



HAL
open science

LE DEPLOIEMENT D'OUTILS FINANCIERS DANS LE CADRE DE LA REFORME DU SYSTEME DE SOINS : QUAND LES ACTEURS UTILISENT LES OUTILS PARCE QUE C'EST CE QU'IL CONVIENT DE FAIRE

Isabelle Flachère, Carole Bonnier, Olivier Saulpic, Philippe Zarlowski

► To cite this version:

Isabelle Flachère, Carole Bonnier, Olivier Saulpic, Philippe Zarlowski. LE DEPLOIEMENT D'OUTILS FINANCIERS DANS LE CADRE DE LA REFORME DU SYSTEME DE SOINS : QUAND LES ACTEURS UTILISENT LES OUTILS PARCE QUE C'EST CE QU'IL CONVIENT DE FAIRE. Mesure, évaluation, notation – les comptabilités de la société du calcul, May 2014, Lille, France. pp.cd-rom. hal-01899030

HAL Id: hal-01899030

<https://hal.science/hal-01899030v1>

Submitted on 24 Oct 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

LE DEPLOIEMENT D'OUTILS FINANCIERS DANS LE CADRE DE LA REFORME DU SYSTEME DE SOINS : QUAND LES ACTEURS UTILISENT LES OUTILS PARCE QUE C'EST CE QU'IL CONVIENT DE FAIRE

Isabelle FLACHERE
Carole BONNIER
Olivier SAULPIC
Philippe ZARLOWSKI

Résumé

Les hôpitaux ont récemment été le théâtre de nombreuses réformes conduisant à la diffusion de nouveaux dispositifs de pilotage de la performance. La mise en œuvre de ces réformes n'a fait l'objet que de peu d'études empiriques et celles-ci ne permettent pas de conclure sur l'utilisation de ces dispositifs dans le quotidien des hôpitaux, notamment sur la manière dont ils impactent les représentations et les pratiques des acteurs administratifs, médicaux et soignants. Nous proposons d'apporter une contribution à cette question à partir d'une étude de cas. Nos observations montrent un fort engagement des acteurs dans la mise en œuvre des nouveaux dispositifs alors que ces derniers ne semblent pas avoir d'impact significatif sur les pratiques opérationnelles des acteurs. Dans notre analyse, nous proposons que les acteurs utilisent ces dispositifs non parce qu'ils seraient utiles et efficaces mais parce que c'est ce qu'il convient de faire, ce que March et Olsen (1976, 2004) appellent la « logique de conformité ». De tels comportements rendent nécessaire d'adapter la façon dont les instruments de gestion sont déployés dans les hôpitaux.

Mots clés : instruments de gestion, hôpitaux, conformité, conséquentialité

Abstract

French hospitals have recently been the theatre of numerous reforms leading to the widespread introduction of new performance management tools. Few empirical studies have been carried out on the implementation of these reforms, and conclusions cannot be drawn from these studies about the use of the tools in the daily operations of hospitals, particularly the way they impact the representations and practices of administrative, medical and nursing personnel. We endeavour to contribute to this question through a case study. Our observations reveal a strong commitment on the part of hospital personnel in implementing the new management tools, even though these tools seem to have no significant impact on their operational practices. In our analysis, we suggest that healthcare personnel do not use these tools because they are deemed useful and effective, but because it is the proper thing to do – what March and Olsen (1976, 2004) term the "logic of appropriateness". Such behaviour makes it necessary to alter the way that management control tools are deployed in hospitals.

Key words: management control tools, hospitals, logic of appropriateness, consequentialism

1. Introduction

En France, les réformes récentes du système de soins ont cherché à responsabiliser les acteurs des établissements publics sur des objectifs d'amélioration de la performance médico-économique de ces entités. Les réformes ont en particulier abouti au déploiement d'un système prospectif de paiement au cas traité (Pouvourville, 2009) pour l'allocation des ressources financières aux établissements (la tarification à l'acte – T2A), à la création de nouveaux centres de responsabilité - les pôles cliniques et médico-techniques, échelon plus large que le service et dirigés par un médecin chef de pôle - à un renforcement concomitant du rôle du directeur d'établissement dans la gouvernance interne de l'hôpital, et au déploiement d'outils financiers proposant une représentation monétaire du résultat des pôles comme de l'établissement dans son ensemble et d'autres dispositifs de suivi de la performance.

Les comptes d'exploitation de pôles, appelés CREA (comptes de résultats analytiques) ont été conçus au niveau des organismes de tutelle qui les ont ensuite diffusés dans l'ensemble des établissements publics, afin de proposer une instrumentation susceptible de favoriser l'adoption de la nouvelle logique médico-économique sous-jacente à la T2A. Diverses agences (ANAP, ARS, HAS) ont aussi favorisé le développement de dispositifs de mesure de la performance souvent regroupés sous le terme de « tableau de bord ».

Toutefois, la mise en œuvre de ces réformes n'a été suivie que de peu d'études sur le terrain cherchant à évaluer et comprendre les impacts précis de la T2A et des outils sous-jacents sur les représentations et les pratiques des acteurs des hôpitaux. Certains rapports publics traitent tout de même des effets organisationnels de la T2A et des outils de gestion associés. Ainsi, Moisdon et Pépin (2010) montrent que bien que de nouveaux outils, tels que les CREA ou les tableaux de coûts case-mix (TCCM) aient été implantés en masse dans les hôpitaux suite à la réforme T2A, leurs effets ont été modestes. Ils mettent en évidence des difficultés d'appropriation et une évolution marginale de l'activité médicale et soignante. Cependant, ils soulignent des effets positifs significatifs sur la coopération entre acteurs, puisque la diffusion d'outils tels que les CREA ont contribué à faire émerger un langage médico-économique commun sur l'activité ainsi qu'un décloisonnement entre les acteurs gestionnaires et les acteurs du soin. Dans le cadre de la même étude, Moisdon (2010) complète ces conclusions en arguant que la T2A aurait « *plus de répercussions sur les représentations des acteurs que sur les modes concrets par lesquels ils s'organisent* » (Moisdon, 2010, p.224). Dans la même veine, Bruant-Bisson, Castel & Panel (2012) proposent une réactualisation de l'étude de Moisdon et Pépin (2010) et traitent des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé. De façon similaire, ils concluent au rôle « catalyseur » de la T2A dans la mise en place d'outils de gestion et montrent que bien que les effets sur les activités médicales et sur la stratégie d'offre de soins des établissements restent limités, ce nouveau mode d'allocation des ressources comme le déploiement des outils de gestion ont été des éléments clés pour renouveler le dialogue entre les directions et les équipes médicales et soignantes.

Bien que proposant des approches fondées sur les acteurs et leurs ressentis, ces études ne permettent pas de conclure sur l'utilisation des CREA et des autres dispositifs de mesure de la performance dans le quotidien des établissements de soins et donc sur la manière dont ils impactent les représentations et les pratiques des acteurs administratifs, médicaux et soignants : comment sont-ils utilisés, par qui et pour quoi faire, quels impacts ces nouveaux outils ont-ils sur la manière dont les acteurs se représentent l'activité dont ils sont responsables et quels impacts ont-ils sur l'évolution de leurs pratiques ?

