainsi, selon les auteurs, les informations relatives à qualité des soins, lorsqu'elles sont rendues publiques, peuvent par inadvertance réduire, plutôt qu'améliorer, la qualité des soins. Compte tenu de ces limites, les auteurs préconisent de réévaluer le rôle des mesures de performance dans le cadre de la recherche d'amélioration de la qualité.

En 2007, des médecins publient une réflexion sur les conséquences inattendues des mesures de performance sur un service prenant en charge des patients atteints de pneumonie (File & Gross, 2007). Les auteurs soutiennent que si les mesures de performance doivent être utilisées comme base pour les rapports publics, le rapport devrait prendre en compte des taux réels avec une limite réaliste au lieu d'une conformité à 100 % afin d'éviter la manipulation des données. En effet, les auteurs soulignent qu'il y a une réelle pression pour que les hôpitaux et les médecins conduisent leurs actions sur la base de ces mesures plutôt que sur ce qui est le mieux pour le patient. Ils préconisent ainsi d'évaluer la pertinence des mesures de performance pour les patients. En outre, ils soutiennent qu'un écart existe entre les systèmes de paiement à la performance qui excluent de nombreuses catégories de patients et le monde réel dans lequel tous les patients sont inclus.

En 2011, un article spécialisé en management public est publié sur les effets inattendus des objectifs de performance associés aux temps de réponse et d'intervention en huit minutes du service ambulancier au Royaume-Uni (Wankhade, 2011). Les auteurs confirment plusieurs éléments des études menées par Smith (1993, 1995) : vision en tunnel, myopie, ossification, sur-optimisation. Les auteurs remettent ainsi en cause l'efficacité du système de mesure de performance actuel du service ambulancier au Royaume-Uni. Actuellement le système privilégie une réponse en huit minutes (catégorie A) au lieu de dix-neuf minutes (catégorie B) même quand cela n'est pas nécessaire. Ainsi, les auteurs montrent que l'objectif de huit minutes a profondément changé le fonctionnement des ambulanciers. Leurs résultats révèlent ainsi qu'un seul objectif domine et a déformé les priorités des services ambulanciers.

Une étude publiée dans un journal international de médecine et menée en 2012 identifie vingt effets négatifs des systèmes de mesure de performance sur les organisations de santé (Mannion & Braithwaite, 2012). Ces effets sont regroupés dans quatre grandes catégories : pauvreté de la mesure ; incitations et sanctions déplacées ; rupture de confiance ; politisation des systèmes de mesure. Les vingt effets sont les suivants :

(1) Le problème du choix des mesures : l'accent est mis sur la réalisation de l'objectif plutôt que sur la réalisation de ce que signifie réellement la mesure. Les auteurs prennent l'exemple d'un objectif de réduire l'attente aux urgences à cinq minutes pour les patients afin d'améliorer le dispositif d'accueil des patients. Cependant, ces mesures ont conduit à des comportements dysfonctionnels d'après lesquels les infirmiers prenaient contact avec le patient de manière très superficielle simplement pour cocher la case de

l'indicateur. Les auteurs soulignent que cela a été coûteux en termes de ressources et que cela n'a pas entraîné des avantages pour les patients. Ce problème de choix des mesures pourrait être atténué en impliquant les médecins et infirmiers de première ligne dans le processus de conception des mesures pour s'assurer qu'elles sont ancrées dans les réalités du terrain ;

(2) La vision en tunnel a été définie comme une focalisation sur les dimensions de la performance qui sont incluses dans les mesures faisant perdre de vue d'autres aspects importants de la performance non mesurés. Par exemple, mesurer les files d'attente a détourné l'attention d'autres aspects des prestations de soin ;

(3) La myopie implique une focalisation excessive sur des problèmes immédiats et à court-terme et exclut des considérations importantes à long-terme. Par exemple, les auteurs notent que la focalisation sur les services curatifs plutôt que préventifs en est un exemple. En effet, la mesure des effets à long-terme étant négligée, les aspects préventifs le sont également. Les auteurs recommandent pour diminuer le potentiel de myopie de fixer des objectifs à moyen et long-terme ;

(4) L'ossification apparaît lorsque l'organisation est paralysée en raison d'un système de mesure de performance trop rigide. Pour réduire ce risque, les auteurs préconisent de revoir et de mettre à jour les mesures régulièrement afin de refléter les changements technologiques, les nouvelles procédures et les parcours de soin modifiés ;

(5) L'anachronisme correspond à l'obsolescence des données, au décalage entre la saisie des données, leur traitement, leur diffusion et leur utilisation. Les auteurs préconisent pour faire face à ce risque d'investir dans des systèmes de mesure de performance rapide et qui minimisent le délai entre la saisie et la diffusion des données ;

(6) La focalisation sur la quantification représente le dernier risque de cette première catégorie. Il peut être défini comme la réduction des phénomènes sociaux complexes à des nombres et à la perte concomitante de l'appréciation d'aspects qualitatifs des soins qui peuvent être minimisés dans les évaluations comptables tels que l'expérience patient ou encore le moral des personnels soignants ;

(7) La surcompensation se manifeste lorsque les incitations à la performance versées aux professionnels sont trop élevées par rapport à la facilité d'atteindre les objectifs de performance. Une étude de cas révèle que des médecins britanniques ont reçu plus de soutien financier que nécessaire. Or, compte tenu des ressources financières, les auteurs soulignent que la surcompensation prive d'autres aspects importants des soins de ces ressources ;

(8) La sous-compensation se produit en revanche lorsque les incitations à la performance versées aux professionnels sont soit trop faibles soit inexistantes. Ce phénomène peut être exacerbé par le fait qu'il y ait peu de pénalités en cas de mauvaise performance ou de non-participation aux activités d'amélioration de fonctionnement et de qualité ;

(9) L'insensibilité représente le risque de représenter la mauvaise performance de certains services au détriment d'autres services qui atteignent une bonne performance. Les récompenses et les sanctions peuvent donc pénaliser l'ensemble de l'organisation tandis que certaines unités fonctionnent bien ;

(10) L'accroissement des inégalités peut survenir lorsque les organisations sont récompensées financièrement pour leur performance. En effet, si cet argent est investi pour améliorer les services, les patients des services hautement performants en bénéficieront davantage que les patients des hôpitaux sous performants et ainsi l'inégalité de performance augmentera. Les auteurs préconisent pour éviter ces effets de lier le paiement à la responsabilité pour les organisations hautement performantes de diffuser leurs bonnes pratiques aux établissements moins performants ;

(11) La complaisance désigne le manque d'ambition d'améliorer les pratiques en raison de la perception des classements liés aux mesures de performance. Par exemple, une performance médiocre reflétée dans les classements des hôpitaux peut empêcher les tentatives de réagir aux incitations et de rechercher de nouvelles améliorations ;

(12) La création de silo peut être observée lorsque le personnel est attiré par les établissements les mieux notés et moins attiré par ceux qui sont mal classés. Ce faisant, les mesures de performance exercent une influence réelle sur la performance des services de soin en exacerbant les différences relatives entre les organisations. Dans le

cas des hôpitaux anglais, les hôpitaux les moins bien classés ont des difficultés à recruter du personnel par rapport à ceux qui sont très bien classés ;

(13) La fausse déclaration désigne la manipulation de données délibérée par le personnel de telle sorte que le comportement réel diffère du comportement signalé. Ainsi, les auteurs rapportent que les cadres des hôpitaux anglais manipulent les données liées aux listes d'attente afin que leur organisation ne soit pas pénalisée par les autorités sanitaires régionales. Il y a en effet de nombreux cas de surcodage selon lesquels les patients sont enregistrés comme ayant des comorbidités plus graves qu'ils n'en ont en réalité ;

(14) Le jeu se manifeste par la modification du comportement dans le but d'obtenir un avantage stratégique ;

(15) Les interprétations incorrectes correspondent à des inférences incorrectes sur les performances souvent dues aux difficultés de rendre compte des dimensions globales qui ont une influence sur les performances. Par exemple, les taux de réadmission à l'hôpital peuvent être le résultat collatéral de sortie anticipée des patients. Cependant, les taux de réadmission élevé peuvent également être dus à la médiocrité des services communautaires dans la zone de l'établissement et qui échappent au contrôle de l'hôpital ;

(16) L'intimidation ou harcèlement peut se produire lorsque des niveaux de pression et de coercition sur le personnel sont provoqués par un climat exigeant d'amélioration des performances ;

(17) L'érosion de la confiance désigne la baisse du niveau de confiance de la population locale dans leurs services de santé à la suite d'une mauvaise évaluation des performances. Cet effet va à l'inverse de ce qui était recherché : restaurer la confiance du public après une série de scandale pour le cas du système de santé national anglais ;

(18) La baisse de moral du personnel peut survenir lorsque le sentiment d'appartenance baisse dans les organisations sous performantes. Le personnel perd collectivement confiance dans la mission, le travail ou les objectifs de l'organisation ;

(19) La politisation des données de performance survient lorsque les gouvernements, les parties politiques, les médias et d'autres parties prenantes utilisent les mesures de performance pour marquer des points. Cet usage accroît l'image négative de certaines organisations ;

(20) La création d'une diversion est étroitement liée à la politisation des données. En effet, les gouvernements sous pression peuvent chercher une diversion et ainsi annoncé l'implantation d'un nouveau système de mesures de performance avec la promesse que les données seront améliorées et que ce système finira par résoudre tous les problèmes des organisations de santé.

En 2013, des travaux sont menés en recherche en soins infirmiers dans les hôpitaux américains afin d'étudier les effets négatifs inattendus des mesures de performance centrées sur la qualité (Rambur *et al.*, 2013). Les auteurs étudient à partir d'une étude de cas la mesure spécifique de mortalité post-chirurgicale à 30 jours. Bien que cette mesure soit importante, elle conduit à repousser le moment des soins de confort pour les patients qui les exigent afin d'atteindre cet objectif de 30 jours. Les auteurs montrent ainsi que si la poursuite de ces soins est plus que discutable pour le patient, elle l'est également pour le coût financier substantiel d'un traitement inutile en soins intensifs. Dès lors, cette étude confirme que des effets négatifs inattendus se produisent lorsque les personnels préfèrent suivre les règles diffuses par les mesures de performance plutôt que leurs compétences singulières. En outre, les auteurs soutiennent que cet exemple rend compte de plusieurs effets décrits par Smith (1995) : la vision en tunnel, la myopie et le jeu.

En France, des chercheurs montrent comment la pression budgétaire ressentie par les médecins (pression à la rentabilité à l'activité) réduisent l'implication affective des médecins dans l'organisation lorsque celle-ci est exercée par la hiérarchie administrative (Georgescu & Commeiras, 2011). Les auteurs montrent que les pressions peuvent provenir du fait d'être rentable en augmentant le nombre d'actes médicaux réalisés et en réalisant des actes médicaux générant davantage de ressources. En revanche, si la pression provient du responsable administratif du pôle, alors l'implication calculée augmente.

Une autre étude menée en France et publiée en 2013 révèle comment la pression financière peut encourager des comportements indésirables de la part des médecins tels que la manipulation des données et le surcodage (Georgescu & Hartmann, 2013). Cette étude est confirmée par des

résultats similaires dans une étude publiée en 2015 qui montre que les médecins codent les malades de façon à ce qu'ils apparaissent plus malades qu'ils ne le sont vraiment sur le système de codage afin d'obtenir davantage de ressources financières (Jürges & Köberlein, 2015).

En 2014, une autre étude menée en France sur l'introduction du paiement basé sur les Groupes Homogènes de malades, a révélé un certain nombre de problèmes (Or., 2014). L'auteur montre que le paiement des GHM induisait des effets indésirables tels que la sélection des patients, la sur-codification des niveaux de gravité, les comportements opportunistes. Ils ont encore démontré que cela pouvait avoir un impact sur la qualité des soins puisqu'aucune incitation n'est mise en place pour empêcher le renvoi précoce des patients et leurs réadmissions.

En 2015, une étude menée dans des hôpitaux en Iran confirme certains aspects dysfonctionnels d'un système de mesure de performance en identifiant sept effets pervers (Aryankhesal *et al.*, 2015) : fausse représentation des données par les hôpitaux ; anxiété et stress accrus chez les salariés des hôpitaux ; vision en tunnel ; accroissement des pressions financières sur les hôpitaux mal classés ; incitations à l'achat d'équipements inutiles ; érosion de la confiance des usagers ; restriction de l'accès de certains patients aux services hospitaliers. Ainsi, l'étude met en relation ces effets pervers avec la façon dont les audits ont été menés dans les hôpitaux et soulignent, en outre, que le système de paiement à la performance a rendu très difficile les chances des hôpitaux les plus mal notés d'améliorer leur performance.

En France, des auteurs mettent en évidence les effets de la tarification à l'activité à l'hôpital en montrant que l'introduction de cette modalité de financement fait émerger une logique de course à l'activité et a un impact négatif sur la santé des soignants (Kletz & Moisdon, 2015). En outre, les auteurs montrent que la T2A incite à utiliser des indicateurs de performance simples liés à l'activité du service ou du pôle (recettes du pôle, nombre de séjours, nombre de GHM traités, poids moyen du cas traité, DMS, indice de performance). Ainsi, ce recours aux indicateurs s'explique, pour les auteurs, en raison du souci de la performance et de la rentabilité du service, du pôle, voire de l'établissement. Cette course à l'activité produirait de l'épuisement chez les soignants et tensions pour les cadres de santé notamment.

En 2018, une revue de littérature est publiée sur les conséquences inattendues de l'utilisation de mesures de performance dans le cadre du contrôle de gestion (Franco-Santos & Otley, 2018). Les auteurs rappellent que les conséquences négatives associées à l'utilisation de mesures de performance dans les organisations constituent une norme plutôt qu'une exception. Par exemple

il existe un certain consensus dans la littérature, selon les auteurs, selon lequel les managers sont susceptibles de percevoir une pression importante dans l'utilisation de mesures de performance. Les acteurs peuvent ainsi choisir de faire des choses qu'ils ne feraient pas dans d'autres circonstances (par exemple, mentir). Les auteurs soutiennent que la théorisation de ces effets peut aider à les réduire. Cependant, ces derniers soulignent que si la plupart des recherches existantes décrivent les effets indésirables, très peu de travaux fournissent des explications approfondies sur le comment et le pourquoi de l'apparition de ces effets. Or, ces explications approfondies ont des implications importantes pour les organisations du secteur public axées sur le développement de missions complexes et guidées par des valeurs et des normes professionnelles importantes telles que les hôpitaux et les universités.

En outre, des études montrent l'impact global des réformes de l'hôpital et des principes du NPM dans les organisations de santé avec l'absentéisme des soignants (Brami *et al.*, 2012). Une étude quantitative publiée en 2019 montre que les principes du NPM sont liés à des tensions de rôle et à du stress professionnel chez les cadres de santé dans le cadre des hôpitaux publics français (Rivière *et al.*, 2019). Les auteurs utilisent l'échelle de mesure d'Abord de Châtillon et Desmarais (2012) qui différencie trois dimensions du NPM issues de la littérature : « *le contrôle des moyens (exemple : « Les contraintes budgétaires prennent une place de plus en plus importante »), la responsabilisation des acteurs (exemple : « Il faut rendre des comptes de plus en plus précis et de plus en plus souvent ») et la prise en compte des parties prenantes (exemple : « Nous travaillons quotidiennement avec des interlocuteurs de plus en plus nombreux »)* » (Rivière, Commeiras, & Loubès, 2019, p.10).

D'autres travaux ont montré comment les médecins pouvaient ressentir des tensions de rôle entre leur fonction médicale et les injonctions économiques, devenant ainsi des médecins managers ou leaders au sein de leur organisation (Georgescu & Ologeanu, 2019).

L'ensemble de ces études révèlent plusieurs constats. Tout d'abord, tandis que les mesures de performance sont utilisées dans un but de rationalisation des organisations publiques en général, et des organisations de santé en particulier, les travaux antérieurs montrent que le bénéfice de ces utilisations est encore à prouver en raison du nombre importants d'études qui montrent davantage les effets pervers de ces mesures. En outre, nous avons montré, au cours de ce chapitre, l'écart entre les aspects théoriques sous-jacents à la définition de la performance hospitalière et les mesures de performance effectivement utilisées dans les établissements de santé français. Cet écart nous a permis d'identifier que de nombreux aspects préconisés dans la

littérature ne sont pas mesurés comme par exemple le climat organisationnel ou encore l'évaluation de la qualité des conditions de travail des soignants.

Si ces études sont majeures dans la mesure où elles identifient les effets délétères liés à l'utilisation de mesures de performance dans les organisations de santé, cependant, ces analyses ne nous permettent pas de comprendre la manière dont les compromis et les tensions autour de l'utilisation de ces outils émergent pour plusieurs acteurs.

Dès lors, cette revue de littérature nous permet de justifier la pertinence de notre étude qui se propose d'analyser les acteurs en situation ainsi que leurs utilisations de mesures de performance. Nous allons ainsi présenter, après la conclusion de ce chapitre, notre problématique de recherche ainsi que notre cadre théorique.

Conclusion de la section 2

Nous avons, au cours de cette seconde section, présenter la définition de la performance hospitalière – définition utile pour l'élaboration de notre problématique de recherche. Nous avons encore présenté le cadre des réformes de régulation qui ont touché les hôpitaux publics français. Ceux-ci ont en effet connu de profondes mutations en leur sein depuis deux décennies à travers une dynamique continue de réformes de modernisation des services publics. Celles-ci se sont articulées autour de deux axes majeurs : la mise en place, d'une part, d'une nouvelle modalité de financement, la T2A, appelée tarification à l'activité et, d'autre part, d'une nouvelle gouvernance fondée sur un découpage de l'hôpital en pôles médicaux d'activité. Cette trajectoire de modernisation a, de ce fait, rendu opératoire un questionnement autour de la définition même de la performance hospitalière ainsi qu'autour de l'utilisation des mesures de performance susceptibles de la représenter.

A travers l'étude de la littérature, nous avons pu mettre en exergue un angle de vue encore inexploré au regard des études sur l'utilisation des mesures de performance dans les organisations de santé. En effet, si ces études nous permettent d'appréhender un certain nombre d'enjeux relatifs au rôle des mesures de performance dans la combinaison de rationalités concurrentes, aucune étude, à notre connaissance, ne s'est intéressée à la dynamique de tensions et de compromis entre une variété d'acteurs dans l'utilisation de mesures de performance dans le contexte d'une organisation de santé, et ce, a fortiori dans le contexte des hôpitaux publics français. Ainsi, nous prétendons, à travers notre étude, offrir plusieurs contributions théoriques et managériales à la littérature.

Conclusion du chapitre 1

Ce premier chapitre de notre travail de recherche nous a permis de contextualiser notre étude dans la littérature des organisations publiques en général et, dans celles des organisations de santé en particulier.

Dans la première sous-section, nous avons mis en évidence les tensions sous-jacentes à la coexistence de rationalités concurrentes issues de l'utilisation des mesures de performance dans les organisations publiques. Dans la seconde sous-section, nous avons mis en exergue les tensions issues de l'utilisation des mesures de performance dans les organisations de santé.

Si les réformes successives des hôpitaux publics français sont nées de l'idéal de modernisation, la crise que traversent actuellement les hôpitaux remet profondément en cause non seulement la tarification à l'activité mais aussi le contrôle par les résultats financiers. Ainsi, nous orientons maintenant dans un second chapitre notre état de l'art vers, d'une part, la présentation du cadre théorique que nous avons choisi de mobiliser - la sociologie pragmatique de Boltanski & Thévenot (1991) – et vers, d'autre part, l'analyse des travaux menés dans la littérature en contrôle sur le design et l'utilisation des outils comptables et la manière dont ceux-ci suscitent des tensions mais également des compromis entre une variété d'acteurs aux valeurs plurielles dans les organisations.

Nous concluons ce premier chapitre par la présentation de nos questions de recherche.

Questions de recherche

Les résultats de notre revue de littérature ont montré que les tensions induites par l'utilisation de mesures de performance ainsi que les compromis issus de leur utilisation dans le contexte des organisations publiques, en général, et dans celui des organisations de santé, en particulier, ont été sous-examinés. Notre revue de littérature a ainsi mis en lumière qu'aucun travail à notre connaissance, n'a, à ce jour, porté sur l'analyse des dynamiques de tensions et de compromis que l'utilisation de mesures de performance génère en situation pour des acteurs aux modes d'évaluation pluriels dans le contexte de l'hôpital public français. Dès lors, notre problématique de recherche est la suivante : *Comment l'utilisation de mesures de performance joue-t-elle un rôle dans l'émergence de dynamiques de tensions et de dynamiques de compromis entre des acteurs aux rationalités plurielles au sein des hôpitaux publics français ?*

Cette problématique générale est décomposée en plusieurs sous questions de recherche auxquelles nous répondrons dans les différents chapitres de la partie présentant nos résultats.

(1) Quelles sont les tensions induites par l'utilisation de mesures de performance au sein de l'hôpital public français et sur quels objets se cristallisent-elles ?

(2) Comment des acteurs s'appuyant sur des modalités d'évaluation plurielles parviennent-ils à des compromis autour de l'utilisation de mesures de performance ?

(3) Quels sont les mécanismes qui favorisent les efforts des acteurs pour parvenir à la création et au maintien des compromis autour de l'utilisation des mesures de performance et quels sont, au contraire, les freins à leur création et à leur maintien ?

(4) Quelles sont les conséquences de tels compromis pour les différents acteurs gravitant autour de la prise en charge des patients et pour les patients eux-mêmes ?

(5) Quelle est la pérennité et la solidité de ces compromis ?

Ces questions nous mènent au seuil de la présentation de notre cadre théorique de la sociologie pragmatique de Boltanski & Thévenot (1991).

Chapitre 2 : Présentation du cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991) et du rôle des outils comptables dans la mise en tension et dans l'élaboration de compromis entre des mondes pluriels

Dans le chapitre précédent, nous avons réalisé l'état de l'art portant sur l'utilisation controversée des mesures de performance dans les organisations publiques et de santé. Ce chapitre a pour objectif de présenter le cadre théorique que nous avons retenu comme prisme d'analyse pour notre étude afin de répondre à nos questions de recherche qui découlent des manques que nous avons identifiés dans la littérature étudiée :

Comment l'utilisation de mesures de performance joue-t-elle un rôle dans l'émergence de dynamiques de tensions et de dynamiques de compromis entre des acteurs aux rationalités plurielles au sein des hôpitaux publics français ?

Ainsi, un prisme analytique semblait particulièrement pertinent et approprié pour répondre à ce questionnement, celui de la sociologie pragmatique de Boltanski & Thévenot (1991).

L'objectif de la **Section 1** est d'exposer le cadre théorique de la sociologie pragmatique de Boltanski & Thévenot (1991). Nous montrons ainsi en quoi ce cadre théorique offre la possibilité d'étudier en situation la formation des disputes et des compromis entre acteurs aux principes d'évaluation pluriels.

Dans la **Section 2,** nous présentons les travaux émergents en contrôle s'appuyant sur la sociologie pragmatique de Boltanski & Thévenot (1991) (Amans *et al.*, 2020; Annisette *et al.*, 2017; Annisette & Richardson, 2011; Annisette & Trivedi, 2013; Chenhall *et al.*, 2013; Jerman *et al.*, 2020; Morinière & Georgescu, 2021; Van Bommel, 2014; Vesty *et al.*, 2018). Cette littérature en contrôle analyse les outils comptables au-delà de leur neutralité supposée et les appréhende en tant qu'outils socialement situés et ambigus et considère ainsi la comptabilité au-delà de sa dimension purement instrumentale et technique (Annisette & Richardson, 2011).

Section 1 : La théorie des « *mondes* » ou « *ordres de grandeur* » de Boltanski & Thévenot (1991)

Dans cette première section de notre deuxième chapitre, nous présentons le cadre d'analyse développé par Boltanski & Thévenot (1991). Celui-ci offre un prisme analytique pour étudier le pluralisme des « *ordres de grandeur* » en situation et permet en effet de travailler non seulement sur la rhétorique des acteurs, mais également et surtout sur leurs comportements et les objets matériels dans lesquels les institutions se solidifient, se matérialisent et s'expriment (Oldenhof *et al.*, 2013).

De ce fait, nous montrons, dans une première sous-section, comment le cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991) répond à une préconisation des auteurs de la littérature d'étudier les pratiques micro des organisations et le rôle des acteurs pour établir des compromis dans des organisations caractérisées par le pluralisme de leurs logiques institutionnelles (Oldenhof *et al.*, 2013).

Nous présenterons, dans une seconde sous-section, la théorie et les différents concepts qui la composent.

1. La sociologie pragmatique, prisme analytique utile pour comprendre la formation des tensions et des compromis

Quelle action est juste à mener dans un sens vraiment moral ? Il s'agit d'une question centrale pour la sociologie pragmatique qui questionne les choix des acteurs sociaux lors de l'évaluation en situation de ce qui est juste pour eux au regard de leurs valeurs morales. Ainsi, la sociologie pragmatique se distingue d'autres théories comme la théorie institutionnelle.

En effet, les chercheurs ont souligné que les conceptualisations actuelles des logiques institutionnelles ont pour la plupart négligé la dimension morale (Cloutier & Langley, 2013). Alors que les logiques institutionnelles renvoient à des structures normatives supra-organisationnelles qui peuvent affecter la manière dont les acteurs sociaux font face aux logiques au sein des organisations (Friedland & Alford, 1991; Meyer & Rowan, 1977; Thornton & Ocasio, 2008), la sociologie pragmatique renvoie à la capacité des acteurs à évaluer en situation, au quotidien, ce qui est bien ou mal de faire selon leur propre système de valeurs.

Dans ce contexte, l'idée de compromis est cruciale dans la sociologie pragmatique car celle-ci postule que les acteurs ne sont pas déterminés par des cadres normatifs extérieurs. Dans la théorie institutionnelle, les travaux antérieurs ne disent rien sur la manière dont les compromis sont négociés et n'expliquent pas les aspects plus dynamiques de la réconciliation d'ordres de grandeur concurrents résultant des interactions entre différents acteurs. À cet égard, les chercheurs ont souligné les limites de l'étude de la théorie institutionnelle fondée sur l'analyse du niveau macro des organisations (Bitektine & Haack, 2015; Cloutier *et al.*, 2017; Cloutier & Langley, 2013; Elsbach, 1994; Hallett, 2010; Hallett & Ventresca, 2006; Lounsbury, 2008; Zilber, 2002, 2016). Les chercheurs appellent ainsi à analyser le niveau micro des organisations et à faire lien entre la théorie institutionnelle et la sociologie pragmatique sur la base de la notion d'acteur compétent (Brandl *et al.*, 2014; Cloutier & Langley, 2013; Pernkopf-Konhäusner, 2014).

1.1 L'essor de la sociologie pragmatique

Le début des années 1980 est marqué par l'émergence d'une « *respécification des problématiques sociologiques, en particulier autour des thématiques de l'action et des*

conventions. » (Nachi, 2006, p.19). Ce nouveau style sociologique qualifié de sociologie pragmatique s'inscrit en rupture avec le courant dominant de l'époque, issu de l'œuvre de Pierre Bourdieu et du structuralisme. L'enjeu s'articule autour de la conception de l'action et des compétences critiques des acteurs. En effet, l'approche du structuralisme sous-estimerait les compétences critiques des acteurs, conférant aux situations dans laquelle ils se trouvent un poids déterminant. L'action est analysée dans la théorie de Bourdieu sous le prisme des normes dominantes, incarnées dans et par les acteurs. Dès lors, si le structuralisme subit les assauts de la critique et qu'il suscite le débat, c'est qu'il suggère une forme de déterminisme en postulant le poids des structures sur l'action sociale. La question du passage du micro au macro rend compte d'une opposition de type individualisme/holisme qui polarise les débats et invite au dépassement par un éclairage nouveau et original. A ce titre, Nachi (2006, p.22) souligne que « *l'une des ambitions de ce nouveau style est de dépasser l'opposition habituelle entre l'individuel et le collectif et de prendre pour objet la formation des catégories au lieu de les traiter comme allant de soi, en cherchant une démarche qui se veut non pas en rupture mais en continuité avec le sens commun.* ».

La question de l'action fonde le cœur de cette entreprise de redéfinition de l'apport de la sociologie dans les sciences sociales. L'action est abordée dans une perspective pluraliste pour éclairer les conduites humaines. A cet égard, les auteurs ont entrepris d'analyser la pluralité des logiques d'action développant ainsi une théorisation comprenant des rationalités au pluriel. La sociologie pragmatique tente de capter les processus de construction des actions et des relations aux objets, institutions, valeurs et normes.

A cet égard, Boltanski & Thévenot (1991) construisent leur approche en tenant compte « *de la capacité des acteurs à s'ajuster à différentes situations de la vie sociale* » (Nachi, 2006, p.20). En ce sens, ils analysent les opérations critiques de ces acteurs en termes de justification et de régimes d'action.

1.2 De la justification, les économies de la grandeur de Boltanski & Thévenot (1991)

Boltanski & Thévenot (1991) construisent dans leur ouvrage intitulé *De la justification, les économies de la grandeur* un modèle permettant d'analyser le jugement des acteurs en situation. Cette entreprise de modélisation met en exergue non seulement la pluralité des principes de

justice mais également la compétence cognitive des acteurs pour juger de ces principes en situation. S'inscrivant dans la lignée de questionnements issus de la philosophie politique, ils élaborent une théorie de la justice fondée sur un système pluraliste de principes supérieurs mettant ainsi en lumière la complexité de la réalité sociale. Dès lors, le projet des économies de la grandeur s'élabore conformément à l'idée du respect de cette exigence de pluralisme. Les « *cités* » ou « *mondes* » constituent six ordres de grandeur fondés sur six principes communs supérieurs d'après lesquels les acteurs se réfèrent pour s'accorder et se coordonner.

La question du jugement et de la compétence cognitive des acteurs est au cœur de l'entreprise de la sociologie pragmatique. Chez Boltanski & Thévenot (1991), le modèle des économies de la grandeur présuppose une compétence morale partagée par les acteurs qui leur permet d'exercer leur jugement et d'opérer des critiques. Ils écrivent ainsi : « *la réalisation d'un accord justifiable suppose non seulement qu'il soit possible de construire un système de contraintes régissant l'accord, mais aussi que les personnes soient dotées des capacités adéquates pour se soumettre à ces contraintes. En effet, notre démarche tient compte de ce que les gens savent de leurs conduites et de ce qu'ils peuvent faire valoir pour la justifier. Elle respecte par là une caractéristique des personnes humaines qui est la faculté d'être raisonnable, d'avoir du jugement. Pour juger juste, il faut être capable de reconnaître la nature de la situation et de s'y ajuster.* » (Boltanski &Thévenot, 1991, p.181).

En tant que sociologues, les auteurs entreprennent d'observer comment en fonction des situations les acteurs mettent à l'épreuve leurs compétences de jugement et de critique. En supposant cela, les auteurs opèrent un passage du particulier à l'universel en distinguant des modèles de cité, supposés rendre compte d'un pluralisme de principes supérieurs communs. Ces différents modèles sont décrits ci-dessous.

1.3 Les « *mondes* » ou « *ordres de grandeur* » de Boltanski & Thévenot (1991)

Boltanski & Thévenot (1991) se sont appuyés sur six textes de philosophie politique pour développer le modèle des cités. Les auteurs confèrent aux cités une dimension matérialisée qu'ils nomment les « *mondes* ». Ainsi, le modèle des mondes est conceptualisé comme une extension du modèle des cités dans la mesure où ce qui le caractérise et le distingue par rapport au modèle des cités est l'introduction des objets. Deux dimensions peuvent être

ainsi analysées dans le modèle des mondes : les formes de justification des acteurs ainsi que les objets et les dispositifs qu'ils utilisent. Par conséquent, dans ce travail doctoral, nous mobilisons principalement et de manière équivalente les termes « *cités* », « *mondes* », « *grandeur* », et « *ordres de grandeur* ».

La conceptualisation des mondes par Boltanski & Thévenot (1991) se fonde sur des textes représentant un idéal type d'un principe de justice se trouvant au fondement de l'accord de chaque monde. Chaque monde représente ainsi un système ordonné et régi par un principe supérieur commun d'après lequel les acteurs se réfèrent pour construire leurs justifications. Dès lors, les mondes représentent six ordres de grandeur d'après lesquels les êtres prennent ou perdent de la valeur. A ce titre, chaque monde respecte une convention dans la mesure où ils sont construits sur des rapports d'équivalence d'état de grand et de petit. Dès lors, il convient d'exposer les différents concepts permettant d'accéder à la compréhension de la grammaire des auteurs :

- **Principe supérieur commun :** « *Ce principe de coordination, qui caractérise la cité, est une convention constituant l'équivalence entre les êtres. Elle stabilise et généralise une forme de rapprochement. Elle assure une qualification des êtres, condition pour prendre la mesure des objets comme des sujets et déterminer la façon dont ils importent, objectivement, et valent au-delà des contingences. On pourra dire que « a » équivaut à « b » sous le rapport de (principe supérieur commun).* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.177).

- **État de grand :** celui qui incarne le principe supérieur dans un monde. La grandeur procure des bienfaits à la personne qui accède à cet état.

- **État de petit :** par opposition à l'état de grand. Concernant l'état de petit et de grand, les auteurs précisent que « *l'octroi d'un état peut toujours être remis en jeu, et la réalisation de la cité repose sur des épreuves de grandeur qui permettent d'attribuer ces états.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.164).

- **Dignité des personnes :** les personnes « *partagent une même humanité, exprimée dans une capacité commune à s'élever dans le bien commun.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.178).

- **Répertoire des sujets :** « *pour chacun des mondes, on peut dresser une liste, un répertoire des sujets, le plus souvent qualifiés par leur état de grandeur.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.178)

- **Répertoire des objets et des dispositifs :** les objets contribuent à objectiver la grandeur des personnes.

- **Formule d'investissement :** constitue une « *condition majeure d'équilibre de la cité puisqu'en liant l'accès à l'état de grand par un sacrifice, elle constitue une économie de la grandeur dans laquelle les bienfaits se trouvent balancés par des charges.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.179).

- **Rapport de grandeur :** « *Le rapport de grandeur spécifie la relation d'ordre entre les états de grandeur en précisant la façon dont l'état de grand, parce qu'il contribue au bien commun, comprend l'état de petit*. » (Boltanski & Thévenot, 1991, pp.179-180).

1.3.1 Le monde inspiré

Dans le monde inspiré, aussi appelé monde de l'inspiration, le principe ordonnateur est le jaillissement de l'inspiration. L'état de grand est représenté par la figure de l'artiste, des êtres créatifs ou des saints. Dans cette cité, les êtres accueillent les changements d'état, au gré de l'inspiration et les épreuves sont des « *épreuves intérieures peu ou pas objectivables* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.200). Ainsi, les personnes sont plus ou moins grandes en tant qu'elles sont susceptibles de connaître des émotions, des passions, vécues comme étant dévorantes, exaltantes, enthousiasmantes. Dès lors, dans cette cité, « *est grand ce qui se soustrait à la maîtrise et, particulièrement, ce qui échappe à la mesure, surtout dans ses formes industrielles*. » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.201). En outre, dans le monde de

l'inspiration, les relations réclament un état d'ouverture, une attitude d'accueil (Boltanski & Thévenot, 1991, p.203).

1.3.2 Le monde domestique

Dans le monde domestique, le principe ordonnateur est la relation hiérarchique et la place que chacun occupe dans les relations de subordination. L'état de grand est représenté par celui qui occupe un rang élevé ou un statut au sein de la famille. A ce titre, le monde domestique « *apparait chaque fois que la recherche de ce qui est juste met l'accent sur les relations personnelles entre les gens.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.206). Les objets concourent ainsi à l'établissement des relations hiérarchiques en permettant la distinction des personnes par des signes de grandeur sous formes de titres, vêtements, etc. (Boltanski & Thévenot, 1991, p.207). Dans ce monde, la grandeur tend à être attachée aux personnes, comme c'est le cas dans des titres inamovibles ou encore dans le cas de titres héréditaires. C'est donc « *par la référence à la génération, à la tradition et à la hiérarchie qu'un ordre peut être établi entre les êtres de nature domestique.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.207).

1.3.3 Le monde de l'opinion

Dans le monde de l'opinion, aussi appelé monde du renom, le principe ordonnateur est l'opinion du public. A l'inverse du monde domestique, le monde de l'opinion « *accorde peu de prix à la mémoire* » puisque les « *célébrités peuvent être oubliées du jour au lendemain.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.223). Ainsi, « *le porteur de la grandeur n'a pas besoin d'être qualifié par des propriétés durablement inscrites dans son être*. » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.223). C'est donc l'opinion qui fonde le principe ordonnateur des êtres et qui définit la grandeur de chacun. Les réactions de l'opinion publique conditionnent ainsi le succès. Sont grands les êtres qui se distinguent en se rendant visibles et reconnus (Boltanski & Thévenot, 1991, p.224). L'accès à la renommée peut être soutenu par un dispositif d'objets comme un nom inscrit sur un support, une marque, une étiquette, un badge (Boltanski & Thévenot, 1991, p.225). Les dispositifs efficaces sont par exemple les campagnes permettant de créer une bonne image auprès du public ou de nouer des relations publiques avec des personnalités importantes.

1.3.4 Le monde civique

Dans le monde civique, le principe ordonnateur est celui de l'intérêt général. L'état de grand est représenté par le collectif et la volonté générale. « *Le monde civique a pour particularité d'attacher une importance primordiale à des êtres qui ne sont pas des personnes. Ce ne sont pas, en effet, dans ce monde, les personnes humaines qui accèdent aux états de grandeur supérieurs, mais les personnes collectives qu'elles composent par leur réunion. C'est en tant qu'ils appartiennent à ces collectifs ou les représentent que la valeur des êtres humains peut être prise en considération.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.231). Les dispositifs efficaces dans cet ordre de grandeur sont ceux qui permettent de stabiliser et appareiller les personnes collectives, de façon à leur donner du corps (Boltanski & Thévenot, 1991, p.231). Dès lors, les personnes font partie de collectifs qui sont eux-mêmes compris dans d'autres collectifs de dimension supérieure, permettant de subordonner leur volonté propre à la volonté générale. Il s'agit dans ce monde de « *surmonter les singularités qui divisent pour faire l'union de tous.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.231). Les êtres peuvent échapper à la division et accéder à la grandeur en étant portés par une aspiration vers ce qui est commun, ce qui unit (Boltanski & Thévenot, 1991, p.233). Ainsi, dans le monde civique, l'accès à la grandeur se réalise par le sacrifice des intérêts individuels et immédiats, au bénéfice des intérêts collectifs (Boltanski & Thévenot, 1991, p.237).

1.3.5 Le monde marchand

Dans le monde marchand, « *les actions sont mues par les désirs des individus.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.244). Dans celui-ci, le principe ordonnateur est celui de la concurrence et de la compétition, de la mise en rivalité des êtres (Boltanski & Thévenot, 1991, p.244). Dès lors, les objets doivent détenir une position de force sur un marché pour obtenir de la valeur (Boltanski & Thévenot, 1991, p.245). Dans la grandeur marchande, la temporalité est celle de l'éphémère puisque la réussite comme l'échec d'une transaction peuvent se succéder rapidement. Les grands de ce monde sont ceux qui tirent à leur avantage les opportunités qui se présentent (Boltanski & Thévenot, 1991, p.245). « *Le monde marchand est donc peuplé d'individus, cherchant à satisfaire des désirs, tour à tour clients, concurrents, acheteurs ou vendeurs, entrant les uns avec les autres dans des relations d'hommes d'affaires.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.247).

1.3.6 Le monde industriel

Dans le monde industriel, le principe d'ordonnancement s'appuie sur les principes d'efficacité, de performance, de productivité, de capacité à assurer une fonction normale et à répondre utilement aux besoins. (Boltanski & Thévenot, 1991, p.254). En outre, la qualité des grands êtres est d'être fonctionnels et opérationnels et de pouvoir « *s'intégrer dans les rouages ou les engrenages d'une organisation en même temps que leur prévisibilité, leur fiabilité, garant des projets réalistes sur l'avenir.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.254). A contrario, ceux en état de petits sont ceux qui ne produisent pas d'utilité, qui fournissent peu de travail, ou encore qui fournissent un travail jugé de mauvaise qualité (Boltanski & Thévenot, 1991, pp.254-255). Dès lors, la remise en question de l'ordre industriel s'inscrit dans une situation jugée non optimale, lorsque par exemple les coûts ne sont pas optimisés. Il peut être remis en question encore lorsqu'apparaissent des dysfonctionnements ou des problèmes (Boltanski & Thévenot, 1991, p.255). Ainsi, « *la dignité des personnes, le trait de la nature humaine sur lequel repose cet ordre industriel, est un potentiel d'activité. Cette capacité s'exprime dans un travail qui est la mise à l'œuvre de l'énergie de l'homme d'action*. » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.255). Les objets du monde industriel sont donc des objets techniques permettant une action qui se présente comme une tâche de production (Boltanski & Thévenot, 1991, p.256). Dès lors, « *l'équivalence temporelle instauré par la grandeur industrielle est particulièrement visible dans les objets appréhendés selon leur aptitude à gérer l'avenir, comme les programmes dans le plan, les budgets de fonctionnement et d'investissement.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.258).

Nous proposons un tableau illustratif de la grille d'analyse des mondes ci-après avant de présenter deux autres mondes qui ont été conceptualisés a posteriori : le monde par projets et le monde vert.

Tableau 11 - La grille d'analyse des mondes adaptée de Boltanski & Thévenot (1991) et de Patriotta, Gond & Schultz (2011).

	Inspiration	Domestique	Opinion	Civique	Marchand	Industriel
Principe supérieur commun	Le jaillissement de l'inspiration	Le respect de la tradition, de la hiérarchie	La reconnaissance de l'opinion publique	La satisfaction des besoins de la volonté générale	La mise en concurrence	La recherche de la performance et de l'efficacité
État de grand	Indicible, éthéré, bizarre, insolite, merveilleux	La supériorité hiérarchique, la bonne éducation	La célébrité, le succès	La représentation collective	Le riche	L'efficace
État de petit	La routine, l'habitude	L'impolitesse, le vulgaire, l'égoïsme	L'inconnu, l'invisible, le banal	La minorité	Le pauvre	L'inefficace, l'improductif, le non-optimal
Mode d'évaluation	L'intuition	L'estime, la respectabilité, l'honneur	La popularité	La satisfaction de l'intérêt général	La valeur marchande, le prix, le coût	L'utilité pour la satisfaction des besoins collectifs
Rapport de grandeur	La valeur universelle de la singularité, le génie	Le respect et la responsabilité, l'autorité, la subordination, l'honneur, la honte	Le jugement de l'opinion	Le pouvoir de représentation, la capacité d'action collective	La possession matérielle	Le travail
Épreuve	L'aventure, le cheminement, la quête	La cérémonie familiale, les fêtes, les évènements mondains	Les conférences de presse, manifestation publique	La défense d'une cause juste	Le marché	La vérification du bon fonctionnement, la mesure de la productivité
Temporalité	La fugacité, le moment d'inspiration	La coutume, la continuité de la tradition	La mode, l'éphémère	La pérennité	Le court-terme	La planification à long-terme, l'avenir
Répertoire des sujets	Les artistes, les êtres créatifs	Les chefs, les parents, les supérieurs hiérarchiques, les anciens	Les vedettes, les leaders d'opinion, les journalistes	Les citoyens, les personnes collectives et leurs représentants.	Les clients, les consommateurs, les marchands	Les professionnels : experts, spécialistes, opérateurs
Répertoire des objets	Les objets investis émotionnellement	Les héritages, le patrimoine	Les médias, les marques, la presse, les interviews.	Les formes légales : les droits, la législation, les tribunaux	Les objets mis en circulation dans un marché	Les objets techniques, les méthodes scientifiques
Formule d'investissement	L'évasion hors des habitudes, le sacrifice des formes de stabilisation, le doute	La serviabilité, le devoir et le rejet de l'égoïsme.	Le renoncement à la vie privée	Le renoncement aux intérêts particuliers : la lutte pour l'intérêt général	La vanité	L'investissement dans le progrès pour éviter l'obsolescence

1.4 Le monde vert de Lafaye & Thévenot (1993) et le monde par projets de Boltanski & Chiapello (1999)

La publication de l'œuvre de Boltanski & Thévenot *De la justification* en 1991 a soulevé certaines critiques. L'une d'entre elles est qu'il pourrait exister d'autres mondes que les six proposés par les auteurs. A cet égard, en 1993, Lafaye & Thévenot publie un article intitulé *Une justification écologique, Conflits dans l'aménagement de la nature* (Lafaye & Thévenot, 1993) dans lequel il présente un septième monde, le monde vert. En 1999, Boltanski & Chiapello publient *Le nouvel esprit du capitalisme*, œuvre imposante dans laquelle les auteurs présentent un huitième monde qui est le monde par projets (Boltanski & Chiapello, 1999, p.167). Nous présentons ci-dessous ces deux mondes.

1.4.1 Le monde vert

Dans le monde vert, la défense de l'environnement est considérée comme un bien commun (Lafaye & Thévenot, 1993, 2017). Les grands êtres « *ne sont pas forcément des personnes, des collectifs ou des institutions, mais des éléments naturels comme l'eau, l'atmosphère, l'air, le climat qu'il faut garder de la pollution, ou encore des êtres génériques comme la faune ou la flore.* » (Lafaye & Thévenot, 1993, p.512-513). Ainsi, l'attention à la protection de l'environnement permet d'établir un ordre de grandeur entre les personnes et les choses. Cependant, les auteurs soulignent les limites de cette modélisation puisque que « *la grandeur verte paraît encore insuffisamment outillée pour servir largement dans des justifications ordinaires et permettre leur mise à l'épreuve.* » (Lafaye & Thévenot, 1993, p.513).

1.4.2 Le monde par projets

Le monde par projets est quant à lui défini par le terme de « *réseau* », terme qui illustre les relations entre des éléments forts disparates (Boltanski & Chiapello, 1999, p.168). Ce terme, très présent dans la littérature en management, émerge en faveur d'une conjonction historique particulière, selon les auteurs, « *marquée notamment par le développement des réseaux informatiques ouvrant des possibilités de travail et de collaboration à distance, mais en temps réel.* » (Boltanski & Chiapello, 1999, p.169). Ainsi, les formes de production capitalistes accèdent à la représentation par des concepts changeant à chaque époque, comme ce fut le cas pour les concepts de « *système* », « *structure* », « *technostructure* », « *énergie* », etc.

(Boltanski & Chiapello, 1999, p.169). Dès lors, « *la vie sociale n'est plus désormais présentée sous la forme d'une série de droits et de devoirs à l'égard de la communauté familiale élargie comme dans un monde domestique, ni sous celle du salariat au sein d'un ensemble hiérarchique dont on gravit les échelons, où l'on effectue toute sa carrière et dans lequel l'activité professionnelle est nettement séparée du domaine privé, comme un monde industriel. Dans un monde réticulaire, elle est faite dorénavant d'une multiplication de rencontres et de connexions temporaires, mais réactivables, à des groupes divers, opérées à des distances sociales, professionnelles, géographiques, culturelles éventuellement très grandes*. » (Boltanski & Chiapello, 1999, p.170).

Dès lors, le projet représente l'opportunité de créer des connexions et d'étendre son réseau en l'activant (Boltanski & Chiapello, 1999, p.170). Le projet est ainsi « *un amas de connexions actives propre à faire naître des formes, c'est-à-dire à faire exister des objets et des sujets, en stabilisant et en rendant irréversibles des liens.* » (Boltanski & Chiapello, 1999, p.170). Ce nouveau système de valeurs se fondent sur la légitimation de certaines conduites et de nouvelles justifications. Ces justifications évoquent des entreprises dont « *la structure est faite d'une multitude de projets associant des personnes variées dont certains participent à plusieurs projets.* » (Boltanski & Chiapello, 1999, p.171). Le monde par projets est particulièrement dynamique car les projets s'enchaînent et se remplacent les uns les autres, recomposant ainsi les équipes de travail en fonction des impératifs du moment (Boltanski & Chiapello, 1999, p.172).

Le principe supérieur commun du monde par projets, « *ce à quoi se mesure la grandeur des personnes et des choses, est l'activité*. » (Boltanski & Chiapello, 1999, p.178). Cependant, les auteurs notent qu'il ne faut pas confondre l'activité du monde industriel où celle-ci se confond avec le travail et où les actifs disposent d'un travail stable, de l'activité du monde par projets qui surmonte les oppositions entre travail et non-travail, entre le stable et l'instable (Boltanski & Chiapello, 1999, p.178). Ainsi, au lieu de la notion d'emploi, celle de portefeuille d'activités dont chacun est responsable pour soi est utilisée. L'activité vise à générer des projets ou à intégrer des projets existants (Boltanski & Chiapello, 1999, p.179).

Dès lors, la grandeur s'exprime lors du passage d'un projet à un autre et dans cette capacité d'aller de projets en projets. En effet, « *savoir s'engager dans un projet, s'y impliquer pleinement, est la marque de l'état de grand* » (Boltanski & Chiapello, 1999, p.182). Ainsi,

le grand dans le monde par projets est actif, autonome, adaptable et flexible. A contrario, « *le petit est celui qui ne peut s'engager, qui n'est pas engageable dans un projet ou qui se montre incapable de changer de projet* » (Boltanski & Chiapello, 1999, p.193).

Alors que dans le monde domestique, les relations personnelles sont prédéfinies selon la place occupée dans une hiérarchie, dans le monde par projets, les relations ne sont pas prescrites puisque chacun cherche à établir des liens qui l'intéressent et avec des personnes de son choix (Boltanski & Chiapello, 1999, p.216-217). En outre, la distance spatiale n'est pas déterminante puisqu'il n'existe pas de territoire dans lequel les déplacements pourraient être contrôlés (Boltanski & Chiapello, 1999, p.217). Les auteurs soulignent ainsi que si les deux mondes (domestique et monde par projets) empruntent un vocabulaire similaire (relations personnelles, confiance, etc.), il n'en demeure pas moins qu'ils ont une nature très différente.

Après avoir décrit la grammaire des mondes, nous nous tournons maintenant vers l'analyse des tensions entre les mondes telle qu'elle est proposée par Boltanski & Thévenot (1991) dans leur ouvrage.

2. Les tensions entre les mondes selon Boltanski & Thévenot (1991)

L'analyse des tensions entre les mondes est possible à partir de plusieurs concepts que nous détaillons ci-après : épreuve de grandeur, litiges, conflits entre les mondes, critiques.

2.1 **L'épreuve de grandeur**

Le concept d'épreuve de grandeur est un concept central de la sociologie pragmatique de Boltanski & Thévenot (1991) dans la mesure où celui-ci rend compte de l'esprit du projet scientifique de ses auteurs. Ce concept permet de saisir la vision du monde social promue par cette anthropologie. Il s'agit d'un monde social pluriel indéterminé. L'épreuve est une épreuve de grandeur, un moment au cours duquel l'acteur est forcé de s'ajuster et par là, de prendre position dans le monde et ainsi de redéfinir la coordination entre les ordres de grandeur en présence. Il existe selon les auteurs, deux types d'épreuves de grandeur :

- Les « *litiges* » sont définies comme des tensions au sein d'un même monde. Le litige désigne donc un désaccord sur les grandeurs des personnes et sur le caractère plus ou moins juste de leur distribution dans la situation.

- Les « *conflits entre les mondes* » sont définies comme des tensions qui s'expriment entre plusieurs mondes.

L'épreuve de grandeur, dans le cas du litige ou du conflit entre les mondes, consiste à contester une situation dans laquelle un réajustement des grandeurs doit s'opérer. Dès lors, l'acteur, pour régler la dispute, s'engage dans un débat de contestation qui porte sur la factualité des éléments qui ont été engagés pour établir les grandeurs. Selon les auteurs, « *l'épreuve de grandeur ne se réduit pas à un débat d'idées, elle engage des personnes, avec leur corporéité, dans un monde de choses qui servent à l'appui, en l'absence desquelles la dispute ne trouverait pas matière à s'arrêter dans une épreuve*. ». (Boltanski & Thévenot, 1991, p.166). La notion d'épreuve permet d'articuler l'idéal de justice que défendent les acteurs en situation de dispute où cet idéal est mis à mal ; il s'agit ainsi d'une épreuve de légitimité morale. Celle-ci révèle l'état de grandeur des êtres qui y sont engagés.

2.2 Les tensions entre les mondes et le tableau des critiques

La critique, en tant qu'opération de dévoilement, met au jour la tension existante entre plusieurs mondes. Les acteurs s'engagent dans la dispute afin de confronter les différents principes supérieurs. Les auteurs développent ainsi une analyse des critiques combinatoires en explorant les différentes tensions issues de la rencontre des six mondes – critiques que nous présentons ci-après. Les auteurs précisent ainsi leur démarche : « *Une des orientations principales de notre démarche consiste à l'inverse à considérer que les êtres humains, à la différence des objets, peuvent se réaliser dans différents mondes. Il s'agit d'étudier la possibilité d'arriver à des accords justifiables sous la contrainte d'une pluralité des principes d'accord disponibles, sans échapper à la difficulté en admettant un relativisme des valeurs et en attribuant ces principes à des personnes ou groupes de personnes les possédant en propre*. » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.266).

Tableau 12 – La grille d'analyse des critiques adaptée de Boltanski & Thévenot (1991)

Vers / Depuis	Inspiration	Domestique	Opinion	Civique	Marchand	Industriel
Inspiration		Refus des choses installées dans la durée, de l'oppression de la hiérarchie	Rejet de la recherche de reconnaissance des autres. Se moquer des signes extérieurs de réussite	Refus des formes institués qui limitent la créativité	Affranchissement de la servitude à l'argent et aux possessions	Rejet de la routine, de la mesure
Domestique	Refus du laisser-aller ou du manque de sang-froid		Critique du fait de se donner en spectacle	Refus des liens civiques « associatifs » par rapport aux liens domestiques	Tout ne s'achète pas : Rejet d'une appropriation marchande aliénable	Critique de la mauvaise qualité des produits standardisés
Opinion	Rejet de la fausse profondeur	Rejet du secret, du caché, et d'une réputation fondée sur l'autorité et la tradition			Critique de la publicité intéressée	Critique de l'ésotérisme du spécialiste coupé du grand public
Civique	Critique de l'individualisme	Rejet du paternalisme, du favoritisme, de la corruption	Critique de l'individualisme promu par la recherche de la gloire		Rejet de l'individualisme marchand	Refus de la bureaucratisation et recherche de démocratie
Marchand	Rejet de l'improvisation et de l'émotion dans les affaires	Critique des relations personnelles qui ralentissent les négociations	Critique de la spéculation et de la trop grande attention à la célébrité	Refus de l'ingérence des procédures juridiques dans les affaires		Rejet de la rigidité des structures
Industriel	Critique de l'improvisation et du gâchis qui peut en résulter	Rejet de l'ancien, de la tradition, des particularismes perçus comme des freins au progrès	Refus du caractère irrationnel de la célébrité	Critique de l'inefficacité des procédures administratives et du coût des politiques sociales	Critique de l'objet inutile au prix trop élevé par rapport aux besoins réels	
Projet	Critique d'une créativité qui consiste à s'isoler du réseau	Refus du caractère prescrit des liens qui s'oppose au lien du réseau	Critique des liens asymétriques entre les célébrités et les personnes ordinaires	Rejet de ce qui pourrait s'opposer à l'extension du réseau à cause de collectifs déjà constitués	Critique du caractère anonyme de la transaction marchande	Refus de la non-flexibilité des structures

2.2.1 Critiques depuis le monde de l'inspiration

2.2.1.1 *Vers le monde domestique*

Les critiques depuis le monde de l'inspiration vers le monde domestique « *s'adressent d'abord à tout ce qui, dans les autres mondes, installe les personnes dans la durée. Ce qui est stable et figé est dévalué, comme, par exemple, les principes sacro-saints ou les normes, autant de freins qui font obstacle à la créativité.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.291).

Les auteurs ajoutent que « *l'exigence inspirée de « tout abandonner » pour suivre sa propre voie, pour se consacrer tout entier, conduit aussi à critiquer la pesanteur des liens personnels et des grandeurs domestiques.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.293).

2.2.1.2 *Vers le monde de l'opinion*

Dans le monde de l'inspiration, la recherche de la gloire est fortement critiquée. Ainsi, accorder de l'importance à l'opinion entraîne discordes et rivalités personnelles qui font taire l'imagination (Boltanski & Thévenot, 1991, p.293).

2.2.1.3 *Vers le monde civique*

Le monde de l'inspiration est critique face à la froideur de rapports juridico-économiques qui peuvent s'opposer aux rapports d'affectivité (Boltanski & Thévenot, 1991, p.294).

2.2.1.4 *Vers le monde marchand*

Le monde de l'inspiration promeut un état d'ouverture pour recevoir l'inspiration qui exclut la considération pour l'argent. La servitude à l'argent est fortement critiquée ainsi que l'opportunisme (Boltanski & Thévenot, 1991, p.285).

2.2.1.5 *Vers le monde industriel*

Le monde de l'inspiration exprime ses critiques envers le monde industriel à travers la dénonciation de la « *routine* » et de sa « *rigidité* ». C'est également « *l'oppression d'une hiérarchie de l'autorité ou de la compétence qui bride la grandeur inspirée.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.296).

2.2.2 Critiques depuis le monde domestique

2.2.2.1 *Vers le monde de l'inspiration*

Dans le monde domestique, « *le lien domestique s'oppose à l'inspiration qui, par son caractère instable et par sa méconnaissance des états gradués en grandeur, vient déranger les agencements hiérarchiques et coutumiers qu'elle plonge dans le désordre.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.297). Ainsi de nombreuses propriétés affectées aux petits sont des attributs de la grandeur dans le monde de l'inspiration. C'est le cas de « *l'effusion* », de « *l'affectivité* » ou de « *l'émotion* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.297). Les conduites spontanées sont encore fortement critiquées car elles trahissent un « *laisser-aller* » ou le manque de « *sang-froid* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.297).

2.2.2.2 *Vers le monde de l'opinion*

Les auteurs indiquent qu'une ambiguïté quant à l'opposition du public et du privé rend difficile la distinction entre les critiques visant le monde de l'opinion et les critiques visant le monde civique. En effet, les critiques vers le monde de l'opinion regardent la recherche de spectateurs tandis que le monde domestique préférera les bonnes manières et la discrétion. Ainsi, celui qui se donne en spectacle est perçu comme pouvant nuire aux siens (Boltanski & Thévenot, 1991, p.299).

2.2.2.3 *Vers le monde civique*

La critique du monde domestique vers le monde civique se fonde sur la dénonciation de l'irresponsabilité de Monsieur-tout-le-monde ou autrement dit sur la manière dont l'anonymat fait perdre le sens des bonnes manières à tout à chacun (Boltanski & Thévenot, 1991, p.299). Ainsi, une critique qui peut être faite est la « *transformation du lien familial en un lien associatif c'est-à-dire de nature civique.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.299).

2.2.2.4 *Vers le monde marchand*

Le monde domestique s'emploie à rappeler les limites des relations marchandes et suggère que tout ne s'achète pas (Boltanski & Thévenot, 1991, p.300). De plus, la « *propriété domestique,*

inscrite dans une chaîne d'appartenances enracinée dans un passé, s'oppose à une appropriation marchande parfaitement aliénable. » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.300).

2.2.2.5 *Vers le monde industriel*

Les critiques du monde domestique concernent la fonction de production du monde industriel, qui, sous couvert de « *faire du volume* » et de « *faire du rendement* », ne manquera pas de « *perturber l'engendrement domestique garant de qualité* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.302). Le formalisme inadapté des techniciens est également critiqué tandis qu'à l'inverse dans le monde industriel on fera valoir que « *les chiffres parlent d'eux-mêmes*. » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.303). Ainsi deux visions s'opposent entre une autorité fondée sur du relationnel et une autorité fondée sur des preuves chiffrées (Boltanski & Thévenot, 1991, p.303).

2.2.3 Critiques depuis le monde de l'opinion

2.2.3.1 *Vers le monde de l'inspiration*

Dans le monde de l'opinion, une critique de l'ésotérisme et de la fausse profondeur est prégnante (Boltanski & Thévenot, 1991, p.304). L'inspiration est également apparentée à une opinion personnelle qui s'opposerait à l'opinion d'autrui. En outre, les auteurs rappellent que le prix à payer pour accéder au succès et à la reconnaissance est celui du sacrifice des attributs propres au monde de l'inspiration : celui « *du secret des pensées, de la singularité de la parole ou de l'écriture, de la particularité du message*. » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.305).

2.2.3.2 *Vers le monde domestique*

Les auteurs soulignent que « *la critique de la réputation au sens du monde domestique est nécessaire pour mettre en valeur la célébrité au sens du monde de l'opinion*. » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.306). S'opère par là une distinction entre ces deux dispositifs qui ont des propriétés communes mais qui sont néanmoins différents. L'information dans le monde de l'opinion se propage sans viser un destinataire en particulier mais le public, le plus grand nombre, tandis que, dans le monde domestique, on oppose la transparence de l'information publique à l'opacité des relations personnelles critiquées (Boltanski & Thévenot, 1991, p.306).

Le secret domestique, le caché est ainsi critiqué au même titre que l'ésotérisme du monde de l'inspiration.

2.2.3.3 *Vers le monde marchand*

La critique du monde de l'opinion vers le monde marchand repose sur la dénonciation d'une publicité mensongère qui se voudrait intéressée (Boltanski & Thévenot, 1991, p.307).

2.2.3.4 *Vers le monde industriel*

Le monde industriel est critiqué à partir de l'ésotérisme du spécialiste, technicien (Boltanski & Thévenot, 1991, p.308). Il s'agit ainsi de l'exemple du scientifique qui n'est pas capable d'épouser les formes d'une conférence de presse et de vulgariser son discours (Boltanski & Thévenot, 1991, p.308).

2.2.4 Critiques depuis le monde civique

2.2.4.1 *Vers le monde de l'inspiration*

L'inspiration est critiquée depuis le monde civique comme « *spontanéisme* » qui mène à « *l'improvisation* » et comme « *individualisme* » qui coupe les individus d'un intérêt plus collectif (Boltanski & Thévenot, 1991, p.308). L'inspiration est donc source de « *déviations parce qu'elle défait la grandeur des personnes collective en les dissolvant dans le particulier*. » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.308).

2.2.4.2 *Vers le monde domestique*

« *Dans le monde civique, la référence aux relations domestiques est le plus souvent critique* » puisque le lien civique se définit comme un « *affranchissement par rapport aux relations de dépendance personnelle.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.309). Il s'agit ainsi de se libérer du paternalisme, de l'autoritarisme, de combattre les habitudes de copinage, de surmonter les divisions corporatistes et de prévenir la corruption qui peuvent naître du privilège issu des relations personnelles (Boltanski & Thévenot, 1991, p.311).

2.2.4.3 *Vers le monde de l'opinion*

Les auteurs soulignent que la critique depuis le monde civique vers le monde de l'opinion s'exprime ainsi : « *l'opinion, dans le monde du renom et dans le monde civique, diffère : le suffrage qui, dans le monde civique, se sert de l'opinion d'individus indépendants pour donner une expression de la volonté générale attachée au collectif en tant que tel, s'oppose à l'opinion publique constituée comme la convergence des adhésions de personnes soumises à l'influence des autres.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.317).

2.2.4.4 *Vers le monde marchand*

Le monde civique est très critique à l'égard du monde marchand qui promeut « *l'égoïsme des possédants* » et « « *l'individualisme marchand* » qui assurent des « *déviations* » qui peuvent éloigner d'un « *engagement collectif* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.318-319).

2.2.4.5 *Vers le monde industriel*

La critique du monde civique vers le monde industriel peut s'illustrer à travers la critique de la « *technocratie* » ou de la « *bureaucratie* » puisqu'il s'agit d'assurer dans le monde civique un fonctionnement davantage « *démocratique* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.319-320).

2.2.5 Critiques depuis le monde marchand

2.2.5.1 *Vers le monde de l'inspiration*

Le monde marchand est critique vers « *la perte de contrôle* » que peuvent engendrer les émotions. Ainsi, la « *distance émotionnelle* » est importante pour réussir en affaire et saisir des opportunités. La nécessité de sang-froid dans les affaires exclut le laisser-aller à toute expression spontanée de sentiment ou d'excentricité (Boltanski & Thévenot, 1991, p.320-321).

2.2.5.2 *Vers le monde domestique*

Les auteurs notent que « *le monde marchand, parce qu'il est dépourvu de l'assise d'un espace et qu'il manque du support d'un temps, donne lieu à la critique des éléments du monde domestique qui permettent l'ancrage de ces deux notions*. » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.321). Ainsi, le monde marchand suppose de se libérer des relations personnelles afin de conclure des négociations et de se sentir libre de le faire. Il s'agit encore de rompre les

attaches locales dans une perspective marchande afin de favoriser des transactions qui repoussent les limites spatiales (Boltanski & Thévenot, 1991, p.323).

2.2.5.3 *Vers le monde de l'opinion*

« *Le monde marchand diffère fondamentalement du monde de l'opinion du fait de l'existence des biens extérieurs qui servent à régler la concurrence des appétits et à déterminer la mesure des grandeurs.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.324).

2.2.5.4 *Vers le monde civique*

L'affaire marchande est d'ordre privée tandis que le monde civique s'ancre davantage sur un bien public. Ainsi, le monde marchand est critique envers les « *groupes* » qui sont fortement critiqués car ils ralentissent les négociations (Boltanski & Thévenot, 1991, p.326).

2.2.5.5 *Vers le monde industriel*

Le monde marchand est critique face à la rigidité du monde industriel, de ses outils et des méthodes (Boltanski & Thévenot, 1991, p.327). Ainsi, le monde marchand remet en cause les structures, les organigrammes, les systèmes qui sont des objets qui perturbent le monde marchand et menacent de faire oublier au sujet marchand son intérêt à s'enrichir (Boltanski & Thévenot, 1991, p.28).

2.2.6 Critiques depuis le monde industriel

2.2.6.1 *Vers le monde de l'inspiration*

Dans le monde industriel, l'improvisation, issu du monde de l'inspiration, est perçu comme un gâchis qui s'oppose à une coordination efficace de l'action comparée à une action brouillonne et imprévue (Boltanski & Thévenot, 1991, p.330).

2.2.6.2 *Vers le monde domestique*

Le monde industriel est très critique par rapport au monde domestique comme les auteurs le soulignent : « *Par rapport à l'ordre industriel de l'efficacité et du progrès, l'ancien est dépassé, le traditionnel est peu évolué, c'est le « Moyen-Âge* ». » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.330). A ce titre, les « *anciens* » sont « *remis à leur place* ». Les êtres et les choses sont

jugés à travers leur fonctionnalité et au contraire leur inadaptation (Boltanski & Thévenot, 1991, p.330). La critique s'exprime également envers l'inefficacité des particularismes et l'incompétence du petit chef (Boltanski & Thévenot, 1991, p.331).

2.2.6.3 *Vers le monde de l'opinion*

Cette critique est absente du livre.

2.2.6.4 *Vers le monde civique*

L'inefficacité des procédures administratives est remise en cause par le monde industriel ainsi que les coûts d'une politique sociale (Boltanski & Thévenot, 1991, p.331-332).

2.2.6.5 *Vers le monde marchand*

Le produit de luxe est jugé inutile dans le monde industriel. Celui-ci est jugé comme étant trop cher et peu utile par rapport aux besoins réels. Le prix peut être également « *injustifié* » par rapport à une « *faible utilité ou efficacité* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.333). La tension avec la grandeur marchande s'exprime encore à travers les caprices du marché, imprévisibles et aléatoires comparés à la stabilité du monde industriel (Boltanski & Thévenot, 1991, p.334).

Après avoir détaillé les critiques entre les mondes, nous nous tournons maintenant vers la présentation des compromis entre les mondes tels qu'ils sont définis par Boltanski & Thévenot (1991).

3. Les compromis entre les mondes selon Boltanski & Thévenot (1991)

3.1 Le dépassement de l'épreuve dans le compromis

Boltanski & Thévenot (1991) au-delà d'avoir modélisé les figures des conflits entre les mondes, ont également donné une grille d'analyse des différentes figures de compromis entre les mondes. A ce titre, la notion de compromis est au cœur du modèle des économies de la grandeur de Boltanski & Thévenot (1991, p.337). Celle-ci est un pont reliant les différents mondes. L'enjeu est de résoudre les conflits non pas dans une tentative de réduction de ceux-ci mais en articulant les principes supérieurs communs propres à chaque monde. Le compromis occupe

donc une fonction sociale puisqu'il permet d'atteindre le bien commun en assurant un ordre. En outre, les auteurs notent que « *les dispositifs composites qui comprennent des personnes et des choses susceptibles d'être relevées dans des mondes différents ne sont pas fatalement défaits par la dispute*. » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.337). Les assemblages composites ne suscitent pas toujours des disputes mais peuvent permettre la formule de compromis (Boltanski & Thévenot, 1991, p.337).

Ainsi, « *dans un compromis on se met d'accord pour composer, c'est-à-dire pour suspendre le différend, sans qu'il ait été réglé par le recours à une épreuve dans un seul monde. La situation de compromis demeure composite mais le différend est évité.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.337). Les auteurs distinguent les disputes dans un seul monde des disputes dans plusieurs mondes.

Les auteurs ajoutent que « *dans le compromis, les participants renoncent à clarifier le principe de leur accord, en s'attachant seulement à maintenir une disposition intentionnelle orientée vers le bien commun. Cet objectif est réalisé en recherchant l'intérêt général, c'est-à-dire non seulement l'intérêt des parties-prenants mais aussi l'intérêt de ceux qui ne sont pas directement touchés par l'accord.* ». (Boltanski & Thévenot, 1991, p.338). Dès lors, l'impératif de justification, nécessaire lors de la dispute, n'est pas satisfait dans le compromis même s'il n'est pas complètement « *hors de vue* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.338). « *Le compromis suggère l'éventualité d'un principe capable de rendre compatible des jugements s'appuyant sur des objets relevant de mondes différents. Il vise un bien commun qui dépasserait les deux formes de grandeur confrontées en les comprenant toutes deux : promouvoir, par exemple, les techniques de créativité suppose la référence à un principe non spécifié qui ferait servir à un même bien commun la routine industrielle et le jaillissement inspiré.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.338).

3.2 La fragilité du compromis

La fragilité du compromis est soulignée par les auteurs car « *la mise en place d'un compromis ne permet pas d'ordonner les personnes selon une grandeur propre.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.338). Dès lors, celui-ci est toujours révocable et de ce fait fragile puisque le principe visé n'est pas celui d'un seul monde. A cet égard, les auteurs suggèrent qu'il est toujours possible de revenir au différend en « *relançant la controverse sur la nature des objets dont*

il importe de tenir compte pour faire une épreuve probante. En s'appuyant sur un des mondes en présence on peut accuser le caractère troublant et distrayant des êtres d'autres natures et entreprendre de purifier l'épreuve en dénonçant le compromis comme compromission. » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.339).

3.3 Le rôle des objets dans les compromis

Certains assemblages permettent de « *durcir le compromis* » afin de prévenir les différends. Des objets composés d'éléments relevant de différents mondes permettront de rendre le compromis plus résistant à la critique parce qu'il peut s'appuyer sur des objets insécables (Boltanski & Thévenot, 1991, p.339). Les auteurs prennent l'exemple d'un service public (principe supérieur commun civique) compétitif (marchand) dans lequel « *l'usager englobe la contradiction entre le citoyen et le client ; l'instrument qu'est la boite à idée, mise à disposition de l'usager, absorbe la tension entre un « cahier de revendications » et un « livre des réclamations »*. » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.339). Ainsi, un « *conseil économique et social* » enracine le compromis entre une préoccupation industrielle et civique dans le monde des choses (Boltanski & Thévenot, 1991, p.339).

Dès lors, les auteurs montrent comment certains compromis sont plus acceptables que d'autres : *« dans le discours d'un chef d'entreprise, par exemple, un compromis civique-industriel (« l'accroissement de la productivité est le ciment de la solidarité entre tous ») passera plus facilement qu'un compromis domestique-industriel (« dans notre grande famille il est de tradition d'augmenter la productivité ») ou qu'un compromis inspiré-industriel (« j'ai fait un rêve : l'esprit était en vous et la productivité augmentait »).* (Boltanski & Thévenot, 1991, p.339-340).

3.4 Le rôle des êtres et des qualités équivoques dans les compromis

Les auteurs notent que les compromis sont facilités grâce à des « *êtres ou des qualités équivoques au sens où ils peuvent relever, selon des acceptions différentes, de plusieurs mondes* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.340). A ce titre, « *l'autorité* » ou la « *responsabilité* » peuvent appartenir au monde domestique, de la relation de père à ses enfants ou dans le monde industriel, du supérieur hiérarchique à ses salariés (Boltanski & Thévenot, 1991, p.341). De la même manière, selon les auteurs, la « *considération* » peut être issu du

monde de l'opinion ou encore du monde domestique ; les « *principes* » peuvent être issus du monde civique (principes fondamentaux) ou du monde domestique (avoir des principes) ; la « *qualité* » du monde industriel et du monde domestique (Boltanski & Thévenot, 1991, p.341).

De ce fait, les auteurs notent que « *les figures du bien commun se prêtent également à des compromis : ainsi on peut faire référence à « la société » sans que soit levée l'équivoque entre la bonne société (domestique), la société civique comme corps politique ou encore la société désignée par les sciences sociales et qui, avec ses régularités et des lois possède une forte composante industrielle.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.341).

3.5 Les autres voies pour ouvrir des compromis

Les auteurs soulignent que le manque d'objets ou de qualités équivoques ne supposent pas l'impossibilité d'un compromis. Ils soulignent ainsi que l'on peut ouvrir la voie à un compromis « *en critiquant ce qui est le plus grand dans le monde depuis lequel on tend la main vers une nature étrangère*. » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.341). De ce fait, les auteurs notent que l'on « *donne des gages d'ouverture qui favorisent le rapprochement entre des principes incompatibles*. » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.341). Les auteurs donnent l'un des exemples suivants : « *on peut favoriser depuis le monde de l'opinion un compromis industriel en dénonçant les rumeurs (« en matière d'image d'entreprise, il faut se garder de laisser se propager des rumeurs »).* ». (Boltanski & Thévenot, 1991, p.342).

3.6 Le rôle des mots dans les compromis

Les auteurs soulignent enfin le rôle des mots dans la création de compromis. Ils écrivent ainsi que les « *formulations et désignations spécifiques* » permettent de « *fonder dans un même énoncé les références aux mondes d'origine* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.342). Ainsi, le travail de compromis s'effectue à partir d'un travail sur l'entente sur un terme adéquat, sur une signification sonnant juste et sur laquelle les acteurs peuvent tomber d'accord (Boltanski & Thévenot, 1991, p.342). Ce travail se propose de dépasser la tension entre des termes issus de mondes distincts en présentant la réalité de façon acceptable, à l'aide d'une désignation pouvant camoufler la tension existante (Boltanski & Thévenot, 1991, p.342).

3.7 Le rôle des compromis dans la formulation de critiques

Les compromis peuvent « *servir de point d'appui à la critique* », soulignent les auteurs (Boltanski & Thévenot, 1991, p.343). Cette figure est désignée comme étant plus complexe, puisqu'elle implique plus de deux mondes et que « *la critique s'établit par référence à une formule qui est elle-même le résultat de la composition entre deux natures étrangères l'une à l'autre*. » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.343). Cependant, la difficulté supplémentaire dans ce cadre d'analyse-là est que la critique ne peut pas être complètement clarifiée puisqu'il n'est pas possible de remonter à un principe unique. Les auteurs prennent l'exemple du génie méconnu pour illustrer ce point. Cette critique s'adresse à un compromis entre le monde de l'opinion et le monde inspiré. A cet égard et à titre d'exemple, la critique ne vaut rien dans le monde inspiré car l'une des qualités du génie authentique est d'échapper à la « *vaine gloire* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.343).

3.8 *Les différentes figures du compromis*

Les auteurs ont décrit les différentes formes de compromis entre les mondes préalablement définis (Boltanski & Thévenot, 1991, p.357). Nous reprenons ces figures du compromis comme éléments permettant la compréhension de notre grille de lecture.

Tableau 13 – La grille d'analyse des figures de compromis adaptée de Boltanski & Thévenot (1991)

	Inspiration	Domestique	Opinion	Civique	Marchand	Industriel
Inspiration						
Domestique	La relation initiatique de maître à disciple					
Opinion	L'hystérie des fans, la foule en délire	Entretenir de bons contacts				
Civique	L'homme révolté, le geste de protestation, le génie collectif	La correction envers les fonctionnaires, le bon sens dans l'application des règlements, l'extension des droits civiques, la communauté scolaire	Toucher l'opinion publique, mettre son nom au service d'une cause, la caution d'un officiel, faire une campagne d'adhésion			
Marchand	Le marché créatif, faire une folie, le sublime n'a pas de prix	La confiance dans les affaires, le service sur mesure, la propriété aliénable	L'image de marque	La compétitivité du service public		
Industriel	La passion du travail rigoureux, les techniques de créativité, l'inventeur	L'esprit et le savoir-faire maison, l'efficacité des bonnes habitudes, la qualité traditionnelle, la responsabilité du chef, les ressources humaines	Les méthodes pour implanter une image, la mesure de l'opinion, une opinion objective	Les droits des travailleurs, des méthodes efficaces de mobilisation, l'accroissement de productivité des travailleurs motivés, le travail en groupe, la certification de la compétence, l'impératif de sécurité, l'efficacité du service public	Un produit vendable, la maîtrise de la demande, les méthodes pour faire des affaires, l'utilité entre désir et besoin	

3.8.1 Compromis engageant le monde de l'inspiration

3.8.1.1 *Avec le monde domestique : la relation initiatique de maître à disciple*

Selon Boltanski & Thévenot (1991, p. 357), la figure du compromis entre le monde de l'inspiration et le monde domestique peut s'illustrer par la relation initiatique de maître à disciple : « *l'expérience de l'apprentissage se confond avec l'expérience d'un approfondissement, d'un réaménagement permanent de la relation au monde, traité comme un texte aux significations inépuisables.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.358). Le maître incarne ainsi une relation d'autorité personnelle dans la transmission de connaissance. Il « *éveille* » le disciple ou l'élève et tente par-là de lui transmettre « *l'inspiration* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.358).

3.8.1.2 *Avec le monde de l'opinion : l'hystérie des fans, la foule en délire*

Boltanski & Thévenot (1991, p.359) rappellent que dans le monde de l'opinion, l'identification définit le rapport de grandeur entre les êtres. Les petits s'identifient aux grands, ceux qui sont inconnus s'identifient aux vedettes ou aux stars. Dès lors, la figure du compromis entre le monde de l'inspiration et le monde de l'opinion peut être illustrée par les êtres qui deviennent des acteurs reconnus, des musiciens célèbres, des artistes renommés. « *L'hystérie des fans* » permet d'identifier la figure de ce compromis. Ainsi, si l'inspiration est source de folie dans le monde de l'opinion, car elle éloigne de la renommée, la composition des deux grandeurs se réalise dans la foule en délire.

3.8.1.3 *Avec le monde civique : l'homme révolté, le geste de protestation et le génie collectif*

La figure du compromis entre le monde de l'inspiration et le monde civique peut prendre plusieurs formes. La première est celle de l'homme révolté : « *l'exigence de remise en cause, qui est commune aux mondes inspiré et civique, favorise les passages et les compromis entre ces deux mondes.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.361). Ainsi, la remise en cause, engagée dans un compromis civique-inspiré, prend la forme d'une révolte canalisée dans un mouvement révolutionnaire organisé. Ainsi, les auteurs soulignent que l'action de révolte peut difficilement s'extraire de ce compromis car sa légitimité repose sur « *l'expérience vécue des travailleurs et leur prise de conscience »* (Boltanski & Thévenot, 1991, p.361). A cet égard, les responsables prennent conscience de leurs intérêts communs et peuvent « *être les artisans*

de l'union de tous. » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.361) : « *La prise de conscience ne constitue une force révolutionnaire qu'à la condition de s'inscrire dans le programme d'un appareil collectif. ».* Ainsi, elle reste au stade de l'inspiration lorsque cette prise de conscience est individuelle et qu'elle n'est pas représentée par des porte-paroles capables de l'éveiller et de la mobiliser pour une action collective et l'intérêt général.

La remise en cause inspirée peut prendre la voie de l'écrit ou encore s'exprimer au moyen de gestes de protestation (Boltanski & Thévenot, 1991, p.365) : « *ainsi on parlera d'un geste pour désigner l'action de quelqu'un qui a démissionné, refusé un prix, renvoyé une décoration, etc., et qui le fait savoir publiquement (...) Ces gestes spectaculaires mettent les instruments de l'opinion au service de causes collectives, supposent la présence des autres mais sans leur être explicitement destinés.* ». Le risque est de voir basculer ce geste inspiré dans le monde de l'opinion, ce qui lui ferait perdre, selon les auteurs, sa valeur démonstrative. On parlera alors d'un « *geste calculé* » pour « *se faire bien voir et aimer du public.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.366).

La dernière forme est celle du génie collectif (Boltanski & Thévenot, 1991, p.367) : « *l'exaltation de l'esprit d'un peuple, c'est-à-dire de sa capacité, en tant que collectif, à engendrer des formes littéraires, artistiques, politiques, conformes à son génie propre, constitue l'une des expressions canoniques de ce compromis.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.367).

3.8.1.4 *Avec le monde marchand : le marché créatif, faire une folie, le sublime n'a pas de prix*

La première figure du compromis entre le monde de l'inspiration et le monde marchand est celle du marché créatif. Les auteurs soulignent ainsi que la capacité à transformer une chose insignifiante en bien précieux nettement identifiable illustre la combinaison des singularités de l'incertain, avec l'opportunité dont on peut tirer avantage lorsque l'on sait saisir sa chance : « *la brusque et imprévisible émergence de ce nouvel objet est l'occasion de soutenir le compromis d'un marché créatif.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.368).

A cette première figure de compromis s'ajoute l'arrivée soudaine d'un objet sur le marché qui fait rupture et fait montée par là un désir irrépressible d'appropriation et pousse à « *faire une folie* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.368).

Enfin, l'attribution d'un prix à un objet inspiré - comme une œuvre d'art - résulte du compromis inspiré-marchand (Boltanski & Thévenot, 1991, p.369).

3.8.1.5 *Avec le monde industriel : la passion du travail rigoureux, les techniques de créativité, l'inventeur*

Le compromis entre le monde de l'inspiration et le monde industriel peut s'illustrer à travers la passion du travail rigoureux et l'énergie dirigée vers la capacité de création.

Le compromis entre « *efficacité* » et « *passion* » peut se réaliser à travers une deuxième figure à l'aide de « *techniques de créativité* » qui « *favorisent la mobilisation d'énergie créative et productive* ». A titre d'exemple, les auteurs notent que « *le jaillissement spontané de l'expression libre* » peut être suscité à l'aide de « *brainstorming* » qui se prolonge dans un dialogue collectif à travers lequel une expérience vécue de façon commune se forge (Boltanski & Thévenot, 1991, p.369).

La troisième figure de ce compromis est celle de l'inventeur qui fait une « *découverte* » en transformant son « *intuition insolite* » en une « *innovation efficace* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.370).

3.8.2 Compromis engageant le monde domestique

3.8.2.1 *Avec le monde de l'opinion : entretenir de bons contacts*

La figure du compromis entre le monde domestique et le monde de l'opinion peut s'illustrer à travers « *l'entretien de bons contacts* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.371) : « *par exemple, la réception, purement domestique lorsqu'il s'agit de resserrer des liens d'amitié avec ses proches, penche vers le monde de l'opinion dès qu'il est question de relations et de connaissances.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.371). Ainsi, un guide des relations publiques peut aider à forger ce compromis. En revanche, la référence à la notion « *d'opinion* » peut être établie dans le monde domestique uniquement. C'est le cas lorsque le supérieur hiérarchique a une bonne opinion de son subordonné (Boltanski & Thévenot, 1991, p.372) : « *des compromis*

avec des êtres du monde domestique sont ébauchés dès que l'opinion est reliée à une relation personnelle, à un contact entretenu, à un réseau de relations. » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.372.

3.8.2.2 *Avec le monde civique : la correction envers les fonctionnaires, le bon sens dans l'application des règlements, l'extension des droits civiques, la communauté scolaire*

Le compromis entre le monde domestique et le monde civique s'illustre à travers quatre figures différentes.

La première est celle des bonnes manières et du savoir-vivre, utiles envers les représentants de l'État comme les « *agents de l'ordre* », qui appliquent le « *règlement dont ils sont responsables.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.373).

La seconde figure est celle consistant à « *faire preuve de bon sens dans l'application de la règle* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.374). Ces compromis supposent une forme de souplesse entre des personnes qui se font confiance et veulent entretenir des bonnes relations : « *la tension entre les formes du jugement domestique et les dispositifs civiques de traitement des conflits peut être surmontée ainsi par des formules de compromis, comme lorsque l'on fait appel à la conciliation par la médiation d'un arbitre.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.374). Lorsque les syndicats veulent sortir de ce compromis pour faire passer la résolution du conflit du monde domestique au monde civique, ils doivent supprimer les traces des liens personnels (monde domestique) pour transformer les litiges entre un salarié et son chef en conflits collectifs justiciables d'un traitement social (monde civique) (Boltanski & Thévenot, 1991, p.375). Les syndicats font donc un travail de transformation d'un conflit interpersonnel en une « *revendication collective.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.376).

La troisième figure de ce compromis est celle de « *l'extension des droits civiques.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.377) : cela « *consiste ainsi à construire des instruments juridiques et à établir des personnes collectives de façon à rendre possible l'expression publique de différends traités jusque-là comme relevant de la vie privée des personnes.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.377).

La quatrième figure est celle de la communauté scolaire avec des formes impersonnelles de transmission qui exclut de fait le favoritisme. Cette figure trouve sa justification dans l'égalité entre les élèves (Boltanski & Thévenot, 1991, p.378).

3.8.2.3 *Avec le monde marchand : la confiance dans les affaires, le service sur mesure, la propriété aliénable*

La première figure du compromis entre le monde domestique et le monde marchand se fonde dans la confiance dans les affaires dans lequel le « *beau geste* » est mis en avant afin de « *personnaliser* » la relation avec les clients (Boltanski & Thévenot, 1991, p.380).

La deuxième figure est celle de la notion de « *service sur mesure* » qui rend compte d'une « *relation personnelle difficile à détacher de liens spécifiques et durables* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.381).

La troisième figure est illustrée par la « *propriété aliénable* » qui permet de détacher l'attribut de patrimoine au profit de celui d'objet marchand (Boltanski & Thévenot, 1991, p.381).

3.8.2.4 *Avec le monde industriel : l'esprit et le savoir-faire maison, l'efficacité des bonnes habitudes, la compétence de l'homme de métier, la qualité traditionnelle, la responsabilité du chef*

Les auteurs soulignent que les deux grandeurs, domestique et industrielle, peuvent former un compromis autour de plusieurs figures (Boltanski & Thévenot, 1991, p.382). Cependant, les auteurs notent une distinction importante entre les deux grandeurs : « *dans le monde industriel, l'espace est homogène, réglé par des axes et des dimensions qui définissent des coordonnées, alors que dans le monde domestique l'espace est déterminé par des domaines qui marquent un extérieur, des distances ou des voisinages.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.382). Ainsi, dès que l'entreprise est traitée comme un « *territoire* » et non comme « *une unité fonctionnelle* », une figure du compromis est amorcée. Le compromis s'étend aux relations entre les personnes où un « *climat de confiance* » peut faire croire à certains qu'ils peuvent « *abuser de la situation* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.382). Dans cette perspective, cette figure de compromis « *ignore les rapports juridiques et traite les relations professionnelles sur le mode des relations personnelles. Dans le monde civique, ce compromis est dénoncé en termes de paternalisme*. » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.383).

Le compromis s'exprime, par ailleurs, lors d'efforts pour dépasser la perpétuation d'une « *coutume enracinée* » afin de mettre en avant l'« *efficacité de bonnes habitudes.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.383). Des pratiques locales, des savoir-faire dénoncent l'illusion des procédures formelles. L'esprit du savoir-faire maison est ainsi valorisé.

La figure de « *l'homme de métier* » ou de « *l'homme de l'art* » est également importante dans ce compromis avec une mise en avant de la haute technicité acquise grâce à l'expérience : « *le compromis avec l'autorité industrielle accorde donc aux plus anciens une aptitude associée à leur expérience professionnelle.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.385).

Aussi, la « *qualité traditionnelle* » des produits est un des bénéfices de ce compromis. L'autorité hiérarchique dessine la figure du patron pourvue à la fois de l'autorité du père et de celle du dirigeant sur son personnel (Boltanski & Thévenot, 1991, p.386).

Enfin, les « *dispositifs des relations humaines tendent à rendre compatibles des normes d'efficacité et de bonnes relations entre personnes.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.386).

3.8.3 Compromis engageant le monde de l'opinion

3.8.3.1 *Avec le monde civique : toucher l'opinion publique, mettre son nom au service d'une cause, la caution d'un officiel, faire une campagne d'adhésion*

Le compromis entre le monde de l'opinion et le monde civique peut s'illustrer à travers les dispositifs de l'opinion publique comme les manifestations ou les actions de mobilisation (Boltanski & Thévenot, 1991, p.386). Les campagnes de relations publiques qui ont pour but d'informer le personnel sur les buts poursuivis et sur la solution envisagée font également partie de cette figure. Ainsi, le compromis entre ces grandeurs s'illustre également à travers les pétitions sur lesquelles on inscrit son nom au service d'une cause plus grande (Boltanski & Thévenot, 1991, p.388).

3.8.3.2 *Avec le monde marchand : l'image de marque*

Le compromis entre le monde de l'opinion et le monde marchand s'illustre par la grandeur dans l'opinion d'un bien marchand qui peut se promouvoir par le biais d'une campagne marketing, susceptible de renforcer « *l'image de marque* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.392).

3.8.3.3 *Avec le monde industriel : les méthodes pour implanter une image, la mesure de l'opinion, une opinion objective*

Dans le compromis entre le monde de l'opinion et le monde industriel, le recours à des méthodes (monde industriel) permettent d'assurer plus de prévisibilité et de stabiliser l'inconstance de l'image et de l'opinion (Boltanski & Thévenot, 1991, p.394). Ces techniques de contrôle de l'opinion vont jusqu'à la « *mesure* » de cette opinion.

3.8.4 Compromis engageant le monde civique

3.8.4.1 *Avec le monde marchand :*

Les auteurs notent qu'« *aucun compromis entre ces deux grandeurs n'a été rencontré.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.396).

3.8.4.2 *Avec le monde industriel : les droits des travailleurs, des méthodes efficaces de mobilisation, l'accroissement de productivité des travailleurs motivés, le travail en groupe, la certification de la compétence, l'impératif de sécurité, l'efficacité du service public*

Le compromis entre le monde civique et le monde industriel s'appuie sur diverses figures. La première est celle du droit des travailleurs qui est instrumenté par le syndicalisme. Il lie l'intérêt collectif à la capacité productive des travailleurs (Boltanski & Thévenot, 1991, p.397). L'état de « *groupe* » de travailleurs peut gagner en grandeur à travers ce compromis (Boltanski & Thévenot, 1991, p.401). « *Une autre forme de compromis civique-industriel peut être soutenue par la référence à une exigence de sécurité comme on peut le voir dans le cas d'une grande entreprise publique de transports : la SNCF* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.403). « *Les services publics offrent un autre exemple de compromis entre le monde civique et le monde industriel lorsque des mesures destinées à accroître l'efficacité du travail sont justifiées, notamment auprès des personnels, par le souci du bien commun des usagers.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.403).

3.8.5 Compromis engageant le monde marchand

3.8.5.1 *Avec le monde industriel : un produit vendable, la maîtrise de la demande, les méthodes pour faire des affaires, l'utilité entre désir et besoin*

Le compromis entre le monde marchand et le monde industriel s'appuie sur des « *produits vendables* » qui illustre le résultat du fonctionnement d'une unité de production efficace et « *constitue un bien plus ou moins rare, convoité par des désirs concurrents* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.405). La « *maitrise de la demande* » sont des dispositifs de compromis qui cherchent à concilier les exigences d'une production efficace et la nécessité de satisfaire une demande sur le marché (Boltanski & Thévenot, 1991, p.405). Ainsi, la mise en œuvre de « *méthodes rationnelles* » permettrait d'accroître la « *productivité des vendeurs* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.407).

Après avoir présenté l'ensemble des figures de compromis entre les différents mondes, les auteurs présentent plusieurs autres figures d'accord dans le chapitre onze intitulé « *La relativisation* » que nous allons développer ci-dessous (Boltanski & Thévenot, 1991, p.408).

3.9 La relativisation

3.9.1 Les arrangements particuliers

La première figure de relativisation développée par les auteurs est celle des arrangements particuliers. Boltanski & Thévenot (1991) distinguent le compromis de l'arrangement (Boltanski & Thévenot, 1991, p.408). A la différence du compromis, l'arrangement ne réalise par une opération d'universalisation en recourant au bien commun mais est plutôt local, contingent et circonstanciel. Ainsi, l'arrangement relève de la relativisation et ne suppose pas des exigences de justice, relevant plutôt de l'accord privé entre deux ou plusieurs parties. Si la finalité de cet accord n'est pas le bien commun, c'est parce que les parties en présence recherchent plutôt des bénéfices pour elles-mêmes. Ainsi, les arrangements s'opposent d'une certaine manière à l'accord fondé sur un compromis qui repose sur « *la présupposition d'un bien commun*. » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.408).