Pour tenter de répondre à ces questions, nous avons conduit une étude de cas au sein d'un établissement hospitalier et suivi la manière dont les membres de l'équipe de direction et des pôles s'approprient en pratique les nouveaux outils de gestion, essentiellement financiers, déployés à l'hôpital. Pour cela, notre étude de cas a combiné entretiens semi-directifs, observations de réunions et analyse de documents internes à l'hôpital.

Notre perspective est interprétative. Notre objectif est donc de faire sens de nos observations en mobilisant les cadres théoriques adaptés. Nos données font ressortir un fort engagement des acteurs dans l'utilisation des nouveaux dispositifs alors que ces dispositifs ne semblent pas avoir d'impact significatif sur leurs pratiques opérationnelles. Dans notre analyse, nous proposons que les acteurs utilisent ces dispositifs non parce qu'ils seraient utiles et efficaces mais parce que c'est ce qu'il convient de faire, ce que March et Olsen (1976, 2004) appellent la « logique de conformité ».

Le papier est organisé comme suit. La première partie est consacrée à la description du contexte des réformes du système de soins français et de l'établissement étudié, ainsi que de l'approche méthodologique adoptée, présentée sous forme d'encadré. Dans une deuxième partie, nous décrivons le cas et la façon dont les dispositifs sont mobilisés au sein de l'établissement étudié. Nous discutons ensuite ces observations au regard de la littérature empirique sur le déploiement de dispositifs gestionnaires à l'hôpital et de la « logique de conformité » empruntée à March et Olsen et qui, selon eux, est censée régir l'activité des personnels soignants à l'hôpital, et qu'ils opposent à la logique conséquentialiste sous-tendant la sphère gestionnaire. La conclusion met en avant les contributions de notre analyse pour la pratique.

2. Contexte

2.1. La réforme du système de soins français : tarification à l'activité et nouvelle gouvernance

L'organisation actuelle du système hospitalier et des établissements de santé est la conséquence d'un ensemble de réformes touchant de nombreux domaines, dont le financement et la gouvernance, et qui engagent le système hospitalier vers une modernisation

des modalités du fonctionnement interne de l'hôpital, en insistant sur une meilleure performance économique et la responsabilisation des médecins.

Depuis 2005¹, l'activité de court séjour des hôpitaux publics et privés est financée par la tarification à l'activité (T2A). L'instauration de ce nouveau mode de financement, avec un basculement complet en 2008, constitue une réforme majeure du financement des établissements de santé publics. En effet, la T2A se substitue à l'ancien système de dotation globale en vigueur depuis 1984 et introduit un paiement prospectif au cas. Cette nouvelle tarification a pour but de fonder le financement des établissements en fonction de leur activité et d'instaurer l'équité de traitement entre les établissements (Bruant-Bisson, Castel & Panel, 2012). L'activité réalisée est définie par des épisodes de soins : l'activité hospitalière (actes et séjours) est décrite à travers des groupes homogènes de malades (GHM) qui identifient les différentes prestations de soins offertes à un même profil de patients. Chaque GHM est ensuite traité pour tenir compte de la particularité de certains séjours et donne lieu à la définition de groupes homogènes de séjour (GHS), qui font l'objet d'une tarification forfaitaire fixée annuellement au niveau national.

Quant à la nouvelle gouvernance des établissements publics de santé en vigueur depuis 2005, elle repose notamment sur deux principes : la priorité donnée au pilotage médico-économique dans le contexte de mise en place de tarification à l'activité et un principe de subsidiarité selon lequel les décisions doivent être prises au plus près de la production des soins². Concrètement, cela se traduit dans les hôpitaux publics par la création de pôles cliniques et médico-techniques, échelon plus large que celui des traditionnels services. Les contours des pôles ne sont pas définis par la loi mais laissés à l'appréciation des chefs d'établissements qui arbitrent le plus souvent entre une logique médicale et des considérations managériales. Cette nouvelle organisation est associée à une démarche contractuelle qui se traduit en pratique par la signature de contrats, établis entre les pôles et la direction de l'établissement, portant généralement sur l'activité, la maîtrise des dépenses, la qualité et les ressources humaines. Le chef d'établissement a la possibilité d'associer le respect du contrat à des mesures d'intéressement collectif (seule modalité permise par la loi). Ces pôles sont pilotés par des médecins, nommés par le chef d'établissement en accord avec le président de commission médicale d'établissement (CME), qui deviennent alors chefs de pôles. Ils sont généralement assistés dans le pilotage par un cadre soignant et un administratif, faisant de la chefferie de pôle un lieu de rencontre entre corps médical, corps soignant et corps administratif.

L'enquête nationale datant de 2011 sur la gouvernance des établissements de santé publics, conduite auprès de 709 établissements, fait état de pratiques très intéressantes. Les chefs de pôles consacrent un temps non négligeable au pilotage de leur périmètre comme le montre la fréquence relativement élevée des réunions de travail effectuées avec leurs collaborateurs (11% des réunions sont hebdomadaires, 32% mensuelles) et avec leur hiérarchie (2,1 réunions annuelles en moyenne pour le suivi des contrats de pôles en présence du chef

¹ La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2004.

² Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé », rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, 2010

d'établissement et 8,6 pour les CHR/CHU). Le contenu de ces réunions porte essentiellement sur des données comptables du pôle (les comptes de résultat des pôles sont examinés dans 89,7 % des cas, dans les CHR /CHU). Les chefs de pôles déclarent ne pas avoir été formés (seulement 8% des chefs de pôles déclarent avoir suivi une formation en 2010) et ne pas disposer d'une aide technique significative (le contrôleur de gestion est soit à temps très partiel dans les pôles ou inexistant).

Les réformes actuelles, qu'elles touchent la gouvernance ou le système de financement, ont des implications fortes en termes de pilotage et donc de contrôle de gestion. Ce dernier se trouve en pleine mutation, et dans les pôles se multiplient de nouveaux outils de gestion. Moisdon et Pépin (2010) ainsi que Bruant-Bisson, Castel & Panel (2012) mettent bien en évidence le rôle central de l'instauration de la T2A dans l'implantation d'outils de comptabilité analytique dans les pôles, tels que les comptes de résultat analytiques (CREA). C'est sur son utilisation et ses effets que nous nous penchons dans ce papier. Dans ces conditions décrites par l'enquête, on peut légitimement s'interroger sur les motivations du comportement des membres du trio de pôle.

2.1. Le centre hospitalier étudié (CHM)

Cette recherche est basée sur l'étude d'un important centre hospitalier général en région (environ 1000 lits, dont plus de 300 en Médecine/Chirurgie/Obstétrique ainsi qu'en psychiatrie), que nous appellerons CHM pour des raisons de confidentialité. En tant qu'hôpital public, l'établissement est soumis au système de financement et au schéma de gouvernance en vigueur. Il est découpé en neuf pôles : sept pôles cliniques et deux pôles de gestion. Dans notre étude, nous avons mis de côté le secteur psychiatrique dans la mesure où il n'est pas soumis aux mêmes contraintes légales. Un pôle clinique se compose d'unités spécialisées, anciennement appelées services, dirigées par des responsables médicaux (anciennement chefs de services). Chaque pôle est dirigé par un médecin, chef de pôle, entouré d'un cadre supérieur de santé ainsi que d'un assistant de gestion (depuis 2010). Si les pôles existent sur l'organigramme depuis 2007, ils ont commencé à vivre avec l'arrivée d'un nouveau directeur en 2010.

Collecte des données

Notre recherche s'échelonne sur 12 mois (Mai 2012 – Mai 2013) et adopte une approche que l'on peut qualifier d'interprétative. L'étude sur le terrain a combiné des entretiens semi-directifs, des observations de réunions et une analyse de documents internes.

Entretiens semi-directifs

22 entretiens semi-directifs ont été menés avec des acteurs hétérogènes : des membres des pôles cliniques (4 médecins chefs de pôle, 6 cadres supérieurs de santé, 3 assistants de gestion), des membres de la direction (directeur général, directeur des affaires générales, contrôleur de gestion, directeur de la qualité, etc.), le médecin DIM ainsi que le président de la CME (également ancien chef de pôle) (Voir Annexe 1). Certaines personnes ont été interrogées à deux reprises, comme le contrôleur de gestion et le directeur de l'hôpital, afin de bénéficier d'informations additionnelles sur des problématiques spécifiques. Environ la moitié des entretiens ont été conduits par deux chercheurs. La thématique abordée dans les entretiens traitait notamment des outils de gestion des pôles et de la façon dont ils étaient utilisés et perçus. Nous avons essayé à chaque fois que cela était possible de montrer les outils (par exemple les CREA) aux personnes interrogées afin qu'elles puissent les commenter et y réagir (par exemple faire verbaliser le raisonnement mené suite à l'augmentation d'un indicateur de dépense).

Observations de réunions

Deux types de réunions ont été observés :

- les « conseils des managers de pôles » : elle est la plus grosse réunion de l'établissement, a lieu environ une fois tous les 45 jours et réunit tous les chefs de pôles et les cadres supérieurs de santé de pôle avec les membres de la direction. L'observation de ces réunions a notamment permis une meilleure compréhension du contexte général de l'hôpital étudié.
- les « revues de contrat de pôles » : elles sont menées deux fois par an pour chacun des pôles et réunissent le chef de pôle, le cadre supérieur de santé, l'assistant de gestion et certains membres de la direction tels que le contrôleur de gestion, le directeur des affaires générales, le directeur des affaires financières (DAF), le directeur de la qualité et le médecin du département d'information médicale (DIM). L'objet de ces réunions est de revenir sur la gestion du pôle de l'année écoulée, notamment sur les aspects financiers, de qualité et d'activité, ainsi que de définir les objectifs du pôle pour l'année à venir.

Analyse de documents

Enfin, nous avons mené une analyse des documents internes à l'établissement, fournis lors des divers entretiens, des réunions observées ou en dehors. Il s'agit essentiellement des outils de gestion des pôles, de présentations power point, de rapports d'activité et de comptes rendus de réunions.

L'arrivée du nouveau directeur s'est accompagnée d'une nouvelle dynamique ayant pour objectif de créer une véritable rupture avec le style de management de l'ancien directeur, considéré comme conservateur par de nombreux collaborateurs.

Le nouveau directeur dit accorder beaucoup d'importance au management de ses équipes. Il est d'ailleurs coaché par un consultant extérieur dont la mission s'est étendue à l'ensemble du personnel. En effet, un certain nombre de personnes interrogées ont mentionné explicitement le consultant et déclaré qu'il jouait un rôle actif lors de certaines réunions.

« Il est venu au départ pour encadrer un peu tous les directeurs, après c'est venu plus au niveau des responsables médicaux, chefs de pôles où il donne un peu une méthodologie de travail, pour travailler ensemble, parce que c'est vrai que monde soignant d'un côté, monde administratif de l'autre, euh...je dirais que naturellement on était pas fait pour travailler ensemble. Donc c'est plus ça que le directeur a voulu en intégrant ces formations au management, bon après on appelle ça différemment, mais c'est pour nous apprendre à travailler ensemble. » (Assistante de gestion2)

« Ces réunions de pôles officielles, avec les collègues, c'est tous les 6 mois à peu près, alors bon, avec l'intervenant extérieur, je ne sais pas si vous en avez entendu parler, Monsieur X qui nous fait du management, euh... il nous conseillait de faire des déjeuners avec les collègues... » (Chef de pôle B)

Cette différenciation de style de management s'est traduite concrètement par :

- Une volonté d'efficacité dans la prise de décision et le déblocage de situations locales conflictuelles. Ainsi le médecin du département d'information médicale (DIM), à propos d'un problème de sous activité dans une unité spécifique, témoigne de la nouvelle posture de la direction :

« [C'était] un problème ancien que le directeur en arrivant avait très clairement décidé de régler et de trouver des pistes d'améliorations, donc cela a fait l'objet d'un débat en directoire, il a recadré cela par une lettre, au médecin de cette activité, et cela se décline après en indicateurs et en suivi. »

Dans le même esprit, à propos des leviers d'action de la direction vis-à-vis des pôles, le chef de pôle C répondait *« ils [la direction] ont des gros leviers. Moi quand j'ai récupéré la chefferie de pôle en fait je me suis rendue compte qu'il y avait pleins de secteurs qui étaient restés un peu on va dire en jachère, et il y avait des trucs qui étaient vraiment bêtes quoi, il y avait les brancardiers ils se plaignaient d'un truc c'était de ne pas avoir de bip, donc voyez c'est vraiment des broutilles, des trucs qui étaient complètement idiots, mais en les réglant, en réussissant à donner un bip aux brancardiers ils étaient heureux comme des princes. »*