A cet égard, la clarification permet de distinguer ces formes d'accord dans la mesure où dans le compromis, celle-ci risque de le fragiliser en faisant apparaître clairement les distinctions entre les grandeurs mises en jeu puisqu'il n'existe pas de « *cité de rang supérieur en laquelle*

les mondes incompatibles, associés dans le compromis, pourraient converger. » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.408). Cet exercice de clarification ferait voir le compromis comme un accord sans fondement valide et mènerait à vouloir le dénoncer. « *La visée d'un intérêt général est en effet ce qui élève le compromis au-dessus d'un accord « local », « à l'amiable », « entre personnes », dans lequel les gens se font des concessions et transigent momentanément dans la définition d'un bien qui leur soit commun dans la situation.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.408).

Dès lors, les auteurs notent qu'à cet accord visant le bien commun s'oppose l'arrangement défini comme « *un accord contingent aux deux parties (« tu fais ça, ça m'arrange ; je fais ça, ça t'arrange ») rapporté à leur convenance réciproque et non en vue d'un bien général.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.408). Ainsi, le caractère privé de cet accord le qualifie. Les auteurs illustrent l'arrangement par l'exemple suivant : « *le directeur laisse le sous-directeur, qui est très serviable au bureau et avec qui il entretient de bons contacts, conserver la voiture de service pendant le week-end ; c'est un arrangement, un accord à l'amiable, entre eux.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.409).

3.9.1.1 *La figure de l'arrangement comme dénonciation du compromis*

Si la figure de l'arrangement est intéressante en elle-même, elle l'est également comme figure de dénonciation d'un compromis. « *Dans la dénonciation du compromis, on le réduit à un arrangement au bénéfice des parties prenantes*. » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.410). « *On rapporte le bien commun non spécifié qui vise le compromis à un intérêt.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.410).

Cependant, l'intérêt d'utiliser la figure de l'arrangement pour la dénonciation soulève simultanément la difficulté de distinguer le compromis de l'arrangement dans certaines situations. En effet, dans l'exercice de dénonciation d'un compromis entre deux mondes, les acteurs peuvent dénoncer, critiquer le compromis en question, en le qualifiant d'arrangement entre les personnes, générant ainsi un doute sur la figure de l'accord (Boltanski & Thévenot, 1991, p.409).

De ce fait, les auteurs précisent le sens du terme « *privé* » pour aider à la qualification et la distinction d'un arrangement entre personnes d'un compromis : « *est « privé », dans cette*

acception, ce qui, ignorant le bien commun pour n'impliquer que les bénéfices des parties en cause, n'a pas la visée d'une justification. » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.409). A cet égard, c'est l'ignorance d'une portée visant l'intérêt général qui peut distinguer en situation si deux êtres s'entendent à l'amiable ou s'ils sont parvenus à un compromis.

Ce point est majeur puisque les auteurs soulignent que ces deux éléments sont très souvent confondus car des situations amicales ou familiales peuvent être qualifiées de « *privé* » alors qu'elles peuvent être associées au monde domestique. Ainsi, l'arrangement « *peut être utilisé pour qualifier ce qui relève du monde domestique ou marchand* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.409). En effet, dans le monde marchand, une affaire et une négociation entre deux personnes peuvent créer la confusion entre l'arrangement et le compromis. Les auteurs préconisent ainsi de « *les séparer pour faire apparaître le monde domestique dans sa généralité et pour distinguer les dispositifs domestiques qui se présentent sous une forme justifiable tels que, par exemple, les réunions de famille à l'occasion d'un mariage ou d'un décès, des situations qui rapprochent des personnes disposées à s'arranger entre elles en écartant la contrainte d'avoir à justifier leur accord dans un cercle plus large.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.409).

A cet égard, les auteurs précisent encore que c'est « *la mise à l'écart des autres, et éventuellement le secret, qui contribuent à donner forme* » à l'arrangement (Boltanski & Thévenot, 1991, p.410).

3.9.2 L'insinuation

Dans le cours d'un travail de justification entre plusieurs acteurs, ceux-ci peuvent vouloir renoncer à soutenir un argument fondé sur une justification et s'appuyer sur la figure de l'insinuation pour se soustraire à l'impératif de justification tout en faisant passer un message : « *lorsque, dans le cours d'une dispute, une des parties accuse l'autre de faire des insinuations, affectant par là à cette opération une valeur négative (ce qui ne recouvre évidemment pas tous les cas de sous-entendus) elle vise à dévoiler des intentions cachées.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.411). Ainsi, l'insinuation est caractérisée par l'ambiguïté du sens des propos émis, qui peuvent être ensuite justifiés par la figure de la plaisanterie (« *ce n'était qu'une plaisanterie* ») (Boltanski & Thévenot, 1991, p.411).

3.9.3 La fuite hors de la justification ou la relativisation

Les auteurs précisent une autre façon de sortir d'une dispute avec la relativisation. La relativisation est une modalité de soustraction à l'épreuve des ordres de grandeur. Elle s'illustre ainsi par ce que Boltanski & Thévenot (1991, p. 412) caractérisent comme « *la fuite hors de la justification* ». Ainsi, si deux parties font le choix de relativiser le désaccord, elles suspendent l'exigence de justification en empêchant toute critique : « *pour se soustraire à l'épreuve et échapper au différend sur ce qui importe en réalité, les personnes peuvent en effet convenir de ce que rien n'importe. A quoi bon le désaccord si rien n'importe. Nous appellerons cette figure la relativisation. Dans la relativisation l'épreuve de réalité est abandonnée au profit d'un retour aux circonstances. La situation est traitée comme sans conséquences et comme purement locale et les êtres qu'elle contient comme sans ordre et sans importance, en sorte qu'il serait à la fois inutile et impossible de chercher à en faire un rapport général.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.412).

Ainsi, la relativisation est apparentée à un soulagement puisqu'elle peut permettre de ne pas affronter une épreuve : *« Le soulagement qu'apporte la relativisation tient précisément à l'apaisement que procure le retour aux situations détendues dans lesquelles la question de l'accord est suspendue. La relativisation peut constituer par là une réponse à la peur d'affronter une épreuve*. » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.412). Elle est aussi une figure de la « *douceur* » puisqu'elle peut permettre un passage en douceur vers un autre monde (Boltanski & Thévenot, 1991, p.413). Cependant, le risque de la relativisation tient à ce qu'elle peut créer de l'instabilité « *si tout se vaut.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.413).

3.9.4 Le relativisme

Le passage de la relativisation au relativisme suppose de franchir un pas de plus selon les auteurs puisque celui-ci suppose une attitude proclamée devant la vie fondée sur une croyance en une force supérieure, un pouvoir, une puissance qui dépasserait les principes de justification (Boltanski & Thévenot, 1991, p.414). Les valeurs sont par ce procédé rendues relatives de même qu'un bien commun, quel qu'il soit. Le relativisme prend le risque de tomber dans un nihilisme radical (Boltanski & Thévenot, 1991, p.416). La figure du philosophe du relativisme est celle de Nietzsche, longuement cité par les auteurs dans cette partie du texte (Boltanski & Thévenot, 1991, p.417).

3.9.5 Violence et justification

Les auteurs concluent cette partie de leur livre sur la violence et la justification. Ils rappellent l'intérêt d'un cadre théorique fondé sur l'analyse des formes d'accord et des justifications qui rendent compte de la nécessité d'une analyse fondée sur une axiologie et non sur un relativisme : « *prendre au sérieux les justifications des personnes et les métaphysiques de l'accord sur lesquelles elles se fondent constitue la condition d'une science sociale rigoureuse, parce que cette exigence fait peser une contrainte sur l'interprétation. Or, cette interprétation est menacée d'arbitraire lorsqu'elle traite de la même façon toute appréciation et qu'elle se donne ainsi comme objet un univers infini de « représentations » ou de « valeurs », ou encore lorsqu'elle s'incline devant la spontanéité de la pratique, le caractère anarchique de la réalité ou l'imprévisibilité des associations livrées au hasard des rencontres entre forces*. » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.420).

En effet, la mise en discussion, en débat permet à la faculté de jugement de dévoiler ce qui, des situations, fait émerger des épreuves. Ainsi, l'ordre des choses n'est pas un ordre « *chaotique* » où chacun ne suivrait que « *son intérêt* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.417). Ainsi, tandis que cette grammaire offre à voir un pluralisme des valeurs, tout recourt à la violence est supposé être exclu de cet impératif de justification entre des acteurs. Ce postulat est important chez les auteurs qui soutiennent que les acteurs ont la capacité de juger, de débattre et de se référer au juste plutôt que de faire valoir par la violence la prééminence d'un ordre de grandeur sur un autre.

Conclusion de la section 1

Dans cette première section, nous avons détaillé le cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991) afin de mettre en lumière la pertinence de l'analyse des compromis au cœur des des hôpitaux publics français. Si la littérature en contrôle sur les organisations publiques en général, et sur les organisations de santé en particulier, souligne l'aspect conflictuel et la complexité de ces rationalités plurielles, celle-ci ne s'aventure pas à porter une attention particulière aux tensions issues de la confrontation de ces principes d'action et à leur résolution par les acteurs de terrain.

Ainsi, le cadre théorique de la sociologie pragmatique, articulé avec la littérature en contrôle nous permet en effet d'analyser comment les acteurs de terrain, faisant face à des tensions entre des principes d'action contradictoires, construisent, malgré cela, des compromis autour des outils comptables et en particulier, autour de l'utilisation des mesures de performance.

Section 2 : Les tensions et les compromis induits par la conception et l'utilisation d'outils comptables dans les organisations : les études en contrôle fondées sur la théorie de Boltanski & Thévenot (1991)

Cette seconde section nous permet d'illustrer l'intérêt croissant dans la littérature en contrôle pour le cadre théorique de la sociologie pragmatique (Amans *et al.*, 2020; Annisette *et al.*, 2017; Annisette & Richardson, 2011; Annisette & Trivedi, 2013; Chenhall *et al.*, 2013; Jerman *et al.*, 2020; Morinière & Georgescu, 2021; Van Bommel, 2014; Vesty *et al.*, 2018). Si des études se sont intéressées à comprendre comment les outils comptables sont susceptibles de révéler les multiples intérêts et rationalités présentes dans les organisations, la notion de compromis et son analyse sont émergentes et n'apparaissent encore que dans peu de travaux (Annisette *et al.*, 2017; Annisette & Richardson, 2011; Chenhall *et al.*, 2013; Van Bommel, 2014). Le champ d'investigation réclame ainsi davantage d'études, selon les auteurs, pour approfondir la compréhension du rôle des outils comptables dans la facilitation de compromis ou au contraire dans la création de tensions entre divers acteurs aux rationalités plurielles (Chenhall *et al.*, 2013).

Dès lors, ces travaux soulèvent un questionnement sur la conception et l'utilisation des outils comptables comme friction « *productive* » ou au contraire comme friction « *destructrice* » des organisations (Chenhall *et al.*, 2013). Ces questionnements peuvent se traduire de la façon suivante : les outils comptables mènent-ils au débat d'idées, à l'écoute des positions contraires, à la formation de compromis ou au contraire, génèrent-ils des disputes irréconciliables ?

Dans une première sous-partie, nous revenons sur la qualité d'objet qualifié qui définit les outils comptables comme des objets ambigus capables d'être mobilisés dans plusieurs mondes. Nous présentons ensuite les travaux portant sur les tensions que peuvent générer la conception et l'utilisation des outils comptables pour enfin donner à voir ceux sur les compromis.

1. Les mondes et les outils comptables : des objets qualifiés au carrefour de plusieurs mondes

1.1 La non-neutralité des outils comptables

Les travaux mobilisant le cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991) suscitent un intérêt croissant dans la littérature en contrôle (Amans *et al.*, 2020; Annisette *et al.*, 2017; Annisette & Richardson, 2011; Annisette & Trivedi, 2013; Chenhall *et al.*, 2013; Jerman *et al.*, 2020; Morinière & Georgescu, 2021; Van Bommel, 2014; Vesty *et al.*, 2018). Cet intérêt peut s'expliquer, selon Annisette & Richardson (2011), car la sociologie pragmatique offre l'opportunité d'analyser les outils comptables au-delà de leur neutralité supposée et de les appréhender en tant qu'outils socialement situés et ambigus. Elle répondrait par là à un besoin exprimé par Miller & Power (2013) de concevoir la comptabilité au-delà de sa dimension purement instrumentale et technique.

Les outils comptables, comme tout autre objet, jouent un rôle important selon Boltanski & Thévenot (1991, p.339) car ils ont non seulement des capacités techniques qui permettent aux acteurs d'agir mais prennent également un caractère moral, dans la mesure où ils facilitent l'identification d'un ordre de grandeur à un autre.

A ce titre, la littérature précise que l'évaluation comptable est conçue comme créatrice de sens et de valeurs sociales (Annisette & Richardson, 2011). En effet, selon les auteurs, la comptabilité, sous ses diverses formes est considérée comme un théâtre de représentation où les objets, les êtres et les choses sont vus comme pouvant être évalués. Elle sert par ailleurs à entrelacer un pluralisme de valeurs, économiques, morales et sociales.

Dès lors, les travaux antérieurs invitent à questionner la façon dont la comptabilité participe à la construction d'une représentation d'une certaine réalité de l'organisation puisqu'il est reconnu que les évaluations comptables, loin d'être des déclarations de faits neutres, servent à construire des réalités permettant l'évaluation et la quantification (Annisette & Richardson, 2011).

1.2 La comptabilité, objet au carrefour de plusieurs mondes

En premier lieu, la littérature précise que le cadre théorique de la sociologie pragmatique permet d'identifier explicitement la comptabilité et les dispositifs de contrôle de gestion comme des objets issus du monde industriel en raison de leur dimension technique[11] (Annisette & Richardson, 2011, p. 235). C'est également en raison de sa mesure de l'efficience que la comptabilité est tout d'abord assimilée comme participant du monde industriel[12] (Angelé-Halgand & Garrot, 2014; Vesty *et al.*, 2018, p.1411). Cependant, les auteurs notent que la comptabilité peut être appréhendée à des fins autres que techniques et peut être mobilisée dans d'autres mondes que le monde industriel (Annisette *et al.*, 2017).

Dans le monde domestique, les données comptables peuvent être ainsi utilisées pour renforcer les relations hiérarchiques caractéristiques de ce monde (Annisette & Richardson, 2011). Elles peuvent encore servir à ritualiser des situations ou à signifier la connaissance des codes et des bonnes manières à utiliser entre différents acteurs (Annisette & Richardson, 2011).

Dans le monde marchand, la comptabilité est mobilisée pour mesurer des éléments de preuve marchande comme la rentabilité ou le retour sur investissement qui peuvent permettre un classement des choses et des êtres (Annisette & Richardson, 2011). A titre d'exemple, la VAN (valeur actuelle nette) est une mesure appropriée (Annisette *et al.*, 2017).

Dans le monde inspiré, la comptabilité peut susciter de fortes émotions en servant à défendre des intérêts sociétaux ou environnementaux et ainsi s'inscrire comme une expression du monde de l'inspiration (Van Bommel, 2014). Van Bommel (2014, p. 1173) note ainsi que les acteurs

---

[11] La citation illustrant cette idée en anglais est la suivante : "*accounting data can perform a technical function, being used as proofs in tests of worth involving beings (subjects and objects) that inhabit the industrial world.*" (Annisette & Richardson, 2011, p. 235)

[12] La citation illustrant cette idée en anglais est la suivante : "*accounting measures are used as tests to demonstrate efficiency in the industrial world*" (Vesty *et al.*, 2018, p. 1411).

utilisant un reporting intégré peuvent être enthousiasmés par la contribution de la comptabilité à la transformation du monde en un monde meilleur[13].

Dans le monde de l'opinion, la comptabilité peut être utilisée pour faire signe dans le but d'obtenir une reconnaissance publique (Annisette *et al.*, 2017 ; Vesty *et al.*, 2018). Elle est ainsi utile pour gagner en crédibilité auprès de différentes parties-prenantes.

Dans le monde civique, la comptabilité peut représenter une procédure régulière et l'utilisation de celle-ci est justifiée par la défense de valeurs telles que l'égalité, les droits fondamentaux, la solidarité, l'équité et le bien-être collectif (Annisette *et al.*, 2017 ; Van Bommel, 2014).

Dans le monde vert, la comptabilité est utile pour défendre des intérêts écologiques à travers des mesures spécifiques comme la mesure des émissions de carbone (Vesty *et al.* 2018). A ce titre, certains outils comme le reporting intégré sont privilégiés pour intégrer ce monde (Van Bommel, 2014 ; Vesty *et al.* 2018).

Le tableau ci-après synthétise les différents ordres de grandeur liés à la conception et à l'utilisation des outils comptables :

[13] La citation illustrant cette idée en anglais est la suivante : "*employees support integrated reporting for emotional reasons and a desire to make the world a better place (inspirational world) [...]*.(Van Bommel, 2014, p. 1173)

Tableau 14 – Synthèse des études en contrôle mobilisant le cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991)

Mondes	Auteurs	Citations traduites en français illustrant les mondes en présence
Industriel	Annisette & Richardson (2011, p. 235)	*« Les données comptables peuvent remplir une fonction technique étant utilisées comme preuves dans des épreuves de grandeur impliquant des êtres (sujets et objets) qui habitent le monde industriel. ».*[14]
	Annisette *et al.* (2017, p.235)	*« La théorie des économies de la grandeur identifie explicitement la comptabilité comme une épreuve de grandeur pour les êtres du monde industriel. ».*[15]
	Vesty *et al.* (2018, p. 1411)	*« Les mesures comptables sont utilisées comme des épreuves pour démontrer l'efficacité dans le monde industriel. ».*[16]
Domestique	Annisette & Richardson (2011, p. 235)	*« Les données relatives aux coûts (…) peuvent être utilisées dans le monde domestique, non pas en tant que mesures de performance, mais en tant qu'artefacts actualisant l'étiquette ou les bonnes manières des relations de responsabilité caractéristiques du monde domestique. ».*[17]
	Annisette *et al.* (2017, p.235)	*« La comptabilité pourrait jouer le rôle de rituel dans un cadre domestique* [18]*. ».*

[14] La citation originale en anglais est la suivant :*"Accounting data can perform a technical function, being used as proofs in tests of worth involving beings (subjects and objects) that inhabit the industrial world*." (Annisette & Richardson, 2011, p. 235).

[15] La citation originale en anglais est la suivante :*"The EW theoretic explicitly identifies accounting as a test of worth for industrial-world beings*." (Annisette *et al.*, 2017, p.235).

[16] La citation originale en anglais est la suivante :*"Accounting measures are used as tests to demonstrate efficiency in the industrial world*." (Vesty *et al.*, 2018, p. 1411).

[17] La citation originale en anglais est la suivante :*"Cost data [...] can be objectified in the domestic world, not as performance measures, but as artifacts actualizing the etiquette or good manners of the accountability/responsibility relationships characteristic of the domestic realm.*" (Annisette & Richardson, 2011, p. 235).

[18] La citation originale en anglais est la suivante :*"Accounting could take on the role of ritual in a domestic setting."* (Annisette *et al.*, 2017, p.235)

Inspiration	Van Bommel (2014, p.1173; p.1174)	*« Certains employés soutiennent les rapports intégrés pour des raisons émotionnelles car ils ont le désir de rendre le monde meilleur (monde inspiré).*[19] *».* *« Ils utilisent des arguments comme : « pensez à nos enfants dans le futur. Qu'en est-il de l'environnement et de la nature ! ». Ils sont émotionnellement très attachés au sujet. Souvent, ces personnes sont les champions du reporting et ils exercent vraiment une pression pour cela. Ici les arguments du monde vert sont combinés avec ceux du monde inspiré (arguments fondés sur l'inspiration et l'émotion). ».*[20]
	Vesty *et al.* (2018, p. 1424)	*« Les discussions sur les décisions de gestion et du conseil d'administration autour de l'engagement responsable envers le développement durable (...) étaient fondées sur des justifications basées sur la passion et l'inspiration (monde inspiré). ».*[21]
Opinion	Annisette *et al.* (2017, p.235)	*« La comptabilité peut jouer le rôle (...) de signe dans le monde de l'opinion. ».*[22]
	Vesty *et al.* (2018, p.1422)	*« Le monde de l'opinion a joué un rôle important dans la justification. Jouer le rôle de reporting intégré pilote leur a certainement apporté une reconnaissance publique et académique. ».*[23]

[19] La citation originale en anglais est la suivante :*"A small proportion of employees support integrated reporting for emotional reasons and a desire to make the world a better place (inspirational world) [...]."* (Van Bommel, 2014, p.1173).

[20] La citation originale en anglais est la suivante : *"They use arguments like: 'Yes, but think of my children in the future. What about the environment and nature!' They are emotionally very attached to the topic. Often these people are the champions of reporting in the organization and really push for it". Here, arguments from the green order of worth are combined with inspired worth (arguments based on inspiration and emotion)."* (Van Bommel, 2014, p.1174).

[21]La citation originale en anglais est la suivante :*"The sustainability manager's commitment to the CDP principles and the chairman's comments on management decisions and board discussions were justifications based on passion and inspiration ("inspired" world)."* (Vesty *et al.*, 2018, p. 1424).

[22] La citation originale en anglais est la suivante :*"Accounting could take on the role of [...] a sign in the world of fame."* (Annisette *et al.*, 2017, p.235).

[23]La citation originale en anglais est la suivante : "*The world of fame played an important role in this justification. Being an IR pilot certainly brought them public and academic recognition."* (Vesty *et al.*, 2018, p.1422).

Civique	Annisette *et al.* (2017, p.235)	*« La comptabilité peut (…) signifier une procédure régulière/légale dans le monde civique. ».*[24]
	Van Bommel (2014, p. 1173)	*« Les reporting intégrés sont justifiés, en particulier par la société civile et les ONG, par des évaluations associées au monde civique fondées sur des notions telles que l'égalité, les droits fondamentaux, la solidarité et le bien-être collectif. ».*[25]
Marchand	Annisette *et al.* (2017, p.214)	*« Les mesures comptables telles que le profit ou le retour sur investissement peuvent servir d'épreuve de grandeur dans le monde marchand (…) permettant une évaluation et un classement des êtres qui les habitent. ».* "[26]
	Vesty *et al.* (2018, p. 1411)	*« Des mesures telles que les parts de marché peuvent être utilisées dans le monde marchand pour démontrer la réussite des transactions et des contrats. Le retour sur investissement peut être utilisé pour décider si une entreprise doit conclure ou non la transaction. ».*[27]
Vert	Vesty *et al.* (2018, p. 1411; 1414)	*« Dans le monde vert, des mesures comptables, telles que les émissions de carbone, constituent des épreuves de grandeur valides de durabilité. ».* "[28] *« La comptabilité participe au monde vert avec de nouveaux modèles et de nouvelles expertises comptables qui émergent pour donner de la valeur, quoique discutable, à l'écologie. ».*[29]

[24] La citation originale en anglais est la suivante : "*Accounting could [...] signify due process/legality in the civic world.*" (Annisette *et al.*, 2017, p.235).

[25] La citation originale en anglais est la suivante : "*Integrated reporting is, in particular by civil society organisations and NGOs, justified by evaluations of civic worth based on notions such as equality, fundamental rights, solidarity and collective welfare.*" (Van Bommel, 2014, p. 1173).

[26] La citation originale en anglais est la suivante : *"Accounting metrics such as profit or return on investment can serve as proofs of worth in the market worlds [...], permitting an evaluation and ranking of beings inhabiting them."* (Annisette *et al.*, 2017, p.214).

[27] La citation originale en anglais est la suivante : *"Measures such as "market share" can be used in the market world to demonstrate successful transactions and contracts. Return on investment (ROI) would be used to decide whether a company would complete the deal or not."* (Vesty *et al.*, 2018, p. 1411).

[28] La citation originale en anglais est la suivante :*"In the green world, accounting is claiming measures, such as carbon emissions, as valid tests of sustainability."* (Vesty *et al.*, 2018, p.1411).

[29] La citation originale en anglais est la suivante :*"Accounting is encroaching on the green world, with new accounting models and new accounting expertise emerging to give "value", albeit questionable, to ecology."* (Vesty *et al.*, 2018, p.1414).

	Van Bommel (2014, p. 1174)	*« Une grande partie de ce qui est devenu par la suite les reporting liés au développement durable trouve son origine dans les tentatives de protéger l'environnement et de tenir les entreprises responsables de leurs effets néfastes sur l'écologie. Ici, le reporting intégré est considéré comme juste puisqu'il reflète des principes environnementaux tels que la durabilité et la protection de l'environnement. ».*[30]

Ce pluralisme des ordres de grandeur dans lesquels les outils comptables sont impliqués en situation peuvent potentiellement entraîner des critiques, des tensions et des disputes. Nous présentons ces éléments dans la sous-section suivante.

2. Les tensions entre les mondes dans la conception et l'utilisation des outils comptables

Le processus de conception d'un outil comptable, comme un système de mesure de performance, ne cesse d'interroger non seulement sur ce qui doit être inclus dans la mesure comptable, autrement dit, sur ce qui est choisi comme ce qui a comptablement de la valeur, mais aussi sur le contexte approprié de son utilisation (Chenhall *et al.*, 2013). La conception des outils comptables ainsi que leur utilisation sont donc susceptibles de mettre en débat divers acteurs de l'organisation (Chenhall *et al.*, 2017).

A ce titre, la question du rôle des outils comptables comme source de tensions dans les organisations est mise en évidence dans la littérature en contrôle (Chenhall *et al.*, 2013). En effet, certains objets peuvent être jugés, par certains acteurs, comme n'ayant pas leur place dans leur organisation en raison d'autres valeurs importantes (Annisette *et al.*, 2017) et peuvent même déclencher des disputes, soulevant par là une série de critiques et de justifications entre diverses parties prenantes (Annisette *et al.*, 2017).

[30] La citation originale en anglais est la suivante : *"Much of what subsequently became sustainability reporting had its roots in attempts to protect the environment and hold firms accountable for their detrimental effects on the ecology. Here, integrated reporting is considered worthy when it reflects environmental principles such as sustainability and environmental protection."* (Van Bommel, 2014, p. 1174).

2.1 La comptabilité comme épreuve de grandeur

Annisette *et al.* (2017) soulignent que les outils comptables peuvent s'inscrire dans différentes épreuves de grandeur selon le cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991). Ainsi, la littérature met en lumière le concept d'épreuve de grandeur comme prisme analytique pertinent pour examiner les controverses et les disputes dans lesquelles la comptabilité peut être potentiellement mêlée, notamment dans le champ de l'action sociale ou des organisations publiques (Annisette & Richardson, 2011).

L'épreuve de grandeur est caractérisée par le débat entre des acteurs mais également par la matérialité des objets qui « *servent à l'appui, en l'absence desquels la dispute ne trouverait pas matière à s'arrêter dans une épreuve*. » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.166).

En outre, comme le souligne Boltanski & Thévenot (1991), les interactions sociales sont un prisme privilégié pour analyser la manière dont les acteurs expriment ce qu'ils jugent juste ou injuste d'une situation. Dès lors, les objets ont une place importante, nécessaires dans l'analyse, non pas pour leur fonction théorique mais bien plutôt pour leur utilisation en pratique et la manière dont les acteurs s'en emparent pour donner du sens. La fenêtre par laquelle les auteurs de la littérature en contrôle observent le terrain et traitent leurs données ouvre d'abord et avant tout sur l'objet et son utilisation, l'objet et les comportements qui gravitent autour. Ainsi, c'est l'interaction entre les acteurs et le dispositif comptable qui est ici la clé de voûte de l'analyse.

Dans le cadre d'un conflit de valeurs, d'une dispute, plusieurs ordres de grandeur sont mobilisés, les parties impliquées étant en désaccord sur le monde dans lequel l'épreuve doit être effectuée. Il s'agit ainsi de caractériser la nature de la situation. En effet, la littérature souligne que les données comptables en tant qu'épreuve principale de l'ordre de grandeur industriel ont la capacité de devenir controversées lorsque des parties impliquées dans une situation introduisent des ordres moraux qui s'opposent à l'ordre de grandeur industriel (Annisette *et al.*, 2017).

2.1.1 Les tensions dans la conception des outils comptables

La littérature identifie le processus de conception d'un outil comptable comme pouvant susciter des tensions entre divers acteurs (Chenhall *et al.*, 2013). Dans leur étude, Chenhall *et al.* (2013)

décrivent les débats qui ont lieu entre divers acteurs d'une ONG afin de choisir les critères d'évaluation pertinents pour construire des indicateurs de performance. Ils montrent ainsi que des tensions surgissent mais que celles-ci ont un caractère positif en permettant aux acteurs d'exprimer et de mettre au jour leurs valeurs. Nous verrons par ailleurs dans la sous-section suivante comment ces tensions peuvent donner lieu à la formation d'un compromis.

2.1.2 Les tensions dans l'utilisation des outils comptables

2.1.2.1 *Critique de la prédominance du monde marchand au détriment d'autres valeurs*

L'analyse de Van Bommel (2014) sur le reporting intégré donne à voir une critique de cet outil qui, s'il est une figure de compromis en permettant l'intégration de la mesure d'un pluralisme de valeurs, celui-ci peut être dénoncé comme arrangement par les acteurs qui jugent que l'outil ne permet pas d'équilibrer véritablement les valeurs mesurées. L'étude souligne ainsi que l'outil contribue plutôt à maintenir l'ordre marchand comme ordre dominant. Cela rejoint une des critiques de Boltanski & Chiapello (1999) sur le capitalisme qui s'appuie sur une soi-disant éthique bienveillante et où les armes érigées contre le capitalisme sont exploitées par les plus puissants pour servir sa cause au détriment de l'intérêt général.

2.1.2.2 *La comptabilité engageant un conflit entre monde industriel et domestique*

Plusieurs exemples nous sont donnés dans la littérature pour illustrer comment la comptabilité peut faire l'objet d'un conflit entre le monde industriel et le monde domestique.

Annisette *et al.* (2017) prennent l'exemple, dans leur revue de littérature pour illustrer une dispute, d'une entreprise qui s'interroge sur ce qu'il faut faire avec son usine qui fabrique un composant pour l'un de ses produits. Le dilemme est le suivant : le composant est actuellement fabriqué par une entreprise étrangère à un coût bien inférieur à celui de l'usine de l'entreprise. Dès lors, il s'agit de décider de continuer à fabriquer le composant ou de sous-traiter sa fabrication à l'entreprise étrangère, de fermer l'usine et de licencier ses ouvriers. Il s'agit d'une décision classique pour laquelle la comptabilité en tant qu'épreuve valide de la grandeur industrielle peut facilement fournir des preuves à l'appui pour l'option d'externalisation.

Dans un contexte organisationnel où la grandeur domestique est aussi forte que la grandeur industrielle, les participants organisationnels qui s'appuient sur l'ordre de grandeur domestique

considéreront l'utilisation de la comptabilité inappropriée à cette occasion. Ainsi les chiffres comptables sont qualifiés de froids et sont considérés comme n'ayant pas leur place dans une situation impliquant l'avenir des ouvriers de l'usine. Cependant, pour d'autres, la décision d'externalisation ne peut être éclairée que par les données comptables et non par des préoccupations telles que les liens personnels et les amitiés, valeurs étrangères au monde industriel. Ces acteurs soutiendraient que des considérations de ce genre n'ont pas leur place pour une telle prise de décision.

Annisette *et al.* (2017) soulignent que, fréquemment, dans ces situations impliquant un choc des valeurs, soit un compromis n'est pas trouvé, renforçant ainsi les tensions entre divers groupes pouvant exiger des épreuves de grandeur dans le monde civique par exemple avec la présence de syndicats, soit un compromis peut être trouvé, permettant ainsi à ces ordres de valeur incompatibles de coexister sans privilégier aucun d'entre eux. Dans l'exemple ci-dessus, un compromis pourrait être atteint pour externaliser le composant (respectant ainsi le critère de la grandeur industrielle) mais en redéployant les ouvriers de l'usine vers d'autres parties de l'entreprise, protégeant ainsi les attaches relevant du monde domestique (Annisette *et al.*, 2017).

Par ailleurs, dans leur première étude de cas, Annisette *et al.* (2017) montrent comment l'utilisation de rapports financiers rédigés d'une manière non conventionnelle avec l'introduction d'éléments non-financiers comme des histoires font l'objet de critiques par certaines parties-prenantes qui ont peur que cela ne reflète une mauvaise gestion. Ici, c'est depuis le point de vue de l'outil comptable comme outil technique, issu du monde industriel que le monde domestique est critiqué.

2.1.2.3 *Conflit entre monde marchand et monde civique*

Dans leur seconde étude de cas, Annisette *et al.* (2017) mettent en lumière l'outil comptable comme objet de critique. Ainsi, la VAN est critiquée en raison de son appartenance au monde marchand. Le contexte des services publics d'eau nécessite d'évaluer des projets en fonction de plusieurs dimensions comme des enjeux sociaux et environnementaux. Elle est abandonnée au profit du modèle SET qui intègre ces dimensions.

Dans l'étude de Vesty *et al.* (2018), le reporting intégré a été critiqué en partie car les acteurs veulent voir non seulement l'impact au niveau de l'organisation mais aussi et surtout l'impact au niveau sociétal.

La littérature met donc en évidence à la fois des situations où les acteurs sont critiques de l'utilisation faite de l'outil comptable comme étant inappropriée car devant répondre d'abord à des exigences industrielles, comme c'est le cas de la première étude de cas d'Annisette *et al.* (2017), et à la fois une utilisation qui serait trop orientée vers la grandeur marchande au détriment d'autres grandeurs comme c'est le cas pour l'étude de Van Bommel (2014). Dès lors, des critiques depuis les mondes industriel et marchand peuvent être émises vers les autres mondes, ou des critiques vers le monde industriel et marchand depuis les autres mondes. Nous présentons ci-après la synthèse de ces études dans un tableau et nous nous tournons ensuite vers la conceptualisation de la comptabilité comme source de compromis dans la sous-section suivante.

Tableau 15 - Synthèse des études en contrôle mobilisant le cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991) et portant sur le rôle des outils comptables dans la mise en tension des mondes

Auteurs	Outil comptable	Rôle des outils comptables dans la création de critiques et de tensions	Mondes
Chenhall *et al.* (2013)	Design d'indicateurs de performance	Les acteurs ne sont d'abord pas d'accord sur les dimensions à évaluer et à intégrer dans le design des indicateurs de performance, créant par là une « *friction* » que les auteurs qualifient de « *positive* ». Critique de la capacité des indicateurs techniques à rendre compte des valeurs plurielles.	Critique au sein du monde industriel.
Van Bommel (2014)	Reporting intégré	Si le reporting intégré semble donner à voir plusieurs dimensions de l'évaluation en intégrant dans ses mesures des aspects sociaux et environnementaux (figure de compromis), les auteurs montrent par ailleurs que la dimension industrielle/marchande peut tout de même prédominée. Rejet du compromis qui est dénoncé comme un arrangement.	Critique depuis le monde vert, civique vers le compromis industriel/ marchand.
Annisette *et al.* (2017)	Rapports financiers de fin d'année	Dans la première étude de cas, les rapports financiers de fin d'année sont critiqués car, étant complétés par des histoires et des éléments non financiers, certaines parties-prenantes ont peur que cela reflète une mauvaise gestion.	Critique depuis le monde industriel vers le monde domestique.
Annisette *et al.* (2017)	VAN et modèle SET	Dans la seconde étude de cas, la VAN est critiquée car elle n'intègre seulement qu'une dimension dans l'évaluation de la valeur des projets et ne permet pas d'évaluer plusieurs dimensions comme des enjeux sociaux et environnementaux. Ici, les mondes civiques et verts sont critiques de la VAN comme étant représentative du monde marchand. Elle est abandonnée au profit du modèle SET qui intègre ces dimensions.	Critique depuis les mondes civique et vert vers le monde marchand.
Vesty *et al.* (2018)	Reporting intégré	Le reporting intégré a été critiqué en partie car les acteurs veulent voir non seulement l'impact au niveau de l'organisation mais aussi et surtout l'impact au niveau sociétal.	Critique depuis le monde civique vers le compromis.

3. Les compromis entre les mondes dans la conception et l'utilisation des outils comptables

La littérature nous a permis de mettre en exergue un questionnement sur le rôle des outils comptables dans la formation des tensions mais également dans celle des compromis. Les travaux antérieurs soulignent que la comptabilité peut être impliquée dans des compromis de

nombreuses manières et ce, dans la mesure où les outils comptables sont des objets ambigus, capables de capturer la valeur de plusieurs mondes à la fois (Annisette *et al.*, 2017). Ainsi, si les outils comptables appartiennent en premier lieu à la grandeur industrielle, leur capacité unique à occuper une place dans différents mondes, assumant des identités différentes dans chacun, leur permet, selon Annisette *et al.* (2017), d'agir comme des objets ambigus.

Nous analysons comment les outils comptables peuvent participer à la création de compromis à deux niveaux : dans la conception, appelée également design des mesures ainsi que dans leur utilisation.

3.1 Les compromis dans la conception des outils comptables

La littérature indique que, jusqu'à présent, peu de recherches en contrôle de gestion se sont concentrées sur la formation de compromis dans la conception et l'utilisation d'outils comptables, à l'exception de quelques travaux récents (Amans *et al.*, 2020; Annisette *et al.*, 2017; Annisette & Richardson, 2011; Chenhall *et al.*, 2013; Morinière & Georgescu, 2021; Vesty *et al.*, 2018).

Les auteurs suggèrent que cela tient en grande partie à l'absence d'appareil conceptuel pour examiner les micro-processus des situations qui donnent lieu aux compromis (Annisette *et al.*, 2017). C'est pourquoi, les auteurs soutiennent que la sociologie pragmatique offre une grille analytique fournissant un appareil conceptuel pertinent pour examiner le déroulement des conflits et leur résolution dans des compromis (Annisette *et al.*, 2017). Ainsi, la littérature identifie dans le processus de conception des mesures de performance une opportunité pour analyser la formation de compromis entre divers acteurs organisationnels (Chenhall *et al.*, 2013).

A ce titre, une première étude menée par Chenhall *et al.* (2013) interroge le rôle des dispositifs comptables dans la facilitation de compromis. Dans leur étude d'une ONG, ils montrent ainsi comment la conception d'indicateurs de performance met en débat divers acteurs, leur permettant d'exprimer leur vision de ce qui constitue la valeur de l'organisation. Leurs résultats révèlent que les dispositifs comptables peuvent être considérés comme un élément central des processus de compromis dans les organisations. Ils soutiennent ainsi que les managers et les praticiens peuvent mobiliser les informations comptables comme une ressource pour l'action.

Ils précisent que même l'imperfection perçue des mesures de performance peut être utilisée pour générer un dialogue productif. A ce titre, c'est la capacité et l'habilité des acteurs à exploiter les frictions qui résultent de l'interaction des principes évaluatifs distincts qui donnent aux dispositifs comptables leur rôle de facilitation de compromis.

Cette notion de « *friction productive* » développée par Chenhall *et al.* (2013) promeut l'idée selon laquelle l'outil en tant que tel ne peut être évalué que dans son contexte d'utilisation. Ainsi, c'est le rôle expressif des mesures de performance pour faciliter la visibilité d'une variété de valeurs et de croyances détenues par les membres de l'organisation qui est soulignée par les auteurs (Chenhall *et al.*, 2013, 2017). A cet égard, Chenhall *et al.* (2013) précisent que la « *visibilité simultanée* » de divers critères d'évaluation permet de rendre visible les valeurs importantes pour différents groupes de l'organisation.

3.2 Les compromis dans l'utilisation des outils comptables

Des travaux ont également été menés sur les mécanismes permettant la formation de compromis dans l'utilisation d'un reporting intégré (Van Bommel, 2014). L'étude met en évidence trois mécanismes pour l'atteinte d'un compromis : établir un intérêt commun, éviter la clarification et maintenir l'ambiguïté et la plasticité. Cependant, si le reporting intégré permet de mettre en lumière plusieurs critères d'évaluation émanant de divers mondes, l'auteur souligne la complexité du rôle de l'outil comptable dans la formation d'un compromis durable interroge : un compromis durable s'est-il effectivement forgé ou est-ce là un arrangement privé, local et temporaire qui est atteint ? Van Bommel (2014) souligne par-là que l'outil, dans le cas du reporting intégré, sous-couvert d'un compromis, est davantage utilisé comme écran de fumée, faisant émerger des critiques sur l'intérêt porté davantage aux aspects plus commerciaux et financiers qu'aux autres dimensions du reporting. A ce titre, l'auteur se réfère à Boltanski et Chiapello (1999) qui décrivent les façons dont les entreprises ont renouvelé l'esprit capitaliste en réorganisant l'idéologie du système capitaliste afin d'en renforcer sa suprématie. Ainsi, les auteurs dévoilent que le reporting intégré peut être considéré non pas comme une pratique libératrice permettant un compromis durable, mais plutôt comme une pratique qui aide le marché capitaliste à intégrer la critique qui visait à le déstabiliser.

Selon Annisette *et al.* (2017), ces études font suite à un groupe de travaux qui, s'ils ne se sont pas penchés sur la notion même de compromis, ont examiné le processus de conception des

mesures de performance en tant que dispositif qui a le potentiel de donner voix à une multiplicité d'objectifs et d'intérêts concurrents des parties prenantes en incorporant un large ensemble de mesures financières et non financières (Kaplan & Norton, 1992, 1996; Sundin *et al.*, 2010). Ces études postulent que les mesures de performance facilitent la représentation des intérêts concurrents d'une organisation (Kaplan & Norton, 1992, 1996; Sundin *et al.*, 2010).

Ainsi, Annisette *et al.* (2017) analysent et réinterprètent, dans leur revue de littérature, les tableaux de bord équilibrés à la lumière du cadre théorique de la sociologie pragmatique. Les auteurs montrent que les tableaux de bord équilibrés sont le résultat d'un processus de compromis dans lequel un objet issu de la grandeur industrielle (le tableau de bord) est mis au service de biens communs issus du monde civique et du monde vert ainsi que du monde marchand et domestique (Annisette *et al.*, 2017). Ils soulignent par ailleurs que le travail d'explication joue un rôle primordial dans ce cadre puisqu'il permet aux protagonistes du compromis de clarifier entre eux le bien commun recherché (Annisette *et al.*, 2017).

A titre d'exemple, Annisette *et al.* (2017) considèrent que les données comptables produites pour des unités distinctes d'une organisation, peuvent être conçues comme un compromis entre la grandeur industrielle et domestique mais également, si elles sont utilisées comme une forme de reporting interne pour favoriser les relations concurrentielles entre les unités, ces données servent à intégrer la grandeur marchande au compromis.

Les travaux d'Annisette *et al.* (2017) offrent en outre deux études de cas afin d'illustrer l'implication des outils comptables dans des compromis. Dans la première étude, les auteurs étudient une organisation à but non lucratif qui a pour mission de subvenir aux enfants sans-abri en offrant un lieu d'accueil. Les auteurs soulignent que la comptabilité émerge comme objet ambigu au centre du compromis entre le monde industriel et le monde domestique, offrant l'opportunité de résoudre un certain nombre de situations. Ainsi, les données comptables sont utilisées pour raconter des histoires (monde domestique), les acteurs formatant les rapports annuels en fonction de ce qu'ils pensent que les différentes parties prenantes recherchent. Cependant, cette façon de présenter les comptes peut être critiquée dans la mesure où cette présentation des comptes peut donner en outre l'impression, du point de vue purement financier, d'une mauvaise gestion de l'organisation. Les auteurs notent que la peur de ne pas bien gérer qui inquiète le conseil d'administration des finances souligne que la grandeur industrielle, fondée sur la gestion efficace des ressources, est une orientation également très dominante au

sein de l'organisation. Des références à des termes tels que « *normes comptables* » et « *cadre de mesures* » et leur fonctionnement dans l'action organisationnelle et la prise de décision, soulignent la nature intrinsèquement problématique des dispositifs comptables en tant qu'épreuve de grandeur dans des contextes de grandeur domestique, cela étant dû à la manière différentielle d'appréhender les objets dans les mondes domestique et industriel. En outre, des finances solides permettent de gagner en valeur dans le monde de la renommée et peuvent être une ressource dans le monde civique (signalant la propriété et une procédure régulière dans la satisfaction des besoins de la communauté), donnant ainsi une crédibilité à l'organisation au sein de la communauté. Enfin, l'organisation peut mieux concurrencer d'autres organisations pour obtenir des fonds et ainsi avoir un avantage concurrentiel par rapport à d'autres organismes de bienfaisance à but non lucratif (monde marchand).

Dans la seconde étude de cas, Annisette *et al.* (2017) analysent comment la méthode de la valeur actuelle nette (VAN) qui est un indicateur financier couramment utilisée par les comptables pour évaluer et classer des projets d'investissement à grande échelle a été abandonnée dans le cadre d'un service public d'eau situé en Australie au profit d'un autre système de mesure. En effet, si cette méthode permettait de classer les projets selon leur utilisation efficace des ressources de trésorerie (monde industriel), celle-ci ne permettait pas de prendre en compte d'autres critères d'évaluation comme les impacts sociaux et environnementaux. En outre, contrairement aux entreprises du secteur privé, dont les activités de création de valeur sont traditionnellement mesurées en se concentrant uniquement sur la valeur actionnariale, la création de valeur est nécessairement mesurée par rapport à un groupe beaucoup plus large dans un service public et implique une pléthore d'intérêts, dont beaucoup peuvent être en concurrence (par exemple les utilisateurs agricoles, les utilisateurs industriels, les utilisateurs domestiques, les utilisateurs récréatifs et les groupes autochtones, etc.). De plus, conformément à un certain nombre de services publics de l'eau à travers le monde, l'organisation étudiée a élargi son répertoire de parties prenantes en incluant l'environnement comme critère d'évaluation de tout projet d'investissement. Ainsi, l'étude de cas révèle la nécessité du développement d'une métrique comptable permettant le compromis entre des valeurs concurrentes issues en particulier de la grandeur industrielle, marchande, domestique, civique et verte. Les auteurs notent qu'une nouvelle épreuve de grandeur était nécessaire pour produire une mesure comptable capable de donner une pondération égale aux valeurs rivales dans le compromis.

Des travaux viennent compléter ces études en portant le questionnement sur le reporting intégré comme outil de compromis (Vesty *et al.*, 2018). En privilégiant la voix d'un acteur au cœur de la prise de décision, les auteurs ont mis en évidence comment le reporting intégré constitue une épreuve de grandeur et comment il est de plus en plus difficile à justifier en pratique. Le débat sur les reporting intégrés rend compte d'un choc des valeurs.

En 2020, des auteurs étudient comment un portefeuille d'outils de gestion peut être porteur de compromis entre des mondes pluriels dans le contexte spécifique des organisations créatives comme les scènes nationales (Amans *et al.*, 2020). L'étude révèle que le portefeuille d'outils de gestion permet de créer un compromis entre les mondes inspiré, civique et industriel en permettant la réconciliation des logiques qualifiées par les auteurs d'artistiques, de managériales et de politiques.

Une autre étude publiée en 2020 souligne le rôle du contrôleur de gestion comme celui d'un facilitateur de compromis dans la mesure où celui-ci travaille à rendre les indicateurs et les nombres acceptables (Jerman *et al.*, 2020). A ce titre, les auteurs identifient trois pratiques et discours : l'absorption des contradictions dues aux objectifs contradictoires, la personnalisation de la quantification et la mise en valeur des nombres. Dès lors, le contrôleur de gestion joue le rôle de médiateur entre des acteurs internes (les artistes) et externes (les tutelles). Les auteurs insistent sur la capacité du contrôleur à absorber les contradictions issues de ces différentes parties-prenants afin de les reformuler au service de l'organisation.

Dans la même perspective, des chercheurs ont souligné que les mesures de performance ont le potentiel de permettre aux acteurs de parvenir à un accord sur l'action (Townley *et al.*, 2003) et d'aligner les buts individuels sur les objectifs de l'organisation (Speklé & Verbeeten, 2014). Nous présentons la synthèse de ces travaux dans un tableau ci-après.

Tableau 16 – Synthèse des études en contrôle mobilisant le cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991) et portant sur le rôle des outils comptables dans la facilitation de compromis

Auteurs	Outil comptable	Rôle dans la facilitation de compromis	Les mondes en présence
Chenhall *et al.* (2013), Chenhall *et al.* (2017)	Design des indicateurs de performance	(a) Le travail de conception d'indicateurs de performance dans une ONG favorise le débat entre les acteurs organisationnels et la création de compromis (b) Les systèmes de mesure de performance jouent un rôle expressif en donnant à voir les différentes valeurs et croyances des membres de l'organisation	L'auteur s'appuie sur la notion de compromis mais non sur les mondes.
Van Bommel (2014)	Reporting intégré	Si le reporting intégré permet d'inclure des mesures représentant le pluralisme de valeurs, les auteurs précisent toutefois que forger un compromis semble compliqué car il manque un intérêt commun. Ainsi le reporting est utilisé pour camoufler en réalité une valeur dominante qui est la valeur marchande.	Civique, vert, industriel, marchand.
Annisette *et al.* (2017)	Rapports financiers de fin d'année	Les rapports financiers permettent d'illustrer à travers des histoires la grandeur domestique propre aux organisations sociales à but non lucratif tout en créant un compromis avec la grandeur industrielle et la recherche d'efficacité dans l'utilisation des ressources	Industriel et domestique.
Annisette *et al.* (2017)	VAN et modèle SET	L'utilisation de la VAN (valeur actuelle nette) ne permet pas de créer un compromis entre plusieurs valeurs dans le cadre d'un service public d'eau qui évalue des projets en fonction de plusieurs critères de valeurs. Son abandon est fait au profit du modèle SET qui permet de créer un compromis entre différentes valeurs : aspects sociaux (civique), environnementaux (vert) et financiers (industriel/marchand)	Civique, vert, industriel, marchand.
Annisette *et al.* (2017)	Tableaux de bord équilibrés	Les auteurs reprennent l'analyse des tableaux de bord équilibrés pour illustrer comme ils sont susceptibles de permettre de faire un compromis entre aspects sociaux, environnementaux et financiers	Civique, vers, industriel, marchand.
Vesty *et al.* (2018)	Reporting intégré	Les auteurs analysent comment le reporting permet de créer un compromis entre différentes valeurs : valorisation de l'efficacité des entreprises (industriel), entreprise compétitive (marchand), valorise le bien-être collectif (civique), valorise le respect de l'environnement (vert)	Civique, vert, industriel, marchand.
Amans, Mazars-Chapelon, & Villesèque-Dubus, 2020	Portefeuille d'outils de gestion	Les auteurs étudient comment un portefeuille d'outils de gestion est porteur de compromis entre des mondes pluriels dans le contexte des scènes nationales : logique artistique (inspiré), logique managériale (industriel), logique politique (civique).	Inspiré, industriel, civique.

Conclusion de la section 2

Dans cette seconde section de notre chapitre dédié à la présentation du cadre théorique et à la littérature en contrôle associée, nous avons questionné le rôle de la conception et de l'utilisation de différents outils comptables dans l'émergence de tensions ou de compromis entre les mondes et entre divers acteurs. Nous avons ainsi souligné leur dimension socialement située et ambigüe. Ainsi, au-delà de la dimension théorique de la conception de l'outil, l'utilisation qu'en font les acteurs opèrent une bascule en conférant à l'objet des fonctions et des significations qui n'ont pas été nécessairement prescrites dans son design.

Si ces études sont majeures pour comprendre à la fois la manière dont le cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991) a été mobilisé dans la littérature en contrôle et à la fois la manière dont la conception et l'utilisation des outils comptables suscitent non seulement des tensions mais permet également de faire émerger des figures de compromis, cependant, aucune étude antérieure ne s'est focalisée ni sur l'analyse de l'utilisation de mesures de performance, ni sur la manière dont cette utilisation pourrait faire émerger des tensions et/ou des compromis. Enfin, aucun des travaux cités précédemment n'a porté sur les spécificités des organisations publiques en générale et sur celles des organisations de santé en particulier.

En raison de ce manque apparent dans la littérature, nous contribuons à cette littérature en mobilisant le cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991) et en réalisant la première étude empirique qualitative qui s'interroge sur l'utilisation de mesures de performance au sein des hôpitaux publics français afin de comprendre si celle-ci crée plutôt des dynamiques de tensions ou de compromis entre divers acteurs.

Pour explorer ce sujet, nous portons notre attention, d'une part, sur les tentatives des acteurs de positionner leur action dans un régime de justification, et, d'autre part, sur la manière dont les acteurs incarnent les justifications par des moyens pragmatiques comme cela est recommandé par Annisette & Richardson (2011). Cette présentation nous permet de conclure le deuxième chapitre de notre travail doctoral et d'arriver au seuil de la présentation de notre méthodologie de recherche.

Conclusion du chapitre 2

Ce chapitre met en perspective le point nodal de notre recherche en illustrant comment l'utilisation de mesures de performance est susceptible de cristalliser des tensions entre des principes d'action concurrents, voire contradictoires, portés par divers acteurs, au sein des organisations et ce, a fortiori dans le contexte d'une organisation de santé comme l'hôpital public français.

En effet, l'hôpital se caractérise par le pluralisme de ses principes d'action tournés, d'une part, vers l'aspect social du soin et de solidarité pour tous, et, d'autre part, vers la recherche d'efficience pour lier acte opératoire et tarif. Ainsi, les transformations majeures des modalités de financement et de gouvernance qui se sont succédées semblent placer l'hôpital public sous le joug d'ordres de grandeur concurrents voire contradictoires.

Dès lors, nous interrogeons l'émergence de tensions et/ou de compromis autour de l'utilisation des mesures de performance à l'hôpital public. Ainsi, la question de la coordination entre divers acteurs réclame de notre part un éclairage nouveau. A cet égard, le but de notre étude est d'approfondir notre connaissance sur la façon dont les acteurs de terrain s'accordent les uns avec les autres tandis qu'ils font face à des épreuves de grandeur suscitées par l'utilisation des mesures de performance.

A ce titre, nous avons choisi de mobiliser le cadre théorique de la sociologie pragmatique de Boltanski & Thévenot (1991). Ce cadre théorique nous semble approprié dans la mesure où il offre la possibilité d'étudier en situation la formation des disputes et des accords entre divers acteurs aux rationalités plurielles.

Conclusion de la partie 1

Dans cette première partie de notre travail doctoral, nous avons exposé, dans le premier chapitre, le contexte spécifique de notre étude en présentant la littérature sur l'utilisation controversée des mesures de performance dans les organisations publiques en général, et dans les organisations de santé, en particulier. Ainsi, nous avons montré que le bénéfice supposé de l'utilisation de mesures de performance dans ces organisations est encore à prouver en raison des différentes tensions qu'elles induisent. Cet état de l'art nous a permis en outre de formuler nos questions de recherche.

La présentation de nos questions nous a ensuite conduit à décrire, dans un second chapitre, le cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991). Nous avons ainsi choisi de le mobiliser car il permet d'étudier le niveau micro des institutions et l'émergence de tensions et de compromis entre divers mondes et entre divers acteurs à travers leur travail de justification. Celui-ci, nous l'avons vu, permet en effet d'étudier les discours et les comportements des acteurs ainsi que les objets dans lesquels se matérialisent les rationalités multiples. En outre, ce second chapitre nous a permis d'analyser les travaux en contrôle mobilisant le cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991) et ainsi de comprendre quels ont été les outils comptables étudiés dans cette littérature et la manière dont ceux-ci créent des tensions et/ou des compromis entre divers mondes et divers acteurs.

Cet état de l'art nous a conduit à nous positionner face à ces trois littératures – la littérature sur l'utilisation de mesures de performance dans les organisations publiques, celle sur l'utilisation des mesures de performance dans les organisations de santé, et enfin, celle sur les outils comptables vus sous le prisme de la sociologie pragmatique. L'étude de ces trois littératures nous a permis d'identifier un manque et de justifier ainsi la pertinence de notre étude. Nous nous tournons maintenant vers la présentation de notre méthodologie de recherche.

Partie 2 : Le design et la méthodologie de la recherche

L'objectif de cette deuxième partie est de présenter le design de la recherche ainsi que la méthodologie mobilisée au cours de notre travail doctoral.

La Partie 2 est composée de deux chapitres.

Dans le **Chapitre 3** « *L'épistémologie, la méthodologie qualitative et l'étude de cas unique* », nous présentons une première section sur l'épistémologie choisie parmi les différentes épistémologies des sciences de gestion. Nous exposons ensuite dans une seconde section notre choix de la méthodologie qualitative et de l'étude de cas unique.

Dans le **Chapitre 4** « *Les procédés de collecte et d'analyse des données* », nous explicitons dans une première section la manière dont nous avons collecté nos données. Nous exposons ensuite dans une seconde section les procédés de notre analyse de données. Nous exposons à ce titre les choix d'opérationnalisation du cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991) à travers la réalisation d'une grille d'analyse simplifiée. Enfin, la conclusion de cette partie amorcera la présentation de nos résultats de recherche dans une troisième partie.

Chapitre 3 : L'épistémologie, la méthodologie qualitative et l'étude de cas unique

Ce troisième chapitre de notre travail permet de justifier les choix épistémologiques et méthodologiques qui ont guidé notre réflexion et notre ambition tout au long de notre entreprise de recherche.

L'objectif de la **Section 1** est de développer le design de notre étude ainsi que les différents paradigmes épistémologiques existants en sciences de gestion afin d'offrir un éclairage sur notre positionnement épistémologique vis-à-vis de la production de connaissances nouvelles. Nous expliquons ainsi notre positionnement dans le paradigme interprétativiste.

La **Section 2** énonce le choix de la méthodologie qualitative ainsi que les risques d'une telle approche – risques que nous avons soigneusement tenté d'éviter. Nous exposons enfin le choix d'une étude de cas unique et nous présentons la sélection de notre cas.

Les détails sur la collecte et l'analyse des données seront donnés dans le chapitre 4.

Section 1 : L'architecture de la recherche et le positionnement épistémologique

L'objectif de cette première section est de présenter le design de notre recherche ainsi que notre positionnement épistémologique.

La recherche en sciences de gestion suppose que le chercheur se donne à voir et offre à la communauté scientifique, tout autant qu'aux praticiens, les ficelles et les conditions de son entreprise méthodologique afin d'en garantir la rigueur et son éventuelle reproductibilité.

La finalité d'une recherche n'est autre que l'élaboration de connaissances. Or, le statut même de connaissance travaille le chercheur tant elle l'interroge sur de multiples questions et a fortiori sur trois principales avec lesquelles il doit trancher pour s'enfoncer plus avant dans le travail de recherche : « *Qu'est-ce que la connaissance ? Comment est-elle élaborée ? Comment justifier le caractère valable d'une connaissance ?* » (Gavard-Perret, Gotteland, Haon, & Jolibert, 2012, p.13). Ainsi, le questionnement épistémologique fait partie intégrante du travail de chercheur. Celui-ci doit donc se mettre en réflexion pour déterminer ce qu'est pour lui, d'une part, la connaissance, et d'autre part, les hypothèses fondatrices sur lesquelles sa conception de la connaissance repose et, enfin, la manière de justifier la validité des connaissances qu'il élabore (Gavard-Perret *et al.*, 2012, p.13).

1. La création du design de la recherche et le positionnement épistémologique

1.1 La création du design de la recherche

Le premier objectif que la recherche qualitative doit entreprendre est de construire sa crédibilité, et ce, d'une manière accessible publiquement (Yin, 2008, p.19). Ainsi, la littérature préconise que le chercheur expose toutes les étapes qu'il a suivies durant sa recherche en les décrivant et en les documentant. Il doit également mettre à disposition les données qualitatives recueillies afin que la communauté scientifique puisse en prendre connaissance et évaluer l'ensemble du travail et ses conclusions.

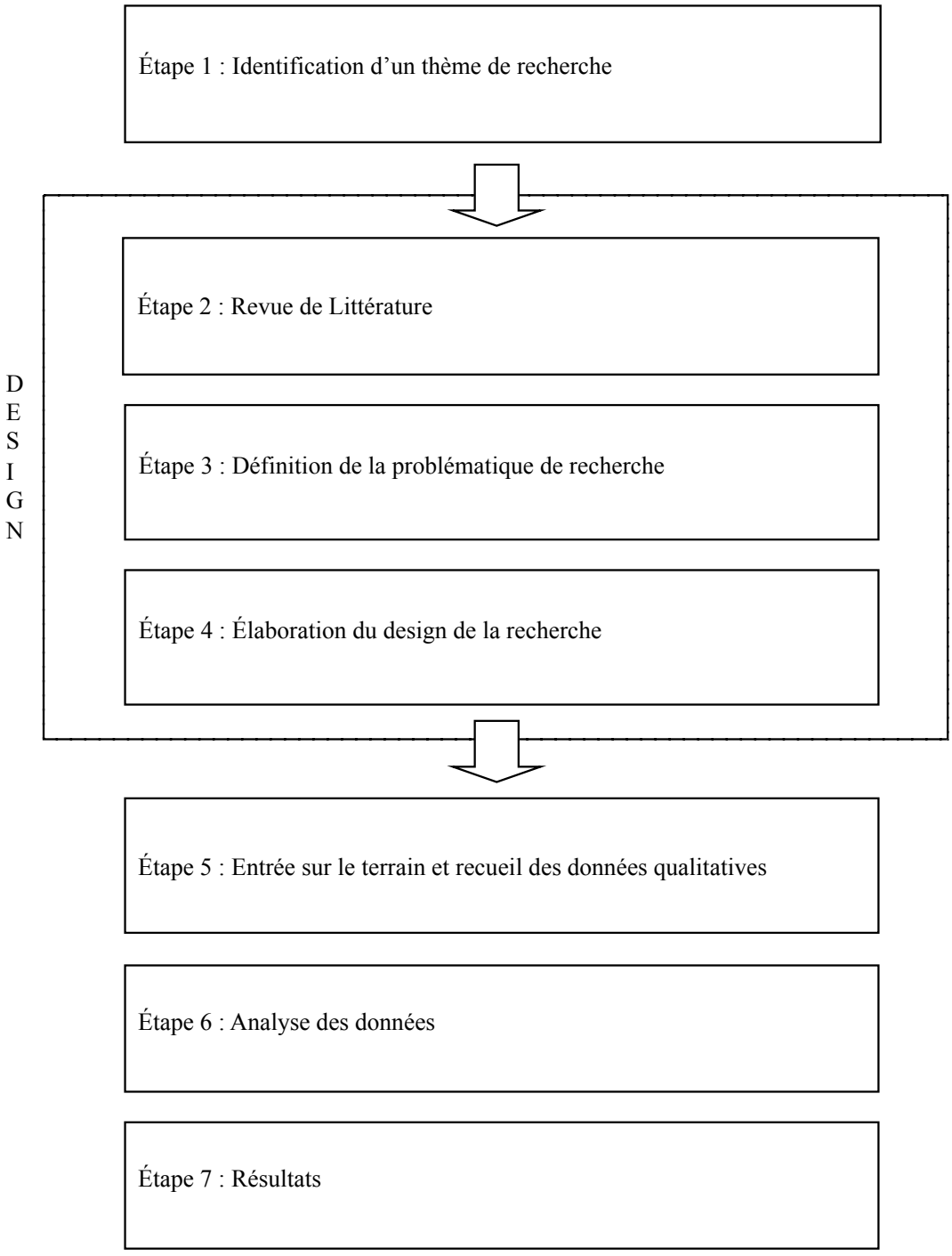
Par design, il faut entendre l'articulation des différentes étapes d'une recherche : établissement d'une problématique, revue de la littérature, collecte et analyse de données, présentation des résultats (Thietart *et al.*, 2014, p.8). Le design de recherche suit un plan logique (Yin, 2008, p.75). La logique implique de créer des liens entre la ou les questions de recherche, les données collectées et les stratégies d'analyse de ces mêmes données (Yin, 2008, p.76).

Si le design peut servir de ligne conductrice de l'étude, il peut toutefois être construit de manière rétrospective. Ce choix méthodologique répond à la résolution d'une tension inhérente et constitutive de la démarche qualitative qui taraude le chercheur : faut-il commencer par définir les orientations de l'étude à l'avance ou, a contrario, laisser les premières expériences de terrain guider l'orientation de l'étude ? En raison de l'absence de consensus à cette question, toutes les études qualitatives ne commencent pas toujours par l'élaboration d'un design (Yin, 2008, p.77).

Pour la nôtre, nous avons fait le choix de construire un design de recherche en amont. En effet, l'élaboration d'un design de recherche préalable présente des avantages certains. Ainsi, la pertinence et la cohérence de l'architecture élaborée dans la phase amont de déroulement d'une recherche conditionnent étroitement la qualité des étapes ultérieures de la recherche (Royer & Zarlowski, 2014). A ce titre, les chercheurs tentent de construire de solides designs pour renforcer la validité de leurs études et s'assurer que les données sont collectées correctement (Yin, 2008, p.75). Nous avons donc identifié un thème de recherche, fait une revue de littérature, établi une question de recherche générale avant d'entrer sur notre terrain d'étude.

Cependant, nous sommes conscients que cette démarche présente des limites. S'il est recommandé d'élaborer un design relativement tôt de manière à réduire les risques d'erreurs possibles et à guider le déroulement de la recherche dans les étapes suivantes, toutefois, cette architecture n'est pas figée une fois pour toutes (Royer & Zarlowski, 2014). Les auteurs rappellent que des obstacles peuvent survenir lors de la réalisation de ce design. En effet, le déroulement de la recherche n'est pas exempt de rencontrer des problèmes fortuits avec lesquels le chercheur devra composer, des opportunités que le chercheur pourra choisir de saisir ou non. L'incidence de ces problèmes et opportunités sur le design est telle qu'ils peuvent parfois le transformer de manière substantielle. En effet, le design d'une recherche est à adapter autant de fois que nécessaire à la fois au but principal de la recherche et au cadre épistémologique de la recherche. Nous présentons ci-après notre positionnement épistémologique.

Tableau 17 – L'architecture de la recherche issue de Royer & Zarlowski (2014)



1.2 Le positionnement épistémologique

Une réflexion sur les sciences sociales apparut au XIXe siècle en réaction au positivisme. Par analogie avec la méthode scientifique, les chercheurs voulaient consacrer la spécificité des sciences sociales en construisant une méthode qui leur soit propre. Ils souhaitaient une méthode permettant aux sciences sociales de progresser comme les sciences exactes, tout en s'émancipant de ce modèle propre aux objets des sciences de la nature. La méthode devait permettre de réaliser le but des sciences sociales qui est de comprendre le sens et la portée des gestes posés par les acteurs sociaux et historiques.

Dès lors, toute recherche scientifique s'inscrit implicitement ou explicitement dans un cadre épistémologique, une philosophie de la connaissance (Dumez, 2010); dans la mesure où plusieurs cadres existent, il est dans l'intérêt du chercheur de choisir le cadre dans lequel il souhaite inscrire ses travaux plutôt que d'en hériter un par défaut. La recherche suppose en effet de faire des choix épistémologiques. Tout travail de recherche repose sur une certaine vision du monde, utilise une méthodologie spécifique et propose des résultats visant à comprendre, expliquer, prédire ou transformer un phénomène observé dans la réalité (Thietart *et al.*, 2014). Ces choix méthodologiques sont la conséquence de choix épistémologiques qui constituent le cœur du processus de production de la connaissance.

L'épistémologie selon Piaget (1967) est l'étude de la constitution des connaissances valables. Selon Thietart (2014, p.15), « *l'épistémologie peut se définir comme la discipline philosophique qui vise à établir les fondements de la science.* ». Un paradigme désigne une constellation de croyances, valeurs, techniques, partagées par une communauté donnée (Kuhn, 1962). Un paradigme épistémologique est une conception de la connaissance partagée par une communauté, qui repose sur un système cohérent d'hypothèses fondatrices relatives aux questions qu'étudie l'épistémologie (Gavard-Perret *et al.*, 2012). La plupart des paradigmes épistémologiques postulent également des hypothèses fondatrices d'ordre ontologique qui concernent la nature du réel à connaître. En sciences sociales, il existe une multiplicité des classifications des paradigmes épistémologiques.

Thietart (2014, p.15) analyse la réflexion épistémologique à l'aide d'un classement. Ce classement décompose le questionnement épistémologique en quatre dimensions :

- « *une dimension ontologique, qui questionne la nature de la réalité à connaître ;*
- *une dimension épistémique, qui interroge la nature de la connaissance produite ;*
- *une dimension méthodologique, qui porte sur la manière dont la connaissance est produite et justifiée ;*
- *une dimension axiologique, enfin, qui interroge les valeurs portées par la connaissance.* ».

Ainsi, s'il est communément admis que trois paradigmes émergent principalement dans les recherches en science de gestion, à savoir, le positivisme, l'interprétativisme et le constructivisme, Dumez (2010) souligne que l'opposition tranchée entre positivisme, constructivisme et interprétativisme, pour séduisante qu'elle soit, ne résiste pas à l'analyse. Ces paradigmes n'en sont pas, et ne sont pas aussi disjoints qu'on le dit (Dumez, 2010).

Toutefois, le chercheur en science des organisations a besoin de s'inscrire dans un courant paradigmatique unique. Il s'agit en effet pour lui de s'appuyer sur une distinction claire des concepts épistémologiques. Dans cette perspective, une classification épurée des difficultés d'ordre théorique avance que la finalité du positivisme est d'expliquer la réalité, que l'interprétativisme tente avant tout de la comprendre et que le constructivisme tente de la construire (Girod-Séville & Perret, 2014).

Ainsi, révélant un autre chemin d'accès à la connaissance sur les organisations que celui traditionnellement emprunté par les positivistes, les paradigmes interprétativistes et constructivistes sous-tendent et révèlent une autre conception de la connaissance. Ils remettent en effet en cause les critères classiques de la connaissance scientifique, en adoptant une conception relativiste de la connaissance (Girod-Séville & Perret, 2002). Cependant, n'oublions pas les recommandations formulées par Dumez (2010, p.16) qui souligne la complexité des paradigmes et qui invite le chercheur à combiner les éléments avancés par ces différents courants. A cet égard, celui-ci recommande vivement de se prévaloir tout à la fois :

- Du constructivisme au sens de Bachelard et Popper en ce qu'il doit chercher à construire un problème scientifique en tant que tension entre savoir et non-savoir.

- Du positivisme au sens du Cercle de Vienne en ce qu'il doit éliminer de sa démarche les propositions, expressions, concepts, dénués de signification, c'est-à-dire non

susceptibles d'être vrais ou faux ; en ce qu'il cherche à être empiriste logique dans la mesure où il tente d'élaborer un réel cadre analytique, rigoureux et cohérent même s'il ne lui donne pas une forme mathématique, qui est susceptible, en raison de sa cohérence et de sa rigueur, d'être confronté à un matériau empirique.

- De l'interprétativisme au sens de Popper, dans la mesure où le chercheur s'intéresse au sens donné par les acteurs à la situation dans laquelle ils se trouvent, à leurs interprétations. L'intérêt pour ces interprétations ne signifie nullement qu'il n'y a que des interprétations mais que ces interprétations sont susceptibles d'une discussion sous la forme d'un empirisme logique ou d'une enquête au sens de Dewey.

- Poppérien au sens où le chercheur ne prétend pas s'élever au rang d'une quelconque « *objectivité* », mais considère que son travail doit être soumis à un processus de critique rationnelle et donc doit être formulé de manière à pouvoir être critiqué, c'est-à-dire qu'il doit articuler théories rigoureuses et faits cherchant plutôt à contredire ces dernières qu'à les conforter.

Tableau 18 – Présentation des six paradigmes épistémologiques en sciences de gestion adaptés de Gavard-Perret et al. (2012).

	Paradigme épistémologique réaliste scientifique	Paradigme épistémologique réaliste critique	Paradigme épistémologique constructiviste pragmatique	Paradigme épistémologique inteprétativiste	Paradigme épistémologique constructiviste
Hypothèses d'ordre ontologique	Il existe un réel en soi (LE réel) indépendant de ce qui est perçu et des représentations qu'on peut en avoir	Il existe un réel en soi indépendant de, et antérieur à, l'attention que peut lui porter un humain qui l'observe. Le réel est organisé en trois domaines stratifiés : le réel profond, le réel actualisé et le réel empirique	Aucune hypothèse fondatrice. Il existe des flux d'expériences humaines	L'activité humaine est structurée. La signification consensuellement attribuée par des sujets à une situation à laquelle ils participent est considérée comme la réalité objective de cette situation.	Le réel est relatif : il existe de multiples réalités socialement construites, qui ne sont pas gouvernées par des lois naturelles, causales ou d'autre sorte.
Hypothèses d'ordre épistémique	Le réel (en soi) n'est pas forcément connaissable (faillibilité possible des dispositifs de mesure).	Le réel profond n'est pas observable. L'explication scientifique consiste à imaginer le fonctionnement des mécanismes générateurs qui sont à l'origine des évènements perçus.	Dans le processus de connaissance, il y a interdépendance entre le sujet connaissant et ce qu'il étudie, lequel peut néanmoins exister indépendamment du chercheur qui l'étudie. L'intention de connaître influence l'expérience que l'on a de ce que l'on étudie.	Est connaissable l'expérience vécue. Dans le processus de connaissance, il y a interdépendance entre le sujet connaissant et ce qu'il étudie. L'intention du sujet connaissant influence son expérience vécue de ce qu'il étudie.	Dans le processus de connaissance, il y a interdépendance entre le sujet connaissant et ce qu'il étudie.
But de la connaissance	Connaître et expliquer des phénomènes observables (via éventuellement des concepts inobservables). Conception représentationnelle de la connaissance. Énoncés sous forme réfutable.	Mettre au jour les mécanismes générateurs et leurs modes d'activation. Conception représentationnelle des mécanismes générateurs.	Construire l'intelligibilité dans le flux de l'expérience à fin d'action intentionnelle. Conception pragmatique de la connaissance.	Comprendre les processus d'interprétation, de construction de sens, de communication et d'engagement dans les situations. Conception pragmatique de la connaissance.	Comprendre les constructions de sens impliquées dans le phénomène étudié. Conception pragmatique de la connaissance.
Modes de justification spécifiques	Neutralité. Objectivité. Justification de la validité externe et de la validité interne. Tests statistiques d'hypothèses. Réplication.	Pouvoir explicatif des mécanismes générateurs identifiés. Justification de la validité de ces mécanismes via des mises à l'épreuve successives dans des recherches quantitatives ou qualitatives.	Adaptation fonctionnelle et viabilité de la connaissance pour agir intentionnellement. Justification de la validité des connaissances génériques via des mises à l'épreuve dans l'action (recherches qualitatives).	Méthodes herméneutiques et ethnographiques. Justification des validités communicationnelle, pragmatique et transgressive.	Méthodes herméneutiques mobilisées de manière dialectique. Fiabilité et authenticité. Pas de généralisation.

2. Le choix du paradigme interprétativiste

Dans ce travail doctoral, nous adoptons un positionnement épistémologique interprétativiste. Le paradigme interprétativiste s'appuie sur des méthodologies compréhensives qui ont pour objectif de saisir la nature construite des phénomènes sociaux. L'interprétativisme « *va souligner la nature intentionnelle et finalisée de l'activité humaine ainsi que le caractère interactionnel, discursif et processuel des pratiques sociales.* » (Thiétart, 2014, p.17). Ainsi, du point de vue des interprétativistes, les organisations sont surtout le cadre d'interactions entre acteurs propres à chacune d'elles. Le caractère historique des situations et des interactions étudiées va être source d'une importante contextualisation des résultats obtenus (Girod Séville, Perret, 2002).

Le paradigme interprétativiste postule que la connaissance est contextualisée, qu'elle est un produit historique et social. Pour cette raison, nous pensons que ce paradigme est le plus pertinent. En effet, il s'agit pour nous de décrire et de comprendre le travail de justification et de critiques des acteurs lors des disputes autour de l'utilisation des mesures de performance au sein de l'hôpital public français et de décrire les dynamiques de compromis qui en résultent.

Dès lors, dans une posture interprétativiste, l'objet et les questions de recherche évoluent ensemble dans un processus de compréhension de la réalité (Lincoln & Guba, 1985; Miles & Huberman, 2003). Celle-ci suppose une interaction dynamique entre l'objet, la compréhension de la réalité des sujets étudiés et entre le chercheur et les sujets étudiés.

L'interprétativisme se distingue du contrustivisme du point de vue des critères de validité de la connaissance. Dans le paradigme interprétativiste, la connaissance est produite par interprétation, privilégiant la compréhension. Le paradigme constructiviste privilégie la construction de la connaissance.

Ainsi, notre choix de ce paradigme nous conduit nécessairement à réfléchir sur la nature des critères de validité des énoncés produits. La réflexion doit donc se porter sur les critères de validité qu'une épistémologie relativiste se donne ou souhaite se donner (Girod Séville, Perret, 2002).

Conclusion de la section 1

Dans cette première section, nous nous sommes attachés dans un premier temps à détailler l'architecture de notre recherche, son « *design* ». Au fond, celui-ci représente les liens entre la ou les questions de recherches, les données collectées et les stratégies d'analyse de ces mêmes données (Yin, 2008, p.76).

Dès lors, nous avons exposé les différentes étapes que nous avons suivies : établissement d'une problématique, revue de la littérature, collecte et analyse de données, présentation des résultats (Thietart *et al.*, 2014, p.8).

Nous avons ensuite, dans un second temps, décrit la pertinence de définir pour le chercheur son positionnement épistémologique. Après avoir décrit les principales épistémologies auxquelles les sciences de gestion se réfèrent, nous avons apporté les justifications nécessaires à notre positionnement dans le courant interprétativiste. Fondé sur une idée de contextualisation de la connaissance, des interactions entre acteurs, celui-ci suppose une compréhension des phénomènes sociaux à partir de l'observation de terrain.

Nous avons ainsi montré en quoi ce choix nous positionne nécessairement face à des hypothèses fondatrices d'ordre ontologique qui concernent la nature du réel à connaître (Thiétart, 2014). Ainsi, ce processus nous a interrogé sur la nature de la réalité à connaître (dimension ontologique), la nature de la connaissance produite (dimension épistémique), la manière dont la connaissance est produite et justifiée (dimension méthodologique) et les valeurs portées par la connaissance (dimension axiologique).

Dans la section suivante, nous nous arrêtons sur la dimension méthodologique liée à notre posture interprétativiste. Nous décrivons ainsi les choix constitutifs relatifs à la méthodologie qualitative de notre recherche ainsi qu'à la méthodologie de l'étude de cas unique.

Section 2 : Le choix de la méthodologie qualitative et de l'étude de cas unique

L'objectif de cette deuxième section est de présenter notre méthodologie de recherche.

Dans une première sous-section, nous exposons la méthodologie de la recherche qualitative. La méthode qualitative a la particularité de créer une dynamique qui se fonde davantage sur le tâtonnement, l'itération, l'affinage que sur la transposition d'une démarche préétablie qui donnerait toutes les clés des choix à suivre. Son mouvement est par conséquent incertain au début de la recherche tandis que son évolution est constituée d'allers et retours entre la théorie, la question de recherche et les données collectées.

Nous montrons à ce titre que la méthodologie qualitative contient dans son application des écueils qu'il faut connaître et contrer afin de produire des résultats convaincants et valides en élaborant notamment toujours des hypothèses contraires à l'analyse établie des résultats.

Ces risques détaillés, nous présentons ensuite, dans une seconde sous-section, le choix d'une étude de cas unique ainsi que la sélection de notre cas. Afin de respecter la confidentialité, l'identité de l'hôpital en question n'est pas révélée, nous l'appelons donc CHU (Centre Hospitalier Universitaire).

Nous concluons ensuite ce premier chapitre et arrivons au seuil de la présentation de nos procédés de collecte et d'analyse de données dans le chapitre suivant.

1. La méthodologie qualitative et ses risques

Dans ce travail, nous avons choisi de mobiliser une méthodologie qualitative. A ce titre, nous commençons par définir la méthodologie elle-même avant d'expliciter la construction de notre objet de recherche et enfin nous présentons les risques de cette méthodologie.

1.1 **Présentation de la méthodologie qualitative**

De nombreuses disciplines des sciences humaines et sociales s'appuient sur la méthodologie qualitative, comme par exemple, la sociologie, les sciences politiques, l'anthropologie, les sciences de gestion, les sciences de l'éducation, etc. Ainsi, la méthodologie qualitative est souvent qualifiée par sa capacité à embrasser une grande latitude d'objets de recherche (Yin, 2011).

En effet, quelle autre méthode permet-elle d'étudier la complexité des faits sociaux comme le fonctionnement de différents groupes de personnes ou encore celui des organisations ? A ce titre, Yin (2011, p.4) souligne que le chercheur peut vouloir analyser les interactions entre différents acteurs afin d'approfondir sa compréhension des enjeux spécifiques rencontrés par ces individus au sein de leur organisation par exemple. L'auteur indique encore que les chercheurs veulent peut-être connaître le processus de décisions du gouvernement au sujet de la gestion d'un domaine précis comme celle de la gestion d'une épidémie par exemple. Ainsi, l'auteur donne de multiples exemples d'objets de recherche de la méthodologie qualitative afin d'expliciter la nécessité de cette méthode qui permet de mener des entretiens, d'observer les faits sociaux en situation.

Ainsi, selon Yin (2011, p.6), l'attrait de la recherche qualitative est qu'elle permet de mener des études approfondies sur un large éventail de sujets, des plus simples au plus quotidiens. Elle offre ainsi ce que ne permettent pas d'autres méthodes de recherche qui peuvent être susceptibles d'être limitées par, par exemple, l'indisponibilité des données suffisantes ou le manque de couverture des variables ; la difficulté de constituer un échantillon adéquat de répondants et d'obtenir un taux de réponse suffisamment élevé comme pour une enquête ; ou le fait d'être consacré à l'étude des événements passés et non présents.

Dès lors, la diversité de ce qui est appelée méthodologie qualitative, en raison de sa pertinence pour de nombreuses disciplines rend cette méthodologie difficile à définir de manière succincte. Yin (2011) suggère ainsi qu'une définition trop brève semblera exclure telle ou telle discipline tandis qu'une définition trop large paraîtra inutilement vaste. Ainsi, au lieu de proposer une définition, Yin (2011, pp.7-8) se propose plutôt d'établir cinq caractéristiques de la recherche qualitative :

1. « *Étudier le sens de la vie des personnes ;*
2. *Représenter les opinions et les perceptions des répondants (…) dans une étude ;*
3. *Détailler le contexte dans lequel vivent les personnes ;*
4. *Contribuer au développement des concepts existants ou émergents susceptibles d'aider à expliquer le comportement social humain ;*
5. *S'efforcer à utiliser plusieurs sources de preuves plutôt que de se fier à une seule source de données*. ».[31]

Ainsi, l'objectif de la méthodologie qualitative est tout d'abord d'étudier le sens de la vie des personnes observées dans des conditions réelles. Les personnes observées le sont dans leurs rôles quotidiens, à travers les interactions sociales du quotidien, dans lesquelles celles-ci peuvent s'exprimer comme elles le souhaitent sans être limitées comme pour un questionnaire d'enquête préétabli.

En second lieu, comprendre les perceptions des personnes peut être un objet important pour une étude qualitative dans la mesure où ces perceptions rendent compte des significations données pour un évènement réel spécifique vécu par les répondants. La méthodologie qualitative permet à ce titre de d'aller au-delà des idées préconçues du chercheurs pour étudier ce que les acteurs vivent et le sens qu'ils donnent à leurs expériences.

En troisième lieu, la méthodologie qualitative permet d'observer les conditions sociales et environnementales dans lesquelles se déroule la vie des personnes étudiées. Ainsi, la recherche

[31] La citation originale en anglais est la suivante : "*1. Studying the meaning of people's lives, under real-world conditions; 2. Representing the views and perspectives of the people (…) in a study; 3. Covering the contextual conditions within which people live; 4. Contributing insights into existing or emerging concepts that may help to explain human social behavior; and 5. Striving to use multiple sources of evidence rather than relying on a single source alone*." (Yin, 2011, pp.7-8).

qualitative prend en compte ces éléments contextuels, ces facteurs humains qui peuvent influencer les évènements étudiés. D'autres méthodes de sciences sociales, comme la méthode quantitative par exemple, n'ont pas cette capacité à retranscrire les conditions de l'environnement dans lesquelles les personnes vivent. Les expérimentations, par exemple, contrôle ces conditions.

En outre, Yin (2011) souligne que la recherche qualitative n'est pas seulement une chronique de la vie quotidienne. En effet, elle a pour fonction de contribuer théoriquement à l'explication des phénomènes sociaux étudiés à travers des concepts existants ou émergents.

Enfin, la variété de sources de collecte de données caractérise la méthode qualitative. La variété de ces sources répond ainsi à une exigence de validité des construits afin de saisir la complexité du terrain. L'utilisation de différentes sources comme les entretiens, l'observation du terrain ainsi que des documents annexes permettent à ce titre de trianguler les données. Cette convergence des résultats contribue à la crédibilité et à la fiabilité de l'étude. Nous présentons ci-après les étapes qui ont jalonné la construction de notre objet de recherche.

1.2 La construction de notre objet de recherche

Tout processus de recherche est composé d'un certain nombre de composantes et d'étapes qui s'étalent de la formation d'une première intuition à la rédaction et à la publication d'un document soumis à la critique (Gavard-Perret *et al.*, 2012; Thiétart, 1999). Les étapes classiques d'un processus de recherche ont une nature itérative en étant faites d'aller-retour entre les phases en amont de conception de l'objet de recherche et les phases en aval de son analyse. Le chercheur qui démarre un travail de recherche ne peut donc jamais énoncer d'emblée quel est l'objet de sa recherche (Gavard-Perret *et al.*, 2012). La phase de conception se poursuit ainsi tout le temps de la thèse, temporalité qui peut être extrêmement variable mais qui est nécessaire pour la maturation de l'objet de recherche.

Le balbutiement de notre objet de recherche était une question générale un peu « *floue* » : comment les objets comptables cristallisent-ils un pluralisme de modes d'évaluation et quels sont les compromis que les acteurs mettent en place autour de ces objets et comment s'expriment-ils ?

Cette question de recherche a été soumise à un processus nourricier d'aller-retour entre théorie et terrain. Dans cette première phase de la recherche qualitative, le chercheur ne sait pas par quoi commencer ; il a alors besoin d'une béquille sur quoi s'appuyer, d'un soutien pour le réconforter, en somme, d'une méthodologie qui lui donne les clés essentielles de son périple. Cependant, ce qu'il ne sait pas encore, c'est que la première difficulté pratique de la démarche qualitative tient à sa dynamique particulière (Dumez, 2016, p.25). En effet, celle-ci n'est pas comme le laisseraient penser les premiers chapitres des manuels méthodologiques une démarche séquentielle qui suivrait à la lettre les étapes préconisées : revue de littérature, problématique, recueil de données, résultats.

Au contraire, lorsqu'elle débute, la problématique est encore vague, les terrains s'ouvrent ou ne s'ouvrent pas, les cadres théoriques ne sont pas déterminés. Son mouvement relève alors plutôt du tâtonnement, de l'itération, de l'affinage – processus constitutifs de la démarche. A cet égard, les opportunités qui semblent tout d'abord faire avancer la recherche, déstabilisent momentanément le chercheur. Ainsi, les grandes orientations sont bien souvent bousculées, remises en cause par boucles successives. C'est donc progressivement que se formule le lien entre cadres théoriques et matériau. De boucle en boucle, le chercheur façonne petit à petit ses modèles jusqu'à en accoucher ses idées.

De plus, une seconde difficulté constitutive de la démarche réside dans la nature même de son matériau. Le matériau est hétérogène et lacunaire et repose sur des « *multiples sources d'évidence* » (Yin, 2012) :

1. Les observations directes
2. Les entretiens
3. Les notes prises par le chercheur
4. Les documents
5. L'observation participante
6. Les artefacts physiques

Si l'hétérogénéité des sources empiriques garantissent l'objectivité des résultats, le chercheur se retrouve à « *farfouille(r) dans cette boue noire de données pour apporter la lumière au monde*. » (Latour, 2005, p.123).

1.3 Les risques de la recherche qualitative

Dumez (2016) met en lumière trois risques principaux dont le chercheur doit prendre garde lorsqu'il souhaite se lancer dans une recherche qualitative. En effet, une recherche qualitative peut se révéler décevante pour trois raisons principales : elle ne montre pas les acteurs pensant, agissant et interagissant ; elle retrouve dans le matériau les théories générales qu'elle a voulu prouver ; elle privilégie une interprétation sans avoir exploré des interprétations rivales (Dumez, 2016, p.24). Il s'agit du risque des acteurs abstraits, du risque de circularité et du risque d'équifinalité (Dumez, 2016, p.12-p.25).

1.3.1 Le risque des acteurs abstraits

Le premier risque est celui des acteurs abstraits. Comme son nom l'indique, Dumez (2016) pointe ici le risque de rester à un niveau d'analyse des acteurs qui ne permet pas d'atteindre toute leur dimension humaine, incarnée, en restant à un niveau d'abstraction élevée. Celui-ci préconise de rendre les acteurs concrets et d'utiliser la narration et la description pour « *donner à voir* » aux lecteurs les acteurs observés. Ainsi, malgré leurs formes apparentes de démarches extra-scientifiques, la narration et la description sont dignes de scientificité selon lui quand celles-ci sont menées avec rigueur et conduites en vue d'une finalité scientifique. En effet, une démarche de recherche qualitative n'a de sens que si elle montre et analyse les intentions, les discours, et les actions et interactions des acteurs, de leur point de vue et du point de vue du chercheur, c'est-à-dire si elle décrit et si elle narre (Dumez, 2016, p.13). Dès lors, l'essentiel réside non pas dans la méthode mais dans la finalité de la recherche : « *s'il est difficile, donc, de définir précisément ce qu'est et ce que n'est pas la recherche qualitative, du moins peut-on affirmer qu'une recherche qualitative qui ne donne pas à voir, c'est-à-dire qui ne décrit pas les acteurs et les actions, qui ne raconte pas des actions et des interactions (...) est passée à côté de son objectif et a raté son but.* » (Dumez, 2016, p.15).

Afin de contourner ce risque, Dumez (2016, p.15) suggère de commencer par déterminer l'unité d'analyse de la recherche. Celle-ci en effet est déterminante pour développer une description incarnée des acteurs. Si elle s'inscrit dans une sorte de hiérarchie allant du micro au macro, de l'individu aux équipes, à l'organisation, au secteur (Lecocq, 2012), il serait faux de croire que pour éviter le risque des acteurs abstraits, il faille éviter les niveaux qui semblent leur correspondre (secteur, organisation, équipe). Ici, l'unité d'analyse est définie non pas à partir

de niveau d'analyse mais bien à partir de la manière dont sont articulés les différents niveaux. La difficulté résulte donc de l'articulation entre théorie et terrain. Cet échelon est complexe à définir et à montrer. Deux questions fondamentales permettent de resserrer l'analyse de l'unité, de caractériser le cas et ainsi d'éviter le risque des acteurs abstraits : de quoi mon cas est-il le cas ? à quoi vais-je m'intéresser empiriquement ? A ce titre, la détermination de l'unité d'analyse est une étape nécessaire pour le chercheur qui s'inscrit dans la démarche qualitative.

1.3.2 Le risque de circularité

Dumez (2016, p.17) expose ensuite le deuxième risque qui est celui de la circularité. Selon lui, la recherche qualitative se retrouve dans une tension entre données empiriques et données théoriques, du fait de l'écart entre la généralité des théories et la richesse du matériau qui permet facilement de confirmer les hypothèses, l'interprétation et la théorie vers laquelle ils tendent. « *Le matériau rassemblé par une recherche qualitative est riche, hétérogène et lacunaire. Les théories mobilisées sont souvent très générales, abstraites, décontextualisées. Il est facile de trouver dans le matériau des éléments qui confirment une théorie en laissant de côté ce qui pourrait la mettre en cause, ou la nuancer. Il s'agit du risque de circularité, qui consiste à ne voir dans le matériau empirique que ce qui confirme une théorie. Ce risque menace toute recherche qualitative, si rigoureux que puisse sembler le dispositif de recherche mis en place*. ». Ce risque peut être géré en s'assurant de respecter un mécanisme de liaison entre ce que l'on veut expliquer (explanadum) à ce qui explique (explanans). Le chercheur doit réaliser deux types de spécifications, celle de la théorie et celle du matériau de manière relativement indépendante. Celui-ci peut y parvenir en se posant la question suivante : Que devrais-je pouvoir observer dans mon matériau si la théorie que j'utilise est vraie ? Ainsi, si le chercheur se place dans une posture de réfutation de la théorie vers laquelle il tend à l'aide de son matériau, il est le plus à même d'éviter ce risque de circularité.

1.3.3 Le risque de méconnaissance du phénomène d'équifinalité

Le troisième risque énoncé par Dumez (2016, p.23) est celui de l'équifinalité. Le risque de la recherche qualitative est qu'elle n'explore qu'une explication aux phénomènes qu'elle observe, qu'elle ne s'appuie que sur un seul cadre théorique. Or, Dumez suggère qu'il faut toujours explorer plusieurs explications possibles d'un même phénomène, mobiliser plusieurs hypothèses rivales et les tester sur le matériau. Ainsi, pour éviter le risque d'équifinalité, le

chercheur peut avoir recours à trois stratégies liées entre elles : recourir aux hypothèses rivales plausibles (Yin, 2008), manier le traçage de processus (George & Bennett, 2005; Hall, 2006) et faire l'usage systématique du raisonnement contrefactuel (Tetlock & Belkin, 1996).

2. La sélection d'une étude de cas unique

Notre travail de recherche s'appuie sur une étude de cas unique (Yin, 1994) dans un pôle médical d'un hôpital public français. Ce choix se justifie pour plusieurs raisons.