- Davantage de reconnaissance à toutes les catégories de personnel, des chefs de pôles aux assistantes de gestion. Selon le Président de CME, le nouveau directeur *« a joué la politique du pôle, il a baigné là dedans, il a joué la nouvelle réforme, et donc effectivement les chefs de pôles ont pris leur place, avec le nouveau directeur. Ils ont pris leur place, ce qui fait quand même qu'ils se sont sentis quand même un peu plus...voilà parce que c'était beaucoup moins symbolique, on avait l'impression de pas servir à grand-chose. Parce qu'il y avait plein pouvoir...alors paradoxalement la nouvelle réforme donne plus de pouvoir au directeur, paradoxalement l'ancien directeur fonctionnait avec un pouvoir un peu plus...autoritaire. Il prenait les décisions dans son bureau hein »*. Le directeur lui-même rapportait l'anecdote suivante *« ...derrière votre question sur les facteurs importants, il y a la reconnaissance, voyez par exemple hier les assistantes de gestion elles étaient là, on était à table, c'était un bon repas hein honnêtement. Il y a quelqu'un qui venait nous servir, cette personne je lui ai dit vous voyez 'est ce que vous savez pourquoi elles sont là ces personnes là, qu'est ce qu'elles font', elles ne le savaient pas, et je pense que c'est important que les assistantes de gestion sentent qu'elles soient reconnues pour ce qu'elles font.*
- Un changement des contours de l'organisation avec pour justification l'amélioration de la lisibilité externe. Ainsi, en janvier 2012, les pôles A et B (médecine générale) ont fusionnés ainsi que les deux pôles de gestion, et certains pôles ont changé d'appellation. *« Et là à partir du premier janvier on aura un seul pôle de gestion qui va d'ailleurs s'appeler 'gestion-perspective-prestation'...Et puis à côté de ça on refond nos pôles [médicaux] avec un pôle de moins, pour redonner plus de*

cohérence...par exemple, aujourd'hui la population, est ce qu'elle sait ce que c'est un service A et un service B ? Franchement non.... » (Directeur Général)

- Une volonté de faire dialoguer la direction et les pôles, en organisant notamment des rencontres quasi-mensuelles entre la direction et les pôles, lors des « conseils des managers de pôles », réunissant tous les chefs de pôles, les cadres supérieurs de santé et les membres de la direction. L'objectif de ces réunions est notamment d'échanger sur de problématiques générales ou spécifiques que rencontre l'établissement dans son ensemble.

Par ailleurs, le directeur a lancé de nombreux projets ayant pour effets de dynamiser l'établissement. En particulier, il a su focaliser l'attention du personnel grâce à un important projet de reconstruction de l'hôpital. Ce projet consiste à transformer l'établissement en un hôpital évolutif et flexible. L'accord de l'autorité régionale de santé (ARS) et les financements ont été obtenus et les premiers travaux ont débutés. Cette modularité architecturale implique une profonde modification d'un certain nombre de processus : accueil, circuit du médicament, information aux patients, etc. Dans cette perspective, des groupes de travail ont été organisés sur des thématiques très concrètes qui donnent aux collaborateurs le sentiment d'avancer. A propos de cette adhésion au projet, le directeur mentionne au cours d'un entretien avec l'équipe de chercheurs que « *paradoxalement, je sens les chefs de pôle plus prêts que les directeurs* ».

Le nouveau directeur a également mis en place des outils préconisés par les organismes de tutelle. Les pôles ont été créés trois ans avant son arrivée en 2010 mais n'avaient pas réellement de substance. Les propos du président de CME abondent dans ce sens « *on avait un directeur ancien système, conservateur, et là on a un directeur c'est plus pareil hein, ...donc d'abord il a donné beaucoup plus de pouvoirs aux chefs de pôles, que ce qu'en donnait l'ancien directeur, de pouvoir décisionnel, parce que au départ c'était une coquille vide.* ». Le nouveau directeur a alors doté les pôles de contrats de pôles et d'outils de pilotage, et a montré l'importance de la question en créant un poste de contrôleur de gestion à plein temps lui étant directement attaché, trois postes d'assistantes de gestion dépendant du contrôleur de gestion, pour assister sur le plan administratif et comptable, les chefs de pôles et les cadres supérieurs de santé dans leurs nouvelles attributions, ainsi qu'en affectant certains de ses directeurs (directeur des affaires médicales, directeur des ressources humaines et directeur des affaires générales notamment) à l'animation du pilotage des pôles, en tant que « directeurs référents » aux côtés des trios de pôle.

Ainsi, au sein des pôles, plusieurs outils, touchant l'aspect financier, l'activité, la qualité ou les ressources humaines, ont commencés à être diffusés. Conformément aux résultats de l'enquête nationale, il semblerait que l'outil prédominant soit financier. Ainsi, le contrôle de gestion transmet trimestriellement aux pôles leurs recettes et dépenses directes, ventilées par unité, sous forme de CREA appelé au sein de l'établissement « tableau de bord financier », et un CREA tenant compte des dépenses indirectes une fois par an. Au moment de l'étude, la diffusion des outils de pilotage des pôles semble relativement routinisée dans l'établissement

et les managers de pôles y sont accoutumés, bien qu'ils n'aient pas été formés. En effet, le directeur n'a pas jugé nécessaire de former les chefs de pôle : « *Les chefs de pôles ils sont médecins, ils savent compter...donc on a pas eu besoin de les former à la comptabilité hospitalière, enfin moi quand je vois les formations référencées par l'ANAP, formations à la gestion, c'est pas ça dont ils ont besoin.* »

Ces outils de pilotage sont spécifiquement mobilisés lors des réunions de suivi des contrats de pôles et des tableaux de bord de pôles, dites « revues de contrat de pôles ». Deux fois par an, chaque trio de pôle (chef de pôle, cadre supérieur de santé et assistante de gestion) rencontre de façon formelle certains membres de la direction lors des revues de contrat de pôles. Une de ces réunions a notamment pour objectif de revenir sur la gestion de l'année précédente, sur le plan financier, l'activité et la qualité. La réunion est présidée par le directeur des affaires générales, auquel le directeur de l'hôpital a délégué l'aspect opérationnel de la gestion polaire (organisation et tenue des revues de contrat de pôles, écriture et suivi des contrats de pôles). Sont également présents la DAF, le contrôleur de gestion, le directeur de la qualité et le médecin DIM.

Les tableaux de bord mobilisés sont les suivants :

- le tableau de bord financier de l'année passée, qui reprend les dépenses et les recettes du pôle et de chaque unité, ventilés par postes (dépenses de personnel, dépenses de médicaments, recettes de l'assurance maladie, autres produits, etc.) accompagné d'un document d' « analyse des dépenses et des recettes au 31 décembre N, comparées au 31 décembre N-1 » préparé par l'assistante de gestion et reprenant quasiment tous les postes de dépenses et de recettes, leur évolution ainsi que des éléments apportant un éclairage sur ces évolutions constatées
- un tableau de bord d'activité de l'année précédente, préalablement envoyé par le médecin DIM et résumant pour le pôle et pour chaque unité des indicateurs d'activité tels que le nombre d'admission, la durée moyenne de séjour, le taux d'exhaustivité du codage, etc.
- un tableau de bord évaluant la qualité du dossier patient dans la perspective des campagnes de recueil d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins, menées au niveau national par l'HAS et soumis à diffusion publique
- un tableau de bord de consommation de solutions hydro-alcooliques, dans le cadre de la lutte contre les infections nosocomiales.

Les réunions observées durent de 1h30 à 2h45 et sont consacrées à trois aspects de la gestion des pôles : financier, activité et qualité. Pour ce faire, la totalité de la réunion est dédiée au passage en revue de chacun des tableaux de bord. Le suivi de la gestion financière est mené par le directeur des affaires générales qui reprend chacun des items du document d'analyse des dépenses et des recettes, pour le pôle et pour chaque unité, et demande au trio de pôle d'expliquer les évolutions constatées. Pour le suivi de l'activité, c'est le médecin DIM qui prend la main et qui s'arrête sur les indicateurs clefs ou sur ceux dont l'évolution doit être relevée, par exemple le nombre de passages ou le taux d'exhaustivité du codage. Il apporte également des informations orales sur les parts de marché de chaque spécialité du pôle dans la région et des éléments de comparaison avec les principaux établissements concurrents. Sur le plan de la qualité et de la sécurité des soins, la directrice de la qualité commente le tableau de bord de tenue du dossier patient et souligne les indicateurs n'ayant pas atteint le seuil

recommandé et prodigue quelques conseils. La réunion s'achève par l'analyse du tableau de bord de consommation de solutions hydro-alcooliques. Généralement, la DAF, le contrôleur de gestion et le médecin DIM apportent des éléments d'explication relatifs à certains items, sur leur signification ou la manière dont ils sont calculés. La DAF intervient spécifiquement sur l'évolution des tarifs des GHS et des autres composantes du chiffre d'affaires (recettes d'assurance maladie, fonds de financement régionaux, missions d'intérêt général, etc.).

Le contexte de la recherche étant maintenant posé, la partie suivante s'attache à décrire le comportement des acteurs des pôles (en particulier les médecins chefs de pôles, les cadres supérieurs de santé et les assistantes de gestion) face à ces nouveaux dispositifs.

3. Un fort engagement sans impact sur les pratiques

L'objectif de cette partie est de mettre en évidence qu'en dépit d'un engagement fort des acteurs dans le suivi des procédures et des tableaux de bord des pôles, l'impact sur les pratiques apparaît très faible.

3.1. Un fort engagement

L'engagement de la plupart des acteurs de pôles interrogés face aux nouveaux dispositifs semble globalement fort. En effet, nombre de chefs de pôles, cadres supérieurs de santé et assistants de gestion y consacrent du temps, y semblent familiers, voire même intéressés.

Les assistantes de gestion sont les acteurs les plus impliqués dans ces nouveaux dispositifs. En effet, outre des demandes ponctuelles et spécifiques, leur travail quotidien suit le rythme des reporting financiers et consiste à examiner et justifier l'évolution des postes détaillés du compte de résultat analytique des pôles, parfois des unités médicales et des CREA, à suivre les dépenses de personnel des pôles et, depuis peu, à suivre certains indicateurs de qualité. Face à ces tâches nouvelles mais communes, les assistantes de gestion travaillent beaucoup ensemble afin de partager sur les difficultés techniques qu'elles pourraient rencontrer. Elles forment également un binôme soudé avec les cadres supérieurs de santé, puisqu'elles se rencontrent fréquemment, notamment pour tenter d'expliquer en détail l'évolution des effectifs et des dépenses de personnels, problématiques essentielles dans un établissement de soins. Les assistantes de gestions sont donc très impliquées dans le processus et semblent être intéressés par leurs nouvelles attributions qu'elles apparentent à des travaux d'investigation comme l'indique les propos de l'assistante de gestion 2:

« C'est vrai que c'est intéressant dans le sens où un tableau avec des grandes lignes n'est pas forcément parlant, mais quand on va à l'intérieur des comptes, qu'on découvre des points particuliers, on se dit que ça a un intérêt parce qu'on peut au moins, en grattant, aller chercher des infos qui sautent pas aux yeux quand on regarde le tableau ou l'outil dans sa globalité (...) il faut aller chercher un petit peu là, un petit peu là, demander des éléments aussi bien à la DRH qu'aux finances qu'à la direction des soins...mais c'est riche dans ce sens là aussi. »

De même, les cadres supérieurs de santé confirment consacrer du temps à l'analyse des tableaux de bord des pôles. Ainsi, la cadre supérieur de santé de pôle B déclare utiliser tous les tableaux de bord mis à disposition, que ce soit « *l'activité, avec les taux d'occupation, les DMS, les nombres de journées* », les « *tableaux avec les dépenses et les recettes* » par pôles et par unités ou encore les indicateurs en soins infirmiers. Pour la cadre supérieur de santé de pôle D, plus critique sur ces dispositifs, c'est la nécessité permanente de rendre compte qui justifie que l'analyse de ces nouveaux outils soit devenue incontournable :

« ça change mon travail quotidien. Parce que je veux dire, n'importe quoi qu'on fasse, on a à rendre compte. Je dis pas qu'avant on ne rendait pas compte, mais pas de façon aussi pointue. C'est sûr des éléments par exemple, là les tableaux d'activité qu'on a mensuellement, sur les CREA, les recettes, les dépenses, les choses comme ça, je veux dire il faut qu'on en fasse l'analyse au fur et à mesure qu'on en a eu connaissance, on peut pas les laisser pour compte, c'est pas possible, alors que je veux dire dans la mesure où on ne les avait pas, on ne les analysait pas »

Certains prennent même de leur temps pour impliquer d'autres acteurs du pôle, comme le cadre de santé de pôle F qui, « *que ce soit sur les recettes ou sur les dépenses, moi régulièrement, une fois par mois, je fais un point avec les cadres et l'assistante de gestion, sur le suivi des recettes et des dépenses.* »

Quant aux chefs de pôles, leur engagement semble également fort, même s'il est plus variable selon les individus. Ainsi, tous nos interlocuteurs trouvent facilement les documents correspondant aux tableaux de bord dont nous parlons. Certains ont même ces documents dans leur cartable, ce qui montre qu'ils envisagent de les regarder à leur domicile. D'autres encouragent leurs collègues responsables d'unité à les consulter, ce qui semble porter ses fruits : « *Les responsables d'unité, je peux vous dire que je n'ai pas besoin de leur dire d'aller voir leurs [tableaux de bord]* » (chef de pôle E), bien que les effets de cette recommandation paraissent assez controversés « *Les [médecins] sensibilisés aux tableaux de bord, c'est au maximum quelques chefs de pôles... La plupart de nos praticiens non chefs de pôle [...] ne s'y intéressent pas du tout* » (Président de CME)

L'intérêt des chefs de pôle pour l'aspect calculatoire des CREA est confirmé par les membres de la direction. La contrôleur de gestion souligne ainsi que certains médecins de pôles lui posent des questions relatives au CREA du type « *comment sera calculé mon amortissement ?* », « *qu'est-ce que ça va faire sur mon résultat ?* », ce qui était inimaginable il y a quelques années. De plus, toujours selon la contrôleur de gestion, les médecins comprennent très rapidement les outils tels que les CREA : « *Ils posent des questions et je peux vous dire que la fois d'après il n'y a pas de souci, ils ont compris, il n'y a pas de problème* ». Quant à la directrice des affaires médicales, elle témoigne d'un intérêt croissant des médecins pour les indicateurs financiers : « *ce dont je me suis aperçue au niveau médical c'est que de plus en plus les médecins analysaient leurs recettes et leurs dépenses* ».