2.1 **Répondre à un appel de la littérature**

Depuis les années 90, les chercheurs s'intéressent de manière croissante à la nature des pratiques liées au management comptable (Scapens, 1990). Cet intérêt rend compte de la volonté d'évaluer le potentiel écart entre théorie normative et pratiques de terrain. Dès lors, la littérature en comptabilité a connu une transition en termes d'approche méthodologique. Ainsi, des appels dans la littérature en contrôle pour la méthodologie de l'étude de cas se sont fait nombreux (Otley & Berry, 1994). Des auteurs ont par-là tenté de définir le rôle de la méthode de l'étude de cas dans la recherche en contrôle (Llewellyn, 1992). Ces auteurs soulignent que si la littérature se fondait auparavant davantage sur des questionnaires, qui étaient l'apanage de cette discipline dans les années 70 et 80, cette méthodologie est apparue rapidement insatisfaisante au regard de la superficialité de ses résultats (Scapens, 1990). Par conséquent, les chercheurs ont préconisé une méthodologie différente, permettant d'entrer en profondeur dans l'analyse des pratiques et de l'utilisation en situation des outils comptables dans l'exercice du management. Scapens (1990) note ainsi que l'une des dimensions les plus intéressantes des études de cas est qu'elles permettent de se fonder sur des théories sociologiques.

Ainsi, tandis que les chercheurs à l'aube des années 90 s'appuient toujours sur des méthodologies telles que la construction de modèles théoriques normatifs ou encore des études expérimentales des comportements, la littérature en contrôle connaît un renouveau avec l'essor de la méthodologie de l'étude de cas, créant un écart avec le courant dominant de l'époque fondé sur des théories normatives et positivistes. A cet égard, les chercheurs ont pointé les limites de la normativité scientifique qui reposent sur des prédictions et l'analyse de l'interaction de variables pour dévoiler le cœur des pratiques en situation. Ainsi, la valeur majeure de l'utilisation de l'étude de cas comme approche méthodologique en management

comptable réside dans la recherche de contributions théoriques mais également pratiques (Cooper & Morgan, 2008).

En outre, des auteurs recommandent une approche micro pour mieux comprendre les interactions sociales et la communication des acteurs (Cloutier & Langley, 2007; Cornelissen *et al.*, 2015; Hallett, 2010; Hallett & Ventresca, 2006). Les méthodes d'exploration basées sur des cas semblent très appropriées pour analyser les interactions entre les membres in situ et in vivo (Elsbach, 1994; Zilber, 2002, 2016). Ces auteurs invitent les chercheurs à réinvestir les institutions des personnes, de leurs activités professionnelles, de leurs interactions sociales et de leurs processus de création de sens.

2.2 Mon cas est-il un cas ?

Selon Yin (2018), le choix d'une étude de cas unique ne se fonde pas dans une formule toute faite mais dépend plutôt en grande partie des questions de recherche du chercheur. Ainsi, les questions commençant par « *comment* » et « *pourquoi* » sont privilégiées pour choisir l'étude de cas dans la mesure où elles orientent sur des résultats explicatifs de phénomènes complexes.

Ainsi, notre question de recherche est la suivante : *Comment l'utilisation de mesures de performance joue-t-elle un rôle dans l'émergence de dynamiques de tensions et de dynamiques de compromis entre des acteurs aux rationalités plurielles au sein des hôpitaux publics français ?*

Cette problématique générale commence par « *comment* » et est décomposée en plusieurs sous questions de recherche.

(1) Quelles sont les tensions induites par l'utilisation de mesures de performance au sein de l'hôpital public français et sur quels objets se cristallisent-elles ?

(2) Comment des acteurs s'appuyant sur des modalités d'évaluation plurielles parviennent-ils à des compromis autour de l'utilisation de mesures de performance ?

(3) Quels sont les mécanismes qui favorisent les efforts des acteurs pour parvenir à la création et au maintien des compromis autour de l'utilisation des mesures de performance et quels sont, au contraire, les freins à leur création et à leur maintien ?

(4) Quelles sont les conséquences de tels compromis pour les différents acteurs gravitant autour de la prise en charge des patients et pour les patients eux-mêmes ?

(5) Quelle est la pérennité et la solidité de ces compromis ?

Ainsi, l'étude de cas permet de répondre à la question « *comment* » d'une situation, de révéler des phénomènes peu étudiés et enfin de ne pas s'extraire de la complexité de la réalité du terrain. Se distinguant de l'étude de cas multiple (Yin, 2008), l'étude de cas unique permet une approche ethnographique en profondeur et facilite l'imprégnation du chercheur. Ainsi, l'étude de cas unique assure la mise en situation de phénomènes complexes et permet d'en révéler les particularités.

L'étude de cas se justifie également lorsqu'elle répond à plusieurs critères. Yin (2018) insiste sur ce point en comparant l'étude de cas à d'autres méthodes scientifiques comme les statistiques. Les critères de validité doivent être respectés en vue d'assurer la pertinence de l'utilisation d'une étude de cas. Selon lui, une stratégie majeure est d'envisager des explications contraires à l'explication que nous avons trouvée au cours de l'analyse de nos résultats. Ce procédé permet de tester la robustesse de nos résultats. Si les explications contraires ne peuvent être que rejetées au vu des résultats, la validité des résultats s'en voit fortifiée. Dès lors, il s'agit d'envisager toutes les explications possibles, contraires, et de les énumérer. En effet, selon Yin (2018), faire de ce travail d'explicitation de toutes les explications rivales est une partie importante du travail de l'étude de cas unique.

Yin (2018) préconise de définir les contours de l'étude de cas. Les contours peuvent être aussi bien concrets tels que l'étude d'individus, de petits groupes, d'une organisation, de projets, ou plus abstraits comme des relations, des décisions, des partenariats (Yin, 2017).

En outre, le choix de l'étude de cas ne doit pas détourner le chercheur de son entreprise de contribution théorique pour la communauté et la littérature scientifique. Le développement d'une théorie à partir d'une étude de cas unique peut prendre du temps et se révéler difficile (Eisenhardt, 1989; Eisenhardt & Graebner, 2007; Rule & John, 2015). Dès lors, Yin (2008,

2012, 2018) préconise de passer en revue les contributions théoriques des meilleures études de cas publiées dans la littérature afin d'acquérir une plus grande compréhension de comment contribuer théoriquement à la littérature. Cette étape est essentielle pour comprendre la pertinence des résultats présentés et des conclusions tirées de ces résultats.

Nous présentons dans la sous-section ci-dessous le CHU et le pôle médical que nous avons sélectionnés pour effectuer notre travail de recherche.

2.3 Présentation du cas sélectionné

Le CHU que nous avons sélectionné compte en son sein environ 12 000 agents. Il est organisé en douze pôles hospitalo-universitaires. Il connaît une reconnaissance au niveau national puisqu'il fait partie du classement des dix meilleurs CHU de France (classement SIGAPS) et des 5 premiers hôpitaux en 2019 par rapport au traitement des spécialités médicales (Le Point). Il connaît aussi une reconnaissance internationale pour certaines de ses spécialités dont les praticiens ont développé une expertise au niveau national mais aussi international.

Selon l'évaluation de la direction de l'établissement, le CHU est à l'équilibre depuis 2014 et continue sa dynamique de modernisation en enregistrant un excédent budgétaire pour le début de l'année 2019 avec une réduction de la dette de 23 millions d'euros fin novembre 2018 par rapport au 31 décembre 2017[32]. Cet excédent amorce une période favorable pour le développement de nombreux projets selon la direction de l'établissement.

En 2018 cependant, le CHU montrait une diminution de l'activité par rapport à l'année précédente. D'après la direction, cette diminution s'explique en raison d'un déclassement de certains séjours en externe. Dès lors, l'activité du CHU connaîtrait une augmentation sans ce déclassement. Afin de réguler cette baisse de recettes, l'établissement a obtenu des enveloppes de la part de l'ARS pour terminer l'exercice confortablement en équilibre. Selon la direction, le maintien de la santé financière du CHU est un objectif prioritaire afin de pouvoir financer au

[32] Ces éléments d'information nous ont été fournis lors d'une réunion d'encadrement le 12 novembre 2018 présidée par les différents représentants des directions à l'adresse de l'ensemble des cadres du CHU (cadres administratifs, cadres supérieurs de santé, cadres de santé).

long terme les immobilisations impératives à réaliser dans la perspective du projet de modernisation.

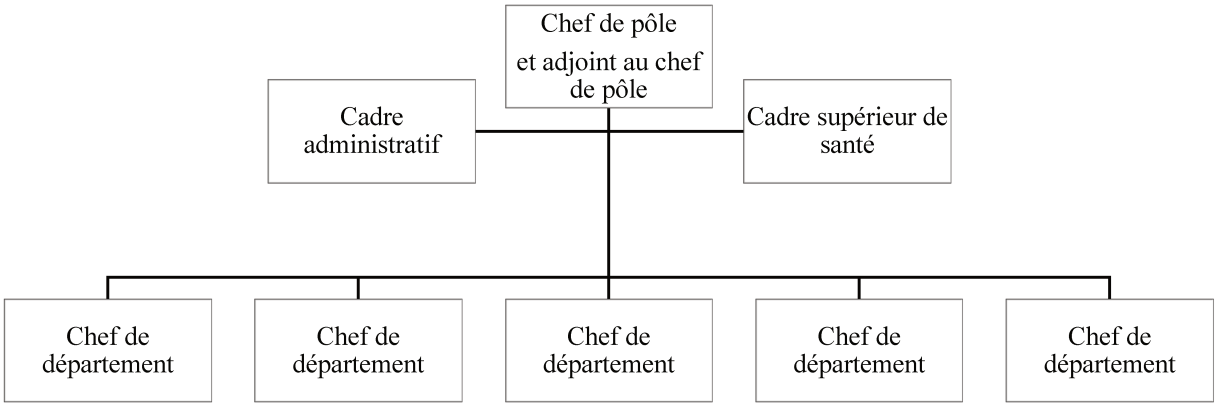
Le pôle médical que nous avons sélectionné pour notre immersion est composé de 5 services et de 11 spécialités médicales hétérogènes, comprenant entre autres de la chirurgie, de la médecine et de l'éducation thérapeutique axée sur les maladies chroniques. Sa spécificité est de ne pas regrouper en son sein - comme c'est le cas pour d'autres pôles médicaux - un ensemble d'activités relié par une spécialité médicale unique. Ce pôle médical connaît donc un pluralisme de visions médicales différentes en raison des spécificités propres à chaque discipline.

Ainsi, l'intérêt de l'observation d'un tel pôle réside dans l'hétérogénéité des cotations et des tarifs liés aux actes de prise en charge qui peuvent relever des soins intensifs, de la prise en charge de maladie chronique (anorexie, diabète), de chirurgie ambulatoire, de médecine, etc. Certaines de ces activités sont en effet structurellement déficitaires en termes de recettes (soins intensifs, prise en charge de l'anorexie) tandis que d'autres sont d'emblée bénéficiaires. Dès lors, la problématique d'efficience est particulièrement intéressante à étudier dans ce cadre puisqu'elle convoque un pluralisme des visions en fonction des spécialités médicales.

A cet égard, la gestion de ce pôle est complexe dans l'articulation de ces différentes disciplines autour d'un projet commun de pôle. Géré par un médecin chef de pôle, un adjoint au chef de pôle, un cadre supérieur de santé et un cadre administratif, ce pôle est intéressant pour notre problématique afin d'observer les potentielles tensions qui existent autour de l'utilisation des mesures de performance, a fortiori entre des spécialités médicales différentes.

Enfin, la proximité de ce pôle médical avec le centre administratif de l'établissement fut pertinente pour notre observation. En effet, cette proximité a facilité l'observation de réunions entre les membres du pôle et la direction de l'établissement ayant lieu dans le bâtiment administratif. Nous présentons ci-après une figure schématique de l'organisation d'un pôle médical à l'hôpital public.

Figure 2 - Structure organisationnelle schématique d'un pôle médical à l'hôpital public



Conclusion de la section 2

Dans cette section, nous avons exposé les différentes étapes nous ayant conduit du balbutiement de notre objet de recherche à sa formalisation en question générale un peu floue puis en question plus spécifique. Nous avons ainsi donné à voir notre expérience du mouvement dynamique qui caractérise la méthodologie qualitative. La temporalité de la maturation de notre objet d'étude a été constitutive pour l'enrichissement de notre analyse par le processus nourricier d'aller-retour entre théorie et terrain. Nous avons également pris en compte les risques relatifs à l'utilisation d'une méthodologie qualitative détaillés par Dumez (2016). Ces risques, que nous avons exposés dans cette section, sont les suivants : le risque des acteurs abstraits, le risque de circularité et le risque d'équifinalité.

A cet égard, nous avons suivi les étapes nécessaires au renforcement de la validité de nos résultats. Afin de contourner l'écueil des acteurs abstraits, nous avons procédé à une description détaillée des acteurs. Afin d'éviter le risque de circularité, nous avons adopté une posture de réfutation concernant la théorie à l'aide de notre matériau, ce qui nous a permis entre autres de percevoir une contribution théorique dans l'analyse de nos résultats. Enfin, nous avons eu recourt aux hypothèses rivales plausibles (Yin, 2008) et fait l'usage systématique du raisonnement contrefactuel (Tetlock & Belkin, 1996) dans le but d'éviter l'écueil de l'équifinalité.

Nous avons en outre décrit aux lecteurs les enjeux relatifs à la sélection d'une étude de cas unique. L'étude de cas unique nous a semblé ainsi pertinente pour répondre à notre question de recherche principale qui est une question en « *comment* ». L'étude de cas nous a ainsi semblé pertinente dans la mesure où celle-ci vise à approfondir des phénomènes complexes en situation pour expliciter leur compréhension. Elle est en outre utile pour contribuer théoriquement à la littérature scientifique en liant observations pratiques et implications théoriques. L'étude de cas unique est aussi pertinente pour offrir des implications pratiques aux professionnels et aux décideurs publics. Enfin, nous avons donné à voir le contexte du Centre Hospitalier Universitaire sélectionné ainsi que celui du pôle médical. Ainsi, nous arrivons au seuil de la présentation des procédés de collecte et d'analyse de nos données.

Conclusion du chapitre 3

Ce cinquième chapitre nous a permis de donner à voir notre positionnement et notre identité de chercheur vis-à-vis de la production de connaissances scientifiques.

Ainsi, au cours de la première section, nous avons mis en lumière le design de notre recherche ainsi que les justifications relatives à notre choix de l'épistémologie interprétativiste. Celle-ci postule l'interdépendance entre le sujet connaissant et son objet d'étude. Dès lors, le sujet connaissant ne connait que son expérience vécue, qui influence ses processus d'interprétation, de construction de sens, de communication et d'engagement dans les situations. Cette vision portée sur la connaissance est pragmatique en ce sens qu'elle se construit à travers l'action du chercheur.

Au cours de la seconde section, nous avons exposé les raisons qui nous ont conduit à mobiliser la méthodologie qualitative ainsi que les risques que celle-ci fait encourir au chercheur. Ce travail de lecture et d'écriture en amont de notre entrée sur le terrain nous a en outre assuré de nous préserver des risques inhérents à la démarche dynamique de la recherche qualitative. Ainsi, ces parties ont été écrites de manière itérative en plusieurs étapes : avant l'entrée sur le terrain et ensuite après l'analyse des résultats.

Ce troisième chapitre terminé, nous nous engageons plus avant dans l'éclairage de nos choix méthodologiques en termes de procédés de collecte et d'analyse de nos données.

Chapitre 4 : Les procédés de collecte et d'analyse des données

Le quatrième chapitre de ce travail de recherche vise à présenter les étapes méthodologiques de la conception de notre étude. Approfondir la méthodologie permet d'éviter des biais inexpliqués ou des distorsions délibérées dans la réalisation de la recherche. De plus, être méthodique signifie conférer un sens de complétude à l'effort de recherche ainsi que la vérification croisée des procédures et des données d'une étude (Yin, 2008, p.20).

Dans la **Section 1**, nous présentons nos procédés de collecte de données. Notre étude de cas unique se fonde sur (1) une immersion ethnographique allant de septembre 2018 à mars 2020 dans un pôle médical d'un hôpital public français, (2) des entretiens semi-directifs avec différents professionnels à divers niveaux hiérarchiques et (3) des documents que nous avons obtenus grâce, entre autres, au cadre administratif du pôle et au directeur financier de l'hôpital.

Dans la **Section 2**, nous explicitons notre processus d'analyse des données. Nous réalisons à ce titre une grille d'analyse simplifiée pour opérationnaliser le cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991).

Section 1 : Les procédés de collecte des données

Nous procédons au cours de cette section au détail de notre processus de collecte de données lors de notre étude de cas afin de donner à voir l'ensemble de notre démarche méthodologique.

A ce titre, nous présentons, dans un premier temps, les différentes étapes de notre observation ethnographique. Nous présentons ainsi l'entreprise de préparation à l'entrée sur le terrain et l'entrée elle-même.

Dans un second temps, nous développons le processus de collecte des entretiens semi-directifs. Nous détaillons la création du guide d'entretien, la construction de l'échantillon ainsi que la réalisation des entretiens.

Enfin, nous présentons les différents documents auxquels nous avons eu accès grâce au soutien de divers acteurs lors de notre travail de recherche.

Cette première section terminée, nous présentons, dans la seconde section, les procédés d'analyse des données.

1. L'observation ethnographique

L'observation ethnographique est une méthode de collecte de données qualitative qui correspond à un travail d'observation effectué pendant une durée prolongée du chercheur sur le terrain (Sanday, 1979; Van Maanen, 1979). Ainsi, l'observation ethnographique suppose d'être présent sur les lieux de manière à participer aux routines quotidiennes des acteurs et à observer des activités et des interactions entre une grande variété d'acteurs (Becker, 1958). Celle-ci permet au chercheur de pouvoir créer un récit des acteurs observés et de mettre en perspective ce récit avec la problématique de recherche. Nous présentons ci-après les différentes étapes qui nous ont permis de réaliser ce travail d'observation ethnographique.

1.1 Les étapes de la réalisation de l'observation ethnographique

1.1.1 S'équiper pour réaliser une recherche qualitative de terrain

Tout au long du processus de recherche qualitative, le chercheur est soumis à des défis décisifs. Ainsi, celle-ci est considérée comme difficile (Yin, 2008, p.25). Pour réussir, Yin (2008, p.26-30) identifie six compétences techniques clés pré-requises pour l'entreprise de recherche qualitative :

- Savoir écouter
- Savoir interroger de manière pertinente
- Connaître au préalable l'objet d'étude
- Se soucier de ses données
- Réaliser des tâches parallèles
- Persévérer

De plus, il est conseillé de considérer l'approche de terrain comme une forme de management et non pas simplement comme un défi purement technique. Pour cela, il est préconisé, d'une part, de prendre du temps pour prendre du recul et se distancier, et, d'autre part, de travailler son intégration comme membre de l'équipe de terrain à part entière.

1.1.2 Choisir un thème et un terrain

Le choix du thème d'enquête est un moment déterminant (Beaud & Weber, 1997) qui conditionne tout le travail ultérieur. Ce choix fait d'abord référence dans un premier temps non pas à un objet précis mais à une notion plus large et plus floue qui est celle de thème. Ainsi c'est le caractère provisoire et en devenir de ce choix qui caractérise la démarche puisque celui-ci se nourrit et se transforme de manière itérative au contact du terrain d'enquête. Dans un premier temps, l'enquête de terrain ne répond pas à la demande de théorie (Beaud & Weber, 1997). Il s'agit de traduire sa question générale, en question d'enquête, en petit objet d'enquête, en objet empirique.

Ainsi nous avons choisi comme thème de terrain : les outils comptables et leurs modalités d'utilisation à l'hôpital public. Ce thème était assez large pour capter les pratiques sans pour autant orienter entièrement l'observation.

1.1.3 Préparer sa venue sur le terrain

La venue sur le terrain est un moment décisif pour le chercheur. Novice dans le domaine, celui-ci doit éviter les pièges sous-jacents à toute démarche d'observation. Pour se faire, les auteurs préconisent certaines pratiques pour préparer sa venue sur le terrain, pratiques que nous avons suivies. Celles-ci peuvent le préparer à aiguiser sa capacité d'analyse le moment venu.

En premier lieu, Durkheim (1937, p.18) préconise de la prudence face aux *idola* qu'il définit comme des « *sortes de fantômes qui nous défigurent le véritable aspect des choses et que nous prenons pourtant pour les choses mêmes* ». Selon lui, il s'agit de faire attention à ne pas substituer à la réalité sociale une façon de voir cette réalité. Nous mettant en garde vis-à-vis de l'écart qui existe entre réalité sociale et perception de cette réalité, celui-ci suggère de suspendre les prénotions afin de ne pas réifier la réalité sous des catégories. A cet égard, il faut exprimer « *les phénomènes en fonction, non d'une idée de l'esprit, mais de propriétés qui leur sont inhérentes. Il faut qu'elle les caractérise par un élément intégrant de leur nature, non par leur conformité à une notion plus ou moins idéale.* » (Durkheim, 1937, p.35).

En second lieu, la prudence permet d'éviter de tomber dans le risque de la démesure. En effet, l'esprit du chercheur « *ne se sentant contenu par rien, s'abandonne à des ambitions sans bornes et croit possible de construire ou, plutôt, de reconstruire le monde par ses seules*

forces et au gré de ses désirs. » (Durkheim, 1937, p.18). Dans cette citation, l'auteur souligne la possibilité pour le chercheur de créer et non pas de saisir le monde. Ce risque viendrait altérer le processus et les résultats de la recherche s'il n'est pas contenu.

Enfin, la prudence est utile pour questionner le caractère assumé de certaines notions qui sont, au fond, peu définies en profondeur par ceux qui les mobilisent. Le caractère idéologique est ici remis en cause. « *Dans l'état actuel de nos connaissances, nous ne savons pas avec certitude ce qu'est l'État, la souveraineté, la liberté politique, la démocratie, le socialisme, le communisme, etc., la méthode voudrait donc que l'on s'interdise tout usage de ces concepts, tant qu'ils ne sont pas scientifiquement constitués. Et cependant les mots qui les expriment reviennent sans cesse dans les discussions des sociologues. On les emploie couramment et avec assurance comme s'ils correspondaient à des choses bien connues et définies, alors qu'ils ne réveillent en nous que des notions confuses, mélanges indistincts d'impressions vagues, de préjugés et de passions.* » (Durkheim, 1937, p.22-23).

Ainsi, le chercheur doit se méfier du matériau principal de sa recherche que sont les mots, les prénotions, les concepts. L'entreprise de définition précise est donc au cœur du processus d'observation et de recherche. En effet, selon Durkheim (1937, p.34), « *toute investigation scientifique porte sur un groupe déterminé de phénomènes qui répondent à une même définition. La première démarche du sociologue est donc de définir les choses dont il traite, afin que l'on sache et qu'il sache bien de quoi il est question. C'est la première et la plus indispensable condition de toute preuve et de toute vérification.* ». Dans cette perspective, Beaud & Weber (1997) préconisent de s'analyser, d'expliciter ses préjugés et d'objectiver sa position avant de débuter l'observation.

S'il s'agit de suspendre ses prénotions le moment venu pour l'observation, il ne s'agit pas pour autant d'arriver sans connaissance préalable du milieu observé. En effet, si cette préconisation semble paradoxale vis-à-vis de la première, il n'en est rien. Il s'agit ici de se préparer à l'interaction avec les acteurs du milieu pour se familiariser avec leur vocabulaire, leurs pratiques. De ce fait, la lecture d'ethnographies sur l'hôpital public nous a permis de ne pas arriver sans connaissance préalable.

Par ailleurs, une fois sur le terrain, nous avons tenté de suivre les préconisations de Beaud & Weber (1977) qui rappellent qu'il n'y a pas d'observation sans notation. Selon eux, la méthode à suivre est la suivante :

- Expliciter ses perceptions et ses impressions mentalement d'abord puis par écrit
- Prendre conscience que ces perceptions dépendent non seulement d'un questionnement théorique mais surtout d'un point de vue empirique
- Faire varier systématiquement les points de vue que l'on prend empiriquement pour observer

Nous avons donc opté pour un carnet de bord pour noter sur une page nos observations en tant que telles, autrement dit les faits dénués d'interprétation et, sur la page lui faisant face, les émotions, ressentis, interprétations que suscitent ces faits. Cette façon de procéder nous a permis rétrospectivement d'obtenir une analyse et un regard distanciés vis-à-vis des premières impressions que nous avions eues. Nous avons ensuite procédé à une retranscription sur un tableau Excel de toutes ces observations afin d'en avoir une vision d'ensemble, claire et facile d'accès pour la relecture.

1.1.4 Négocier l'entrée sur le terrain

L'accessibilité a été un point décisif pour notre choix de prise de contact avec les professionnels. Nous avons procédé à un envoi de mails à différents médecins. Nous avons à cette étape-là parcouru le site internet du CHU afin de sélectionner une dizaine d'adresses mail. Dans un second temps, nous avons rédigé un mail type servant d'accroche et de prise de contact avec les médecins. Celui-ci transcrivait notre démarche. Une semaine plus tard, l'un des médecins nous répondit en acceptant de nous rencontrer au CHU afin que nous puissions commencer notre enquête de terrain.

Le rendez-vous fut bref avec le médecin lui-même qui nous présenta très rapidement les cadres de santé de son service avec qui nous avons continué la visite. Une fois présentés sur le terrain, il s'agissait d'expliquer notre projet et les raisons de notre venue à tous les professionnels que nous rencontrions pour la première fois sans toutefois dévoiler notre orientation vers l'observation de l'utilisation d'outils comptables comme les mesures de performance. En effet,

au cours du premier temps d'immersion, nous cherchions avant tout à ouvrir le champ de l'observation à tout ce qui touchait ou non à notre objet d'étude.

Avec l'accord des cadres de santé, nous avons convenu que nous reviendrions quotidiennement observer le fonctionnement du service. Du travail de l'interne, aux moments informels passés avec les équipes, nous observions de nombreux évènements mais qui semblaient cependant éloignés de l'utilisation des outils comptables. A ce stade, l'entrée du terrain nous semblait avoir été négociée et acceptée même si nous n'arrivions pas à observer ce que nous étions venus observer.

Au cours de la deuxième semaine de notre immersion, nous avons décidé d'étendre notre champ d'observation à l'ensemble du pôle plutôt qu'à un seul service. Nous souhaitions à travers cette démarche accéder davantage à des problématiques relevant de notre thème d'étude. Pour ce faire, nous avons choisi de rencontrer le cadre supérieur de santé afin d'avoir une vision non pas du fonctionnement d'un seul service mais bien de l'ensemble du pôle médical. Celui-ci nous présenta aux cadres de santé et plus largement à l'ensemble des professionnels que nous pouvions croiser dans les couloirs. Nous fîmes le tour des services. C'est la rencontre avec le cadre administratif le 1er octobre qui suspendit temporairement notre accès au terrain que nous croyions acquis. En effet, celui-ci exigea l'établissement d'une convention de stage avant toute nouvelle observation du terrain. Dès lors, nous fûmes contraints de rentrer chez nous, malgré une réunion que nous avions planifiée d'observer et ce, le temps que la convention s'établisse entre l'université et le CHU. La négociation de l'accès au terrain s'étendit donc depuis le premier mail écrit début septembre 2018 à l'établissement de la convention de stage le 10 octobre 2018.

1.1.5 Les observations directes

Les observations ont eu lieu d'octobre 2018 à mars 2020 et représentent 240 heures d'observation qui se sont concentrées principalement sur des réunions. L'observation de ces réunions nous a ainsi permis d'observer des interactions entre de multiples acteurs, relatives à la gestion du pôle et de l'hôpital. Nous avons à ce titre observé plus d'une vingtaine de réunions qui peuvent être regroupées sous trois types :

(1) Des réunions dédiées à la gestion du pôle médical, réunissant des acteurs du pôle :

- Réunion de bureau de pôle : réunion hebdomadaire du pôle au cours de laquelle le chef de pôle, son adjoint, le cadre supérieur de santé et le cadre administratif se rencontrent pour traiter de toutes les problématiques relatives au pôle (activités des départements du pôle, développements des projets du pôle, conflits interpersonnels, etc.).
- Réunion de conseil de pôle : réunion dédiée à l'actualité du pôle (qualité, certification, patients traceur, activités du pôle). Le quatuor de pôle ainsi que tous les cadres de santé et les chefs de service sont présents.
- Réunion de gestion prévisionnelle d'activité individuelle : réunion organisée à l'initiative du cadre administratif avec chaque médecin du pôle pour établir ensemble la prévision de leur activité future. Cette réunion a lieu avant les réunions de gestion d'activité prévisionnelle avec les membres de la direction ;
- Réunion de staff de chirurgie : réunion hebdomadaire du service de chirurgie dédiée à la planification des opérations chirurgicales des semaines à venir ;

(2) Des réunions liées au dialogue de gestion et à la prévision d'activité du pôle réunissant des acteurs du pôle et de l'administration :

- Dialogue de gestion : réunion comptable trimestrielle à laquelle assistent le directeur financier, les contrôleurs de gestion en charge du pôle, le quatuor de pôle pour effectuer le suivi du contrat de gestion ;
- Réunion de gestion prévisionnelle d'activité : réunion qui se produit deux ou trois fois par an. Un rapport sur l'activité du pôle médical est établi sur la base des résultats de l'année précédente afin de prévoir l'activité future du pôle médical ;
- Réunion de contrat de pôle : réunion qui permet d'établir les objectifs contractualisés des différents services du pôle ;
- Réunion sur les marges discrétionnaires du pôle : réunion organisée à l'initiative d'un chef de département au sein du pôle et présidé par les contrôleurs de gestion. La réunion a pour but de comprendre les marges discrétionnaires des différents services du pôle ;

- Réunion de restructuration d'un service du pôle : réunion présidée par le directeur des RH qui annonce la restructuration et les remaniements liés aux ressources humaines dans le service ;
- Réunion liée au projet de dialyse ;

(3) Des réunions relatives à des problématiques plus larges que celles du pôle :

- Réunion du directoire : réunion rassemblant l'ensemble des chefs de pôle et des membres de la direction afin, entre autres, d'évaluer les projets de l'hôpital.
- Réunion de la CME : réunion rassemblant l'ensemble des chefs de pôle, chefs de service et représentants des internes ;
- Réunion d'encadrement : réunion dédiée à l'ensemble des cadres administratifs et cadres de santé de l'hôpital et présidée par les représentants de la direction de l'établissement. Une centaine d'acteurs sont présents et diverses problématiques dont des problématiques d'activité sont abordées.
- Réunion avec la direction des soins infirmiers ;
- Réunion avec la direction des systèmes d'information ;
- Réunion avec la direction des opérations et de la performance ;
- Comité de pilotage sur la comptabilité analytique : réunion présidée par le responsable de la comptabilité analytique d'exploitation hospitalière. La réunion a pour objectif de sensibiliser les différents professionnels à ce qu'est la comptabilité analytique.

1.1.6 Écrire pour se distancier

Nous avons suivi un principe pratique de prudence afin de ne pas porter de jugement positif sur ce qui nous plaisait ou négatif sur ce qui nous choquait durant l'observation de ces réunions. Cependant, la neutralité axiologique n'existant pas totalement pendant l'observation, nous avons suivi les recommandations selon lesquelles l'écriture aide à la prise de distance après-coup. Il est ainsi recommandé de noter les positions respectives des uns et des autres dans l'espace sous forme de schémas. Le schéma met l'accent sur les places et les relations spatiales. Les auteurs préconisent d'étaler devant soi et de commencer à noter :

- Le déroulement chronologique de l'évènement

- Le schéma des différentes places
- Ce que l'on a fait
- Ce qui nous a choqué ou plu
- Notre analyse (provisoire)

Il faut s'engager lors de l'événement et être détaché lors de la prise de notes. L'écriture possède ainsi un effet de distanciation après coup. C'est en effet ce processus d'écriture qui nous a permis de déplier certaines idées entremêlées qui n'arrivaient à s'articuler qu'en pensée seulement. Ce passage du langage interne au langage écrit nous a été utile pour élaborer l'analyse de nos observations et de nos résultats.

1.2 Les difficultés rencontrées

Cette plongée dans la gestion de l'hôpital s'est avérée simplifiée grâce au soutien de plusieurs acteurs dans notre travail de recherche qui sont, entre autres, le médecin qui nous a permis l'accès au pôle, le chef de pôle, le cadre administratif, le cadre de santé supérieur du pôle. Ces acteurs nous ont présenté aux divers acteurs du pôle et aux membres de la direction. Ils nous ont encore transmis les dates des réunions lorsque nous leur demandions. Ils nous ont aussi permis l'accès au bloc opératoire afin d'observer une opération chirurgicale. Ils nous ainsi accordé leur confiance rapidement.

Les difficultés rencontrées tiennent plutôt à l'analyse de ces nombreuses interactions qui ont révélé leur complexité. Elles tiennent ainsi au nombre important d'informations recueillies lors de ces réunions et aux problématiques diverses qui pouvaient y être traitées.

Notre méthodologie s'est appuyée sur une seconde source de données que nous détaillons ci-après : la réalisation de cinquante-et-un entretiens semi-directifs auprès de divers professionnels.

2. La réalisation des entretiens semi-directifs

2.1 Les objectifs de la réalisation des entretiens semi-directifs

L'entretien est une des méthodes qualitatives les plus courantes en sciences de gestion. Il existe cependant plusieurs formes d'entretiens (Wacheux, 1996) dont l'entretien directif, semi-

directif, non-directif et l'entretien de groupe. Ces différents types d'entretien correspondent à des objectifs différents pour le chercheur. Dans le cadre de l'entretien directif, celui-ci oriente l'acteur afin d'obtenir des réponses courtes et précises sur des éléments définis. Dans le cadre de l'entretien semi-directif, le chercheur oriente sans pour autant contrôler l'ensemble de l'entretien. Des thèmes peuvent émerger sans pour autant avoir été mentionnés ou prévus par le chercheur. L'implication des deux parties est donc partagée pour réorienter l'entretien, le recentrer ou au contraire produire des relances de précision. Dans le cadre de l'entretien non-directif, celui-ci se déroule davantage sur le modèle d'une conversation ouverte, libre et produite essentiellement par l'acteur sans contrôle du chercheur, qui peut tout de même intervenir pour recentrer ou reformuler. Enfin, l'entretien de groupe est une forme particulière en ce qu'elle s'intéresse aux interactions entre les acteurs lors de réunions de groupe prévues par le chercheur.

Nous avons opté pour l'entretien semi-directif dans la mesure où il nous a paru pertinent par rapport à nos objectifs de recherche. En effet, l'entretien individuel semi-directif favorise l'orientation de l'entretien autour de thèmes définis tout en recueillant des réponses allant au-delà de l'orientation donnée par le chercheur. Ainsi, celui-ci permet d'approfondir des thèmes tout en offrant l'opportunité d'explorer des éléments inattendus.

2.2 Les étapes de la réalisation des entretiens

2.2.1 La réalisation du guide d'entretien

Nous avons structuré le guide d'entretien autour de plusieurs grands thèmes :

- Les données sociodémographiques ;
- Les valeurs de la profession ;
- La reconnaissance institutionnelle ;
- Les relations professionnelles (tension, entente, conflit) ;
- Le processus d'obtention de projet ;
- L'usage réel des mesures de performance ;
- Les tensions existantes et les injustices ressenties en général.

Une première catégorie de questions visait à approfondir notre compréhension des valeurs plurielles en présence à l'hôpital en identifiant les valeurs mais également les éléments de

reconnaissance institutionnelle pour les différents corps professionnels. Nous avons demandé aux personnes interrogées de se présenter par rapport à leur parcours professionnel (nombre d'années au sein de l'organisation). Nous les avons ensuite questionnées sur leurs valeurs et les situations où elles pouvaient rencontrer des difficultés vis-à-vis de l'alignement avec ces valeurs. Nous avons orienté ensuite les questions autour du thème de la reconnaissance au sein de l'institution, ceci dans le but de capter les tensions qui pourraient potentiellement émerger.

Une seconde catégorie de questions ciblait plus spécifiquement les ententes ou les conflits existants entre différents corps professionnels à un niveau plus général que ceux liés à l'utilisation des mesures de performance. Ainsi, nous avons choisi d'aborder le thème des relations professionnelles avec des questions ouvertes sur comment se passent les relations avec l'administration, la hiérarchie directe, les médecins. Des questions de relance étaient utilisées de manière spontanée lorsque les acteurs présentaient des exemples de situation de conflit.

Une troisième catégorie de questions orientait ensuite l'entretien vers le thème du processus de demande et d'obtention des projets ainsi que les justifications associées à leur demande. En effet, dans l'observation préalable de terrain que nous avions pu faire, nous avions identifié que ce thème était source de tension et de conflit. Nous avons tenté de comprendre les enjeux liés à l'argumentaire lui-même ainsi qu'au processus décisionnel. Cela nous a permis entre autres de mettre en correspondance les valeurs susmentionnées au début de l'entretien avec l'argumentaire réalisé pour dialoguer avec l'administration.

Une quatrième catégorie de questions avait pour objectif de comprendre l'utilisation réelle des mesures de performance au quotidien. Pour ce faire, nous leur avons demandé de façon ouverte s'ils utilisaient et comment ils utilisaient des mesures de performance. Nous avons pu discerner à ce stade quel type de professionnel utilisait ou non les mesures de performance et était familier avec elles. Ainsi, nous avons cherché à recueillir leurs opinions sur les défis que génère l'utilisation de mesures de performance.

Une dernière catégorie de questions visait à approfondir notre compréhension des injustices ressenties au sein de l'institution sans les lier particulièrement avec l'utilisation des outils comptables. Cela nous a permis notamment de faire un nouveau travail d'identification des valeurs importantes des professionnels. Lorsque des thèmes liés à la performance ou à l'utilisation des outils comptables étaient soulevés, nous procédions à des questions de relance

dans le but de cerner toutes les dimensions de ces situations décrites. Nous présentons ces thèmes dans un tableau synthétique ci-après.

Tableau 19 - Les objectifs et les thèmes du guide d'entretien

Objectifs et acteurs	**Thèmes des entretiens et questions**
Objectifs : Quelles sont les valeurs des différents corps professionnels ? Quelles sont les critiques, tensions et injustices liées à l'utilisation des mesures de performance ? **Acteurs :** Médecins, chirurgiens PH et PUPH Cadres de santé Infirmier(e)s Aide-soignants Paramédicaux	Données sociodémographiques : Nombre d'années dans la fonction publique hospitalière Valeurs et conflits de valeur : Quelles sont vos missions ? Quelles sont les valeurs qui définissent votre métier en pratique ? Avez-vous des conflits de valeur dans des situations particulières ? Avez-vous un exemple ? Sentiment de reconnaissance : Qu'est-ce qui vous procure un sentiment de reconnaissance dans votre fonction ? Les relations avec les autres acteurs : Comment sont les relations avec la direction ? Avec votre hiérarchie directe ? Avec les médecins ? Les projets et les justifications pour obtenir des ressources : Quelles sont les ressources supplémentaires dont vous avez besoin ? Quels sont les arguments que vous mettez en avant pour obtenir ces ressources ? Avez-vous un exemple ? Quel est le processus d'obtention des projets ? Usage réel des outils comptables : Savez-vous si vous êtes-vous en diminution ou en augmentation de votre activité médicale dans votre service / dans le pôle ? Comment faites-vous pour gérer cela ? Utilisez-vous ou suivez-vous des mesures de performance ? Pouvez-vous me montrer comment vous les utilisez ? Qui autour de vous parle de ces indicateurs ? Cela génère-t-il des tensions ? Avez-vous un exemple ? Les injustices ressenties : Avez-vous le sentiment d'injustice parfois ? Si oui avez-vous un exemple d'une situation ?
Acteurs : Agents administratifs : cadre administratif, responsable du contrôle de gestion, responsable de la facturation, direction de l'opération et de la performance, direction de l'information médicale, etc.	Données sociodémographiques : Nombre d'années dans la fonction publique hospitalière Valeurs et conflits de valeur : Quelles sont vos missions ? Quelles sont les valeurs qui définissent votre métier en pratique ? Avez-vous des conflits de valeur dans des situations particulières ? Avez-vous un exemple ? Sentiment de reconnaissance : Qu'est-ce qui vous procure un sentiment de reconnaissance dans votre fonction ? Les relations avec les autres acteurs : Comment sont les relations avec la direction ? Avec votre hiérarchie directe ? Avec les médecins ? Les projets : Comment faites-vous pour ordonner les projets de l'hôpital ? Quel est le processus d'obtention des projets ? Usage réel des outils comptables : Suivez-vous des mesures de performance ? Si oui, quelles sont-elles? Pouvez-vous me montrer comment vous utilisez les tableaux de bord ? Comment cela intervient-il dans votre fonction ? Que signifie la performance hospitalière pour vous ? Les injustices ressenties : Avez-vous le sentiment d'injustice parfois ? Si oui avez-vous un exemple d'une situation ?

2.2.2 La constitution de l'échantillon des répondants

Le choix de l'échantillon renvoie à la question de la possibilité de produire une connaissance valide. Ainsi, le moment de l'échantillonnage est important puisqu'il représente l'ensemble des décisions sous-jacentes au choix de l'échantillon. Il s'agit ainsi non seulement de cibler l'objet d'étude mais également les personnes susceptibles de nous donner plusieurs angles d'approche de cet objet. Cette opération d'échantillonnage est évolutive lors du travail de terrain et vise à obtenir une certaine représentativité de l'ensemble des regards sur un ou plusieurs thèmes en particulier. Ainsi le caractère intentionnel du processus suppose que l'on choisisse qui approcher et dans quel but.

Nous avons d'abord choisi d'interroger les représentants du pôle médical afin de comprendre sa structure ainsi que ses problématiques. Nous avons à ce stade rencontré le cadre de santé supérieur, le cadre administratif du pôle, le médecin chef de pôle. Nous avons ensuite mené des entretiens avec cinq cadres de santé et cinq médecins. Également en contact durant les réunions avec les agents administratifs, représentants des différentes fonctions de direction, nous avons interrogé le directeur financier, le chef de cabinet du directeur général ainsi que le contrôleur de gestion en charge du pôle. Nous avons ensuite procédé à un échantillonnage qui se voulait représentatif du panel des professions présentes à l'hôpital public afin d'élargir notre analyse des premiers résultats. Nous présentons la composition de l'échantillon dans plusieurs tableaux ci-après.

Tableau 20 - Les entretiens semi-directifs des médecins

N°	Statut professionnel	Genre	Durée de l'entretien
1	Médecin chef de pole	H	41min
2	Médecin PUPH	F	1h29
3	Médecin PHPH	H	42min
4	Chirurgien PUPH	H	43min
5	Médecin PUPH	H	1h15
6	Chirurgien PUPH	H	1h53
7	Chirurgien PH	H	1h05
8	Médecin PH	H	1h38
9	Médecin PH	F	1h10
10	Médecin PH	H	32 min
11	Médecin PUPH chef de pôle	H	1h10 min
12	Chirurgien PH	H	1h48
13	Médecin PUPH Chef de la CME	H	54 min
14	Médecin PH	H	53 min

Tableau 21 - Les entretiens semi-directifs des cadres de santé

N°	Statut professionnel	Genre	Durée de l'entretien
1	Cadre supérieure de santé	F	2h12
2	Cadre de santé	F	1h28
3	Cadre de santé	F	1h27
4	Cadre de santé	H	53min
5	Cadre de santé	F	1h41
6	Cadre de santé	H	2h02
7	Cadre de santé	F	1h45
8	Cadre de santé	F	51min
9	Cadre de santé	F	59min
10	Cadre de santé	F	56min

Tableau 22 - Les entretiens semi-directifs des infirmiers

N°	Statut professionnel	Genre	Durée de l'entretien
1	Infirmière	F	44 min
2	Infirmière	F	35 min
3	Infirmière	F	34 min
4	Infirmière	F	47 min
5	Infirmière	F	31 min
6	Infirmier	H	35 min
7	Infirmière	F	40 min
8	Infirmière programmatrice	F	1h20

Tableau 23 - Les entretiens semi-directifs des aides-soignants

N°	Statut professionnel	Genre	Durée de l'entretien
1	Aide-soignant	F	56 min
2	Aide-soignant	F	26 min
3	Aide-soignant	F	44 min
4	Aide-soignant	H	27 min

Tableau 24 - Les entretiens semi-directifs des responsables et agents administratifs

N°	Statut professionnel	Genre	Durée de l'entretien
1	Directeur financier	H	1h37
2	Chef de cabinet du directeur général	F	46min
3	Responsable de la facturation	F	1h28
4	Directrice de l'information médicale (DIM)	F	1h11
5	Responsable du contrôle de gestion	F	1h05
6	Directrice des soins infirmiers (DSI)	F	1h37
7	Directrice de l'opération et de la performance (DOP)	F	1h36
8	Cadre administrative du pôle médical	F	1h41
9	Contrôleur de gestion	F	46min
10	Contrôleur de gestion	F	47min

Tableau 25 - Les entretiens semi-directifs des agents administratifs des services

N°	Statut professionnel	Genre	Durée de l'entretien
1	Secrétaire d'un service	F	43min
2	Secrétaire d'un service	F	1h21
3	Secrétaire d'un service	F	46min
4	Secrétaire d'un service	F	35min
5	Secrétaire d'un service	F	33min

2.2.3 La négociation des entretiens avec les acteurs

La prise de rendez-vous des entretiens s'est négociée en direct avec les acteurs de terrain. L'observation que nous avons pu faire au préalable nous a permis de nous faire connaître auprès d'un grand nombre de professionnels. Nous avons donc choisi d'aller à la rencontre de ces professionnels de manière spontanée afin de déterminer une date de rencontre ainsi que la durée et le lieu de l'entretien. Nous avons donc procédé service par service dans l'ensemble du pôle pour obtenir des rendez-vous à partir d'octobre 2018. Nous avons ainsi collecté cinquante-et-un entretiens semi-directifs. Tous les entretiens ont été menés en face à face à l'hôpital. Nous avons arrêté la collecte de données lorsque nous avons estimé que le seuil de saturation était atteint (Miles & Huberman, 1994). Ainsi, nous n'avons pas mené autant d'entretiens avec tous les corps professionnels - aides-soignants et secrétaires en particulier – car ces répondants étaient très peu familiers avec les problématiques liées à l'utilisation ou le suivi d'outils comptables. Nous avons donc arrêté la prise d'entretiens lorsque nous n'avions plus d'informations supplémentaires.

2.2.4 Le déroulé des entretiens

En introduction des entretiens, nous commencions par nous présenter en rappelant notre nom, notre université d'appartenance, notre discipline ainsi que les thèmes généraux de notre travail de recherche. Dans un second temps, nous définissions le cadre du déroulement de l'entretien. A ce titre, nous rappelions le caractère confidentiel et le traitement anonyme des données recueillies. Nous demandions alors le consentement oral des personnes interrogées pour enregistrer l'entretien en leur expliquant l'utilité de celui-ci vis-à-vis de la fidélité des propos émis. Dans un second temps, nous avons cherché à récupérer le consentement écrit en français et en anglais de l'ensemble des répondants. Les modèles du recueil de consentement en français et en anglais sont exposés en annexe 5 et 6. Une fois le consentement obtenu oralement, nous débutions l'enregistrement des entretiens.

Lors de l'entretien lui-même, nous prenions des notes détaillées. Ces notes nous ont permis de nous situer au niveau des thèmes de l'enregistrement et de noter les idées et les liens qui émergeaient lors de l'écoute. La longueur des entretiens a varié d'une vingtaine de minutes à deux heures, et ce, en fonction de la familiarité de nos répondants avec nos thèmes d'étude, du temps qu'ils avaient à nous accorder et du contenu de leurs réponses.

3. Les documents obtenus lors de notre collecte de données

Notre dernière source de données est celle issue des documents obtenus durant notre immersion sur le terrain. Ces documents ont été obtenus grâce aux relations de confiance nouées avec plusieurs acteurs au sein du pôle médical (cadre administratif, cadre supérieur de santé, cadres de santé) ainsi qu'avec des acteurs au sein de la direction (contrôleur de gestion, directeur financier). Ces documents peuvent être regroupés en plusieurs catégories : (1) notes de synthèse des projets du pôle médical ; (2) documents comptables et financiers ; (3) plans architecturaux ; (4) présentations PowerPoint des réunions auxquelles nous avons assisté ; (5) comptes rendus de réunions ; (6) documents juridiques ; (7) organigrammes.

Une première catégorie de documents avait pour but d'approfondir notre compréhension des projets du pôle médical dans lequel nous étions en observation. Nous avons à ce titre demandé aux personnes en charge – le cadre administratif et le cadre supérieur de santé – de nous fournir, s'ils le voulaient, les documents relatifs aux différents projets du pôle. Ces documents nous ont permis de retracer l'historique de la négociation des projets médicaux avant notre arrivée sur le terrain. Ceux-ci nous ont permis également de mieux comprendre la manière dont les évaluations médico-économiques sont menées à l'hôpital pour décider de la pertinence ou non des projets. Elles nous ont servi encore à comprendre le lien entre mesures de performance, recettes, dépenses et quantification des besoins en termes de moyens matériels, humains et financiers pour le développement de ces projets. Les notes de synthèse sont structurées autour de plusieurs grands thèmes. Tout d'abord, elles retracent les objectifs du projet ainsi que la situation actuelle du service concerné. Ensuite, elles présentent l'analyse descriptive de l'activité avec le détail de l'évolution du nombre d'actes effectués pendant une période donnée. Ensuite, elles illustrent l'activité prévisionnelle sur la base de l'hypothèse de l'obtention des moyens pour le projet (par exemple, avec l'extension des capacités du service) et présentent une étude de l'impact de ces transformations sur les services. Enfin, elles se concluent avec des éléments d'évaluation économique du projet ;

Une seconde catégorie de documents visait plus spécifiquement les aspects comptables et financiers. A ce titre, nous avons pu avoir accès aux contrats de gestion du pôle ainsi qu'à des tableaux comptables (tableaux sur les marges discrétionnaires par exemple).

Une troisième catégorie de documents ciblait les plans architecturaux étudiés lors de l'évaluation de la faisabilité des projets, notamment lors de la venue de l'architecte et de l'étude des locaux.

Une quatrième catégorie de documents correspond aux présentations PowerPoint de certaines réunions auxquelles nous avons pu assister et ce, dans le but de garder en mémoire les objectifs des réunions dans lesquelles des mesures de performance étaient affichées. Nous avons ainsi obtenu, entre autres, les présentations des réunions suivantes : réunion de dialogue de gestion d'octobre 2018, réunion du conseil de pôle de décembre 2018, réunion du contrat de pôle de février 2019, réunion de suivi d'activité d'octobre 2019 ainsi que de celle de la réunion de contrat de pôle de mars 2020.

Une cinquième catégorie de documents visait également à garder en mémoire les informations que nous avons pu collecter puisqu'il s'agit des comptes rendus de certaines réunions observées. Ainsi, le compte rendu de ces réunions nous a permis de voir l'évolution des sujets abordés en lien en particulier avec les projets.

Une sixième catégorie moins importante que les précédentes, correspond aux documents juridiques que certains professionnels ont tenu à nous envoyer, comme par exemple, la circulaire frontière de 2010.

Enfin, la dernière catégorie de documents que nous avons obtenus est celle des organigrammes : organigramme de la direction du CHU, organigramme des différents pôles du CHU, organigramme du pôle sélectionné avec les différents services.

Conclusion de la section 1

Nous avons, au cours de cette première section, présenté les différentes sources constitutives de notre processus de collecte de données.

En premier lieu, nous avons mis en évidence le choix de la méthode d'observation ethnographique. Nous avons ainsi détaillé les étapes clés relatives à la préparation préalable à l'entrée sur le terrain et la venue elle-même.

En second lieu, nous avons éclairé notre processus de collecte des entretiens semi-directifs. Nous avons à ce titre détaillé la création du guide d'entretien avec les différents thèmes abordés, la constitution de l'échantillon des répondants ainsi que la réalisation des entretiens.

Enfin, nous avons présenté les différents documents obtenus lors de ce processus de collecte de données.

Ces choix de collecte ont été justifiés au regard de la question de recherche et des objectifs de l'étude. La diversité de nos sources de données nous ont ainsi permis de trianguler nos données et de renforcer la fiabilité de nos résultats.

Section 2 : Les procédés d'analyse des données

Dans cette seconde section, nous développons les étapes que nous avons suivies lors de notre travail d'analyse des données. Pour ce faire, nous passons en revue les procédés méthodologiques en termes de codage des données.

Ainsi, nous identifions trois étapes : (1) l'attention flottante ; (2) le codage inductif ; (3) les étapes du codage dans l'opérationnalisation du cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991).

Dans le travail d'analyse propre au cadre théorique, nous avons également identifié quatre étapes : (1) le codage des « *mondes* » ; (2) l'identification des épreuves de grandeur en situation ; (3) l'analyse de ces épreuves à travers le procédé de narration chronologique descriptive prescrit par Mailhot & Langley (2017) ; (4) l'analyse des critiques émises dans les entretiens semi-directifs.

Ainsi, cette seconde section vise à garantir la validité du processus d'analyse ainsi qu'à assurer la potentielle reproductibilité de notre méthodologie. A cet égard, nous proposons une grille d'analyse synthétique des étapes de codages permettant l'opérationnalisation du cadre théorique au niveau micro afin d'en encourager la reproductibilité.

1. L'attention flottante et le codage inductif

Dans le traitement de nos données, nous avons procédé à plusieurs étapes de codage. Nous avons opté dans un premier temps pour deux méthodes préconisées dans la littérature : l'attention flottante et le codage inductif (Dumez, 2016, p.69). Nous avons ensuite lié ce codage à la littérature et ainsi choisi un cadre théorique. Nous avons ensuite procédé à une nouvelle analyse de nos données en effectuant une lecture et un codage déductif en appui sur la grammaire des mondes de Boltanski & Thévenot (1991).

1.1 L'attention flottante

La première méthode que nous avons suivie est celle de l'attention flottante. Cette approche suppose de suspendre dans un premier temps la recherche du détail pour considérer plutôt le matériau dans son ensemble. Il s'agit donc de privilégier la lecture de manière ouverte en s'interdisant de s'attarder sur telle ou telle partie. Il est alors préconisé de tout lire, de manière continue, en s'interdisant de prendre aucune note, de souligner quoi que ce soit ou de fixer son attention sur quelque élément que ce soit afin que les thèmes émergent doucement (Dumez, 2016, p.70).

1.2 Le codage inductif

Dans un second temps, nous avons procédé à un codage inductif. Il s'agit de mener un traitement du matériau absolument indépendant des cadres théoriques (Dumez, 2016, p.71). La première étape de la méthode consiste donc à découper en unités de sens tout le matériau. Les unités peuvent être des phrases et même des mots. La deuxième étape consiste à associer à chacune des unités de sens une phrase ou un paragraphe qui en explique l'essence. La troisième est la réduction du code, en un mot ou une étiquette. La quatrième est la réduction du nombre d'étiquettes pour identifier des concepts centraux. La cinquième est la recherche de relations entre les concepts (Dumez, 2016, p.71).

Lors de la phase de codage inductif, nous avons codé des nœuds relatifs à des conflits de valeur, des tensions, des contradictions. Ces tensions se sont exprimées de telle façon que des disputes ont éclaté durant nos temps d'observation révélant par-là les visions plurielles et concurrentes existantes au sein de l'organisation. Dès lors, nous nous sommes penchés sur la littérature

relative aux tensions afin de confronter ces codes aux cadres théoriques de la littérature. Nous avons orienté nos lectures sur la théorie de la sociologie pragmatique qui nous est apparue pertinente.

2. Les étapes du codage dans l'opérationnalisation du cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991)

Nous avons identifié que le cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991) permet d'identifier des ordres de grandeur à plusieurs niveaux : au niveau de l'organisation, au niveau des professions et au niveau des justifications. En raison de cette complexité, nous avons procédé à son opérationnalisation en plusieurs étapes. Nous commençons par présenter brièvement l'ensemble de ces étapes avant de les définir plus en détails dans les sous-parties suivantes.

Dans un premier temps, nous avons codé notre matériau empirique à l'aide de la grille d'analyse des mondes de Boltanski & Thévenot (1991) afin de caractériser les mondes présents au sein de l'hôpital public au niveau de l'organisation et au niveau des professions. Cette étape descriptive visait à donner à voir le pluralisme des ordres de grandeur en présence au sein des hôpitaux.

Dans un second temps, nous avons qualifié les modalités plurielles d'utilisation des mesures de performance et nous les avons rattachées aux principes des mondes en nous appuyant sur l'analyse de la littérature que nous avions réalisée sur les outils comptables dans la première partie de ce travail doctoral. Cette étape a eu pour fonction de comprendre en quoi l'utilisation des mesures de performance ne relèvent pas d'un monde unique mais peut être liée à plusieurs mondes en fonction de leur utilisation.

En troisième temps, nous avons identifié des épreuves de grandeur en situation[33] et nous les avons rattachées à des unités d'analyse temporelles plus larges : la négociation des projets.

---

[33] Pour rappel, une épreuve de grandeur désigne un moment au cours duquel plusieurs acteurs sont contraints de prendre position pour ce qu'ils considèrent être juste et de s'engager dans un débat de contestation qui porte sur la factualité des éléments qui ont été engagés pour établir les grandeurs. La notion d'épreuve permet d'articuler l'idéal de justice que défendent les acteurs en situation de dispute où cet idéal est mis à mal ; il s'agit ainsi d'une épreuve de légitimité morale.

Nous avons alors réalisé l'analyse des épreuves de grandeur identifiées à partir du procédé des narrations chronologiques descriptives prescrit par Mailhot & Langley (2017) afin d'étudier l'évolution des épreuves de grandeur dans le temps. Cette étape nous a permis de décrire les tensions et le compromis entre divers acteurs et ainsi de saisir les mécanismes sous-jacents à la dynamique de compromis entre médecins et administratifs. Cette étape a été également décisive dans l'analyse de la cristallisation des tensions autour d'objets devenus des « *objets de tension* » pour divers acteurs au cœur des soins.

Enfin, à partir des entretiens semi-directifs de nos répondants, nous avons procédé à l'analyse des critiques liées à l'utilisation des mesures de performance et aux principes des mondes industriel et marchand.

Ces différents niveaux d'unité nous offrent en effet différents prismes pour appréhender la question du juste et de l'injuste liée à l'utilisation des mesures de performance dans le contexte de l'hôpital public. Ceux-ci nous permettent de déployer une vision large de la cristallisation des tensions entre les mondes autour de l'utilisation de ces outils. Ils nous offrent encore l'opportunité d'explorer la nature dynamique des tensions et des compromis à travers l'analyse des narrations chronologiques descriptives.

2.1.1 Le codage des « mondes » ou « ordres de grandeur » de Boltanski & Thévenot (1991)

Dans l'étude des différents « *mondes* » ou « *ordres de grandeur* », nous avons établi des codes pour chacun des mondes de Boltanski & Thévenot (1991). La liste de nos codes des mondes est représentée dans le tableau ci-après. Notre analyse des modalités d'utilisation des mesures de performance est présentée directement dans la partie des résultats.

Tableau 26 - Exemple des mondes dans nos données

Codes	**Données représentatives**
Monde civique	*« Le service public hospitalier fait partie des fonctions parmi l'enseignement les plus utiles de la société ; la question de l'attention aux autres, question de mission de soin, la caractéristique du service public dans son accueil indiscriminé, on est l'un des rares pays au monde à bénéficier de ça. ». Directeur*
Monde industriel	*« On est vraiment dans une logique d'usine, logique d'entreprise de production. ». Cadre de santé*
Monde marchand	*« Ce qu'on demande aux chirurgiens, on demande à l'hôpital d'être rentable. ». Cadre de santé*
Monde domestique	*« Dans un système hospitalo-universitaire, il y a une hiérarchie. C'est l'universitaire qui est responsable d'un département, qui est chef de pôle. ». Médecin chef de pôle*
Monde inspiré	*« Ça nous transcende car finalement notre action est une partie d'un tout plus collectif, il faut rester modeste là-dessus. » Directeur.*
Monde de l'opinion	*« On se développe tellement vite en transplantation et la transplantation est la priorité et la gestion des maladies en amont. Ça représente pour quoi on va être connu, pour quoi on est connu. ». Chirurgien*
Monde par projets	*« C'est une dynamique qui est ancrée au sein de l'institution depuis un moment (...) de mettre en place des projets, de les présenter et d'avoir un positionnement. ». Chef de cabinet du directeur général*

2.1.2 Le codage des épreuves de grandeur et leur analyse à partir d'un procédé de narrations chronologiques descriptives

La notion d'épreuve de grandeur est centrale dans le vocabulaire de Boltanski & Thévenot (1991). Afin d'analyser des épreuves de grandeur en situation, nous avons choisi d'observer directement l'émergence de disputes entre plusieurs acteurs caractérisées par un ensemble de critiques et de justifications et l'émergence éventuelle de compromis. Cette entreprise de justification publique implique donc la présence de plusieurs acteurs.

Nous avons ensuite suivi les préconisations de la littérature pour analyser les différentes épreuves de grandeur en établissant des narrations chronologiques descriptives (Langley, 1999; Mailhot & Langley, 2017). Ce faisant, nous avons examiné de près les disputes, en examinant l'historique du pôle médical et en analysant les différents acteurs et objets impliqués dans les moments de disputes et de compromis. Au cours de cette analyse, nous avons examiné les ordres de grandeurs en jeu invoqués par chacun des acteurs dans leur travail de justification et de critique (Mailhot & Langley, 2017).

L'observation suppose des choix conscients de délimitation afin de constituer des unités de sens. Cette partie de l'analyse suppose donc une interprétation d'unités temporelles comme étant le tissu des dynamiques de tensions et de compromis. A cet égard, les négociations des projets ont constitué des chronologies intéressantes car celles-ci durent pendant plusieurs années, depuis la présentation du projet à son évaluation médico-économique et enfin à l'étude de sa possible matérialisation et de sa mise en place. Elles représentent des chronologies

narratives pertinentes dans le cadre de notre analyse dans la mesure où elles impliquent différentes modalités d'évaluation par différents acteurs. Cette étape d'analyse nous a permis de retranscrire une grande partie des dynamiques de tensions et de compromis entre divers acteurs. Cependant, la limite de cette analyse est qu'elle ne permet pas de prétendre à une quelconque exhaustivité de la retranscription de tous les évènements qui composent ces dynamiques.

Nous avons constitué une grille d'analyse simplifiée et synthétique des dynamiques de tensions et de compromis afin de faciliter la reproductibilité de cette étude par d'autres chercheurs. Celle-ci est illustrée dans le tableau ci-après.

Tableau 27 – Constitution d'une grille d'analyse des dynamiques de tensions et de compromis à partir du cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991)

Cette grille ne se veut pas exhaustive mais se veut un instrument méthodologique d'analyse chronologique d'une unité de sens (controverse, projet). Elle permet de mener pas à pas l'évaluation des débats qui surgissent entre divers acteurs. Elle constitue un moyen pour adopter une lecture critique et pour appréhender les répercussions pratiques des ordres de grandeur chez les acteurs. Cependant, notons que cette méthode a des limites puisque la situation réelle est toujours distanciée de l'analyse finale qui en est faite.

1. La sélection d'une unité de sens adéquate à l'analyse des tensions et des compromis (projets, controverses, processus de conception d'outils, etc.).

2. L'identification des épreuves de grandeur au cours de cette unité d'analyse :

   1.1 Décrire la situation en nommant les acteurs et en précisant les relations réciproques entre ces acteurs. La forme schématique peut être privilégiée pour la visualisation. Tenter de dévoiler le plus précisément possible les relations professionnelles mais également informelles entre ces acteurs.

   1.2 Identifier l'épreuve ou les épreuves de grandeur qui composent la chronologie du ou des projets au cours du temps. Décrire cette ou ces épreuves de grandeur. Sur quoi portent-t-elles ? Qu'est-ce qui oppose les acteurs ? Quelles sont les critiques et les justifications que les acteurs convoquent tour à tour ? Où réside le problème ? Qu'est-ce qui fait la complexité de cette situation particulière au regard des principes d'action dans lesquels les acteurs évoluent mais également au regard des principes qu'ils convoquent à titre de justification dans cette situation particulière ?

2. L'analyse des diverses situations :

   2.1 Où, quand, comment, qui et pourquoi ?

   Qui sont les acteurs présents lors de chaque dispute ? Combien sont-ils ? Est-ce un groupe ? Les justifications changent-elles en fonction de l'audience ?

   2.2 Les conséquences de l'action

   Quelles sont les conséquences, directes ou indirectes, à court, moyen et long terme des tensions mais également des compromis entre les acteurs ?

3. La qualification des mondes à différents niveaux d'analyse : au niveau de l'organisation, des professions et dans les justifications :

   3.1 A quels ordres de grandeur les acteurs font-ils référence dans leurs critiques et leurs justifications ? Convoquent-ils des ordres de grandeur propres à leurs mondes de référence ?

   Préciser les champs d'appartenance de chacun des acteurs à un ou plusieurs ordres de grandeurs et dévoiler les enjeux sous-jacents au développement du projet. Préciser les ordres de grandeur que les acteurs utilisent pour justifier leur régime d'action.

   3.2 Distinguer les compromis des arrangements : les acteurs poursuivent-ils un but précis, dévoilé ou un but inavoué ? Quelles sont les intentions clairement exprimées et éventuellement celles qui sont non exprimées ?

4. Les conclusions de l'analyse :

   4.1 Peut-on tirer des conclusions sur la dynamique de tensions ? Peut-on tirer des conclusions sur la dynamique des compromis ?

   Peut-on théoriser à partir de cette étude ?

   Peut-on tirer des enseignements pour la pratique ?

2.1.3 Le codage des critiques dans les entretiens semi-directifs

La notion de critique est également majeure dans le cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991). Si nous avons étudié cette unité d'analyse lors des interactions entre les acteurs, nous avons également eu recours aux entretiens semi-directifs pour approfondir notre compréhension des tensions entre les mondes au sein des hôpitaux publics. Ainsi, les critiques émises sur l'action juste à mener du point de vue de différents corps professionnels nous ont donné à voir les points de cristallisation des tensions qui pouvaient en outre surgir lors des interactions entre les divers acteurs. Dès lors, l'analyse des critiques nous a permis de repérer la répétition de ces formes de critique par divers acteurs. A ce titre, nous avons suivi la présentation de l'analyse des critiques de l'étude en marketing de El Euch Maalej & Roux (2012).

De plus, l'analyse des critiques émises durant les entretiens semi-directifs nous a permis de compléter nos observations par le récit des sujets ayant participé activement ou passivement aux épreuves de grandeur lorsque nous n'étions pas présents. Nous avons par-là croisé les interprétations de différents acteurs avec nos propres observations. Ce niveau d'analyse s'est révélé utile pour déchiffrer les critiques de ce qui est perçu comme juste et injuste par les professionnels. Nous présentons dans le tableau ci-après des exemples de critiques au sein des mondes et entre les mondes. L'ensemble de l'analyse et des tableaux illustratifs des critiques est présenté dans le chapitre des résultats.

Tableau 28 - Exemples de critiques au sein des mondes et entre les mondes

Codes	**Données représentatives**	**Difficultés d'interprétation**
Critique-intra-industriel	*« On essaye que le patient soit au cœur mais des fois, on est tellement dans la production je pense que des fois on oublie le patient, ou en tout cas ce n'est pas qu'on l'oublie mais on ne l'accueille pas comme on devrait l'accueillir. » Cadre de santé*	
Critique-industriel-vers-civique	*« Prenons l'exemple de la dialyse, l'établissement devrait être soudé derrière le fait que l'on dialyse dans des conditions tout à fait irresponsables, hors norme de sécurité, avec des besoins clairs où là effectivement la logique serait de dire évidemment l'établissement ne peut pas faire autrement que prendre en considération ce problème. On va mettre une équipe avec vous tout de suite pour voir comment on résout ce problème. Après ça me semble irresponsable. Ça me semble quasiment irresponsable, irresponsable. Quand je dis irresponsable, je n'ai pas d'attaque personnelle, je ne désigne personne mais le système et la structure font qu'il y a des décisions irresponsables qui sont prises ou des non-décisions. L'administration comme les grosses entreprises. » Médecin*	
Critique-industriel/domestique-vers-opinion	*« La fonction de soin au malade est une fonction dévalorisée (…) La recherche de reconnaissance est une caractéristique assez humaine mais passe peut-être plus par le soin au malade. » Médecin chef de pôle*	*Ici la fonction de soin peut être entendue sous son aspect technique (industriel) ou sous son aspect relationnel (domestique).*

Conclusion de la section 2

Dans cette deuxième section de notre chapitre dédié à la description de nos procédés de collecte et d'analyse des données, nous avons procédé au détail des étapes constitutives de notre travail d'analyse. Celui-ci ne s'est pas fait de manière linéaire mais plutôt par phases successives, comme des lames de fond qui sont venues creuser un peu plus le sens de ce que nous avions observé sur le terrain. Cependant, même si nous avons suivi les préconisations selon lesquelles la recherche qualitative suppose d'embrasser le processus plutôt que de le planifier, nous avons souhaité donner à voir les étapes permettant la reproductibilité de notre travail.

Ainsi, nous avons exposé les différentes étapes de codage de notre matériau. Nous avons identifié trois étapes : (1) l'attention flottante ; (2) le codage inductif ; (3) les étapes du codage dans l'opérationnalisation du cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991).

Dans cette dernière étape, nous avons identifié quatre étapes : (1) le codage des « *mondes* » ; (2) l'identification des épreuves de grandeur en situation ; (3) l'analyse de ces épreuves à travers le procédé de narration chronologique descriptive prescrit par Mailhot & Langley (2017) ; (4) l'analyse des critiques émises dans les entretiens semi-directifs.

A ce titre, nous avons réalisé une grille d'analyse simplifiée et synthétique afin d'encourager la reproductibilité de l'opérationnalisation du cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991) au niveau micro.

Conclusion du chapitre 4

Ce dernier chapitre de notre partie dédiée à la présentation de notre méthodologie de recherche est un ancrage permettant de relier notre travail de revue de littérature et d'élaboration de nos questions de recherche à notre entreprise de choix méthodologiques - choix auxquels nous avons apporté un positionnement spécifique assurant la cohérence de notre étude.

Dès lors, nous avons procédé au dépliage des différents procédés mis en œuvre dans la réalisation de notre collecte et de notre analyse des données.

Nous avons présenté, dans la première section, les trois types de sources constitutives de notre collecte de données : (1) une immersion ethnographique allant de septembre 2018 à mars 2020 dans un pôle médical d'un hôpital public français, (2) cinquante-et-un entretiens semi-directifs avec différents professionnels à divers niveaux hiérarchiques et (3) des documents que nous ont donnés divers acteurs de l'hôpital.

Nous avons ensuite rendu explicite, dans la deuxième section, notre processus d'analyse des données en présentant nos étapes de codages et nos procédés d'opérationnalisation du cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991). Nous avons à ce titre réalisé une grille d'analyse simplifiée pour opérationnaliser ce cadre théorique.

Conclusion de la partie 2

La première partie de ce travail doctoral nous a permis d'identifier des manques dans la littérature en contrôle et d'amorcer une réflexion autour d'une question de recherche élaborée en « *comment* ». L'objectif de notre étude étant d'apporter une compréhension approfondie de phénomènes complexes observés en situation, nous avons présenté, au cours de cette deuxième partie, notre positionnement épistémologique interprétativiste. Ce premier temps d'analyse nous a conduit à donner à voir le design de notre recherche.

Ainsi, nous avions débuté ce chapitre en posant les interrogations suivantes : « *Qu'est-ce que la connaissance ? Comment est-elle élaborée ? Comment justifier le caractère valable d'une connaissance ? »* (Gavard-Perret *et al.*, 2012, p.13). Ces questionnements préliminaires nous ont mené au seuil des hypothèses fondatrices et des justifications permettant d'assurer la validité des connaissances que nous allons élaborer dans la troisième partie de ce travail de recherche.

A ce titre, nous avons exposé dans le premier chapitre de cette deuxième partie les justifications soutenant notre positionnement épistémologique, le choix de la méthodologie qualitative ainsi que celui de l'étude de cas unique.

Nous avons ensuite, dans un second chapitre, présenter nos procédés de collecte et d'analyse des données.

Cette deuxième partie conclut donc la partie propre à la description de notre méthodologie de recherche et amorce une partie centrale de notre travail doctoral : la présentation de nos résultats de recherche.

Partie 3 : Les résultats de la recherche

La prise en charge des patients met en lien des acteurs qui relèvent de trois types : des acteurs médicaux, d'une part, qui décident de la prise en charge et qui ont une vision du soin à travers le prisme de leur domaine de spécialité, et ce, a fortiori entre médecins et chirurgiens ; d'autre part, des acteurs paramédicaux (cadres supérieurs et cadres de santé, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, psychologues, diététiciens, etc.) attachés aux intérêts du patient à travers son parcours et sa prise en charge globale; des acteurs administratifs, enfin, qui, pour maximiser les bénéfices de l'hôpital, voient dans les prises en charge et dans la codification des actes associés, une recette pour l'organisation. Ces acteurs aux valeurs plurielles, nous allons le voir, entrent en discussion afin de trouver des compromis sur l'action « *juste* » à mener.

La Partie 3 se compose de deux chapitres de résultats.

Dans le **Chapitre 5** « *Le rôle des mesures de performance dans la mise en tension des mondes pluriels à l'hôpital public* », nous présentons le pluralisme des ordres de grandeur qui gravitent autour de la prise en charge des patients. Nous analysons comment les objets, tels que les lits d'hospitalisation mettent les acteurs en tension en raison de la logique comptable mue par les indicateurs de performance.

Dans le **Chapitre 6** « *Le rôle des mesures de performance dans l'émergence de compromis entre des mondes pluriels à l'hôpital public* », nous examinons une unité d'analyse spécifique que sont les projets avec des descriptions chronologiques et ce, afin d'exposer les affrontements qui opposent les acteurs en situation ainsi que le travail de justification et de critique. Cela nous permettra de mettre en lumière, entre autres, comment les indicateurs de performance sont mobilisés par les divers acteurs lors de ces disputes, si ceux-ci sont invoqués pour élaborer des compromis ou bien s'ils provoquent au contraire l'opposition marquée.

Chapitre 5 : Le rôle des mesures de performance dans l'émergence de dynamiques de tensions à l'hôpital public

L'hôpital public, recouvre, semble-t-il, une convergence de visions autour d'un principe commun supérieur qui est celui de l'accès à une prise en charge sans discrimination. A ce titre, l'hôpital public permet de tendre collectivement vers une mission relevant de la défense d'un bien commun : contribuer à la santé pour le plus grand nombre, sans distinction. L'accès aux soins pour tous, ainsi élevé au rang de justification du bien commun cristallise malgré cela des principes pluriels d'évaluation, des « *ordres de grandeur* » ou des « *mondes* » selon le vocabulaire du prisme analytique de Boltanski & Thévenot (1991).

Dans la **Section 1**, nous entreprenons de caractériser l'hôpital public à travers le cadre théorique des ordres de grandeur de Boltanski & Thévenot (1991). Au cœur de cette caractérisation, nous mettons en exergue le pluralisme des mondes et des principes d'évaluation présents à l'hôpital public.

Dans la **Section 2**, nous présentons les mesures de performance retenues dans notre analyse et leurs modalités plurielles d'utilisation. Nous détaillons ensuite les répertoires des critiques liées à ces modalités d'utilisation et nous montrons comment celles-ci mettent en tension les différents mondes que nous aurons détaillés dans la première section. Nous analysons enfin, comment ces tensions se cristallisent sur des objets tels que les lits d'hospitalisation, le temps ou encore, l'espace.

A cet égard, ce premier chapitre de résultats nous permettra une analyse approfondie des critiques et des tensions induites par les modalités plurielles d'utilisation des mesures de performance à l'hôpital public français. Il nous conduira ainsi vers un second chapitre de résultats qui questionnera alors la dynamique de compromis entre différents groupes d'acteurs autour de l'utilisation de ces mesures.

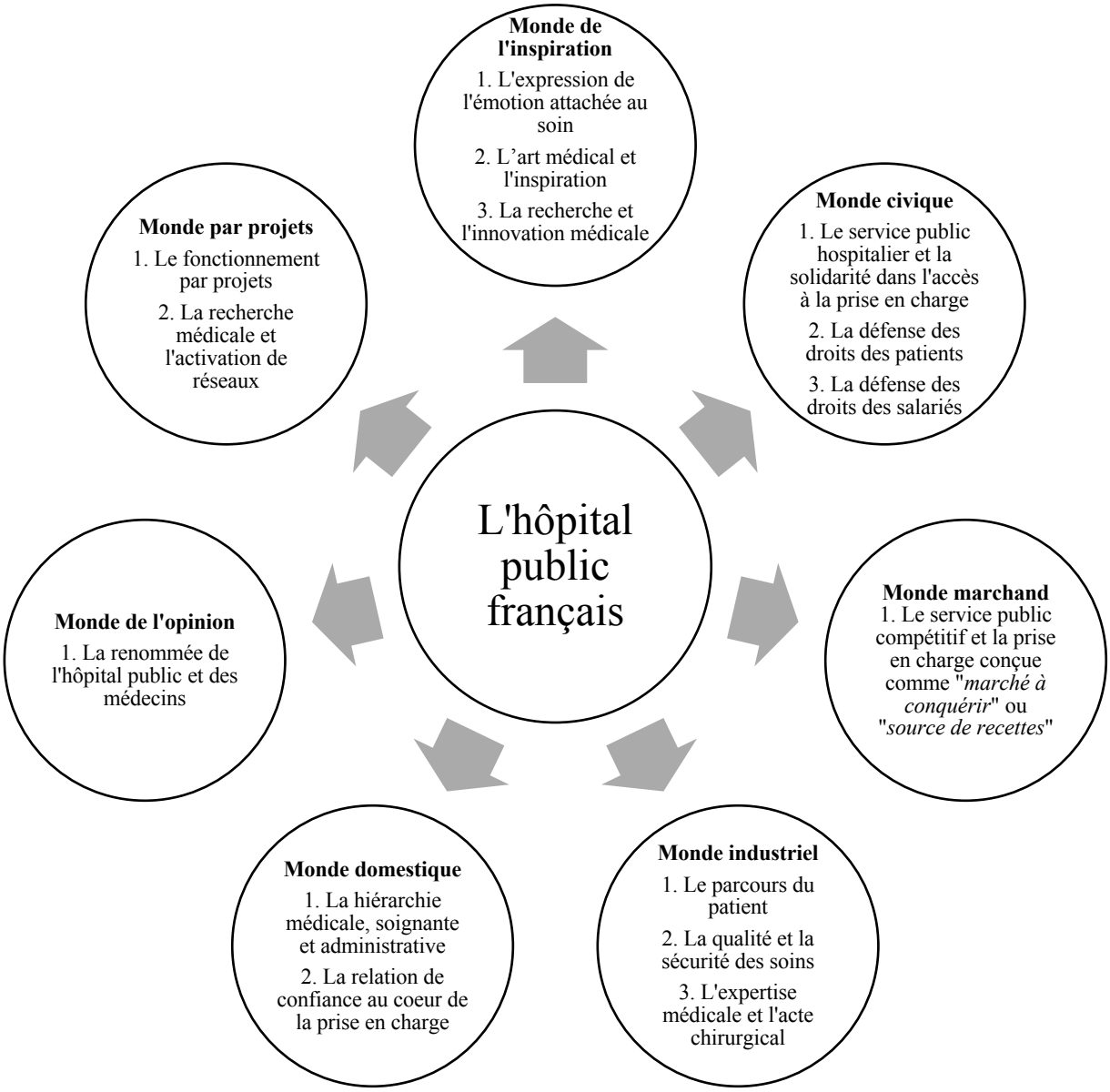
Section 1 : L'hôpital public caractérisé à travers le prisme de Boltanski & Thévenot (1991) : analyse du pluralisme des mondes et des principes d'évaluation

Dans cette première section de notre premier chapitre de résultats, nous caractérisons l'hôpital public français à travers le prisme d'analyse des mondes de Boltanski & Thévenot (1991). Cette présentation descriptive constitue le socle de la suite de nos analyses afin que le lecteur puisse embrasser le pluralisme des « *mondes* » ou « *ordres de grandeur* » présents au sein de l'hôpital public. Elle permet également, dans une perspective compréhensive, de développer les enjeux multiples liés aux différents principes d'évaluation diffus dans le quotidien des acteurs, qu'ils soient acteurs de soin ou acteurs administratifs.

Ainsi, au cœur de cette caractérisation, nous nous sommes appuyés sur la grammaire de Boltanski & Thévenot (1991) afin de coder nos entretiens et nos récits d'observations.

Nous ne mettons pas encore en lumière les tensions induites par les modalités plurielles d'utilisation des mesures de performance. Cette entreprise ne sera proposée que dans un second temps, dans une seconde section de ce chapitre.

Figure 3 – Modélisation des mondes présents à l'hôpital public français à travers le prisme analytique de Boltanski & Thévenot (1991)[34]



[34] Nous avons choisi de ne pas faire apparaître le monde vert dans cette modélisation en raison de l'absence de celui-ci dans les verbatims que nous avons recueillis et les observations que nous avons faites. Cependant, nous n'excluons pas que celui-ci puisse être présent à l'hôpital public.

1. Les figures engageant le monde de l'inspiration à l'hôpital public

A bien des égards, l'ordre de grandeur de l'inspiration est présent à l'hôpital public. Nous en présentons trois figures complémentaires : (1) l'expression de l'émotion attachée au soin ; (2) l'art médical et l'inspiration ; (3) la recherche et l'innovation médicale.

1.1 Première figure engageant le monde de l'inspiration : l'expression de l'émotion attachée au soin

La première figure que nous avons associée au monde de l'inspiration à l'hôpital public est celle de l'expression de l'émotion attachée au soin. Ces épreuves intérieures, peu ou pas objectivables, sont le signe d'un ordre de grandeur inspiré. Ces états intérieurs peuvent se traduire par la vocation de se mettre au service de, d'être transcendé par la mission de soin.

L'état de grand est caractérisé par cet accueil de « *l'insolite* », du « *mystérieux* », de « *l'indicible* », de « *l'innommable* » que peut représenter la rencontre avec la maladie ou la mort. La vocation de soin, pouvant aller jusqu'au dévouement, se manifeste ainsi par des attitudes telles qu'un « *état de disponibilité* », un « *état d'ouverture* », « *une attitude d'accueil* » envers le patient.

Les attributs de l'état de grand sont à ce titre des états intérieurs. En effet, dans le monde de l'inspiration, « *les personnes peuvent être plus ou moins grandes en tant qu'elles sont toutes susceptibles de connaître le jaillissement de l'inspiration et d'accéder ainsi à la perfection et au bonheur.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p. 200).

> *« Quand j'ai choisi de faire le métier d'infirmière, moi ce que j'aime c'est essayer de changer des petits détails dans la vie des gens. Au début je me suis plutôt orientée vers le handicap. J'ai retrouvé ça dans les maladies chroniques. Essayer de voir avec les patients ce qu'on peut améliorer, que ce soit la technique, ou une organisation différente, ou exprimer leur vécu parce que parfois ils n'arrivent pas à exprimer avec leur proche leur vécu. Déjà avoir une oreille, ça fait juste du bien. Je vais faire ça après : la dame que j'ai vue tout à l'heure, je vais la revoir pour discuter avec elle et savoir pourquoi son diabète s'est déséquilibré. ». Infirmière*

Les objets et les dispositifs qui équipent cette première figure peuvent être la chambre du malade, « *le lit et son chevet* » où « *les confessions s'établissent* ». Dans cette grandeur, « *le temps consacré au soin* » est ainsi fortement valorisé dans la mesure où il permet l'accès à ces états de disponibilité en relation avec le patient. La temporalité de la rencontre singulière avec celui-ci exige de la « *créativité* ».

La formule d'investissement qui permet l'accès à la grandeur est celui de l'investissement en temps, don de soi, énergie pour se consacrer « *entièrement* » à la prise en charge, avec une « *quasi-dévotion* », et une « *ouverture à l'autre* ».

A cet égard, le bien commun auquel cette grandeur contribue est l'amélioration de la prise en charge du patient du point de vue d'une relation dont la prise en compte des affects participe à l'essence du soin. Les relations entre les êtres sont soutenues par des « *rapports d'affectivité* », « *chaleureux* » créés par les dispositions, attitudes et qualités humaines propres à cette grandeur.

Les êtres à l'état de petit dans ce monde sont définis par référence à la « *froideur* » dont ils font preuve et qui « *déshumanise les soins* » ou encore à la manière routinière d'exercer leur mission comme ils le feraient dans une « *usine* ».

1.2 Deuxième figure engageant le monde de l'inspiration : l'art médical et l'inspiration

La deuxième figure que nous associons au monde de l'inspiration à l'hôpital public est celle de la médecine comme « *art* » médical. A ce titre, les grands de ce monde sont identifiés comme « *source d'inspiration* » par leur « *capacité à inspirer les pairs et les successeurs* » et à transmettre un modèle de créativité et de recherche d'innovations.

> *« Ici historiquement le professeur X pour notre discipline, il était vraiment un leader mondial qui avait une aura, une capacité d'ouverture, d'innovation qui nous a tous un peu inspirés dans cette discipline. C'est quelqu'un qui était un modèle même au-delà de la ville. ». Médecin PUPH*

Les objets et les dispositifs qui soutiennent cette figure sont les temps consacrés aux temps de formation ou à des temps de « *disponibilité* », nécessaires à la « *transmission de la passion* » propre à l'art médical ou aux soins infirmiers.

L'accès à la grandeur est l'investissement en temps, don de soi et énergie pour développer son inspiration. Ainsi, le bien commun auquel contribue cette deuxième figure est celui de médecins « *inspirés* », « *dévoués* » et prêts à se mettre « *corps et âme* » au service de la prise en charge du patient.

Les êtres à l'état de petit sont qualifiés par leur manque de motivation intrinsèque, leur manque d'ouverture, de disponibilité ou par le manque de temps consacré à la créativité, au dépassement de soi dans leur discipline.

1.3 Troisième figure engageant le monde de l'inspiration : la recherche et l'innovation médicale

La troisième figure que nous positionnons dans le monde de l'inspiration est celle de la recherche et de l'innovation médicale.

La recherche médicale est caractérisée à travers l'image de l'inspiration et sa nature de « *jaillissement* », de « *l'éclair de génie* », de « *l'étincelle* » qui provoquent l'apparition de l'idée. La recherche médicale peut faire entrer le chercheur dans un monde de « *doutes* », de « *bouillonnement confus* » qui peut tout autant être une « *source d'exaltation* » comme de « *vertiges* ». Ainsi, dans le monde de l'inspiration, la réalisation d'une recherche peut être comparée à une « *aventure* » ou à un « *cheminement* », l'état de grand étant attribué à celui qui fait avancer la science.

> *« La recherche ce sont des bénéfices intellectuels, déjà améliorer les capacités de soigner les gens (…). La recherche c'est quand même ce qui est le plus dynamisant dans notre métier, ce qui est le plus stimulant parce que c'est nouveau, ça oblige à réfléchir, c'est un travail d'équipe, on sort des sentiers battus (…) ; c'est aussi de trouver des solutions nouvelles à des problèmes non résolus, c'est ce qui est sans doute le plus gratifiant, c'est quelque chose de très gratifiant. ». Médecin PUPH*

Les plus grands sont donc les « *chercheurs* », les « *inventeurs* », ceux qui font avancer la science par leurs « *découvertes* ».

Les objets et les dispositifs importants dans cette figure sont les objets qui favorisent la création, les découvertes scientifiques, l'innovation et le temps consacré à la recherche tel que le matériel expérimental.

L'accès à la grandeur requiert un investissement important en temps et les êtres qui se dévouent dans cette « *quête* » sont souvent divisés entre des temporalités qui s'opposent (vie professionnelle/vie personnelle ; tâches liées à la recherche/ tâches administratives, etc.).

Le bien commun auquel participe cette composante de l'ordre de grandeur inspiré est celui de l'avancée dans les découvertes et innovations médicales.

Dès lors, nous l'avons vu, le monde de l'inspiration est composite car les sources peuvent être multiples au sein de l'hôpital public : vocation, émotion, passion, jaillissement d'idées, inspiration ; autant de mots qui renvoient à cet ordre de grandeur et qui reflètent les épreuves intérieures que peuvent vivre les professionnels de santé à travers leurs activités de formation, de soin et de recherche.

2. Les figures engageant le monde civique à l'hôpital public

Nous détaillons trois figures complémentaires du monde civique à l'hôpital public : (1) le service public hospitalier et la solidarité pour l'accès à la prise en charge ; (2) la défense du respect des droits des patients ; (3) la défense du respect des droits des salariés.

2.1 **Première figure engageant le monde civique : le service public hospitalier et la solidarité pour l'accès à la prise en charge**

Dans une première acception, le monde civique lié au service public hospitalier s'oppose à la privatisation des organisations de santé et à la marchandisation de la prise en charge. Ainsi, selon Thévenot (2001), la grandeur civique exige que l'on remédie à des inégalités de dépendances en termes de prise en charge afin de garantir une égalité d'accès aux soins : « *Les différents accès des personnes au service peuvent se traduire par des asymétries et inégalités, mais ils participent aussi d'une forme de bien commun en raison des effets*

propres de solidarités de réseau que l'économie tend à réduire à la catégorie fourre-tout d'externalité. Lorsque les services en réseau concernent des attaches jugées primordiales pour les capacités de l'être humain (pour sa santé, sa sécurité, sa socialisation par l'éducation et l'information), on comprend qu'un traitement en justice de ces attaches au réseau oriente vers des figures de solidarité civique plutôt que de concurrence marchande. » (Thévenot, 2001, p.6).

Le bien commun auquel participe cette composante de la grandeur est la commune dignité des patients en termes d'égalité d'accès à un même intérêt. « *L'ordre civique vise à repousser les attaches créatrices d'inégalités, avec la nature notamment (sexe, santé, sécurité, disparités territoriales), et à rétablir au moyen de mesures de solidarité une commune dignité menacée par les inégalités résultant de ces attaches.* » (Thévenot, 2001, p.8).

A ce titre, la solidarité est la grandeur privilégiée dans ce monde. La « *juste* » dépense de l'argent public dans le cadre des prises en charge est à ce titre importante puisque l'argent public est garant de cette solidarité.

La grandeur dans cette figure est attribuée aux contribuables, solidaires, dont l'argent est considéré ici comme un bien collectif qui permet de garantir le bon fonctionnement du système de santé et *in fine* de payer les dépenses liées aux prises en charge des patients. Les valeurs sont celles de la solidarité au-delà du rôle de redistribution des ressources financières, avec un intérêt particulier pour les plus démunis. Il s'agit de traiter de façon équitable les personnes sans discrimination.

L'accès à cette grandeur réclame un investissement de la part des contribuables, afin de garantir l'intérêt collectif du plus grand nombre.

Les personnes à l'état de petit dans cette figure sont celles qui s'opposent à cette solidarité et qui appellent à d'autres principes d'organisation et de financement comme des principes marchands de privatisation des hôpitaux publics.

2.2 Deuxième figure engageant le monde civique : la défense des droits des patients

La deuxième figure que nous avons associée comme participant au monde civique dans l'hôpital public est la défense des droits des patients.

Dans ce monde, « *c'est en tant qu'ils appartiennent à ces collectifs ou les représentent que la valeur des êtres humains peut être prise en considération.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.231). Ainsi, le patient a des « *droits* » et le personnel soignant et médical des « *obligations* » : droit à la confidentialité, droit au respect de la personne et de sa dignité, droit à l'information aux personnes en tant qu'elles représentent des collectifs.

A ce titre, les collectifs de « *patients* » et de leurs droits ont acquis un état de grandeur supérieur depuis 2002 avec la loi Kouchner qui répond aux attentes en termes d'amélioration des droits des patients et notamment en cas d'erreur ou de faute médicale. Elle prévoit le consentement libre et éclairé des patients ainsi que le droit d'être informé et le droit à l'accès au dossier médical. Elle met en place entre autres des commissions de conciliations et d'indemnisation dans le but de faciliter les recours des patients. Des collectifs tels que les représentants des usagers siégeant à la CRUQPC (Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge) sont utiles dans la défense du respect des droits. Ces droits sont l'incarnation d'une volonté générale et d'un intérêt général et le « *patient* » représente par là une personne collective constituée de façon légale.

Les êtres du monde civique sont stabilisés au moyen d'équipements, d'objets et de dispositifs permettant l'expression. Les objets comme « *des affiches bien visibles* » rappelant le droit des patients, placardées dans les services permettent de soutenir leur existence et affirmer leur présence. Les textes de loi dans lesquels l'expression de la volonté générale s'exprime sont invoqués.

L'accès à la grandeur demande une formule d'investissement et le sacrifice des intérêts particuliers et immédiats en se dépassant soi-même pour défendre des « *intérêts collectifs* » et une « *juste cause* ». Le renoncement au particulier permet de s'élever pour agir collectivement.

Le bien commun visé ici est celui de la représentation des intérêts collectifs au-delà des intérêts particuliers. Ces intérêts doivent être défendus sous formes légales. Les représentants doivent organiser les modalités selon lesquels ils sont amenés à rendre des comptes au collectif.

Le mode de relation est celui de l'association de personnes unies en vue de la défense d'un intérêt général. En ce sens, la judiciarisation et l'augmentation du nombre de plaintes et de recours en justice afin de faire « *valoir* » ces droits révèlent un rôle de plus en plus important attribué au monde civique à l'hôpital. L'état de petit des personnes dans ce monde est attribué aux personnes cherchant la division, le particulier.

2.3 Troisième figure engageant le monde civique : la défense des droits des salariés

La troisième figure que nous avons associée comme participant au monde civique dans l'hôpital public s'apparente à la deuxième, à l'exception faite qu'elle recouvre la défense du respect des droits des salariés.

Ainsi, dans le monde civique, les salariés ont des « *droits* » et sont représentés par des « *syndicats de travailleurs* ». Le monde civique se dévoile à travers le travail des syndicats dans un versant davantage protecteur des soignants et du respect des droits liés à la durée de travail, durée des repos obligatoires, prise des congés payés, paiement des heures supplémentaires, etc.

Les grands dans cette figure sont ceux qui défendent les intérêts collectifs des soignants. Les syndicats, présents lors de dialogues entre la direction des ressources humaines et les soignants, portent l'intérêt collectif des soignants au-devant des représentants des directions.