Notons tout de même que même si cela semble l'exception, un chef de pôle (que nous n'avons pu rencontrer) a paru tout à fait désintéressé, voire résistant, face à ces changements dans les modalités d'organisation et dans le système de pilotage lors d'une réunion de contrat

de pôle que nous avons observée. En effet, ce chef de pôle n'est resté que 40 minutes (alors que la durée prévue est 2h30) et a répondu à deux appels à caractère personnel pendant la réunion.

Au-delà des déclarations de chacun et en dehors de cette réunion exceptionnelle, les revues de contrat de pôle observées montrent l'implication des acteurs dans le suivi des tableaux de bord du pôle. En effet, ces réunions extrêmement centrées sur les tableaux de bord des pôles sont l'occasion pour les managers des pôles de rebondir sur ces outils. De façon générale, les médecins chef de pôle s'attachent à justifier les évolutions des dépenses ou de l'activité en apportant des éléments d'explication relatifs au domaine médical. Quant aux cadres supérieurs de santé, ils apportent plutôt leur expertise du milieu soignant pour discuter les évolutions constatées. Par exemple, le chef de pôle A explique l'augmentation de l'activité d'une unité de cardiologie en 2012 par la collaboration avec des médecins d'un autre établissement. Dans la perspective soignante, la cadre de santé du même pôle justifie une hausse des dépenses de personnel soignant par des remplacements de congés maternité ou des dépenses de formation. Certains chefs de pôles posent également des questions de compréhension sur certains indicateurs à l'occasion de ces réunions.

Il est également intéressant de noter que cet engagement collectif pour le suivi des tableaux de bord des pôles ne se limite pas aux réunions en présence de la direction, puisque le chef de pôle, le cadre supérieur de santé et l'assistant de gestion de chaque pôle se réunissent régulièrement au sein de leur pôle (réunions hebdomadaires, bimensuelles ou mensuelles selon les pôles) et déclarent à cette occasion analyser les tableaux de bord et notamment les tableaux de bord financier au moment de leur diffusion par le contrôle de gestion dans les pôles. Par exemple, pour les pôles médecine A et F :

« on en fait tous les lundi après midi à 14h30, des réunions qu'on appelle trio de pôle, et donc oui, on regarde les chiffres d'activité, les chiffres d'absentéisme, les chiffres de recettes, les chiffres de dépenses. » (Chef de pôle B)

« alors au niveau du management du pôle, on se réunit en quatuor de pôle tous les 15 jours. Dans ces réunions il y a toujours un premier temps d'analyse des différents tableaux, des différents indicateurs, quand on en a des nouveaux...alors attention, on a pas toujours des nouveaux tableaux à chaque réunion hein » (Cadre supérieur de santé F)

Face à ces nouveaux dispositifs, il apparaît donc que la majorité des acteurs que nous avons rencontrés, que ce soit les assistantes de gestion, les cadres supérieurs de santé ou les chefs de pôle, sont familiers avec les tableaux de bord et consacrent un temps non négligeable à les suivre et les comprendre. Cependant, malgré cet engagement fort, l'impact sur les pratiques apparaît très limité.

3.2. Sans impact sur les pratiques

Bien que les acteurs des pôles accordent de l'importance au suivi et à l'analyse des tableaux de bord, cela ne conduit pas à des prises de décision, mises en place d'actions correctrices ou réflexions sur des pratiques.

Cela est tout d'abord flagrant lors des réunions, telle que l'illustre la revue de contrat du pôle B en mars 2013. Lors de cette réunion, les participants de la réunion reviennent sur la forte baisse de l'activité et donc des recettes d'une unité spécifique (baisse du nombre de passages de 30% et baisse des recettes GHS de 36%), qui impacte négativement tout le pôle (baisse du nombre de passages de 8% et baisse des recettes GHS de 10%) et qui est donc perçue comme très problématique. Le chef de pôle, la cadre de soins et l'assistante de gestion sont parfaitement capables d'expliquer cette forte baisse, due à la fermeture de l'unité pendant l'été. Bien que tout le monde soit conscient de la forte perte de recettes engendrée, aucune décision ou embryon de projet n'est discuté pour faire en sorte que de tels problèmes ne se reproduisent l'année prochaine. Il faudra attendre deux mois plus tard, lors du conseil des managers de pôles de mai 2013, pour que le sujet soit abordé par le directeur et le président de CME et que ces derniers suggèrent des actions comme par exemple organiser des permanences au niveau du personnel pour ne plus fermer de services pendant l'été. Plus généralement, à chacune des revues de contrat de pôle observées, une des seules recommandations faite à l'issue de ces réunions est adressée à la cadre de santé et l'assistante de gestion afin qu'elles expliquent les évolutions des indicateurs qu'elles n'ont pu justifier pendant la réunion (l'autre recommandation, non systématique, portant sur le codage en cas de taux insuffisant). Il apparaît donc que ces réunions ont comme unique objectif d'expliquer et de justifier chacune des évolutions constatées dans la gestion du pôle.

Ce constat d'un impact très limité sur les pratiques des acteurs se retrouvent également dans leurs discours. En effet, la plus grande frustration des assistantes de gestion est de ne pas pouvoir trouver une explication à leurs écarts :

« là [dépenses de personnel] il y a une grosse augmentation (...) j'ai pas eu d'explications de la DRH (...) il disait qu'il fallait arriver à voir avec ses services mais on a pas d'explications (...) ces chiffres qui restent inexpliqués et qui continuent de se vérifier, entre fin avril et fin mai... la tendance reste la même mais sans explication donc euh... ça c'est un peu gênant par contre » (Assistante de gestion 2)

En revanche, l'absence de répercussions de leur travail ne semble pas entraîner une frustration mais davantage une sorte de résignation. L'important est de trouver une explication aux écarts, les plans d'action ne sont pas considérés comme étant de leur ressort. Elles pensent que leur travail présente un certain intérêt pour les chefs de pôle, et même si elles constatent que certains d'entre eux n'accordent pas suffisamment d'attention à leurs explications, elles cherchent à leur trouver des excuses :

« non ils sont contents d'avoir ces documents là, de suivre plus régulièrement et puis de façon vraiment... leur activité.... après c'est vrai que les chefs de pôle, leur activité chef de pôle c'est pas une contrainte mais ils ont pas beaucoup de temps pour cette activité là, voilà. (...) ils aimeraient bien faire ça mais voilà, ils n'ont pas le temps (...) puis

bon, leur métier c'est plutôt d'être médecin que d'être gestionnaire. » (Assistante de gestion 2)

Les cadres supérieurs de santé éprouvent également des difficultés à indiquer ce que cette analyse peut leur apporter concrètement. Ainsi, à une question sur ce qui est fait concrètement après avoir analysé les tableaux de bord, la cadre supérieure de pôle B répond « *pas grand-chose* ». De même, la cadre supérieure de santé D suggère dans un premier temps que l'analyse des outils conduit à mettre en place des actions pour améliorer les pratiques : « *on constate mais après on se dit 'qu'est ce qu'on fait pour améliorer ça ? Parce que ça va être un petit peu l'enchaînement, vous avez plus d'activité mais avec quel personnel ? Donc si vous vous voulez développer certaines choses ben il vous faut du monde et vous allez dépenser au titre 1, voilà...c'est comment arriver je veux dire à juguler tout ça.* ». Puis elle déclare quelques instants après, dans le même entretien, que « *ces mêmes outils n'ont « rien changé en termes de qualité et d'activité* ».

Quant aux discours des chefs de pôle, ils ne permettent pas de faire ressortir des situations dans lesquelles les nouveaux dispositifs ont changé les pratiques. Pour les chefs de pôles, les tableaux de bord de pôle sont utiles au sens où ils fournissent des informations sur la situation du pôle : « *[les tableaux de bord] servent à savoir où je me situe* » (Président de CME). Lorsque des écarts sont constatés, le réflexe est de les expliquer mais sans qu'il n'y ait de lien avec des décisions ou des actions correctrices, comme l'attestent les propos du chef de pôle E pour qui les tableaux de bord servent à « *repérer là où il y a des variations inattendues, inopinées (...) alors après on essaye de comprendre* ». Quant au chef de pôle B, à une question sur ce qu'ils font en réunions avec le cadre supérieur de santé et l'assistant de gestion, il répond « *on regarde les chiffres [...] euh...et on pleure, voilà* ». Pour le président de CME, il est clair qu'« *il n'y a pas de répercussions sur la gestion* », ni sur les pratiques : « *J'ai pas l'impression qu'on soigne beaucoup mieux les patients* ». Le président de CME résume finalement bien l'impuissance des médecins face à ces nouveaux outils, car pour lui le tableau de bord est « *un diagnostic sans traitement* ». La réaction des responsables d'unités semble identique selon les dires des chefs de pôle : « *[s'il y] a un poste de dépense qui a augmenté, ils s'empressent de l'expliquer* » (Chef de pôle E). Selon le chef de pôle D, lorsque le pôle est en déficit, « *ça les [les responsables d'unité] déprime* ». Finalement, le principal impact direct mentionné est l'amélioration du codage, ou la correction des erreurs d'imputation (Chef de pôle C).

De la même façon que pour les cadres supérieurs de santé, cette absence d'impact n'est pas toujours évidente pour tous les chefs de pôles. Certains semblent convaincus de l'intérêt d'améliorer les tableaux de bord sans être capables d'expliquer ce qui en résultera, comme le chef de pôle C, qui insiste sur la nécessité de disposer de chiffres précis sans être capable d'expliciter leur utilité : « *on décortique les choses (...) quand on aura les chiffres [plus détaillés] après on a les chiffres, on a les chiffres hein* » (Chef de pôle C). D'autres s'attachent à trouver des exemples dans lesquels les nouveaux dispositifs ont été utiles. Mais l'ensemble des exemples donnés portent sur des analyses ou des décisions qui ont certes mobilisé des données, mais qui ne reposaient pas directement sur les nouveaux dispositifs.

Ainsi le chef de pôle E explique l'importance d'avoir pu constater une baisse de 10% des effectifs médicaux pour pouvoir prendre des mesures correctives « *c'est le type même de réactivité* ». Mais ce constat ne repose pas sur les données des tableaux de bord spécifiques au pôle. De même, le président de CME indique que grâce à des données détaillées sur l'activité, il a pu monter un dossier de demande de recrutement pour l'ARS qui a été accepté. Mais là encore, cela ne repose sur des requêtes spécifiques faites au DIM et non sur les outils en routine dans les pôles.

Plusieurs raisons sont envisageables pour expliquer cette absence de répercussion sur les pratiques. La première est que le processus de mise en place des outils de pilotage n'est pas totalement achevé et les tableaux de bord encore en phase d'amélioration. Ainsi, les tableaux de bord sont parfois critiqués pour leur manque de simplicité et de pertinence. En effet, le chef d'établissement regrette que les tableaux de bord ne soient pas plus simples : « *on a besoin d'avoir des tableaux de bord simples* ». Dans le même esprit, le cadre supérieur de santé F déclare : « *C'est tout là la problème hein, parce que les tableaux de suivi, les outils...c'est bien beau d'en avoir pleins et puis des sophistiqués mais des fois ils sont tellement bien fournis qu'ils sont trop compliqués, ils sont pas pertinent si vous voulez.(...) ils [le contrôle de gestion] peuvent nous fournir des tableaux mais très très précis, jusqu'à un niveau de précision qui au niveau du quatuor de pôle devient même ridicule.* »

De plus, il semble régner un certain désarroi au niveau de la direction, qui n'est pas capable de fournir un discours cohérent sur les axes prioritaires à développer dans l'utilisation des tableaux de bord des pôles. Pour le directeur, l'enjeu est d'aller vers la prise de décision et considère que « *l'idée c'est de passer du tableau de bord à la décision, à la décision qui va derrière, donc* ». La contrôleur de gestion, consciente que les membres des trios de pôle « *ne peuvent pas faire grand-chose d'autre* » que constater les évolutions des indicateurs, insiste quant à elle sur l'analyse qui serait « *la prochaine étape* » :

« par rapport aux tableaux de bord, je pense qu'effectivement notre prochaine étape c'est vraiment l'analyse, je pense qu'on va beaucoup plus encore travailler avec les chefs de pôles, les cadres supérieurs, sur le terrain ils peuvent avoir des explications que nous on a pas, moi je vais essayer de croiser les informations que ce soit DRH, service medico-technique, pour vraiment apporter euh...des explications et prendre des décisions derrière je pense qu'effectivement maintenant aux tableaux de bord on a été assez synthétiques et puis que ça soit qualité, financier, RH, on balaye quand même pas mal d'infos, après euh faut pas trop en avoir mais pouvoir les analyser derrière.

Nous avons donc vu que face aux dispositifs et aux instruments implantés dans les pôles, l'engagement des acteurs, notamment en temps de suivi et d'analyse, est relativement fort, cependant il ne conduit pas à une amélioration des pratiques ou à des réflexions sur des décisions ou des actions. La partie suivante a pour objet d'interpréter ces constats et de montrer que les acteurs se comportent de cette façon selon une logique de conformité.

4. Analyse : des comportements qui semblent relever d'une logique de conformité

L'objectif de cette partie est d'interpréter les comportements des acteurs que nous venons de décrire. Ces comportements peuvent paraître surprenants à bien des égards. Il y a, en effet, une contradiction apparente entre le fait de consacrer du temps à des instruments et des procédures et de ne pas réellement les utiliser. Dans un premier temps, nous montrons que nos résultats ne sont pas conformes à ceux des travaux empiriques sur le déploiement de dispositifs de pilotage économique dans les hôpitaux, qui mettent souvent en évidence des comportements cherchant à préserver les personnels soignants des logiques portées par le management des hôpitaux et leurs tutelles. Nous proposons ensuite d'interpréter les comportements observés comme relevant d'une logique de conformité (appropriateness, March & Olsen, 1976, 2004).