Les objets qui équipent cette figure du monde civique sont les textes de loi du droit du travail, d'une part, et d'autre part, des logiciels de calcul du temps de travail mobilisés comme des outils ayant pour but de faciliter le respect du droit du travail.

L'accès à la grandeur se fait par l'investissement personnel au service du collectif, de cette forme de bien commun qu'est la défense des droits.

Les personnes à l'état de petit dans cette figure sont ceux qui entravent les droits des travailleurs.

3. La figure engageant le monde marchand à l'hôpital public : le service public compétitif et la prise en charge conçue comme « *marché à conquérir* » ou « *source de recettes* »

Dans le monde marchand, à l'hôpital public, le soin est un « *service commercialisable* », un « *marché à conquérir* » dans lequel le patient est considéré comme un « *client* » et la prise en charge conçue comme une « *source de recettes* » pour l'hôpital. Ainsi, le soin s'évalue et s'apprécie à travers l'épreuve marchande qui détermine sa « *rentabilité* ». Dès lors, l'activité médicale est « *mise en valeur* » par son tarif qui contribue à sa grandeur.

Le rapport de grandeur qui régit ce monde est celui d'une convention de « *concurrence* » entre individus et entre organisations. A cet égard, les médecins qui « *font le plus de chiffre* » et qui « *rivalisent* » avec ceux des cliniques privées sont extrêmement valorisés au sein de l'institution. Opérant une « *conquête de parts de marché* » sur le territoire régional, les médecins élaborent, dans cette optique, des stratégies commerciales diverses : diversification des activités de soin afin de couvrir des niches avec peu de compétiteurs, stratégies de développement ou encore marketing médical. En outre, ayant en tête de saisir les opportunités de valorisation tarifaire, ils développent ou adaptent leurs activités de soin en fonction des critères de valorisation marchande exprimée à travers le principe de cotation des actes médicaux. Ainsi, les représentants des directions financières et du contrôle de gestion soutiennent cette échelle de grandeur dans la mesure où ils décident des « *transactions dignes d'intérêt* ».

Les objets et les dispositifs qui équipent cette figure sont les biens « *vendables* », ayant une « *position de force sur un marché* ». Soumis eux-mêmes au principe de la « *compétitivité* », la valorisation par les tarifs est un dispositif qui peut « *mettre en valeur* » certaines modalités de prise en charge. Ainsi, les activités médicales acquièrent une grandeur et sont ordonnées à la mesure de leur « *rentabilité* ».

« Par exemple vous prenez une activité telle que la chirurgie de l'obésité, on est capable de dire que le CHU fait tant de parts de marché au niveau soit de la ville, soit de la région. Donc de faire des parts de marché, dire que le CHU fait 15% de la chirurgie bariatrique, je peux vous montrer (elle clique et cherche la page et me montre l'ordinateur). Ça peut donner ça. Par exemple si on prend la cancérologie digestive, on peut comparer sur plusieurs années l'évolution des parts de marché du CHU (...). Nous on fait ça et puis après on travaille avec les équipes médicales en leur disant où ils se situent sur certaines filières de soin, là par exemple avec les digestifs on a une réunion la semaine prochaine parce qu'ils veulent développer des créneaux au bloc opératoire et donc ils se posaient la question de savoir ce qu'il serait intéressant de développer donc on leur montre comment ils se situent et notamment par rapport à la cancérologie, il y a des choses qui peuvent se développer. ». Médecin DIM

Dans ce monde, les relations entre les médecins s'expriment à travers la compétition ou dans des relations d'affaire avec l'administration pour obtenir les moyens nécessaires à leur projet. Dès lors, ces opérations d'affaire supposent des « *négociations en face à face* » pour estimer la valeur de la transaction qui s'effectue de part et d'autre.

Les personnes à l'état de petit dans l'ordre de grandeur marchand sont ceux qui ne représentent pas de « *résultats marchands* » ou de « *bénéfices* » ; mauvais en affaire, ces médecins sont susceptibles de ne pas obtenir les transactions désirées.

4. Les figures engageant le monde industriel à l'hôpital public

Nous présentons trois figures complémentaires du monde industriel à l'hôpital public qui reflètent la recherche d'excellence du service public hospitalier : (1) le parcours du patient ; (2) la qualité et la sécurité des soins ; (3) l'expertise médical et l'acte chirurgical.

Ces trois figures semblent s'harmoniser autour d'un alignement entre toutes ces sphères composites de l'ordre de grandeur industriel : « *un parcours du patient fluide qui met en lien les acteurs de manière efficiente autour de la prise en charge effectuée selon le respect de la qualité et de la sécurité des soins* ».

4.1 Première figure engageant le monde industriel : le parcours du patient

La première figure de l'ordre de grandeur industriel que nous avons identifiée à l'hôpital public est celle du « *parcours* » du patient. Cette « *fonctionnalité* » s'exprime dans l'organisation hospitalière à travers la valorisation du discours managérial actuel. Cette notion rend compte d'une recherche de « *coordination de divers acteurs impliqués dans le soin* » afin de « *fluidifier* » la prise en charge du patient. A cet égard, les cadres de santé sont mis en valeur dans cette composante de l'ordre de grandeur industriel avec une fonction majeure de coordination autour de la prise en charge.

> *« Mes missions, c'est de coordonner au plus près les besoins du patient, l'activité et les ressources humaines, les effectifs fonctionnels pour prendre en charge les patients correctement. Ce serait de permettre au personnel paramédical d'assurer ou de travailler dans les meilleures conditions possibles. C'est au niveau des RH, avec l'effectif nécessaire chaque jour, le matériel, le cadre de travail, les locaux. Tout ce qui concerne la prise en charge du patient. ». Cadre de santé*

Le dispositif qui équipe cette figure est celui du « *patient traceur* ». Le patient traceur est un dispositif conçu pour remettre au cœur de l'ordre de grandeur industriel le patient comme élément ordonnateur.

L'accès à la grandeur suppose un investissement pour établir des relations fonctionnelles entre les êtres. Cela suppose encore une projection dans l'avenir pour organiser le système afin qu'il fonctionne.

Le bien commun visé est celui du bon fonctionnement global autour de la prise en charge du patient.

L'état de petit des personnes est attribué à des individus qui s'opposent à la mise en lien, à la bonne coordination autour de la prise en charge du patient.

4.2 Deuxième figure engageant le monde industriel : la qualité et la sécurité des soins

La deuxième figure de l'ordre de grandeur industriel à l'hôpital public correspond aux attributs de « *qualité* » et de « *sécurité* » des soins. Ces attributs placent la prise en charge dans une perspective globale, comprenant ainsi toutes les étapes qui la constituent. Du pré au post-opératoire, la qualité et la sécurité passent par le respect des protocoles de soin.

Les êtres à l'état de grand dans cette figure sont ceux qui assurent le respect de ces dimensions : médecins, soignants, cadres de santé. Les objets et dispositifs qui servent à assurer ces états de grand sont ceux qui encadrent les normes de sécurité et les prérogatives en matière de qualité des soins.

L'accès à la grandeur peut supposer un sacrifice en termes d'efficience pour prendre le temps dans la prise en charge. Le bien commun auquel contribue cette figure est facilement identifiable au regard du patient puisqu'il s'agit de garantir sa « *juste* » prise en charge au sens de la sécurité et de la qualité des soins.

L'état de petit des êtres dans cette figure est attribué à ceux qui ne parviennent pas à garantir des conditions de qualité et de sécurité dans le cadre de la prise en charge du patient, mettant parfois en danger celui-ci. Ainsi, ces êtres manifestent une « *faible maîtrise* », ou ne parviennent pas à s'insérer dans un « *système perturbé* ». Les « *accidents* », les « *risques* », les « *évènements indésirables* » sont autant de signes de l'état de petit.

4.3 Troisième figure engageant le monde industriel : l'expertise médicale et l'acte chirurgical

La troisième figure de l'ordre de grandeur industriel à l'hôpital public est celle de l'expertise. Celle-ci se décline selon des modalités diverses et selon une multitude de spécialités médicales.

La qualité des grands êtres dans cette figure est celle des « *experts* ». Ces personnes sont ordonnées selon une qualification professionnelle liée à leur activité. Cette échelle de qualification, marquée par des compétences, établit une hiérarchie d'états de grandeur entre médecins.

Les objets et les dispositifs qui équipent cette figure sont les outils propres à concourir à la réalisation de l'expertise : robot, laser, scalpel, études, etc.

L'investissement permettant l'accès à la grandeur est celui des études de médecine ou des soins infirmiers. A titre d'exemple, le classement qui permet de choisir une place en internat de chirurgie suppose d'être classés parmi les meilleurs étudiants en médecine. Ainsi, les spécialités médicales ont une valeur selon le niveau d'expertise requis pour y accéder.

Les relations entre les êtres dans cette figure peuvent être impactées par cette vision. Ainsi, des acteurs travaillant au bloc opératoire peuvent considérer cette figure de l'ordre de grandeur industriel comme première par rapport aux autres figures en valorisant à outrance l'acte chirurgical. Cette vision, portée par certains chirurgiens, peut mettre au second rang la valeur du pré et du post-opératoire et le travail d'autres acteurs comme celui des anesthésistes ou des cadres de santé. Cela n'est pas sans créer des litiges au sein même de cette grandeur entre divers acteurs ne partageant pas la même vision de ce qui « *importe* » dans la prise en charge du patient.

Les êtres sont considérés en état de petit lorsqu'ils ne produisent pas d'utilité, qu'ils sont « *improductifs* », lorsqu'ils fournissent peu de travail ou un travail de mauvaise qualité. Les êtres sont également petits lorsqu'ils gardent la marque du passé en restant « *statiques* », « *rigides* », « *difficilement adaptables aux situations* ».

5. La figure engageant le monde de l'opinion à l'hôpital public : la renommée de l'hôpital et des médecins

Le monde de l'opinion à l'hôpital public est lié à sa « *notoriété* » et à sa « *médiatisation* ». Les classements dans la presse des établissements hospitaliers constituent de ce fait des dispositifs distinctifs de la grandeur en médiatisant et en ordonnant les hôpitaux selon un classement. Les sites internet comme Scope Santé permettent de faire connaître aux patients le classement des hôpitaux et leur renommée en termes de qualité et de « *créer un mouvement d'opinion* ».

En outre, l'hôpital peut gagner en notoriété grâce à la renommée de certains médecins qui sont considérés comme des « *stars »,* des « *vedettes* » au sein de la communauté hospitalière mais aussi à l'extérieur de celle-ci.

« Il y a des leaders d'opinion qui sont connus pour être particulièrement actifs, qui sont très visibles dans les congrès, qui sont connus à l'échelle nationale ou internationale. ». PUPH médecin

Les plus grands dans cette figure sont ceux qui ont acquis un rayonnement international et qui attirent non seulement des patients du monde entier mais également des praticiens désirant se former auprès d'eux. Cette reconnaissance est ainsi susceptible de se répercuter sur l'hôpital.

Les objets et les dispositifs qui équipent cette grandeur sont pluriels. A visée des pairs, les congrès sont des évènements majeurs dans ce monde pour se faire voir, se faire connaître et faire connaître la recherche de l'équipe médicale. Celle-ci peut être propulsée à l'état de grand lorsqu'elle acquiert une renommée nationale voire internationale. Les objets tels que les « *trophées* » obtenus lors de congrès, les « *publications* » dans des journaux importants soutiennent la diffusion de cette reconnaissance.

« Un des premiers centres au monde où on a mis le premier pancréas artificiel au monde, où on a fait les premiers essais de patients avec ces pancréas en dehors de l'hôpital, on a mis les premiers pancréas artificiels complétement implantés dans l'organisme donc ici c'est vraiment un centre pionnier pour cette recherche, on a une reconnaissance mondiale là-dessus. ». Médecin PUPH

Certains équipements innovants comme des « *lasers* » ou des « *robots chirurgicaux* » confèrent également un état de grand supérieur dans l'appréciation des patients quant à leur choix de d'être soigné à l'hôpital ou en clinique par exemple.

La formule d'investissement de cette grandeur est celle de l'investissement pour maintenir son renom, que ce soit celui de l'hôpital ou des médecins. Les êtres à l'état de petit dans le monde de la renommée sont les êtres qui sont méconnus.

6. Les figures engageant le monde domestique à l'hôpital public

Nous détaillons deux figures participant du monde domestique à l'hôpital public : (1) la hiérarchie médicale, soignante et administrative ; (2) la relation de confiance au cœur de la prise en charge.

6.1 Première figure engageant le monde domestique : la hiérarchie médicale, soignante et administrative

Au sein de l'hôpital public, trois lignes hiérarchiques coexistent indépendamment, nécessitant ainsi leur coordination : la hiérarchie médicale, la hiérarchie soignante et la hiérarchie administrative. Nous présentons chacune d'entre elles ci-dessous.

Historiquement, en France, la hiérarchie médicale s'organise autour d'un « *titre distinctif de noblesse* » qui confère aux médecins qui l'acquièrent un statut privilégié et une honorabilité durant tout le temps de leur carrière. Cependant, cette hiérarchie ne suppose pas un rapport d'autorité ou de supervision sur les autres médecins en raison du principe de liberté d'exercice propre à la profession médicale. Ainsi, les Professeurs des Universités Praticiens Hospitaliers (PUPH) se positionnent en haut de l'ordre de grandeur domestique, suivis des Praticiens Hospitaliers (PH), des chefs de clinique puis des internes et enfin des externes. Cette hiérarchisation due au statut professionnel assure une forte reconnaissance de la légitimité du professionnel.

> *« Dans un système hospitalo-universitaire, il y a une hiérarchie. C'est l'universitaire qui est responsable d'un département, qui est chef de pôle ». Médecin PUPH Chef de pôle*

Ainsi, la hiérarchie médicale promeut les PUPH aux positions de décisions et en charge des responsabilités d'organisation et de management des départements composant les pôles médicaux.

> *« C'est peut-être une autorité, ou une notoriété par le titre. C'est vrai que quand on est PUPH, surtout les nouvelles générations, ça a été tellement dur d'y arriver que ça donne peut-être une autorité naturelle, un charisme et encore. En tout cas, ça impose. Il y a peut-être certains médecins qui sont éblouis, ou fascinés, je ne sais pas. ». PH chirurgien*

Selon Boltanski & Thévenot (1991), dans l'ordre domestique, les êtres peuvent être qualifiés dans une gamme étendue d'états de grandeur différents, les « *plus-petits-que* » sont toujours présents et désignés comme tels parce qu'ils sont la matière même avec laquelle se confectionne

la grandeur des « *plus-grands-que* » qui les comportent. Aussi, les personnes possèdent une dignité dans la subordination et répondent au principe de la « *cohésion familiale* » qui lie les êtres entre eux. Dès lors, les êtres sont immédiatement qualifiés par la relation qu'ils entretiennent avec leurs semblables.

De cette façon, le processus de promotion traditionnel au rang de PUPH s'opère par compagnonnage. Les attributs de l'état de grand sont donc dans cette capacité à prendre en compte la relation singulière de maître à élève.

> *« On a quand même un mode de fonctionnement en tant que chirurgien qui est basé sur des guides, les maîtres de chirurgie. On nomme le chirurgien en chef « sense », c'est le maître en japonais. ». Médecin PUPH*

Le principe de subordination de l'élève au maître assure la réussite dans le monde domestique puisque ce sont les « *anciens* » qui décident de la promotion des « *jeunes internes* ». Cette distinction par les « *chefs* » s'effectue après de longues années d'étude, d'un master, d'une thèse et d'une année d'expérience à l'étranger, supposant certains sacrifices personnels. A ces sacrifices, le titre assurait en contrepartie une reconnaissance de la communauté médicale associée à des responsabilités de représentation. En outre, la distinction opérée confère aux PUPH des missions de recherche, d'enseignement et de formation, propres à leur statut de Professeur, bien que les praticiens hospitaliers puissent ponctuellement assurer ces activités sans pour autant en tirer la même source de notoriété.

La hiérarchie soignante quant à elle s'organise à partir du directeur ou de la directrice des soins infirmiers (DSI) puis, par pôle, avec un ou une cadre de santé supérieur(e) qui supervise les cadres de santé des différents services, au sein desquels les infirmiers et les aides-soignants exercent leur fonction. Cette hiérarchie suppose quant à elle un rapport ascendant d'autorité et de référence. Il est intéressant de noter que les médecins n'ont quant à eux aucun pouvoir hiérarchique sur les infirmiers et aides-soignants. En outre, nos résultats révèlent que les relations se veulent « *familiales* », la cadre supérieure de santé se qualifiant comme une « *bonne mère de famille* » qui doit s'assurer que les professionnels se portent bien. Les cadres de santé définissent également leur fonction par rapport à la qualité de travail qu'ils tentent de prodiguer aux équipes soignantes.

Enfin, la hiérarchie administrative est constituée autour de différentes directions, chapotées par le Directeur général et son adjoint, réunis régulièrement lors de plusieurs instances. Ces directions peuvent être organisées autour de plusieurs pôles, intitulés par exemple « *pôle logistique* », « *pôle ressources humaines* », « *pôle finances* », « *pôle qualité* », « *pôle affaires médicales* », etc.

Ainsi, l'organisation interne de l'hôpital repose sur une étroite coordination entre ces trois lignes hiérarchiques.

6.2 Deuxième figure engageant le monde domestique : la relation de confiance au cœur de la prise en charge

Nos résultats révèlent que l'expression du monde domestique au sein de l'hôpital public se caractérise également par « *la relation personnelle de confiance* » établie entre les médecins, les soignants et les patients.

Du point de vue des médecins, celle-ci peut prendre la forme d'une « *patientèle d'habitués* ». Selon Boltanski & Thévenot (1991), la relation, dans le monde domestique, ne peut être saisie que dans l'acception d'une « *relation de plus grand que* ou *de plus petit que »*. Ainsi, dans ce monde, la relation de soin est « *traditionnellement* » marquée par un ordre établi « *d'autorité »* du médecin sur le patient. Elle est, en effet, caractérisée de manière traditionnelle comme un rapport de grandeur asymétrique entre le médecin et le patient du fait de la grandeur attribuée au savoir médical.

Dans ce monde, les plus grands ont des « *devoirs* » à l'égard des patients dont ils sont « *responsables* ». Ainsi, au sein de la sphère médicale, la relation de soin peut être influencée par « *la réputation* » des médecins. A cet égard, les médecins qui ont acquis le titre de PUPH (professeur des universités praticien hospitalier) acquièrent une « *réputation* ». En effet, les dispositifs de nature domestique sont fortement marqués par l'établissement de ce qui concoure à la distinction des relations hiérarchiques entre les gens. Cette « *réputation* » établit entre les médecins un ordre que les patients peuvent distinguer. Ainsi, les PH (praticien hospitalier) et les internes sont considérés comme plus petits que les PUPH et ce, jusque dans l'estimation de leur diagnostic par les patients.

« Il y a des cas patients mais ça c'est plutôt rare, un patient qui a besoin d'un professeur pour dire la même chose que nous mais il n'a pas compris que c'était un professeur scientifique et pas un professeur médical. ». Chirurgien PH

Les objets et les dispositifs qui équipent cette figure de la grandeur sont le titre de médecin, la « *blouse* », comme habit représentant la grandeur domestique, le « *stéthoscope* ». Ces marques distinctives permettent de limiter l'incertitude des situations de rencontres entre les personnes. Ces éléments d'identification revêtent une grandeur à la personne et incarnent une « *tradition* ». La relation patient-médecin peut s'exprimer à travers des « *cadeaux* » offerts par les patients afin de remercier et d'exprimer leur gratitude. Le cadeau, en tant qu'objet domestique est une manifestation d'une relation de don, de la part des patients aux équipes soignantes et médicales. A ce titre, les « *lettres de remerciement* » sont le signe d'une grandeur en témoignant du respect envers la prise en charge effectuée. Elles reflètent « *les règles de bienséance »* ou « *les bonnes manières »* qui soutiennent la relation patient-médecin ou patient-soignant.

« La principale reconnaissance, c'est nos patients (rire), quand ils sont contents et que tout se passe bien et qu'ils nous disent merci derrière. Ça n'a pas de prix. ». Chirurgien PH

L'accès à la grandeur dans cette figure se fait par la formation médicale et l'insertion de ces médecins au sein de la « *hiérarchie soignante* ». Les grands échappent à une mesure légale et ne suivent pas des protocoles de soin mais manifestent au contraire « *l'aisance de l'habitude* » dans leur pratique en exerçant leur responsabilité médicale.

Les relations entre les êtres sont harmonieuses lorsque les principes de serviabilité sont respectés et d'accomplissement des devoirs en vue de la vie en commun.

L'état de petit dans la relation de soin au regard de l'ordre de grandeur domestique est attribué aux sujets, patients ou soignants, qui dans la relation de soin, ne respectent les bonnes manières ou ne retiennent leur agressivité.

7. Les figures engageant le monde par projets à l'hôpital public

Le monde par projets s'illustre à travers deux figures au sein de l'hôpital public français : (1) le fonctionnement par projets ; (2) la recherche médicale et l'activation de réseaux.

7.1 Première figure engageant le monde par projets : le fonctionnement par projets

Le monde par projets semble s'illustrer au sein de l'hôpital public par la tentative d'un fonctionnement qui requière de la part des médecins de proposer des projets médicaux. Ces projets sont instruits et sont évalués de façon médico-économiques par différents acteurs, notamment par les cadres administratifs et les acteurs du contrôle de gestion, avant d'arriver ensuite devant la commission médicale d'établissement et enfin devant le directoire qui les valide institutionnellement.

> *« C'est une dynamique qui est ancrée au sein de l'institution depuis un moment (...) de mettre en place des projets, de les présenter et d'avoir un positionnement. Après, il y a une nouvelle structuration qui est en train de se mettre en place justement pour compléter cette vision avec des études d'opportunité pour étudier certains projets plus que d'autres. Ça permet de savoir vers quel projet on va et de savoir si c'est pertinent de tout étudier ou pas. ». Chef de cabinet du directeur général*

Cependant, certains arguments du monde par projets proposés par Boltanski & Chiapello (1999) vont plus loin que le fonctionnement par projets qui existe à l'hôpital et implique des modes de fonctionnement tout autre. En effet, plusieurs raisons nous poussent à distinguer la notion de « *projet* » du monde par projets en tant que tel dans le cas spécifique de l'hôpital public français.

Tout d'abord, Boltanski & Chiapello (1999) décrivent la grandeur dans le monde par projets comme la capacité de multiplier les rencontres et les connexions temporaires à distances sociales, géographiques, culturelles et professionnelles éventuellement très grandes. Le monde par projets se caractérise ainsi par la mise en réseau qui suppose des collaborations à distance en temps réel. Les relations ne sont pas prescrites par des équipes de travail mais sont activées

au fil des rencontres. Cependant, au sein de l'hôpital public, les projets ne fonctionnent pas grâce à l'activation de nouvelles rencontres puisque les relations personnelles sont prédéfinies au sein des équipes médicales (domestique) au lieu d'être complètement libres comme dans le monde par projets.

En outre, les médecins ne tentent pas de sauter de projets en projets et leur activité professionnelle n'est pas conditionnée par la capacité à s'insérer dans des projets existants ou à en créer de nouveau. A contrario, les projets s'inscrivent dans un environnement professionnel stable et durable associé à une spécialité médicale de prédilection.

> *« On est sur des activités au sein d'un pôle d'activité clinique, il y a quand même une certaine cohérence des projets et des activités sur le long-terme et de fait, ils essayent de hiérarchiser eux-mêmes leur propre demande. ». Chef de cabinet du directeur général*

En outre, dans de nombreux cas, l'évaluation des projets pose des problèmes dans la communication avec les équipes sur la mise en place de ces projets révélant davantage les freins de l'organisation hospitalière que sa capacité à sauter de projets en projets.

> *« Parfois c'est un peu le cimetière des éléphants, le cimetière des projets. ». Cadre de santé*

Si ces freins sont évoqués par certains répondants, il n'en demeure pas moins que les équipes de direction, conscientes des difficultés de hiérarchisation, d'évaluation des projets et de mise en route des projets dans des délais raisonnables, travaillent à des organisations susceptibles d'améliorer ce processus d'évaluation afin de pouvoir donner une réponse plus rapide aux différentes équipes médicales qui y travaillent depuis parfois plusieurs années.

> *« On ne peut pas mener trop de projets en même temps parce qu'on est quand même en site occupé. Quand on doit réorganiser, ça signifie qu'il faut déplacer les patients, donc c'est tout de suite un peu compliqué donc on ne peut pas faire trop en même temps sinon ce sont des facteurs de désorganisation trop importants. ». Chef de cabinet du directeur général*

Nos résultats révèlent cependant que si l'on ne peut pas complètement qualifier le fonctionnement par projets de l'hôpital à l'aide du monde par projets, le fonctionnement de la recherche médical quant à elle peut davantage être caractérisée comme une figure du monde par projets.

7.2 Deuxième figure engageant le monde par projets : la recherche médicale et l'activation de réseaux

La deuxième figure du monde par projets à l'hôpital public français correspond aux attributs de mise en « *réseau* » des médecins exerçant de la recherche. Le projet de recherche crée l'opportunité de nouer des liens, d'activer le réseau afin de générer de nouveaux projets ou de s'intégrer à des projets existants. Les collaborateurs peuvent se situer à divers endroits dans le monde. Dès lors, la grandeur des chercheurs repose sur leur capacité à s'engager dans divers projets en toute autonomie.

> *« Pour la recherche c'est moi qui gère mon budget toute seule, je suis en autonomie. C'est moi qui gère mes fonds (…) je réponds à des appels d'offre. Quand je suis arrivée, je me suis intégrée à un laboratoire INSERM où j'ai monté un labo de recherche, ce qui est assez difficile à faire. J'ai un groupe indépendant de recherche avec deux ingénieurs d'étude que je finance, j'ai obtenu des postes et des étudiants en thèse de science (…) Tout ce que j'ai fait, c'est tout seul. J'ai fait des demandes extérieures de financement. ». Chirurgien, chef de département*

Ainsi, le fonctionnement de la recherche suppose une mise en relation de divers chercheurs au niveau national, voire international dans des environnements où les distances géographiques peuvent être très grandes. La multiplication des rencontres favorise l'échange d'idées et de savoirs lors de congrès ou de conférences là encore nationales ou internationales. Elle favorise également les partenariats et les coopérations entre équipes médicales. Elle peut encore permettre à certains chercheurs de trouver leur post-doc ou leur équipe d'accueil pour un projet temporaire de recherche. Les projets de recherche peuvent être également conditionnées à la recherche de financements extérieurs à l'institution hospitalière et suppose que le porteur de projet sache activer son réseau pour s'insérer dans un projet existant ou en créer un nouveau.

Tableau 29 - La grille d'analyse des mondes appliquée à l'hôpital public et adaptée de la grammaire de Boltanski & Thévenot (1991)

	Monde inspiré	Monde civique	Monde marchand	Monde industriel	Monde de l'opinion	Monde domestique	Monde par projets
Principe supérieur commun	Émotion attachée au soin, art médical et inspiration liées à la recherche, à l'innovation	Respect des principes du service public hospitalier : solidarité sans distinction dans l'accès à la prise en charge	Principes de compétitivité du service public hospitalier : parts de marché à conquérir	Excellence de l'hôpital : parcours patient, sécurité et qualité des soins, expertise	Renommée de l'hôpital public	Hiérarchie au sein de l'hôpital, relation de confiance avec le patient	Fonctionnement par projets à l'hôpital
État de grandeur	Être mu, inspiré, dans un état d'ouverture et d'accueil	Être engagé dans le respect des principes de l'hôpital	Être attractif et compétitif	Être expert	Être reconnu nationalement et internationalement	Être reconnu hiérarchiquement	Savoir s'engager dans des projets
Répertoire des sujets	Aide-soignants, infirmiers, paramédicaux, médecins, chercheurs	Contribuables, représentant des usagers, syndicats des travailleurs, représentant de la communauté médicale	Direction financière et contrôle de gestion, DOP	Médecin, infirmier, ingénieurs, DOP, DIM, TIM, direction financière et contrôle de gestion	Conférenciers, chargé de communication, chargé de marketing médical	PUPH, directions (DG, DSI, DIM, DOP, DF, etc.)	Directions, médecins chefs de projets
Répertoire des objets	Lits et son chevet, publication scientifique	Code de la santé publique, charte des droits des patients affichée, code du travail, lettres de plaintes	Publication des tarifs, tableaux de bord d'augmentation d'activité	Mesures de performance, fiche d'évènements indésirables	Articles de presse, publications scientifiques, communications dans les congrès, innovations	Blouse, cadeaux offerts par les patients	Carte de visite en congrès
Formule d'investissement	S'investir dans le soin au point, donner corps et âme, ainsi que tout son temps, son énergie	S'investir pour faire respecter les principes de l'hôpital publics et les droits.	S'investir pour mettre en œuvre des stratégies d'optimisation dans le but d'être rentable	S'investir pour améliorer l'efficience, d'expertise, de qualité et de sécurité des soins	S'investir pour se faire connaître à travers des innovations, des publications, des conférences	S'investir dans les études pour acquérir les plus élevés et la réputation associée / investir son temps dans les relations	S'investir dans des relations personnelles pour se construire un réseau et participer à des projets
Épreuve modèle	Épreuves intérieures de désengagement et de découragement	Plaintes et recours en justice	Faible attractivité de l'hôpital	Faible efficience, qualité, sécurité, expertise des soins, dysfonctionnements	Faible renommée	Faible réputation / faible relationnel	Faible capacité de communication pour activer des réseaux
État de petit	Personnes sans vocation pour le soin ou sans inspiration pour la recherche	Personnels trainés en justice pour une erreur médicale	Être peu compétiteurs	Être avec une faible expertise et efficience	Personnels qui restent dans l'ombre	Personnels et patients peu respectueux, agressifs ou vulgaires	Être avec peu de liens activables pour s'engager dans des projets
Rapport de grandeur	Ceux qui contribuent par leur inspiration et leur passion à la prise en charge du patient	Ceux qui représentent les personnes collectives et font respecter les droits	Ceux qui contribuent aux recettes de l'hôpital, à son attractivité et à sa compétitivité	Ceux qui contribuent à l'amélioration des soins	Ceux qui contribuent par leur rayonnement à la mise en lumière de l'hôpital	Ceux qui détiennent une place haute dans la hiérarchie / ceux qui assurent des relations de confiance	Ceux qui s'intègrent dans de nouveaux projets ou dans des projets existants

Conclusion de la section 1

Nous avons, dans cette première section de résultats, contribué à la caractérisation du pluralisme des mondes et des principes d'évaluation présents à l'hôpital public français. Pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur la grammaire proposée par Boltanski & Thévenot (1991) dans *De la justification*.

Dans la poursuite de notre travail d'analyse, nous suivons le déroulé du prisme analytique de Boltanski & Thévenot (1991) qui nous permet non seulement d'analyser les mondes en présence mais également d'appréhender les tensions entre ces derniers.

Ainsi, nous prenons comme point d'appui les mesures de performance comme dispositifs d'objets permettant d'examiner les problèmes posés par la relation entre les mondes. A cet égard, nous poursuivons notre analyse en examinant les modalités plurielles d'utilisation des mesures de performance à l'hôpital public français et détaillons comment celles-ci induisent des tensions entre les mondes pour un large éventail d'acteurs.

Section 2 : Répertoires des critiques et des tensions entre les mondes, induites par l'utilisation des mesures de performance à l'hôpital public

L'utilisation des mesures de performance par les acteurs de soin et par les acteurs administratifs révèle des enjeux pluriels au sein de l'hôpital public qui se cristallisent sur des objets devenus des « *objets de tension* ». En effet, lors de nos observations et de nos entretiens, nous avons pu identifier de nombreuses problématiques liées au nombre de lits et à leur gestion, à la durée du temps d'hospitalisation ou du temps opératoire, à la répartition efficiente des mètres carrés au sein des pôles médicaux. Les tensions que supportent ces objets (lits, temps, espace) rendent compte d'une organisation en mutation, voire en déconstruction. La qualité des soins ainsi que la qualité d'accueil, sont autant d'impératifs pour les soignants remis en cause par la gestion dite « *efficiente* » des lits, celle du temps et de l'espace, et *in fine*, des patients. A ce titre, nous avons tenu à observer, au travers des entretiens mais également au travers des interactions comment les acteurs de soin font valoir ce qui importe.

Dans cette section consacrée à la présentation des tensions induites par l'utilisation de mesures de performance, nous tentons ainsi de répondre à la question suivante :

(1) Quelles sont les tensions induites par l'utilisation des mesures de performance au sein de l'hôpital public français et sur quels objets se cristallisent ces tensions ?

Afin de répondre à cette question, nous exposons dans une première sous-partie les mesures de performance que nous avons retenues dans notre analyse et nous détaillons les modalités plurielles d'utilisation de ces mesures. Nous développons ensuite les tensions que ces mesures induisent entre les mondes.

Dans les sous-parties suivantes, nous décrivons, dans un premier temps, comment ces mesures induisent des tensions qui se cristallisent autour des lits d'hospitalisation, de leur nombre à leur gestion. Nous examinons, dans un second temps, comment leurs utilisations induisent une expérience d'accélération du temps révélant par là des perceptions plurielles de la temporalité propre à la prise en charge des patients. Nous présentons enfin, dans un troisième temps, comment ces tensions se cristallisent autour de la perception de l'espace.

1. Les modalités plurielles d'utilisation des mesures de performance à l'hôpital public

Nous présentons dans cette première sous-partie le rôle des mesures de performance présentes dans le discours des acteurs lors de nos observations et de nos entretiens semi-directifs, puis nous développons l'analyse des tensions entre les mondes, induites par l'utilisation de ces mesures. Nous ne prétendons pas exposer l'exhaustivité des mesures de performance existantes au sein du contrôle de gestion de l'hôpital public mais bien de présenter une analyse à partir de celles utilisées par les acteurs que nous avons observés et auditionnés pendant notre immersion.

1.1 **Les mesures de performance retenues dans notre analyse et leur description**

Plusieurs mesures de performance ont été mentionnées quotidiennement par les acteurs de terrain et soutiennent la gestion des services à l'hôpital :

- Le taux d'activité médicale
- La durée moyenne de séjour (DMS)
- Le taux d'occupation
- Le taux de débordement
- Le taux de chirurgie ambulatoire

A ces mesures associées à la gestion des services, les acteurs ont également mentionné l'utilisation d'une mesure liée à la publication des recherches des médecins :

- Les points SIGAPS (Système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des Publications Scientifiques)

L'ensemble de ces mesures sont décrites ci-dessous.

Tableau 30 - Les mesures de performance et leurs utilisateurs

Mesures de performance	Utilisateurs observés et interrogés
Taux d'activité médicale	Directeur/trice des finances, directeur/trice de l'information médicale (DIM), contrôleurs de gestion, cadre administrative, gestionnaire, médecins, cadres de santé
DMS (durée moyenne de séjour)	Directeur/trice des finances, directeur/trice de l'information médicale (DIM), contrôleurs de gestion, cadre administrative, gestionnaire, médecins cadres de santé, infirmier de coordination, infirmiers
Taux d'occupation	Directeur/trice des finances, directeur/trice de l'information médicale (DIM), contrôleurs de gestion, cadre administrative, gestionnaire, médecins cadres de santé, infirmier de coordination
Taux de débordement	Directeur/trice des finances, contrôleurs de gestion, cadre administrative, gestionnaire, chirurgiens
Taux de chirurgie ambulatoire	Directeur/trice des finances, directeur/trice de l'information médicale (DIM), contrôleurs de gestion, cadre administrative, gestionnaire, chirurgiens
Points SIGAPS	Médecins

Tableau 31 - Les mesures de performance et leurs modalités d'utilisation

Thèmes	Exemples de verbatims illustrant des modalités d'utilisation des mesures de performance
Taux d'activité médicale	*« Nous ce qu'on fait, c'est que ligne par ligne on va augmenter l'activité, souvent on ne va pas diminuer l'activité, on va l'augmenter ou la laisser stable par rapport à 2018. Si on regarde par exemple sur la chirurgie ambulatoire, ils ont l'ouverture d'une salle ambulatoire spécifique donc l'objectif c'est d'augmenter. Le but c'est de faire augmenter tout ça, donc là on prévoit de faire 91 interventions de plus. ». Responsable du contrôle de gestion* *« Ce qu'on me renvoie c'est l'activité, on reçoit aussi les bilans 2018 et par rapport aux actes, ce qui a été coté, décoté par l'assurance maladie et on nous donne des chiffres sur l'activité. Je reçois tous les trois mois du directoire combien il y a de consultations, combien il y a d'hospitalisation par rapport à l'année précédente. ». Médecin PUPH*
DMS (durée moyenne de séjour)	*« Après il y a des problématiques c'est toujours un peu les mêmes, sur le temps complet une variable qui fait beaucoup changer les choses en termes de rentabilité et en termes de recettes c'est la durée moyenne de séjour donc on la surveille de près. » Contrôleur de gestion*
Taux d'occupation	*« En classique de toute façon en hospit on est à peu près pareil, on est à 70%, 72%, on est à peu près au même pourcentage de taux d'occupation. ». Médecin (s'adressant à la cadre administrative).* *« Pour le taux d'occupation des lits, quand un lit est disponible, il reste disponible rarement très longtemps. Le taux d'occupation est variable en fonction des isolements, des décisions médicales qui font qu'on ne peut pas mettre deux patients dans une même chambre mais la plupart du temps, on est plein même si le taux n'est pas à 100% parce qu'il y a toujours un isolé par exemple. ». Infirmier de coordination*
Taux de débordement	*« Le débordement par exemple sur l'orthopédie il y a 4 salles qui finissent entre 14h30 et 15h30 et deux salles qui finissent à 18h, le débordement c'est au-delà de 15h. Ca veut dire qu'on a surbooké en termes d'interventions, ça veut dire que la chirurgie c'est pas une science exacte, ça veut dire qu'on a peut-être perdu plus de temps entre deux interventions soit pour un problème de matériel soit pour un problème d'anesthésie soit parce que le patient est arrivé trop tard et il n'était pas préparé, ça peut être multifactoriel. ». Cadre de santé du bloc opératoire* *« On peut regarder les chiffres, quand on n'avait pas la salle 4 on mettait des fois 7 patients donc du coup évidemment on débordait. ». Chirurgien*
Taux ambulatoire	*« On a tout ce qui est greffe avec le Professeur X, l'augmentation du taux ambulatoire était je crois en initial à 7% donc là lui il veut 39%. ». Cadre administrative* *« On est plutôt en augmentation d'activité, essentiellement sur l'ambulatoire et une très légère augmentation sur l'activité de temps complet et par contre une grosse augmentation sur l'ambulatoire ce qui correspond finalement à ce que je vous disais, c'est la mutation des prises en charge aujourd'hui, on va sur beaucoup plus d'ambulatoire et moins d'hospitalisation complète. ». Médecin PUPH chef de pôle*
Points SIGAPS	*« Les points SIGAPS c'est un truc incroyable, c'est une mesure un peu injuste mais reproductible de chez reproductible. C'est-à-dire que vous avez publié dans tel journal qui a un impact factor A et vous êtes premier auteur ou vous avez publié avec quelqu'un de plus jeune et vous êtes dans un truc moins ambitieux et vous faites partie d'une étude multicentrique sur votre sujet avec des américains mais vous êtes 12ème dans une très grande revue et bien tout ça va induire un certain nombre de points et on pourra dire « elle a eu 86 points » alors qu'elle, elle a eu 125 points. ». Médecin PUPH*

1.1.1 Le taux d'activité médicale

Le taux d'activité médicale, est une mesure de performance qui permet de suivre la production de l'équipe médicale et soignante en termes de prises en charge à travers le nombre de séjours. Ce dernier est utilisé, d'une part, par le cadre administratif et les responsables du contrôle de gestion, et d'autre part, par les médecins afin de suivre l'évolution de l'activité médicale. Cet indicateur est propice au déploiement d'un management par objectifs de performance afin de fixer un taux d'activité médicale cible pour favoriser l'augmentation des entrées et des sorties des patients. Celui-ci permet *in fine* de servir des enjeux financiers avec un gain de charges variables liées à la diminution des journées d'hospitalisation. Il permet également de favoriser l'augmentation du nombre de séjours.

1.1.2 La durée moyenne de séjour (DMS)

La durée moyenne de séjour (DMS) est un indicateur qui sert à mesurer le nombre moyen de jours que les patients ont passé au cours d'un séjour à l'hôpital, autrement dit, du temps passé par le patient depuis son entrée à sa sortie de l'hôpital, qu'il s'agisse d'un séjour ambulatoire ou d'un séjour plus long. La mesure de la DMS a un rôle primordial puisque celle-ci est liée au calcul des Groupes Homogènes de Séjours (GHS) auxquels sont liés un tarif. Elle se calcule en divisant, sur une période donnée, le nombre total de jours passés par les patients en hospitalisation par le nombre des admissions ou des sorties. Lorsqu'une durée de séjour est trop élevée par rapport à la DMS, un séjour est considéré comme étant moins efficient que ce qu'il aurait pu être. En outre, l'orientation actuelle pour l'ensemble des hôpitaux est un travail sur l'adaptation des modes de prise en charge avec la réduction des DMS afin de favoriser un retour plus rapide des patients à domicile. A cet égard, celle-ci implique une augmentation du nombre de séjours avec un plus fort turn-over de patients.

1.1.3 Le taux d'occupation

Le taux d'occupation permet de mesurer la capacité des équipes médicales et soignantes à utiliser au mieux les capacités offertes par l'institution (lits et salles d'opération) afin d'assurer une gestion efficiente de ces ressources. Ainsi, le taux d'occupation concerne principalement les lits d'hospitalisation des services mais également le taux d'occupation du ou des bloc(s) opératoire(s). Les acteurs observés et interrogés soulignent que le taux d'occupation est un

enjeu fort de gestion. Nos résultats révèlent des seuils d'optimisation du taux d'occupation indiquant qu'une gestion efficiente des lits ou des salles opératoires se rapproche d'un taux d'occupation à 80/85% tandis que le seuil d'une sous-optimisation des lits ou de la salle de bloc serait autour d'un taux d'occupation à 65%.

1.1.4 Le taux de débordement

Le taux de débordement est une mesure utilisée principalement dans le cadre de la mesure de l'efficience des blocs opératoires. Nos résultats révèlent que les blocs opératoires représentent un point central du plateau technique de l'hôpital sur le plan organisationnel (nombre d'acteurs à coordonner, technicité élevée, interfaces entre plusieurs services, etc.). Selon nos observations, la mesure du taux de débordement des blocs opératoires permet de suivre l'évolution des efforts menés au niveau organisationnel pour réduire les débordements des salles d'opération et ainsi réduire les surcoûts entrainés par les heures d'intervention supplémentaires. En effet, le temps considéré comme un temps de débordement est un temps qui dépasse le temps mis à disposition aux praticiens par l'institution. A titre d'exemple, lorsque les chirurgiens ont accès à une salle entre 9h et 15h, le taux de débordement se calcule sur le temps opératoire après 15h. Le taux de débordement se calcule ainsi en divisant le temps de débordement par le temps de vacation offert aux praticiens (TVO).

1.1.5 Le taux de chirurgie ambulatoire

Le taux de chirurgie ambulatoire est une mesure promue par le programme national de développement de la chirurgie ambulatoire. Cet indicateur permet de mesurer le recours des chirurgiens à la chirurgie ambulatoire plutôt qu'à une chirurgie en hospitalisation complète. Il est ainsi utilisé pour favoriser le développement de séjours plus courts ne nécessitant pas de nuit d'hospitalisation avec un retour à domicile des patients le jour même.

1.1.6 Les points SIGAPS

Les points SIGAPS sont des points calculés dans un logiciel qui permet de télécharger les références bibliographiques des médecins et de les transformer en points. Les points varient en fonction de la qualité de la publication (estimée par rapport au journal dans lequel elle est publiée) et en fonction de la position de l'auteur dans la liste des auteurs et donc de sa participation à la réalisation de l'étude. Les points SIGAPS sont utilisés par les équipes de

direction pour définir la répartition de l'enveloppe budgétaire dédiée à la recherche entre équipes médicales. Ils sont également utilisés par les médecins pour évaluer leur positionnement dans le classement publié en ligne.

Après avoir décrit les mesures de performance ci-dessus, nous nous tournons maintenant vers la description de leurs modalités plurielles d'utilisation à travers le prisme analytique des mondes de Boltanski & Thévenot (1991).

1.2 Les modalités plurielles d'utilisation des mesures de performance à l'hôpital public et leur analyse à travers le prisme analytique des mondes de Boltanski & Thévenot (1991)

A partir de notre revue de littérature et de l'analyse de nos entretiens et observations, nous représentons la pluralité des modalités d'utilisation des mesures de performance à travers le prisme des mondes de Boltanski & Thévenot (1991) par la figure suivante – figure que nous détaillons ensuite. Le monde par projets et le monde vert n'ont pas été explicitement évoqués dans les verbatims des acteurs que nous avons interrogés et observés comme étant liés à l'utilisation des mesures de performance à l'hôpital public. S'il est question d'utilisation des mesures de performance afin de garantir la fiabilité des projets futurs, Boltanski & Thévenot (1991, p.254) décrivent cela comme participant au monde industriel.

Figure 4 - Les modalités plurielles d'utilisation des mesures de performance analysées à travers le prisme analytique des mondes de Boltanski & Thévenot (1991)

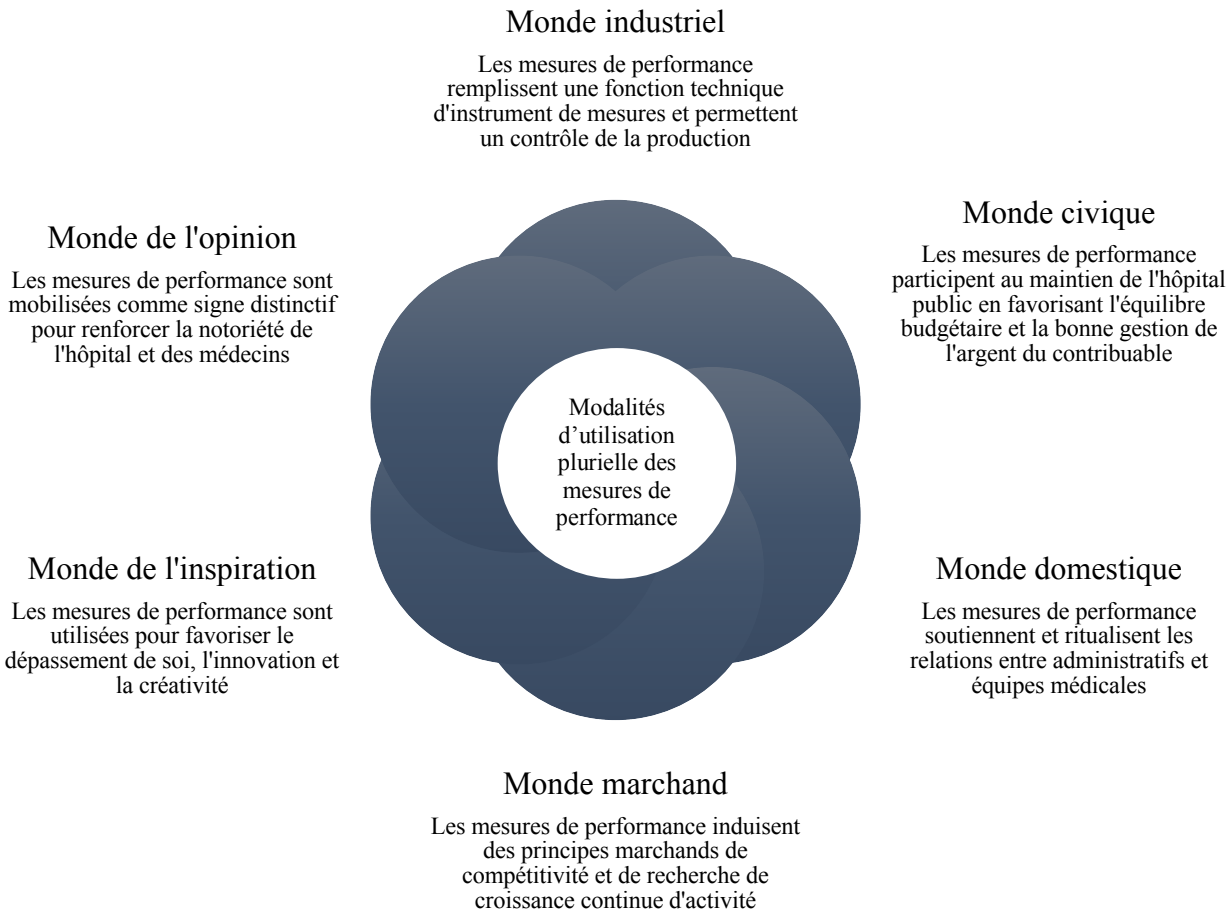


Figure 5 - Les catégories illustrant les modalités plurielles d'utilisation des mesures de performance à l'hôpital public

Les mondes	**Catégories illustrant les modalités plurielles d'utilisation des mesures de performance**
Industriel	1. Utilisées en vue d'une production efficiente et d'une organisation fonctionnelle ; 2. Utilisées comme des critères de mesures pour objectiver les situations de travail présentes afin de garantir la fiabilité des projets futurs.
Civique	1. Utilisées pour contribuer à la bonne gestion de l'argent public du contribuable ; 2. Utilisées pour équilibrer les niveaux de dépenses et de recettes de l'hôpital dans le but d'assurer son maintien.
Domestique	1. Utilisées pour créer du lien et ritualiser les relations entre divers groupes d'acteurs ; 2. Utilisées pour pallier au manque de hiérarchie entre médecins et administratifs.
Marchand	1. Utilisées afin de favoriser des principes de compétitivité et de croissance continue de l'activité médicale ; 2. Utilisées afin de dynamiser la compétition entre médecins en fournissant des critères quantitatifs d'évaluation.
Inspiration	1. Utilisées pour stimuler la créativité et l'innovation
Opinion	1. Utilisées par les représentants de l'hôpital comme signe de la notoriété de l'institution ; 2. Utilisées par les médecins comme signe de leurs réalisations auprès des pairs et des représentants de la direction.

1.2.1 L'utilisation des mesures de performance et le monde industriel

Les mesures de performance observées sont d'abord conçues comme des objets techniques avec une fonction instrumentale dont la justification est la visée d'une production efficiente qui repose sur une organisation fonctionnelle. A ce titre, elles constituent des dispositifs qui soutiennent l'ordre de grandeur industriel selon deux modalités d'utilisation : (1) les mesures de performance sont utilisées comme moyen pour soutenir une production efficiente et une organisation fonctionnelle, (2) les mesures de performance sont utilisées dans le but d'objectiver des situations de travail présentes afin de garantir la fiabilité des projets futurs.

1.2.1.1 *Utilisées en vue d'une production efficiente et d'une organisation fonctionnelle*

Les justifications soutenant l'utilisation des mesures de performance s'appuient sur la nécessité d'une recherche d'efficience des prises en charge et ce, dans le but de réduire les délais d'attente des patients et d'accéder plus rapidement aux soins chirurgicaux ou médicaux. A cet égard, les mesures de performance sont utilisées pour permettre l'amélioration du fonctionnement des services en vue d'une meilleure organisation, programmation et planification. Dans cette perspective, le bon « *turn-over* » des patients et leur retour rapide à domicile sont valorisés au même titre que les médecins qui développent des compétences pour optimiser leurs indicateurs de performance comme le taux d'occupation ou leur durée moyenne de séjour. A contrario, les médecins ou chirurgiens qui exercent de manière jugée non optimale – selon les critères de mesures de performance - peuvent être remis en cause par les contrôleurs de gestion qui constatent que la production de soins n'est pas suffisamment optimisée.

> *« Les chirurgiens, nous sommes évalués pas individuellement mais collectivement en fonction de prestations qui sont des prestations de consultation et des prestations chirurgicales. Et donc il y a énormément de comparatifs parce qu'il y a plus de paramètres qui sont comparables en chirurgie qu'en médecine et donc l'administration nous indique régulièrement que nous avons une activité qui est sous-développée dans tel domaine par rapport au CHU voisin ou par rapport au secteur privé donc on quantifie notre activité chirurgicale. ». Chirurgien PH*

Les indicateurs de performance servent à situer les activités de soin au sein de l'étude nationale des coûts (ENC), qui donne la moyenne inter-établissements de ces dernières. De ce point de vue, l'utilisation des mesures de performance dans le monde industriel permet d'évaluer « *l'efficacité des êtres* », « *leur performance* », « *leur productivité* » selon le vocabulaire de Boltanski & Thévenot (1991, p. 254).

> *« Le propre d'un indicateur, c'est quelque chose qu'on peut mesurer, suivre dans le temps etc., qui soit fiable. ». Contrôleur de gestion.*

Le taux d'activité médicale, le taux d'occupation, la durée moyenne de séjour ainsi que le taux de débordement sont, à ce titre, autant d'indicateurs utilisés comme référence à une fonction supposée normale et fonctionnelle des services et des blocs opératoires. Leur fonctionnalité implique une bonne coordination entre les acteurs et une gestion supposée homogène des mêmes pathologies entre les différents hôpitaux au niveau national. Ainsi, « *les objets du monde industriel sont des instruments, des moyens, mobilisés pour une action qui se présente comme une tâche de production. » (Boltanski & Thévenot, p. 256).*

> *« Le fait d'avoir des indicateurs de performance chiffrés, c'est qu'on ne laisse plus place à l'à peu près. Avant ça marchait comme ça « je pense que je n'ai pas débordé ». Si, tu as débordé mais tu ne veux pas t'en rendre compte. Le fait d'avoir des chiffres, ça objective les situations. ». Cadre supérieure de santé du bloc opératoire*

Ainsi, nos résultats révèlent que les mesures de performance servent à éprouver l'objectivité non seulement de la productivité des médecins mais aussi de leur habileté à coordonner les prises en charge de façon à ce qu'elles s'enchaînent de manière fluide et sans écarts. En utilisant ces mesures de performance, une conception plus subjective de la prise en charge et de sa réalisation tend à être écartée.

1.2.1.2 *Utilisées comme des critères de mesures pour objectiver les situations de travail présentes afin de garantir la fiabilité des projets futurs*

Dans une seconde modalité d'utilisation associée aux principes du monde industriel, ces mesures sont utilisées comme des garanties que *« les projets sont réalistes sur l'avenir » en* donnant des prévisions fiables d'activité (Boltanski & Thévenot, p.254). Ainsi, les mesures

expriment un *« univers techniquement prévisible »* (Boltanski & Thévenot, p.261). Les études médico-économiques réalisées par les cadres administratifs et qui mobilisent l'éventail des indicateurs de performance sont utilisées dans cette perspective afin de justifier des projets et de leur faisabilité.

> *« Je m'appuie sur l'existant. C'est vraiment sur l'existant, qu'est-ce qu'on fait aujourd'hui, qu'est-ce qu'on fera demain. Donc après je suis en train de synthétiser ça sous forme de tableau et après je le fais valider et je fais valider à ma responsable. C'est un tableau de bord prévisionnel d'activité. ». Contrôleur de gestion*

Les prévisions présentées par ces études doivent être réalistes et reposées sur l'étude quantitative des indicateurs chiffrés de l'activité déjà réalisée. Ainsi, les moyennes permettent d'établir des projections raisonnables qui servent de justification à l'appui du développement des projets médicaux.

1.2.2 L'utilisation des mesures de performance et le monde civique

Nous détaillons maintenant les modalités d'utilisation des mesures de performance qui contribuent en tant que dispositif à l'ordre de grandeur civique. Nous avons pour cela identifié deux modalités d'utilisation : (1) les mesures de performance sont utilisées pour contribuer à la bonne gestion de l'argent public du contribuable ; (2) les mesures de performance sont utilisées pour équilibrer les niveaux de dépenses et de recettes de l'hôpital dans le but d'assurer son maintien.

1.2.2.1 *Utilisées pour contribuer à la bonne gestion de l'argent public du contribuable*

Dans le monde civique, les mesures de performance sont conçues comme des dispositifs soutenant un bien commun qui est la gestion de l'argent public du contribuable. Celui-ci contribue en effet à remédier à des inégalités d'accès aux soins. Ainsi, les principes de la sécurité sociale en France tend à assurer un niveau de protection qui se veut égal pour tous avec un accès à des prestations identiques. Dès lors, si les contributions des citoyens sont proportionnelles en fonction de leur revenu, l'argent public assure une finalité commune qui soutient le principe de solidarité. A cet égard, les mesures de performance jouent un rôle dans la protection de ce bien commun.

« L'idée qu'un service public c'est aussi de l'argent public et que l'argent public, il ne doit pas être dilapidé. Bien sûr, un hôpital n'a pas vocation à faire quinze millions d'excédents mais il n'a pas vocation non plus à faire quinze millions de déficits non plus. L'argent de l'assurance maladie ce sont les cotisations sociales dont il faut prendre soin. ». Directeur financier

En effet, cette « *juste cause* » est soutenue par des objets et des dispositifs que sont les mesures de performance, qui permettent de s'assurer que l'argent est dépensé de la façon la plus juste.

1.2.2.2 *Utilisées pour équilibrer les niveaux de dépenses et de recettes de l'hôpital pour assurer son maintien*

Dans une seconde modalité d'utilisation associée aux principes du monde civique, les mesures de performance et les prévisions d'activités sont utilisées afin d'assurer l'équilibre budgétaire entre les « *recettes* » et les « *dépenses* ».

« On contractualise sur le niveau de dépense et sur le niveau de recette qu'on a préparé avec eux. En fait quand on fait des réunions de prévisions d'activité avec eux, de ça découle des prévisions de recette et tout cela est contractualisé. ». Contrôleur de gestion

Dès lors, l'état d'avancement des pôles en termes de réalisation d'activité et du suivi des indicateurs permet *in fine* d'assurer cet équilibre budgétaire en valorisant des recettes.

« Je suis sortie tout à l'heure d'une réunion où on a proposé ce qu'on appelle un EPRD (état prévisionnel des recettes et des dépenses), pour le pôle digestif, et donc on fait ça pour l'ensemble des pôles, département par département pour savoir quelle est l'activité qu'ils ont fait et celle qu'ils prévoient l'année prochaine et la recette éventuellement qui va en découler. Il y aura la recette mais il y aura également les dépenses et ça, ça va permettre de faire un suivi régulier pôle par pôle de leur état d'avancement en termes d'activité, en termes de durée moyenne de séjour, en termes de taux d'occupation, finalement en termes de recettes, en termes de dépenses. Et on suit l'ensemble des pôles au fil de l'eau, soit trois, quatre fois par an en sachant qu'en début d'année, ils signent un contrat de pôle. ». Médecin DIM

En outre, le travail réalisé par les techniciens de l'information médicale (TIM) sur la cotation des actes permet de récupérer des recettes grâce à un effort collectif d'optimisation. En effet, la fonction de ces professionnels est d'aider les médecins à tracer leur activité médicale dans des systèmes de codification afin que l'hôpital soit payé par les organismes d'assurance maladie et qu'ensuite les ressources soient allouées aux différents services.

> *« Les TIM (techniciens de l'information médicale) ont accès aux mêmes tableaux de bord. Nous on suit en direct les gains d'optimisation semaine par semaine, c'est-à-dire la revalorisation de l'ensemble des séjours des patients, en gros il y a 150 000 séjours par an à peu près de patients au sein du CHU et donc avec une certaine valeur, on frôle le milliard de recettes. Et sur ces 150 000 séjours, l'année dernière par exemple, on avait atteint une optimisation supplémentaire de l'ensemble des TIMS sur ces séjours de 26 millions d'euros, c'est-à-dire le fait de recontrôler des séjours à la fin on a récupéré 26 millions d'euros. ». Médecin DIM*

Ainsi, le médecin de la direction de l'information médicale supervise ces techniciens afin de récupérer des recettes associées à des séjours qui n'auraient pas été correctement codés par les médecins dans le système informatique.

1.2.3 L'utilisation des mesures de performance et le monde domestique

Dans le monde domestique, « *la recherche de ce qui est juste met l'accent sur les relations personnelles entre les gens » et les « être sont immédiatement qualifiés par la relation qu'ils entretiennent avec leurs semblables.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, pp. 206 ; 210). En outre, « *soutenir et manifester la relation hiérarchique entre les personnes constitue, dans le monde domestique, la détermination principale des objets.* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p. 212).

A ce titre, nos résultats révèlent que les mesures de performance sont utilisées dans le monde domestique à travers deux modalités d'utilisation : (1) les mesures de performance sont utilisées pour créer du lien et ritualiser les relations entre divers groupes d'acteurs ; (2) les mesures de performance sont utilisées pour pallier au manque de hiérarchie entre médecins et administratifs.

1.2.3.1 *Utilisées pour créer du lien et ritualiser les relations entre divers groupes d'acteurs*

Dans une première modalité d'utilisation associée aux principes du monde domestique, nos résultats révèlent que les mesures de performance sont utilisées pour créer un lien entre les êtres en étant le support d'un dialogue entre divers groupes de l'organisation hospitalière. A cet égard, les responsables du contrôle de gestion sont encouragés à créer du lien avec les cadres administratifs des pôles afin de pouvoir réaliser les études médico-économiques préparatoires à l'évaluation des projets.

> *« Au quotidien on doit veiller à créer du lien avec le cadre administratif. Faire des alertes, voir ce qui se passe quand il y a un indicateur qui est dans le rouge. (...) On nous dit souvent dans nos objectifs « attention n'oubliez pas d'être proche du cadre administratif » (...). On nous dit de prendre le téléphone, d'envoyer un mail, en fait de créer du lien, de se montrer présent. ». Contrôleur de gestion.*

En outre, lors des réunions du dialogue de gestion, médecins et administratifs se retrouvent pour échanger autour des situations de soin et de la réalisation de l'activité médicale.

> *« On a deux réunions de prévision et suivi d'activité (PSA) par an, et on a des réunions de suivi budgétaire. Quatre réunions en tout par an : deux réunions PSA, réunions spécifiquement réservées au suivi de l'activité et deux réunions budgétaires. Par an et pour chaque pôle. Après, dans les faits, on aborde l'aspect économique et l'aspect de l'activité dans toutes ces réunions. On aborde davantage l'engagement envers les budgets dans les réunions de suivi budgétaires. Sur le mode de délégation de gestion, c'est le même fonctionnement pour l'ensemble des pôles. ». Contrôleur de gestion*

Dès lors, la présentation des objectifs de performance ainsi que le suivi budgétaire rythment l'année hospitalière et constitue par là une forme de ritualisation qui soutient une régularité des relations entre médecins et administratifs. Les mesures de performance servent ainsi à mieux se connaître et à mieux connaître les situations que connaissent les services.

1.2.3.2 *Utilisées pour pallier au manque de hiérarchie entre médecins et administratifs*

Dans une seconde modalité d'utilisation associée aux principes du monde domestique, nos résultats révèlent que les indicateurs sont utilisés pour contractualiser des objectifs de performance permettant de pallier au manque de hiérarchie entre médecins et administratifs.

> *« On a contractualisé avec eux un certain nombre d'objectifs donc tout au long de l'année on va voir où est-ce qu'ils en sont, si les indicateurs sont au vert, très bien, s'ils sont au rouge on essaye de voir avec eux pourquoi, ou en tout cas les aider, faire des requêtes, aller voir le système d'information et creuser un peu. Mais en tout cas de les accompagner et d'essayer de trouver des explications ensemble et en tout cas d'essayer de trouver des solutions ou des mesures correctrices pour pallier et revenir au vert. ». Contrôleur de gestion*

Dès lors, les indicateurs soutiennent une forme d'incitation puisque les objectifs de performance cibles orientent le dialogue et sont contractualisés dans le contrat de pôle. Cependant, aucune sanction ou récompense ne sont associées véritablement à la non-atteinte des objectifs liés aux mesures de performance.

> *« Je trouve que dans le modèle ce qu'il manque c'est qu'il n'y a ni sanction, ni carotte, ni bâton ni carotte. La carotte y était à un moment donné parce qu'on avait l'intéressement. ». Contrôleur de gestion*

1.2.4 L'utilisation des mesures de performance et le monde marchand

Les mesures de performance observées participent également à plusieurs égards à l'ordre de grandeur marchand. En effet, nous avons identifié trois utilisations associées à ces principes : (1) les mesures de performance sont utilisées afin de favoriser des principes de compétitivité et de croissance continue de l'activité médicale ; (2) les mesures de performance sont utilisées afin de dynamiser la compétition entre médecins en fournissant des critères quantitatifs d'évaluation ; (3) les mesures de performance sont utilisées pour justifier de la rentabilité future des projets.

1.2.4.1 *Utilisées pour favoriser des principes de compétitivité et de croissance continue de l'activité médicale*

Les justifications soutenant l'utilisation de mesures de performance à l'hôpital s'appuient sur le besoin de promouvoir un service public compétitif capable de développer une stratégie active pour gagner des « *parts de marché* » sur le territoire. Les mesures de performance associées aux recettes de l'établissement orientent le discours des acteurs et également leur mode d'évaluation vers des principes du monde marchand. A ce titre, nos résultats révèlent qu'un champ lexical associé à l'ordre de grandeur marchand est employé par divers acteurs pour justifier de l'augmentation du taux d'activité. Les termes de « *rentabilité* », « *parts de marché* », « *hôpital-entreprise* », « *projets rentables* », « *patients non-rentables* » sont utilisés autant par les contrôleurs de gestion que par les soignants.

> *« Il faut le faire ce projet (la mise en place de la prestation intermédiaire) puisqu'il permet de gagner plus d'argent, d'apporter du bien aux gens et c'est immédiatement rentable. J'ai fait les comptes, c'est immédiatement rentable, la première année c'est rentable. C'est rentable sur le plan financier puisque ce qui les intéresse c'est le plan financier. ». Médecin PUPH*

En particulier, la durée moyenne de séjour (DMS) est « *problématique* » puisqu'elle est une variable qui impacte directement les recettes induites par la cotation de la prise en charge.

> *« Après il y a des problématiques, c'est toujours un peu les mêmes, sur le temps complet une variable qui fait beaucoup changer les choses en termes de rentabilité et en termes de recettes c'est la durée moyenne de séjour donc on la surveille de près. ». Contrôleur de gestion*

Cet indicateur est à l'origine de demandes faites aux médecins de raccourcir leur durée moyenne de séjour ou encore, de faire sortir les patients entre divers examens quand cela est possible.

> *« On essaye de trouver des compromis. Comme nous l'a expliqué l'administration hospitalière, il faut faire sortir les patients et les reprendre, moi je le fais quand j'estime que cela va rendre service au patient. (...) Dans ce cas-là je fais sortir les patients et je les reprogramme un peu plus tard et*

je leur fais le package avec les examens. Comme ça, ça fait qu'on est gagnant sur les deux plans : l'hôpital gagne de l'argent et le patient on essaye de lui apporter quelque chose de mieux. Mais c'est vrai que c'est un peu compliqué de trouver le compromis. ». Chirurgien

Nos résultats révèlent ainsi que les médecins sont aptes à concilier ces exigences si cela contribue également à l'intérêt du patient. En outre, les points SIGAPS, qui sont liés à la recherche médicale, sont également à l'origine de recettes importantes pour l'hôpital.

« La recherche est extraordinairement comptabilisée, c'est-à-dire qu'en fonction des papiers qui ont été publiés par mon équipe, qu'est-ce qu'on a publié dans l'année, dans quel niveau de revue, et les revues sont classées avec des impacts factor et un classement et bien le CHU va toucher les sous. Ça c'est une mesure de performance. Un service qui est performant en recherche c'est un service qui publie, qui publie beaucoup et plutôt dans des bonnes revues et le CHU va toucher des sous. ». Médecin PUPH

1.2.4.2 *Utilisées pour dynamiser la compétition entre médecins à travers le développement de l'évaluation sur des critères quantitatifs*

Dans une seconde modalité d'utilisation, les mesures de performance participent à l'ordre de grandeur marchand en favorisant un esprit de compétition entre médecins fondé sur des critères quantitatifs d'évaluation.

« On se compare sur les points de publication, le nombre d'interventions dans des congrès, le nombre de consultations, l'activité clinique on va dire, l'activité de recherche, universitaire. On se compare quantitativement sur ce qui est mesurable. Il y a les tableaux de bord qui permettent de comparer, de temps en temps je regarde. Je sais comment je me situe par rapport aux autres, je suis dans une bonne moyenne. Je suis à 300 consultations par an, ce qui est une bonne moyenne puisque c'est entre 200 et 400 consultations par an en moyenne. Les pics de ceux qui consultent le plus sont aux alentours de 800. Mais sur des profils de malades différentS. Je sais où je me situe. ». Médecin PH

A cet égard, les points SIGAPS en recherche médicale encouragent l'esprit de compétition des médecins. En effet, certains de nos répondants ont pu exprimer leur amour de la compétition et des classements en soulignant l'effet stimulant que cela produit sur eux.

> *Médecin PUPH : « Moi je produis en moyenne, il y a des bonnes et des mauvaises années, je produis en moyenne une centaine de points chaque année. Je pense que le type qui est au milieu, le PUPH qui est au milieu, il doit être à 50/60 mais le meilleur il est à 400. Vous tapez et vous avez un classement. Vous allez dans le logiciel et je peux vous dire qui est premier en 2019. Après si je choisis 2015-2019 je le sais aussi et si je choisi 2010-2015 je le sais aussi.*
>
> *Moi : D'accord et ça vous arrive de regarder ?*
>
> *Médecin PUPH : Un peu mais c'est parce que j'aime la compétition. Mais il y en a beaucoup qui ne regardent pas. Ma femme, et mes filles encore plus, pensent que je devrais voir un psy avec ça. J'adore les classements. J'aime bien être premier, enfin premier je n'y suis jamais mais j'aime bien monter dans les classements (rire). ».*

Le médecin me montre comment trouver sur l'ordinateur toutes les données concernant le classement des médecins par rapport au point SIGAPS de recherche. Il poursuit en faisant dérouler les pages du classement :

> *« Après on redescend à la page 2, il y en a d'autres qui sont un petit peu moins bons et, page 3, il y en a encore d'autres. Voyez, moi je suis là, ce n'est pas si mal 120 ! J'ai un petit peu dépassé ma moyenne habituelle, ce n'est pas si mal et puis après on continue à descendre. Il y a 136 pages dans le classement, je suis dans la page 3. Mais c'est mieux d'être dans la page 2. C'est pour vous dire comme c'est impressionnant. ». Médecin PUPH*

Ces citations soulignent ainsi que les mesures de performance sont utilisées de manière réflexive par les médecins dans le but de se situer par rapport aux autres médecins selon un critère quantitatif. A ce titre, les points SIGAPS apportent au rapport de grandeur qui ordonne

les médecins une dimension dynamique face à la dimension statique de la hiérarchie associée aux principes du monde domestique.

1.2.4.3 *Utilisées pour justifier de la « rentabilité future suffisante » des projets*

Enfin, dans une troisième modalité d'utilisation associée aux principes du monde marchand, les mesures de performance sont utilisées dans l'appréciation de la grandeur marchande d'un projet qui est assurée par l'analyse de la projection d'activité future. Ainsi, cette logique marchande teinte la demande des projets qui doivent justifier d'une « *rentabilité future suffisante* » afin d'être validés.

> *« Si vous remplissez bien les indicateurs et bien vous aurez des moyens pour vous récompenser. A l'hôpital aux pas bons on ne leur donne rien et aux bons on leur donne beaucoup parce qu'ils ont gagné et en recherche c'est pareil. Quand vous êtes très bons dans les tout premiers en recherche, vous avez des moyens pour la recherche, vous avez des ingénieurs qui vous aident, de l'argent pour vous aider à revoir les traductions, des choses comme ça et quand vous n'êtes pas bons, vous n'avez rien. ». Médecin PUPH*

Dans l'ordre de grandeur marchand, les « *moyens financiers* » attribués aux projets, autrement dit, l'argent alloué pour leur réalisation, est la mesure des dynamiques relationnelles entre médecins et représentants des directions.

1.2.5 L'utilisation des mesures de performance et le monde de l'inspiration

L'unique modalité d'utilisation des mesures de performance que nous avons associée aux principes du monde de l'inspiration est la suivante : les mesures de performance sont utilisées pour stimuler de nouvelles façons de penser les prises en charge. A ce titre, l'objectif de raccourcissement de la durée moyenne de séjour peut soutenir l'innovation dans les modalités de prise en charge des patients. La RAC ou l'hôtel-patient sont à cet égard des dispositifs innovants soutenus par le désir de créer de nouvelles formes de prises en charge.

> *« Là pourquoi on va développer la RAC (réhabilitation après chirurgie), pourquoi on va développer le J0, l'objectif c'est de diminuer les lits d'hospitalisation, c'est ce qui coûte le plus cher et de diminuer les durées*

moyennes de séjour, c'est pour ça qu'ils veulent développer le J0, la RAC. La RAC, en fait, c'est des patients où il y a toute une prise en charge avant le bloc, pendant l'intervention pour que les patients sortent beaucoup plus rapidement de l'hôpital. Par exemple, les néphrectomies partielles sur robot, les patients mettaient 4 jours avant de sortir. A Lyon, ils ont mis en place la RAC, les patients rentrent le jour même et le lendemain ils sont sortis. » Cadre de santé

Dès lors, d'après la cadre de santé, la préoccupation économique, sous-jacente à l'utilisation de mesures de performance comme la durée moyenne de séjour, orienterait les transformations associées aux modalités de prises en charge telles que la RAC qui est une réhabilitation améliorée après chirurgie qui aurait comme avantage, entre autres, de réduire la durée de séjour postopératoire ainsi que la « *chirurgie J0* » qui suppose une chirurgie et un retour à domicile le jour-même (chirurgie dite ambulatoire).

En outre, il n'est pas exclu que la compétitivité entre médecins à l'égard de la recherche scientifique est un effet stimulant sur la créativité. Cependant, puisque les acteurs observés et interrogés n'ont pas insisté sur ce point particulier outre-mesure, nous ne le développerons pas davantage.

1.2.6 L'utilisation des mesures de performance et le monde de l'opinion

Nous présentons maintenant les deux modalités d'utilisation que nous avons identifiées comme étant associées aux principes du monde de l'opinion : (1) les mesures de performance sont utilisées par les représentants de l'hôpital comme signe de la notoriété de l'institution ; (2) les mesures de performance sont utilisées par les médecins comme signe de leurs réalisations auprès des pairs et de la direction.

1.2.6.1 *Les mesures de performance utilisées par les représentants de l'hôpital comme signe de la notoriété de l'institution*

Dans cette première modalité d'utilisation, les mesures de performance sont mobilisées par les représentants de l'institution comme un dispositif soutenant l'ordre de grandeur de l'opinion afin de rendre compte du succès de l'établissement en termes de résultats d'activité.

« Du coup après là ce que je vais faire passer (les résultats d'activité), pour la direction générale, ils s'en servent pour le rapport d'activité et ils s'en servent aussi pour le discours de vœu du directeur général. On envoie les résultats pour qu'ils en parlent. ». Cadre administrative

Ici, notre répondant nous explique comment les résultats d'activité sont envoyés aux directions pour être utilisés dans certains discours publics, comme celui du directeur général pour les vœux de la nouvelle année, afin de valoriser le CHU et les équipes et ainsi de faire grandir le rayonnement de l'institution.

1.2.6.2 *Les mesures de performance utilisées par les médecins comme signe de leurs réalisations auprès des pairs et de la direction*

Dans cette seconde modalité d'utilisation participant à l'ordre de grandeur de l'opinion, les mesures de performance permettent aux médecins de faire valoir à leurs pairs ainsi qu'aux représentants de la direction leurs réalisations.

« La reconnaissance de l'institution est très faible, elle est trop faible. Sur la recherche on la reconnaît parce qu'elle rapporte des sous, c'est-à-dire que toutes les publications et toutes les recherches cliniques qui sont faites à l'hôpital en fait valent des points qui sont reconnus par le système SIGAPS, et ces points valent de l'argent qui sont donnés aux hôpitaux. Plus il y a des publications dans l'hôpital et plus il y a des essais cliniques où on inclut les malades, plus ça contribue au budget de l'hôpital. ». Médecin PUPH

Nos résultats révèlent ainsi que les points obtenus dans le système SIGAPS permettent d'obtenir une certaine reconnaissance qui découle à la fois de l'action même de publier mais également de la conséquence qui lui est associée, à savoir : « *rapporter de l'argent à l'hôpital* » et « *contribuer au budget de l'hôpital* ».

2. Les tensions entre les mondes induites par l'utilisation des mesures de performance à l'hôpital public

Si l'utilisation des mesures de performance à l'hôpital public suppose des modalités plurielles d'utilisation, comme nous venons de le détailler dans le point précédent, ces modalités ne nous permettent pas d'associer les mesures de performance à un ordre de grandeur unique. En effet, ces objets peuvent être utilisés autant dans le monde domestique pour ritualiser des relations, comme ils peuvent l'être dans le monde de l'opinion comme marque distinctive.

Ainsi, ces modalités d'utilisation revêtent des caractères distincts qui ne suscitent ni les mêmes critiques ni les mêmes tensions. Au fond, nos résultats révèlent que les tensions induites par les modalités plurielles d'utilisation des mesures de performance s'expriment principalement à travers des critiques envers les principes associés aux mondes industriel et marchand.

Nous procédons ainsi au dépliage de ces tensions issues de ces deux versants en proposant une vision des enjeux pluriels que suscitent, d'une part, une utilisation associée aux principes du monde industriel et, d'autre part, une utilisation associée aux principes du monde marchand.

2.1 Les tensions associées aux principes du monde industriel, induites par l'utilisation des mesures de performance

Nous entreprenons de décrire les tensions entre les mondes induites par les modalités plurielles d'utilisation des mesures de performance et associées aux principes du monde industriel. Pour ce faire, nous commençons par examiner les tensions internes au monde industriel avant d'étudier celles générées entre les mondes. Nous illustrons ces tensions par la figure suivante – figure que nous explicitons ensuite tout au long de cette sous-partie[35] :

[35] L'illustration des tensions et des critiques est adaptée de l'étude en marketing des auteurs El Euch Maalej & Roux (2012).

Figure 6 – Exemples de tensions entre le monde industriel et les autres mondes, induites par l'utilisation des mesures de performance

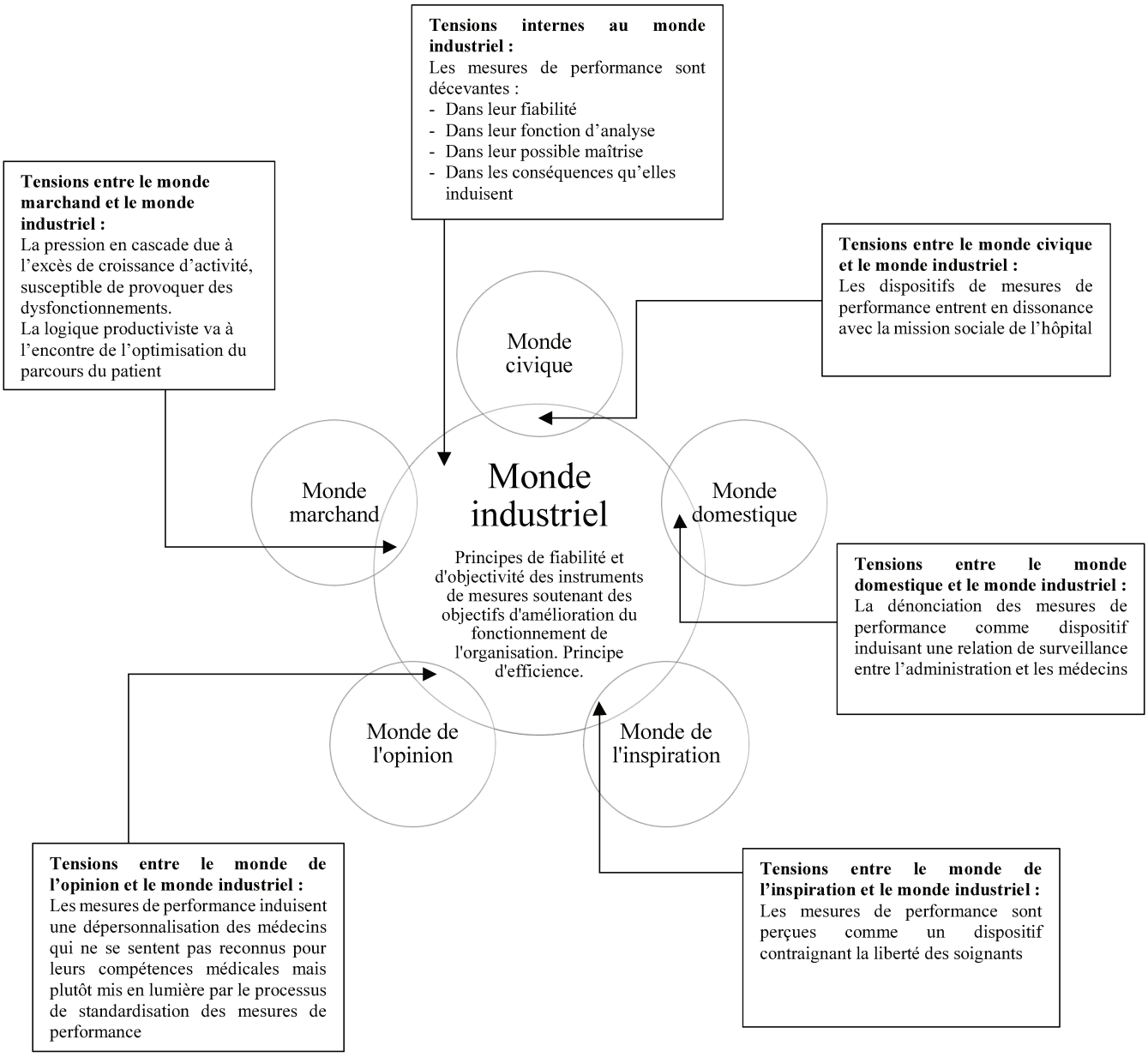


Tableau 32 - Catégories et verbatims illustrant les tensions liées aux principes du monde industriel, induits par l'utilisation des mesures de performance

Thèmes	Verbatims
Les tensions internes au monde industriel	
1.Les mesures de performance ne sont pas toujours fiables et sont susceptibles de ne pas coller à la réalité	*« Là où j'ai été le plus surprise avec les indicateurs, c'est quand je travaillais avec le DIM pour faire les travaux en pneumo et il me sort un truc : j'avais entre 115 et 130 décès à l'année ; On les vit, ils sont notés, je le sais, ils sont morts là, on les a vécus, indicateurs il me sort 53, vous n'avez eu que 53 décès. Je lui dis 'non je n'en ai pas eu 53, j'en ai eu 113, je les ai comptés, on les a vécus'. Donc en fait je ne sais pas comment ces indicateurs sont faits, moi j'ai besoin d'avoir mes propres indicateurs et pas ceux d'une machine, ou de gens de l'administration qui font les indicateurs qu'ils veulent (…). ». Cadre de santé* *« On ne peut rien comprendre quoi si on suit ce que nous dit le DIM. L'activité des patients aurait augmenté quasiment de 35 % cette année, ce qui est stupide, ce n'est pas du tout vrai. C'est stable depuis des années en fait. ». Chirurgien* *« Ils sortent des indicateurs qui ne sont pas réels de l'activité. Ils déclassent des hospitalisations, je suis d'accord, mais ça minimise l'activité. Si on déclasse une hospitalisation, alors qu'il a fallu lui faire une entrée, lui servir son repas, lui faire son lit, lui faire faire des bilans, etc. c'est déclassé à un jour au lieu de 3, donc tout le travail n'est pas reconnu là. Dans l'indicateur on vous dit que vous avez 30 séjours d'une nuit au lieu que vous, vous en avez 45 par exemple. Donc en fait je ne sais pas comment ils font leurs indicateurs et je pense qu'en fonction du poste qu'on occupe et de nos objectifs, on peut leur faire dire ce qu'on veut à nos indicateurs. ». Cadre de santé* *« On a une interface qui nous permet de connaître le taux d'occupation des lits mais je suis très critique vis-à-vis de ça. Pour le taux d'occupation des lits du service par exemple, on est un service où on est obligé, parce qu'on n'a pas beaucoup d'infirmières, de répartir les entrées des opérés d'un jour J entre la veille au soir et le matin. Si on veut que quelqu'un soit au bloc à 8h le matin, il faut qu'il puisse rentrer avant 8h de matin pour qu'il puisse rentrer dans son lit à 7h du matin pour que l'infirmière le voit, etc. Si on veut qu'à 7 h du matin un malade puisse entrer dans le lit, il faut qu'il n'y ait personne pendant la nuit pour entrer dans le lit le matin, donc le lit va être bloqué à partir du soir. L'administration, pour calculer le taux d'occupation des lits, va compter le nombre de lits occupés le soir sur le nombre de lits total. Comme j'ai un lit que je bloque pour le malade qui entre le lendemain parce que je ne peux pas faire autrement, et bien je suis pénalisé, on va me dire que je ne remplis pas mes lits. (…) Donc en fait on sait que le chiffre qui apparaît sur leur système est faux. ». Chirurgien* *« La difficulté pour nous c'est qu'on ne peut pas avoir une vision réelle de l'utilisation de ce laser au-delà des GHM, le taux d'utilisation par rapport à une thérapeutique, avec ou sans laser, avant ils la faisaient sans laser, vous voyez ce que je veux dire, par rapport à ce qu'ils avaient prévu, (…) on ne saura pas la part due au laser. ». Directrice adjointe des finances*
2.Les mesures de performance n'offrent pas une collecte et un traitement des données qui permettent une analyse en profondeur des situations	*« La difficulté pour nous c'est qu'on ne peut pas avoir une vision réelle de l'utilisation de ce laser au-delà des GHM, le taux d'utilisation par rapport à une thérapeutique, avec ou sans laser, avant ils la faisaient sans laser, vous voyez ce que je veux dire, par rapport à ce qu'ils avaient prévu, (…) on ne saura pas la part due au laser. ». Directrice adjointe des finances*
3.Le caractère non-maîtrisable de certaines mesures de performance	*« Je suis le taux d'occupation. Le seul élément qui m'intéresse moi, c'est réussir à passer les interventions que j'ai à passer parce qu'après je ne maîtrise absolument pas le taux d'occupation. Quand je programme un malade au bloc opératoire, ça peut toujours arriver une complication qu'on n'a pas prévue et qui fait allonger le temps opératoire. ». Chirurgien* *« Le taux d'occupation, je le suis. On a trente places. C'est un service où il m'est impossible d'avoir 30 patients. Nous avons les TCA qui ont besoin d'une chambre seule, c'est une prescription médicale. Il y en a 8 or il n'y a que 6 chambres seules. Qui dit plaies du pied, plaies chroniques, antibiotiques, ça peut finir en bactéries multi-résistantes et en isolement contact, c'est un patient qui doit être seul dans sa chambre. Je dois en avoir 4. Le problème c'est que les instances ne voient pas tout ça. ». Cadre de santé*
4.La contrainte du rythme accéléré de travail, comparable à celui d'une usine de production	*« La contrainte c'est le rythme de travail, c'est les enchaînements. C'est pour ça que j'ai parlé logistique, quand j'ai pensé ce bloc je l'ai pensé avec toutes les contraintes des heures de vacation. On est vraiment dans une logique d'usine, logique d'entreprise de production. ». Cadre de santé du bloc opératoire*

5.La recherche d'efficience peut aller à l'encontre de la qualité des soins	*« La logique plurielle c'est toutes les contraintes qu'on nous demande, d'être efficace, efficient et productif. Faire toujours plus avec moins de personnel. C'est ça aujourd'hui notre quotidien. Il y a des jours où faire du soin c'est problématique. ». Cadre de santé* *« On est tellement dans la production je pense que parfois on en oublie le patient, ou en tout cas ce n'est pas qu'on l'oublie mais on ne l'accueille pas comme on devrait l'accueillir et les équipes sont mal par rapport à ça. ». Cadre de santé*
Les tensions du monde industriel et du monde civique	
1.L'incompatibilité entre la mission sociale de l'hôpital et le raccourcissement des DMS ou l'optimisation du taux d'occupation	*« Je veux qu'on soigne tout le monde mais en même temps je suis tiraillée par le fait qu'il faut réduire la durée moyenne de séjour ; les patients étrangers qui ont besoin de soin, ça ne va pas ramener de l'argent à l'hôpital mais il faut les soigner. On est tiraillé entre des valeurs où il faut qu'on sauve l'hôpital public, donc qu'on fasse des économies mais en même temps il faut qu'on soigne tout le monde et on n'arrive pas à concilier les deux. Je n'arrive pas à concilier soigner tout le monde et atteindre la performance attendue. ». Cadre de santé* *« Le cas de monsieur J, roumain qui vit en caravane, qui est diabétique, qui a une plaie du pied qui s'aggrave. Il est arrivé chez nous sans couverture sociale avec son épouse et son fils qui vivent dans la caravane. Ils vivent tous les trois sans maillage autour d'eux autre qu'eux 3. Il ne fallait pas qu'il pose le pied par terre quand il est arrivé puisqu'il avait une grosse infection du pied. Pas de couverture sociale, pas de SSR (soins de suites et de réadaptation), donc il faut le garder parce qu'il ne peut pas poser le pied par terre. Mais si on le garde, il faut donner à manger à sa femme et à son fils. Qu'est-ce qu'on fait ? On doit être humain ou être dans une gestion administrative ? ». Cadre de santé* *« Je n'ai pas le temps d'aller chercher tous les mois les indicateurs de taux d'occupation. Quand un patient ne peut pas sortir, parce qu'il n'a pas de place en SSR(soins de suites et de réadaptation), on ne va pas le mettre à la rue. Les valeurs entrent en jeu à partir du moment où on ne va pas renvoyer cette personne. Là, la personne reste chez nous jusqu'à ce qu'on lui trouve une solution d'hébergement. ». Cadre de santé* *« Je me suis vue parfois on mettait des patients à la rue, ils n'ont pas de prise en charge post hôpital, il n'y a pas de suivi. On les met à la rue parce que ça pousse, il y a des entrées urgentes qui arrivent. C'est une usine. Ça pousse alors il faut faire sortir les patients. ». Infirmière*
2.Des patients qui plombent les mesures de performance	*« Dans ce service c'est difficile de se faire une DMS fiable avec les anorexiques qui ont une durée d'hospitalisation qui peut aller jusqu'à 3 mois et ça nous plombe la DMS alors que si on les exclut complètement, on a une DMS qu'on pourrait réduire peut-être un peu mais qui est dans la norme d'un service de médecine. ». Infirmier*
Les tensions du monde industriel et du monde domestique	
1.La dénonciation de la relation de surveillance de l'administration à travers les mesures de performance	*« On voit un taux d'occupation à 25 sur 30 par exemple, on est à 80%, j'ai 20% des lits qui ne sont pas occupés. Là-haut ils disent vous avez du personnel pour 30 lits, or ce n'est pas vrai. On va vous enlever du personnel puisque vous ne faites pas l'activité. Ça joue sur le matériel. Le taux d'occupation des lits ça fait tant de séjours à l'année et on n'est pas bon. ». Cadre de santé* *« Je ne m'en sers (les indicateurs) que comme argument quand on va avoir une réunion et qu'il va falloir discuter un nouvel équipement, un investissement, une infirmière, c'est le seul moment où ça m'intéresse parce que je ne trouve pas ça très pertinent dans la prise en charge des patients. J'essaie de m'approprier le langage de la personne en face de moi et que j'essaie d'anticiper les remarques désobligeantes que l'on va me faire. Je regarde les chiffres pour savoir s'ils sont favorables ou pas favorables, et s'ils ne sont pas favorables du coup j'essaye de comprendre pourquoi ils ne sont pas favorables pour avoir des éléments de réponse pour contrecarrer les mauvais arguments. C'est le seul intérêt que je vois parce que le taux d'occupation du lit, le taux d'occupation du bloc, ces choses-là, c'est des choses dont le patient n'en a absolument rien à faire. ». Chirurgien*
Les tensions du monde industriel et du monde de l'inspiration	
1.Les mesures de performance sont perçues comme un dispositif contraignant la liberté des soignants	*« L'éducation thérapeutique, parfois je n'ai pas le temps. Parfois des patients ont besoin et je n'ai pas le temps parce qu'il y a eu beaucoup d'entrées le matin et que je n'ai pas eu le temps et, prendre le temps de discuter avec les patients, ça, ça me manque. Parfois ils sont isolés. ». Infirmière* *« Je trouve que ça fait partie de la souffrance des personnels hospitaliers. Beaucoup ont envie de bien faire et sont empêchés de bien faire. Beaucoup sont submergés par des tâches informatiques, comptables qui ne font pas partie de leur cœur de métier. C'est ce qu'on pourrait appeler la maladie de l'hôpital. » Médecin PUPH*

	« Le fait que les médecins soient complètement pressurisés à la DMS, à rendre des comptes tout le temps, pour zéro argent supplémentaire, eh bien chef de service, ce n'est plus des métiers qui donnent envie. ». Médecin PH
Les tensions du monde industriel et du monde de l'opinion	
1.Les mesures de performance induisent une dépersonnalisation des médecins qui ne se sentent pas reconnus pour leurs compétences médicales mais plutôt mis en lumière par le processus de standardisation des mesures de performance	*« On nous dit juste « il faut que vous baissiez votre durée moyenne d'hospitalisation ou comment vous comptez augmenter l'activité ?». Voilà, l'administration vient nous voir en général, quand ils estiment qu'on pourrait faire mieux. On ne nous dit pas du tout quand c'est bien. On a beaucoup augmenté la greffe mais ça on ne nous le dit pas du tout, on n'a pas eu de félicitations, ni un pot de la part de l'administration. Par contre, on a la direction de l'information médicale qui vient nous voir pour nous dire quand ça ne va pas « oui votre DMS s'est un peu modifiée ». Chirurgien* *« Quand on est dans un service qui fait 150% d'activité tous les ans, qui augmente à personnel constant et qu'on vient nous voir pour la DMS de 2% qui n'est pas dans les clous, je leur ai dit que je ne vais pas présenter ça aux médecins ou aux infirmières qui triment toute la journée. C'est pas du tout positif ça, c'est pas très valorisant. ». Chirurgien* *« Donc tout ça, ça reste totalement financier. Il n'y a absolument pas d'arrière-pensée de service rendu. (…) Or ce praticien a vraiment une valeur ajoutée ! Eh bien, à aucun moment ça n'est apparu. On a vraiment l'impression d'être des pions, un chiffre. ». Chirurgien*
Les tensions du monde industriel et du monde marchand* (détaillées dans la partie suivante afin d'éviter la redondance).	

2.1.1 Les tensions internes au monde industriel

Les discours de nos répondants et des acteurs observés rendent compte d'une remise en cause des mesures de performance et des principes d'action associés au monde industriel, comme l'efficience et la productivité. Ainsi, dans l'analyse de nos résultats, nous avons identifié des tensions internes au sein du monde industriel. Ces tensions au sein d'un même monde correspondent à ce que Boltanski & Thévenot (1991) appellent des « *litiges* ».

Nous détaillons ainsi cinq modalités de tensions internes au monde industriel induites par l'utilisation des mesures de performance : (1) des tensions induites par la non fiabilité des mesures de performance qui sont susceptibles de ne pas coller à la réalité ; (2) des tensions induites par la non-capacité des mesures à offrir des données permettant l'approfondissement de certaines analyses ; (3) des tensions induites par le caractère non-maîtrisable des mesures ; (4) des tensions induites par le rythme accéléré de production; (5) des tensions induites par la recherche d'efficience qui peut aller à l'encontre de la qualité des soins.

Ces cinq modalités de tensions peuvent être regroupées sous deux noms plus génériques : (1) les tensions induites par l'imperfection des mesures de performance qui regroupent les trois premières modalités de tensions ; (2) les tensions induites par les conséquences de l'utilisation des mesures sur, d'une part, les conditions de travail des soignants et, d'autre part, sur les conditions de prises en charge des patients qui regroupent les deux dernières modalités de tensions.

2.1.1.1 *Des tensions induites par le manque de fiabilité des mesures de performance qui sont susceptibles de ne pas coller à la réalité*

Dans cette première modalité de tensions internes au monde industriel, les acteurs critiquent le manque de fiabilité des mesures de performance au sein de l'hôpital public, mesures qui peuvent ne pas coller à la réalité du terrain, du vécu des acteurs de soin. Ainsi, le lexique employé illustre la méfiance de nos répondants à l'égard des données issues des indicateurs de performance. Des termes ou des expressions comme « *faussé* », « *je ne les crois pas* » rendent compte de cette suspicion.

> *« Là où j'ai été le plus surprise avec les indicateurs, c'est quand je travaillais avec le DIM. J'avais entre 115 et 130 décès à l'année. On les vit, ils sont*

notés, je le sais, ils sont morts là, on les a vécus. Indicateurs, il me sort 53, « vous n'avez eu que 53 décès ». Je lui dis « non je n'en ai pas eu 53, j'en ai eu 113, je les ai comptés, on les a vécus ». Donc en fait je ne sais comment ces indicateurs sont faits (...) Pour moi, c'est faussé, si on n'est pas capable, pour quelqu'un qui est mort, il est mort quand même, on ne peut pas se tromper en disant qu'il est rentré chez lui, il est mort à l'hôpital. Il y a un certificat de décès. Que l'ordinateur me dise qu'il y en a eu 53 alors qu'il y en a eu 113, ça veut dire qu'il y en a eu 60 qui ont disparu, ils sont où ? Si l'ordinateur peut faire ça, pour le reste je ne les crois pas beaucoup. ». Cadre de santé

Ainsi, la fiabilité, qui est un critère d'appréciation de la grandeur dans l'ordre industriel est ici pointée du doigt comme étant défaillante. Ce décalage entre, d'une part, la représentation comptable de la réalité et, d'autre part, la réalité vécue des acteurs est fortement critiqué et fait émerger des craintes à l'égard de l'utilisation des mesures de performance. En effet, ces erreurs font perdre en crédibilité et peuvent générer un rejet des indicateurs de la part des soignants.

2.1.1.2 *Des tensions induites par la non-capacité des mesures à offrir une collecte et un traitement des données permettant l'approfondissement de certaines analyses*

La seconde modalité de tensions internes au monde industriel que nous avons analysée résulte du manque de finesse des mesures de performance qui ne permettent pas toujours d'offrir les données nécessaires permettant l'exercice d'analyse en profondeur des situations. En conséquence, les utilisateurs des indicateurs perçoivent ces mesures comme étant limitées dans leur fonction de collecte et de traitement des données et regrettent de ne pas disposer de moyens plus efficaces pour obtenir les informations souhaitées.

« La difficulté pour nous c'est qu'on ne peut pas avoir une vision réelle de l'utilisation de ce laser au-delà des GHM, le taux d'utilisation par rapport à une thérapeutique, avec ou sans laser, avant ils la faisaient sans laser, vous voyez ce que je veux dire, par rapport à ce qu'ils avaient prévu, (...) on ne saura pas la part due au laser. ». Directrice adjointe des finances

Cette critique à l'égard des indicateurs est émise par la directrice adjointe des finances, dont le travail s'appuie sur l'analyse des situations à travers le prisme des mesures de performance. Celle-ci regrette ainsi de ne pas pouvoir comprendre, de manière réaliste des situations de travail en profondeur.

2.1.1.3 *Le caractère non-maîtrisable de certaines mesures de performance*

La troisième modalité de tensions internes au monde industriel que nous avons identifiée est celle de la non-maîtrise des mesures de performance. En effet, certains de nos répondants nous ont fait part de leurs difficultés à avoir un contrôle sur les mesures associées à la performance de leur service.

> *« Je suis le taux d'occupation. Le seul élément qui m'intéresse moi, c'est réussir à passer les interventions que j'ai à passer parce qu'après je ne maîtrise absolument pas le taux d'occupation. Quand je programme un malade au bloc opératoire, ça peut toujours arriver une complication qu'on n'a pas prévue et qui fait allonger le temps opératoire, mais sur une intervention - on va dire standard - je sais combien dans mes mains ça va prendre de temps. ». Chirurgien*

Ce manque de maîtrise ou de contrôle peut être dû au type de patients présents dans les services. Ces patients requièrent pour certains des soins privilégiés et ont besoin d'une chambre individuelle plutôt qu'une chambre double, faisant ainsi chuter le taux d'occupation des lits (un lit restant inoccupé dans une chambre double par exemple). Cette non-maîtrise du taux d'occupation est également valable au bloc opératoire en raison du caractère imprévisible de certaines complications qui peuvent prendre plus de temps que le temps prescrit et prévu.

2.1.1.4 *Des tensions induites par la contrainte du rythme accéléré de travail, comparable à celui d'une usine de production*

La quatrième source de tensions internes à l'ordre de grandeur industriel que nous avons identifiée en lien avec l'utilisation des mesures de performance s'inscrit dans une critique de l'expérience d'accélération du rythme de travail due aux enchaînements et au turn-over des patients, générés par l'utilisation des indicateurs comme la durée moyenne de séjour ou le taux

d'occupation des lits. Si ce point sera particulièrement développé dans la sous-section sur les tensions autour des objets, nous en donnons ici l'idée principale :

> *« La contrainte c'est le rythme de travail, c'est les enchaînements. C'est pour ça que j'ai parlé logistique, quand j'ai pensé ce bloc je l'ai pensé avec toutes les contraintes des heures de vacation. On est vraiment dans une logique d'usine, logique d'entreprise de production. ». Cadre de santé du bloc opératoire*

Le monde industriel qui fonde sa grandeur dans l'organisation bien rodée des flux se voit remis en cause par ses principes d'efficience qui génèrent, de manière paradoxale, des enchaînements et des cadences trop rapides, rapprochant ainsi le fonctionnement de l'hôpital à celui d'une « *usine* » ou d'une « *entreprise de production* ».

2.1.1.5 *Des tensions induites par la recherche d'efficience pouvant aller à l'encontre de la qualité des soins*

Nous avons identifié enfin une cinquième modalité de tensions interne au monde industriel qui est celle de la recherche d'efficience, susceptible d'aller à l'encontre de la bonne liaison propre à la notion de « *parcours* » des patients que nous avons développée dans la première section de ces résultats.

> *« La logique plurielle c'est toutes les contraintes qu'on nous demande, d'être efficace, efficient et productif. Faire toujours plus avec moins de personnel. C'est ça aujourd'hui notre quotidien. Il y a des jours où faire du soin c'est problématique. ». Cadre de santé*

Ainsi, certains professionnels de santé font l'expérience de difficultés dans leur mission de soin en raison de l'activité accrue de production.

> *« On est tellement dans la production je pense que parfois on en oublie le patient, ou en tout cas ce n'est pas qu'on l'oublie mais on ne l'accueille pas comme on devrait l'accueillir et les équipes sont mal par rapport à ça. ». Cadre de santé*

Ici, la critique s'adresse à la production, l'efficience, et la productivité, qui sont des principes du monde industriel, et qui peuvent, de manière paradoxale, affecter la perception de la qualité des soins des patients.

2.1.2 Les tensions du monde industriel et du monde civique

Nous avons identifié des tensions depuis le monde civique vers le monde industriel et depuis le monde industriel vers le monde civique. Ces tensions entre les mondes correspondent à des tensions entre des modalités d'évaluation différentes de la prise en charge des patients. A ce titre, les acteurs ont souligné que la fonction d'optimisation des mesures de performance s'oppose à d'autres principes de grandeur comme celui de la fonction sociale de l'hôpital public.

Ainsi, d'après notre analyse, deux modalités de tensions entre le monde civique et le monde industriel sont induites par l'utilisation des mesures de performance : (1) des tensions induites par l'incompatibilité entre une prise en charge des patients les plus démunis et le raccourcissement des DMS (critique depuis le monde civique vers le monde industriel) ; (2) des tensions induites par des patients qui plombent les mesures de performance (critique du monde industriel vers le monde civique).

2.1.2.1 *L'incompatibilité entre une prise en charge des patients les plus démunis et le raccourcissement des DMS*

La première source de tensions entre les modalités d'évaluation contradictoires du monde industriel et civique est celle de la critique des dispositifs de mesures de performance comme étant incompatibles, du fait de leur fonction d'optimisation, avec la mission sociale de l'hôpital. En effet, nos résultats révèlent que certains patients requièrent non seulement un soin technique mais également un accompagnement social ou un hébergement d'urgence. A ce titre, les mesures de performance, comme la durée moyenne de séjour, rendent difficile certains choix associés à la dimension sociale de la prise en charge des patients les plus démunis, en requérant d'accélérer leur sortie.

> *« Je me suis vue parfois on mettait des patients à la rue, ils n'ont pas de prise en charge post hôpital, il n'y a pas de suivi. On les met à la rue parce que ça pousse, il y a des entrées urgentes qui arrivent. C'est une usine. Ça pousse alors il faut faire sortir les patients. ». Infirmière*

Cette contradiction entre une logique taylorienne de production d'actes médicaux et entre une vision globale de la prise en charge du patient à travers son parcours de soin est fortement critiquée par certains de nos répondants.

> *« Je veux qu'on soigne tout le monde mais en même temps je suis tiraillée par le fait qu'il faut réduire la durée moyenne de séjour ; les patients étrangers qui ont besoin de soin, ça ne va pas ramener de l'argent à l'hôpital mais il faut les soigner. On est tiraillé entre des valeurs où il faut qu'on sauve l'hôpital public, donc qu'on fasse des économies mais en même temps il faut qu'on soigne tout le monde et on n'arrive pas à concilier les deux. Je n'arrive pas à concilier soigner tout le monde et atteindre la performance attendue. ».* *Cadre de santé*

Ici, notre répondant questionne l'utilisation des DMS comme indicateurs de performance, tout en étant compréhensifs quant aux finalités de ces dispositifs qui servent à « *sauver l'hôpital public* » (civique). Dès lors, si cette citation révèle un conflit entre des modalités d'évaluation plurielles, elle révèle également que les répondants associent les dispositifs des mesures de performance à un bien commun pour l'hôpital public, qui suppose de sauver l'hôpital en atteignant « *la performance attendue* ».

2.1.2.2 *Des patients qui plombent les mesures de performance*

La seconde modalité de tensions entre les modalités d'évaluation du monde industriel et civique s'exprime à l'inverse de la première. En effet, certains acteurs ont émis des critiques issues du monde industriel vers le monde civique en mettant en lumière comment certaines typologies de patients peuvent mettre en péril le calcul des durées moyennes de séjour et, par conséquent, la performance de leur service.

Dans cette citation, le principe qui prévaut est celui d'une mesure fiable, difficile à réaliser en raison de certaines durées de séjour étant considérées comme étant plus longues que la moyenne. Dès lors, si certains patients étaient exclus de ce calcul, la DMS pourrait être réduite.

> *« Dans ce service c'est difficile de se faire une DMS fiable avec les anorexiques qui ont une durée d'hospitalisation qui peut aller jusqu'à 3 mois et ça nous plombe la DMS alors que si on les exclut complètement, on a une*

DMS qu'on pourrait réduire peut-être un peu mais qui est dans la norme d'un service de médecine. ». Infirmier

Ce répertoire de critiques est peu présent puisqu'il correspond à des situations spécifiques avec des typologies de patients particulières. En outre, les services qui accueillent de telles typologies de patients se trouvent mis en parallèle avec d'autres services dont la DMS est jugée comme « *normale* ». A ce titre, certains répondants en viennent à considérer une « *norme* » de durée de séjour, prescrite par les dispositifs de mesures de performance.

2.1.3 Les tensions du monde industriel et du monde domestique

L'unique source de tensions que nous avons identifiée entre les modalités d'évaluation du monde industriel et du monde domestique est la dénonciation de l'utilisation des mesures de performance comme support à la relation de surveillance des représentants des directions envers les médecins. A ce titre, les acteurs observés et interrogés ont souligné que la fonction d'optimisation des mesures de performance ne manque pas de s'opposer à d'autres sources d'autorité. Ainsi, les critiques issues du monde domestique vers le monde industriel découlent du fait que les professionnels de santé, médecins et soignants, appartiennent à des corps professionnels et des hiérarchies spécifiques, c'est-à-dire qu'ils répondent à des codes propres à leur ordre hiérarchique et qu'ils n'ont pas d'obligations directes de prendre en compte les mesures de performance.

En effet, l'utilisation de mesures de performance dans le cadre de la relation administration-médecins génère des contraintes propres au monde domestique dont les principes sont régis selon le respect de la hiérarchie. A ce titre, le contrôle par les mesures de performance des médecins présente un aspect discordant avec leur liberté d'exercice. Elles attachent les médecins par des dispositifs matériels à une évaluation fondée sur des critères quantitatifs et des indicateurs chiffrés. Tandis que dans le monde industriel, « *les chiffres parlent d'eux-mêmes* » (Boltanski & Thévenot, 1991, p.303), dans le monde domestique, d'autres dimensions rentrent en compte. A cet égard, de multiples exemples révèlent des tensions issues de la critique d'une relation de surveillance entre l'administration et les médecins à travers les mesures de performance.

« J'essaie de m'approprier le langage de la personne en face de moi et j'essaie d'anticiper les remarques désobligeantes que l'on va me faire. Je regarde les chiffres pour savoir s'ils sont favorables ou pas favorables, et s'ils ne sont pas favorables du coup j'essaye de comprendre pourquoi ils ne sont pas favorables pour avoir des éléments de réponse pour contrecarrer les mauvais arguments. C'est le seul intérêt que je vois parce que le taux d'occupation du lit, le taux d'occupation du bloc, ces choses-là, c'est des choses dont le patient n'en a absolument rien à faire. ». Chirurgien

Cette citation révèle que le dispositif des mesures de performance peut être rejeté par certains médecins qui soulignent que les indicateurs de performance peuvent être utilisés par les représentants de l'administration pour faire des « *remarques désobligeantes* » ou pour rendre compte de situations qui ne sont pas « *favorables* ». Ainsi, la critique découle de l'idée que les médecins sont jugés à travers les indicateurs et doivent rendre des comptes à l'administration. L'un de nos interviewés nous a ainsi expliqué comment il s'appropriait le langage des administratifs et comment il regardait ses indicateurs avant les réunions afin de « *contrecarrer les mauvais arguments* ». Dès lors, les indicateurs sont utilisés par ce médecin uniquement comme moyen de défense puisqu'il considère que « *c'est le seul intérêt* » de ces mesures.

2.1.4 Les tensions du monde industriel et du monde de l'inspiration

L'unique source de tensions que nous avons identifiée entre les modalités d'évaluation du monde industriel et du monde de l'inspiration est la critique de l'utilisation des mesures de performance en tant que dispositif contraignant la liberté des soignants. A cet égard, le dispositif des mesures de performance est critiqué par certains acteurs dans la mesure où il s'oppose à leur liberté d'exercice, et en particulier, au temps passé auprès des patients. A ce titre, les critiques se font depuis le monde de l'inspiration vers le monde industriel en raison de la « *routine* » que les mesures de performance instaurent en créant un hôpital semblable à une ligne de production.

« L'éducation thérapeutique, parfois je n'ai pas le temps. Parfois des patients ont besoin et je n'ai pas le temps parce qu'il y a eu beaucoup d'entrées le matin et que je n'ai pas eu le temps et, prendre le temps de discuter avec les patients, ça, ça me manque. Parfois ils sont isolés. ». Infirmière

En outre, l'un de nos répondants nous a expliqué que la pression exercée sur les médecins pour réduire les durées moyennes de séjour engendre un rejet de prise de responsabilité comme le titre de chef de service qui n'inspire plus les médecins.

> *« Le fait que les médecins soient complètement pressurisés à la DMS, à rendre des comptes tout le temps, pour zéro argent supplémentaire, eh bien chef de service, ce n'est plus des métiers qui donnent envie. ». Médecin PH*

Ainsi, le fait de devoir passer du temps à faire des tâches informatiques et comptables comme le fait de coder les actes médicaux, est associé à un sentiment de manque de liberté car les professionnels sont « *empêchés de bien faire* ».

> *« Je trouve que ça fait partie de la souffrance des personnels hospitaliers. Beaucoup ont envie de bien faire et sont empêchés de bien faire. Beaucoup sont submergés par des tâches informatiques, comptables qui ne font pas partie de leur cœur de métier. C'est ce qu'on pourrait appeler la maladie de l'hôpital. » Médecin PUPH*

Dès lors, nos résultats révèlent une dissonance entre le monde industriel et le monde de l'inspiration.

2.1.5 Les tensions du monde industriel et du monde de l'opinion

Dans cette modalité de tension entre le monde industriel et le monde de l'opinion, les acteurs sont critiques de la standardisation induite par les processus de mesures de performance qui est susceptible de heurter les modalités de reconnaissance attachées au travail des médecins.

En effet, les critiques visent le manque de reconnaissance qui s'exerce dans ce processus comptable qui met en lumière les écarts par rapport aux objectifs de performance tout en ne mettant pas en valeur la singularité des efforts conduits par les équipes médicales.

> *« On nous dit juste « il faut que vous baissiez votre durée moyenne d'hospitalisation ou comment vous comptez augmenter l'activité ?». Voilà, l'administration vient nous voir en général, quand ils estiment qu'on pourrait faire mieux. On ne nous dit pas du tout quand c'est bien. On a beaucoup*

augmenté la greffe mais ça on ne nous le dit pas du tout, on n'a pas eu de félicitations, ni un pot de la part de l'administration. Par contre, on a la direction de l'information médicale qui vient nous voir pour nous dire quand ça ne va pas « oui votre DMS s'est un peu modifiée ». Chirurgien

Ainsi, les acteurs dénoncent le manque de reconnaissance dont ils font l'objet tandis qu'ils maintiennent un niveau d'activité en surrégime pour optimiser leurs mesures de performance.

« Quand on est dans un service qui fait 150% d'activité tous les ans, qui augmente à personnel constant et qu'on vient nous voir pour la DMS de 2% qui n'est pas dans les clous, je leur ai dit que je ne vais pas présenter ça aux médecins ou aux infirmières qui triment toute la journée. C'est pas du tout positif ça, c'est pas très valorisant. ». Chirurgien

En outre, un autre de nos interviewés a émis de fortes critiques vis-à-vis de l'administration qui conditionne un poste contractuel d'un de ses collègues chirurgien à l'activité. Celui-ci regrette que la valeur du chirurgien ne soit pas évaluée selon sa plus-value en termes de compétences chirurgicales, exerçant une spécialité rare en France, mais plutôt en termes quantitatifs d'atteinte des objectifs de performance. En effet, la reconduite de son contrat est conditionnée à la réussite de certains objectifs.

« Donc tout ça, ça reste totalement financier. Il n'y a absolument pas d'arrière-pensée de service rendu. (…) Or ce praticien a vraiment une valeur ajoutée ! Eh bien, à aucun moment ça n'est apparu. On a vraiment l'impression d'être des pions, un chiffre. ». Chirurgien

Dès lors, certains médecins ont le sentiment de ne pas être reconnus pour la valeur ajoutée qu'ils apportent à l'institution hospitalière et regrettent de n'être qu'un « *pion* », qu'un « *chiffre* ».

2.2 Les tensions associées aux principes du monde marchand, induites par l'utilisation des mesures de performance

Nous présentons maintenant les tensions entre les mondes induites par les modalités plurielles d'utilisation des mesures de performance et associées aux principes du monde marchand. Pour ce faire, nous commençons par analyser les tensions internes au monde marchand avant d'examiner celles entre les mondes. Nous représentons ces tensions par la figure suivante – figure que nous expliquons ensuite tout au long de cette sous-partie :

Figure 7 – Exemples de tensions entre le monde marchand et les autres mondes, induites par l'utilisation des mesures de performance

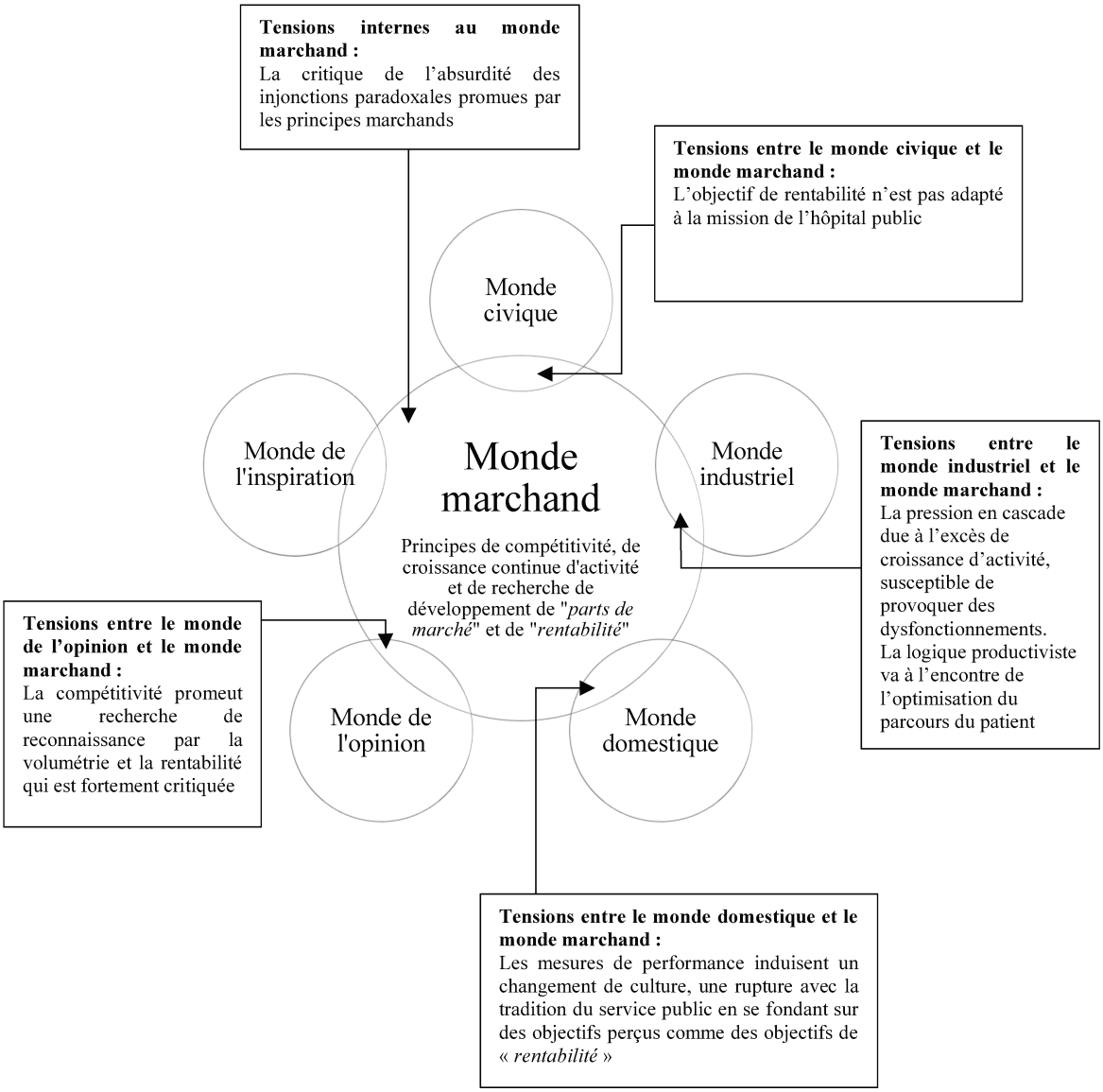


Tableau 33 - Catégories et verbatims illustrant les tensions liées aux principes du monde marchand, induits par l'utilisation des mesures de performance

Thèmes	Verbatims
Les tensions internes au monde marchand	
1.L'absurdité des injonctions paradoxales promues par les principes marchands	*« Il y a quelques années, on m'avait dit « la DMS en soin intensif doit baisser », parce qu'on était à 2,7 jours. Donc on a fait baisser la DMS et après on nous a dit « vous avez fait trop baisser la DMS parce que maintenant on est en dessous de 2,1, ce qui fait qu'on ne peut plus facturer deux nuits donc on perd de l'argent. On leur a dit « écoutez les gars il faut arrêter vos conneries. Vous ne pouvez pas nous demander d'un côté de diminuer et de l'autre d'augmenter pour gagner de l'argent, ce n'est pas possible. Si on a baissé la DMS c'est qu'on a considéré que pour les patients c'était mieux quoi. ». Chirurgien*
Les tensions entre le monde marchand et le monde civique	
1.L'objectif de rentabilité n'est pas adapté à la mission de l'hôpital public	*« La problématique de l'hôpital c'est qu'on est quand même un hôpital-entreprise, qu'on le veuille ou non même si on est sur du public, il faut que l'on soit rentable. On sait qu'il y a des choses qui ne seront jamais rentables. Il y a des patients que l'on prend, on sait qu'on va perdre avec ces patients-là, on sait qu'on ne sera pas rentable. ». Cadre de santé* *« On est hôpital public, on ne va pas laisser sur le bord de la route des patients sous prétexte qu'ils ne vont pas être rentables voire qu'ils vont nous coûter de l'argent. ». Cadre de santé* *« Quand on me dit : « la pneumologie, elle est super elle peut fermer plein de lits », bah oui ils se recentrent sur ce qui les intéresse, ils se fichent complètement de la santé publique, de soigner les personnes qui ont des bobos de pneumopathies et qui ont plus de 75 ans en hiver ! Et c'est comme ça dans tous les domaines ! ». Médecin PUPH* *« En clinique ou ailleurs, on sait que les patients à intervention à risque ne vont pas en clinique, ils viennent chez nous parce qu'avec la tarification, c'est facturé tant pour telle intervention avec une durée moyenne de séjour de tant, si le patient reste plus longtemps, si le patient complique, on ne touchera pas plus donc ça va nous coûter de l'argent. » Cadre de santé*
2. La critique d'une recherche d'économies locales au détriment d'une perte globale	*« Il y a un exemple aussi avec certains traitements intraveineux qui coûtent plus cher quand ils sont mis en une fois que quand ils sont mis en trois fois. Et donc pendant l'hospitalisation bon bah s'il est hospitalisé une semaine, tu as le temps de le faire tous les deux jours. Donc tu vas le faire tous les deux jours donc ça ne va pas prolonger l'hospitalisation mais si tu as une réflexion purement médico-économique, il faudrait faire sortir le patient et le faire revenir à l'hôpital de jour pour lui faire une perfusion, le faire sortir, le faire revenir à l'hôpital de jour pour faire la perfusion alors qu'en une injection tout est réglé mais ça coûte plus cher et l'hôpital perd de l'argent. Après on ne va pas faire revenir trois fois le patient, ça veut dire aussi trois transports ; ça l'hôpital s'en fout ce n'est pas lui qui paye mais après sur le plan médico-économique global il y a quand même une perte pour la société. ». Chirurgien* *« Pour moi cette organisation, ça a permis de couper et de diviser les malades. ». Chirurgien*
Les tensions entre le monde marchand et le monde industriel	
1.La critique d'une pression en cascade due à l'excès de croissance d'activité, susceptible de provoquer des dysfonctionnements	*« Le bloc est une bombe à retardement parce qu'il y a une pression qui est en cascade. Il y a la majorité des spécialités qui surbookent leur programme opératoire parce que la hantise c'est de ne pas occuper la vacation parce que dans leur tête il vaut mieux déborder que ne pas occuper la vacation sauf que les débordements ça a un impact direct sur les paramédicaux parce que leurs horaires sont calibrés sur les vacations et comme on n'a pas de marge de manœuvre, on a de l'absentéisme. ». Cadre supérieure du bloc opératoire*
2.La critique de certains médecins qui font le choix de se centrer sur des pathologies qualifiées de « *rentables* » au détriment des autres	*« Je ne prends plus que des pathologies qui tournent bien en T2A puis le papi qui décompense en insuffisance respiratoire, on dit que ce n'est pas de la pneumologie, qu'il aille ailleurs et que les services de médecine interne s'en débrouillent. Ça, c'est joué avec le système. Je suis bon élève auprès de l'administration, je réduis mes lits, je ne me centre plus que sur les pathologies d'intérêt soit par la T2A soit par la publication parce que je publie dessus et que la publication ça rapporte aussi ; je me concentre sur ce cœur d'activité et le reste je n'en ai rien à foutre. ». Médecin PUPH*

3. La logique productiviste va à l'encontre de l'optimisation du parcours du patient	*« L'inconvénient majeur c'est la logique productiviste de la T2A qui peut avoir pour effet délétère d'être contradictoire avec l'optimisation du parcours du patient, c'est-à-dire, la non-multiplication des mêmes actes au décours du parcours du patient, qu'on ne refasse pas plusieurs fois les mêmes examens de biologie ou d'imagerie au décours de vos hospitalisations dans les différents établissements, ou en consultation dans un cabinet de ville. ». Médecin PUPH*
4.La critique du blocage à l'offre de soin à cause de la croissance et du surrégime	*« On est en augmentation de 5 à 10% par an mais on est en blocage ; blocage parce qu'on est en surrégime parce qu'on a de plus en plus de demandes et qu'on ne peut pas y répondre, blocage par rapport à l'offre de soin et la demande que l'on a qui est sans cesse en croissance. Je ne suis pas bien parce que c'est difficile. Le personnel est un peu épuisé par ce qu'on leur demande. ». Médecin PH*
Les tensions entre le monde marchand et domestique	
1.Les mesures de performance infusent une surveillance et un contrôle des médecins fondés sur des objectifs de « *rentabilité* »	*« Ce qu'on demande aux chirurgiens, on demande à l'hôpital d'être rentable donc aujourd'hui toutes les spécialités chirurgicales et médicales on est observé à la loupe, on ne parle qu'à travers les tableaux qui sont chiffrés mais vous savez comme moi qu'on fait dire ce qu'on veut aux chiffres de là où on est. Donc les TROS (temps réel d'occupation des salles), les TBO (tableaux de bord opérationnels), si vous baissez un peu, si vous êtes en-dessous de 80% sur un taux d'occupation de salle, eh bien on vous dit mais qu'est-ce qui se passe, qu'est-ce que vous faites et on vous dit si vous ne savez pas occuper la vacation alors on va vous enlever la vacation et les ressources humaines. Donc en fait les chirurgiens sont soumis à une culture qui n'était pas la leur et qui n'était pas non plus celle du service public qui est d'avoir une rentabilité sur leur activité. » Cadre supérieure du bloc opératoire*
2.La dénonciation de l'esprit entrepreneurial des médecins	*« Je suis toujours choqué quand un médecin dit en réunion de direction " monsieur le directeur nous allons essayer de gagner des parts de marché ". C'est un terme qu'on n'aurait pas retrouvé dans la bouche d'un médecin il y a 20 ans. Et moi je suis toujours extrêmement choqué quand un médecin essaie de gagner des parts de marché. ». Médecin PUPH* *« Dans le privé il y a beaucoup d'orthopédie, c'est très concurrentiel. C'est une spécialité qui est très productrice, pareil pour la pédiatrie, donc tous sont dans les mêmes logiques, il faut faire du chiffre (…) On est rentré dans une notion de clientélisme qu'on le veuille ou pas. ». Cadre supérieure du bloc opératoire* *« Les patients nous le disent : on ne voit pas de chirurgien. Ça dépend les patients de qui. Ça dépend quel patient aussi, ça dépend pourquoi ils sont là, si ce sont des privés ou des publics. Parce que quand ce sont des privées, ce n'est pas l'interne qui décide. Il y a une collaboration avec l'interne. Les publics, l'interne prend en charge les patients, bien sûr qu'il peut se référer à un sénior pour avoir des avis mais c'est lui qui gère l'hospitalisation, la sortie, les traitements. Pour les privés, tout ce qui est papier de sortie, ce n'est pas l'interne qui s'en occupe. La date de sortie ce n'est pas l'interne qui la décide. Parce que les privés avant de sortir, ils vont voir le chirurgien, ils font leur chèque, parce que du coup il y a un dépassement et du coup ils font un chèque au chirurgien et c'est le chirurgien qui décide quand est-ce qu'il sort, dans quelles conditions, etc. Ils sont plus attentifs à ces patients puisqu'il y a un chèque au bout. ». Cadre de santé*
Les tensions entre le monde marchand et le monde de l'opinion	
1.La compétitivité promeut une recherche de reconnaissance par la volumétrie et la rentabilité qui est fortement critiquée	*« L'universitaire met très avant « moi je suis un universitaire ». Pour l'universitaire ce n'est pas l'enseignement, c'est la recherche « moi je fais de la recherche, moi je publie, moi je rapporte à l'hôpital par mes publications. ». Médecin PUPH chef de pôle* *« C'est toujours en quantitatif, c'est qui qui a fait le plus de. Et ça, il y a la notion en recherche de publication avec les points SIGAPS, parfois on assiste à des discussions incroyables « t'as vu untel il a 2000 points SIGAPS, l'autre n'en a que 600 donc implicitement celui-là est mieux que l'autre. Il y a des trucs parfois c'est curieux mais on parle en termes de points. Qui marque le plus de point ? Ça implique, qui dit point dit compétition. Pour quel trophée on ne sait pas ! ». Médecin PH* *« Maintenant c'est « je suis le meilleur auprès de vous, monsieur le Directeur général, c'est mon service qui est le plus rentable ». Ce n'est pas tout à fait pareil. Il y a quand même un cas, c'est « je veux être un excellent médecin » et dans l'autre cas c'est « je veux être un excellent gestionnaire. ». Médecin PUPH chef de pôle*

2.2.1 Les tensions internes au monde marchand

L'analyse de nos résultats nous a permis d'identifier une modalité de tension interne au monde marchand : (1) la critique de l'absurdité des injonctions paradoxales promues par des principes marchands et soutenues par l'utilisation des mesures de performance. Cette critique est majeure puisqu'elle suggère que les principes marchands sont incohérents car ils promeuvent un horizon à court-terme avec des objectifs de performance à atteindre, associés à l'idée de « *rentabilité* ». Ces objectifs sont ainsi fortement critiqués car ils sont considérés seulement du point de vue de la performance mais non du point de vue de la prise en charge des patients.

En effet, dans l'exemple ci-dessous, un chirurgien souligne le non-sens de deux demandes contradictoires de l'administration, portant, d'une part, sur la diminution de la durée moyenne de séjour et, d'autre part, sur son augmentation, et ce, pour des raisons de « *facturation* » et de « *perte d'argent* ».

> *« Il y a quelques années, on m'avait dit la DMS en soin intensif doit baisser, parce qu'on était à 2,7 jours. Donc on a fait baisser la DMS et après on nous a dit « vous avez fait trop baisser la DMS parce que maintenant on est en dessous de 2,1, ce qui fait qu'on ne peut plus facturer deux nuits donc on perd de l'argent. On leur a dit « écoutez les gars il faut arrêter vos conneries. Vous ne pouvez pas nous demander d'un côté de diminuer et de l'autre d'augmenter pour gagner de l'argent, ce n'est pas possible. Si on a baissé la DMS c'est qu'on a considéré que pour les patients c'était mieux quoi. Et puis bon, le côté économique je comprends bien mais nous on est là surtout pour le bien être du patient. Moi je ne ferai pas des choses qui n'iront pas dans le sens d'une meilleure prise en charge du patient pour gagner de l'argent, enfin pour faire gagner de l'argent à l'hôpital. ». Chirurgien*

Cette citation révèle une tendance à se concentrer sur des exigences à court-terme plutôt qu'à long-terme. Ainsi, l'exigence de réduction de la durée moyenne de séjour, afin d'optimiser les séjours et de favoriser le turn-over des patients, est ensuite remise en cause par l'administration qui exige au contraire de l'augmenter et ce, en raison de justifications financières et d'optimisation des recettes.

2.2.2 Les tensions du monde marchand et du monde civique

Nous détaillons maintenant deux modalités de tensions entre le monde marchand et le monde civique, induites par l'utilisation des mesures de performance : (1) La critique de l'objectif de rentabilité non-adapté à la mission de l'hôpital public ; (2) La critique d'une recherche d'économie locale au détriment d'une perte globale.

2.2.2.1 *La critique de l'objectif de rentabilité non-adapté à la mission de l'hôpital public*

La première modalité de tensions émise par nos répondants entre les modalités d'évaluation du monde marchand et du monde civique est la critique de l'objectif de rentabilité qui n'est pas adapté à la mission d'une organisation publique. En effet, nos répondants ont exprimé une critique de l'incohérence entre la mission de service public qui permet l'accès aux soins à tous sans discrimination, et l'objectif de rentabilité associé qui suppose que certains patients ne « *seront jamais rentables* ».

> *« La problématique de l'hôpital c'est qu'on est quand même un hôpital-entreprise, qu'on le veuille ou non même si on est sur du public, il faut que l'on soit rentable. On sait qu'il y a des choses qui ne seront jamais rentables. Il y a des patients que l'on prend, on sait qu'on va perdre avec ces patients-là, on sait qu'on ne sera pas rentable. ». Cadre de santé*

Ainsi, cette citation révèle que l'accent est mis sur une dimension au détriment d'autres dimensions importantes comme l'accès aux soins pour tous sans discrimination.

> *« On est hôpital public, on ne va pas laisser sur le bord de la route des patients sous prétexte qu'ils ne vont pas être rentables voire qu'ils vont nous coûter de l'argent. ». Cadre de santé*

Dès lors, les acteurs regrettent une discrimination et une division des patients selon des critères du monde marchand.

> *« Pour moi cette organisation, ça a permis de couper et de diviser les malades. ». Chirurgien*

En outre, les dispositifs de mesures de performance induisent l'idée d'une rentabilité financière associée aux différentes prestations de l'hôpital. De fait, des prestations à risque ne sont pas réalisées en clinique privée et sont susceptibles de « *coûter de l'argent* » pour l'hôpital, du fait des éventuelles complications.

> *« En clinique ou ailleurs, on sait que les patients à intervention à risque ne vont pas en clinique, ils viennent chez nous parce qu'avec la tarification, c'est facturé tant pour telle intervention avec une durée moyenne de séjour de tant, si le patient reste plus longtemps, si le patient complique, on ne touchera pas plus donc ça va nous coûter de l'argent. » Cadre de santé*

Cette logique de calcul financier est fortement critiquée par certains acteurs que nous avons interrogés et observés en réunion ou lors d'interactions plus informelles.

2.2.2.2 *La critique d'une recherche d'économies locales au détriment d'une perte globale*

La seconde modalité de tensions entre le monde marchand et civique induite par les mesures de performance est la dénonciation d'une tendance à se concentrer sur des problématiques impliquant la recherche d'économies locales au détriment d'une vision plus globale de l'économie du système de santé.

> *« Il y a un exemple aussi avec certains traitements intraveineux qui coûtent plus cher quand ils sont mis en une fois que quand ils sont mis en trois fois. Et donc pendant l'hospitalisation bon bah s'il est hospitalisé une semaine, tu as le temps de le faire tous les deux jours. Donc tu vas le faire tous les deux jours donc ça ne va pas prolonger l'hospitalisation mais si tu as une réflexion purement médico-économique, il faudrait faire sortir le patient et le faire revenir à l'hôpital de jour pour lui faire une perfusion, le faire sortir, le faire revenir à l'hôpital de jour pour faire la perfusion alors qu'en une injection tout est réglé mais ça coûte plus cher et l'hôpital perd de l'argent. Après on ne va pas faire revenir trois fois le patient, ça veut dire aussi trois transports ; ça l'hôpital s'en fout ce n'est pas lui qui paye mais après sur le plan médico économique global il y a quand même une perte pour la société. ». Chirurgien*

Ainsi, dans cette citation, notre répondant est critique des décisions qui peuvent représenter « *une perte pour la société* » (civique). En effet, celui-ci pointe du doigt l'effet pervers de la réduction de la DMS, susceptible d'entraîner des sorties de patients sans tenir compte des transports qui sont comptabilisés dans un paiement externalisé.

2.2.3 Les tensions du monde marchand et du monde industriel

Les modalités de tensions entre le monde marchand et le monde industriel sont plurielles. En effet, nous avons identifié dans nos résultats quatre d'entre elles : (1) la critique d'une pression en cascade due à l'excès de croissance d'activité, susceptible de provoquer des dysfonctionnements ; (2) la critique du risque de focalisation sur des pathologies qualifiées de « rentables » au détriment des autres ; (3) la critique de la logique productiviste qui peut aller à l'encontre de l'optimisation du parcours patient ; (4) la critique du blocage de l'offre de soin à cause de la croissance et du surrégime.

Dans ces quatre modalités, les principes d'amélioration du parcours patient, d'une part, et du fonctionnement de l'organisation, d'autre part ainsi que la recherche d'efficience (industriel) entrent en contradiction avec les principes de compétitivité, de croissance continue d'activité et de recherche de rentabilité (marchand).

2.2.3.1 *La critique d'une pression en cascade due à l'excès de croissance d'activité, susceptible de provoquer des dysfonctionnements*

La première modalité de tensions entre le monde marchand et industriel que nous avons identifiée est liée à la remise en cause du bon fonctionnement des services et du bloc opératoire (industriel) en raison d'une « *pression en cascade* » induite par la recherche de croissance continue d'activité et de mise en surrégime (marchand).

> *« Le bloc est une bombe à retardement parce qu'il y a une pression qui est en cascade. Il y a la majorité des spécialités qui surbookent leur programme opératoire parce que la hantise c'est de ne pas occuper la vacation parce que dans leur tête il vaut mieux déborder que ne pas occuper la vacation sauf que les débordements ça a un impact direct sur les paramédicaux parce que leurs horaires sont calibrés sur les vacations et comme on n'a pas de marge de manœuvre, on a de l'absentéisme. ». Cadre supérieure du bloc opératoire*

Si la notion de « *débordement* » suggère ici une critique du fonctionnement irrégulier du bloc opératoire (industriel), celle-ci s'inscrit cependant comme conséquence d'une stratégie choisie de surbooking des plages de plannings du bloc opératoire (marchand) et ce, dans le but d'optimiser le taux d'occupation des salles de bloc.

2.2.3.2 *La critique de certains médecins qui font le choix de se centrer sur des pathologies qualifiées de « rentables » au détriment des autres*

La seconde tension est liée aux dérives des principes marchands qui entraînent une focalisation sur des pathologies jugées « *rentables* », hiérarchisant les pathologies en fonction d'un critère d'ordre marchand et non selon un critère d'expertise (industriel).

Dès lors, l'un de nos répondants est très critique face au comportement de certains médecins qu'il décrit ci-dessous :

> *« Je ne prends plus que des pathologies qui tournent bien en T2A puis le papi qui décompense en insuffisance respiratoire, on dit que ce n'est pas de la pneumologie, qu'il aille ailleurs et que les services de médecines internes s'en débrouillent. Ça, c'est joué avec le système. Je suis bon élève auprès de l'administration, je réduis mes lits, je ne me centre plus que sur les pathologies d'intérêt soit par la T2A soit par la publication parce que je publie dessus et que la publication ça rapporte aussi ; je me concentre sur ce cœur d'activité et le reste je n'en ai rien à foutre. ». Médecin PUPH*

Ici, la critique est faite à l'encontre d'une stratégie de manipulation du système de la tarification à l'activité qui entraîne une sélection des patients orientée par un aspect financier puisqu'il faut que « *ça rapporte* » (marchand). Dans cette citation, cette stratégie de sélection s'oppose aux principes de l'expertise médicale (industriel) supposée être rendue accessible à l'ensemble des patients pour lesquels le médecin est formé à l'origine.

2.2.3.3 *La logique productiviste va à l'encontre de l'optimisation du parcours du patient*

La troisième modalité de tensions entre le monde industriel et marchand est associée à une critique de la logique productiviste induite par l'utilisation des mesures de performance et qui entre en contradiction avec l'optimisation du parcours du patient.

« L'inconvénient majeur c'est la logique productiviste de la T2A qui peut avoir pour effet délétère d'être contradictoire avec l'optimisation du parcours du patient, c'est-à-dire, la non-multiplication des mêmes actes au décours du parcours du patient, qu'on ne refasse pas plusieurs fois les mêmes examens de biologie ou d'imagerie au décours de vos hospitalisations dans les différents établissements, ou en consultation dans un cabinet de ville. ». Médecin PUPH

Ici, la multiplication des actes médicaux dans le but d'obtenir des recettes pour les différents établissements qui les effectuent est fortement critiquée (marchand). En effet, cette logique d'action s'oppose à la notion de « *parcours* » (industriel) qui suppose une cohérence pour le patient qui ne devrait se limiter qu'aux actes nécessaires à sa prise en charge.

2.2.3.4 *La critique du blocage de l'offre de soin à cause de la croissance et du surrégime*

Enfin, la dernière modalité de tensions que nous avons identifiée est celle d'une croissance continue d'activité qui finit par bloquer l'offre de soins.

« On est en augmentation de 5 à 10% par an mais on est en blocage ; blocage parce qu'on est en surrégime parce qu'on a de plus en plus de demandes et qu'on ne peut pas y répondre, blocage par rapport à l'offre de soin et la demande que l'on a qui est sans cesse en croissance. Je ne suis pas bien parce que c'est difficile. Le personnel est un peu épuisé par ce qu'on leur demande. ». Médecin PH

De fait, l'augmentation continue d'activité (marchand) est liée à une demande en croissance continue qui finit par créer un surrégime et un « blocage » (industriel) des flux, susceptibles de créer un surrégime et d'épuiser les professionnels.

2.2.4 Les tensions du monde marchand et du monde domestique

L'analyse de nos résultats nous a permis de mettre en lumière quatre modalités de tensions entre les principes du monde marchand et ceux du monde domestique. En effet, nos répondants ont émis des critiques sur deux dimensions que nous détaillons ci-dessous : (1) les mesures de performance induisent une surveillance et un contrôle des médecins fondés sur des objectifs

perçus comme des objectifs de rentabilité ; (2) la dénonciation de l'esprit entrepreneurial des médecins.

2.2.4.1 *Les mesures de performance induisent une culture différente de celle du service public en se fondant sur des objectifs perçus comme des objectifs de « rentabilité »*

Cette première modalité de tension rend compte d'une opposition entre la culture de service public, qui tend à être remplacée par une nouvelle culture, celle de la recherche de rentabilité (marchand). Ainsi, la surveillance qui s'effectue à travers les « *chiffres* », les « *tableaux qui sont chiffrés* », le « *taux d'occupation* », engendre un changement de tradition et bouscule l'histoire de l'hôpital en offrant une culture différente de celle du service public (domestique).

> *« Ce qu'on demande aux chirurgiens, on demande à l'hôpital d'être rentable donc aujourd'hui toutes les spécialités chirurgicales et médicales on est observé à la loupe, on ne parle qu'à travers les tableaux qui sont chiffrés mais vous savez comme moi qu'on fait dire ce qu'on veut aux chiffres de là où on est. Donc les TROS (temps réel d'occupation des salles), les TBO (tableaux de bord opérationnels), si vous baissez un peu, si vous êtes en-dessous de 80% sur un taux d'occupation de salle, eh bien on vous dit mais qu'est-ce qui se passe, qu'est-ce que vous faites et on vous dit si vous ne savez pas occuper la vacation alors on va vous enlever la vacation et les ressources humaines. Donc en fait les chirurgiens sont soumis à une culture qui n'était pas la leur et qui n'était pas non plus celle du service public qui est d'avoir une rentabilité sur leur activité. ». Cadre supérieure du bloc opératoire*

Ici, la notion de changement de culture est fortement critiquée depuis le monde domestique qui s'appuie sur les habitudes et l'histoire pour perpétuer les traditions. De ce changement de culture, une seconde tension émerge - tension que nous détaillons ci-dessous.

2.2.4.2 *La dénonciation de l'esprit entrepreneurial des médecins*

La deuxième modalité de tensions entre le monde domestique et marchand s'appuie sur la critique de l'esprit entrepreneurial des médecins qui s'approprient un langage issu du monde marchand afin de dialoguer avec les directions. De fait, l'utilisation de termes comme « *parts de marché* » (marchand) est fortement critiquée de la part d'autres médecins, puisque ce

glissement de vocabulaire suppose un changement fort dans la manière dont les médecins appréhendent les prises en charge.

> *« Je suis toujours choqué quand un médecin dit en réunion de direction « monsieur le directeur nous allons essayer de gagner des parts de marché ». C'est un terme qu'on n'aurait pas retrouvé dans la bouche d'un médecin il y a vingt ans. Et moi je suis toujours extrêmement choqué quand un médecin essaie de gagner des parts de marché. ». Médecin PUPH*

Ici, l'esprit entrepreneurial qui suppose une analyse financière des opportunités à saisir s'inscrit en rupture avec une culture d'il y a « *vingt ans* » (domestique). Cette tension s'accompagne également de la critique de l'influence des objectifs perçus comme des objectifs de rentabilité sur la relation avec les patients.

> *« Dans le privé il y a beaucoup d'orthopédie, c'est très concurrentiel. C'est une spécialité qui est très productrice, pareil pour la pédiatrie, donc tous sont dans les mêmes logiques, il faut faire du chiffre (…) On est rentré dans une notion de clientélisme qu'on le veuille ou pas. ». Cadre supérieure du bloc opératoire*

Cette critique vers les principes de « *concurrence* » du monde marchand, qui favorisent la productivité et qui encouragent à « *faire du chiffre* » questionne l'esprit du service public et de la relation au patient au sein de l'institution hospitalière.

> *« Les chirurgiens à la différence de certains médecins sont concernés par un différentiel de revenu entre les activités privées et publiques et en fait actuellement, nous avons tous les cinq, médecins permanents du service, une activité privée en supplément de l'activité hospitalière, ce qui fait qu'on a une activité de soin plus importante que nos confrères médicaux qui n'ont pas à ma connaissance, pour la plupart d'entre eux, ce complément d'activité privée en complément de l'activité hospitalière. ». Chirurgien PH*

Dès lors, nos résultats révèlent que certains acteurs sont critiques de la différence susceptible de s'opérer pour ces chirurgiens entre patients privés et patients publics au sein même de

l'organisation hospitalière. En effet, l'activité privée s'ajoute à l'activité publique, entraînant ainsi un manque de temps pour rendre visite à tous les patients opérés.

> *« Les patients nous le disent : on ne voit pas de chirurgien. Ça dépend les patients de qui. Ça dépend quel patient aussi, ça dépend pourquoi ils sont là, si ce sont des privés ou des publics (…) Parce que les privés avant de sortir, ils vont voir le chirurgien, ils font leur chèque, parce que du coup il y a un dépassement et du coup ils font un chèque au chirurgien et c'est le chirurgien qui décide quand est-ce qu'il sort, dans quelles conditions, etc. Ils sont plus attentifs à ces patients puisqu'il y a un chèque au bout. ». Cadre de santé*

Ici, notre répondant est très critique face à l'inégalité d'accès à la même qualité de soin entre des patients privés et des patients publics – patients distingués par la dimension financière.

2.2.5 Les tensions du monde marchand et du monde de l'opinion

2.2.5.1 *La critique de la compétitivité qui promeut une recherche de reconnaissance par la volumétrie et la rentabilité*

L'unique modalité de tensions entre les principes du monde marchand et ceux du monde de l'opinion que nous avons identifiée est celle de la critique de la compétitivité qui promeut une recherche de reconnaissance par la volumétrie et la rentabilité.

> *« L'universitaire met très avant « moi je suis un universitaire ». Pour l'universitaire ce n'est pas l'enseignement, c'est la recherche « moi je fais de la recherche, moi je publie, moi je rapporte à l'hôpital par mes publications. ». Médecin PUPH Chef de pôle*

Ici, la dérive est implicitement pointée du doigt dans cette citation puisque ce praticien explique que l'institution reconnaît ce qui « *rapporte des sous* », orientant ainsi la modalité d'évaluation vers une évaluation de la grandeur marchande de l'activité de soin et de recherche.

> *« C'est toujours en quantitatif, c'est qui qui a fait le plus de. Et ça, il y a la notion en recherche de publication avec les points SIGAPS, parfois on assiste à des discussions incroyables « t'as vu untel il a 2000 points SIGAPS, l'autre n'en a que 600 donc implicitement celui-là est mieux que l'autre. Il y a des*

trucs parfois c'est curieux mais on parle en termes de points. Qui marque le plus de point ? Ça implique, qui dit point dit compétition. Pour quel trophée on ne sait pas ! ». Médecin PH

Cet esprit de compétition favorise des comportements de comparaison sur des critères quantitatifs comme le nombre de points SIGAPS. A ce titre, les acteurs que nous avons interrogés et observés ont dénoncé la manière dont les critères quantitatifs d'évaluation ont influencé la façon d'entrer en compétition et d'obtenir une reconnaissance.

Adjointe au chef de pôle : La compétition, ça existait déjà avant, sauf qu'on ne disait pas des parts de marché mais « je prends tous les malades parce que je suis le meilleur et que je ne veux pas qu'ils aillent ailleurs ». On ne le disait pas comme ça, on ne le disait pas de la même façon mais la démarche était la même.

Chef de pôle : Je crois que ce n'est pas du tout la même chose. C'est « je suis le meilleur en médecine » et maintenant c'est « je suis le meilleur auprès de vous, monsieur le Directeur général, c'est mon service qui est le plus rentable ». Ce n'est pas tout à fait pareil. Il y a quand même un cas, c'est « je veux être un excellent médecin » et dans l'autre cas c'est « je veux être un excellent gestionnaire ».

(...)

Adjointe au chef de pôle : Oui parce que c'est le critère qui a changé quand on se compare. Le but premier c'est d'être le meilleur ! Après on s'adapte au critère d'évaluation du meilleur. Comme on veut être le meilleur quoi qu'il arrive, on s'adapte aux critères qu'on nous demande de faire. ».

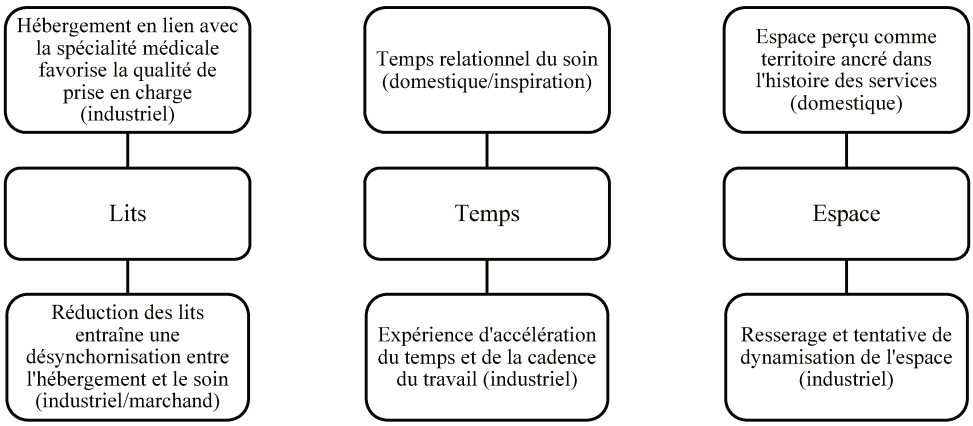
Bureau de pôle, 6 février 2019.

Au fond, cette citation révèle que le monde marchand appuyé sur des indicateurs a généré de nouvelles dynamiques de compétition, en prenant compte très largement de l'administration comme juge de cette compétition.

3. Le rôle de l'utilisation des mesures de performance dans la cristallisation des tensions autour d'objets devenus des « *objets de tensions* » à l'hôpital public

Cette troisième partie présente la cristallisation des tensions évoquées par les acteurs que nous avons observés et auditionnés autour d'objets devenus des « *objets de tensions* ». En effet, les tensions décrites par les répondants ont été clairement énoncées comme étant relatives à trois objets : les lits d'hospitalisation, le temps et l'espace. L'objectif de cette partie est donc de comprendre comment les tensions se cristallisent autour de ces objets ainsi que le rôle des mesures de performance dans ces mises en tensions. Nous développons tout d'abord l'analyse de la cristallisation des tensions autour des lits d'hospitalisation. Nous détaillons ensuite la cristallisation des tensions autour de la notion du temps puis, pour finir, nous présentons la cristallisation des tensions autour de la notion d'espace. Nous représentons les objets mis en tension entre les mondes par l'utilisation des mesures de performance par la figure suivante – figure que nous analysons ensuite au travers de nos différentes sous-parties :

Figure 8 – Les objets mis en tension entre les mondes par l'utilisation des mesures de performance

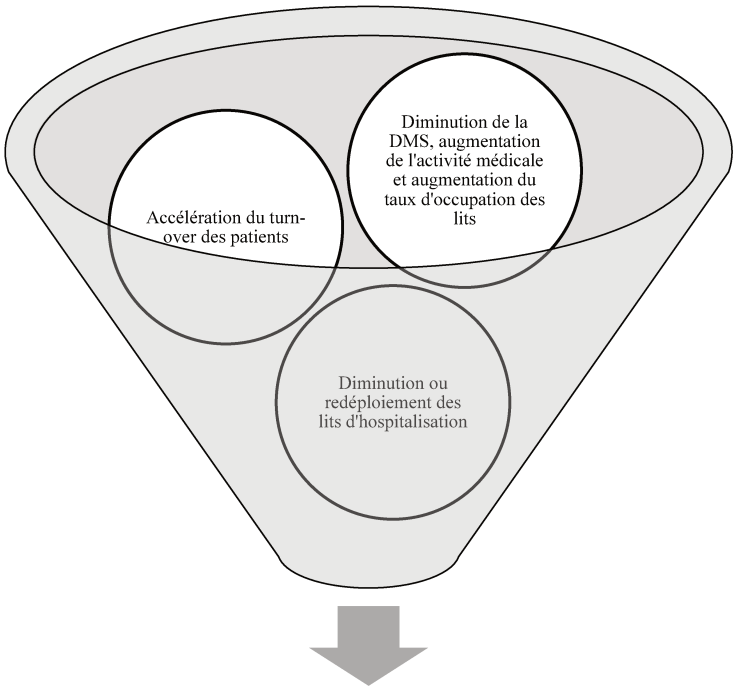


3.1 La cristallisation des tensions autour des lits d'hospitalisation

Cette première sous-partie illustre la manière dont les acteurs que nous avons observés et auditionnés perçoivent des tensions autour des lits d'hospitalisation. En effet, les tensions énoncées par les répondants ont été distinctement mises en relation avec le rôle de l'utilisation des mesures de performance dans la désynchronisation entre l'hébergement des patients et le soin. L'objectif de cette première sous-partie est donc de comprendre comment des tensions sont induites par l'augmentation du turn-over des patients et la gestion des lits d'hospitalisation au sein de l'hôpital public français.

Nous avons identifié deux modalités de tensions associées à la gestion des lits : (1) la dénonciation des conditions détériorées de la prise en charge des patients induite par la désynchronisation entre l'hébergement et le soin ; (2) la dénonciation des conditions de travail détériorées des équipes soignantes liée à la désynchronisation entre l'hébergement et le soin. Nous illustrons ces rouages par la figure suivante – figure que nous détaillons ensuite :

Figure 9 – Le rôle de l'utilisation des mesures de performance dans la gestion des lits d'hospitalisation et les tensions associées



(1) Tensions induites par la désynchronisation entre l'hébergement et le soin des patients, générant une détérioration perçue de la qualité de la prise en charge des patients;

(2) Tensions induites par la désynchronisation entre l'hébergement et le soin des patients, entraînant des conditions de travail détériorées pour les équipes soignantes et médicales.

Tableau 34 - Catégories et verbatims illustrant les tensions liées à la gestion des lits d'hospitalisation

Thèmes	Verbatims
Les tensions liées aux conditions de prise en charge détériorées des patients liées à la désynchronisation de l'hébergement et du soin des patients	
1. La critique des justifications « comptables » et « financières » associées au redéploiement ou à la diminution des lits d'hospitalisation	*« L'objectif est de diminuer les lits d'hospitalisation sur l'ensemble de l'hôpital parce que c'est ce qui coûte le plus cher. Développer l'ambulatoire, développer le J0, faire rentrer le maximum de patients le jour même pour éviter de bloquer des lits. Un patient, par exemple, qui rentre demain matin, cet après-midi, j'ai bloqué un lit pour lui donc là j'ai un lit bloqué qui ne va rien nous rapporter et donc ça sur l'ensemble du CHU, financièrement ça a un impact aussi. C'est pour ça qu'il faut faire rentrer un maximum de patients le jour même et c'est aussi pour ça qu'ils développent l'hôtel patient pour ne pas que les patients viennent mobiliser un lit la veille pour rien, donc ce qu'ils veulent, c'est un turn-over de patients aussi. ». Cadre de santé* *« Si le patient passe la nuit juste pour lui faire une prise de sang, ou parce qu'il habite loin ou qu'il est âgé, ça fait cher pour l'institution et c'est à perte pour l'institution. ». Cadre de santé* *« De ce que je vois, là où l'activité ne bat pas son plein, tôt ou tard on ferme des lits. Vous finissez par concentrer l'activité sur un nombre de lits. Quand on ferme des lits, vous concentrez l'activité sur moins de lit et vous arrivez au plus juste, ça tourne non-stop. ». Cadre de santé* *« Les jeunes ils ont quand même compris que de par ce qui se passe dans le privé, dans le privé il n'y a pas ça cette notion d'appartenance des lits, ça n'existe pas, c'est mutualisé, les chirurgiens mettent leurs patients dans les lits qu'il n' y a pas le service de x. Je pense qu'ils ont compris, ils appréhendent le fait qu'aujourd'hui on ne peut plus se permette d'avoir des lits vides. Ça devient compliqué aujourd'hui de justifier qu'on ait du personnel pour faire tourner des lits qui ne tournent pas. ». Médecin PUPH*
2.La critique de la désynchronisation, entraînant une détérioration perçue de la qualité de la prise en charge des patients	*« Il y a des périodes où, par exemple, la semaine dernière j'ai fait héberger lundi, mardi, mercredi, cinq patients tous les jours dans un autre service. (…) Pour les patients, déjà ils ne sont pas très rassurés même si on leur explique qu'ils ne sont pas dans l'unité adaptée. Donc on les héberge à droite, à gauche. Pour retrouver le service où ils sont hébergés, ce n'est pas facile. Ils sont avec des équipes qu'ils ne connaissent pas. Pour le patient ce n'est pas sécurisant, pour les accompagnants non plus. ». Cadre de santé* *« Souvent je dis que ce n'est pas un lit qui soigne. Il faut que le malade soit au bon endroit, ce n'est pas le lit qui soigne. Chaque jour au CHU, on manque de lits mais il y a 200 lits vides. Donc ils sont là mais on ne peut pas mettre un malade x sur un lit y, qui va s'en occuper ? (…) Les administratifs sont convaincus qu'on pourrait faire plus avec moins de lits sauf que les lits sont un peu partout dans l'établissement et ce n'est pas fonctionnel. Je ne vais pas envoyer le patient en ophtalmo s'il fait quelque chose au niveau abdominal. ». Médecin PH* *« La valeur c'est quoi ? C'est uniquement le taux d'occupation ? C'est prendre 15 personnes sur 8 lits sans trop savoir ce qu'on va leur faire et comment on va leur faire ? Est-ce que c'est des soins qui sont vraiment conformes en termes d'hygiène, d'empathie, de prise en charge de la douleur, de surveillance ? Qu'on n'est pas dangereux ? Qu'on n'a pas d'effets secondaires ? Est-ce que c'est aussi la parole des soignants, des gens qui y travaillent, aussi bien les médecins que les infirmières ? Est-ce qu'on est content de ce que l'on fait ? Est-ce que l'on se reconnait dans son travail ? A quoi accorde-t-on de la valeur ? ». Cadre de santé*
Les tensions liées aux conditions de travail détériorées des équipes soignantes et médicales liées à la désynchronisation de l'hébergement et du soin des patients	
1.La critique de la désynchronisation, entraînant des difficultés pour les équipes paramédicales dans la prise en charge des patients	*« Mes collèges de transplant et de médecine néphrologique courent après les lits en permanence. ». Cadre de santé* *« Hier et avant-hier j'ai passé toute la journée à chercher des lits. ». Cadre de santé* *« Donc taux d'occupation et DMS, c'est des indicateurs auxquels on peut faire dire ce qu'on veut. C'est du bed management après. Manager des lits et pas des patients. (…) C'est un peu ce qu'on fait tous, d'être des bed managers quand on passe nos journées à chercher des lits. ». Cadre de santé* *« Pour les équipes qui reçoivent nos patients, on les met en difficulté parce qu'ils ne connaissent pas la spécialité. Donc on nous appelle : « ce patient-là, il va avoir tel bloc opératoire : Quelle opération il faut que je lui fasse ? S'ils les récupèrent en post-opératoire : Quelle surveillance est-*

	ce que je dois regarder ? Quel drainage ? ». Il y a des termes qu'ils ne connaissent pas. Elles sont perdues aussi les équipes qui ne connaissent pas la spécialité sans parler de la problématique du matériel. Quand je mets en orthopédie un patient qui doit avoir des irrigations, ils n'ont pas le matériel. Quand il y a 12 litres ou 15 litres d'irrigation par jour, il faut ramener tout le matériel puisqu'ils n'ont pas le matériel. ». Cadre de santé
2.La critique de la désynchronisation, générant des difficultés pour les équipes médicales dans la prise en charge des patients	*« C'est problématique pour les médecins aussi parce que les internes ont des patients partout. Donc déjà qu'ils ont du mal avec notre unité mais il faut qu'ils aillent voir les patients dans différents services. ». Cadre de santé* *« Une nuit ou j'étais de garde en train de prélever des organes (…) le téléphone de garde de l'interne sonne, l'interne ne peut pas répondre vu qu'il est en train d'opérer avec moi, et c'est les urgences qui disent à l'infirmière « Prévenez-les, il y a un hébergement dans leur service ». Or l'hébergement est sous ma responsabilité donc « qu'est-ce que c'est, qui c'est, quand est-ce qu'il arrive, si c'est un hébergement, qui est le responsable », etc. (…) J'explique calmement au directeur de garde que de 1, ce n'est pas notre domaine de compétence, et de 2, le lit ne m'appartient pas et que du coup, pour l'hébergement, elle fait ce qu'elle veut mais qu'elle ne m'appelle pas pour me dire que j'ai un patient, elle m'appelle pour me dire que tel médecin va s'occuper de tel patient dans mon service. ». Chirurgien PH*

3.1.1 La critique des justifications « comptables » et « financières » associées au redéploiement ou à la diminution des lits d'hospitalisation

Historiquement, l'hôpital est un lieu d'accueil avant d'être un lieu de soin, les lits permettant d'accueillir des patients pour de longues durées d'hospitalisation. Le « *virage ambulatoire* » et la tendance aux séjours de plus en plus courts sont incités par des justifications financières soutenues et cristallisées dans l'utilisation de différentes mesures de performance, opérant un compromis entre monde marchand et monde industriel.

Ainsi, le taux d'activité médicale, le taux d'occupation des lits, la durée moyenne de séjour des patients, le taux d'occupation au bloc opératoire soutiennent l'orientation de deux tendances : assurer la croissance d'activité en remplissant les services avec un fort *turn-over* de patients et identifier les lits qui ne seraient pas utilisés de manière assez efficiente afin d'assurer leur redéploiement dans d'autres services ou leur fermeture définitive.

La gestion des lits à l'hôpital public s'ancre donc dans un régime de justification au carrefour du monde marchand et du monde industriel, le coût étant au cœur de ces préoccupations. Les justifications de la diminution des lits présentées par les répondants placent la dimension marchande au cœur des transformations de l'hôpital. Ainsi, les répondants perçoivent la diminution des lits comme un enjeu économique pour l'institution. A ce titre, les mesures de performance aident à répondre à des objectifs financiers de réduction des dépenses et à un idéal d'optimisation et de croissance de la production.

> *« L'objectif est de diminuer les lits d'hospitalisation sur l'ensemble de l'hôpital parce que c'est ce qui coûte le plus cher. Développer l'ambulatoire, développer le J0, faire rentrer le maximum de patients le jour même pour éviter de bloquer des lits. Un patient, par exemple, qui rentre demain matin, cet après-midi, j'ai bloqué un lit pour lui donc là j'ai un lit bloqué qui ne va rien nous rapporter et donc ça sur l'ensemble du CHU, financièrement ça a un impact aussi. C'est pour ça qu'il faut faire rentrer un maximum de patients le jour même et c'est aussi pour ça qu'ils développent l'hôtel patient pour ne pas que les patients viennent mobiliser un lit la veille pour rien, donc ce qu'ils veulent, c'est un turn-over de patients aussi. ». Cadre de santé*

Ces justifications financières entraînent des raisonnements comptables chez les cadres de santé qui s'expriment en termes de « *perte* » et de « *bénéfice* » pour l'institution.

> *« Si le patient passe la nuit juste pour lui faire une prise de sang, ou parce qu'il habite loin ou qu'il est âgé, ça fait cher pour l'institution et c'est à perte pour l'institution. ». Cadre de santé*

Les indicateurs de performance sont ainsi utilisés afin d'identifier les lits utilisés de façon sous-efficiente qui peuvent être fermés par l'administration ou redéployés sur le pôle médical. A cet égard, les équipes sont contraintes à une modalité de production fondée sur l'accroissement structurel. La justification par la croissance se révèle ainsi paramétrée par une stabilisation et un maintien de ce qui existe déjà, si ce n'est la perspective d'une extension des lits ou d'une perte de ceux-ci au sein des services.

> *« De ce que je vois, là où l'activité ne bat pas son plein, tôt ou tard on ferme des lits. Vous finissez par concentrer l'activité sur un nombre de lits. Quand on ferme des lits, vous concentrez l'activité sur moins de lit et vous arrivez au plus juste, ça tourne non-stop. ». Cadre de santé*

La croissance est donc une condition de maintien de l'existant – condition qui est ressentie par les soignants comme une menace de l'existant puisque si cette croissance a pour fonction de dynamiser les mouvements de patients, elle entre en jeu dans le choix de fermeture des lits. Véritable épreuve de grandeur, cet engrenage incite les médecins à l'augmentation d'activité.

> *« On a une augmentation d'environ 15% depuis 2018. Je le ressens énormément. Pour gérer l'augmentation, on compose. Ça veut dire des mouvements permanents, des changements de lit, des entrées, des sorties. Ça veut dire une DMS qui est écourtée donc il faut chercher des lits pour héberger les patients. C'est de l'adaptation au quotidien. ». Cadre de santé*

Le mouvement et la flexibilité sont ainsi utilisés comme justifications de la transformation de l'organisation interne de l'hôpital. Ainsi, les hôpitaux publics assurent de plus en plus une fonction de plateaux techniques des prises en charge avec des séjours courts et de l'ambulatoire.

Cependant, si ces transformations structurelles sont prévues au long terme, elles entraînent présentement une désynchronisation entre l'hébergement et le soin des patients. Ainsi, si les indicateurs de performance sont au vert en termes d'efficience, les résultats révèlent que la gestion au quotidien dans les services pose des difficultés majeures, d'une part, pour les patients, et, d'autre part, pour les équipes soignantes et médicales, qu'ils soient cadres de santé, infirmiers ou médecins.

3.1.2 Le rôle des mesures de performance dans la perception de la détérioration des conditions de prise en charge des patients et les tensions associées

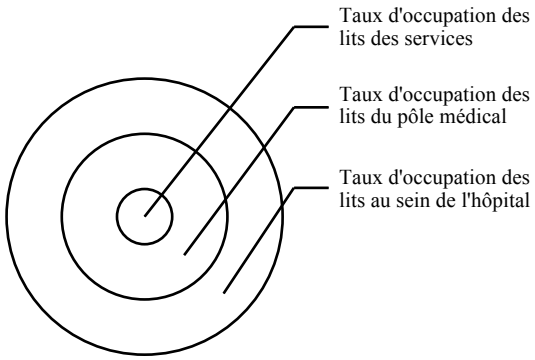
La première modalité de tensions que nous avons identifiée autour de la gestion des lits d'hospitalisation est induite par la désynchronisation entre l'hébergement du patient et le soin qui doit lui être prodigué.

> *« Il y a des périodes où, par exemple, la semaine dernière j'ai fait héberger lundi, mardi, mercredi, cinq patients tous les jours dans un autre service. Ça veut dire que j'ai 5 patients, en plus des autres entrées que j'ai prises, que je ne pouvais pas prendre dans l'unité. Là ça veut dire que notre service est plein et que notre activité est supérieure à la capacité de nos lits (…) C'est problématique pour les patients, pour les médecins, pour les unités qui reçoivent. Pour les patients, déjà ils ne sont pas très rassurés même si on leur explique qu'ils ne sont pas dans l'unité adaptée. Donc on les héberge à droite, à gauche. Pour retrouver le service où ils sont hébergés, ce n'est pas facile. Ils sont avec des équipes qu'ils ne connaissent pas. Pour le patient ce n'est pas sécurisant, pour les accompagnants non plus. ». Cadre de santé*

Nos résultats révèlent ainsi un effet de désynchronisation dû à une « *activité supérieure à la capacité des lits* ». Cette mise en surrégime (marchand) est fortement critiquée par plusieurs répondants puisqu'elle génère, selon eux, des dysfonctionnements (industriel). Cette critique depuis le monde industriel vers le monde marchand met en exergue que la qualité des soins est perçue comme étant détériorée puisque pour le patient, ce mode de fonctionnement « *n'est pas sécurisant* ». Les répondants questionnent ainsi les effets de cette désynchronisation sur la prise en charge des patients.

A ce titre, cette désynchronisation semble être solidifiée par le paradoxe suivant : certains services connaissent des difficultés constantes d'hébergement des patients dans la capacité initiale d'accueil dans les lits de leur service, cependant, au niveau de l'hôpital, les mesures de performance comme le taux d'occupation des lits indiquent que des lits sont vides et disponibles pour accueillir des patients. Nous représentons les différents niveaux de mesures liés aux lits disponibles au sein de l'hôpital par la figure suivante :

Figure 10 – Les différents niveaux de mesures de taux d'occupation des lits au sein d'un hôpital



Si cette gestion des lits met en lien le niveau local des services avec le niveau global de l'hôpital, celle-ci est remise en cause par certains acteurs observés et interrogés en raison du besoin d'adéquation entre l'hébergement des patients dans un service spécifique et leur soin.

> *« Souvent je dis que ce n'est pas un lit qui soigne. Il faut que le malade soit au bon endroit, ce n'est pas le lit qui soigne. Chaque jour au CHU, on manque de lits mais il y a 200 lits vides. Donc ils sont là mais on ne peut pas mettre un malade x sur un lit y, qui va s'en occuper ? (…) Les administratifs sont convaincus qu'on pourrait faire plus avec moins de lits sauf que les lits sont un peu partout dans l'établissement et ce n'est pas fonctionnel. Je ne vais pas envoyer le patient en ophtalmo s'il fait quelque chose au niveau abdominal. ». Médecin PH*

Ici, notre répondant souligne qu'un patient avec une pathologie distincte de la spécialité du service dans lequel il est hébergé a un risque d'avoir une prise en charge détériorée. Nos résultats révèlent ainsi que le jeu de la croissance d'activité du monde marchand est dénoncé comme étant incompatible avec des conditions de prise en charge de qualité.

« On essaye de développer l'ambulatoire, de réduire les lits mais ce n'est pas toujours aussi simple quoi. Nous, on est inquiet parce qu'on veut réduire des lits mais quand on voit qu'il y a une suractivité aux urgences et qu'on n'a plus de lit et qu'on cherche des lits partout pour héberger des patients, on est un peu inquiet et on se demande d'où ils sortent ces chiffres et d'où sort cette orientation de fermer des lits d'hospitalisation. ». Cadre de santé

Cette inadéquation entre l'hébergement du patient et les besoins de sa prise en charge rende compte d'un dysfonctionnement et ainsi d'une épreuve au sein du monde industriel. Ainsi, les cadres s'interrogent en termes de valeurs sur les indicateurs de performance et la valorisation des hospitalisations.

« La valeur c'est quoi ? C'est uniquement le taux d'occupation ? C'est prendre 15 personnes sur 8 lits sans trop savoir ce qu'on va leur faire et comment on va leur faire ? Est-ce que c'est des soins qui sont vraiment conformes en termes d'hygiène, d'empathie, de prise en charge de la douleur, de surveillance ? Qu'on n'est pas dangereux ? Qu'on n'a pas d'effets secondaires ? Est-ce que c'est aussi la parole des soignants, des gens qui y travaillent, aussi bien les médecins que les infirmières ? Est-ce qu'on est content de ce que l'on fait ? Est-ce que l'on se reconnait dans son travail ? A quoi accorde-t-on de la valeur ? ». Cadre de santé

3.1.3 Le rôle des mesures de performance dans la détérioration des conditions de travail des équipes soignantes et médicales et les tensions associées

La seconde modalité de tensions que nous avons identifiée est celle associée à la dénonciation de la détérioration des conditions de travail des équipes soignantes et médicales. En effet, l'augmentation de l'activité médicale est perçue comme ayant un impact majeur sur l'organisation des services et sur les professionnels de santé, qu'ils soient cadres de santé, soignants ou médecins. Ainsi, le turn-over des patients génère, pour les cadres de santé, une organisation quotidienne chamboulée par la recherche de lits d'hébergement pour les patients. A ce titre, les lits deviennent un objet de tension en raison de la course aux lits qui met en branle les médecins ainsi que les cadres de santé.

« Mes collèges de transplant et de médecine néphrologique courent après les lits en permanence. ». Cadre de santé

« Hier et avant-hier j'ai passé toute la journée à chercher des lits. ». Cadre de santé

Dès lors, plusieurs cadres de santé ont dénoncé la transformation de leurs conditions de travail et de leur fonction en tant que cadre avec un glissement qui s'opère autour du management de projet à la recherche de lits d'hospitalisation. Cette gestion des lits qualifiée de « *bed management* », est fortement critiquée dans la mesure où elle ne prend en compte que l'aspect mobilier du lit et non les spécificités de la prise en charge du patient.

« Donc taux d'occupation et DMS, c'est des indicateurs auxquels on peut faire dire ce qu'on veut. C'est du bed management après. Manager des lits et pas des patients. (...) C'est un peu ce qu'on fait tous, d'être des bed managers quand on passe nos journées à chercher des lits. ». Cadre de santé

A cet égard, nos répondants soulignent que cette organisation met en difficulté les équipes soignantes et médicales dans le cadre de la prise en charge des patients.

« Pour les équipes qui reçoivent nos patients, on les met en difficulté parce qu'ils ne connaissent pas la spécialité. Donc on nous appelle : « ce patient-là, il va avoir tel bloc opératoire : Quelle opération il faut que je lui fasse ? S'ils les récupèrent en post-opératoire : Quelle surveillance est-ce que je dois regarder ? Quel drainage ? ». Il y a des termes qu'ils ne connaissent pas. Elles sont perdues aussi les équipes qui ne connaissent pas la spécialité sans parler de la problématique du matériel. Quand je mets en orthopédie un patient qui doit avoir des irrigations, ils n'ont pas le matériel. Quand il y a 12 litres ou 15 litres d'irrigation par jour, il faut ramener tout le matériel puisqu'ils n'ont pas le matériel. ». Cadre de santé

De fait, cette citation révèle que cette organisation impacte également les médecins et les internes dans leur fonctionnement.

« C'est problématique pour les médecins aussi parce que les internes ont des patients partout. Donc déjà qu'ils ont du mal avec notre unité mais il faut qu'ils aillent voir les patients dans différents services. C'est problématique pour les anesthésistes. Car quand on leur dit « vous avez celui-là qui est en endocrinologie, celui-là en rhumatologie, celui-là en orthopédie », il faut aussi qu'ils aillent eux voir les patients un peu partout. Donc ça pose des problématiques pour tout le monde. Pour le chirurgien, il s'agit des surveillances post-opératoires. On ne peut pas toujours récupérer le patient en post-op donc il repart dans le service où il a été hébergé. Même si les équipes font preuve de bonne volonté, on ne peut pas avoir la même qualité de prise en charge que dans un service où c'est la spécialité. ». Cadre de santé

Ainsi, l'un des médecins que nous avons interrogé nous a fait le récit d'un exemple de problématique lié à l'hébergement de patient dans un lit non adapté.

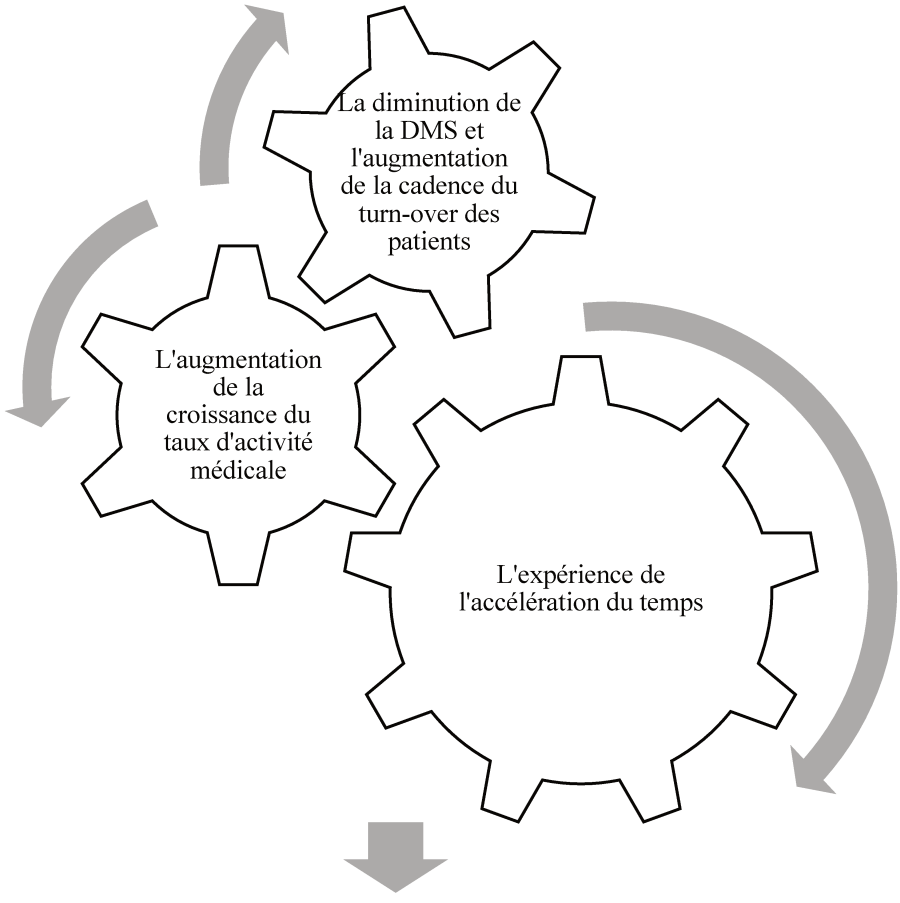
« Une nuit où j'étais de garde en train de prélever des organes (…) le téléphone de garde de l'interne sonne, l'interne ne peut pas répondre vu qu'il est en train d'opérer avec moi, et c'est les urgences qui disent à l'infirmière « Prévenez-les, il y a un hébergement dans leur service ». Or l'hébergement est sous ma responsabilité donc « qu'est-ce que c'est, qui c'est, quand est-ce qu'il arrive, si c'est un hébergement, qui est le responsable », etc. (…) J'explique calmement au directeur de garde que de 1, ce n'est pas notre domaine de compétence, et de 2, le lit ne m'appartient pas et que du coup, pour l'hébergement, elle fait ce qu'elle veut mais qu'elle ne m'appelle pas pour me dire que j'ai un patient, elle m'appelle pour me dire que tel médecin va s'occuper de tel patient dans mon service. ». Chirurgien PH

Nos résultats révèlent ainsi que les tensions liées à la gestion des lits d'hospitalisation ne sont pas seulement dues au fait de percevoir les lits comme étant une ressource manquante à l'hôpital public, mais elles sont davantage liées à l'inadéquation entre l'hébergement et le soin résultant des effets de cette diminution des lits sur l'ensemble de l'organisation hospitalière. En effet, le soin aux patients suppose de savoir effectuer un travail de spécialisation propre à une spécialité médicale qui est par définition différente selon les services.

3.2 La cristallisation des tensions autour de l'expérience d'accélération du temps

Cette deuxième sous-partie présente la manière dont les acteurs que nous avons observés et auditionnés perçoivent le temps dans le cadre de leur travail. En effet, les tensions décrites par les répondants ont été nettement évoquées comme étant relatives à l'expérience d'accélération du temps dans le cadre de la relation au patient et dans le cadre de l'intensification de la charge de travail. L'objectif de cette sous-partie est donc de comprendre le rôle de l'utilisation des mesures de performance dans cette expérience d'accélération du temps ainsi que les tensions associées. Nous mettons en lumière cet engrenage par la figure suivante – figure que nous détaillons ensuite :

Figure 11 – Le rôle de l'utilisation des mesures de performance dans l'expérience d'accélération du temps et les tensions associées



(1) Tensions induites par l'expérience d'accélération du temps, générant une transformation de la manière dont la temporalité liée au soin est perçue par les professionnels de santé

(2) Tensions induites par l'expérience d'accélération du temps, entraînant une intensification de la charge de travail ainsi que du stress et de l'épuisement chez les professionnels de santé

Tableau 35 – Catégories et verbatims illustrant les tensions liées à l'expérience d'accélération du temps pour les professionnels de santé

Thèmes	Verbatims
Les tensions liées à l'expérience d'accélération du temps dans le cadre de la relation de soin	
1.Critique du manque de temps nécessaire à la relation de soin, généré par l'accélération du rythme de travail	*« Du temps on en manque toujours, je pense qu'on court tous après l'horloge. Tout va trop vite. On aimerait pouvoir passer plus de temps avec un patient, une famille. ». Infirmier* *« Il y a toute une relation autour du soin qu'on n'a plus le temps de faire. Les soignants ne sont pas bien et les patients ne sont pas bien. Le métier n'a pas changé parce que les infirmiers font le même soin en termes de soin mais on ne le fait pas de la même manière. Ça crée des tensions, ça crée de l'agressivité, ça crée de l'insatisfaction au travail, je pense qu'on n'a jamais eu autant d'arrêts de travail et d'arrêts maladie et de burn-out. ». Cadre de santé*
2.Dénonciation de l'augmentation d'activité, de l'industrialisation du soin et de l'augmentation des cadences	*« La contrainte c'est le rythme de travail, c'est les enchaînements (…) On est vraiment dans une logique d'usine, logique d'entreprise de production. ». Cadre de santé* *« On a l'impression parfois que c'est comme une chaîne de production dans une usine. Il ne faut pas garder les gens trop longtemps, qu'ils récupèrent vite. Il y a cette espèce de cadence qui fait qu'il y a aussi des gens qui reviennent. Il y en a qu'on fait sortir trop tôt comme il y en a qui attendent derrière et qu'on n'a pas de lit. ». Cadre de santé* *« On avait des tableaux de bord, on les tenait mais maintenant ce n'est plus possible parce que l'activité n'a cessé d'augmenter dans les services et si elle n'a pas augmenté, les lits ont diminué de toute façon. Les secteurs où l'activité a peu augmenté, les lits ont diminué et les cadences augmentent. ». Cadre de santé*
3.Critique de la logique comptable qui ne prend pas en compte le caractère hétérogène propre aux soins	*« Pour certains patients il faut passer beaucoup de temps donc, entre guillemets, ce n'est pas très rentable. Donc c'est vrai qu'il n'y a pas cette reconnaissance de la qualité des soins. Le problème c'est qu'il y a une dérive administrative qui est beaucoup trop comptable, c'est en opposition avec l'attitude d'un soignant qui est plus un médecin qui ne compte pas son temps. (…) Dans cette logique comptable, un malade c'est tant de temps, c'est tant d'infirmières pour tant de malades, il n'y a pas de prise en compte de cette relation soignant-malade qui est très hétérogène et beaucoup plus complexe par définition. ». Médecin*
Les tensions liées à l'expérience d'accélération du rythme de travail et d'intensification de la charge de travail	
1.Critique de l'intensification de la charge de travail due à l'accélération du rythme du turn-over des patients	*« Plus on fait de turn-over de patients, plus on augmente la charge de travail des médecins, des internes, parce qu'il y a les paramédicaux mais il y a les médicaux aussi. Ça veut dire que si l'on fait plein de sorties comme ça, il y a les papiers de sortie, et donc là on a une problématique parce que dans les transports, les papiers ne sont pas prêts parce que l'interne ne les a pas faits, il n'a pas eu le temps. Donc ça génère un stress pour tout le monde. On est tous conscient que ce turn-over de patients va aller en s'accentuant. ». Cadre de santé* *« Les médecins portent le projet de faire plus d'activité, on le voit parce que les consultations ont augmenté (…) Et puis les médecins au quotidien vous le voyez qu'ils croulent sous l'activité parce qu'il faut gérer les avis, les appels, les urgences, il faut gérer les courriers des sorties. Les médecins disent que les cadences deviennent difficiles à tenir pour eux et que c'est difficile pour nous. En particulier dans notre service, ça a explosé l'activité. ». Cadre de santé*
2.Dénonciation de l'expérience de stress et d'épuisement des professionnels de santé	*« Je pense que pendant les 6 premiers mois, une fois par semaine, quand je rentrais dans ma voiture, je pleurais mais pour des trucs bêtes. Trop de stress. Et là les collègues que je forme, je leur dis la même chose, je leur dis « là ça va être dur ». Tout à l'heure ma collègue qui est arrivée il y a trois semaines m'a dit « je suis épuisée, je n'en peux plus, il y a trop d'infos d'un coup. On a un rythme de travail hyper soutenu ». » Infirmière* *« Ça fait deux ans et demi que je suis là, et j'ai déjà fait 150 heures supplémentaires que je vais mettre sur mon CET (compte épargne temps). Ça fait plus d'un mois d'heures supplémentaires ! (…) Ma cadre a réussi à me poser quelques jours de repos et là elle me dit « ne répondez pas si l'hôpital vous appelle parce qu'ils vont vous dire de revenir de vos congés ». En fait heureusement que j'ai une cadre de santé qui me prévient mais en soit c'est inhumain.». Infirmière* *« Une infirmière a fait ce que j'appelle une explosion en plein vol, c'est-à-dire qu'elle était là depuis 4 ans et demi et en fait ça ne s'est pas bien passé cet été et elle a pété un plomb « je ne ferai pas ça », « j'en ai assez fait ». Elle a refusé de faire des prescriptions médicales parce que ce n'était pas possible de les faire dans le temps imparti. ». Cadre de santé*

3.2.1 Le rôle des mesures de performance dans l'expérience d'accélération du temps dans le cadre de la relation de soin et les tensions associées

3.2.1.1 *Le temps à la croisée des mondes domestique, de l'inspiration et industriel*

Historiquement, le soin vécu du point de vue des soignants est un soin qui réclame du temps pour pouvoir dialoguer et écouter les patients. Il s'agit d'une temporalité relationnelle qui permet d'établir une confiance fondée sur l'attention à l'autre (domestique). Ainsi, le temps consacré au soin est fortement valorisé dans la mesure où il permet l'accès à des états de disponibilité en relation avec le patient. La temporalité de la rencontre singulière avec celui-ci exige de la disponibilité pour se consacrer « *entièrement* » à la prise en charge, avec une « *ouverture à l'autre* » (inspiration). A ce titre, les relations entre les soignants et les patients sont soutenues par des « *rapports d'affectivité* », « *chaleureux* » créés par les attitudes et qualités humaines propres à ce cadre (inspiration).

Le soin est également vécu à travers le processus de quantification de l'action par l'utilisation des mesures de performance (industriel). Le soin est ainsi rythmé par la durée moyenne de séjour qui doit être raccourcie de plus en plus, devenir la plus courte possible. A ce titre, les objectifs de performance comme la réduction de la durée moyenne de séjour ou l'augmentation du taux d'activité médicale sont venus rythmer le soin, les entrées et les sorties des patients. La « *cadence* », le « *rythme effréné* » sont autant de signes de l'augmentation de la production caractéristiques du monde industriel. Dès lors, la temporalité propre aux soins s'inscrit dans des modalités d'évaluation à la croisée des mondes domestique, de l'inspiration et industriel. A ce titre, certains acteurs tentent d'accélérer les cadences tandis que d'autres cherchent plutôt à les ralentir.

3.2.1.2 *La critique du manque de temps nécessaire à la relation de soin, généré par l'accélération du rythme de travail*

Nos répondants révèlent ainsi que l'augmentation d'activité entraîne une mutation des prises en charge qui deviennent de plus en plus ambulatoires, entraînant par là même une expérience d'accélération du turn-over des patients ainsi que du rythme de travail des soignants. Le temps est alors perçu comme étant manquant.

> *« Du temps on en manque toujours, je pense qu'on court tous après l'horloge. Tout va trop vite. On aimerait pouvoir passer plus de temps avec un patient, une famille. ». Infirmier*

Dès lors, l'augmentation de la cadence (nombre d'actions par unité de temps) risque de « *déshumaniser les soins* ». A cet égard, certains professionnels regrettent de manquer de temps pour effectuer cette part importante de leur mission.

> *« Il y a toute une relation autour du soin qu'on n'a plus le temps de faire. Les soignants ne sont pas bien et les patients ne sont pas bien. Le métier n'a pas changé parce que les infirmiers font le même soin en termes de soin mais on ne le fait pas de la même manière. Ça crée des tensions, ça crée de l'agressivité, ça crée de l'insatisfaction au travail, je pense qu'on n'a jamais eu autant d'arrêts de travail et d'arrêts maladie et de burn-out. ». Cadre de santé*

Ici, notre répondant est critique de cette transformation du soin, non plus compris de manière holistique (domestique-inspiration-industriel) mais davantage du point de vue de sa technicité (industriel).

3.2.1.3 *La dénonciation de l'industrialisation du soin et de l'augmentation des cadences*

Le monde industriel semble prendre part à l'hôpital avec cette temporalité de l'efficience qui transforme la temporalité du soin propre aux principes du monde domestique et du monde de l'inspiration. En effet, cette tendance à réduire les durées moyennes de séjour et à augmenter le taux d'activité médicale quotidien peut prendre la forme d'une prise en charge dite « *ambulatoire* » qui signifie que le patient entre le matin et repart dans la journée sans mobiliser un lit.

> *« On est plutôt en augmentation d'activité, essentiellement sur l'ambulatoire et une très légère augmentation sur l'activité de temps complet et par contre une grosse augmentation sur l'ambulatoire ce qui correspond finalement à ce que je vous disais, c'est-à-dire, à la mutation des prises en charge aujourd'hui. On va sur beaucoup plus d'ambulatoire et moins d'hospit complète. ». Médecin PUPH chef de pôle*

A ce titre, nos résultats révèlent que les mesures de performance induisent des tensions entre différentes temporalités. Ces tensions se cristallisent pour divers acteurs autour, d'une part, de l'industrialisation du soin, et, d'autre part, de l'augmentation des cadences. Dès lors, à la temporalité relationnelle associée aux soins, les répondants ont opposé le temps routinier pareil à celui d'une « *usine* » (critique envers le monde industriel).

> *« On a l'impression parfois que c'est comme une chaîne de production dans une usine. Il ne faut pas garder les gens trop longtemps, qu'ils récupèrent vite. Il y a cette espèce de cadence qui fait qu'il y a aussi des gens qui reviennent. Il y en a qu'on fait sortir trop tôt comme il y en a qui attendent derrière et qu'on n'a pas de lit. ». Cadre de santé*

> *« La contrainte c'est le rythme de travail, c'est les enchaînements (...) On est vraiment dans une logique d'usine, logique d'entreprise de production. ». Cadre de santé*

Ainsi, un mouvement similaire entre l'activité et la cadence existe, supposant par-là que la cadence reste inchangée si l'activité baisse puisque cette baisse est susceptible d'entraîner la fermeture ou le redéploiement des lits.

> *« On avait des tableaux de bord, on les tenait mais maintenant ce n'est plus possible parce que l'activité n'a cessé d'augmenter dans les services et si elle n'a pas augmenté, les lits ont diminué de toute façon. Les secteurs où l'activité a peu augmenté, les lits ont diminué et les cadences augmentent. ». Cadre de santé*

3.2.1.4 *La critique de la logique comptable qui ne prend pas en compte le caractère hétérogène propre aux soins*

Nos résultats révèlent enfin que nos répondants sont critiques face à la logique comptable associée à la quantification du temps qui s'oppose au caractère hétérogène et singulier des prises en charge médicales.

> *« Pour certains patients il faut passer beaucoup de temps donc, entre guillemets, ce n'est pas très rentable. Donc c'est vrai qu'il n'y a pas cette*

reconnaissance de la qualité des soins. Le problème c'est qu'il y a une dérive administrative qui est beaucoup trop comptable, c'est en opposition avec l'attitude d'un soignant qui est plus un médecin qui ne compte pas son temps. (...) Dans cette logique comptable, un malade c'est tant de temps, c'est tant d'infirmières pour tant de malades, il n'y a pas de prise en compte de cette relation soignant-malade qui est très hétérogène et beaucoup plus complexe par définition. ». Médecin

Ici, le médecin critique fortement la « *dérive administrative beaucoup trop comptable* » qui réduit le temps de la relation de soin à un calcul de volume de prises en charge de patients. En outre, l'utilisation des mesures de performance peut entraîner des tensions relatives à la spécificité de certaines prises en charge qui se soustraient à l'opérationnalisation de la dimension comptable. A ce titre, les troubles du comportement alimentaire (TCA) qui sont des pathologies qui prennent du temps à soigner et qui nécessitent des isolements sortent du cadre normalisé prescrit par les mesures comptables.

« Nous avons les TCA qui ont besoin d'une chambre seule, c'est une prescription médicale. Il y en a 8, or il n'y a que 6 chambres seules. Qui dit plaies du pied, plaies chroniques, antibiotiques, ça finit en bactéries multi-résistantes et en isolement contact : c'est un patient qui doit être seul dans sa chambre. Je dois en avoir 4. Le problème, c'est que les instances ne voient pas tout ça. Ils voient un taux d'occupation à 25 sur 30 par exemple. On est à 80%, j'ai 20% des lits qui ne sont pas occupés. Là-haut ils disent « vous avez du personnel pour 30 lits », or ce n'est pas vrai. « On va vous enlever du personnel puisque vous ne faites pas l'activité. ». ». Cadre de santé

3.2.2 Le rôle des mesures de performance dans l'intensification de la charge de travail et les tensions associées

3.2.2.1 *La critique de l'intensification de la charge de travail due à l'accélération du rythme de travail*

La deuxième modalité de tensions associée à la notion de temps est celle liée à la critique de l'intensification de la charge de travail des personnels soignants due à l'accélération du rythme

de travail. En effet, nos résultats révèlent que l'augmentation du turn-over des patients impacte fortement la charge de travail non seulement des médecins mais également des paramédicaux.

> *« Plus on fait de turn-over de patients, plus on augmente la charge de travail des médecins, des internes, parce qu'il y a les paramédicaux mais il y a les médicaux aussi. Ça veut dire que si l'on fait plein de sorties comme ça, il y a les papiers de sortie, et donc là on a une problématique parce que dans les transports, les papiers ne sont pas prêts parce que l'interne ne les a pas faits, il n'a pas eu le temps. Donc ça génère un stress pour tout le monde. On est tous conscient que ce turn-over de patients va aller en s'accentuant. ». Cadre de santé*

Dès lors, nos répondants soulignent les difficultés rencontrées par les professionnels de santé en termes de gestion des transports, des papiers de sortie, des appels qui se multiplient du fait du turn-over des patients.

> *« Les médecins portent le projet de faire plus d'activité, on le voit parce que les consultations ont augmenté (…) Et puis les médecins au quotidien vous le voyez qu'ils croulent sous l'activité parce qu'il faut gérer les avis, les appels, les urgences, il faut gérer les courriers des sorties. Les médecins disent que les cadences deviennent difficiles à tenir pour eux et que c'est difficile pour nous. En particulier dans notre service, ça a explosé l'activité. ». Cadre de santé*

Nos résultats révèlent ainsi que le temps de la relation de soin est réduit au profit d'un volume de prises en charge de patients. La quantité prend le pas sur le suivi de la prise en charge.

3.2.2.2 *La dénonciation de l'expérience de stress et d'épuisement des professionnels de santé*

Les effets néfastes de l'expérience d'accélération peuvent être observés, selon nos répondants, à travers des signes comme le stress, les émotions exacerbées, l'épuisement professionnel, la dépression, l'absentéisme ainsi que le burn-out.

« Je pense que pendant les 6 premiers mois, une fois par semaine, quand je rentrais dans ma voiture, je pleurais mais pour des trucs bêtes. Trop de stress. Et là les collègues que je forme, je leur dis la même chose, je leur dis « là ça va être dur ». Tout à l'heure ma collègue qui est arrivé il y a trois semaines m'a dit « je suis épuisée, je n'en peux plus, il y a trop d'infos d'un coup. On a un rythme de travail hyper soutenu ». » Infirmière

Dès lors, si ces effets sont probablement le résultat de facteurs multidimensionnels, néanmoins selon nos répondants, ces effets résultent d'une synchronisation entre l'expérience de l'accélération et de l'augmentation de la charge de travail, qui à son tour, résulte en une désynchronisation entre l'expérience d'accélération et le bien-être de certains soignants. A cet égard, l'expérience d'accélération des soins est analysée comme étant éthiquement problématique dans la mesure où celle-ci semble difficile à tenir dans le temps pour les soignants.

« Ça fait deux ans et demi que je suis là, et j'ai déjà fait 150 heures supplémentaires que je vais mettre sur mon CET (compte épargne temps). Ça fait plus d'un mois d'heures supplémentaires ! (...) Ma cadre a réussi à me poser quelques jours de repos et là elle me dit « ne répondez pas si l'hôpital vous appelle parce qu'ils vont vous dire de revenir de vos congés ». En fait heureusement que j'ai une cadre de santé qui me prévient mais en soit c'est inhumain. ». Infirmière

A ce titre, nos répondants soulignent qu'ils ne sont pas inépuisables et peuvent souffrir de réactions de stress face à ces sollicitations excessives. De ce fait, nous avons pu observer, entre autres, la mutation de la cadre supérieure de santé du bloc opératoire vers un poste administratif en raison d'un burn-out. De même, certaines personnes interrogées nous ont fait part d'évènements critiques liés au stress ou à l'épuisement :

« Une infirmière a fait ce que j'appelle une explosion en plein vol, c'est-à-dire qu'elle était là depuis 4 ans et demi et en fait ça ne s'est pas bien passé cet été et elle a pété un plomb « je ne ferai pas ça », « j'en ai assez fait ». Elle a refusé de faire des prescriptions médicales parce que ce n'était pas possible de les faire dans le temps imparti. ». Cadre de santé

En outre, les tensions liées à l'expérience d'accélération ne sont pas seulement liées au fait de percevoir le temps comme étant une ressource limitée ou comme étant source de pression, mais elles sont également liées à la désorganisation collective résultant des effets de cette accélération sur l'organisation hospitalière. En effet, la coordination des soignants suppose de couvrir le travail par d'autres lorsqu'ils sont absents. Or, l'absentéisme augmentant, les infirmiers sont contraints de faire des heures supplémentaires ou de revenir de leur temps de repos afin de remplacer leurs collègues, générant ainsi des tensions liées au non-respect des frontières entre vie privée et vie professionnelle.

3.3 La cristallisation des tensions autour de la perception de l'espace

Cette dernière sous-partie illustre la manière dont les acteurs que nous avons observés et auditionnés perçoivent l'espace dans le cadre de leur travail. En effet, les tensions évoquées par les répondants ont été clairement énoncées comme étant relatives à des changements organisationnels ayant un impact sur l'espace vécu. L'objectif de cette sous-partie est donc de comprendre comment la perception de l'espace est modifiée par, d'une part, la tentative de dynamisation de l'espace, et d'autre part, par l'augmentation continue de l'activité médicale au sein de la même spatialité, donnant ainsi une impression d'un espace qui se resserre.

Figure 12 – Le rôle de l'utilisation des mesures de performance dans les tensions associées à la perception de l'espace

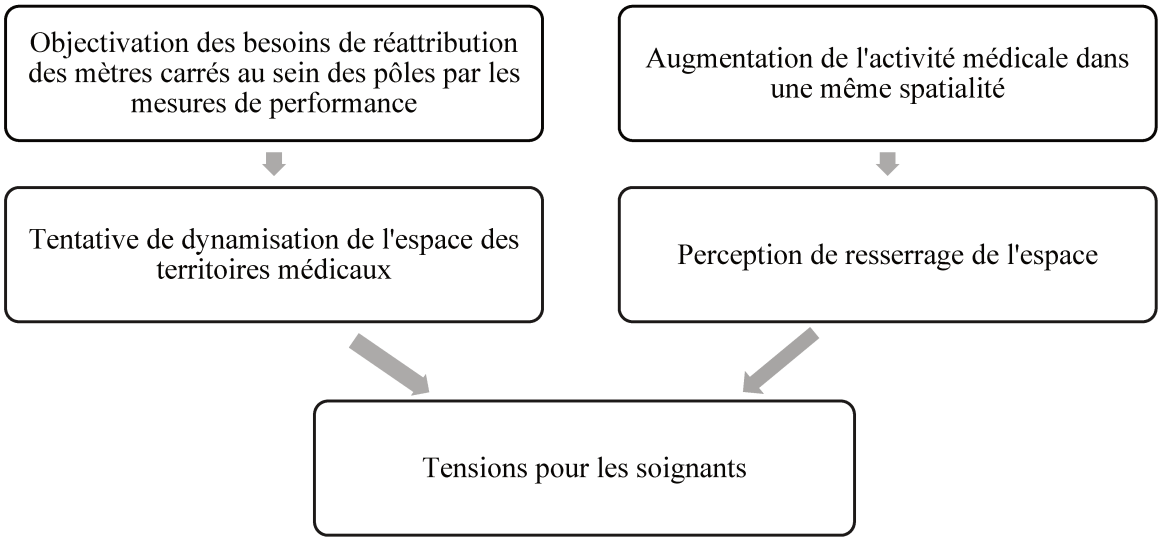


Tableau 36 – Catégories et verbatims illustrant les tensions liées à l'espace

Thèmes	Verbatims
Les tensions induites par la tentative de dynamisation des territoires médicaux	
La tentative de redéfinition du découpage de l'espace qui structure la relation territoriale des services crée des tensions entre les équipes	*« Ce qu'on a compris c'est qu'on devrait trouver de l'espace sur le pôle et que ça ferait des chaises musicales. ». Cadre de santé* *« On va les aider à conduire le projet et surtout à faire les chiffrages du business plan qui vont conduire à la prise de décision car si on fait cette salle, qu'est-ce qu'on en attend en termes d'activité, quel sera l'impact pour les autres salles, la salle hybride, le scanner, quels sont les effets de chaise musicale entre toutes les salles ? Quel impact sur la file active, quel impact sur le recrutement ? Est-ce que ce sont des patients en ambulatoire ou en hospitalisation complète ? Et du coup, quel impact sur les structures ? Si on se projette comme ça, est-ce qu'on a la place dans nos murs ? » Responsable du contrôle de gestion* *« Il y avait de la résistance, quand on a dû augmenter des lits de soins critiques, il a fallu qu'on augmente en prenant des lits ailleurs et donc on les a pris sur des activités pour lequel certains, sur l'ORL (oto-rhino-laryngologiste), ils ont bien compris pourquoi on les prenait et c'était assez cohérent. Mais, par exemple, sur l'ophtalmologie, qui étaient eux aussi dans un contexte d'augmentation d'activité, ils ont assez mal vécu le fait qu'on leur enlève leur hospitalisation de jour sauf que cette hospitalisation de jour n'était quasiment pas utilisée. ». Médecin PUPH chef de pôle.* *« On avait des lits, des taux d'occupation dans certaines disciplines qui n'étaient pas optimum, donc on s'est dit qu'on va essayer en partant d'une prise en charge plus moderne de voir en privilégiant l'ambulatoire, en augmentant les lits de soins critiques et en diminuant le nombre de lits d'hospitalisation complète, de voir comment on peut arriver à réorganiser tout ça. On est arrivé à faire tout ça en récupérant du personnel sur des lits qu'on fermait, en faisant des vases communicants. ». Médecin PUPH Chef de pôle* *« Les médecins sont sur leur périmètre, leur pré-carré, leur recherche. C'est comme les déchetteries, c'est très imagé ce que je vais vous dire. Si on les prend individuellement ils sont à peu près tous comme ça, c'est-à-dire que nous, on veut bien transformer mais pas dans le jardin. C'est comme les déchetteries, il faut des déchetteries pour trier les ordures, pour ne pas polluer mais je ne la veux pas dans ma ville. C'est « vous pouvez réorganiser, on vous soutient, pas de soucis », mais c'est quand on va arriver à mon étage, « ce n'est pas chez moi parce que chez moi il y a ça, c'est indispensable, etc. ». Ils sont tous comme ça, c'est partout pour le coup, alors ça c'est universel. ». Directrice de l'opération et de la performance*
Les tensions induites par la perception du resserrage de l'espace	
La critique de la perception du resserrage de l'espace avec un espace insuffisant pour accueillir l'augmentation d'activité médicale	*« On a des problèmes de moyens humains et de moyens de locaux, d'espace, de lit. Ça, ça crée des tensions. ». Chirurgien PUPH* *Cadre de santé supérieure : On te resserre, on te resserre, mais trouvez l'espace !* *« C'est sûr que les médecins veulent augmenter l'activité, le problème c'est qu'on a des locaux trop exigus. ». Cadre de santé*

3.3.1 Le rôle des mesures de performance dans la tentative de dynamisation des territoires médicaux et les tensions associées

3.3.1.1 *L'espace à la croisée des mondes domestique, marchand et industriel*

L'axe majeur de tentative de transformation à l'hôpital public se fonde sur la notion de flexibilité, qui permet selon Boltanski & Chiapello (2011, p.318) de reporter sur les salariés le poids de l'incertitude marchande. Ainsi, la promotion d'une flexibilité interne suppose une organisation capable de s'adapter au besoin de l'activité et une main d'œuvre malléable, disponible et apte à suivre les fluctuations d'activité et les déplacements de lits et de services afin de satisfaire la recomposition des départements (marchand).

Cependant, historiquement à l'hôpital public, la notion d'espace est associée à des termes relevant de l'ordre de grandeur domestique. Ainsi, les territoires domestiques sont des espaces réservés à des personnes qui ont des attaches domestiques à ces territoires, du fait de leur ancienneté et de l'histoire des services. L'espace de l'hôpital est ainsi structuré et découpé en pôles médicaux, qui sont eux-mêmes découpés en départements, qui sont eux aussi découpés en services. En outre, ces territoires sont dirigés respectivement par des chefs de pôle, des chefs de département et des chefs de service. Cependant, ce qui distingue le statut du pôle médical de celui du service en termes de territoire, ce sont les liens « *familiaux* » qui s'exercent au sein des services autour de la spécialité médicale à laquelle les équipes contribuent.

> *« Chez les médecins et en particulier chez les anciens médecins, il y a cette notion « c'est mes lits » et « c'est mon service, mes lits ». C'est très le côté mandarin « on ne touche pas à mon service, on ne touche pas à mes lits ». Je pense que chez les jeunes aujourd'hui, il y a toujours cette notion d'appartenance, un hôpital c'est quand même très familial. Le service c'est un peu la famille, on a nos infirmières, je dis nos car c'est caricatural. ». Directrice de l'opération et de la performance*

Dans le monde industriel, l'espace peut être mesuré et doit correspondre à des besoins réels de fonctionnement. Nos résultats ont ainsi révélé comment l'espace, ancré dans le monde domestique est bousculé par la dynamique des mesures de performance, objets issus du monde industriel, engendrant à ce titre, des tensions entre et au sein même des services. A ce titre, nos

résultats révèlent que le monde domestique est susceptible d'entrer en tension avec les mondes industriel et marchand dans le cadre de la perception de l'espace.

3.3.1.2 *La tentative de redéfinition du découpage de l'espace structurant la relation territoriale des services et les tensions associées*

Les déplacements destinés à donner plus de flexibilité à l'organisation interne de l'hôpital ont comme conséquence une cristallisation de la compétition entre médecins autour des mesures de performance. En effet, les mesures de performance sont utilisées pour objectiver les situations et les besoins, rendant objectives les potentielles disparités d'attribution de l'espace entre les services. Dès lors, la distribution de l'espace entre les médecins pose la question de la modalité d'évaluation de sa répartition : selon quels critères d'évaluation l'espace est-il partagé et peut-il être repartagé au sein de l'hôpital public ?

Nos résultats révèlent qu'une dynamique de « *vases communicants* » et de « *chaises musicales* » tente de se mettre en place sur les pôles dans une tentative de dynamisation de l'espace afin de réattribuer l'espace entre les services selon des critères d'évaluation du monde industriel, appuyés sur les indicateurs de performance.

> *« Ce qu'on a compris c'est qu'on devrait trouver de l'espace sur le pôle et que ça ferait des chaises musicales. ». Cadre de santé*

Les projets sont ainsi le moyen pour initier l'étude de l'espace des pôles médicaux et de la possible répartition des mètres carrés. Ainsi, les médecins s'appuient sur la valorisation opérée par les indicateurs de performance afin de faire valoir l'extension de leur service.

> *« On va les aider à conduire le projet et surtout à faire les chiffrages du business plan qui vont conduire à la prise de décision car si on fait cette salle, qu'est-ce qu'on en attend en termes d'activité, quel sera l'impact pour les autres salles, la salle hybride, le scanner, quels sont les effets de chaise musicale entre toutes les salles ? Quel impact sur la file active, quel impact sur le recrutement ? Est-ce que ce sont des patients en ambulatoire ou en hospitalisation complète ? Et du coup, quel impact sur les structures ? Si on se projette comme ça, est-ce qu'on a la place dans nos murs ? » Responsable du contrôle de gestion*

Le quatuor de pôle, et en particulier le cadre de santé supérieur, accompagné par les cadres de santé des différents services sont en charge de l'étude des différentes possibilités de remaniement. A cet égard, l'un de nos répondants nous a expliqué comment lui et son équipe avaient procédé pour redécouper l'espace sur le pôle qui avait des besoins pour la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux. Ce redéploiement s'est fait en concertation avec les équipes médicales des différents départements et à l'aide de l'utilisation des indicateurs comme preuve des besoins en termes d'activité médicale.

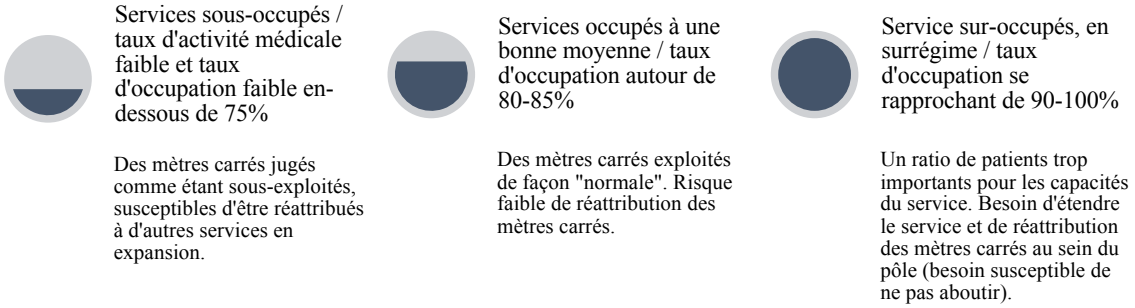
> *« On avait des lits, des taux d'occupation dans certaines disciplines qui n'étaient pas optimum, donc on s'est dit qu'on va essayer en partant d'une prise en charge plus moderne de voir en privilégiant l'ambulatoire, en augmentant les lits de soins critiques et en diminuant le nombre de lits d'hospitalisation complète, de voir comment on peut arriver à réorganiser tout ça. On est arrivé à faire tout ça en récupérant du personnel sur des lits qu'on fermait, en faisant des vases communicants. ». Médecin PUPH Chef de pôle*

Cette opération de vases communicants s'est faite relativement lentement, puisque l'étude médico-économique pour la réalisation de ce projet a duré un an et demi. Dans ce cadre, les indicateurs de performance ont permis d'objectiver les situations de sous-performance de certains services et ainsi convaincre les acteurs de soin de reconfigurer la répartition de l'espace :

> *« On a regardé la durée moyenne de séjour, les ratios de personnels, on a regardé comment fonctionnait le jour, comment fonctionnait la nuit, avec quel type de ratio. On a regardé les historiques de personnel et voir si ça correspondait toujours à la réalité aujourd'hui. Enfin ça, ça a été un gros travail, ça nous a pris bien un an et demi d'étude et donc un an et demi pour que les personnes s'approprient le projet. On ne peut pas faire un virage comme ça, après même en le faisant lentement on a parfois des résistances. ». Médecin PUPH Chef de pôle*

Cette reconfiguration peut être illustrée par la figure suivante :

Figure 13 – Le rôle de l'utilisation des mesures de performance dans la tentative de dynamisation des territoires médicaux



Cependant, cette réattribution de l'espace au sein du pôle médical ne s'est pas faite sans tensions auprès de certains acteurs. En effet, la précarisation qu'engendre cette dynamique de redistribution est une des formes d'accomplissement de la rationalité du monde marchand, dans lequel les grands sont qualifiés par leur réussite dans les affaires tandis que les petits ont un poids économique moindre.

> *« Il y avait de la résistance, quand on a dû augmenter des lits de soins critiques, il a fallu qu'on augmente en prenant des lits ailleurs et donc on les a pris sur des activités pour lequel certains, sur l'ORL (oto-rhino-laryngologiste), ils ont bien compris pourquoi on les prenait et c'était assez cohérent. Mais, par exemple, sur l'ophtalmologie, qui étaient eux aussi dans un contexte d'augmentation d'activité, ils ont assez mal vécu le fait qu'on leur enlève leur hospitalisation de jour sauf que cette hospitalisation de jour n'était quasiment pas utilisée. ». Médecin PUPH chef de pôle*

Les exemples cités ci-dessus montrent que les mesures de performance peuvent jouer un rôle de dispositifs contraignants, capables de crédibiliser et d'offrir des preuves tangibles aux relations de concurrences et aux besoins de flexibilité et d'adaptation de l'espace (marchand). A cet égard, les mesures de performance sont susceptibles de solidifier des intérêts concurrents entre les chefs de départements. Cependant, ces tentatives de dynamisation rencontrent des obstacles en raison de la logique domestique prédominante :

« Les médecins sont sur leur périmètre, leur pré-carré, leur recherche. C'est comme les déchetteries, c'est très imagé ce que je vais vous dire. Si on les prend individuellement ils sont à peu près tous comme ça, c'est-à-dire que nous, on veut bien transformer mais pas dans le jardin. C'est comme les déchetteries, il faut des déchetteries pour trier les ordures, pour ne pas polluer mais je ne la veux pas dans ma ville. C'est « vous pouvez réorganiser, on vous soutient, pas de soucis », mais c'est quand on va arriver à mon étage, « ce n'est pas chez moi parce que chez moi il y a ça, c'est indispensable, etc. ». Ils sont tous comme ça, c'est partout pour le coup, alors ça c'est universel. ». Directrice de l'opération et de la performance

Nous détaillerons l'un de ces exemples dans notre chapitre suivant dans le cadre de l'analyse de la négociation de la mise en place de deux projets médicaux.

En revanche, si la tentative de dynamisation de l'espace est susceptible de générer des tensions, les mesures de performance jouent également un rôle dans l'expérience de resserrage de l'espace, expérience que nous analysons ci-après.

3.3.2 Le rôle des mesures de performance dans la perception du resserrage de l'espace et les tensions associées

La seconde modalité de tensions que nous avons identifiée autour de la dimension spatiale est celle de la perception du resserrage de l'espace associée à des tensions pour les acteurs que nous avons observés et auditionnés en entretiens.

Ainsi, si toute activité médicale nécessite un espace pour se réaliser, nos résultats révèlent que deux tendances semblent s'exercer en parallèle : d'une part, la perception d'une diminution de l'espace, et, d'autre part, l'augmentation de l'activité médicale. Dès lors, l'espace se compose de deux dimensions, l'une étant l'espace concret effectivement attribué au sein de l'hôpital aux équipes médicales et pouvant se mesurer objectivement à l'aide des mètres carrés, l'autre correspondant à un espace vécu dont la perception peut être modifiée par la réalisation de l'activité médicale et par son augmentation continue au sein de la même spatialité. Le rapport entre l'espace vécu et l'augmentation d'activité donne ainsi lieu à une impression de manque d'espace. A ce titre, l'espace sert ici de support à l'activité médicale et la relation entre l'espace

vécu et l'augmentation d'activité est exprimée par l'image d'un espace qui se resserre sur les acteurs.

> *« On a des problèmes de moyens humains et de moyens de locaux, d'espace, de lit. Ça, ça crée des tensions. ». Chirurgien PUPH*

> *« C'est sûr que les médecins veulent augmenter l'activité, le problème c'est qu'on a des locaux trop exigus. ». Cadre de santé*

Ici, nos répondants critiquent cette désynchronisation entre, d'une part, des objectifs organisationnels d'augmentation d'activité médicale et, d'autre part, le manque de moyens humains mais également d'espace pour héberger les patients. En effet, nos résultats soulignent une désynchronisation entre un mouvement ascendant d'augmentation d'activité et un mouvement neutre de maintien de l'activité d'hébergement, voire descendant de diminution de cette activité d'hébergement.

> *« L'activité purement médicale, c'est-à-dire le nombre d'actes augmentent mais en parallèle l'activité d'hébergement diminue. ». Chirurgien PH*

Ces mouvements opposés génèrent pour les acteurs des injonctions paradoxales qui sont exprimées par le cadre de santé supérieur en réunion de bureau de pôle le 6 février 2019 au sujet de l'injonction de l'administration de trouver l'espace sur le pôle pour mettre des lits supplémentaires pour un projet :

> *« On te resserre, on te resserre, mais trouvez l'espace ! » Cadre de santé supérieure*

Cette problématique de l'augmentation d'activité dans un espace restreint constitue un enjeu majeur des tensions pour les médecins et les équipes soignantes. Ainsi, l'espace des pôles médicaux, organisé en départements et en services, apparait comme un réceptacle important de tensions en raison de ses fonctions plurielles au sein des différents mondes et de leurs usages concurrents (domestique, marchand, industriel). Dès lors, le resserrage de l'espace apparait comme l'un des principaux enjeux liés à l'accroissement de l'activité médicale dans les services. En outre, ces tensions autour du resserrage de l'espace sont également illustrées dans

le chapitre suivant dans lequel nous détaillons le récit de la négociation de la mise en place de deux projets médicaux.

Conclusion de la section 2

Dans cette deuxième section de notre premier chapitre de résultat, nous avons entrepris d'exposer les modalités plurielles d'utilisation des mesures de performance à l'hôpital public. Pour ce faire, nous avons d'abord précisé notre objet d'étude en détaillant les mesures de performance retenues spécifiquement dans notre analyse du fait de leur présence dans le discours des acteurs que nous avons auditionnés et observés. Une fois ces modalités plurielles d'utilisation détaillées, nous avons conclu que l'analyse de l'usage des mesures de performance ne permet pas d'associer ces objets à un monde unique puisque leurs utilisations s'inscrivent au carrefour de différents mondes.

Cette analyse nous a ensuite conduit à étudier comment ces mondes pouvaient être mis en tension par ces modalités plurielles d'utilisation. Au fond, nous avons montré comment l'usage de ces mesures suscite en particulier des critiques envers les principes associés au monde industriel et envers les principes associés au monde marchand. En effet, nos résultats révèlent que la transformation de l'hôpital public en un monde industrialisé et marchand, en « *usine* » ou encore en « *hôpital-entreprise* » induit de fortes tensions pour les professionnels de santé. A cet égard, les utilisations des mesures de performance sont sévèrement critiquées en raison de la transformation qu'elles induisent sur les principes du service public hospitalier. Nos résultats révèlent à ce titre que la remise en cause d'autres figures du bien commun présentes à l'hôpital public, comme celles associées aux principes du monde civique, domestique ou encore du monde de l'inspiration, questionne l'échelle des valeurs choisie pour l'hôpital public français.

Dans un troisième temps, nous avons montré comment ces tensions se cristallisent sur des objets, devenus des « *objets de tension* » pour les personnels soignants. A ce titre, nos résultats ont révélé que les cristallisations de ces tensions s'opèrent sur les lits d'hospitalisation ainsi que sur des objets plus immatériels tels que le temps et l'espace.

Conclusion du chapitre 5

L'objectif de ce chapitre a été double. Tout d'abord, nous avons, dans la première section de ce chapitre, cherché à caractériser l'hôpital public à travers le cadre théorique des « *ordres de grandeur* » ou des « *mondes* » de Boltanski & Thévenot (1991). Cette caractérisation nous a permis d'explorer le pluralisme des modalités d'évaluation et des principes d'action présents à l'hôpital public. A ce titre, cette première section a constitué le socle de la poursuite de notre analyse dans la deuxième section, au cours de laquelle nous avons, d'une part, présenté les mesures de performance retenues dans notre analyse et, d'autre part, détaillé les tensions entre les mondes, induites par leur utilisation au sein de l'hôpital public français.

Dans ce contexte de tensions, nous entreprenons de questionner le rôle ambivalent des mesures de performance dans une toute autre dynamique qui est celle de l'émergence et de l'élaboration de compromis : Comment des dynamiques de compromis émergent-t-elles entre des mondes pluriels autour de l'utilisation des mesures de performance ? Comment ces acteurs parviennent-ils, en effet, à s'entendre sur l'utilisation des mesures de performance alors même qu'elles génèrent de nombreuses tensions ? Ce sont ces interrogations que nous allons traiter dans le chapitre suivant à travers l'analyse approfondie des interactions entre divers acteurs et des dynamiques de tensions et de compromis lors du développement de deux projets médicaux.

Chapitre 6 : Le rôle des mesures de performance dans l'émergence de dynamiques de compromis à l'hôpital public

Si le chapitre précédent nous a permis de mettre en exergue comment les modalités d'utilisation plurielles des mesures de performance suscitent de multiples tensions au sein de l'hôpital public, l'objectif de ce chapitre est de comprendre comment, dans un tel contexte, des compromis s'élaborent autour de l'utilisation de ces mesures entre différents acteurs aux rationalités plurielles.

Pour ce faire, dans la **Section 1**, nous détaillons les mécanismes relationnels sous-jacent à l'élaboration des compromis autour de l'utilisation des mesures de performance ainsi que leurs limites.

Dans la **Section 2**, nous présentons les résultats sous forme chronologique à travers le récit de deux projets distincts, articulés autour de moments de compromis et d'épreuves de grandeur, selon le vocabulaire de Boltanski & Thévenot (1991). Le but de cette section est ainsi d'offrir un récit chronologique de l'élaboration de plusieurs compromis au sein du pôle médical que nous avons observé, à travers la description de plusieurs périodes spécifiques caractéristiques des dynamiques de formation des tensions et des compromis à l'hôpital public. En effet, l'examen des moments de déséquilibre, de crise, de dispute ou encore de remise en cause est un prisme privilégié afin d'étudier dans un même cours d'action les moments de compromis et les moments critiques qui peuvent se succéder comme c'est le cas, par exemple, pour la négociation de divers projets médicaux à leur mise en place effective. A travers ces récits chronologiques, nous examinons comment les mesures de performance sont utilisées et si et comment elles facilitent l'élaboration de compromis ou, a contrario, l'émergence de tensions, voire de disputes entre divers acteurs.

Tel que présenté dans le chapitre méthodologique, nous avons sélectionné comme unité d'analyse les projets dans la mesure où ceux-ci représentent un besoin d'évolution organisationnelle dans les départements concernés et qu'ils constituent des chronologies intéressantes en termes de durée puisque plusieurs années peuvent s'écouler de la présentation du projet à sa possible matérialisation. En outre, ceux-ci sont une temporalité privilégiée pour examiner des épreuves de grandeur en situation impliquant une large variété d'acteurs. Dès lors,

le choix de ces périodes spécifiques respecte à la fois le plan du cadre conceptuel ainsi que celui de la méthode de récit chronologique préconisée dans la littérature (Mailhot & Langley, 2017).

Section 1 : L'utilisation de mesures de performance et la solidification des compromis : analyse de trois mécanismes relationnels

Dans la première section de ce chapitre, nous cherchons à expliciter la manière dont s'élaborent et se maintiennent les compromis autour de l'utilisation de mesures de performance entre des acteurs aux rationalités plurielles au sein de l'hôpital public. Ainsi, nous nous concentrons sur l'analyse et la présentation de mécanismes relationnels qui soutiennent la formation de ces accords spécifiques. En effet, l'analyse de nos données met en évidence un motif répétitif selon lequel les compromis s'élaborent et se maintiennent, dévoilant ainsi trois mécanismes relationnels qui se combinent et se renforcent. Dès lors, nos résultats révèlent que ces mécanismes relationnels forment le tissu des dynamiques des compromis autour de l'utilisation de mesures de performance à l'hôpital public.

Nous avons ainsi identifié trois mécanismes relationnels permettant de construire une dynamique de compromis autour de l'utilisation des mesures de performance : (1) l'instauration d'un processus de commensuration démocratique à partir des mesures de performance, (2) la clarification de la dimension conditionnelle du compromis, (3) l'assurance d'une perspective de matérialisation du compromis. Nous présentons également dans cette section les limites de ces mécanismes.

Nous analysons ensuite, dans la seconde section, deux projets, afin d'analyser si et comment ces mécanismes fonctionnent durablement dans la pratique. Nous présentons dans la conclusion générale de ce chapitre les apports de ces analyses et les limites de tels compromis.

1. Les mécanismes relationnels d'élaboration et de maintien des compromis autour de l'utilisation des mesures de performance

L'analyse des compromis nous conduit à analyser deux temporalités clés que sont la temporalité de l'élaboration du compromis et celle de son maintien dans le temps. Ainsi, la dimension temporelle présente un intérêt majeur pour notre étude puisqu'elle entraîne la considération non pas seulement de la formation d'un compromis mais bien d'une dynamique qui s'étend dans un temps plus ou moins long, mettant en relation divers acteurs. La dimension temporelle permet donc de dépasser le niveau de l'analyse du compromis pour considérer celui-ci comme un élément d'une dynamique fondée sur des mécanismes relationnels spécifiques. Ce sont ces mécanismes que nous cherchons à expliciter dans cette première section, dans le contexte spécifique de l'utilisation des mesures de performance. Nous montrons ainsi que les compromis trouvent à se solidifier à travers l'utilisation de ces mesures.

Les trois mécanismes relationnels que nos résultats mettent en évidence permettent d'éclairer la manière selon laquelle l'élaboration du compromis est liée à la perspective de sa matérialisation future dans des objets permettant de réunir des mondes pluriels. Ainsi, la combinaison de ces mécanismes et leur agencement permettent un fonctionnement d'ensemble et une coordination entre des acteurs appartenant à des groupes professionnels différents et des sphères distinctes : la sphère administrative, d'une part, et la sphère médicale, d'autre part. Cette coordination est facilitée, nous allons le voir, par le processus de négociation de projets médicaux. Ces projets constituent, a fortiori, une unité temporelle d'analyse pertinente pour observer cette dynamique d'accord de manière chronologique. Nous verrons plus en détails cette analyse dans la deuxième section de ce chapitre.

Nous illustrerons ainsi dans la seconde section le récit chronologique de deux projets afin de donner à voir les mécanismes décrits dans cette présente section. Nous montrerons que si ces mécanismes sont utiles pour la création et le maintien des compromis dans le temps, ils peuvent également générer des tensions entre d'autres groupes professionnels, par exemple, entre les paramédicaux et les médecins ou encore, au sein d'un même groupe, par exemple, entre les médecins entre eux.

Les trois mécanismes relationnels que nous avons identifiés peuvent être représentés par la figure suivante :

Figure 14 - Modélisation des trois mécanismes formant le tissu des dynamiques de compromis solidifiées par l'utilisation des mesures de performance

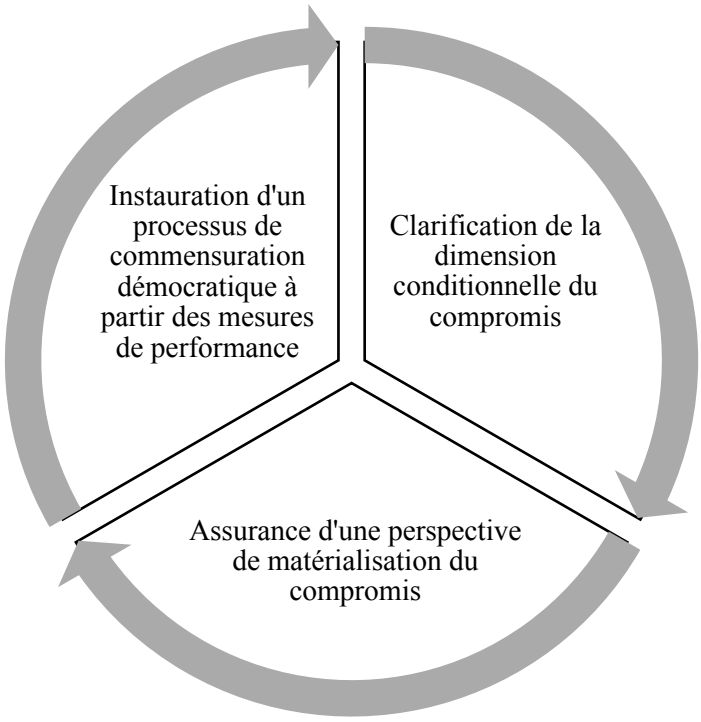


Tableau 37 – Catégories et verbatims illustrant les mécanismes relationnels d'élaboration et de maintien des compromis autour de l'utilisation des mesures de performance entre médecins et administratifs

Thèmes	Verbatims
Les mécanismes relationnels d'élaboration et de maintien des compromis autour de l'utilisation des mesures de performance	
1.Instauration d'un processus de commensuration démocratique à partir des mesures de performance	*« Nous ce qu'on fait, c'est que ligne par ligne on va augmenter l'activité, souvent on ne va pas diminuer l'activité, on va l'augmenter ou la laisser stable par rapport à 2018. Si on regarde par exemple sur la chirurgie ambulatoire, ils ont l'ouverture d'une salle ambulatoire spécifique donc l'objectif c'est d'augmenter. Le but c'est de faire augmenter tout ça, donc là on prévoit de faire 91 interventions de plus. Et on prend ligne par ligne (le contrôleur me montre les tableaux sur son ordinateur). On fait ça, ensuite on les voit, on leur demande leur avis, donc ici dans cette case, ils mettent leur avis. ». Contrôleur de gestion* *« Soit les médecins sont d'accord avec nous, donc on reste sur ça, soit ils disent « ça c'est trop fort, ça c'est trop fort, on n'y arrivera pas », donc on jauge avec eux (…). Il y a des négociations sur l'activité que l'on prévoit sur le contrat de gestion, parfois ils ne sont pas d'accord sur certaines choses, sur le J0, sur les recettes ou les dépenses. Ça c'est une négociation entre eux et nous. On ne les oblige pas, ce n'est pas le but. Le but c'est que ça se passe bien. ». Contrôleur de gestion*
2.Clarification de la dimension conditionnelle du compromis	*« Le processus de demande pour un nouveau projet est d'objectiver l'augmentation du taux d'activité médicale et c'est seulement après que nous pouvons émettre nos souhaits. Les arguments que nous utilisons sont que l'augmentation de l'activité médicale est réelle dans un espace restreint et que nous allons continuer à augmenter. ». Cadre de santé* *« On nous a demandé qu'on augmente l'activité médicale avant le projet, ce n'était pas possible mais c'est ce qu'on a fait quand même (…) ensuite quand on a obtenu les moyens, il y a eu une évaluation à mi-parcours pour voir s'ils nous donnent la deuxième tranche. Pour l'instant on a des objectifs chiffrés. Par exemple pour la télémédecine, pour qu'ils nous donnent un médecin et un paramédical supplémentaire, ils nous disent « il faudra que vous atteigniez une mesure de tant qui justifie que l'on continue à vous donner des moyens », c'est conditionnel. ». Médecin PUPH*
3.Assurance d'une perspective de matérialisation du compromis	*« C'est plus difficile qu'avant puisque depuis qu'il y a la T2A on est plus sur le côté financier et si vous avez un projet qui fonctionne financièrement on va vous l'accorder et s'il ne fonctionne pas financièrement on ne vous l'accorde pas même s'il y a un intérêt, un intérêt scientifique ou un intérêt de le faire parce que ça apporte de la qualité. ». Cadre de santé* *« Si vraiment la DMS, je dis un exemple fictif, avait été complètement catastrophique, ça aurait pu remettre en question les travaux relatifs à l'extension de 10 lits de court séjour gériatrique. Ça aurait pu être une remise en question car forcément on a fait une étude de rentabilité, ça date de 2015 l'étude. On avait fait des simulations, c'est-à-dire qu'à une DMS, on va avoir un nombre de séjours et derrière une recette donc tout est un peu lié en fait, si la DMS varie trop, on risque de perdre beaucoup en recettes et du coup de ne pas rentabiliser le projet avec des travaux qui sont très coûteux en fait. Le projet date de 2015, à un moment la DMS a été dans le rouge, l'année suivante, on s'est quand même posé des questions. Et puis après les indicateurs sont repartis au vert. ». Contrôleur de gestion*

1.1 L'instauration d'un processus de commensuration démocratique à partir des mesures de performance

Le premier mécanisme relationnel que nous avons identifié dans la dynamique de compromis autour de l'utilisation des mesures de performance est celui de « *l'instauration d'un processus de commensuration démocratique à partir des mesures de performance* ». Il a pour fonction de fixer de manière démocratique les mesures de performance à atteindre. Le compromis s'élabore entre des acteurs issus de la sphère administrative et de la sphère médicale

Nos résultats mettent en évidence que dans ce premier mécanisme, les mesures de performance sont utilisées à la fois dans le monde industriel comme preuve d'efficience et à la fois dans le monde domestique, en vue de l'établissement d'une relation de confiance entre les médecins et les représentants du contrôle de gestion.

Le cadre administratif est un acteur important dans la dynamique d'élaboration du compromis. Il est celui qui expose les mesures de performance aux médecins et qui discute avec eux de la faisabilité de l'augmentation (par exemple, l'augmentation du taux d'occupation) ou de la diminution des mesures de performance (par exemple, la diminution de la durée moyenne de séjour). Sa tâche principale est de discuter individuellement de l'augmentation ou de la diminution de ces mesures de performance chaque année avec les médecins et lors d'une réunion annuelle du contrat de gestion du pôle médical. Il effectue ainsi un suivi personnalisé de chaque médecin du pôle médical auquel il est rattaché. Son bureau est à ce titre localisé au sein du pôle, afin de favoriser une proximité géographique avec les équipes médicales. De nombreuses discussions informelles viennent s'ajouter à ce processus formel de suivi individualisé des performances. Ces discussions sont importantes car elles révèlent le degré de proximité et de confiance que les médecins ont envers leur cadre administratif. Ainsi, il n'est pas exclu que ce premier mécanisme soit difficile à mettre en place si les relations ne sont pas de qualité entre le cadre administratif et les médecins.

Le contrôleur de gestion est quant à lui basé dans le service administratif et non dans le pôle médical. Il est en contact direct avec le cadre administratif avec qui il doit créer des liens de proximité. Deux réunions annuelles sont organisées pour la prévision de l'activité médicale entre les acteurs de l'administration et les représentants du pôle. Le dialogue vise à réduire les éventuelles tensions. Le compromis se concrétise à travers les tableaux de bord de performance

et les comportements des médecins qui travaillent avec le contrôleur de gestion afin d'optimiser leurs mesures de performance. Les indicateurs sont à ce titre utilisés comme support à la négociation. Ces échanges se veulent bienveillants et démocratiques, le tout étant de trouver un compromis et non de froisser les médecins.

> *« Nous ce qu'on fait, c'est que ligne par ligne on va augmenter l'activité, souvent on ne va pas diminuer l'activité, on va l'augmenter ou la laisser stable par rapport à 2018. Si on regarde par exemple sur la chirurgie ambulatoire, ils ont l'ouverture d'une salle ambulatoire spécifique donc l'objectif c'est d'augmenter. Le but c'est de faire augmenter tout ça, donc là on prévoit de faire 91 interventions de plus. Et on prend ligne par ligne (le contrôleur me montre les tableaux sur son ordinateur). On fait ça, ensuite on les voit, on leur demande leur avis, donc ici dans cette case, ils mettent leur avis. ». Contrôleur de gestion*

Dans cette citation, les mesures de performance sont utilisées pour contribuer à l'efficience (industriel) mais aussi pour favoriser les relations de qualité et de confiance entre les médecins et l'administration (domestique). En effet, le manque de relation hiérarchique entre le cadre administratif ou les contrôleurs de gestion et les médecins supposent d'établir un lien de confiance et un dialogue constructif, le but n'étant pas de leur imposer des objectifs de performance mais bien de les fixer avec eux. Dès lors, ces discussions se veulent apaisées puisqu'elles tiennent compte de l'opinion et de l'engagement des deux parties dans le processus de commensuration.

> *« Soit les médecins sont d'accord avec nous, donc on reste sur ça, soit ils disent « ça c'est trop fort, ça c'est trop fort, on n'y arrivera pas », donc on jauge avec eux (…). Il y a des négociations sur l'activité que l'on prévoit sur le contrat de gestion, parfois ils ne sont pas d'accord sur certaines choses, sur le J0, sur les recettes ou les dépenses. Ça c'est une négociation entre eux et nous. On ne les oblige pas, ce n'est pas le but. Le but c'est que ça se passe bien. ». Contrôleur de gestion*

Cependant, si ce mécanisme semble révéler un certain respect des médecins à l'égard des objectifs de performance, qu'ils ont eux-mêmes acceptés de fixer, nos résultats ont mis en

évidence que ce premier mécanisme n'est cependant pas suffisant pour expliciter la dynamique de compromis autour de ces mesures, car, en effet, rien ne semble obliger les médecins à les optimiser. À tout moment, ceux-ci peuvent revenir sur leur décision en raison de ce manque de pouvoir hiérarchique.

Ainsi, nous allons détailler maintenant le deuxième mécanisme permettant le maintien du compromis autour des mesures de performance : la clarification de la dimension conditionnelle du compromis.

1.2 La clarification de la dimension conditionnelle du compromis

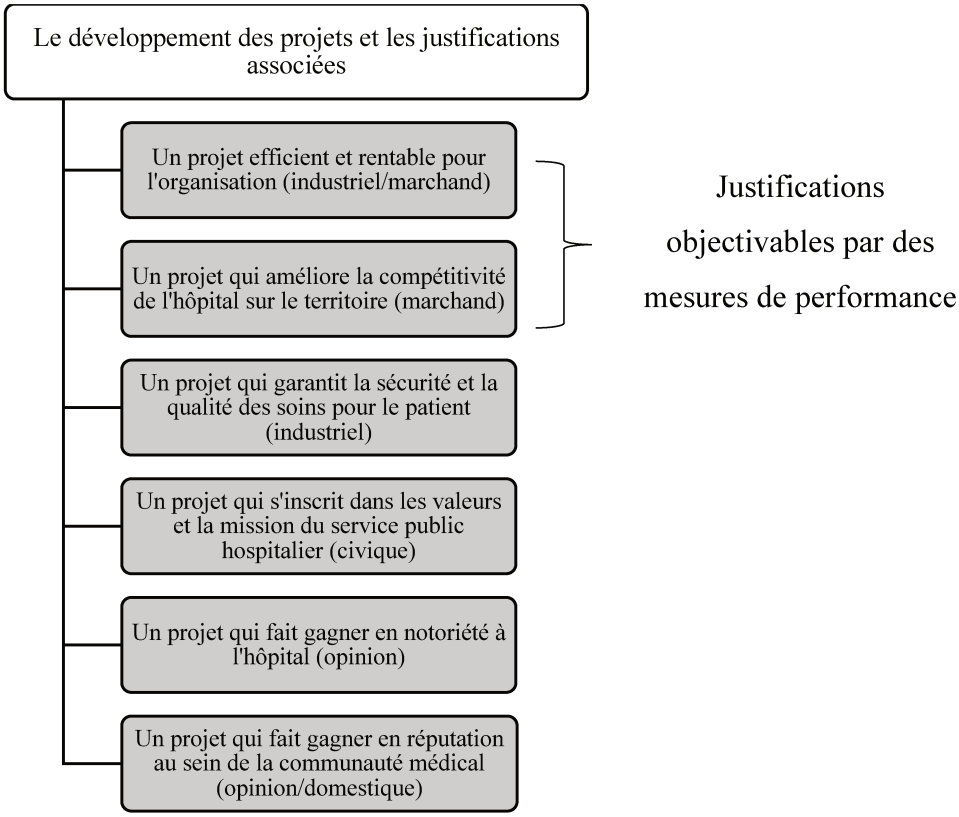
Le second mécanisme relationnel important que nous avons identifié pour l'élaboration et le maintien des compromis est « *la clarification de la dimension conditionnelle du compromis* ». Il a pour fonction d'assurer une logique de concessions mutuelles entre les médecins et les représentants du contrôle de gestion et des directions. Celui-ci s'inscrit dans le cadre de l'élaboration des projets médicaux que les médecins cherchent à concrétiser. Le dialogue est facilité grâce à cette démarche de négociation entre les médecins et les agents administratifs. A ce titre, la fonction du développement des projets, des études médico-économiques et des mesures de performance dans l'élaboration des compromis est majeure.

Les projets font l'objet d'instructions et de discussions au fur et à mesure qu'ils sont étudiés. Les mesures de performance sont utilisées comme une justification pour trouver un compromis qui suppose des concessions mutuelles entre la réalisation des mesures et l'allocation de financement pour un projet.

Ainsi, ce deuxième mécanisme relationnel s'appuie sur des justifications associées au développement des projets qui impliquent plusieurs ordres de grandeur afin d'obtenir des ressources financières. En outre, ces justifications seront étudiées plus en détails dans la section suivante dans la description chronologique de la négociation de deux projets médicaux.

L'assemblage des ordres de grandeur pouvant soutenir les justifications est illustré par la figure suivante :

Figure 15 - L'assemblage des ordres de grandeur associés aux justifications pour développer un projet



« Le processus de demande pour un nouveau projet est d'objectiver l'augmentation du taux d'activité médicale et c'est seulement après que nous pouvons émettre nos souhaits. Les arguments que nous utilisons sont que l'augmentation de l'activité médicale est réelle dans un espace restreint et que nous allons continuer à augmenter. ». Cadre de santé

Ainsi, la fonction du second mécanisme est de renforcer le premier en engageant les médecins dans le but de développer un projet. A ce titre, la dimension conditionnelle du compromis est explicitement clarifiée lors des divers échanges entre les médecins et l'administration.

« On nous a demandé qu'on augmente l'activité médicale avant le projet, ce n'était pas possible mais c'est ce qu'on a fait quand même (…) ensuite quand on a obtenu les moyens, il y a eu une évaluation à mi-parcours pour voir s'ils nous donnent la deuxième tranche. Pour l'instant on a des objectifs chiffrés. Par exemple pour la télémédecine, pour qu'ils nous donnent un médecin et un paramédical supplémentaire, ils nous disent « il faudra que vous

atteigniez une mesure de tant qui justifie que l'on continue à vous donner des moyens », c'est conditionnel. ». Médecin PUPH

Ce deuxième mécanisme souligne que le compromis est initié lorsqu'il n'y a plus d'ambiguïté, car les parties savent à quoi s'attendre. Dès lors, ce mécanisme suggère un risque quant au maintien du compromis qui ne dure que lorsque l'ambiguïté de ces concessions mutuelles est levée. Le troisième mécanisme renforce les deux précédents en assurant une perspective de matérialisation du compromis dans des objets, permettant de le solidifier.

1.3 L'assurance d'une perspective de matérialisation du compromis

Le troisième mécanisme relationnel que nous avons identifié dans le maintien du compromis autour de l'utilisation des mesures de performance s'intitule « *l'assurance d'une perspective de matérialisation du compromis* ». Il a pour fonction de garantir les conditions de maintien du compromis dans le temps en renforçant les deux premiers mécanismes grâce à une perspective de matérialisation. Ainsi, il consiste en la synchronisation de deux horizons temporels distincts que sont le présent et le futur, et de la synchronisation de deux attentes distinctes de matérialisation : d'une part, l'attente de matérialisation d'un projet et, d'autre part, l'attente de la réalisation des objectifs de performance.

Dès lors, deux configurations temporelles de ces attentes de matérialisation existent :

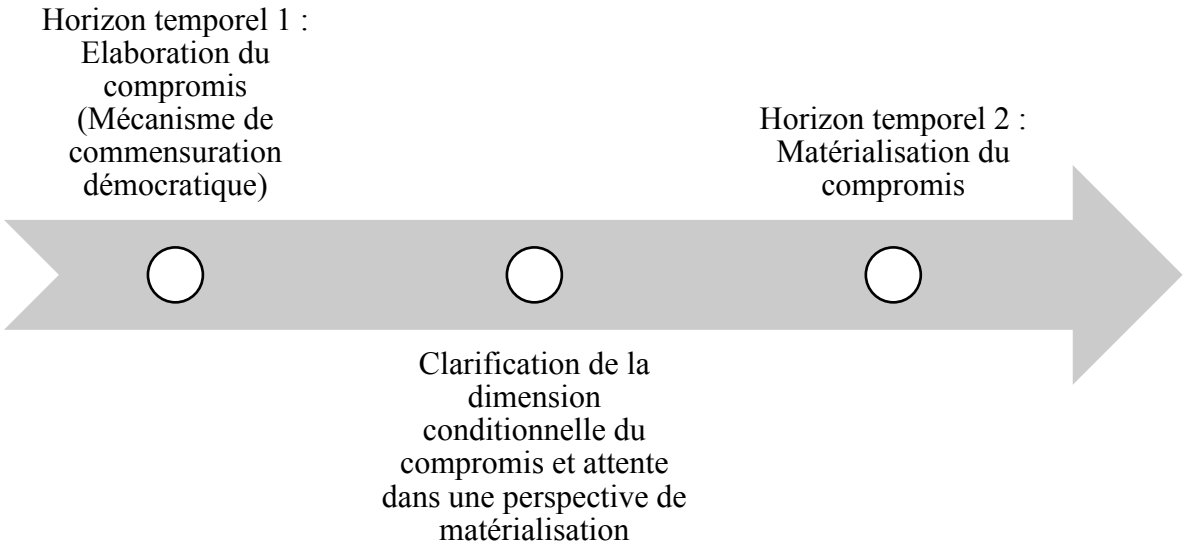
(1) les médecins réalisent des objectifs de performance dans la perspective future d'obtenir en contrepartie les moyens associés à la réalisation d'un projet (obtention de moyens humains, matériels, etc.). Dans cette configuration, ce sont les médecins qui sont en attente de la « *matérialisation du compromis* » afin d'absorber la croissance continue de leur activité médicale et de l'augmentation de la cadence associée – croissance et cadence pouvant aller jusqu'au surrégime.

(2) les représentants des directions donnent les moyens (humains, matériels) pour le développement d'un projet dans la perspective future d'obtenir un retour rapide sur investissement – retour rapide évalué dans une étude médico-économique préalable qui assure la rentabilité du projet à l'aide de la quantification issue de l'analyse des mesures de performance. Dans cette configuration, ce sont les représentants des

directions qui sont en attente de la « *matérialisation du compromis* » afin de s'assurer du bon équilibre entre les dépenses avancées par l'institution et la compensation par des recettes futures.

Ainsi, ce troisième mécanisme relationnel est majeur puisqu'il permet de renforcer les deux premiers mécanismes. Il suppose en outre la confiance de la part des deux parties en la bonne volonté de chacune d'entre elles d'assurer leur engagement dans le futur. Celui-ci peut être illustré par la figure suivante :

Figure 16 - La synchronisation de deux horizons temporels dans l'élaboration et le maintien du compromis



Si les justifications sont significatives, comme nous l'avons vu dans le deuxième mécanisme, pour négocier le développement du projet, nos résultats révèlent que ces justifications sont une condition nécessaire mais non suffisante pour obtenir l'accord de développement du projet. En effet, une autre condition nécessaire est « *l'assurance d'une perspective de matérialisation du compromis* » dans les objets et les comportements des acteurs.

> *« Si vraiment la DMS, je dis un exemple fictif, avait été complètement catastrophique, ça aurait pu remettre en question les travaux relatifs à l'extension de 10 lits de court séjour gériatrique. Ça aurait pu être une remise en question car forcément on a fait une étude de rentabilité, ça date de 2015 l'étude. On avait fait des simulations, c'est-à-dire qu'à une DMS, on va avoir un nombre de séjours et derrière une recette donc tout est un peu lié en fait,*

si la DMS varie trop, on risque de perdre beaucoup en recettes et du coup de ne pas rentabiliser le projet avec des travaux qui sont très coûteux en fait. Le projet date de 2015, à un moment la DMS a été dans le rouge, l'année suivante, on s'est quand même posé des questions. Et puis après les indicateurs sont repartis au vert. ». Contrôleur de gestion

« C'est plus difficile qu'avant puisque depuis qu'il y a la T2A on est plus sur le côté financier et si vous avez un projet qui fonctionne financièrement on va vous l'accorder et s'il ne fonctionne pas financièrement on ne vous l'accorde pas même s'il y a un intérêt, un intérêt scientifique ou un intérêt de le faire parce que ça apporte de la qualité. ». Cadre de santé

À cet égard, nos résultats révèlent que les mesures de performance sont des objets qui jouent un rôle majeur dans la solidification des compromis avec un assemblage d'ordres de grandeur – assemblage soutenu par des justifications légitimes. Dès lors, les justifications fondées sur des mesures de performance créent un consensus entre des justifications considérées comme positives pour l'institution et des justifications considérées comme positives pour les médecins.

Cependant, même si toutes ces conditions sont remplies, le compromis peut ne pas être consolidé car il dépend de la singularité de la situation et des personnes impliquées dans le processus du compromis. En effet, une autre caractéristique de ce mécanisme est qu'il assure une dimension contingente et locale de son fonctionnement car il est soumis à l'évaluation de plusieurs acteurs. Dans cette mesure, nous examinons dans la sous-section ci-dessous comment les acteurs peuvent être désorientés lorsqu'ils réalisent l'application non automatique de ces mécanismes permettant l'élaboration et le maintien des compromis autour de l'utilisation des mesures de performance.

2. Les limites des mécanismes relationnels soutenant la dynamique de compromis autour des mesures de performance

Nos résultats révèlent que si les mesures de performance sont utilisées comme des outils de dialogue et de négociation pour élaborer des compromis entre des acteurs aux rationalités plurielles, cependant, plusieurs limites à ces mécanismes relationnels viennent interférer avec cette dynamique de compromis. En effet, nos résultats indiquent que les mesures de performance, bien qu'utiles et nécessaires dans la formation des compromis, ne permettent pas d'offrir un processus décisionnel qui soit totalement transparent, équitable et fiable. Ainsi, nous avons identifié trois limites à ces mécanismes relationnels que nous détaillons ci-dessous : (1) l'opacité du fonctionnement des mécanismes, (2) la perception d'une iniquité persistant au-delà des mécanismes ; (3) les obstacles issus d'horizons temporels distincts.

Tableau 38 – Catégories et verbatims illustrant les limites des mécanismes relationnels sous-jacents à la dynamique de compromis entre médecins et administratifs

Thèmes	Verbatims
Les limites des mécanismes relationnels	
1.La critique de l'opacité du fonctionnement des mécanismes	*« Les règles du jeu n'étant pas très clairement affichées dans la vie du CHU, ce n'est pas évident et de temps en temps il y a des décisions qui sont prises et des propositions qui ne sont pas écoutées et on ne sait pas très bien pourquoi. C'est compliqué de savoir si on peut prétendre à des sous. Il y a quelques années, j'ai demandé si j'étais bénéficiaire, on m'a dit « ouh c'est plus compliqué que cela ». Cette dissonance entre les missions qu'on nous confie et comment faire valoir et comment influencer les choses. On voit d'autres projets qui se développent très vite, on ne comprend pas. Je suppose qu'il y a certains mécanismes, certains réseaux, certains choix politiques mais ils ne sont pas clairement affichés, ils sont flous, c'est très inconfortable. ». Médecin PH chef de service* *« Après quand ça ne va pas, on a la chance que quand on est dans la hiérarchie médicale on peut quand même aller toquer à la porte de celui qui décide vraiment, à la porte du directeur général. Je l'ai fait et ça, ça marche mieux dès lors qu'il comprend la problématique. Il peut missionner quelqu'un qui va travailler avec nous sinon les échelons intermédiaires sont quand même beaucoup là pour freiner, pour tamponner. C'est tout à fait évident qu'il y a deux vitesses entre aller voir le directeur directement et passer par le chemin intermédiaire. ». Chirurgien PUPH*
2.La critique de l'iniquité persistant au-delà des mécanismes	*« Il y a des médecins qui peuvent court-circuiter en allant voir directement le DG. J'ai un petit peu de mal à le faire. Je n'arrive pas à le faire parce que ce n'est pas ma chose. Je ne détiens pas cette unité, ce n'est pas ma vie. Je ferai ça pour ma famille mais c'est un service public, il y a une hiérarchie, il y a une organisation donc je ne comprends pas pourquoi je vais aller moi réseauter. Ce n'est pas normal. Je ne dois pas mettre autant d'énergie pour court-circuiter, ça perd du sens en fait. ». Médecin PH*
3.La critiques des obstacles issus d'horizons temporels distincts	*« La difficulté aussi d'arriver à des organisations optimales c'est que c'est une hyper structure, il y a l'effet taille. Il y a plein d'interlocuteurs. C'est difficile de tout concilier (…) Une fois, on voulait regrouper l'hôpital de jour de 5 lits avec le mien, et on voulait regrouper sur un même secteur. On y a travaillé pendant 6 ans ; et finalement ça ne se fait pas. ». Cadre de santé*

2.1 L'opacité du fonctionnement des mécanismes

La première limite que nous avons identifiée est celle de l'opacité de ces trois mécanismes relationnels. En effet, les mécanismes relationnels que nous avons mis en lumière sont portés par des acteurs aux rationalités plurielles et s'inscrivent dans une dimension temporelle et relationnelle. Cependant, certains de nos répondants regrettent que la dynamique de compromis, nécessaire au développement des projets, ne soit pas si clairement établie en pratique.

> *« Les règles du jeu n'étant pas très clairement affichées dans la vie du CHU, ce n'est pas évident et de temps en temps il y a des décisions qui sont prises et des propositions qui ne sont pas écoutées et on ne sait pas très bien pourquoi. C'est compliqué de savoir si on peut prétendre à des sous. Il y a quelques années, j'ai demandé si j'étais bénéficiaire, on m'a dit « ouh c'est plus compliqué que cela ». Cette dissonance entre les missions qu'on nous confie et comment faire valoir et comment influencer les choses. On voit d'autres projets qui se développent très vite, on ne comprend pas. Je suppose qu'il y a certains mécanismes, certains réseaux, certains choix politiques mais ils ne sont pas clairement affichés, ils sont flous, c'est très inconfortable. ». Médecin PH chef de service*

En effet, certains de nos répondants nous ont fait part des différents chemins pour élaborer des compromis. Ce pluralisme de modalités d'évaluation qui s'opère génère, selon eux, un certain manque de transparence dommageable.

> *« Après quand ça ne va pas, on a la chance que quand on est dans la hiérarchie médicale on peut quand même aller toquer à la porte de celui qui décide vraiment, à la porte du directeur général. Je l'ai fait et ça, ça marche mieux dès lors qu'il comprend la problématique. Il peut missionner quelqu'un qui va travailler avec nous sinon les échelons intermédiaires sont quand même beaucoup là pour freiner, pour tamponner. C'est tout à fait évident qu'il y a deux vitesses entre aller voir le directeur directement et passer par le chemin intermédiaire. ». Chirurgien PUPH*

Dès lors, notre analyse révèle des enjeux parallèles, fondés sur des contrats relationnels davantage que sur des mesures de performance objectives.

2.2 La perception d'une iniquité dans la dynamique de compromis persistant au-delà des mécanismes

La deuxième limite que nous avons identifiée est celle de la perception d'une iniquité dans la dynamique de compromis entre les médecins et les représentants du contrôle de gestion et des directions.

Dès lors, cette critique remet en cause le rôle des mesures de performance dans l'objectivation des besoins dans la négociation des projets et l'équité associée. Ainsi, certains de nos répondants regrettent qu'à la modalité d'évaluation fondée sur des objets de nature industrielle (mesures de performance) s'oppose un rapport inéquitable entre les médecins qui seraient régis par des « *choix politiques* », des « *réseaux* » (domestique). Cette dimension relationnelle a été plusieurs fois identifiée en entretien et a été critiquée quant au processus de sélection.

> *« Il y a des médecins qui peuvent court-circuiter en allant voir directement le DG. J'ai un petit peu de mal à le faire. Je n'arrive pas à le faire parce que ce n'est pas ma chose. Je ne détiens pas cette unité, ce n'est pas ma vie. Je ferai ça pour ma famille mais c'est un service public, il y a une hiérarchie, il y a une organisation donc je ne comprends pas pourquoi je vais aller moi réseauter. Ce n'est pas normal. Je ne dois pas mettre autant d'énergie pour court-circuiter, ça perd du sens en fait. ». Médecin PH*

Le réseautage est ainsi critiqué par certains pour son manque de sens vis-à-vis de la mission de soin qui s'élève au-delà des particularismes.

2.3 Les obstacles issus d'horizons temporels distincts

La troisième limite que nous avons identifiée est celle liée aux obstacles issus d'horizons temporels distincts. En effet, nos répondants ont pointé du doigt les difficultés liées à la synchronisation des deux horizons temporels d'attente mutuelle de matérialisation. D'autres

répondants ont également pointé l'effet taille de la structure qui explique pourquoi les projets peuvent ne pas parvenir jusqu'au bout.

> *« La difficulté aussi d'arriver à des organisations optimales c'est que c'est une hyper structure, il y a l'effet taille. Il y a plein d'interlocuteurs. C'est difficile de tout concilier (…) Une fois, on voulait regrouper l'hôpital de jour de 5 lits avec le mien, et on voulait regrouper sur un même secteur. On y a travaillé pendant 6 ans ; et finalement ça ne se fait pas. ». Cadre de santé*

Ainsi, face à cette opacité du processus de sélection qui est critiquée pour son iniquité, les mesures de performance paraissent une mesure fiable qui permet de faire valoir de manière objective la valeur des projets aux yeux de l'administration.

Conclusion de la section 1

Cette première section nous a permis d'apporter des premiers éléments de réponse à deux de nos questions de recherche : Comment des acteurs s'appuyant sur des modalités d'évaluation plurielles parviennent-ils à des compromis autour de l'utilisation de mesures de performance ? Quels sont les mécanismes qui favorisent les efforts des acteurs pour parvenir à la création et au maintien des compromis autour de l'utilisation des mesures de performance et quels sont, au contraire, les freins à leur création et à leur maintien ?

Ainsi, nous avons analysé et exposé trois mécanismes relationnels sous-jacents à la dynamique de compromis entre les médecins et les représentants du contrôle de gestion et des directions : (1) l'instauration d'un processus de commensuration démocratique à partir des mesures de performance, (2) la clarification de la dimension conditionnelle du compromis, (3) l'assurance d'une perspective de matérialisation du compromis. A ce titre, nous avons mis en évidence que les mesures de performance sont utilisées comme outil de dialogue, de négociation mais également de délimitation des concessions mutuelles que les acteurs s'engagent à mettre en œuvre. Nous avons ainsi montré que la dimension temporelle est majeure dans cette analyse avec la synchronisation entre deux horizons temporels distincts que sont le présent et le futur.

Nous avons également identifié trois limites à ces mécanismes : (1) l'opacité du fonctionnement des mécanismes ; (2) la perception d'une iniquité persistant au-delà des mécanismes ; (3) les obstacles issus d'horizons temporels distincts.

Si ces mécanismes permettent d'expliciter la dynamique de compromis et de comprendre ce qui se joue pour les médecins, nous apportons dans la section suivante le récit chronologique de la négociation de deux projets. Ce faisant, nous analysons de manière transversale la mise en place de ces mécanismes relationnels et comment les acteurs, et notamment les médecins, se servent des mesures de performance en situation et au quotidien afin de faire valoir ce qui leur importe. Nous verrons à ce titre les difficultés qu'ils rencontrent et les limites de cette dynamique de compromis.

Section 2 : Le rôle ambivalent des mesures de performance dans la facilitation des compromis

Nous poursuivons notre travail de réponse à notre question de recherche sur l'utilisation des mesures de performance et leur rôle dans les dynamiques de tensions et de compromis en présentant le récit chronologique du dialogue autour de la négociation de deux projets médicaux.

A cet égard, nous montrons dans cette section que si les mesures de performance sont utilisées lors de stratégies discursives pour élaborer des compromis entre des acteurs issus de sphères différentes – médicales et administratives -, leurs utilisations sont également la source de nombreuses tensions entre des acteurs au cœur des soins, caractérisant ainsi le rôle des mesures de performance comme un rôle ambivalent dans la facilitation des compromis.

Nous présentons, dans le premier projet, les épreuves de grandeur qui jalonnent sa négociation: des tensions constitutives associées à la prise en charge du patient au dialogue avec l'administration, le porteur du projet doit ensuite convaincre les médecins du pôle de céder de la place sur leur propre service pour étendre le département de néphrologie. Ainsi, cette analyse nous donne à voir la complexité des modalités d'évaluation au sein de l'hôpital public et les différentes modalités d'utilisation des mesures de performance par les acteurs en situation.

Dans le second projet, nous analysons les répercussions d'un projet obtenu par une équipe de chirurgiens qui doivent, pour satisfaire leur engagement dans le compromis, réaliser une augmentation d'activité dans un temps imparti. De ce fait, nous donnons à voir comment ces objectifs de performance créent non seulement des tensions entre le cadre de santé et les chirurgiens au nom de la qualité de prise en charge des patients, mais également entre les chirurgiens et les administratifs en raison de l'échec de l'atteinte des objectifs de performance.

1. Les compromis autour de l'utilisation des mesures de performance : une force productrice ou destructrice ?

1.1 Contexte du projet : le cas du projet du département de néphrologie

L'objet de ce premier projet est le développement du département de néphrologie. Le porteur de projet prévoit l'ouverture de six lits supplémentaires pour le service de dialyse ainsi que l'ouverture de lits supplémentaires pour l'activité de transplantation. La négociation de ce projet a constitué un élément majeur de tensions au sein du pôle médical dans lequel nous avons effectué nos observations non-participantes d'octobre 2018 à mars 2020.

Selon la note de synthèse que la cadre administrative nous a fournie, datée du 9 juillet 2018, le projet est élaboré dans le but de répondre dans de bonnes conditions à la croissance de l'activité de dialyse sur les patients hospitalisés et afin d'assurer la mission de lits de repli de dialyses pour les autres structures. L'obtention des lits de dialyse devrait contribuer à réduire les tensions existantes en absorbant le surplus d'activité médicale qui pose actuellement des problèmes de sécurité et de qualité des soins (industriel). Ainsi, les équipes du département de néphrologie font face à des épreuves de grandeur répétées dans le monde industriel avec le risque d'une prise en charge des patients détériorée.

> *« Sur la néphrologie, c'est une augmentation de l'activité énorme. Il y a une DMS très courte et un turn-over important des patients. Les projets sont surtout à l'augmentation de lits. Ce qui est en contradiction avec mes valeurs, c'est quand je sais qu'on dialyse un patient de minuit à 4h du matin. Le patient est aussi là pour dormir. Ce n'est pas confortable. Actuellement, ça me pose soucis. Je n'ai pas le choix mais je trouve quand même qu'on n'est pas très bon ; la sécurité c'est de dialyser un patient. La qualité c'est dans quelles conditions on lui fait faire la dialyse. ». Cadre de santé*

Parallèlement à ce contexte de tensions propres à l'activité de dialyse, le porteur de projet incite les équipes du département à augmenter l'activité de transplantation rénale.

> *« Nous avons fait des choses pour augmenter l'activité, il est plus facile de la réduire que de l'augmenter, donc nous avons fait des choses. En*

transplantation, nous avons inscrit plus de patients sur la liste, nous avons établi des protocoles. C'était clairement un désir de ma part d'augmenter l'activité mais maintenant si ce n'est pas possible d'obtenir des ressources financières, je vais arrêter ». PUPH chef de département

Cette volonté d'augmentation d'activité s'explique par plusieurs raisons : tout d'abord, l'intérêt des transplantations pour les patients est indéniable et permet aux patients de ne plus avoir recours au service de dialyse ; la transplantation est une activité de pointe et un domaine de recherche important pour les CHU ; enfin ces chirurgies sont l'apanage des centres universitaires hospitaliers. A ce titre, le porteur de projet a fait la demande de lits supplémentaires de transplantation pour absorber l'augmentation volontaire de l'activité.

1.2 Les divers acteurs impliqués dans la négociation du projet

Dans le cadre de la négociation de la mise en œuvre d'un projet en général et plus spécifiquement du projet de dialyse, nous avons pu observer plusieurs acteurs impliqués dans la négociation du projet. Le porteur de projet, tout d'abord, est celui qui porte le projet au-devant de plusieurs audiences, administratives et médicales et qui interagit par conséquent avec un certain nombre d'acteurs représentants le contrôle de gestion, la direction de l'établissement mais également le corps médical et soignant.

A ce titre, le porteur de projet que nous avons observé et auditionné en entretien a été amené à interagir avec une variété d'acteurs :

- Le quatuor de pôle : chef de pôle, adjoint au chef de pôle, le cadre administratif, le cadre de santé supérieur
- Les autres médecins du pôle
- Les représentants de la direction : direction du contrôle de gestion, direction financière, direction médicale, direction de l'information médicale (DIM), direction de l'opération et de la performance (DOP)

Dans notre cas, il nous semble important de rappeler l'historique du service médical dont a hérité le porteur de projet dans la mesure où celui-ci doit convaincre non seulement les acteurs

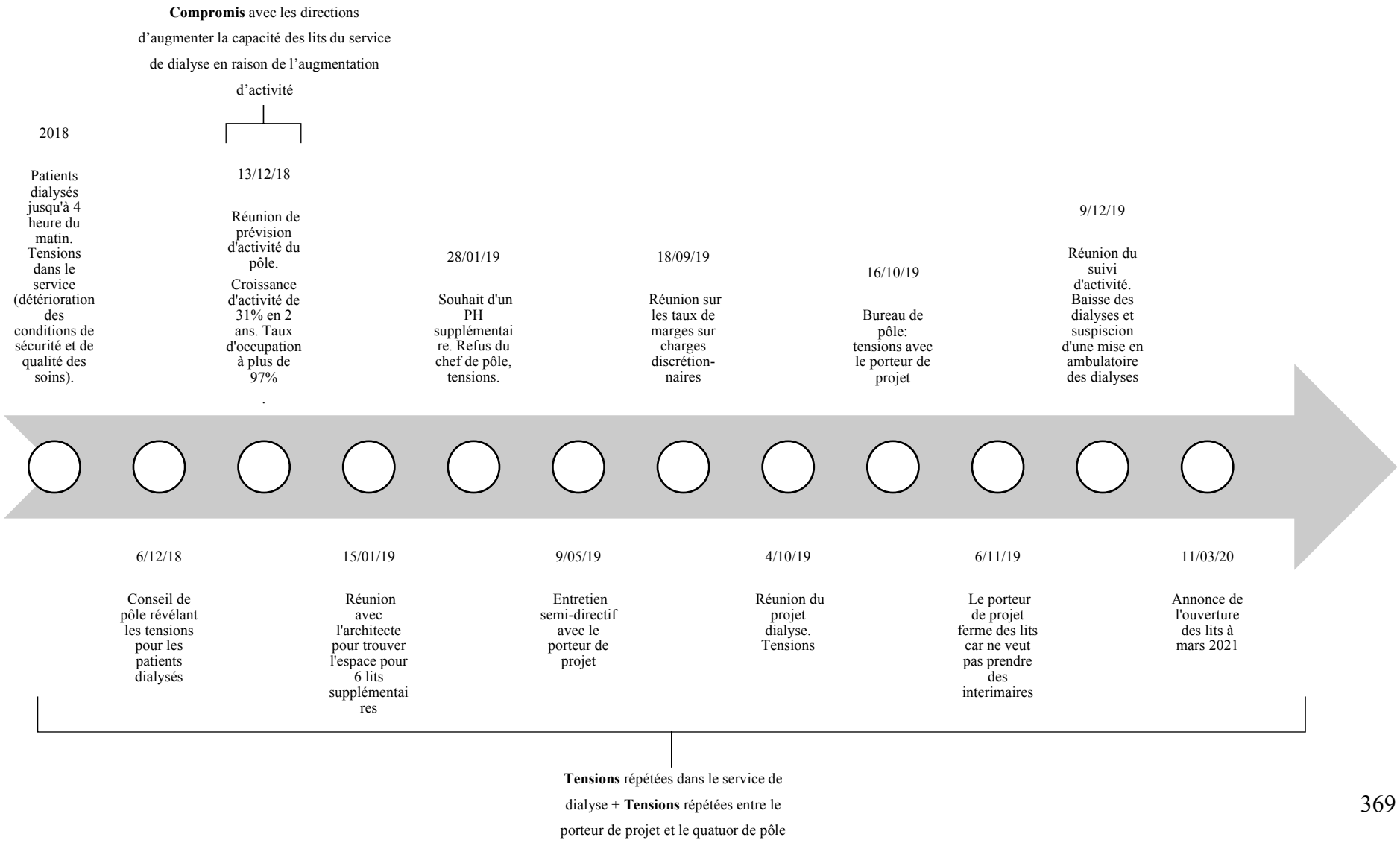
du pôle, majoritairement soignants mais aussi les acteurs de la direction issus de la sphère administrative à chaque étape de l'avancée du projet.

Historiquement, celui-ci a hérité d'un département divisé en deux services en conflit. Le porteur de projet étant originaire d'une ville différente, son arrivée dans l'établissement actuel est relativement peu ancienne puisqu'il est arrivé il y a seulement trois ans. Cela, nous le verrons, a pu être préjudiciable tandis qu'il n'a pas construit des relations informelles d'appui solide avant de présenter son projet.

1.3 Le découpage chronologique des phases du projet

Notre analyse de l'ensemble de la chronologie du projet de dialyse nous a conduit à découper le projet en quatre phases révélatrices des différentes épreuves de grandeur constitutives du projet entre le mois d'octobre 2018 et le mois de mars 2020. Afin de tendre vers une certaine exhaustivité bien qu'impossible à réaliser, nous avons concentré nos temps d'observation sur des réunions de pôle et des réunions entre le pôle et l'administration. Nous avons complété ces observations par des entretiens avec les acteurs principaux retraçant la chronologie des épreuves constitutives du projet. Nous présentons cette chronologie ci-après.

Figure 17 – La représentation chronologique des étapes de la négociation du projet de néphrologie



1.4 Présentations des épreuves de grandeur induites par l'utilisation des mesures de performance : une dynamique entre tensions et élaboration de compromis

Tableau 39 - Synthèse des épreuves de grandeur du projet de dialyse et l'utilisation des mesures de performance

Thèmes	Dynamique de tensions et compromis	Utilisation des mesures de performance
Les épreuves de grandeur et le rôle des mesures de performance		
1.Epreuve n°1 : litige au sein du monde industriel avec la détérioration des conditions de prises en charge des patients dans le service de dialyse	*Tensions au sein du service de dialyse en raison des dysfonctionnements liés à la suractivité ;* *Compromis entre le chef de projet et les responsables des directions pour l'obtention de six lits supplémentaires de dialyse. L'administration requière cependant que l'espace pour les six lits soit trouvé sur le pôle médical.*	*Les mesures de performance sont utilisées pour objectiver les dysfonctionnements du service de dialyse en surrégime et les tensions que cela entraîne au sein du service et pour construire des arguments légitimes dans la négociation de l'ouverture des six lits supplémentaires (industriel).*
2.Epreuve n°2 : clash entre les mondes industriel, domestique et civique avec la répartition des mètres carrés sur le pôle médical	*Recherche de compromis entre les médecins du pôle médical et le chef de projet pour réattribuer des mètres carrés au service de dialyse afin d'accueillir les six lits supplémentaires. Échec en raison de la prévalence du monde domestique et des territoires.* *Tensions entre le chef de projet et le quatuor de pôle.*	*Les mesures de performance sont utilisées pour tenter de répartir les mètres carrés du pôle de manière jugée équitable par le porteur de projet en fonction de l'activité réalisée (industriel) et d'un bien commun censé unir les visions opposées (civique) : « pour le bien des patients ».* *Rejet de cette utilisation par les médecins du pôle pour des raisons d'ordre domestique.*
3.Epreuve n°3 : clash entre le mondes industriel et civique avec le déplacement des tensions vers l'utilisation controversée des outils comptables	*Nouvelle tentative du chef de projet pour la matérialisation du compromis. Tensions entre le chef de projet et le quatuor de pôle en raison de la tentative par le chef de projet de trouver un compromis avec les représentants des directions et le quatuor de pôle en s'appuyant sur des preuves comptables des différentes performances des départements au sein du pôle.*	*Les mesures de performance sont utilisées pour prouver la performance du service du chef de projet par rapport à tous les services du pôle médical et pour justifier ainsi le besoin de prendre des mètres carrés à d'autres services (industriel).* *Rejet de cette utilisation par le quatuor du pôle en raison d'autres critères que la performance (civique).*
4.Epreuve n°4 : recherche d'un compromis durable et critique des solutions trouvées seulement à court-terme	*Tentative d'élaboration d'un compromis durable afin d'éviter la répétition des tensions de manière pérenne.*	*Pas d'utilisation spécifique.*

1.4.1 Épreuve n°1 : La détérioration des conditions de prises en charge des patients dans le service de dialyse : épreuve de grandeur industrielle et mesures comptables à l'appui

1.4.1.1 *La qualité et la sécurité liées aux prises en charge des patients en cause*

Selon le rapport de la note de synthèse, le service de dialyse éprouve de grandes difficultés à faire face à l'afflux des demandes de dialyse nécessaires pour les patients hospitalisés au CHU, en respectant un niveau de sécurité compatible avec une pratique de soins de qualité. Dès lors, la situation actuelle engendre de nombreuses tensions sur le terrain au sein du service de dialyse. Selon Boltanski & Thévenot (1991), la grandeur du monde industriel est définie en termes de sécurité, performance, efficacité, capacité à assurer une fonction normale. Les signes de non qualité ou de non sécurité caractérisent les dysfonctionnements dans une organisation de santé et sont autant de signes négatifs de l'ordre de grandeur industriel ; ils manifestent une faible maîtrise, un mauvais fonctionnement d'un système perturbé.

Ainsi, ce sont les tensions face à la répétition d'évènements mettant en danger la sécurité des patients lors de la réalisation des dialyses qui sont exposés dans la note de synthèse. La situation du service est la suivante : l'activité médicale est réalisée sur trois postes de dialyse attenant à l'unité de soins intensifs de dix lits. L'unité de trois postes est actuellement dimensionnée pour la réalisation de six séances par jour avec la possibilité d'effectuer deux séances supplémentaires débordant sur l'activité de l'infirmière de nuit sans pour autant avoir une infirmière dédiée à cette activité. L'activité revient donc à la charge des infirmières postées sur les lits de soins intensifs de néphrologie. La réalisation de huit séances par jour constitue un maximum. Actuellement, le personnel paramédical affecté à cette activité est de deux infirmières. La note de synthèse réalisée par la cadre administrative du pôle indique ainsi :

> *« Pour faire face à ces demandes, des dialyses sont très régulièrement effectuées la nuit ou sur les lits de Soins Intensifs. De plus, outre l'inconfort pour les patients, les conditions de sécurité sont dégradées notamment par le manque de présence médicale de sénior la nuit. Cette présence considérée comme obligatoire dans les centres de dialyse chronique pour des patients stables n'est pas respectée au CHU. En effet, les patients dialysés au CHU sont hospitalisés pour des pathologies aigües augmentant le risque de*

complications pendant les séances. ». Note de synthèse du projet de dialyse et de néphrologie

En raison de l'escalade des tensions dans le service de dialyse, le chef de département a entamé un dialogue avec le chef de pôle médical, son adjoint, le cadre administratif ainsi que le cadre de santé supérieur un peu avant juillet 2018. Ce faisant, l'épreuve de grandeur dans le monde industriel du non-respect de la qualité et de la sécurité des soins met en marche une dynamique de dialogue autour de la demande d'ouvertures de lit supplémentaire dans le service de dialyse.

A ce stade, le besoin de compromis est impérieux pour le porteur du projet et son équipe qui menacent la direction de renvoyer les patients à dialyser vers d'autres centres de dialyse si la situation s'éternise, montrant ainsi le caractère indigne et injuste de ce type de dysfonctionnement pour une organisation de santé.

« Les néphrologues menacent de ne plus faire les dialyses en disant « débrouillez-vous avec le centre de dialyse », « quand vous acceptez un patient qui est dialysé, voyez avec le centre de dialyse pour continuer à le dialyser » ce qui n'est clairement pas gérable. ». Médecin PUPH chef de pôle en Conseil de pôle

Face à ces tensions répétées, le porteur de projet ainsi que le quatuor de pôle rencontrent les représentants des différentes directions au cours de plusieurs réunions afin de faire valoir la nécessité du projet.

1.4.1.2 *Les indicateurs de performance comme preuve des dysfonctionnements*

De juillet 2018 à janvier 2019, la première tentative de négociation du projet avec l'administration est couronnée de succès car elle a réussi l'épreuve industrielle de la preuve comptable. En décembre 2018, lors d'une réunion de prévision de l'activité du pôle médical, le cadre administratif a présenté à l'audience des représentants des directions les taux des mesures de performance enregistrés dans l'étude médico-économique.

Selon le rapport, l'activité réalisée a enregistré une croissance de plus de 31% en deux ans. Le taux d'occupation moyen est très élevé puisqu'il représente plus de 97% et une activité de dialyse aléatoire explique les débordements réguliers. Le nombre de jours de dépassements

correspond environ à la moitié des jours de l'année dans l'hypothèse où la capacité maximale de l'unité d'hémodialyse est de huit dialyses par jour dans des conditions de sécurité satisfaisante. Cela correspond à 165 jours de dépassement. Si la norme sécuritaire est plutôt fixée à six dialyses par jour, alors le nombre de journées dépassant cette norme est de 267 jours en 2017.

Dès lors, l'impact sur l'organisation quotidienne du service et des soignants est majeur. Le porteur du projet demande une infirmière supplémentaire pour poursuivre les séances de dialyse la nuit car l'appel au pool de remplacement infirmier est insatisfaisant puisque le personnel n'est pas formé à cette activité très spécialisée imposant une mutualisation avec les soignants des soins intensifs. Le porteur du projet demande des lits de dialyses supplémentaires pour limiter la réalisation des dialyses sur les lits de soins intensifs (situation actuellement de plus en plus fréquentes qui a lieu plusieurs fois par semaine.). Tandis que la réalisation de huit séances par jour constitue un maximum, dans la pratique, trois séances sont réalisées le matin, trois l'après-midi et deux en soirée avec des débranchements prévus à 22 heures dans le cas de huit séances par jour selon la note de synthèse de juillet 2018 écrite par le cadre administratif.

A ce stade, le document d'analyse comptable matérialise le compromis entre le porteur du projet et les représentants de la direction. Les justifications sont soutenues et partagées. La première phase du projet s'amorce sur une forme de compromis entre le porteur du projet, le quatuor représentant du pôle et les représentants de l'administration qui s'entendent pour dénoncer « *l'injustice* » d'une telle situation. Dans cette perspective, la part de matérialisation du compromis qui incombe aux représentants des directions suppose un engagement rapide afin d'assurer un retour à un fonctionnement jugé normal du service de dialyse en fournissant les six lits supplémentaires ainsi que l'espace dédié à l'accueil de ces lits.

Cependant, tandis que les représentants de la direction s'alignent sur la demande, ceux-ci requièrent que le quatuor de pôle et le porteur de projet trouvent eux-mêmes l'espace sur le pôle pour pouvoir accueillir les six lits supplémentaires de dialyse. Cette demande engendre la deuxième épreuve de grandeur constitutive de ce projet. Ainsi, si l'étude médico-économique constitue le premier niveau de solidification du compromis entre les acteurs du pôle et ceux de la direction, nous verrons que plusieurs niveaux de solidification sont nécessaires pour que le compromis se matérialise sur le terrain.

1.4.1.3 *La lettre au Directeur Général comme non-respect des codes du monde domestique*

Tandis que les tensions se répètent et que le porteur de projet n'entrevoit pas d'évolutions rapides, celui-ci choisit d'envoyer une lettre adressée directement au Directeur Général sans en parler ni au chef de pôle ni au président de CME afin de protéger sa responsabilité médicale des éventuelles conséquences de la prise en charge des patients dans le service. Celui-ci explique ainsi que si la situation se poursuit, il pourrait choisir de ne plus dialyser certains patients au nom de leur sécurité et de la qualité de leur prise en charge.

Lors d'une réunion avec la direction des opérations et de la performance (DOP) du 19 décembre 2018, le chef de pôle critique fortement ce court-circuitage qui fait obstacle à la relation de confiance entre lui et le porteur de projet. La négociation se poursuit malgré ce non-respect des codes relationnels caractéristiques du monde domestique. Les tensions sont déjà accrues entre le chef de pôle et le porteur de projet, tandis que la négociation pour obtenir de l'espace sur le pôle se poursuit.

1.4.2 Épreuve n°2 : « Trouver l'espace sur le pôle » : déplacement des tensions vers l'ordre domestique et civique

La deuxième étape de la trajectoire de la négociation du projet est celle de la tentative de sa matérialisation (troisième mécanisme). Celle-ci nécessite une présentation devant la communauté médicale et une convergence des visions autour du projet afin de pouvoir identifier de l'espace sur le pôle où placer les lits supplémentaires de dialyse. Nous avons défini cette seconde phase du 15 janvier 2019 au 6 novembre 2019.

Lors de la réunion du Conseil de pôle du 6 décembre 2018 que nous avons observée, l'argument issu du monde industriel est soutenu par l'ensemble de la communauté soignante représentée par les médecins du pôle ainsi que les cadres de santé qui s'indignent des « *dysfonctionnements* » du service de dialyse. Les médecins ont réitéré leur soutien quant au développement du projet d'ouverture de lits de dialyse.

Cependant, le nouveau débat autour de la place qui accueillera les six lits supplémentaires génère un déplacement des tensions vers la communauté médicale. En effet, ce débat fait surgir les principes d'évaluation du monde domestique.

Médecin n°1 : Il faut que ça remonte à la CME (communauté médicale d'établissement) et que tu le dises à la CME.

Chef de pôle : Ils le savent la CME depuis seize mois, donc là on ne peut pas dire que les gens ne sont pas au courant.

Médecin n°2 : On ne peut pas se défausser sur notre pôle, ce n'est pas au pôle de résoudre cette situation.

Porteur de projet : Je peux être d'accord avec vous mais en attendant, on dialyse des patients à 4h du matin, 5h du matin. Hier soir un patient de médecine a fait un malaise, on l'a gardé jusqu'à 8h du matin, ce n'est pas gérable.

Le monde domestique fait entrer en jeu la notion de « *territoire* » et se caractérise par « *la génération, la continuité d'une tradition, la hiérarchie* ». La manifestation de la permanence est valorisée et assure une stabilité des conduites dans le temps. Dans le monde domestique, les êtres sont qualifiés par la relation qu'ils entretiennent avec leurs semblables. Leurs titres et propriétés expriment leur importance et les définit comme grands ou petits.

A ce monde domestique, le porteur du projet oppose les principes du monde civique : la prééminence du collectif sur les individus et la recherche d'un bien commun supérieur aux intérêts dit particuliers dans cette situation. Dans le monde civique, la référence aux relations domestiques est le plus souvent critique selon Boltanski & Thévenot (1991), puisque le lien civique se définit comme un affranchissement par rapport aux relations de dépendance personnelle. A ce titre, le porteur de projet accuse les membres du conseil de pôle (médecins, cadres de santé) de protéger leurs intérêts particuliers plutôt que de prendre la responsabilité de la dimension collective du dysfonctionnement du service de dialyse qui touche un bien commun supérieur à la grandeur domestique : la « *juste* » prise en charge du patient. Les principes domestiques sont qualifiés comme « *séparateur* » de la visée du bien commun qui porte naturellement à l'union. Ces débats se concluent sans qu'une solution ne soit trouvée.

1.4.2.1 *L'espace, la mesure et l'architecte : la clarification du compromis*

Lors de notre observation de terrain, nous assistons à la réunion sur le projet de dialyse qui a lieu avec l'architecte le 15 janvier 2019. La discussion évolue entre l'architecte, le cadre de santé supérieur, le cadre de santé du service de néphrologie, un médecin PH et un ingénieur biomédical. Les différents membres se penchent sur le plan du pôle médical, posé au milieu de la table afin d'analyser si le projet de l'ouverture de six lits est possible dans l'espace actuel du pôle.

> *Médecin : Nous ce que nous a dit le directeur, c'est que la solution se trouvera à l'intérieur du pôle (...) l'idéal mais je ne suis pas en train de dire que ce sera comme ça, ce serait l'hospitalisation de semaine qui se trouve en médecine interne, l'utiliser pour faire le centre de dialyse et du coup monter l'hospit de semaine de monsieur X et mutualiser avec l'hospit de semaine de monsieur Y.*
>
> *Architecte : On peut l'étudier mais il faut que vous disiez que c'est une volonté du pôle. Si effectivement vous avez des pistes on peut les étudier.*
>
> *Médecin : Après on marche sur des œufs, que vous veniez avec vos mètres pour mesurer « alors votre bureau monsieur X, vous n'y tenez pas » (rire). On marche sur des œufs. (...) Après je dis qu'on marche sur des œufs parce que les arbitrages il faut les faire avec les différents acteurs du pôle (...) au niveau politique c'est quand même très compliqué.*

Après une analyse des mètres carrés des différents services, l'hypothèse établie de déplacer le service de dialyse dans un service déjà existant soulève des difficultés d'ordre « *politique* » (domestique). De plus, des tensions surgissent entre le cadre de santé supérieur, garant de l'histoire des services du pôle, qui s'oppose à la volonté du médecin de s'étendre sur la médecine interne en raison de « *l'historique* » de ces services.

A la fin de la réunion, l'architecte a pu montrer que l'ouverture des six lits ne pouvait se faire dans ce service. Ainsi, bien que le projet, selon l'étude médico-économique réalisée par la cadre administrative, requiert l'ouverture de six lits, celui-ci est redéfini en termes de trois lits afin de pouvoir faire entrer ces lits dans les murs actuels du service.

Si la mesure, outil issu du monde industriel, permet d'objectiver les situations et les besoins, celle-ci se heurte au principe domestique de territoire. Cette décision engendre de nouvelles tensions pour le porteur de projet qui voit cette difficulté comme une injustice. L'injustice selon lui porte sur la prééminence des principes du monde domestique sur ceux du monde industriel, principes « *équitables* » selon lui. Celui-ci considère que les principes industriels devraient être seuls garants de la répartition équitable de l'espace en fonction de la performance des services.

> *« C'est compliqué de mettre en place un projet de pôle commun. En orthopédie c'était différent parce que tous les services du pôle ont les mêmes pathologies. C'est beaucoup plus facile parce que c'est la même pathologie. Ils ont des patients communs. Même si ce sont des services séparés, il y a un fil conducteur, une pathologie commune quand même. Alors que nous, en dehors des locaux et de l'architecture, le projet ne va impacter personne dans le pôle sauf s'il piquait du territoire à quelqu'un. ». Cadre de santé*

A ce stade, l'épreuve de grandeur, qui ne se réduit pas à un débat d'idées mais qui engage des personnes, avec leur corporéité, dans un monde de choses qui servent à l'appui, est résolue selon les critères du monde domestique. Nous voyons à travers cette réunion avec l'architecte comment l'engagement des objets dans cette situation met en valeur le principe commun supérieur qui fait ici référence puisque pour évaluer la situation, on ne se réfère pas aux mesures de performance des services mises en parallèle avec leurs mètres carrés mais à leur « *histoire* » et à la notoriété des médecins qui font ces activités.

> *« Notre projet a été accepté une première fois et a été refusé ensuite. C'est incompréhensible. On a un accord de principe et d'un seul coup on nous dit que ce n'est plus possible alors que les données n'ont pas changé. C'est difficile d'entendre que tout le monde est d'accord avec nous sur l'augmentation de l'activité mais qu'on fera a minima en raison des contraintes. ». Cadre de santé*

Cette résolution de l'épreuve de grandeur est ressentie comme une injustice par le porteur de projet et son équipe. Cela le conduit à vouloir faire valoir les principes du monde industriel à la direction en démontrant que les principes du monde domestique fondés sur le « *territoire* » et « *l'histoire* » sont obsolètes et que ceux-ci n'ont plus lieu d'être.

1.4.2.2 *Critiques des modalités de formation du compromis par le porteur du projet*

Cette deuxième phase qui avait pour but de clarifier le compromis en le matérialisant fait jaillir de nouvelles tensions. Le porteur de projet est très critique face à ces modalités d'évaluation du compromis qui ne permettent pas d'arriver à la matérialisation de son projet. Ici, le troisième mécanisme relationnel (assurance d'une perspective de matérialisation du compromis) n'est plus assuré. Plusieurs critiques sont exprimées en entretien.

Par rapport à l'ordre de grandeur industriel de l'efficacité et du progrès, les critiques envers l'ordre domestique relèvent de la dénonciation des dysfonctionnements résultant des « *territoires domestiques, espaces réservés, privilèges locaux, des attaches domestiques, de l'inefficacité des particularismes, du trouble causé par les relations personnelles* ». Ainsi, les liens domestiques soulèvent ici des tensions critiques et a fortiori lorsqu'ils sont mis en parallèle avec une gestion de clinique privée.

> *« En clinique, ils (les représentants des directions) auraient regardé les activités, et ils auraient dit « ça c'est prioritaire, il faut le développer ». Là-bas, ça se fait très vite, l'activité augmente, on se restructure tandis qu'ici au bout de deux ans de négociation, j'ai obtenu trois postes de dialyse. ». Médecin PUPH chef de département de néphrologie*

Ici, le porteur de projet souligne l'impact de la notion de territoire sur la gestion des priorités en termes d'activité médicale. Aucun médecin ne veut céder l'attribut de sa grandeur, « *son territoire* » ou « *ses lits* ». En outre, la direction ne veut pas imposer une restructuration à la communauté médicale si elle n'est pas choisie de manière unanime. Si l'inefficacité de l'organisation hospitalière est ici pointée du doigt, c'est aussi le pouvoir de la gouvernance administrative qui est remise en cause.

De plus, le porteur de projet émet une critique depuis le monde civique vers le monde domestique en soulignant la préférence d'un intérêt particulier au détriment d'un intérêt plus grand, d'un bien commun faisant union.

> *« Tout le monde soutient la dialyse au conseil de pôle par exemple mais si c'est au dépend de son unité, plus personne ne veut. En fait les chefs de*

département, il n'y a personne qui a envie de voir son service réorganisé, et perdre des lits. ». Médecin PUPH chef de département de néphrologie

Dès lors, selon le porteur de projet, les principes du monde industriel devraient aider à trancher les décisions de manière équitable et objective :

« Si les médecins n'arrivent pas à se mettre d'accord, pour moi l'administration doit aider, doit trancher. Mais si l'administration n'y arrive pas, nous on a quoi comme pouvoir ? On nous dit « débrouillez-vous », restez comme ça en fait. Mais à la fois les mètres carrés n'appartiennent pas à un service, c'est-à-dire que là, si l'activité elle chute, qu'on prenait un bout de service, c'est normal, il est vacant, pourquoi on ne le prendrait pas si on croule sous le travail ? Ça me paraît naturel mais c'est peut-être trop simple comme raisonnement. S'il y a de la place parce qu'il y a moins d'activité dans un service depuis plusieurs années, qu'il y a la possibilité de récupérer des lits, et bien on donne au service qui a les lits. C'est facile à justifier. ». Médecin PUPH chef de département de néphrologie

Le porteur de projet rend compte de son incompréhension face à l'ordre domestique et stigmatise le privilège de certains médecins dans la hiérarchie domestique au nom de l'ordre industriel.

« Ce n'est pas équitable en fonction des médecins. Il y a le circuit dont je vous parle et d'autres qui vont directement voir le DG et qui obtiennent directement les choses. Le poids des médecins n'est pas du tout le même auprès de l'administration selon son influence, indépendamment de l'activité, parce que je peux vous dire qu'on a une très grosse activité ». Médecin PUPH chef de département de néphrologie

Ici, le porteur de projet dénonce le caractère « *inéquitable* » des modalités d'évaluation des projets fondées selon lui sur des critères d'évaluation issus du monde domestique. A ces injustices ressenties, le porteur de projet décide de faire valoir une nouvelle épreuve de grandeur permettant de recentrer le débat autour de l'ordre de grandeur industriel. A cet égard, celui-ci se redirige vers la direction en mobilisant des réunions comptables avec l'utilisation d'outils

afin de prouver à celle-ci qu'elle doit départager les médecins à l'aide des mesures de performance et selon les principes du monde industriel.

1.4.3 Épreuve n°3 : Clash entre les mondes industriel et civique avec le déplacement des tensions vers l'utilisation controversée de l'outil comptable

La troisième phase du projet s'amorce avec une cristallisation des tensions qui s'intensifient entre le porteur de projet et le quatuor de pôle autour des preuves issues du monde industriel. Ainsi, à défaut de coopération entre les médecins du pôle et le porteur de projet pour trouver de l'espace sur le pôle, ce dernier entreprend de mobiliser des réunions avec la direction et le quatuor de pôle visant à apporter de nouveaux éléments de preuves comptables quant à la nécessité de la réalisation du projet. Le porteur du projet s'appuie essentiellement sur des preuves issues du monde industriel en mobilisant l'attirail des outils de mesures comptables mais également sur des leviers issus du monde civique.

A cet égard, nous avons assisté à une réunion le 18 septembre 2019 dédiée à l'analyse des marges discrétionnaires du pôle médical que nous observons. Cette réunion, organisée à la demande du porteur de projet et localisée dans une salle de réunion dans son service, réunit les représentants du contrôle de gestion, le quatuor de pôle ainsi que le porteur du projet. Le porteur du projet a souhaité des explications sur le taux de marges sur marges discrétionnaires (TMCD) qui correspond à une marge sans les coûts de charges indirectes telles que, par exemple, la blanchisserie et les charges administratives. Les intérêts présentés par les contrôleurs de gestion sont multiples : se recentrer sur les leviers d'action disponibles pour les acteurs pour augmenter les marges directement liées à l'exploitation et à l'activité (recettes et dépenses), favoriser la prise de décision, améliorer la communication avec un instrument de dialogue beaucoup plus pertinent entre le contrôle de gestion et les médecins en limitant les débats sur les charges indirectes, analyser le rapport entre l'évolution des recettes et des dépenses.

> *Contrôleur de gestion : Donc là on va voir le résultat TMCD pour la néphrologie. On va commencer par la vision des marges puis on regardera les recettes et les dépenses et on entrera un petit peu dans le détail. Donc on voit qu'en 2018, la marge dégagée par le département de néphrologie est positive et était de 3 millions 4 euros. Elle est en amélioration significative par rapport à l'année dernière parce qu'on était environ à 2 millions, ce qui*

nous fait 1 million 3 de marge supplémentaire. Le taux de marge s'est amélioré puisqu'on passe de 15.2 à 21.9. Le taux de marge c'est la marge ramenée aux recettes totales, c'est-à-dire que 21% de vos recettes sont présentes dans votre marge.

Porteur du projet : Et donc ? (...) 3 millions, en fait c'est quoi par rapport au reste du pôle ? Vous n'avez pas mis le global.

Responsable du contrôle de gestion : Oui je vois ce que vous voulez savoir. Eh bien la marge du pôle aujourd'hui en 2018 est de 10 millions d'euros environ. Et sur cette marge là, vous, vous contribuez à une marge de 3 millions 4. Un tiers. Et l'année dernière, la marge du pôle était également à 10 millions environ. Donc ça veut dire que la marge du pôle est restée stable et que vous, vous avez amélioré votre marge, ça veut dire qu'il y a des activités dans le pôle qui ont dégradé leur marge. Donc vous c'est énorme quand même.

Si ces interactions révèlent que la comptabilité est utilisée de manière répétée pour tenter de prouver la nécessité du projet, cette utilisation de la comptabilité comme élément de preuve est cependant jugée « *inappropriée* » au regard de l'utilité publique d'autres activités médicales moins « *productives* » ou moins « *rentables* ». Ainsi, l'inadaptation de l'épreuve de grandeur du monde industriel pour comparer les diverses activités de soin du pôle en termes d'activité et cette utilisation n'est pas sans créer de nouvelles tensions. En effet, le quatuor de pôle est critique face au comportement du porteur de projet qui exclut de sa logique d'action la prise en considération de la spécificité des activités de soin qui n'ont pas toutes le même tarif et qui sont, pour certaines, structurellement déficitaires, comme c'est le cas, à titre d'exemple, pour la prise en charge de l'anorexie. La marge n'est donc pas, selon le quatuor de pôle, un indicateur pertinent pour une approche compréhensive du développement des projets.

Face à cette situation, le quatuor de pôle évoque, en bureau de pôle du 6 novembre 2019, les problématiques liées à la dialyse et les tensions associées qui impactent non seulement le service mais également les différents membres de l'équipe du quatuor de pôle. En effet, le porteur de projet, ne voyant pas d'évolution après la mobilisation de ces preuves industrielles,

a décidé de bloquer l'activité de dialyse en refusant d'embaucher davantage d'intérimaires non formés à sa spécialité.

En entretien, le porteur de projet exprime sa déception quant à la preuve industrielle jugée inefficace. A cette étape, les tensions sont accrues. Le porteur de projet envoie régulièrement des mails récapitulatifs de la situation au quatuor de pôle qui se trouve en position délicate n'ayant aucun moyen d'action pour inciter la coopération des autres médecins du pôle.

Cette troisième phase est ponctuée par de nombreuses tensions et aucun compromis n'est trouvé à ce stade entre les médecins du pôle. Cette phase s'achève ainsi sur une saturation pour le quatuor de pôle qui évoque des « *pressions* » et des « *tensions* ». Du point de vue du porteur de projet, celui-ci se sent « *découragé* », « *démotivé* » et évoque une situation « *douloureuse* ». Le dialogue est à cette phase difficile et tourne en rond.

> *« J'ai l'impression d'avoir tout fait pour que ça marche et que ça ne marche pas. Je ne sais pas pourquoi je me suis mise dans cet état. C'est difficile, c'est douloureux en fait. ». Médecin PUPH chef de département de néphrologie*

1.4.4 Épreuve n°4 : La recherche d'un compromis durable

Nous avons découpé cette dernière phase allant du 9 décembre 2019 au 11 mars 2020 car nous avons pu observer un changement dans les comportements et les discours des divers acteurs. En effet, les tensions en continu qui ont eu lieu au cours des derniers temps ont conduit le quatuor de pôle à proposer à la direction de rechercher un compromis « *durable* », avec une « *vision sur le long-terme* » afin de prendre en compte les évolutions anticipées des activités de néphrologie qui vont se développer nécessairement en raison de l'augmentation des patients atteints de maladie chronique. Dès lors, ceux-ci critiquent le « *bricolage* », les solutions temporaires qui ne permettent pas d'apaiser durablement et en profondeur les tensions avec le porteur de projet.

Au cours de la réunion du Contrat de gestion du 11 mars 2020, le chef de pôle exprime le besoin d'une vision à long-terme à l'ensemble des représentants de la direction :

> *« Je pense qu'il faut qu'il y ait une vraie réflexion d'établissement sur la place de la néphrologie et sur ce que l'on veut en faire. Je crois qu'il y a*

vraiment un projet néphrologie qu'il faut prendre le temps de discuter (...). Je crois que le besoin, c'est de cadrer le projet. S'il faut que ça soit sur dix ans, ce sera sur dix ans mais montrer qu'il y a bien une vision de la néphrologie. Pour l'instant on fait du bricolage utile, je ne dis pas que ce n'est pas utile et qu'il ne faut pas le faire, mais ça ne permet pas de dire à l'équipe « ok on a entendu, vous avez vraiment un projet ». Médecin PUPH chef de pôle

Ainsi, lors de cette dernière phase, un compromis est conclu sur le nombre de lits supplémentaires et la date de mise en œuvre du projet avec un compromis trouvé pour l'installation de trois lits supplémentaires et une réalisation prévue pour mars 2021.

1.5 Remarques conclusives

Au cours de nos observations de terrain que nous avons effectuées d'octobre 2018 à mars 2020, les discussions relatives au projet du département de néphrologie ont constitué un élément majeur d'analyse pour étudier les dynamiques de compromis et de disputes entre un large éventail d'acteurs et le rôle des outils comptables dans le cadre de ces discussions.

Lorsqu'il y a dispute, selon Boltanski & Thévenot (1991), c'est qu'il y a des situations, des objets, des sujets qui importent, qui ont de la valeur. Ici, l'enjeu porte sur la valeur accordée à la sécurité et à la qualité des soins mise en cause en raison de la croissance d'activité de dialyse et sur le développement d'une activité d'expertise de pointe, la transplantation rénale.

Nos résultats révèlent que les mesures de performance permettent une dynamique de compromis entre le porteur de projet et les représentants de l'administration. Cette dynamique s'est fondée sur un dialogue appuyé sur une étude comptable faisant office de preuve. L'accord entre le porteur de projet et les représentants de l'administration n'est possible qu'en raison d'une attente de matérialisation du compromis de la part des deux parties : l'atteinte d'indicateurs de performance suppose l'obtention des moyens pour matérialiser le projet.

Cette analyse a également mis en évidence qu'en présence de plusieurs ordres de grandeur, la multiplicité des critères d'évaluation des projets a créé une situation marquée par l'incertitude de ce qui constitue la valeur au sein de l'organisation et ce, a fortiori en raison des différentes

audiences que le porteur de projet doit convaincre. Alors que certains médecins, dont le porteur de projet, pensent qu'il existe une relation d'équivalence entre l'atteinte de mesures des performance et l'espace alloué entre les êtres, les épreuves ont révélé, au contraire, une grande complexité dans le passage du compromis à sa matérialisation. Ici, le porteur de projet n'arrive pas à prendre en compte l'assemblage composite des divers mondes qui entrent en jeu dans la mise en place du projet et rejette par-là le critère domestique d'évaluation, générant des tensions entre des acteurs aux valeurs a priori convergentes : les médecins. L'utilisation des outils comptables par un médecin pour faire valoir sa grandeur au sein de la communauté médicale a le potentiel de faire basculer ce même médecin dans les petits du monde domestique en lui conférant une mauvaise réputation. Dès lors, si le porteur de projet s'est livré à des opérations critiques depuis le monde industriel vers le monde domestique afin de manifester son désaccord, ces opérations ont plutôt accru et renforcé les tensions non seulement entre le porteur du projet et le quatuor de pôle mais également entre le porteur du projet et les autres médecins du pôle.

Dès lors, nos résultats ont révélé une mise en tension entre le monde domestique et le monde industriel. L'utilisation des mesures de performance crée des tensions quand celle-ci n'est pas alignée avec le monde domestique. Bien que les justifications soient soutenues par une grande variété d'acteurs, la matérialisation nécessite un compromis autour de la notion de territoire. Dans cette perspective, le monde domestique est dénoncé comme créateur d'arrangement du point de vue du monde industriel. L'équité de la répartition dans ces deux mondes obéit à des ordres différents qui peuvent paraître réciproquement injustes. Nos résultats montrent que les objets sont donc en tension entre ces mondes différents. La temporalité et l'espace domestiques s'opposent ainsi à la temporalité et à l'espace industriels.

A travers l'élaboration de ce projet, nous avons donc pu analyser que non seulement les principes du monde industriel ne sont pas seuls garants de la répartition des moyens à l'hôpital, mais que ceux du monde civique non plus. En effet, le monde domestique semble être encore bien enraciné dans le régime d'évaluation des médecins à l'hôpital public français.

2. Le caractère fragile et réversible des compromis autour de l'utilisation des mesures de performance

Nous explorons un second projet afin de comprendre encore davantage la dynamique de tensions et de compromis autour de l'utilisation de mesures de performance à l'hôpital public. Nous verrons que malgré la mise en place du projet, celui-ci est confronté à diverses épreuves de grandeur en raison, notamment, de l'accroissement de l'activité chirurgicale au bloc opératoire et du manque de lits dans les services associés. Nous mettrons en évidence à travers cette analyse les différentes utilisations des mesures de performance par les acteurs en situation.

2.1 **Contexte du projet : le cas du département d'urologie**

L'objet de ce second projet est celui du département d'urologie. Le projet du département d'urologie s'articule autour d'une stratégie de développement de l'activité au bloc opératoire dans le but d'être compétitif par rapport aux cliniques privées de la région. Selon la note de synthèse du projet urologie du 12 septembre 2018, il est prévu, d'une part, l'obtention d'un équipement coûteux innovant, le laser rouge pour les opérations de la prostate, ainsi que le projet de la création d'un poste de médecin PH temps plein afin de poursuivre la stratégie de développement de l'activité chirurgicale et de l'accompagnement du développement des greffes rénales sur donneur vivant[36]. Le chirurgien recruté est l'un des rares en France a effectué cette opération chirurgicale à risque et est reconnu pour son expertise de pointe. Cette stratégie est amorcée en vue de développer une activité nouvelle soutenue par l'obtention d'un équipement coûteux que représente le nouveau laser. Il est prévu, selon la note de synthèse, un développement fort de cette activité en chirurgie ambulatoire, une fois la courbe d'apprentissage effectuée. Ainsi, la compétition avec les cliniques, l'expertise des chirurgiens et la couverture médiatique du laser ont ancré les justifications de ce projet dans un assemblage d'ordres de grandeur : marchand, industriel et de renom.

La première partie de la matérialisation de ce projet est actée lorsque nous commençons notre entrée sur le terrain. En effet, les chirurgiens ont obtenu le laser ainsi que le recrutement d'un

[36] Les départements d'urologie et de néphrologie travaillent en collaboration sur la transplantation rénale.

médecin PH sous condition de réalisation d'activité. Les débats portent ainsi sur la réalisation des mesures de performance prévues dans l'étude médico-économique qui a permis de valider le projet. Ce projet a constitué un élément majeur de tensions au sein du pôle médical entre divers acteurs lors de notre immersion d'octobre 2018 à mars 2020.

2.2 Les divers acteurs impliqués dans la négociation du projet

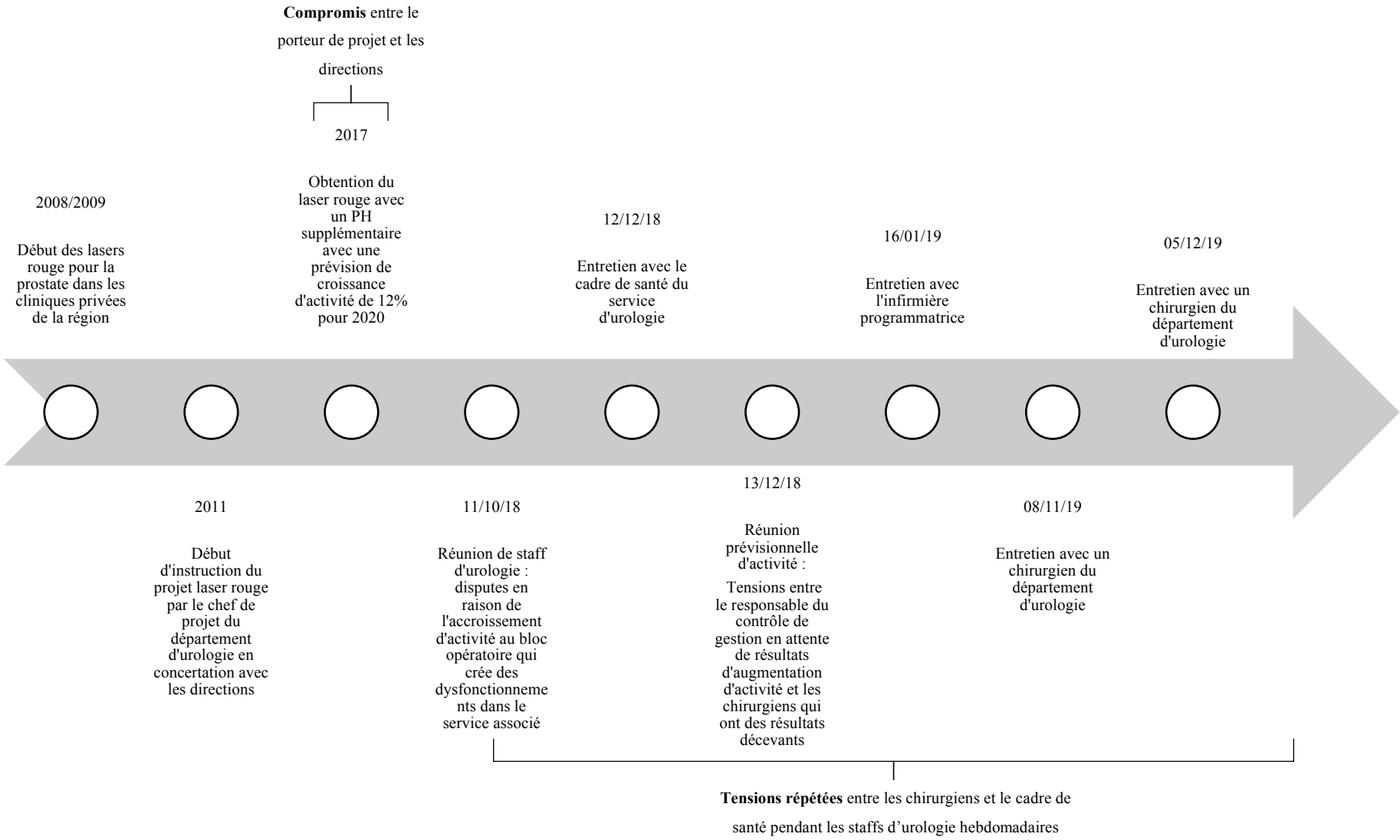
Dans le cadre des discussions liées au projet d'urologie, nous avons pu observer plusieurs acteurs impliqués dans le dialogue autour de ce projet :

- Le porteur du projet ;
- Le quatuor de pôle : chef de pôle, adjoint au chef de pôle, le cadre administratif, le cadre de santé supérieur ;
- Le cadre de santé du service ;
- Les représentants de la direction : direction du contrôle de gestion, direction financière, direction médicale, direction de l'information médicale (DIM), direction des opérations et de la performance (DOP).

2.3 Le découpage chronologique des phases du projet

Notre analyse de la chronologie du projet d'urologie nous a conduit à découper le projet en trois phases représentant les différentes épreuves de grandeur ayant eu lieu durant le développement du projet entre le mois d'octobre 2018 et le mois de mars 2020. Nous représentons la chronologie du projet ci-dessous dans la figure ci-après pour ensuite développer les épreuves de grandeur dans un tableau récapitulatif.

Figure 18 - La représentation chronologique des étapes de la négociation du projet d'urologie



2.4 Présentations des épreuves de grandeur induites par l'utilisation des mesures de performance : un compromis réversible ?

Tableau 40 - Synthèse des épreuves de grandeur du projet d'urologie et l'utilisation des mesures de performance

Thèmes	Dynamique de tensions et compromis	Utilisation des mesures de performance
Les épreuves de grandeur et le rôle des mesures de performance		
1.Epreuve n°1 : Trouver un compromis avec entre médecins et administratifs autour des mesures de performance	*Compromis entre le chef de projet et les responsables des directions pour l'obtention d'un laser et d'un poste de médecin PH contractualisé en fonction de l'activité réalisée.*	*Les mesures de performance sont utilisées pour objectiver et contractualiser les projections futures d'activités afin d'assurer la pertinence du projet (industriel)*
2.Epreuve n°2 : clash entre les mondes marchand et industriel avec la suractivité des chirurgiens qui induit une désynchronisation entre l'hébergement et le soin dans le service associé.	*Tensions entre les chirurgiens et la cadre de santé en raison de la forte croissance d'activité et du surbooking des salles de bloc opératoire, qui empêche d'accueillir tous les patients opérés dans le service adapté à cette spécialité médicale (urologie).*	*Les mesures de performance sont utilisées pour justifier l'augmentation continue d'activité et répondre ainsi aux objectifs de performance fixés au préalable lors de la négociation du projet entre les chirurgiens et l'administration.* *Rejet de cette utilisation par le cadre de santé du service en raison des dysfonctionnements causés dans le service par la croissance continue d'activité au bloc opératoire (critique depuis le monde industriel vers le monde marchand)*
3.Epreuve n°3 : clash entre les mondes industriel, marchand et domestique avec la rupture de confiance entre les administratifs et les chirurgiens en raison de la non-atteinte des objectifs de performance.	*Tensions entre les administratifs et les chirurgiens.* *Injustices ressenties par les administratifs en raison de la non-atteinte des objectifs de performance ; injustices ressenties par les chirurgiens en raison de la menace de non-renouvellement du contrat du médecin PH, spécialisé dans une spécialité rare en France.*	*Les mesures de performance sont utilisées pour prouver la non-atteinte des objectifs de performance des chirurgiens et pour objectiver la non-matérialisation du compromis (échec du troisième mécanisme relationnel).*

2.4.1 Épreuve n°1 : Trouver un compromis avec la sphère administrative autour des mesures de performance : les enjeux du monde industriel

2.4.1.1 *Établir un compromis sur la preuve comptable*

Le processus de compromis entre l'administration et les chirurgiens s'est avéré réussi avec le succès de l'épreuve de grandeur industrielle : la réalisation d'une étude médico-économique présentant la projection de prévision d'activité avec un comparatif de l'activité depuis 2017 et une prévision jusqu'en 2020. D'après cette étude, le département prévoit une croissance en volume de séjours chirurgicaux de 12,1% d'ici 2020, soit +4% par an en moyenne. La venue dans l'équipe d'un nouveau praticien devrait générer environ 1500 consultations supplémentaires en 2020.

Cependant, la note de synthèse précise que l'une des conditions de faisabilité du projet réside dans la capacité du bloc opératoire à accueillir ces interventions supplémentaires. En effet, sur ces segments d'activité, le temps moyen supplémentaire d'intervention au bloc opératoire (entrée/sortie de salle) nécessaire à la réalisation de ces activités supplémentaires a été estimé à 909 heures. Les ressources humaines disponibles, les plages opératoires prévues et le taux d'occupation du bloc opératoire (83,07%) ne permettent pas de dégager de marges de manœuvre à moyens constants. Dans ces conditions, il sera très difficile d'absorber les interventions supplémentaires. Pour ces raisons, le seul levier de réponse envisagé pour répondre aux nouveaux besoins est l'augmentation de l'amplitude horaire des salles (TVO 9h / jour) qui est actuellement à l'étude par les directions compétentes. Sans cette augmentation de l'amplitude horaire de ces salles, il manquera a minima 600 heures à la spécialité.

De la même façon, la croissance d'activité prévue sera progressive (40% en 2019 et 100% en 2020) compte tenu à la fois de la progressivité dans l'augmentation du recrutement et de celle de la mise en œuvre de nouvelles organisations, notamment au bloc permettant d'accroitre le TVO (temps de vacation offert aux praticiens). La marge sur coût variable du CHU pourrait donc s'établir autour d'un gain de 1 502 K€ à échéance 2020 pour un nombre de séjours supplémentaires de +12.1% par rapport à 2017. Selon l'étude médico-économique, cette marge doit permettre de financer : le coût du PH supplémentaire, le coût en personnel soignant, les coûts liés à la réorganisation du bloc, le coût des travaux estimés, le coût estimé de l'équipement.

Ainsi, les justifications comptables permettent d'assurer que le projet s'autofinancera à court-terme en dégageant une marge importante. Cette étude prévoit par ailleurs les mesures de performance à atteindre pour satisfaire l'autofinancement de ce projet.

2.4.1.2 *Clarifier la dimension conditionnelle du compromis*

Dans cette première phase d'établissement du compromis entre l'administration et les chirurgiens autour de leur projet, la clarification de la dimension conditionnelle de la matérialisation du compromis pour les deux parties a constitué une étape nécessaire. En effet, les deux parties ont défini à ce stade les contours des concessions mutuelles qu'ils consentaient à faire.

> *« Le poste à l'activité est une promesse d'échange entre un poste et une activité, grosso modo qu'il coûte moins à l'établissement qu'il ne rapporte. »*
> *Chirurgien PH*

D'après cette citation, le poste de médecin PH temps plein accordé par l'administration à un moment donné suppose un échange grâce à l'activité réalisée par les chirurgiens. Le compromis s'établit donc sur l'accord des chirurgiens d'augmenter leur activité dans un futur proche en visant des indicateurs de performance élevés dans le but d'obtenir dans le présent le laser et les ressources humaines. Ainsi, la part de matérialisation du compromis qui incombe aux chirurgiens suppose un retour sur investissement rapide grâce au développement de leur activité médicale. Le poste de médecin PH est soumis à la réalisation de la prévision d'activité.

2.4.1.3 *Retour sur l'obtention du laser : perte de valeur causée par la lenteur de la procédure budgétaire*

Si les éléments de preuve mobilisés dans l'étude médico-économique ont su ultimement convaincre l'administration, cependant, les acteurs nous ont rappelé que cette négociation pour obtenir l'accord pour l'achat du laser ainsi que pour l'embauche du praticien hospitalier a couru pendant plusieurs années.

Lors de l'un de nos entretiens, un chirurgien d'urologie est critique face à la lenteur de la réalisation du projet liée en partie, selon lui, à la procédure budgétaire. Selon Boltanski & Thévenot (1991), cette critique est issue du monde industriel vers le monde civique avec la

dénonciation de « *l'inefficacité des procédures administratives* ». Cette critique est également émise au nom de la *« flexibilité marchande* ».

> *« C'était totalement impossible d'obtenir le laser (…). Le laser coûtait trop cher, du coup ça ne relevait pas du plan des équipements et ça a été renvoyé à une commission des équipements lourds et puis, après quelques mois, on ne comprenait pas, plus de nouvelles. Le chef de service passe quelques coups de fil et on apprend que la commission a été dissoute et qu'il n'y a plus de commission équipement lourd (…). Donc du coup ça a été du lobbying avec le chef de pôle, avec le chef de département, avec je ne sais pas qui, avec des engagements du pôle qui a pris sur lui une partie du budget, avec tout un tas de choses qui fait qu'en fait on a réussi à l'avoir. Ils ont harcelé jusqu'à tant qu'ils aient obtenu une réponse. ». Chirurgien PH*

Dès lors, l'écart d'obtention dans le temps marque une détérioration de la valeur de l'objet convoité.

> *« Le laser on l'a obtenu mais le laser on l'a obtenu 7 ans, 8 ans après que d'autres cliniques de la région l'aient eu. Le premier laser pour la prostate, ça fait quasiment 10 ans que x fait ça dans une clinique. On a récupéré des études médico-économiques faites ailleurs pour les présenter à la direction et donc ça faisait déjà 7 ans qu'on cherchait à avoir le laser. ». Chirurgien PH*

> *« Ça n'a pas été un cadeau qui nous a été fait (…) le laser, ils ont juste accordé d'acheter un matériel qui maintenant est devenu du standard. » Chirurgien PH*

Ainsi, cette lenteur est vécue comme une injustice, puisqu'elle s'oppose au compromis entre la grandeur marchande et la grandeur de l'opinion avec la médiatisation du laser comme « *publicité* » pour l'hôpital et plus spécifiquement pour la spécialité chirurgicale.

> *« Pendant les trois dernières années, quand on a beaucoup entendu parler dans les médias du laser rouge et qu'il y a pas mal d'urologues de la région qui ont fait leur com' dans le journal régional sur le laser rouge, on avait des*

patients qui appelaient au secrétariat « bon bah vous n'avez pas de laser », les gens ne savaient même pas s'ils en avaient besoin ou pas, mais pas de laser, ils allaient ailleurs. ». Chirurgien urologue

En effet, parmi les outils qui servent la grandeur du renom figurent les « *journaux* », la « *presse* ». Ainsi, au travers de la déclaration de l'obtention du laser, la grandeur du renom est instrumentée pour attirer des « *patients* ». Dès lors, la logique de l'opinion n'est ici pas seulement recherchée pour elle-même mais aussi pour concourir à maintenir une compétitivité avec les cliniques privées (marchand). L'instrumentation du laser, outil du monde industriel, est importante selon les chirurgiens pour cristalliser une image positive de la spécialité ainsi que pour créer un « *mouvement d'opinion* ». Dès lors, le chirurgien critique l'indifférence que suscite l'obtention du laser, devenu « *standard* » aux yeux du public. Cette image « *détériorée, estompée* » d'un outil de pointe à cause des sept années qui se sont écoulées équivaut aux yeux du chirurgien à une perte de valeur, à un passage d'un état de « *grand* » à un état de « *petit* ». La temporalité joue ici un rôle important dans l'ordre de grandeur de l'opinion à mesure que cet outil perd de son éclat.

Cette phase de compromis acté, l'obtention du laser ainsi que l'arrivée du chirurgien supplémentaire accroissent l'activité au bloc opératoire, ce qui n'est pas sans créer des tensions au sein du département d'urologie.

2.4.2 Épreuve n°2 : Clash entre les mondes marchand et industriel et disputes entre les chirurgiens et le cadre de santé en raison du manque de lits et de l'accroissement de l'activité

L'accroissement continu de l'activité au bloc opératoire afin de satisfaire l'augmentation du taux d'occupation et du taux d'activité médicale, prévue dans l'étude médico-économique, a mis en évidence plusieurs litiges au sein du département d'urologie, entre les acteurs travaillant au bloc opératoire (chirurgiens) et les acteurs travaillant dans le service associé où sont hébergés les patients (cadre de santé, infirmières).

Lors d'une réunion de staff d'urologie, nous avons assisté à une dispute majeure entre divers acteurs du département d'urologie. En effet, non seulement par son caractère répétitif et sa

longueur, nous prenons cette dispute comme prisme pour analyser les différentes modalités d'évaluation de ce qui importe pour les acteurs en situation.

Nous sommes le 11 octobre 2018 quand la dispute éclate. Celle-ci débute à 15h et se termine à 20h. Durant cinq heures consécutives, les acteurs vont procéder à l'expression de critiques et de justifications dans le but de trouver un compromis. A la fin de ces cinq heures, aucun accord n'est trouvé. Le litige selon Boltanski & Thévenot (1991) représente un conflit au sein d'un même monde, ici le monde industriel, montrant par là une pluralité de valeurs au sein d'un seul et même monde.

Le staff d'urologie démarre et a pour but de réunir différents acteurs dont les chirurgiens, les anesthésistes, l'infirmière programmatrice, le cadre de santé du département, autour d'une même table afin de programmer les patients pour la semaine suivante. Cette programmation doit respecter une logique spécifique pour réussir à maximiser l'utilisation des salles de bloc opératoire.

> *Chirurgien : D'un côté, nous avons une administration qui nous oblige à faire plus d'activité médicale et d'un autre, vous qui ne voulez pas faire plus d'activité.*
>
> *Cadre de santé : Hier, j'ai accueilli des patients venus de loin et je les ai fait rester dans la salle d'attente en leur disant : « je suis vraiment désolé Monsieur, je n'ai pas assez de lits pour tout le monde, ce n'est pas moi qui décide qui va rester et qui va rentrer chez lui. ». Le patient était en colère. Et qu'est-ce que j'ai fait pendant ce temps ? Hier, de 8h00 à 12h30, j'ai passé tout mon temps au téléphone pour trouver des solutions pour que ces trois patients puissent être hébergés dans un autre service !*
>
> *Chirurgien : Je comprends mais si quelqu'un contrôle le taux d'occupation du 10 octobre, il pourrait dire que nous ne sommes qu'à 80% !*

Cependant, tandis que les chirurgiens cherchent à surbooker les salles de bloc opératoire afin de répondre à l'exigence des indicateurs de performance tels que le taux d'occupation et le taux d'activité médicale, le cadre de santé du département oppose à cette logique de production les principes de « *qualité* » et de « *sécurité* » de prise en charge des patients depuis leur accueil à

leur prise en charge post-opératoire. La maximation a en effet des répercussions dans l'organisation du service et oblige le cadre de santé à faire héberger les patients dans d'autres services, là où les infirmiers ne sont pas nécessairement spécialisés en urologie. Deux logiques de soin s'opposent ici avec une asymétrie en termes d'activité réalisée au bloc et de lits disponibles dans le service permettant d'accueillir les patients.

> *« Les chirurgiens sont 9, il y a 5 jours par semaine et des patients il y en a. Avant on avait un service, il y avait plus de lits, il y a 4 lits qui ont été fermés. Le week-end, on doit fermer 4 lits et les rouvrir lundi matin. Pourquoi on nous a fait ça ? Parce qu'il est arrivé un moment où l'administration comme ils font, ils ont constaté qu'on ne tournait pas à plein régime donc on nous a supprimé un poste de consultation et 4 lits. Maintenant, il faudrait que ces 4 lits rouvrent parce que ça manque. ». Infirmière programmatrice*

Si les tensions au sortir des cinq heures de dispute ne semblent pas tout à fait apaisées, nous apprenons par la suite que ces tensions ressurgissent de manière récurrente entre les divers acteurs et ce, pour les mêmes raisons.

2.4.3 Épreuve n°3 : Tensions et rupture de confiance entre les chirurgiens et les administratifs, choc entre monde marchand, industriel et domestique

Le contexte est celui de fin d'année. Les représentants de la direction et du pôle se réunissent pour discuter le document de prévision d'activité 2019 qui a été proposé par la direction des finances et pour valider ou discuter les objectifs de prévisions proposés. Lors de la réunion prévisionnelle d'activité du 13 décembre 2018, le directeur financier interroge le chef de pôle sur l'activité réalisée des chirurgiens qui s'étaient engagés un an auparavant pour obtenir un laser coûteux à un taux d'activité beaucoup plus important que ce qu'ils ont réalisé. Les échanges sont alors très critiques :

> *Cadre administrative : Pour le projet laser rouge, j'ai vu le chirurgien hier, en fait ce qu'il me dit c'est que, là on avait prévu une augmentation de 44, lui, il n'en prévoit que 10 de plus finalement. Je le rectifierai. Il prévoit aussi que tout le reste, ça sera en hospitalisation complète et pas en ambulatoire*

et il me dit que même pour la partie ambu, ça sera dernier trimestre 2019 alors je n'ai pas eu le temps de reprendre les chiffres.

Responsable du contrôle de gestion : Nous c'est précisément sur l'étude sur laquelle on a travaillé, on a vraiment pris les chiffres de l'étude ; on a travaillé avec lui et ce n'est pas nous qui avons inventé le taux d'ambulatoire grâce au laser rouge hein ni la réduction de la durée de séjour etc. qui est intégrée dans l'étude. Voyez, c'est typiquement ce genre de trucs qui nous posent des difficultés quand même globalement, parce qu'on fait des projets ! En fait le laser rouge, il prévoyait, il y avait plusieurs axes, un développement voulu, ça c'est une chose, mais surtout un développement des réductions de durées de séjour et un fort développement de la capacité ambulatoire grâce à cet équipement, donc il y avait globalement des réductions de durée de séjour sur tous les niveaux de sévérité donc on gagnait sur le niveau de sévérité, je ne me rappelle plus exactement, et une forte augmentation de l'ambulatoire. Le projet laser rouge a été présenté, validé sur ces objectifs-là donc moi ce qui me dérange c'est que les uns, les autres, tous ensemble nous avions validé les choses !

Cadre administratif : Qu'il a validé, qu'il a validé.

Responsable du contrôle de gestion : Oui c'est lui, c'est ses chiffres, nous on ne les a pas inventés. Ça veut dire qu'on ne sait pas combien on va faire d'ambulatoire. C'est son projet à lui ! Moi ce qui me dérange c'est qu'après ce n'est pas le seul, c'est qu'après la difficulté c'est qu'on nous dit « ah bah non, ah bah non ce n'est pas possible comme ça », « ah ben non ce n'est pas réaliste ça ». Je dis « attendez là, ce n'est pas nous qui l'avons dit cet objectif » et c'est ça qui me dérange parce qu'après on ne sait plus se faire vraiment confiance, on ne sait plus de quoi on parle. ».

Ces interactions soulignent les limites du compromis qui repose sur la confiance accordée par la direction aux chirurgiens lors de leur prévision d'activité dans le cadre de l'étude médico-économique. Ici, le compromis temporel est remis en cause par le non-respect des engagements pris par les chirurgiens.

En outre, ces tensions entre l'administration et les chirurgiens amènent l'administration à rappeler que l'embauche et le maintien du chirurgien sont conditionnés à l'atteinte des objectifs de performance. Pour l'équipe de chirurgiens, cela représente une injustice dans la mesure où l'expertise de pointe (industriel) est sous-évaluée par rapport à la rentabilité à court-terme des activités (marchand). Dès lors, la dynamique du compromis serait susceptible de perturber les critères selon lesquels les sujets sont valorisés au sein de l'organisation.

> *« On nous a expliqué qu'on était sous tutelle de l'ARS et que les consignes c'était : pas de création de poste médical. Donc il a fallu faire une création de poste sur la promesse d'activité. (...). Là actuellement il est contractuel. Au bout d'un an, il a eu un appel bizarre de la direction qui lui demandait ce qu'il faisait encore là (...). Notre patron a passé quelques coups de fil, ça s'est débloqué sur quelque chose de contractuel, je ne sais pas comment ils s'arrangent sur leur ligne budgétaire mais grosso modo, on nous demandait ce qu'il faisait encore là. C'est vraiment la sensation d'être une dépense. En termes de valorisation, nous, on s'attendrait à ce qu'on soit perçu comme une valeur ajoutée quand on fait des opérations qui ne se font pas ailleurs dans la région. ». Chirurgien PH*

Ainsi, le poste du chirurgien est en sursis et conditionné à la réalisation de l'activité prévue :

> *« Là ils lui ont reconduit son salaire pour qu'il puisse continuer de travailler mais ils lui ont expliqué qu'ils étaient en cours de l'analyse des données de l'an dernier mais que comme il y a quelques semaines ou quelques mois de décalage entre la disponibilité des chiffres, le résultat d'analyse et le compte rendu, pour l'instant il est un peu en sursis jusqu'à ce qu'on ait la fameuse réunion qui permettra de passer en directoire, qui permettra de décider s'il peut rester ou pas. S'il s'en va, l'activité de donneur vivant va prendre une grosse claque. ». Chirurgien PH*

2.4.3.1 <u>Retour sur les critiques de la grandeur marchande</u>

Nos résultats ont révélé que la grandeur marchande était critiquée de la part des chirurgiens vis-à-vis d'une dimension valorisée qui est celle de l'expertise de pointe (industriel).

« L'agence de biomédecine donne des financements à l'établissement par tranche de 50 greffes donc si on fait 151 greffes, on va toucher le même budget que si on en fait 199. Finalement on a plus intérêt à en faire 151 que 199. Sauf qu'en termes de compétence on sera meilleur si on en fait 199 que si on en fait 151. Et du coup la valeur de ce chirurgien va être jugé sur un chiffre qui ne dépend pas de nous puisque lui il travaille, il est là, il prend tout ce qu'on lui donne, mais le chiffre qu'il y aura sur la ligne des entrées, eh bien ça va être un quota de ce quota qu'aura donné l'ABM. Puis l'ABM donne une enveloppe à l'hôpital et puis l'hôpital le répartit à sa sauce (...) Du coup il se retrouve responsable de budget qu'il ne maîtrise absolument pas et coupable de budget qu'il ne maîtrise absolument pas donc on ne parle absolument pas le même discours. ». Chirurgien PH

Les chirurgiens pointent ainsi du doigt le caractère absurde de certaines demandes de l'administration concernant leur prévision d'activité.

« Les objectifs de performance imposés c'est le côté schizophrénique de notre administration. La cadre administrative va à une réunion sur la prévision d'activité, et on nous demande une question complètement débile, c'est en 2020, combien de testicules en plus pensez-vous opérer. Je réponds la même chose que tout à l'heure. Ma consultation est saturée, mon bloc opératoire est saturé, et à moyen équivalent, je ne maîtrise pas les patients qui arrivent en consultation. Donc du coup une année je peux très bien opérer 10 testicules, l'année d'après 30, l'année d'après 5, c'est totalement aléatoire. Ça c'est des logiques comptables schizophréniques parce qu'à la fois on nous demande de faire plus et à la fois dès qu'on demande des moyens pour pouvoir faire plus, on donne moins. ». Chirurgien PH

2.4.3.2 *Mesures de performance et perturbation de l'état de grandeur des objets du monde domestique*

Nos résultats révèlent que la dynamique du compromis peut être inversée dans une logique perdant-perdant. Si les médecins n'atteignent pas les mesures de performance, ils risquent de se voir refuser des bénéfices qui seront redistribués à d'autres médecins. Si la notion d'espace

incarnée dans la notion de « *territoire* » (domestique) peut être réattribuée à d'autres médecins, dans une perspective à court-terme (marchand), le temps est aussi un vecteur de cette dynamique. L'utilisation d'indicateurs de performance génère un « *stress* », une « *peur de perdre* » chez les chirurgiens.

> *« Le chirurgien n'aura peut-être plus d'accès au bloc opératoire s'il ne fait pas plus d'activité ou il aura au prorata de ses besoins ». Cadre supérieure de santé du bloc opératoire*

> *« Maintenant on a la pression des directeurs qui ferment des lits quand ça ne marche pas un service pour les réattribuer ailleurs pour mettre du personnel ailleurs. Donc les chirurgiens veulent prouver que le service marche bien pour qu'on ne nous enlève pas des lits et du personnel. C'est donnant-donnant puisqu'eux ne fonctionnent qu'avec des chiffres. C'est que des chiffres, c'est de la rentabilité. ». Infirmière programmatrice*

Cette peur favorise des comportements anti-coopération et fait adopter des stratégies de surbooking au détriment de stratégie de coopération entre les médecins.

> *« C'est très dur, les médecins ont la peur de « si je donne je ne récupère pas » (…). Le seul fait de l'évoquer génère une espèce de stress, qui n'est pas fondé du tout, mais qui est comme ça dans leur tête. Si je donne de mon temps une heure de salle ça veut dire que déjà vis-à-vis de la direction opérationnelle et de la performance, je montre que je ne remplis pas une vacation et parce que je vais le faire une fois, ça va être acté définitivement. Or c'est pas du tout ça. Au contraire, si on montrait ça, ça voudrait dire qu'on a de la souplesse dans nos organisations ou en tout cas dans la mentalité. Ils ont pris le contre-pied, on est plus dans le surbooking que dans ça. C'est ça qui est dommage. ». Cadre supérieure de santé du bloc opératoire*

Notre observation a permis également de souligner que le temps opératoire qui devait être allongé d'après l'étude médico- économique afin d'absorber le flux supplémentaire de patients n'était pas encore mis en place par la direction, ne permettant pas non plus aux chirurgiens d'organiser de façon plus sereine les opérations chirurgicales des patients. Dès lors, ce projet et

les tensions qu'ils suscitent sont encore actuellement présentes puisque les contreparties auxquelles chaque partie s'était engagée ne sont pas encore mises en œuvre : d'une part, respect des indicateurs de performance et, d'autre part, mise en place de plages horaires supplémentaires au bloc opératoire (temps de vacation offert aux praticiens).

2.5 Remarques conclusives

De la même façon que pour le projet de néphrologie, les discussions liées au projet du département d'urologie ont été un support pertinent pour nos analyses afin d'étudier les dynamiques de compromis et de disputes et le rôle de l'utilisation des mesures de performance dans le cadre de ces discussions.

Nos résultats ont révélé que les chirurgiens se sont engagés sur des mesures de performance afin de permettre l'élaboration d'un compromis avec les représentants de l'administration. L'élaboration du compromis a été lente et s'est acquise au cours de plusieurs années de dialogues et d'instructions avec des études médico-économiques permettant de prouver comptablement la valeur du projet. Le compromis entre le porteur de projet et les représentants de l'administration s'est élaboré autour d'une attente de matérialisation du compromis de la part des deux parties : l'obtention des moyens pour matérialiser le projet (laser rouge et chirurgien contractuel) requière l'atteinte future des mesures performance sur lesquelles les différents acteurs se sont entendus au préalable.

Dans ce projet, les épreuves ont révélé que la dynamique de compromis pouvait être réversible si les mesures de performance ne sont pas atteintes – l'embauche d'un chirurgien contractuel étant en jeu. Dans cette perspective, les chirurgiens jugent cette modalité d'évaluation injuste, étant seulement instruite par la dimension financière et non par l'expertise de pointe qu'apporte ce chirurgien.

Conclusion de la section 2

A travers l'examen chronologique de la négociation de deux projets médicaux, nos résultats ont révélé une dynamique similaire aux deux projets : une dynamique de compromis entre l'administration et les médecins fondée sur le processus de commensuration à partir des mesures de performance (premier mécanisme relationnel), une clarification de la dimension conditionnelle du compromis (deuxième mécanisme) et enfin, une attente de perspective de matérialisation du compromis (troisième mécanisme). Ainsi, les mesures de performance ne sont pas seulement utilisées dans le monde industriel mais aussi dans le monde domestique pour combler le manque hiérarchique et assurer des relations de qualité entre médecins et administratifs. A ce titre, nous avons analysé comment les mesures de performance permettent aux compromis d'être solidifiés dans des comportements (actions des médecins en vue d'optimiser leurs mesures de performance). Dès lors, ceux-ci tiennent à l'engagement des deux parties. Ils nécessitent ainsi de clarifier qui est explicitement attendu d'être donné dans les deux sens. A cet égard, nos résultats révèlent que les mesures de performance permettent de construire des arguments légitimes et soutiennent des stratégies discursives pour justifier le développement des projets. Ces dialogues entre médecins et administratifs supposent un équilibre qui consiste en une importante coopération et confiance entre les acteurs.

Cependant, cette analyse a également mis en évidence que ces dynamiques de compromis se fondent, entre autres, sur l'augmentation de l'activité médicale, nécessaire à la réalisation d'indicateurs « *au vert* », créant par là des tensions entre différents acteurs au cœur des soins. En effet, dans le premier projet, il s'agit de tensions entre les médecins pour trouver l'espace sur le pôle médical ; dans le second projet, les tensions s'expriment entre le cadre de santé et les chirurgiens en raison de la forte croissance d'activité qui ne permet pas d'assurer un accueil de qualité des patients dans les services correspondants à la spécialité médicale. Les deux projets montrent une dimension temporelle asymétrique de la matérialisation qui a dévoilé la fragilité des compromis lorsque la perspective de matérialisation (troisième mécanisme) n'est pas assurée du côté des administratifs (projet 1) ou du côté des médecins (projets 2).

Conclusion du chapitre 6

Dans ce chapitre, nous avons examiné empiriquement les relations entre l'utilisation des mesures de performance et la dynamique de compromis et ce, à travers le dévoilement de trois mécanismes relationnels qui forment le tissu de cette dynamique. Pour ce faire, nous avons procédé à l'analyse chronologique du dialogue autour de deux projets médicaux. En privilégiant les voix d'une multiplicité d'acteurs qui sont, soit au cœur des soins, soit administratifs, nous avons apporté un éclairage sur les ordres de grandeur en jeu et leur possible réconciliation par l'utilisation des mesures de performance.

Nous avons montré que les acteurs, tant administratifs que médicaux, utilisent les mesures de performance pour élaborer des compromis en quantifiant et en objectivant les besoins de matérialisation des projets et en s'appuyant sur un assemblage d'ordres de grandeur : « *être efficient avec une capacité d'autofinancement* » (industriel/marchand), « *couvrir une offre de soin pour les patients* » (civique) et « *gagner en réputation auprès de la communauté médicale* » (domestique). Ainsi, ce chapitre montre que la comptabilité contribue à la dynamique de compromis entre des acteurs aux valeurs divergentes, tandis qu'elle augmente par ailleurs les tensions entre acteurs aux valeurs a priori convergentes et similaires, qui sont au cœur de la prise en charge des patients. Dans cette mesure, nos résultats ouvrent une discussion sur la question de savoir si une telle utilisation des mesures de performance est bénéfique à long terme pour les professionnels de santé et les patients et si celle-ci peut être perfectible. En particulier, nos résultats ont révélé que la façon dont les professionnels de santé combinent l'utilisation des mesures de performance avec l'ordre de grandeur civique et domestique semblait varier dans le temps de manière dynamique, oscillant entre tensions et compromis et divergeant selon les circonstances spécifiques et les audiences, questionnant ainsi la réelle réconciliation des multiples rationalités impliquées au sein de l'hôpital public. À cet égard, la dimension temporelle asymétrique de la matérialisation risque de dévoiler les valeurs des acteurs en situation et d'éroder le compromis dans le temps.

En outre, nos résultats révèlent que si l'utilisation de mesures de performance apporte de l'incertitude et de la complexité dans l'ordre de grandeur domestique, nous nuançons le fait que l'utilisation des performances perturbe complètement cet ordre encore très fort dans les hôpitaux publics français. Par conséquent, nous offrons un aperçu plus nuancé de la façon dont les

médecins élaborent des compromis avec les représentants des directions autour des mesures de performance en dévoilant l'importance des ordres de grandeur domestique, industriel (sécurité, qualité des soins) et civique (accès pour tous aux soins) pour eux.

Conclusion de la partie 3

Dans cette troisième partie, nous avons présenté les résultats de notre recherche afin de répondre à notre problématique principale : *Comment l'utilisation de mesures de performance joue-t-elle un rôle dans l'émergence de dynamiques de tensions et de dynamiques de compromis entre des acteurs aux rationalités plurielles au sein des hôpitaux publics français ?* Nous avons décomposé cette problématique générale en plusieurs sous questions de recherche auxquelles nous avons apporté des réponses dans les différents chapitres de cette troisième partie :

(1) Quelles sont les tensions induites par l'utilisation de mesures de performance au sein de l'hôpital public français et sur quels objets se cristallisent-elles ?

(2) Comment des acteurs s'appuyant sur des modalités d'évaluation plurielles parviennent-ils à des compromis autour de l'utilisation de mesures de performance ?

(3) Quels sont les mécanismes qui favorisent les efforts des acteurs pour parvenir à la création et au maintien des compromis autour de l'utilisation des mesures de performance et quels sont, au contraire, les freins à leur création et à leur maintien ?

(4) Quelles sont les conséquences de tels compromis pour les différents acteurs gravitant autour de la prise en charge des patients et pour les patients eux-mêmes ?

(5) Quelle est la pérennité et la solidité de ces compromis ?

Pour ce faire, nous avons présenté, dans un premier chapitre, les différents mondes présents au sein de l'hôpital public ainsi que le rôle de l'utilisation des mesures de performance dans leur mise en tension. Nous avons montré ensuite comment ces tensions se cristallisent autour d'objets devenus des « *objets de tension* », tels que les lits d'hospitalisation, le temps et l'espace. Dans un second chapitre, nous avons examiné les mécanismes relationnels soutenant le tissu des dynamiques de compromis entre médecins et administratifs. Nous avons, à ce titre, décrit la dynamique de tensions entre des acteurs au cœur des soins attenantes au maintien des compromis. Cela nous a permis de mettre en évidence le rôle ambivalent des mesures de performance dans la facilitation des compromis.

Partie 4 : Discussion, contributions, limites et pistes de recherche

Dans cette dernière partie de notre travail doctoral, nous présentons nos contributions à la littérature en répondant à notre problématique de recherche : *Comment l'utilisation de mesures de performance joue-t- elle un rôle dans l'émergence de dynamiques de tensions et de dynamiques de compromis entre des acteurs aux rationalités plurielles au sein des hôpitaux publics français ?*

En effet, l'ambition de ce travail doctoral a été de mieux comprendre comment, tandis que les modalités plurielles d'utilisation des mesures de performance sont la source de nombreuses tensions entre divers acteurs issus de la sphère soignante à l'hôpital public et, tandis que ces tensions se cristallisent dans des objets devenus des « *objets de tension* », ceux-ci parviennent tout de même à construire des compromis autour de l'utilisation de ces outils avec les acteurs issus de la sphère administrative.

En privilégiant l'analyse des voix d'une multiplicité d'acteurs qui sont, soit au cœur des soins, soit administratifs, nous apportons un éclairage nouveau sur la complexité des ordres de grandeur en jeu à l'hôpital public et comment ces ordres de grandeur sont mis en tension ou au contraire mis en relation par l'utilisation des mesures de performance.

La Partie 4 se compose de deux chapitres.

Dans le **Chapitre 7** « *Discussion, contributions théoriques, méthodologiques et managériales de la recherche* », nous présentons notre discussion des auteurs de la littérature. A ce titre, nous positionnons nos contributions théoriques, méthodologiques et pratiques à la lumière des études antérieures. Nous contribuons ainsi en premier lieu à la littérature en contrôle de gestion sur les organisations publiques en général, et, en second lieu, sur les organisations de santé, en particulier. Nous offrons une troisième contribution théorique à la littérature en contrôle qui mobilise le cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991).

Dans le **Chapitre 8** « *Conclusion générale, limites et pistes de recherche* », nous mettons en évidence les conclusions générales de notre étude ainsi que les limites et les pistes de recherche future.

Chapitre 7 : Discussion, contributions théoriques, méthodologiques et managériales de la recherche

Dans ce chapitre, nous présentons notre discussion de la littérature ainsi que nos contributions théoriques, méthodologiques et managériales de la recherche. Nous discutons ainsi des dynamiques de tensions et de compromis entre acteurs aux rationalités plurielles autour de l'utilisation de mesures de performance au sein des hôpitaux publics français.

Dans la **Section 1**, nous présentons nos contributions théoriques et méthodologiques. En nous appuyant sur une approche d'étude de cas unique d'un pôle médical dans un hôpital public français, nous apportons une première contribution à la littérature en contrôle qui analyse le rôle controversé de l'utilisation des mesures de performance dans les organisations publiques. Nous apportons ensuite une seconde contribution à la littérature en contrôle qui s'intéresse aux enjeux liés à l'utilisation des mesures de performance dans le contexte plus spécifique des organisations de santé. Notre étude offre une troisième contribution à la littérature émergente en contrôle mobilisant le cadre théorique de Boltanski. Nos contributions méthodologiques se fondent sur la modélisation d'un répertoire des mondes au sein des hôpitaux publics français ainsi que sur la réalisation d'une grille analytique afin d'assurer la reproductibilité de notre étude.

Dans la **Section 2**, nous exposons les contributions managériales de la recherche. A ce titre, nous élaborons plusieurs préconisations managériales pour divers acteurs afin de prévenir les tensions mais également de favoriser l'élaboration et le maintien de compromis.

Section 1 : Les contributions théoriques et méthodologiques de la recherche

L'utilisation de mesures de performance au sein des organisations publiques a suscité un intérêt croissant dans la littérature en contrôle.

Dans une première sous-section de notre discussion, nous présentons notre contribution à la littérature en contrôle sur l'utilisation controversée des mesures de performance dans les organisations publiques.

Dans une seconde sous-section, nous développons notre contribution à la littérature en contrôle sur l'utilisation controversée des mesures de performance dans les organisations de santé.

Dans une troisième sous-section, nous offrons une contribution à la littérature en contrôle mobilisant le cadre théorique de la sociologie pragmatique.

Enfin, nous offrons des contributions méthodologiques.

1. Contributions théoriques

En nous fondant sur le cadre théorique de la sociologie pragmatique de Boltanski & Thévenot (1991), notre travail a pour objet l'étude des dynamiques de tensions et de compromis que l'utilisation des mesures de performance fait émerger dans le contexte spécifique des organisations de santé. A ce titre, nous offrons trois contributions théoriques à la littérature en contrôle.

Premièrement, nous offrons une contribution théorique aux études qui ont souligné l'utilisation controversée des mesures de performance dans les organisations publiques (Argento *et al.*, 2020; Arnaboldi *et al.*, 2015; Broadbent & Guthrie, 1992, 2007; Dobija *et al.*, 2019; Grossi *et al.*, 2019; Kallio *et al.*, 2017; Lapsley, 1988, 2009). Des effets délétères de l'utilisation de mesures de performance tels que la vision en tunnel, la sous-optimisation, la myopie, la convergence, l'ossification, le jeu et la fraude ont été étudiés dans la littérature en contrôle dès les années 90 dans les organisations publiques (Smith, 1993, 1995). Les auteurs ont souligné par ailleurs que l'utilisation de mesures de performance dans ce secteur spécifique joue un rôle majeur dans la coexistence de rationalités plurielles susceptibles d'induire des tensions internes au sein de ces organisations en diffusant des principes de gestion issus du secteur privé (Broadbent & Guthrie, 1992, 2007; Lapsley, 1988, 2009; Steccolini, 2018). A ce titre, l'étude des tensions dues à la transformation des valeurs des organisations publiques a reçu un intérêt croissant dans la littérature avec par exemple de nombreux travaux portant sur les universités (Agyemang & Broadbent, 2015; Argento *et al.*, 2020; Chatelain-Ponroy *et al.*, 2018; Dobija *et al.*, 2019; Gebreiter, 2021; Gebreiter & Hidayah, 2019; Grossi *et al.*, 2020; Harley *et al.*, 2004; Kallio *et al.*, 2017; Tourish & Willmott, 2015) ou encore sur les musées (Gstraunthaler & Piber, 2007; Oakes *et al.*, 1998; Scott, 2015; Tlili, 2014). Des travaux antérieurs ont également souligné des tensions dues à la conception des mesures de performance en raison du caractère multidimensionnel de la performance des organisations publiques rendant la notion de performance difficile à définir et à mesurer (Boyne *et al.*, 2006; Grossi & Thomasson, 2015; Micheli & Mari, 2014; Minvielle *et al.*, 2008; Pollitt, 2017). De surcroît, les auteurs ont démontré que l'utilisation des mesures de performance peut avoir un impact négatif sur les employés des organisations publiques (Adcroft & Willis, 2005; Smith, 1993, 1995) et sur la performance recherchée (Noblet & Rodwell, 2009; Verbeeten & Speklé, 2015).

Nous nous inscrivons à la suite de l'ensemble de ces études dans la mesure où celles-ci soulignent la nécessité d'évaluer les bénéfices de l'utilisation des mesures de performance dans les organisations publiques - bénéfices qui ont été considérés comme allant de soi depuis trop longtemps (Adcroft & Willis, 2005; Bourne *et al.*, 2014). Ainsi, nous répondons à un appel de la littérature qui souligne que cet objet de recherche mérite davantage d'études approfondies (Bourne *et al.*, 2014). En effet, les auteurs ont montré que l'utilisation des mesures de performance, conçue pour rationaliser les organisations publiques et améliorer leur transparence et leur efficience (Lapsley, 2008) soulève des défis majeurs et actuels en raison des besoins spécifiques de ces organisations (Broadbent & Laughlin, 1998; Lapsley, 1999).

Le niveau d'analyse auquel nous contribuons se situe au niveau interpersonnel. Nous nous proposons d'entrer dans un niveau d'analyse plus fin pour saisir la complexité de l'usage réel de ces mesures par différents acteurs et pour comprendre dans quelle mesure ces usages font émerger plutôt des compromis ou au contraire des tensions entre de multiples acteurs. En réalisant l'analyse des interactions entre un grand nombre d'acteurs et des épreuves de grandeur impliquant l'utilisation de mesures de performance au sein d'une organisation publique, nos travaux permettent de contribuer à cette littérature en examinant la construction dynamique des compromis et des tensions, et en offrant des pistes de recherches futures pour d'autres organisations publiques. En effet, les études antérieures en contrôle sur les organisations publiques ne se sont pas appuyées, à notre connaissance, sur l'analyse des interactions de divers acteurs et n'ont pas exploré la manière dont les compromis et les disputes se forment à travers ces interactions quotidiennes autour de l'utilisation des mesures de performance. Ainsi, nous enrichissons la littérature existante de nouveaux éléments d'analyse grâce au cadre théorique de la sociologie pragmatique qui nous permet d'examiner la manière dont différents acteurs se coordonnent et s'entendent tandis qu'ils sont confrontés à un pluralisme de valeurs. Grâce à la conceptualisation des « *mondes* » ou « *ordres de grandeur* », nous mettons en évidence que des mondes divers existent au sein des hôpitaux publics et que ces mondes peuvent être soit assemblés sous forme de compromis, soit au contraire mis en tension par l'utilisation des mesures de performance. A ce titre, nous avons révélé dans nos résultats que l'utilisation des mesures de performance joue un rôle ambivalent en rapprochant des « *mondes* » différents, voire contradictoires, exerçant ainsi à la fois une force productrice et destructrice pour divers acteurs.

Nous montrons en effet qu'en tant que force productrice, l'utilisation des mesures de performance peut faire émerger des dynamiques de compromis entre des acteurs aux valeurs a priori contradictoires (Dumond, 2003; Glouberman & Mintzberg, 2002) – entre médecins et administratifs et entre différents mondes. Nous avons ainsi dévoilé quels acteurs sont inclus dans ces dynamiques et ceux qui peuvent en être exclus. Les cadres de santé, infirmiers et aides-soignants sont, à cet égard, du fait de leur absence dans les réunions avec les instances de direction, exclus de la construction des compromis qui s'appuie sur les mesures de performance. En effet, comme l'a souligné Burnel (2017, p.74), « *les soignants ne sont que très partiellement, à la différence des médecins, associés à la gouvernance. Ils ne peuvent dès lors que subir les effets de décisions extérieures.* ». Nous suggérons que ces résultats pourraient être discutés dans d'autres organisations publiques où les professions sont moins diverses comme à l'université ou dans les musées par exemple.

Nous démontrons néanmoins qu'en tant que force destructrice, l'utilisation des mesures de performance fait émerger des dynamiques de tensions, voire des disputes entre des acteurs au cœur de la prise en charge des patients en raison des modalités d'évaluation contradictoires présentes en situation, notamment entre les cadres de santé et les médecins ou encore entre les médecins entre eux. Ainsi, nous avons exposé, dans le premier chapitre de nos résultats, comment les principes du monde industriel et du monde marchand suscitent des tensions entre les mondes présents au sein des hôpitaux. Nous avons encore mis en évidence comment ces tensions se cristallisent dans des objets, tels que les lits d'hospitalisation, l'espace et le temps, devenus des « *objets de tension* ». Ainsi, nos résultats contribuent à renforcer les critiques émises envers les principes du NPM et l'utilisation des mesures de performance dans les organisations publiques (Bezes & Musselin, 2015; Lapsley, 2009). Par ailleurs, les auteurs ont montré que les outils de contrôle peuvent aider à maintenir l'ordre de grandeur marchand comme ordre dominant (Van Bommel, 2014). A cet égard, nous montrons que derrière la formation de compromis existe la diffusion des principes marchands au détriment d'autres formes de bien commun au sein de l'organisation. Notre étude vient ainsi consolider l'idée selon laquelle les mesures de performance, bien qu'étant utiles à l'élaboration de compromis, sont en réalité le support de la diffusion des principes marchands qui *in fine* créent de réelles tensions pour de nombreux professionnels de santé au sein des hôpitaux publics français.

Nos résultats soulignent donc l'intérêt de l'utilisation du cadre théorique de la sociologie pragmatique pour identifier les problèmes moraux induits par l'utilisation de mesures de performance dans différents types d'organisations publiques. A ce titre, nos résultats peuvent être mis en perspective avec l'étude publiée en 2019 par Gebreiter & Hidayah. Les auteurs identifient différentes réponses individuelles dans la combinaison des rationalités plurielles au sein de l'université. L'une de ces réponses est l'acceptation instrumentale (« *instrumental compliance* »). Cette réponse peut être interrogée sous le prisme de la sociologie pragmatique en questionnant les mondes en présence et la dynamique de compromis sous-jacente à cette réponse qui suppose que les enseignants-chercheurs, afin d'obtenir de meilleurs indicateurs de performance en enseignement (notes données par les étudiants), fournissent aux étudiants des éléments d'information stratégiques comme certaines réponses pouvant leur permettre de réussir leur examen. Cela interroge ainsi la transformation des valeurs liées à l'enseignement induite par l'utilisation de mesures de performance dans les universités publiques.

Nos résultats démontrent encore l'importance d'analyser les enjeux communs à l'ensemble des organisations publiques mais également et surtout les défis spécifiques à l'élaboration des compromis autour de l'utilisation de mesures de performance dans chacune d'entre elles. A ce titre, nos résultats révèlent des enjeux communs aux universités, aux hôpitaux publics, et aux musées, notamment que l'utilisation de mesures de performance a conduit à mettre l'accent sur des mesures quantitatives plutôt que qualitatives (Agyemang & Broadbent, 2015; Dobija *et al.*, 2019; Gebreiter & Hidayah, 2019; Kallio *et al.*, 2017). Notre étude confirme ces résultats en montrant que les utilisateurs des mesures de performance dans les hôpitaux se focalisent davantage sur des mesures quantitatives, permettant d'évaluer la productivité, plutôt que sur des mesures qualitatives, tournées vers l'amélioration de la qualité des soins, le climat organisationnel ou encore sur l'analyse des impacts collatéraux dans les services.

Nos résultats soulignent enfin que les organisations de santé font face à des enjeux spécifiques qui rendent l'utilisation de mesures de performance encore plus problématique que pour d'autres organisations publiques et ce, pour deux raisons. En premier lieu, les tâches des professionnels de santé sont directement liées à un bien commun qui est celui de la santé des patients. En second lieu, les organisations de santé regroupent divers groupes professionnels, ce qui accroît la complexité de leur gestion et la formation des compromis. En effet, comme nous l'avons souligné précédemment, certains professionnels, comme les cadres de santé, les

infirmiers ou encore les aides-soignants sont exclus des dynamiques d'élaboration de compromis avec les agents administratifs.

Deuxièmement, notre étude apporte une contribution à la littérature en contrôle sur l'utilisation controversée des mesures de performance dans le contexte spécifique des organisations de santé (Aryankhesal *et al.*, 2015; Chua & Preston, 1994; Georgescu & Hartmann, 2013; Horner *et al.*, 2012; Jürges & Köberlein, 2015; Mannion & Braithwaite, 2012; Or., 2014; Rambur *et al.*, 2013; Smith, 1993; Wankhade, 2011; Werner & Asch, 2005). Dans le cas des organisations de santé, la performance est conçue de façon distincte selon les parties-prenantes et reflète un pluralisme de visions (Mauro *et al.*, 2014; Minvielle *et al.*, 2008; Teil, 2002). En outre, la littérature a depuis longtemps souligné que l'intégration de pratiques de contrôle de gestion dans les organisations professionnelles risquait de créer un choc des cultures (Abernethy & Stoelwinder, 1995). Les auteurs ont de surcroît souligné que l'utilisation de mesures de performance dans les organisations de santé joue un rôle majeur dans la mise en tension, d'une part, des missions des hôpitaux publics (Horner *et al.*, 2012; Malmmose, 2015), d'autre part, des principes du service public hospitalier (Thévenot, 2001) et, enfin, dans l'autonomie des professionnels de santé (Chang, 2015; Pettersen & Solstad, 2014; Schilte & Minvielle, 2008) auparavant fondée sur le contrôle clanique et les valeurs professionnelles (Freidson, 1985).

Des travaux en contrôle ont cependant montré que les médecins utilisent de plus en plus un vocabulaire comptable et des pratiques de calcul comptable (Byrkjeflot & Jespersen, 2014; Jacobs, 2005; Kurunmäki, 2004; Mcgivern *et al.*, 2015) et que ceux-ci se sont acculturés à utiliser des mesures de performance (Doolin, 2001), questionnant ainsi la notion de compliance de ces médecins et la notion de compromis. La formation des compromis est d'autant plus intrigante que, bien souvent, les travaux antérieurs ont insisté sur les effets négatifs de l'utilisation des mesures de performance dans les organisations de santé (File & Gross, 2007; Franco-Santos & Otley, 2018; Georgescu & Hartmann, 2013; Jürges & Köberlein, 2015; Mannion & Braithwaite, 2012; Rambur *et al.*, 2013; Wankhade, 2011; Werner & Asch, 2005). A cet égard, la littérature a montré que la tarification à l'activité et l'utilisation des GHM font émerger des effets inattendus telles que les stratégies suivantes (Cots *et al.*, 2011) : (1) réduire les coûts dépensés par patients en réduisant les durées moyennes de séjour, en réduisant l'intensité des services délivrés et en sélectionnant les patients ; (2) accroître le niveau de recettes par patients en changeant les pratiques de codage et les modalités de prise en charge

des patients ; (3) accroître le nombre de patients en modifiant les pratiques liées aux admissions des patients et en améliorant la notoriété de l'hôpital. Dès lors, ces résultats antérieurs nous interrogent sur les dynamiques sous-jacentes à ces pratiques. Nous contribuons ainsi à cette littérature à plusieurs niveaux en mobilisant le cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991).

Le niveau d'analyse auquel nous offrons une contribution est celui de l'usage réel des mesures de performance dans le contexte spécifique des organisations de santé et des mécanismes sous-jacents à ces utilisations. En effet, très peu de travaux, à notre connaissance, fournissent des explications approfondies sur le comment de l'émergence de compromis dans l'utilisation des mesures de performance pour les médecins ou encore dans l'émergence de tensions pour divers professionnels de santé. Nos résultats apportent ainsi une contribution à la littérature en détaillant, d'une part, les modalités plurielles d'utilisation qui sont faites de ces mesures, d'autre part, quels en sont les utilisateurs et, enfin, quelles sont les conséquences de ces modalités sur le fonctionnement de l'organisation. Dès lors, nous montrons qu'un décalage existe entre la conception des mesures de performance présentées par Hospi Diag et les mesures de performance utilisées au quotidien par différents acteurs. A ce titre, l'analyse de nos entretiens et de nos observations de terrain révèlent que les acteurs utilisent majoritairement les mesures de performance suivantes : le taux d'activité médical, la durée moyenne de séjour, le taux d'occupation des lits, le taux de débordement au bloc opératoire, le taux de chirurgie ambulatoire et les points SIGAPS. Si nous n'excluons pas que ces acteurs puissent utiliser d'autres mesures, néanmoins celles-ci ne sont pas apparues dans nos données.

Nos résultats viennent en outre compléter de nombreux travaux qui ont montré que des tensions existent pour les soignants au sein des hôpitaux publics français : tensions de rôle pour les cadres de santé, expérience d'une pression budgétaire pour les médecins menant à une baisse de l'implication affective, etc. (Abord de Chatillon & Desmarais, 2012; Burnel, 2017; Georgescu *et al.*, 2018; Georgescu & Commeiras, 2011; Grima *et al.*, 2019; Rivière *et al.*, 2019). S'ils sont majeurs, ces travaux antérieurs ne se sont pas intéressés en particulier aux critiques émises par différents professionnels envers l'utilisation de ces mesures au sein des organisations de santé. Or, Thévenot (2001) nous rappelle que ces critiques doivent être prises au sérieux puisqu'elles sont révélatrices des difficultés que les acteurs rencontrent pour se coordonner, notamment lorsqu'ils doivent gérer de multiples ordres de grandeur. A ce titre,

notre étude révèle l'intérêt d'analyser les critiques émises par les acteurs et offre une contribution en ayant construit, à partir de l'analyse des verbatims, un répertoire des critiques et des tensions entre les mondes, induites par l'utilisation des mesures de performance au sein de l'hôpital public français. Nos résultats révèlent que les mesures de performance sont moins rejetées pour leurs caractéristiques intrinsèques que pour les tensions entre les mondes que leurs utilisations induisent. Nos résultats fournissent ainsi une discussion sur la question de savoir si l'utilisation des mesures de performance est bénéfique à long terme pour les professionnels de santé - qu'ils soient médecins, cadres de santé, infirmiers, aides-soignants -, ainsi que pour les patients. Notre étude interroge ainsi la durabilité et les bénéfices de l'introduction de ces mécanismes de contrôle promus par le NPM dans le contexte spécifique des hôpitaux publics français.

Nos résultats soulignent enfin la manière dont les compromis se construisent au sein des hôpitaux publics français entre médecins et administratifs autour de l'utilisation des mesures de performance : un même médecin peut tour à tour être favorable ou défavorable à la dynamique de compromis avec les agents administratifs dans l'utilisation des mesures de performance. En effet, la façon dont les médecins combinent l'utilisation de mesures de performance avec les ordres de grandeur civique et domestique varie dans le temps de manière dynamique, oscillant entre tensions et compromis et divergeant selon les circonstances spécifiques et les différentes audiences (administratives et médicales), questionnant de ce fait la durabilité et la solidité de tels compromis. A cet égard, la dimension temporelle asymétrique de la matérialisation peut être de nature à dévoiler les mondes de référence des acteurs en situation et à éroder le compromis dans le temps. Nos résultats révèlent ainsi que les médecins, bien qu'apparemment enclin à l'élaboration de compromis, le font pour satisfaire leurs mondes de prédilection (industriel, domestique, inspiré, civique). Par conséquent, nous offrons un aperçu plus nuancé de la façon dont les professionnels de santé concilient des ordres de grandeur en tension en dévoilant l'importance pour eux des ordres de grandeur liés à leur profession. À cette fin, notre cas est utile pour démontrer comment les professionnels de santé évaluent eux-mêmes la valeur dans des situations marquées par de multiples modes d'évaluation.

Troisièmement, nous présentons une contribution à la littérature en contrôle qui étudie la formation des accords et des désaccords associée au pluralisme de valeurs impliqué dans la

conception et l'utilisation des outils comptables (Amans *et al.*, 2020; Annisette *et al.*, 2017; Annisette & Richardson, 2011; Annisette & Trivedi, 2013; Chenhall *et al.*, 2013; Jerman *et al.*, 2020; Morinière & Georgescu, 2021; Van Bommel, 2014; Vesty *et al.*, 2018). Si dans la littérature en contrôle, les chercheurs ont mis en évidence que les mesures de performance peuvent se situer au carrefour de multiples rationalités dans le processus de conception mais également dans leur utilisation (Ahrens & Chapman, 2002; Carlsson-Wall *et al.*, 2016; Cavalluzzo & Ittner, 2004; Kaplan & Norton, 1992, 1996; Sundin *et al.*, 2010), des études récentes ont tenté d'élargir l'examen à la question de la coordination qui peut être associée à ce pluralisme de valeurs impliqué dans l'exercice de conception et l'utilisation de ces outils en mobilisant le cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991) (Amans *et al.*, 2020; Annisette *et al.*, 2017; Annisette & Richardson, 2011; Annisette & Trivedi, 2013; Chenhall *et al.*, 2013; Jerman *et al.*, 2020; Morinière & Georgescu, 2021; Van Bommel, 2014; Vesty *et al.*, 2018).

Nous contribuons tout d'abord à l'ensemble de cette littérature en ayant analysé les modalités plurielles d'utilisation des mesures de performance et les ordres de grandeur associés à ces modalités d'utilisation. A ce titre, nous avons mis en évidence que les mesures de performance pouvaient aussi bien être utilisées dans les monde marchand, industriel, inspiré, civique, de l'opinion, ou encore domestique. Nous avons ainsi poursuivi les efforts de ces auteurs afin de révéler que les outils comptables sont ambigus et ne peuvent être considérés uniquement à travers leur dimension purement technique (Annisette *et al.*, 2017; Annisette & Richardson, 2011).

De manière plus spécifique, nous nous positionnons à la suite de l'étude de Chenhall *et al.* (2003) qui ont accordé une attention particulière au processus de conception d'un système de mesure de performance dans une ONG et à la manière dont ce processus a contribué à faire émerger des compromis entre des acteurs aux visions plurielles. A ce titre, nous discutons le concept de « *compromising account* », que nous pourrions traduire par « *outils comptables facilitateurs de compromis* » de Chenhall *et al.* (2013). Les auteurs prennent l'existence de valeurs contradictoires au sein d'une ONG comme point de départ de leur analyse. Ils examinent comment la conception d'un système de mesure de performance peut être impliqué dans des compromis entre différents modes d'évaluation et comment de tels compromis peuvent être productifs ou improductifs. Ils démontrent ainsi que la combinaison de plusieurs principes évaluatifs peut faire émerger une « *friction productive* » en permettant aux acteurs

organisationnels de combiner de manière constructive des valeurs contradictoires. Les auteurs montrent ainsi que des acteurs habiles ont la capacité de manipuler plusieurs principes d'évaluation et d'exploiter les frictions qui résultent des interactions et des débats. Ainsi, les auteurs ont souligné le rôle « *expressif* » de l'outil qui permet de faire émerger des discussions favorables à la mise en perspective des attentes de chacun des acteurs impliqués dans le processus de conception. Notre étude, quant à elle, ne s'est pas concentrée sur le processus de conception mais sur l'utilisation des mesures de performance.

A ce titre, nous enrichissons la littérature en montrant que l'utilisation des mesures de performance joue un rôle ambivalent dans le processus de compensation des tensions en autorisant une perspective de matérialisation du compromis. Le chapitre de résultat associé à cette contribution nous a permis d'offrir deux récits chronologiques de l'élaboration de compromis autour de l'utilisation des mesures de performance au sein du pôle médical que nous avons observé, à travers la description de plusieurs périodes spécifiques caractéristiques des dynamiques de création des compromis et des tensions à l'hôpital public. A travers ces récits chronologiques, nous avons fait l'examen non pas de moments ponctuels de disputes mais bien de tensions répétées pouvant être conçues comme des effets collatéraux de ces compromis. Ainsi, contrairement à Chenhall *et al.* (2003), nous mettons en évidence que l'utilisation des mesures de performance génère avant tout des tensions pour un certains nombres d'acteurs et que les dynamiques de compromis ne viennent pas réduire mais simplement masquer temporairement ces tensions. Nous montrons à cet égard que les compromis ne permettent pas aux acteurs de faire converger leurs valeurs contradictoires mais plutôt d'assouplir la contradiction en vue d'une attente réciproque.

En outre, les résultats portant sur l'utilisation des mesures de performance diffèrent des résultats portant sur le processus de conception dans la mesure où les modes d'évaluation pluriels sont fondés, dans le cas de l'utilisation, sur une perspective de matérialisation du compromis. Ainsi, les indicateurs jouent un rôle d'amortissement des contradictions en fournissant un support à l'élaboration de compromis entre des acteurs aux principes d'évaluation divergents en s'appuyant sur des concessions mutuelles. Ce renforcement entre un pluralisme de rationalités n'est possible que du fait d'une attente de la matérialisation d'un compromis ; dans le cas où la matérialisation ne serait pas respectée, la dynamique met en évidence des tensions et une rupture de confiance. De cette manière, l'utilisation des mesures de performance peut

temporairement réduire les tensions entre valeurs concurrentes en offrant une autre alternative aux critères d'évaluation mais sont susceptibles, toutefois, de raviver ces tensions qui demeurent en arrière-plan. Dès lors, si le processus de conception d'un système de mesure de performance permet pour divers acteurs de discuter de la pertinence de tel ou tel indicateur, l'analyse de l'utilisation des mesures de performance permet quant à elle de révéler ce qui est réellement priorisé en pratique, à savoir, dans notre étude, les principes des mondes marchand et industriel.

Nous nous positionnons encore par rapport à l'étude de Van Bommel (2014) qui étudie l'utilisation du reporting intégré et la dynamique de compromis associée. L'auteur examine la multiplicité des valeurs impliquées dans le reporting intégré et étudie les obstacles s'opposant à la réconciliation des multiples ordres de grandeur. En effet, le reporting intégré vise des objectifs multiples : améliorer la comptabilité sociale et environnementale afin de soutenir les causes environnementales et sociales actuelles, tout en assurant une comptabilité permettant de viser des objectifs commerciaux et financiers. A ce titre, le reporting intégré est controversé et critiqué sur le fait de privilégier les aspects plus commerciaux et financiers. Ces critiques montrent que l'élaboration d'un compromis légitime semble compliquée car cette élaboration semble en particulier manquer d'un intérêt commun unique (quel est l'objectif du reporting intégré et à qui doit-il servir ?). A cet égard, l'analyse de l'auteur montre que les différentes logiques de valorisation doivent être conciliées dans un compromis pour que le reporting intégré devienne une pratique légitime. L'auteur décrit trois mécanismes pour concilier les rationalités concurrentes : (1) établir un intérêt commun, (2) éviter la clarification et (3) maintenir l'ambiguïté et la plasticité.

Le premier mécanisme est celui de l'élaboration d'un intérêt commun dans le but de transcender le pluralisme de valeur en présence en les incluant chacune. Ainsi, le reporting intégré devient une pratique destinée à absorber les tensions entre des éléments, en particulier, des mondes marchand, industriel et civique, au nom d'un monde plus durable (monde vert). Ce faisant, il tend à transcender ces ordres de grandeur en étant un appareil qui n'appartient pas à un monde en particulier mais est un moyen de renforcer le compromis.

Le second mécanisme selon l'auteur est d'éviter la clarification. Ce mécanisme est lié à l'importance et à la difficulté de créer un intérêt commun. En d'autres termes, un compromis ne tiendra pas si les parties impliquées tentent d'aller vers une clarification. En effet, selon les

auteurs, il n'y a pas de système de rang supérieur dans lequel les mondes incompatibles associés au compromis pourraient converger.

Le troisième mécanisme d'importance est celui du maintien de l'ambiguïté et de la plasticité du compromis. Autrement dit, le reporting intégré doit être suffisamment significatif pour être accepté par tous et suffisamment solide en conservant une plasticité suffisante pour résister à des épreuves de grandeur. Ainsi, le maintien de l'ambiguïté et de la plasticité permettent de pallier au manque d'intérêt commun et ainsi de maintenir le compromis.

Tout comme Van Bommel (2014), nous avons mis en lumière que l'utilisation des outils comptable permettent d'élaborer des compromis. Cependant, contrairement à cette étude, nos résultats démontrent que le potentiel de l'utilisation des mesures de performance pour fournir des supports à l'élaboration de compromis est lié à trois mécanismes importants qui diffèrent de ceux présentés par Van Bommel (2014). Ces mécanismes sont les suivants : (1) instaurer un processus de commensuration démocratique à partir des mesures de performance, (2) clarifier la dimension conditionnelle du compromis, (3) garantir la perspective de matérialisation du compromis.

Le premier mécanisme que nous avons mis en lumière est celui d'un processus de dialogue et de commensuration autour des indicateurs de performance pour fixer les taux à atteindre. Nous avons souligné le rôle de la cadre administrative dans ce dialogue. Sa tâche principale est de discuter individuellement de l'augmentation ou la diminution des mesures de performance avec les médecins et lors de réunions dédiées à la gestion du contrat et de l'activité du pôle médical. Ainsi, le dialogue permet de réduire les éventuelles tensions. Le compromis se concrétise à travers les tableaux de bord de performance et les comportements des médecins qui travaillent avec le contrôleur de gestion afin d'optimiser leurs mesures de performance. Les indicateurs sont à ce titre utilisés comme support à l'échange démocratique, où chaque acteur peut exprimer sa vision.

Le second mécanisme important que nous avons identifié pour réconcilier les ordres de grandeur concurrents est la clarification de la dimension conditionnelle du compromis. Ici, il ne s'agit donc pas d'éviter la clarification ou de maintenir une ambiguïté comme dans l'étude de Van Bommel (2014). Nos résultats révèlent que les concessions mutuelles entre la réalisation des mesures et l'allocation de financement pour un projet permettent de légitimer le compromis

et l'utilisation des mesures de performance. Ce deuxième mécanisme souligne que le compromis est initié lorsqu'il n'y a plus d'ambiguïté car les parties savent à quoi s'attendre.

Le troisième mécanisme que nous avons analysé consiste à garantir les dimensions contingentes de l'accord dans le temps dans une perspective de matérialisation. Nous avons ainsi montré que deux configurations temporelles de ces attentes de matérialisation existent autour de deux horizons temporels (présent et futur). Dans une première configuration, les médecins visent des objectifs de performance dans la perspective future d'obtenir les moyens associés au développement et à la mise en place d'un projet. Dans ce cadre, les médecins sont en attente de la « *matérialisation du compromis* » afin que des ressources supplémentaires aident à l'absorption de la croissance de leur activité médicale. Dans une seconde configuration, les représentants des directions donnent les moyens pour la réalisation d'un projet dans le but d'obtenir en contrepartie dans le futur un retour rapide sur investissement permettant d'assurer la rentabilité du projet. Ce retour sur investissement est calculé à l'aide de la quantification issue de l'analyse des mesures de performance. Dans ce cadre, les représentants des directions sont ceux qui sont en attente de la « *matérialisation du compromis* » afin de satisfaire l'exigence d'équilibres entre les dépenses effectuées par l'institution et la compensation de ces dépenses par des recettes futures. Dès lors, nos résultats révèlent que ce troisième mécanisme relationnel est majeur puisqu'il permet de soutenir dans le temps les deux premiers mécanismes en assurant le lien entre deux horizons temporels distincts (présent et futur). Ce mécanisme suppose de surcroît que les deux parties se fassent confiance dans l'accomplissement de leur engagement futur.

Nos résultats révèlent ainsi que l'utilisation de mesures de performance crée un assemblage d'ordres grandeur qui peuvent être déterminés par des justifications légitimes. Les justifications fondées sur des mesures de performance créent un consensus entre des justifications considérées comme positives pour l'institution (être efficient et rentable) et des valeurs considérées comme positives pour les médecins (amélioration de la prise en charge médicale et/ou des conditions d'exercice). Nous notons, surtout, qu'une situation doit incarner des valeurs de ces deux niveaux d'analyse et être consolidé matériellement. À cet égard, l'utilisation des mesures de performance suppose une promesse explicite de ce qui est attendu de donner et de recevoir entre les différents acteurs, les promesses non tenues ravivant les tensions entre les rationalités concurrentes.

2. Contributions méthodologiques

Tandis que Boltanski & Thévenot (1991) préconisent d'analyser les justifications lors de disputes entre plusieurs acteurs autour d'épreuves de grandeur, la plupart des études existantes fondées sur le cadre théorique de la sociologie pragmatique n'ont pas analysé les épreuves de grandeur en situation à travers les interactions des acteurs au sein des organisations. Ainsi, bien que des épreuves de grandeur aient été analysées au niveau de controverses publiques à partir d'analyse d'éléments médiatiques (articles de journaux) (Gond *et al.*, 2016; Munzer, 2019; Patriotta *et al.*, 2011; Ramirez, 2013; Taupin, 2012; Whelan & Gond, 2017), aucune étude, à notre connaissance à l'exception de celle de Chenhall *et al.* (2013), n'a reflété les interactions des acteurs lors d'épreuves de grandeur en tant que tel. En effet, les auteurs se sont appuyés principalement sur l'analyse d'entretiens semi-directifs et de documents (Annisette *et al.*, 2017; Van Bommel, 2014; Vesty *et al.*, 2018). Cela peut s'expliquer par deux raisons : soit que l'accès à des disputes avec plus de deux acteurs lors d'observation ethnographique est difficile, soit que l'opérationnalisation du cadre d'analyse est trop complexe.

La contribution de notre étude au plan méthodologique se positionne donc dans le choix d'une approche ethnographique et d'un récit narratif chronologique des dynamiques de tensions et de compromis entre divers acteurs comme cela est préconisé par Mailhot & Langley (2017) dans la littérature. Nous offrons ainsi une vue détaillée des différentes étapes de codage permettant l'opérationnalisation du cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991). A ce titre, nous avons réalisé une grille d'analyse simplifiée et synthétique afin de pouvoir analyser les épreuves de grandeur dans d'autres organisations. Cet apport, nous l'espérons, permettra de faciliter la reproductibilité de cette méthodologie d'étude par d'autres chercheurs dans d'autres organisations et notamment dans d'autres organisations publiques.

En outre, nous avons construit un répertoire des mondes présents à l'hôpital public. Nos résultats nous ont en effet permis de distinguer sept mondes au sein des hôpitaux publics français, soit autant de hiérarchie de valeurs potentiellement disjointes ou en contradiction : inspiration, civique, industriel, marchand, domestique, renom, projet. Tandis que la littérature antérieure a mis en évidence l'opposition entre les différents rôles au sein des organisations de santé, entre ceux qui soignent et ceux qui distribuent les ressources (Dumond, 2003) ou encore entre quatre mondes (contrôle, traitement, soins, communauté) (Glouberman & Mintzberg,

2002), notre étude offre une nouvelle grille de lecture des valeurs en tension au sein des hôpitaux avec la caractérisation de chacun de ces mondes et des rapports de grandeur qui s'exercent au sein de ceux-ci. Cette contribution peut faciliter la reproductibilité de cette caractérisation dans d'autres organisations.

Enfin, nous avons construit un répertoire des critiques entre les mondes – répertoires qui pourraient se révéler utiles pour la poursuite des études mobilisant le cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991) dans le contexte spécifique des hôpitaux publics en France ou dans d'autres pays ou encore dans d'autres contextes organisationnels. Ainsi, nous avons mobilisé l'étude d'El Euch Maalej & Roux (2012) qui se situe dans le champ des études en marketing afin de construire notre analyse. A notre connaissance, seule cette étude a permis de mettre en évidence l'analyse de critiques entre les mondes de cette manière. Notre apport méthodologique se situe à ce niveau pour la littérature en contrôle en offrant une méthodologie d'analyse permettant d'assurer la reproductibilité de ce travail dans des études futures.

Conclusion de la section 1

Cette première section de discussion nous a permis de mettre en évidence trois contributions à la littérature en contrôle.

Nous avons ainsi contribué à la littérature sur le rôle controversé des mesures de performance dans les organisations publiques en général et à celle dans les organisations de santé en particulier. Nous avons également apporté des éléments de contribution à la littérature en contrôle mobilisant le cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991).

Nous avons enfin présenté nos contributions méthodologiques : d'une part, la réalisation d'une grille analytique simplifiée qui permet d'appréhender les dynamiques de tensions et de compromis et, d'autre part, l'élaboration d'un répertoire des mondes présents au sein des hôpitaux publics français ainsi qu'un répertoire des tensions entre les mondes.

Section 2 : Les contributions managériales de la recherche

Le but de cette section est d'offrir plusieurs axes de réflexion sur les implications managériales de notre travail. En effet, les résultats de ce travail doctoral ne seraient rien sans des apports pratiques au plus près du terrain.

Nous commençons par présenter des recommandations pour divers acteurs afin de prévenir les tensions et les disputes entre les différents corps professionnels en raison des principes d'évaluation pluriels induits par l'utilisation des mesures de performance.

Nous proposons ensuite des préconisations afin de favoriser la création de compromis entre ces acteurs aux modalités d'évaluation plurielles, notamment entre les agents administratifs et les médecins. Cette section nous mènera ensuite vers la conclusion générale de notre travail doctoral.

1. Éclairage sur les moyens à disposition des acteurs pour prévenir les tensions et les disputes induites par l'utilisation des mesures de performance

Pour réduire les risques de tensions, nous préconisons plusieurs axes d'amélioration. Tout d'abord, le rôle des équipes de direction et équipes administratives, dont font partie le contrôle de gestion, la direction des opérations et de la performance, la direction de l'information médicale, est à mettre en lumière au premier plan afin de prévenir les tensions.

Nous recommandons vivement que les directions et contrôleurs de gestion prennent véritablement la mesure du pluralisme des modalités d'évaluation, des logiques d'action et de la portée du vocabulaire choisi et utilisé, du discours porté au-devant des équipes médicales et soignantes. Nos temps d'observation ont permis de souligner des expressions malencontreuses sources de malentendus et de tensions entre médecins et agents administratifs, expressions fondées sur un discours orienté vers la « *rentabilité* », la « *performance* », et les besoins « *financiers et économiques* » de l'institution. Il s'agit encore de prendre la mesure de la non-neutralité de l'utilisation des outils comptables dans une organisation de santé qui n'est pas n'importe quelle organisation.

En second lieu, nous suggérons que les directions pourraient mettre en place des mécanismes clairs de sélection et de priorisation des projets à développer et de suivi de ces projets afin de fixer des délais raisonnables pour leur mise en place. Le suivi et le respect d'un calendrier prévisionnel avec une visibilité pour les divers acteurs des pôles médicaux permettrait aux acteurs soutenant le projet de s'aligner avec les directions dans une perspective de matérialisation dans un futur proche. La temporalité actuelle pour la mise en place de certains projets - alors que les patients se trouvent dans des conditions de soin médiocres - pourrait être revue. A titre d'exemple, dans le cas du projet de néphrologie, des patients ont été dialysés jusque tard dans la nuit. Les infirmiers n'étaient pas toujours spécialisés malgré les besoins très spécifiques liés à ces prises en charge. Deux ans ont passé sans qu'aucune solution véritable ne soit opérationnalisée menant ainsi le porteur de projet à refuser d'embaucher des infirmiers intérimaires ou à menacer la direction du pôle d'arrêter d'accepter des patients en dialyse.

En outre, les critères d'évaluation des projets pourraient être clarifiés aux équipes médicales. La seule rationalité des indicateurs n'est pas décisive pour la priorisation des projets ; or, certains médecins sont tentés de le croire et se retrouvent déçus lorsqu'ils prennent conscience que d'autres marqueurs ou critères de valeur prennent le pas sur les indicateurs de performance des services de soin. Ils ont alors fait de nombreux efforts pour correspondre à ces indicateurs, sans obtenir *in fine* la réalisation du projet souhaité. Cet écart entre l'attente, les souhaits des équipes médicales et soignantes et la décision administrative qui peut être prise très tardivement dans l'avancement de l'évaluation du projet est susceptible de générer de la frustration au sein des équipes. Nous préconisons ainsi que les décisions soient communiquées beaucoup plus tôt dans la construction des projets et que la temporalité d'évaluation et de suivi soit mieux organisée de telle sorte qu'elle permette un temps d'attente plus rapide.

Nous recommandons encore aux directions et gestionnaires d'identifier les injustices perçues par les équipes médicales et soignantes. En effet, la reconnaissance d'un vécu des professionnels de santé qui sont au cœur du dispositif de prise en charge des patients pourrait permettre de mettre en place des plans d'action pour pallier à certaines problématiques de fonctionnement. A titre d'exemple, les cadre de santé subissent de sévères préjudices quant à leur rôle et aux tâches qui leur incombent au sein de l'institution hospitalière, soulignant ainsi la dégradation de leurs conditions de travail. En effet, tandis que leur fonction de cadre de santé suppose une fonction de management par projet et de management des équipes, ces professionnels se voient contraints d'assurer un rôle de « *bed manager* » pendant une large partie de leur temps de travail réduisant l'épaisseur de leur fonction, pour certains cas, à la tâche ingrate de trouver les lits disponibles dans d'autres services au sein de l'hôpital public pour l'hébergement des patients.

Nous préconisons encore de développer une veille au regard de l'accélération de la cadence que peuvent vivre certaines équipes médicales et soignantes afin de prévenir les risques psychosociaux qu'encourent les professionnels. Les équipes soignantes nous ont fait part d'un accroissement de l'intensité de leur travail qui fait naître pour certains un fort sentiment de frustration allant jusqu'à la résignation, étape qui peut précéder la démission. L'expérience d'accélération de la cadence des soins impacte aussi bien les infirmiers que les médecins qui éprouvent pour certains du stress, une surcharge émotionnelle, un manque de temps ainsi que de l'épuisement et le sentiment d'être au bord du burn-out. L'impact du turn-over et de

l'intensification du travail sur les soignants est en effet un des enjeux majeurs de l'utilisation des indicateurs de performance. La recherche d'efficience est en outre accompagnée d'une peur de perdre des lits, des personnels soignants ou des plages horaires lorsque le service ne démontre pas son efficience. Au fond, les médecins se voient contraints d'accroître leur activité médicale simplement pour garder leur statut quo. En outre, le fort absentéisme oblige des soignants à revenir sur leur temps de repos – pourtant nécessaire -, temps de repos qui peut être organisé autour d'obligations de réunions familiales ou de vacances déjà prévues. Cette demande faite aux soignants d'être toujours disponibles génère un processus de déshumanisation qui heurte fortement les professionnels. Nous préconisons une revalorisation institutionnelle accompagnée dans la mesure du possible d'une revalorisation salariale.

Enfin, nous recommandons aux équipes de direction de vérifier que la recherche d'amélioration du parcours patient et d'un bon fonctionnement des services ne soit pas entravée, paradoxalement, par la recherche d'efficience et de productivité. Cette recommandation est difficile à mettre en place tant l'injonction de performance est forte en termes de taux d'occupation du bloc, taux de débordement, etc. Cependant, nous suggérons qu'il est dans l'intérêt des patients et des équipes de parvenir à un fonctionnement fondé sur une vision globale plutôt que sur une vision locale favorisée par l'effet de myopie généré par l'utilisation des indicateurs de performance.

2. Éclairage sur les moyens à disposition des acteurs pour améliorer l'élaboration de compromis autour de l'utilisation des mesures de performance

Pour améliorer la formation de compromis, nous préconisons plusieurs axes d'amélioration. La réalisation des objectifs de performance peut créer une confusion chez les équipes médicales qui associent réalisation des objectifs avec promesse de développement d'un projet associé. Nous préconisons ainsi de communiquer clairement sur ce point et de dissocier quand cela est nécessaire ces deux dimensions. En effet, l'évolution des projets des services de soin fait partie intégrante de la vie de l'institution et réclame un processus de décision efficace afin de prioriser et de suivre le développement et la mise en place de ces projets. Lors de nos observations, nous avons constaté un changement dans ce processus de décision. Les équipes de direction ont en effet redéfini ce processus afin de pouvoir donner des réponses plus rapides aux équipes

porteuses des projets et afin de ne pas s'aventurer dans l'évaluation des projets lorsque ceux-ci ne sont pas inscrits comme prioritaires. Ainsi, nous préconisons un travail similaire pour les équipes dirigeantes des hôpitaux qui ne l'auraient pas effectué afin de favoriser la réalisation des compromis et une communication plus efficace. Ce travail constitue une réelle opportunité pour les équipes de direction d'accroître l'agilité de l'organisation hospitalière.

Nous avons identifié que la qualité de la relation avec le cadre administratif du pôle constitue un enjeu majeur afin d'accroître l'écoute, la communication et la confiance entre les équipes médicales et la direction. Si au départ le cadre administratif n'est pas issu du milieu médical, son bureau étant au cœur du pôle et au plus près des services de soin, les entretiens et nos observations ont révélé l'importance de son rôle dans la qualité du lien et de la formation des compromis autour des indicateurs de performance. Nous préconisons ainsi aux cadres administratifs de prendre la mesure des conditions relationnelles favorables qu'ils peuvent instaurés, comme nous avons pu le voir dans notre étude de cas.

Conclusion de la section 2

Nous avons mis en évidence, au cours de cette section, les contributions managériales de notre travail doctoral.

Nous avons montré que si les compromis entre médecins et administratifs pouvaient être envisagés comme des éléments positifs de la mise en œuvre du management fondé sur des mesures de performance, nos résultats montrent que ces compromis ont également des effets collatéraux visibles pour les professionnels de santé ainsi que pour les patients.

Dès lors, nous avons émis des préconisations pour le management au sein même des hôpitaux publics afin de prévenir les tensions mais également de favoriser le développement de compromis acceptables non pas seulement pour les médecins porteurs de projet mais également pour les autres professionnels des services.

Cette deuxième section nous permet de conclure cet avant dernier chapitre de notre travail doctoral et nous mène à notre chapitre de conclusion.

Conclusion du chapitre 7

Dans ce chapitre de discussion, nous avons présenté les contributions théoriques, méthodologiques et managériales de notre travail de recherche. Nous avons, à ce titre, discuté du rôle ambivalent des mesures de performance dans l'émergence de dynamiques de tensions et de dynamiques de compromis au sein des hôpitaux publics français.

Dans la **Section 1**, nous avons apporté une première contribution à la littérature en contrôle sur le rôle controversé de l'utilisation des mesures de performance dans les organisations publiques. Nous avons ensuite apporté une seconde contribution à la littérature en contrôle qui s'intéresse aux enjeux liés à l'utilisation des mesures de performance dans le contexte spécifique des organisations de santé. Nous avons offert une troisième contribution à la littérature émergente en contrôle mobilisant le cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991). Enfin, nous avons présenté les contributions méthodologiques de notre travail.

Dans la **Section 2**, nous avons exposé les contributions managériales de notre travail de recherche, à la fois pour les équipes administratives ainsi que pour les équipes soignantes.

Ce septième chapitre nous mène ainsi au seuil de notre conclusion générale que nous présentons dans un huitième et dernier chapitre.

Chapitre 8 : Conclusion générale, limites et pistes de recherche

Au cours de ce travail de recherche, nous avons entrepris de comprendre les dynamiques de tensions et de compromis autour de l'utilisation des mesures de performance au sein des hôpitaux publics français. Notre objectif était de mieux comprendre comment un large éventail d'acteurs qui s'appuient sur des modalités d'évaluation plurielles parviennent à élaborer et à maintenir des compromis au quotidien. Pour ce faire, nous avons étudié les comportements et les discours des acteurs. En particulier, nous avons analysé les moments de tension, les épreuves de grandeur, les disputes liées à l'utilisation des mesures de performance, et ce, entre divers acteurs, au sein de l'hôpital public. Cet intérêt pratique nous a conduit à documenter les spécificités des organisations publiques et celles des organisations de santé. Ainsi, notre recherche offre non seulement de réels intérêts pour approfondir la compréhension du secteur des organisations de santé mais aussi, de manière plus générale, elle apporte de réelles contributions pour le secteur des organisations publiques.

Notre entreprise de recherche nous a amené à mobiliser le cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991) ainsi qu'une méthodologie qualitative. Ainsi, nous avons mené une étude de cas unique ethnographique avec la réalisation de cinquante-et-un entretiens semi-directifs auprès d'acteurs issus de diverses professions et à divers niveaux hiérarchiques de l'institution. Dans cette étape de notre travail, nous avons observé au cours de nombreuses réunions liées à la gestion non seulement les discours, les justifications et les critiques de divers acteurs. Lors de disputes ou d'interactions plus apaisées, nous avons pu appréhender la manière dont les acteurs mobilisent les outils comptables, ici les mesures de performance, pour solidifier des compromis. Dans les services, nous avons au contraire observé que l'utilisation de ces mesures cristallisent des tensions pour un grand nombre d'acteurs, notamment pour les acteurs au cœur des soins – entre cadre de santé et chirurgiens ou encore entre médecins entre eux.

En outre, le contexte actuel de gestion de crise de la pandémie du COVID-19 est venu éclairer d'une nouvelle manière notre recherche en questionnant encore davantage les modalités d'évaluation plurielles présents au sein des hôpitaux publics français avant le début de la crise sanitaire (Dumez & Minvielle, 2020). Depuis deux décennies, en effet, les hôpitaux ont subi des transformations majeures dans leur mode de fonctionnement et ce, afin de réduire les dépenses pour respecter les objectifs nationaux de dépenses de l'assurance maladie (Brami *et*

al., 2012; Burnel, 2017; Georgescu, 2013). A ce titre, les hôpitaux publics se sont engagés dans un travail conjoint entre équipes administratives et équipes soignantes pour optimiser les recettes attenantes aux prestations de soin et pour réduire les dépenses, tout en maintenant la qualité et la sécurité des soins. Dès lors, la question des compromis entre ces acteurs issues de sphères distinctes, aux principes d'action pluriels, a conduit le fil de notre réflexion tout au long de ce travail doctoral et de notre travail de recherche en général (Morinière & Georgescu, 2021). Les spécificités du champ du secteur public et en particulier du champ des organisations de santé ont été décisives dans la compréhension de notre objet d'étude. Ainsi, il nous a semblé important de poser la question du rôle des mesures de performance dans l'émergence de dynamiques de tensions et de dynamiques de compromis au sein de l'hôpital public français.

Tout d'abord, nous présentons les intérêts pratiques, théoriques et méthodologiques de la recherche. Sur le plan empirique, le contexte spécifique des organisations publiques présente un réel intérêt et est un terrain pertinent pour étudier comment une organisation prônant l'intérêt général et l'atteinte d'un bien commun, comme l'éducation ou la santé, est impactée par une seconde rationalité qui est celle de la recherche d'efficience et de performance promue par les indicateurs de performance (Angelé-Halgand & Garrot, 2014). Ainsi, ces organisations offrent des contextes privilégiés pour étudier la rencontre entre différents mondes et les tensions entre des acteurs aux valeurs plurielles (Brémond *et al.*, 2013; Glouberman & Mintzberg, 2002).

Sur le plan méthodologique, la crise et les difficultés managériales auxquels sont confrontés les hôpitaux suggèrent qu'un examen détaillé des interactions entre les acteurs permettrait d'approfondir notre compréhension de l'organisation hospitalière au niveau micro (Cloutier & Langley, 2013; Cornelissen *et al.*, 2015; Hallett, 2010; Hallett & Ventresca, 2006).

Sur le plan théorique, il s'agissait pour nous d'appréhender les outils comptables comme des outils situés, leur fonction pratique pouvant diverger de leur fonction théorique (Annisette & Richardson, 2011). Cette analyse de l'utilisation des mesures de performance vise à compléter la littérature en contrôle sur les défis spécifiques liés aux organisations publiques (Argento *et al.*, 2020; Arnaboldi *et al.*, 2015; Broadbent & Guthrie, 1992, 2007; Dobija *et al.*, 2019; Grossi *et al.*, 2019; Kallio *et al.*, 2017; Lapsley, 1988, 2009) et liés aux organisations de santé (Aryankhesal *et al.*, 2015; Chua & Preston, 1994; Georgescu & Hartmann, 2013; Horner *et al.*, 2012; Jürges & Köberlein, 2015; Mannion & Braithwaite, 2012; Or., 2014; Rambur *et al.*, 2013; Smith, 1993; Wankhade, 2011; Werner & Asch, 2005).

Sur le plan théorique, la littérature a montré que le rôle de la comptabilité dans la création de tensions mais aussi de compromis devait être explorée davantage, non seulement au moment de la conception des outils comptables mais également lors de leur utilisation sur le terrain (Amans *et al.*, 2020; Annisette *et al.*, 2017; Annisette & Richardson, 2011; Annisette & Trivedi, 2013; Chenhall *et al.*, 2013; Jerman *et al.*, 2020; Morinière & Georgescu, 2021; Van Bommel, 2014; Vesty *et al.*, 2018).

Sur le plan managérial, notre étude contribue à la compréhension du management de valeurs plurielles au niveau individuel et ce, pour un large éventail d'acteurs au sein de l'hôpital public. Nous avons également montré comment les tensions pour réconcilier des valeurs orientées vers un esprit marchand ou industriel se cristallisent dans des objets tels que les lits d'hospitalisation, l'espace ou le temps. Nous suggérons que si ces tensions sont masquées par une dynamique de compromis entre les médecins et l'administration, celles-ci peuvent resurgir de façon très vive lorsque les compromis se montrent fragiles. Cela nous amène donc à questionner la nature du compromis et sa solidité. En effet, un compromis est toujours fragile et révocable par les acteurs.

Si notre étude présente de réels intérêts, celle-ci présente également plusieurs limites. La première limite méthodologique de notre étude porte sur la sélection de notre cas. Dans le chapitre dédié à la méthodologie de notre thèse, nous avons justifié comment le processus de la sélection de notre cas s'était réalisé en deux temps. Tout d'abord, nous avons choisi un CHU pour des raisons de proximité afin de pouvoir revenir avec facilité sur le terrain et ainsi de pouvoir procéder à une analyse longitudinale. Cependant, le choix du pôle médical du CHU s'est effectué en raison de l'opportunité de l'ouverture du terrain et grâce au soutien de l'un des médecins du pôle qui nous a accordé un entretien et nous a ensuite introduit aux autres membres du pôle médical. La sélection du cas a ensuite été opérée à partir des intérêts que présentait fortuitement ce pôle médical. En raison des nombreuses spécialités médicales qui le composent, le pôle médical dans lequel nous nous sommes immergés représentait certains intérêts.

Nous suggérons qu'une piste de recherche pourrait porter sur l'intérêt de réaliser une immersion dans un pôle médical aux spécialités médicales similaires afin d'analyser si la nature des tensions dans le secteur de l'hôpital public varie en fonction de la convergence et de la transversalité du projet de pôle. Dans cette perspective, il est possible de croire qu'un pôle médical, structuré autour de départements ayant davantage de points communs, comme une

spécialité médicale - l'orthopédie, par exemple – présenterait des intérêts pour contribuer à notre compréhension des problématiques liées à la répartition de l'espace et aux tensions propres à l'hébergement des patients. Une étude de cas supplémentaire pourrait ainsi développer de nouveaux éclairages et de nouvelles connaissances sur la dynamique de tensions et de compromis à l'hôpital public français.

La seconde limite de notre travail porte sur le choix des acteurs interrogés. Lors de notre travail de terrain, nous avons effectué 240 heures d'observation, avec l'observation d'une trentaine de réunions entre les représentants du pôle et ceux de la direction ainsi que les acteurs du pôle dans les différents départements. Cette immersion a été complétée par la réalisation de cinquante-et-un entretiens semi-directifs avec des acteurs issus de professions diverses. Si ces choix sont pertinents au regard de notre problématique, nous postulons qu'il aurait été intéressant de compléter cette collecte de données par des entretiens réalisés avec les patients du pôle médical, en particulier pour les patients dialysés dans des conditions détériorées ainsi que les patients hébergés dans des services autres que la spécialité pour laquelle ils ont été opérés ou pris en charge.

Ainsi, les études futures gagneraient vraisemblablement à accorder plus d'attention à la perception du patient vis-à-vis des valeurs impliquées dans sa prise en charge et les critiques adressées à l'organisation au sujet de son séjour à l'hôpital et du relationnel avec les soignants. En effet, nous postulons que des études complémentaires pourraient être pertinentes sur la manière dont les patients perçoivent dans leur prise en charge l'augmentation d'activité. Nous croyons que la place et le rôle des patients dans la compréhension du pluralisme des valeurs à l'hôpital peut constituer un enjeu majeur pour de recherches futures.

Une troisième limite de notre étude est celle du choix de la fin de la période d'observation de notre terrain. La fin de notre immersion correspond à la période du confinement qui a eu lieu en raison de la pandémie mondiale du COVID-19. En effet, la dernière réunion à laquelle nous avons assisté est celle du 11 mars 2020, réunion qui devait être initialement dédiée au contrat de gestion du pôle. Cette réunion a été remplacée par une réunion de crise autour du Coronavirus et de l'accueil des patients contaminés dans le pôle. Ainsi, si notre collecte de données touchait à sa fin, il est utile de noter que le confinement est venu clôturer notre venue sur le terrain.

Cette limite offre des perspectives intéressantes pour des recherches futures. En effet, cette dernière réunion a été une courte opportunité pour observer comment les acteurs se sont rapidement mis au service d'une cause commune et comment cette cause a à ce moment-là été un point de convergence et de mise en action collective. Nous suggérons ainsi que des recherches futures bénéficieraient à s'intéresser aux crises sanitaires comme des évènements ponctuels mais cependant éminemment marquants pour analyser comment la temporalité décisionnelle s'accélère et si et comment la coopération des différents acteurs du pôle s'opère différemment.

Malgré ces limites, notre étude présente plusieurs avenues de recherches futures. En premier lieu, nous croyons que les études futures auraient un intérêt à poursuivre l'analyse des dynamiques de tensions et de compromis entre des acteurs aux modalités d'évaluation plurielles dans d'autres organisations publiques telles que les universités, les musées, les municipalités ou les services sociaux par exemple. En effet, les analyses existantes en disent peu sur la manière dont les acteurs débattent entre eux et élaborent des compromis autour de questions de justice impliquant l'utilisation de mesures de performance. Nous postulons que le cadre théorique de Boltanski & Thévenot (1991) pourrait permettre d'approfondir ces analyses afin de comprendre davantage les spécificités de chacune des organisations publiques ainsi que les mécanismes sous-jacents à la formation des compromis. En effet, si le terme d'organisation publique rassemble un éventail d'organisations (musées, universités, municipalités, hôpitaux, services sociaux, etc.), les « *mondes* » présents au sein de ces organisations diffèrent en raison notamment de la spécificité des professions, des missions et des tâches réalisées dans ces organisations. Il serait intéressant en effet de comparer les mécanismes sous-jacents à l'œuvre et de dévoiler les dynamiques de tensions et de compromis de façon chronologique, comme nous l'avons fait.

En second lieu, les études futures gagneraient vraisemblablement à examiner les mécanismes relationnels sous-jacent à la dynamique de compromis dans d'autres contextes d'organisation de santé que celui du contexte des hôpitaux publics français. En effet, si le monde domestique est apparu très important dans le contexte français, des études futures pourraient étudier si la dynamique de compromis ainsi que les mécanismes relationnels sont similaires ou non dans les hôpitaux d'autres pays. En effet, les aspects culturels pourraient différés et rendre à ce titre le monde domestique moins présent.

En troisième lieu, les études futures pourraient accorder plus d'attention à la relation entre l'utilisation des mesures de performance dans les organisations publiques et comment ceux-ci affectent ou soutiennent la légitimité des divers groupes professionnels. En effet, notre étude a mis en avant le monde domestique comme étant un monde majeur de l'hôpital dans lequel les acteurs tentent de se faire « *grand* ». Dans cette optique, nous postulons que les chercheurs devraient poursuivre l'analyse des interactions entre les acteurs organisationnels en situation afin de comprendre comment l'utilisation des mesures de performance entrent en jeu dans la déstabilisation ou le maintien de la légitimité professionnelle.

En quatrième lieu, les chercheurs auraient un intérêt à interroger davantage la problématique des disputes et des compromis, associée à l'utilisation d'outils comptables dans diverses organisations. En effet, les termes « *valeurs* » et « *jugement moral* » sont encore assez peu mobilisés pour étudier les problèmes rencontrés par les professionnels sur le terrain. Cependant, nous croyons que ces termes, appuyés par la solidité de certains cadres théoriques sont à même de répondre à des questions essentielles liées à la gestion des organisations.

Enfin, si le rôle des émotions et ses relations avec les pratiques comptables commencent seulement à gagner en intérêt dans la littérature, nous suggérons que ce sujet mérite un examen plus approfondi. En effet, notre étude a fait émerger l'hypothèse d'une utilisation des mesures de performance liée à la peur de perdre ; des recherches futures bénéficieraient à cet égard d'étudier comment l'utilisation des mesures de performance et des outils comptables en général, met en mouvement les émotions. Il serait intéressant en effet d'identifier les types d'émotion associées à l'utilisation des outils comptables pour divers acteurs dans les hôpitaux publics français mais également dans d'autres organisations publiques.

Bibliographie

Abernethy, M. A., & Brownell, P. (1999). The role of budgets in organizations facing strategic change: An exploratory study. *Accounting, Organizations and Society*, *24*(3), 189–204.

Abernethy, M. A., & Stoelwinder, J. U. (1995). The Role of Professional Control in the Management of Complex Organizations. *Accounting, Organizations and Society*, *20*(1), 1–17.

Abord de Chatillon, E., & Desmarais, C. (2012). Le Nouveau Management Public est-il pathogène ? *Management International*, *16*(3), 10–24.

Adcroft, A., & Willis, R. (2005). The (un)intended outcome of public sector performance measurement. *International Journal of Public Sector Management*, *18*(5), 386–400.

Agyemang, G., & Broadbent, J. (2015). Management control systems and research management in universities: An empirical and conceptual exploration. *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, *28*(7), 1018–1046.

Ahrens, T., & Chapman, C. (2002). The structuration of legitimate performance measures and management: day-to-day contests of accountability in a U.K. restaurant chain. *Management Accounting Research*, *13*(2), 151–171.

Aidemark, L.-G., & Funck, E. K. (2009). Measurement and health care management. *Financial Accountability & Management*, *25*(2), 253–276.

Amans, P., Mazars-Chapelon, A., & Villesèque-Dubus, F. (2020). Le portefeuille d'outils de gestion porteur de compromis dans les organisations à la croisée des mondes : le cas des scènes nationales. *Comptabilité - Contrôle - Audit*, *1*(26), 21–77.

Angelé-Halgand, N., & Garrot, T. (2014). Les biens communs à l'hôpital : De la « T2A » à la tarification au cycle de soins. *Comptabilité - Contrôle - Audit*, *20*(3), 15–41.

Annisette, M., & Richardson, A. J. (2011). Justification and accounting: Applying sociology of worth to accounting research. *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, *24*(2),

229–249.

Annisette, M., & Trivedi, V. U. (2013). Globalization, paradox and the (un)making of identities: Immigrant Chartered Accountants of India in Canada. *Accounting, Organizations and Society*, *38*(1), 1–29.

Annisette, M., Vesty, G., & Amslem, T. (2017). Accounting values, controversies, and compromises in tests of worth. In *Justification, Evaluation and Critique in the Study of Organizations: Contributions from French pragmatist sociology* (Vol. 52, pp. 209–239). Bingley, UK: Emerald Publishing Limited.

Argento, D., Dobija, D., & Grossi, G. (2020). The disillusion of calculative practices in academia. *Qualitative Research in Accounting and Management*, *17*(1), 1–17.

Arnaboldi, M., & Azzone, G. (2010). Constructing performance measurement in the public sector. *Critical Perspectives on Accounting*, *21*(4), 266–282.

Arnaboldi, M., Lapsley, I., & Steccolini, I. (2015). Performance Management in the Public Sector : The Ultimate Challenge. *Financial Accountability & Management*, *31*(1), 1–22.

Aryankhesal, A., Sheldon, T. A., Mannion, R., & Mahdipour, S. (2015). The dysfunctional consequences of a performance measurement system: The case of the Iranian national hospital grading programme. *Journal of Health Services Research and Policy*, *20*(3), 138–145.

Augé, B., Georgescu, I., Naro, G., & Vernhet, A. (2018). Les hôpitaux et les universités à l'heure du reporting. In *Sophie Giorgano-Spring et al., Reporting, innovations et société* (Vol. 75, pp. 167–183). EMS Editions.

Baird, L. (1986). *Managing Performance*. John Wiley.

Baret, C. (2002). Hôpital : le temps de travail sous tension. Une comparaison Belgique, Italie, France, Grande-Bretagne, Pays-Bas et Suède. *Sciences Sociales et Santé*, *20*(3), 75–107.

Barreda, M. (2018). *La création d'un « climat d'accountability » dans les hôpitaux publics français, entre légitimité(s) et influence(s) : une approche par la théorie néo-*

institutionnelle. Université de Montpellier.

Barreda, M., Georgescu, I., Augé, B., & Vernhet, A. (2018). Chapitre 11. Des illusions et désillusions de la mesure : le cas du secteur hospitalier. In *Philippe Chapellier et al., Comptabilités et Société. Entre représentation et construction du monde* (Vol. 75, pp. 255–270). EMS Editions.

Batifoulier, P., Domin, J.-P., & Gadreau, M. (2008). Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française. *Revue Française de Socio-Economie*, *1*(1), 27–46.

Batifoulier, P., Domin, J. P., & Gadreau, M. (2011). Market empowerment of the patient: The French experience. *Review of Social Economy*, *69*(2), 143–162.

Beaud, S., & Weber, F. (1997). *Guide de l'enquête de terrain* (4e ed.). Editions La Découverte.

Becker, H. S. (1958). Problems of inference and proof in participant observation. *American Sociological Review*, *23*(6), 652–660.

Behn, R. D. (2003). Why Measure Performance? Different Purposes Require Different Measures. *Public Administration Review*, *63*(5), 586–606.

Belorgey, N. (2010). Les réformes managériales à l'épreuve des logiques de soin. In *L'hôpital sous pression. Enquête sur le nouveau management public* (pp. 203–233). La Découverte.

Berard, E., Flachère, I., Saulpic, O., & Zarlowski, P. (2015). Les outils financiers dans les hôpitaux : penser leur déploiement au-delà de la dimension technique. *Journal de Gestion et d'économie Médicales*, *33*(7), 409–427.

Bessire, D. (1999). Définir la performance. *Comptabilité - Contrôle - Audit*, *5*(2), 127–150.

Bezes, P., & Musselin, C. (2015). Le New Public Management: entre rationalisation et marchandisation? In L. Boussaguet, S. Jacquot, & P. Ravinet (Eds.), *Une "French Touch" dans l'analyse des politiques publiques?* (pp. 125–152). Presses de Sciences Po.

Bitektine, A., & Haack, P. (2015). The "macro" and the "micro" of legitimacy: Toward a

multilevel theory of the legitimacy process. *Academy of Management Review*, *40*(1), 49–75.

Bollecker, M. (2007). La recherche sur les contrôleurs de gestion : état de l'art et perspectives. *Comptabilité - Contrôle - Audit*, *1*(13), 87–106.

Bollecker, M., Mazars-Chapelon, A., & Naro, G. (2018). Chapitre 14. Conter, compter, ou dompter le monde ? La comptabilité au prisme des discours, des instruments et des acteurs. In *Philippe Chapellier et al., Comptabilités et Société. Entre représentation et construction du monde* (Vol. 75, pp. 305–340). EMS Editions.

Boltanski, L., & Chiapello, E. (1999). *Le nouvel esprit du capitalisme*. Gallimard.

Boltanski, L., & Thévenot, L. (1991). *De la justification, les économies de la grandeur*. Gallimard.

Bouckaert, G., & Halligan, J. (2007). *Managing performance: International comparisons*. Routledge.

Bouquin, H. (1986). *Le contrôle de gestion: contrôle de gestion, contrôle d'entreprise*. Presses Universitaires de France.

Bourguignon, A. (1997). Sous les pavés la plage? ou les multiples fonctions du vocabulaire comptable : l'exemple de la performance. *Comptabilité - Contrôle - Audit*, *3*(1), 89.

Bourne, M., Melnyk, S. A., Bititci, U., Platts, K., & Andersen, B. (2014). Emerging issues in performance measurement. *Management Accounting Research*, *25*(2), 117–118.

Boyne, G. A., Meier, K., O'Toole, & Walker, R. (2006). *Public Service Performance: Perspectives on Measurement and Management*. Cambridge University Press.

Brami, L., Damart, S., & Kletz, F. (2012). Réformes de l'hôpital, crise à l'hôpital : une étude des liens entre réformes hospitalières et absentéisme des personnels soignants. *Politiques et Management Public*, *29*(3), 541–561.

Brandl, J., Daudigeos, T., Edwards, T., & Pernkopf-Konhäusner, K. (2014). Why French

pragmatism matters to organizational institutionalism. *Journal of Management Inquiry*, *23*(3), 314–318.

Bravi, F., Gibertoni, D., Marcon, A., Sicotte, C., Minvielle, E., Rucci, P., Angelastro, A., Carradori, T., & Fantini, M. P. (2013). Hospital network performance: A survey of hospital stakeholders' perspectives. *Health Policy*, *109*(2), 150–157.

Brémond, M., Mick, S. S., Robert, D., Pascal, C., & Claveranne, J. P. (2013). Crises et tensions au sein de l'hôpital public : Changer la donne ou donner le change ? *Tribunes de La Sante*, *38*(1), 77–94.

Broadbent, J., & Guthrie, J. (1992). Changes in the Public Sector: A Review of Recent "Alternative" Accounting Research. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, *5*(2), 3–31.

Broadbent, J., & Guthrie, J. (2007). Public sector to public services: 20 years of "contextual" accounting research. *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, *21*(2), 129–169.

Broadbent, J., & Laughlin, R. (1998). Resisting the "new public management": Absorption and absorbing groups in schools and GP practices in the UK. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, *11*(4), 403–435.

Burnel, P. (2017). L'impact de la T2A sur la gestion des établissements publics de santé. *Journal de Gestion et d'économie Médicales*, *35*(2–3), 67–79.

Busco, C., Giovannoni, E., & Riccaboni, A. (2017). Sustaining multiple logics within hybrid organisations. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, *30*(1), 191–216.

Byrkjeflot, H., & Jespersen, P. K. (2014). Three conceptualizations of hybrid management in hospitals. *International Journal of Public Sector Management*, *27*(5), 441–458.

Carlsson-Wall, M., Kraus, K., & Messner, M. (2016). Performance measurement systems and the enactment of different institutional logics: Insights from a football organization. *Management Accounting Research*, *32*, 45–61.

Cavalluzzo, K. S., & Ittner, C. D. (2004). Implementing performance measurement innovations:

evidence from government. *Accounting, Organizations and Society*, *29*(3–4), 243–267.

Chang, L. C. (2015). Accountability, Rhetoric, and Political Interests: Twists and Turns of NHS Performance Measurements. *Financial Accountability and Management*, *31*(1), 41–68.

Chapellier, P., Nègre, E., & Verdier, M.-A. (2018). Chapitre 13. Replacer l'humain au coeur du système... Quels défis pour la comptabilité de demain ? In *Philippe Chapellier et al., Comptabilités et Société. Entre représentation et construction du monde* (Vol. 75, pp. 289–304).

Chatelain-Ponroy, S., Mignot-Gérard, S., Musselin, C., & Sponem, S. (2018). Is Commitment to Performance-based Management Compatible with Commitment to University "Publicness"? Academics' Values in French Universities. *Organization Studies*, *39*(10), 1377–1401.

Chenhall, R. H., Hall, M., & Smith, D. (2013). Performance measurement, modes of evaluation and the development of compromising accounts. *Accounting, Organizations and Society*, *38*(4), 268–287.

Chenhall, R. H., Hall, M., & Smith, D. (2017). The expressive role of performance measurement systems: A field study of a mental health development project. *Accounting, Organizations and Society*, *63*, 60–75.

Chua, W. F., & Preston, A. (1994). Worrying about Accounting in Health Care. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, *7*(3), 4–17.

Cloutier, C., Gond, J. P., & Leca, B. (2017). Justification, evaluation and critique in the study of organizations: An introduction to the volume. *Research in the Sociology of Organizations*, *52*, 3–29.

Cloutier, C., & Langley, A. (2007). Competing rationalities in organizations: A theoretical and methodological overview. *Les Cahier de Recherche Du GéPS*, *1*(3), 1–35.

Cloutier, C., & Langley, A. (2013). The Logic of Institutional Logics: Insights From French Pragmatist Sociology. *Journal of Management Inquiry*, *22*(4), 360–380.

Conrath-Hargreaves, A., & Wüstemann, S. (2019). Multiple institutional logics and their impact on accounting in higher education: The case of a German foundation university. *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, *32*(3), 782–810.

Cooper, D. J., & Morgan, W. (2008). Case study research in accounting. *Accounting Horizons*, *22*(2), 159–178.

Cornelissen, J. P., Durand, R., Fiss, P. C., Lammers, J. C., & Vaara, E. (2015). Putting communication front and center in insistutional theory and analysis. *Academy of Management Review*, *40*(1), 10–27.

Cots, F., Chiarello, P., Salvador, X., Castells, X., & Quentin, W. (2011). DRG-based hospital payment: Intended and unintended consequences. In R. Busse, A. Geissler, W. Quentin, & M. Wiley (Eds.), *Diagnosis Related Groups in Europe Moving Towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals*. Open University Press, New York.

Coulton, C. J., Mcclish, D., Doremus, H., Powell, S., Smookler, S., & Jackson, D. L. (1985). Implications of DRG Payments for Medical Intensive Care. *Medical Care*, *23*(8), 977–985.

Covaleski, A., Dirsmith, M. W., & Michelman, J. E. (1993). An institutional theory perspective on the DRG frameworkk, case-mix accounting systems and health-care organizations. *Accounting, Organizations and Society*, *18*(1), 65–80.

Covaleski, M. A., & Dirsmith, M. W. (1983). Budgeting as a means for control and loose coupling. *Accounting, Organizations and Society*, *8*(4), 323–340.

Curtright, J. W., Stolp-Smith, S. C., & Edell, E. S. (2000). Strategic performance management: development of a performance measurement system at the Mayo Clinic. *Journal of Healthcare Management*, *45*(1), 58–68.

Denis, J. L., Ferlie, E., & Van Gestel, N. (2015). Understanding hybridity in public organizations. *Public Administration*, *93*(2), 273–289.

Djelic, M.-L. (2004). L'arrivée du management en France : un retour historique sur les liens entre managérialisme et Etat. *Politiques et Management Public*, *22*(2), 1–17.

Dobija, D., Gorska, A. M., Grossi, G., & Wojciech Strzelczyk. (2019). Rational and symbolic uses of performance measurement: Experiences from Polish universities. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, *32*(3), 750–781.

Doolin, B. (2001). Doctors as managers: New public management in a New Zealand hospital. *Public Management Review*, *3*(2), 231–254.

Dooren, W. Van, Bouckaert, G., & Halligan, J. (2015). *Performance Management in the Public Sector* (2e ed.). Routledge.

Dos Santos, C., & Mousli, M. (2016). Quel pilotage de la performance par les tableaux de bord à l'hôpital public ? A propos d'un cas français. *Recherches En Sciences de Gestion*, *115*(4), 127–146.

Dos Santos, C., Mousli, M., & Randriamiarana, J. (2014). De la T2A à HPST : quelle contribution du contrôle de gestion au pilotage de la performance ? Étude de cas d'un CHU. *Journal de Gestion et d'économie Médicales*, *32*(4), 291–307.

Douma, F., Eggrickx, A., & Bollecker, M. (2019). Vers un contrôle de gestion « médiateur » du changement : le cas d'un hôpital marocain. *Management & Avenir*, *112*(6), 59–80.

Dumez, H. (2010). Eléments pour une épistémologie de la recherche qualitative en gestion. *Le Libellio d'Aegis*, *6*(4), 3–15.

Dumez, H. (2016). *Méthodologie de la recherche qualitative* (2e ed.). Vuibert.

Dumez, H., & Minvielle, E. (2020). *Le système hospitalier français dans la crise Covid-19*.

Dumond, J.-P. (2003). Les conflits de pouvoir à l'hôpital. *Les Tribunes de La Santé*, *1*(1), 71–81.

Dupuy, Y. (1999). Vingt ans de recherche française sur le contrôle comptable des performances. *Comptabilité - Contrôle - Audit*, *5*(1), 35–44.

Durkheim, E. (1937). *Les règles de la méthode sociologique* (12e ed.). Presses Universitaires de France.

Eggrickx, A., Guérin-Schneider, L., Domingo, H., Colon, M., & Camous, B. (2018). Chapitre 5. Méthodes extra-comptables pour rendre visible la valeur invisible du service public. Le cas des hôpitaux et délégations de service public d'eau. In *Philippe Chapellier et al., Comptabilités et Société. Entre représentation et construction du monde* (Vol. 75, pp. 131–151). EMS Editions.

Eisenhardt, K. M. (1989). Building Theories from Case Study Research. *Academy of Management Review*, *14*(4), 532–550.

Eisenhardt, K. M., & Graebner, M. E. (2007). Theory Building from Cases: Opportunities and Challenges. *Academic of Management Journal*, *50*(1), 25–32.

El Euch Maalej, M., & Roux, D. (2012). Répertoires de critiques et conflits des mondes: une approche conventionnaliste des programmes de fidélisation. *Recherche et Applications En Marketing*, *27*(4), 59–94.

Ellis, R. P. (1998). Creaming, skimping and dumping: Provider competition on the intensive and extensive margins. *Journal of Health Economics*, *17*(5), 537–555.

Ellis, R. P., & McGuire, T. G. (1986). Provider behavior under prospective reimbursement. Cost sharing and supply. *Journal of Health Economics*, *5*(2), 129–151.

Elsbach, K. D. (1994). Managing organizational legitimacy in the California Cattle Industry: the construction of effectiveness of verbal accounts. *Administrative Science Quarterly*, *39*(1), 57–88.

File, T. M., & Gross, P. A. (2007). Performance measurement in community-acquired pneumonia: Consequences intended and unintended. *Clinical Infectious Diseases*, *44*(7), 942–944.

Franco-Santos, M., Lucianetti, L., & Bourne, M. (2012). Contemporary performance measurement systems: A review of their consequences and a framework for research. *Management Accounting Research*, *23*(2), 79–119.

Franco-Santos, M., & Otley, D. (2018). Reviewing and Theorizing the Unintended Consequences of Performance Management Systems. *International Journal of*

Management Reviews, *20*(3), 696–730.

Freidson, E. (1985). The Reorganization of the Medical Profession. *Medical Care Research and Review*, *42*(1), 11–35.

Friedland, R., & Alford, R. R. (1991). Bringing Society Back In : Symbols, Practices, and Institutional Contradictions. In W. Powell & P. DiMaggio (Eds.), *The New Institutionalism in Organizational Analysis* (pp. 232–263). Chicago : University of Chicago Press.

Gardel, C., & Minvielle, E. (2008). Évaluation des Pratiques Professionnelles, Certification et Performance hospitalière. *Journal de Gestion et d'économie Médicales*, *26*(4), 190.

Gavard-Perret, M.-L., Gotteland, D., Haon, C., & Jolibert, A. (2012). *Méthodologie de la recherche en sciences de gestion* (2e ed.). Pearson France.

Gebreiter, F. (2021). A profession in peril? University corporatization, performance measurement and the sustainability of accounting academia. *Critical Perspectives on Accounting*, *In Press*.

Gebreiter, F., & Ferry, L. (2016). Accounting and the 'Insoluble' Problem of Health-Care Costs. *European Accounting Review*, *25*(4), 719–733.

Gebreiter, F., & Hidayah, N. N. (2019). Individual responses to competing accountability pressures in hybrid organisations: The case of an English business school. *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, *32*(3), 727–749.

George, A. L., & Bennett, A. (2005). *Case Studies and Theory Development in the Social Sciences*. M.I.T. Press.

Georgescu, I. (2010). *La pression financière interne, ses déterminantes et ses effets sur les attitudes et comportements: le cas de l'hôpital public français*. Université Montpellier I.

Georgescu, I. (2013). Management control literature and French public hospitals. *Health Policy*, *111*(3), 324–327.

Georgescu, I., Augé, B., Grima, F., & Naro, G. (2018). Feedback centré sur une facette de la

performance et pression financière interne dans le cadre de la réalisation d'une tâche complexe : une étude dans les hôpitaux publics français. *Management International*, *22*(3), 39–50.

Georgescu, I., & Commeiras, N. (2011). Pression budgétaire et implication organisationnelle des médecins. *Journal d'économie Médicale*, *29*(6–7), 294–304.

Georgescu, I., & Hartmann, F. G. H. (2013). Sources of financial pressure and up coding behavior in French public hospitals. *Health Policy*, *110*(2–3), 156–163.

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.

Georgescu, I., & Ologeanu, R. (2019). Travail réel, travail perçu et mesuré du médecin. In *Michèle Maury et al., Les médecins ont aussi leurs maux à dire* (Vol. 3, p. 87 à 100). Erès.

Giovannoni, E., & Maraghini, M. P. (2013). The challenges of integrated performance measurement systems measures. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, *26*(6), 978–1008.

Girault, A., & Minvielle, É. (2015). Performance et qualité des établissements de santé. In *Béatrice Fermon et al., Performance et innovation dans les établissements de santé* (pp. 91–104). Dunod.

Girod-Séville, M., & Perret, V. (2002). Les critères de validité en sciences des organisations : les apports du pragmatisme. In *MOURGUES, N. et al. (Dir), Questions de méthodes en Sciences de Gestion* (pp. 319–337). EMS.

Girod-Séville, M., & Perret, V. (2014). Fondements épistémologiques de la recherche. In *Thiétart R.A, Méthodes de recherche en management* (pp. 13–33). Dunod.

Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2002). Gérer les soins de santé et le traitement de la maladie. *Gestion*, *27*(3), 12.

Gond, J. P., Barin Cruz, L., Raufflet, E., & Charron, M. (2016). To Frack or Not to Frack? The

Interaction of Justification and Power in a Sustainability Controversy. *Journal of Management Studies*, *53*(3), 330–363.

Grandjean, P. (2015). Outils et modèles de pilotage de la performance. In *in Béatrice Fermon et al., La performance et innovation dans les établissements de santé*. Dunod.

Grima, F., Georgescu, I., & Prud'Homme, L. (2019). How physicians cope with extreme overwork: an exploratory study of French public-sector healthcare professionals. *Public Management Review*, *22*(1), 27–47.

Grossi, G., Dobija, D., & Strzelczyk, W. (2020). The Impact of Competing Institutional Pressures and Logics on the Use of Performance Measurement in Hybrid Universities. *Public Performance and Management Review*, *43*(4), 818–844.

Grossi, G., Kallio, K. M., Sargiacomo, M., & Skoog, M. (2019). Accounting, performance management systems and accountability changes in knowledge-intensive public organizations: A literature review and research agenda. *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, *33*(1), 256–280.

Grossi, G., Reichard, C., Thomasson, A., & Vakkuri, J. (2017). Editorial. *Public Money and Management*, *37*(6), 379–386.

Grossi, G., & Thomasson, A. (2015). Bridging the accountability gap in hybrid organizations: The case of Copenhagen Malmö Port. *International Review of Administrative Sciences*, *81*(3), 604–620.

Grosskopf, S., & Valdmanis, V. (1987). Measuring hospital performance. A non-parametric approach. *Journal of Health Economics*, *6*(2), 89–107.

Gstraunthaler, T., & Piber, M. (2007). Performance measurement and accounting: Museums in Austria. *Museum Management and Curatorship*, *22*(4), 361–375.

Guisset, A.-L., Sicotte, C., Leclercq, P., & D'Hoore, W. (2002). Définition de la performance hospitalière: Une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux. *Sciences Sociales et Sante*, *20*(2), 65–104.

Halgand, N. (1997). Comptabiltié et pertinence : une proposition constructiviste pour le nouveau management hospitalier. *Comptabilité - Contrôle - Audit*, *3*(2), 77–92.

Hall, P. (2006). Systematic Process Analysis: When and How to Use It? *European Management Review*, *3*(1), 24–31.

Hallett, T. (2010). The Myth Incarnate: Recoupling Processes, Turmoil, and Inhabited institutions in an Urban Elementary School. *American Sociological Review*, *75*(1), 52–74.

Hallett, T., & Ventresca, M. J. (2006). Inhabited institutions: Social interactions and organizational forms in Gouldner's Patterns of Industrial Bureaucracy. *Theory and Society*, *35*(2), 213–236.

Harley, S., Muller-Camen, M., & Collin, A. (2004). From academic communities to managed organisations: The implications for academic careers in UK and German universities. *Journal of Vocational Behavior*, *64*(2), 329–345.

Hatry, H. P. (1980). Performance Measurement Principles and Techniques: An Overview for Local Government. *Public Productivity Review*, *4*(4), 312–339.

Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, *69*(1), 3–19.

Hood, C. (1995). The "New Public Management" in the 1980s: Variations on a theme. *Accounting, Organizations and Society*, *20*(2–3), 93–109.

Horner, R. D., Matthews, G., & Yi, M. S. (2012). A conceptual model of physician work intensity: Guidance for evaluating policies and practices to improve health care delivery. *Medical Care*, *50*(8), 654–661.

Humphrey, C., & Miller, P. (2012). Rethinking impact and redefining responsibility: The parameters and coordinates of accounting and public management reforms. *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, *25*(2), 295–327.

Hurst, E. (1980). Attributes of Performance Measures. *Public Productivity Review*, *4*(1), 43–49.

Jacobs, K. (2005). Hybridisation or Polarisation: Doctors and Accounting in the UK, Germany and Italy. *Financial Accountability and Management*, *21*(2), 135–162.

Jerman, L., Alcouffe, S., & Oriot, F. (2020). « On n'est pas des magiciens » : Le contrôleur, facilitateur de compromis dans le processus de commensuration. *Comptabilité - Contrôle - Audit*, *26*(3), 67–110.

Joncour, Y. (2015). Les politiques hospitalières dans la durée. In *Béatrice Fermon et al., Performance et innovation dans les établissements de santé* (pp. 67–90). Dunod « Guides Santé Social ».

Jürges, H., & Köberlein, J. (2015). What explains DRG upcoding in neonatology? The roles of financial incentives and infant health. *Journal of Health Economics*, *43*, 13–26.

Kallio, K. M., Kallio, T. J., & Grossi, G. (2017). Performance measurement in universities: ambiguities in the use of quality versus quantity in performance indicators. *Public Money and Management*, *37*(4), 293–300.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1992). The Balanced Scorecard: measures that drive performance. *Harvard Business Review*, *70*(7–8), 172–180.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1996). *The Balanced Scorecard: translating strategy into action.* Boston: Harvard Business School Press.

Kletz, F., & Moisdon, J.-C. (2015). Métabolisation d'un incitatif économique : effets attendus et inattendus des nouveaux modes de financement du système hospitalier. *Recherches En Sciences de Gestion*, *106*, 185–205.

Knights, D., & Collinson, D. (1987). Disciplining the shopfloor: A comparison of the disciplinary effects of managerial psychology and financial accounting. *Accounting, Organizations and Society*, *12*(5), 457–477.

Kuhn, T. S. (1962). *The structure of Scientific Revolutions*. University of Chicago Press.

Kurunmäki, L. (2004). A hybrid profession - The acquisition of management accounting expertise by medical professionals. *Accounting, Organizations and Society*, *29*(3–4), 327–448

347.

Lafaye, C., & Thévenot, L. (1993). Une justification écologique? Conflits dans l'aménagement de la nature. *Revue Française de Sociologie*, *34*(4), 495–524.

Lafaye, C., & Thévenot, L. (2017). An Ecological Justification? Conflicts in the Development of Nature. In *Justification, Evaluation and Critique in the Study of Organizations* (Vol. 52, pp. 273–300). Emerald Publishing Limited.

Langley, A. (1999). Strategies for theorizing from process data. *Academy of Management Review*, *24*(4), 691–710.

Lapsley, I. (1988). Research in Public Sector Accounting: An Appraisal. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, *1*(1), 21–33.

Lapsley, I. (1999). Accounting and the New Public Management: Instruments of Substantive Efficiency or a Rationalising Modernity? *Financial Accountability & Management*, *15*(3-4), 201–207.

Lapsley, I. (2008). The NPM Agenda: Back to the future. *Financial Accountability & Management*, *24*(1), 77–96.

Lapsley, I. (2009). New Public Management: The cruellest invention of the Human Spirit? *A Journal of Accounting, Finance and Business Studies*, *45*(1), 1–21.

Latour, B. (2005). *Reassembling the social. An introduction to Actor-Network Theory*. Oxford University Press.

Le Pogam, M.-A., Luangsay-Catelin, C., & Notebaert, J.-F. (2009). La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent. *Management & Avenir*, *5*(25), 116–134.

Lebas, M. J. (1995). Performance measurement and performance management. *International Journal of Production Economics*, *41*(1–3), 23–35.

Lecocq, X. (2012). Niveaux d'analyse et réification. *Le Libellio d'Aegis*, *8*(4), 5–11.

Leyland, A. H., & Boddy, F. A. (1997). Measuring performance in hospital care: Length of stay in gynaecology. *The European Journal of Public Health*, *7*(2), 136–143.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. (1985). *Naturalistic Inquiry*. SAGE publications.

Llewellyn, S. (1992). The role of case study methods in management accounting research: A comment. *The British Accounting Review*, *24*(1), 17–31.

Lorino, P. (1991). *Le contrôle de gestion stratégique. La gestion par les activités*. Dunod.

Lounsbury, M. (2008). Institutional rationality and practice variation: New directions in the institutional analysis of practice. *Accounting, Organizations and Society*, *33*(4–5), 349–361.

Mailhot, C., & Langley, A. (2017). Commercializing Academic Knowledge in a Business School: Orders of Worth and Value Assemblages. In *Justification, Evaluation and Critique in the Study of Organizations (Research in the Sociology of Organizations, Vol. 52)* (pp. 241–269). Emerald Publishing Limited.

Malmmose, M. (2015). Management accounting versus medical profession discourse: Hegemony in a public health care debate - A case from Denmark. *Critical Perspectives on Accounting*, *27*, 144–159.

Mannion, R., & Braithwaite, J. (2012). Unintended consequences of performance measurement in healthcare: 20 salutary lessons from the English National Health Service. *Internal Medicine Journal*, *42*(5), 569–574.

Mauro, M., Cardamone, E., Cavallaro, G., Minvielle, E., Rania, F., Sicotte, C., & Trotta, A. (2014). Teaching hospital performance: Towards a community of shared values? *Social Science and Medicine*, *101*, 107–112.

McDermott, C., & Stock, G. N. (2007). Hospital operations and length of stay performance. *International Journal of Operations and Production Management*, *27*(9), 1020–1042.

Mcgivern, G., Currie, G., Ferlie, E., Fitzgerald, L., & Waring, J. (2015). Hybrid manager-professionals' identity work: The maintenance and hybridization of medical

professionalism in managerial contexts. *Public Administration*, *93*(2), 412–432.

Meyer, J. W., & Rowan, B. (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, *83*(2), 340–363.

Micheli, P., & Mari, L. (2014). The theory and practice of performance measurement. *Management Accounting Research*, *25*(2), 147–156.

Miles, M. B., & Huberman, M. a. (1994). Qualitative data analysis: An expanded sourcebook. In *Evaluation and Program Planning* (Vol. 19, Issue 1, pp. 106–107).

Miles, M. B., & Huberman, M. a. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2ème éd.). De Boeck.

Miller, P., & O'Leary, T. (1987). Accounting and the construction of the governable person. *Accounting, Organizations and Society*, *12*(3), 235–265.

Miller, P., & Power, M. (2013). Accounting, Organizing, and Economizing: Connecting Accounting Research and Organization Theory. *Academy of Management Annals*, *7*(1), 557–605.

Minvielle, E., Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A. P., Jeantet, M., Préaubert, N., Bourdil, A., & Richard, C. (2008). Hospital performance: Competing or shared values? *Health Policy*, *87*(1), 8–19.

Minvielle, E., Waelli, M., Sicotte, C., & Kimberly, J. R. (2014). Managing customization in health care: A framework derived from the services sector literature. *Health Policy*, *117*(2), 216–227.

Miraldo, M., Goddard, M., & Smith, P. C. (2006). The incentive effects of payment by results. In *CHE Research Paper 19*. Centre for Health Economics, University of York.

Modell, S. (2005). Students as consumers?: An institutional field-level analysis of the construction of performance measurement practices. *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, *18*(4), 537–563.

Modell, S. (2009). Institutional Research on Performance Measurement and Management in the Public Sector Accounting Literature: a Review and Assessment. *Financial Accountability & Management*, *25*(3), 277–303.

Moisdon, J.-C. (2000). Quelle est la valeur de ton point ISA ? Nouveaux outils de gestion et de régulation dans le système hospitalier français. *Sociologie Du Travail*, *42*(1), 31–49.

Moisdon, J.-C. (2013). De l'incitatif économique à la machine de gestion : le cas des établissements de santé. *Quaderni*, *82*, 39–54.

Moisdon, J.-C. (2017). PMSI, T2A et gestion interne. *Journal de Gestion et d'économie Médicales*, *35*(2), 51–66.

Moisdon, J.-C. (2018). 1. Histoire des outils de gestion et de leurs effets dans le système hospitalier français : croyances et épreuves de vérité. In *Etienne Minvielle et al., Manager une organisation de santé* (pp. 15–36). Presses de l'EHESP.

Montalan, M.-A., & Vincent, B. (2013). Un modèle d'évaluation de la performance multidimensionnelle d'une organisation hospitalière transversale. *Management & Avenir*, *61*(3), 190.

Morinière, A., & Georgescu, I. (2021). Hybridity and the use of performance measurement: facilitating compromises or creating moral struggles? Insights from healthcare organizations. *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, *Vol. ahead-of-print No. ahead-of-print.*

Mulgan, R. (2008). Public Sector Reform in New Zealand: Issues of Public Accountability. *Public Administration Quarterly*, *32*(1), 1–32.

Munzer, M. (2019). Justifying the logic of regulatory post-crisis decision-making – The case of the French structural banking reform. *Critical Perspectives on Accounting*, *60*, 44–64.

Nachi, M. (2006). *Introduction à la sociologie pragmatique*. Armand Colin.

Naro, G. (2015). Le new public management ou la gestion malade de la société. In *Dérives et perspectives de la gestion. Echanges autour des travaux de Julienne Brabet* (pp. 169–176).

Septentrion, Presses Universitaires.

Neely, A., Gregory, M., & Platts, K. (1995). Performance measurement system design - A literature review and research agenda. *International Journal of Operations & Production Management*, *15*(4), 80–116.

Noblet, A. J., & Rodwell, J. J. (2009). Integrating job stress and social exchange theories to predict employee strain in reformed public sector contexts. *Journal of Public Administration Research and Theory*, *19*(3), 555–578.

Nobre, T. (2001). Management hospitalier : du contrôle externe au pilotage, apport et adaptabilité du tableau de bord prospectif. *Comptabilité - Contrôle - Audit*, *7*(2), 125–146.

Nobre, T. (2020). *L'hôpital pendant la Covid-19 : innovations, transformation et résilience*. Editions EMS.

Oakes, L. S., Townley, B., & Cooper, D. J. (1998). Business Planning as Pedagogy : Language and Control in a Changing Institutional Field. *Administrative Science Quarterly*, *43*(2), 257–292.

Oldenhof, L., Postma, J., & Putters, K. (2013). On Justification Work: How Compromising Enables Public Managers to Deal with Conflicting Values. *Public Administration Review*, *74*(1), 52–63.

Or., Z. (2014). Implementation of DRG Payment in France: Issues and recent developments. *Health Policy*, *117*(2), 146–150.

Or, Z., Bonastre, J., Journeau, F., & Nestrigue, C. (2013). Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A. In *Institut de recherche et documentation en économie de la santé*.

Orvain, J., & Angelé-Halgand, N. (2011). Les manufactures de santé: L'art du compromis entre domesticité et industrie. *Sciences Sociales et Sante*, *29*(1), 5–27.

Otley, D. T., & Berry, A. J. (1994). Case study research in management accounting and control. *Management Accounting Research*, *5*(1), 45–65.

Ouchi, W. G. (1979). A Conceptual Framework for the Design of Organizational Control Mechanisms. *Management Science*, *25*(9), 833–848.

Pache, A.-C., & Santos, F. (2013). Inside the Hybrid Organization: Selective Coupling as a Response to Competing Institutional Logics. *Academy of Management Journal*, *56*(4), 972–1001.

Pascal, C., Capgras, J.-B., Cazeneuve, H., & Morelle, M. (2019). Les systèmes d'information stratégiques au service des présidents de commission médicale d'établissement des centres hospitaliers : une statisfaction élevée pour des usages limités. *Journal de Gestion et d'économie Médicales*, *6*(6), 510–531.

Patriotta, G., Gond, J. P., & Schultz, F. (2011). Maintaining legitimacy: Controversies, orders of worth, and public justifications. *Journal of Management Studies*, *48*(8), 1804–1836.

Pernkopf-Konhäusner, K. (2014). The Competent Actor: Bridging Institutional Logics and French Pragmatist Sociology. *Journal of Management Inquiry*, *23*(3), 333–337.

Pettersen, I. J., & Nyland, K. (2006). Management and control of public hospitals - The use of performance measures in Norwegian hospitals. A case-study. *International Journal of Health Planning and Management*, *21*(2), 133–149.

Pettersen, I. J., & Solstad, E. (2014). Managerialism and Profession-Based Logic: The Use of Accounting Information in Changing Hospitals. *Financial Accountability and Management*, *30*(4), 363–382.

Piaget, J. (1967). *Logique et Connaissance scientifique*. Gallimard.

Pollitt, C. (1986). Beyond the Managerial Model: the Case for Broadening Performance Assessment in Government and the Public Services. *Financial Accountability and Management*, *2*(3), 155–170.

Pollitt, C. (2003). Performance audit in Western Europe: Trends and Choices. *Critical Perspectives on Accounting*, *14*(1–2), 157–170.

Pollitt, C. (2017). Performance management 40 years on: a review. Some key decisions and

consequences. *Public Money and Management*, *38*(3), 167–174.

Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2000). Public management reform: A comparative analysis. In *Public management reform: A comparative analysis.* (6th ed.). Oxford University Press.

Pouvourville, G. de. (1998). Quelques aspects théoriques et pratiques sur la mesure de la performance hospitalière. *Ruptures, Revue Transdisciplinaire En Santé*, *5*(1), 99–105.

Rahimi, H., Khammar-nia, M., Kavosi, Z., & Eslahi, M. (2014). Indicators of Hospital Performance Evaluation: A Systematic Review. *International Journal of Hospital Research*, *3*(4), 199–208.

Rambur, B., Vallett, C., Cohen, J. A., & Tarule, J. M. (2013). Metric-driven harm: An exploration of unintended consequences of performance measurement. *Applied Nursing Research*, *26*(4), 269–272.

Ramirez, C. (2013). "We are being pilloried for something, we did not even know we had done wrong!" quality control and orders of worth in the british audit profession. *Journal of Management Studies*, *50*(5), 845–869.

Rapport, J., Teres, D., Zhao, Y., & Lemeshow, S. (2003). Length of Stay Data as a Guide to Hospital Economic Performance for ICU Patients. *Medical Care*, *41*(3), 386–397.

Reay, T., & Hinings, C. R. (2009). Managing the rivalry of competing institutional logics. *Organization Studies*, *30*(6), 629–652.

Rivière, A., Commeiras, N., & Loubès, A. (2019). Nouveau management public, tensions de rôle et stress professionnel chez les cadres de santé. *Revue de Gestion Des Ressources Humaines*, *2*(112), 3–20.

Rogers, W. H., Draper, D., Kahn, K. L., Keeler, E. B., Rubenstein, L. V., Kosecoff, J., & Brook, R. H. (1990). Quality of care before and after implementation of the DRG-based prospective payment system. *The Journal of the American Medical Association*, *264*(15), 1984–1988.

Royer, I., & Zarlowski, P. (2014). Le design de la recherche. In *Thiétart, R-A. (Dir.), Méthodes*

de recherche en Management (pp. 168–196). Dunod.

Rule, P., & John, V. M. (2015). A Necessary Dialogue: Theory in Case Study Research. *International Journal of Qualitative Methods*, *14*(4), 1–11.

Salgado, M. (2013). La performance : une dimension fondamentale pour l'évaluation des entreprises et des organisations. *〈hal-00842219〉*, 1–10.

Sampieri-Teissier, N., & Livolsi, L. (2019). Chapitre 16. Une vision supply chain pour améliorer l'efficience hospitalière. In *Omar Bentahar et al., Supply Chain Management de la santé* (Vol. 75, pp. 285–304). EMS Editions.

Sanday, P. R. (1979). The Ethnographic Paradigm(s). *Adminstrative Science Quarterly*, *24*(4), 527–538.

Saunila, M., Ukko, J., Rusila, P., & Rantanen, H. (2012). Challenges of performance measurement and management in public healthcare services. *World Review of Entrepreneurship, Management and Sustainable Development*, *8*(2), 181–195.

Scapens, R. W. (1990). Researching management accounting practice: The role of case study methods. *The British Accounting Review*, *22*(3), 259–281.

Schaefers, J., Colin, J., Aggoune, R., & Kucina, M. (2007). A contribution to performance measurement in the healthcare industry: The industrial point of view. *International Journal of Business Performance Management*, *9*(2), 226–239.

Schilte, A., & Minvielle, É. (2008). Le classement des hôpitaux : une nouvelle manière de rendre des comptes. *Annales Des Mines - Gérer et Comprendre*, *91*(1), 36.

Schwartz, R., & Deber, R. (2016). The performance measurement – management divide in public health. *Health Policy*, *120*(3), 273–280.

Scott, C. A. (2015). Museum measurement. In *The International Handbooks of Museum Studies: Museum Practice* (pp. 97–122). John Wiley & Sons, Ltd.

Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A. P., Barnsley, J., Beland, F., Leggat, S. G.,

Denis, J. L., Bilodeau, H., Langley, A., Bremond, M., & Baker, G. R. (1998). A Conceptual Framework for the Analysis of Health Care Organizations' Performance. *Health Services Management Research*, *11*(1), 24–41. https://doi.org/06

Simonet, D. (2015). Post-NPM Reforms or Administrative Hybridization in the French Health Care System? *International Journal of Public Administration*, *38*(9), 672–681.

Smith, P. (1993). Outcome-related Performance Indicators and Organizational Control in the Public Sector. *British Journal of Management*, *4*(3), 135–151.

Smith, P. (1995). On the unintended consequences of publishing performance data in the public sector. *International Journal of Public Administration*, *18*(2–3), 277–310.

Speklé, R. F., & Verbeeten, F. H. M. (2014). The use of performance measurement systems in the public sector: Effects on performance. *Management Accounting Research*, *25*(2), 131–146.

Steccolini, I. (2018). Accounting and the post-new public management: Re-considering publicness in accounting research. *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, *32*(1), 255–279.

Sundin, H., Granlund, M., & Brown, D. A. (2010). Balancing multiple competing objectives with a balanced scorecard. *European Accounting Review*, *19*(2), 203–246.

Taupin, B. (2012). The more things change... Institutional maintenance as justification work in the credit rating industry. *M@n@gement*, *15*(5), 528–562.

Teil, A. (2002). Défi de la performance et vision partagée des acteurs : application à la gestion hospitalière. In *Sciences de l'Homme et Société.* Université Jean Moulin - Lyon III. Français. <tel-00597030>.

Tetlock, P. E., & Belkin, A. (1996). *Counterfactual Thought Experiments in World Politics. Logical, Methodological and Psychological Perspectives*. Princeton University Press.

Thévenot, L. (2001). Les justifications du service public peuvent-elles contenir le marché? *Service Public et Droits Fondamentaux Dans La Construction Européenne*, 127–143.

file:///Users/agathemoriniere/Dropbox/Papiers/Boltanski & Thévenot/Thévenot-2001_Les justifications du service public peuvent-elles contenir le marché.pdf

Thiétart, R.-A. (1999). *Méthodes de recherche en management*. Dunod.

Thiétart, R.-A. (2014). *Méthodes de recherche en management* (2e ed.). Dunod.

Thornton, P. H., & Ocasio, W. (2008). Institutional Logics. In R. Greenwood, C. Oliver, & R. Suddaby (Eds.), *The Sage Handbook of Organizational Institutionalism* (pp. 99–128). SAGE publications Ltd.

Tlili, A. (2014). Managing performance in publicly funded museums in England: Effects, resistances and revisions. *International Journal of Heritage Studies*, *20*(2), 157–180.

Tourish, D., & Willmott, H. (2015). In Defiance of Folly: Journal rankings, mindless measures and the ABS Guide. *Critical Perspectives on Accounting*, *26*, 37–46.

Townley, B., Cooper, D. J., & Oakes, L. (2003). Performance Measures and the Rationalization of Organizations. *Organization Studies*, *24*(7), 1045–1071.

Uddin, S., & Tsamenyi, M. (2005). Public sector reforms and the public interest: A case study of accounting control changes and performance monitoring in a Ghanaian state-owned enterprise. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, *18*(5), 648–674.

Vakkuri, J., & Johanson, J.-E. (2018). Debate: Taming the monster— understanding hybrid organizations and governance. *Public Money and Management*, *38*(3), 162–163.

Vallejo, J., Sampieri-Teissier, N., & Baret, C. (2020). À quelles conditions les pôles d'activités médicales peuvent-ils réduire l'anarchie organisée à l'hôpital public ? *Journal de Gestion et d'économie Médicales*, *38*(1), 21–36.

Van Bommel, K. (2014). Towards a legitimate compromise?: An exploration of integrated reporting in the Netherlands. *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, *27*(7), 1157–1189.

van der Wal, Z., de Graaf, G., & Lawton, A. (2011). Competing Values in Public Management.

Public Management Review, *13*(3), 331–341.

Van Maanen, J. (1979). The Fact of Fiction in Organizational Ethnography. *Administrative Science Quarterly*, *24*(4), 539–550.

Verbeeten, F. H. M., & Speklé, R. F. (2015). Management Control, Results-Oriented Culture and Public Sector Performance: Empirical Evidence on New Public Management. *Organization Studies*, *36*(7), 953–978.

Vesty, G. M., Ren, C., & Ji, S. (2018). Integrated reporting as a test of worth: A conversation with the chairman of an integrated reporting pilot organisation. *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, *31*(5), 1406–1434.

Wacheux. (1996). *Méthodes qualitatives et recherche en Gestion*. Economica.

Wankhade, P. (2011). Performance measurement and the UK emergency ambulance service: Unintended consequences of the ambulance response time targets. *International Journal of Public Sector Management*, *24*(5), 384–402.

Werner, R. M., & Asch, D. a. (2005). The unintended consequences of publicly reporting quality information. *The Journal of the American Medical Association*, *293*(10), 1239–1244.

Whelan, G., & Gond, J. P. (2017). Meat Your Enemy: Animal Rights, Alignment, and Radical Change. *Journal of Management Inquiry*, *26*(2), 123–138.

Wouters, M., & Wilderom, C. (2008). Developing performance-measurement systems as enabling formalization : A longitudinal field study of a logistics department. *Accounting, Organizations and Society*, *33*, 488–516.

Yin, R. K. (2008). *Case Study Research. Design and Methods* (4e ed.). Sage.

Yin, R. K. (2011). *Qualitative Research from Start to Finish*. Guilford Press.

Yin, R. K. (2012). *Applications of Case Study Research* (3e ed.). Sage.

Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications* (6e ed.). SAGE publications Ltd.

Zilber, T. B. (2002). Institutionalization as an Interplay between Actions, Meanings, and Actors: The Case of a Rape Crisis Center in Israel. *Academic of Management Journal*, *45*(1), 234–254.

Zilber, T. B. (2016). How Institutional Logics Matter: A Bottom-Up Exploration. In J. Gehman, M. Lounsbury, & R. Greenwood (Eds.), *How Institutions Matter! Research in the Sociology of Organizations* (Vol. 48A, pp. 137–155). Emerald Group Publishing Limited.

Annexes

Annexe n°1 : Les entretiens semi-directifs

Table 1 Les entretiens semi-directifs des médecins

N°	*Statut professionnel*	*Genre*	*Durée de l'entretien*
1	Médecin chef de pole	H	41min
2	Médecin PUPH	F	1h29
3	Médecin PHPH	H	42min
4	Chirurgien PUPH	H	43min
5	Médecin PUPH	H	1h15
6	Chirurgien PUPH	H	1h53
7	Chirurgien PH	H	1h05
8	Médecin PH	H	1h38
9	Médecin PH	F	1h10
10	Médecin PH	H	32 min
11	Médecin PUPH chef de pôle	H	1h10 min
12	Chirurgien PH	H	1h48
13	Médecin PUPH Chef de la CME	H	54 min
14	Médecin PH	H	53 min

Table 2 Les entretiens semi-directifs des cadres de santé

N°	*Statut professionnel*	*Genre*	*Durée de l'entretien*
1	Cadre supérieure de santé	F	2h12
2	Cadre de santé	F	1h28
3	Cadre de santé	F	1h27
4	Cadre de santé	H	53min
5	Cadre de santé	F	1h41
6	Cadre de santé	H	2h02
7	Cadre de santé	F	1h45
8	Cadre de santé	F	51min
9	Cadre de santé	F	59min
10	Cadre de santé	F	56min

Table 3 Les entretiens semi-directifs des infirmiers

N°	*Statut professionnel*	*Genre*	*Durée de l'entretien*
1	Infirmière	F	44 min
2	Infirmière	F	35 min
3	Infirmière	F	34 min
4	Infirmière	F	47 min
5	Infirmière	F	31 min
6	Infirmier	H	35 min
7	Infirmière	F	40 min
8	Infirmière programmatrice	F	1h20

Table 4 Entretiens Aide-soignants

N°	*Statut professionnel*	*Genre*	*Durée de l'entretien*
1	Aide-soignant	F	56 min
2	Aide-soignant	F	26 min
3	Aide-soignant	F	44 min
4	Aide-soignant	H	27 min

Table 5 Les entretiens semi-directifs des responsables et agents administratifs

N°	*Statut professionnel*	*Genre*	*Durée de l'entretien*
1	Directeur financier	H	1h37
2	Chef de cabinet du directeur général	F	46min
3	Responsable de la facturation	F	1h28
4	Directrice de l'information médicale (DIM)	F	1h11
5	Responsable du contrôle de gestion	F	1h05
6	Directrice des soins infirmiers (DSI)	F	1h37
7	Directrice de l'opération et de la performance (DOP)	F	1h36
8	Cadre administrative du pôle médical	F	1h41
9	Contrôleur de gestion	F	46min
10	Contrôleur de gestion	F	47min

Table 6 Les entretiens semi-directifs des agents administratifs des services

N°	*Statut professionnel*	*Genre*	*Durée de l'entretien*
1	Secrétaire d'un service	F	43min
2	Secrétaire d'un service	F	1h21
3	Secrétaire d'un service	F	46min
4	Secrétaire d'un service	F	35min
5	Secrétaire d'un service	F	33min

Annexe n°2 : Les objectifs et les thèmes des entretiens semi-directifs

Table 7 - Les objectifs et les thèmes des entretiens semi-directifs

Objectifs : Comprendre, d'une part, quelles sont les tensions et injustices, perçues par les acteurs, liées à l'utilisation des mesures de performance et, d'autre part, comment émergent des compromis de ces utilisations.	Thèmes des entretiens et questions
Acteurs : Médecins, chirurgiens PH et PUPH, cadres de santé, infirmiers, aides-soignants, paramédicaux	Données sociodémographiques : Nombre d'années dans la fonction publique hospitalière Identité professionnelle : Quelles sont vos missions ? Qu'est-ce qui vous procure un sentiment de reconnaissance dans votre fonction ? Valeurs et conflits de valeur : Quelles sont les valeurs qui définissent votre métier en pratique ? Avez-vous des conflits de valeur dans des situations particulières ? Avez-vous un exemple ? Les relations avec les autres acteurs : Comment sont les relations avec la direction ? Avec votre hiérarchie directe ? Avec les médecins ? Les projets et les justifications pour obtenir des ressources : Quels sont les ressources supplémentaires et les investissements dont vous avez besoin ? Quels sont les arguments que vous mettez en avant pour obtenir ces ressources ? Avez-vous un exemple ? Usage réel des outils comptables : Savez-vous si vous êtes-vous en diminution ou en augmentation de votre activité médicale dans votre service / dans le pôle ? Comment faites-vous pour gérer cela ? Utilisez-vous ou suivez-vous des indicateurs de performance ? Pouvez-vous me montrer comment vous les utiliser ? Qui autour de vous parle de ces indicateurs ? Cela génère-t-il des tensions ? Avez-vous un exemple ? Les injustices ressenties : Avez-vous le sentiment d'injustice parfois ? si oui avez-vous un exemple d'une situation ?

Acteurs : Cadre administratif, responsable du contrôle de gestion, responsable de la facturation, direction de l'opération et de la performance, direction de l'information médicale, contrôleurs de gestion, etc.	Données sociodémographiques : Nombre d'années dans la fonction publique hospitalière Identité professionnelle : Quelles sont vos missions ? Qu'est-ce qui vous procure un sentiment de reconnaissance dans votre fonction ? Valeurs et conflits de valeur : Quelles sont les valeurs qui définissent votre métier en pratique ? Avez-vous des conflits de valeur dans des situations particulières ? Avez-vous un exemple ? Les relations avec les autres acteurs : Comment sont les relations avec la direction ? Avec votre hiérarchie directe ? Avec les médecins ? Usage réel des outils comptables : Quels sont les indicateurs de performance que vous suivez ? Pouvez-vous me montrer comment vous utilisez les tableaux de bord ? Les projets : Comment faites-vous pour ordonner les projets de l'hôpital ? Êtes-vous déficitaire ou excédentaire au niveau du budget de l'hôpital, au niveau du budget du pôle ? Que signifie la performance hospitalière pour vous ? Les injustices ressenties : Avez-vous le sentiment d'injustice parfois ? si oui avez-vous un exemple d'une situation ?

Annexe n°3 : Lieux des observations

Table 8 – Exemples de lieux d'observations

Lieux des observations	*Activités*
Service des maladies chroniques	Observation non-participante des médecins, infirmiers et aides-soignants ; observation des réunions de l'équipe, participation à des activités du quotidien (repas, pause-café), participation aux ateliers d'éducation thérapeutique
Bureau du cadre administratif	Observation non-participante d'entretiens individuels avec les médecins au sujet de la prévision du taux de leur activité médicale et de discussions informelles avec eux.
Bureau du cadre supérieur de santé	Observation non-participante de discussion informelles avec les cadres de santé, les médecins, les chirurgiens. Participant dans des activités quotidiennes (repas, management de conflit).
Bureau du médecin chef de pôle	Observation non-participante des réunions hebdomadaires intitulées « bureau de pôle » avec le médecin chef de pôle, son adjointe, la cadre administrative et la cadre de santé supérieure.
Salle de réunion dans les services administratifs	Observation non-participante des réunions de gestion avec le directeur financier et les gestionnaires, le chef de pôle, son adjointe, la cadre administrative et la cadre supérieure de santé.
Salle de réunion dans le service de chirurgie	Observation non-participante des réunions hebdomadaires entre les chirurgiens, anesthésistes, internes, cadres de santé et programmatrice.

Annexe n°4 : Exemple d'observation de réunions

Table 9 – Exemple d'observation de réunions

Nom de la réunion	Exemple de dates	Les acteurs présents	Documents associés
Bureau de pôle	24/10/18 15/11/18 30/12/18 06/12/18 17/12/18 … …	Chef de pôle, adjoint au chef de pôle, cadre supérieure de santé, cadre administrative	Notes de synthèse projet dialyse-néphrologie Notes de synthèse de l'impact économique et organisationnel du projet de création d'un poste PH temps plein Urologie
Dialogue de gestion : suivi du contrat de gestion	10/10/18 09/10/19	Chef de pôle, adjoint au chef de pôle, cadre supérieure de santé, cadre administrative, directeur financier, adjoint au directeur financier, directeur du contrôle de gestion, contrôleurs de gestion	Contrat de gestion du pôle 2018 Documents de suivi du respect du contrat de gestion (suivi de l'activité médicale, DMS, indicateurs RH et objectifs de performance).
Réunion d'encadrement	12/11/18 12/09/19	Cadres de santé du CHU, représentants des différentes direction	
Conseil de pôle	06/12/18 16/10/19	Chef de pôle, adjoint au chef de pôle, cadre supérieure de santé, cadre administrative, cadres de santé, médecins chefs de services	Ordre du jour du Conseil de pôle et PowerPoint
Réunion de gestion prévisionnelle de pôle	13/12/18	Chef de pôle, adjoint au chef de pôle, cadre supérieure de santé, cadre administrative, directeur financier, adjoint au directeur financier, directeur du contrôle de gestion, contrôleurs de gestion	
Directoire	20/12/18	Directeur général et les différents directeurs (financier, RH, DIM, DOP, etc.), l'ensemble des chefs de pôle	
Réunion de staff d'urologie	11/10/18	Chirurgiens, anesthésistes, cadre de santé, infirmière programmatrice	
Rencontre individuelle pour la prévision d'activité	07/12/18	Cadre administrative, médecins chefs de département	Document de prévision d'activités
Réunion sur les CREA	31/01/19 18/09/19	Adjointe au directeur financier, deux contrôleurs de gestion, chef de service, deux cadres de santé, cadre de santé supérieure, cadre administrative	

Annexe n°5 : Formulaire de consentement des interviewé(e)s en anglais

1. I hereby voluntarily agree to participate in an interview and the research study being conducted by Agathe Morinière in connection with her PhD thesis.
2. I understand that even if I agree to participate now, I can withdraw at any time or refuse to answer any question without any consequences of any kind.
3. I agree to my interview being audio-recorded.
4. I understand that all information I provide for this study will be treated confidentially
5. I understand that in any report on the results of this research my identity will remain anonymous. This will be done by changing my name and disguising any details of my interview which may reveal my identity or the identity of people I speak about.
6. I understand that I may be anonymously quoted in the research papers and PhD thesis of Agathe Morinière.
7. I understand that at the conclusion of this particular study the tape and transcript of the interview will be kept in the computer of Agathe Morinière during a 10 years period.
8. If I have questions about the research project or procedures, I know I can contact Irène Georgescu, Agathe Morinière's supervisor at the Institut of Montpellier Management, email: irene.georgescu@umontpellier.Fr

Surname and Name of the Interviewee : _____

Signature: _____

Consent date: ___/____/___

1. I believe the participant is giving informed consent to participate in this study.
2. Interviewer Agathe Morinière signature: _ 

Annexe n°6 : Formulaire de consentement des interviewé(e)s en français

1. J’accepte volontairement de participer à un entretien semi-directif ainsi qu’à la recherche menée par Agathe Morinière dans le cadre de sa thèse de doctorat.
2. Je comprends que même si j'accepte de participer maintenant, je peux me retirer à tout moment ou refuser de répondre à une question sans aucune conséquence.
3. J'accepte que mon entretien soit enregistré.
4. Je comprends que toutes les informations que je fournis pour cette étude seront traitées de manière confidentielle.
5. Je comprends que dans tout document (articles de recherche ou thèse) exposant les résultats de cette recherche, mon identité restera anonyme. Cela se fera en changeant mon nom et en dissimulant tous les détails de mon entretien susceptibles de révéler mon identité ou celle des personnes dont je parle.
6. Je comprends que je peux être cité de manière anonyme dans les travaux de recherche et la thèse de doctorat d'Agathe Morinière.
7. Je comprends qu'à la fin de cette étude, l'enregistrement et la transcription de l'entretien seront conservés dans l'ordinateur d'Agathe Morinière pendant une période de 10 ans dans l’optique de nouvelles productions scientifiques.
8. Si j’ai des questions sur le projet de recherche ou les procédures, je sais que je peux contacter Irène Georgescu, responsable d’Agathe Morinière à l’Institut de Montpellier Management, email : irene.georgescu@umontpellier.fr

Nom et prénom de l’interviewé(e) :

Signature : _____ Date du consentement: ___ / ____ / ___

1. J’ai recueilli le consentement éclairé des participants pour participer à cette étude.
2. Signature de l'intervieweuse Agathe Morinière :_

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

Titre : Analyse du rôle des mesures de performance dans l'émergence de dynamiques de tensions et de compromis dans les hôpitaux publics français.

Résumé : L'objectif de notre travail doctoral est de contribuer à la littérature en contrôle de gestion en analysant si et comment l'utilisation des mesures de performance facilite une dynamique de compromis ou si, au contraire, celle-ci crée des tensions entre une grande variété d'acteurs au sein de l'hôpital public français. Pour analyser ces dynamiques, nous nous sommes appuyés sur le cadre théorique de la sociologie pragmatique de Boltanski & Thévenot (1991). Ainsi, nous avons examiné la manière dont les acteurs négocient et élaborent des compromis au quotidien autour des mesures de performance. La thèse présente une étude de cas unique d'un pôle médical d'un hôpital public français. Notre collecte de données s'est fondée sur une méthode ethnographique, cinquante-et-un entretiens semi-directifs et des documents liés à la gestion de l'hôpital. Contrairement aux études antérieures dans la littérature en contrôle, nos résultats révèlent comment l'utilisation des mesures de performance contribue, d'une part, à des dynamiques de compromis entre des acteurs aux valeurs divergentes - entre médecins et agents administratifs - et, d'autre part, à l'émergence de tensions entre des acteurs aux valeurs a priori convergentes qui se trouvent au cœur des soins. Notre étude offre ainsi de nouvelles perspectives sur le rôle ambivalent des mesures de performance dans la facilitation des compromis. En outre, nous définissons trois mécanismes relationnels formant le tissu des dynamiques de compromis à l'hôpital public et nous identifions leurs limites. D'un point de vue managérial, notre étude offre aux gestionnaires des établissements de santé une compréhension inédite des relations entre l'utilisation des mesures de performance et son impact sur l'évaluation de la valeur en situation. En termes de contribution théorique, nous développons une approche originale du rôle ambivalent des mesures de performance dans le rapprochement de valeurs divergentes au sein des hôpitaux publics français.

Mots clés : hôpital, mesures de performance, compromis, tension, ordres de grandeur.

Title: Understanding the role of performance measures in creating tensions and facilitating compromises within French public hospitals.

Abstract: Our study aims to understand whether and how the use of performance measures in the context of healthcare organizations facilitates the dynamics of compromise or whether it creates moral struggles among a wide variety of actors. It offers novel insights into the role of performance measures by investigating its underlying moral dimension. Drawing upon the theoretical framework of Boltanski & Thévenot (1991), the sociology of worth theory, this paper examines how actors negotiate and compromise over time concerning issues of justice involving the use of performance measures on a day-to-day basis. We draw on a single case study of a medical unit in a French public hospital. Data were obtained through the ethnographic method, fifty-one semi-structured interviews, and internal financial and accounting documents. Unlike earlier accounting studies, the authors analyze whether, and how, accounting, on one hand, contributes to the dynamics of compromise between actors with divergent values – administrative and physicians-, and, on the other hand, increases tensions among actors with convergent values involved in caregiving. This offers practical insights into three relational mechanisms underlying the dynamics of compromise and their limits through the time dimension. This study helps managers of healthcare organizations to understand the relationships between the use of performance measures and their impact on the evaluation of worth in practice. In terms of theoretical contribution, the authors develop an original approach to understanding the ambivalent role of performance measures in bringing together divergent values within French public hospitals.

Keywords: hospital, performance measures, compromise, tension, orders of worth.