Soulignons que nous ne revenons pas ici sur l'interprétation des attitudes, discours et comportements des assistantes de gestion. En effet, leur poste a été créé à l'occasion de la mise en place de la nouvelle gouvernance des pôles. Toutes occupaient auparavant des postes de secrétaires dans différents services administratifs de l'hôpital ; elles ont donc vécu leur affectation à ce poste comme une promotion professionnelle et sociale, en raison des relations de travail régulières qu'elles entretiennent désormais avec les membres de l'équipe de direction de l'hôpital ou des pôles. En outre, activité et rôle des assistantes de gestion sont totalement reliés aux instruments de contrôle de gestion. L'interprétation de leur discours et de leur pratique ne présente donc qu'un intérêt empirique ou théorique marginal pour cette étude.

4.1. Des constats peu conformes aux observations déjà documentées

Nous présentons tout d'abord la littérature empirique sur le déploiement de dispositifs de gestion à l'hôpital. Nous montrons ensuite que ces travaux antérieurs ne permettent pas de rendre compte du cas que nous avons étudié. Nous exposons ensuite quelques facteurs permettant d'expliquer ces différences.

4.1.1. Le déploiement de dispositifs de gestion à l'hôpital

Le déploiement dans le secteur public et en particulier dans les établissements hospitaliers de dispositifs de gestion inspirés des principes du Nouveau Management Public est ancien, notamment dans les pays anglo-saxons. Les premiers travaux ont mis en évidence une forme d'échec dans le déploiement de ces outils dans la mesure où ils n'auraient pas conduit les praticiens à faire évoluer leur logique d'activité, reposant sur des considérations essentiellement médicales, pour y intégrer la dimension économique d'efficience et d'efficacité dans l'utilisation des ressources. Preston et al. (1992) par exemple étudient la mise en œuvre de la première initiative de budgétisation de l'activité au sein des hôpitaux menée par le National Health Service (NHS) au Royaume-Uni au cours de la deuxième moitié des années 1980. Ils notent que cette initiative de déploiement budgétaire a été qualifiée d'échec par le NHS lui-même.

L'absence d'appropriation par les acteurs médicaux ou paramédicaux de l'hôpital des nouveaux dispositifs de gestion déployés par les tutelles ou, plus généralement, l'absence

d'impact des dispositifs administratifs sur la réalisation de l'activité de soins, a été analysée en termes de découplage. March et Olsen (1976) ont mis en évidence les différentes logiques qui traversent certaines organisations telles que les hôpitaux. Les représentations et comportements du personnel administratif seraient régis par une logique de conséquentialité, dans laquelle les actions à entreprendre sont évaluées par rapport aux finalités poursuivies. En d'autres termes, dans cette logique, ce sont les conséquences attendues qui guident l'action des participants à l'organisation. A cette première logique s'oppose la logique de conformité qui, elle, régirait la culture professionnelle du personnel soignant, médecins et infirmiers. Dans cette logique, les acteurs font ce qu'ils font parce qu'ils le doivent, en raisonnant non par rapport à des conséquences attendues, mais en cherchant à se conformer aux principes, valeurs et normes qu'ils partagent. En raison de l'incohérence ou de l'incompatibilité des demandes émanant de l'environnement des hôpitaux, un découplage se produit entre les discours, qui seraient portés par les acteurs administratifs, et les actions mises en œuvre par les personnels soignants de l'hôpital.

L'existence d'attentes diverses et ambiguës de la part de différentes parties prenantes externes à l'organisation joue également un rôle important dans la formation des processus de découplage analysés par Meyer et Rowan (1977). Ce cadre cherche à expliquer pourquoi et comment se diffusent des dispositifs gestionnaires au sein d'organisations telles que les hôpitaux. Adopter des outils de gestion permettrait de se conformer au mythe du fonctionnement rationnel des organisations généralement partagé au sein des sociétés occidentales et ainsi de renforcer ou préserver la légitimité sociale des organisations adoptants ces outils, comme celle de leurs acteurs. Lorsque les attentes des acteurs sont ambiguës tout comme les effets que l'on peut attendre du déploiement des dispositifs de gestion, ceux-ci sont adoptés de manière cérémonielle sans que leur adoption n'impacte le cœur opérationnel des organisations.

Dans ces deux analyses, le découplage est un résultat sur le fonctionnement des systèmes ; il n'est pas analysé comme le produit d'un comportement délibéré des acteurs censés mettre en œuvre les dispositifs en question. Les travaux plus récents ont mis en évidence plus d'intentionnalité des acteurs dans les modalités d'adoption des nouveaux dispositifs de gestion. En adoptant de tels dispositifs, les personnels soignants, en particulier, cherchent délibérément à renforcer leur légitimité auprès de différents groupes d'acteurs, à obtenir différents avantages matériels associés ou encore à ménager leurs intérêts. Covaleski et Dirsmith (1983), par exemple, montrent que les acteurs paramédicaux investis de responsabilités administratives revêtent alternativement deux masques, le « masque budgétaire » et le « masque du clan » selon qu'ils s'adressent respectivement aux autres responsables administratifs de l'hôpital ou au personnel infirmier. Covaleski et al. (1993) proposent d'analyser les systèmes d'intérêts d'acteurs et les structures sociales de légitimité qui sous-tendent l'institutionnalisation de systèmes budgétaires de type DRG dans les hôpitaux. Intérêts d'acteurs et enjeux politiques entre groupes professionnels expliqueraient le découplage ou couplage relâché entre systèmes de gestion et activité (Lapsley, 1994, Pettersen, 1995). D'autres travaux mettent en évidence le rôle central des médecins responsables d'unités cliniques dans l'absorption du changement (Jacobs, 1995, Doolin,

2001) ou dans l'utilisation rhétorique d'outils de gestion, tels que les budgets (Nyland et Pettersen, 2004).

Ces travaux ont documenté la manière dont les personnels soignants cherchaient à mettre en œuvre de manière formelle les nouveaux dispositifs de gestion et à se conformer ce faisant aux attentes des tutelles ou des responsables administratifs des établissements, sans vouloir faire évoluer leurs pratiques opérationnelles ni sans avoir à le faire. Plus récemment, des analyses ont mis en évidence l'apparition de la fonction et du rôle de médecins-gestionnaires comme conséquence des transformations institutionnelles vers une plus grande managérialisation des hôpitaux (Llewellyn, 2001), voire l'émergence d'une profession hybride (Kurunmäki, 2004). Dans l'étude réalisée par Waring et Guthrie (2009), des médecins peuvent même endosser ce rôle de gestionnaire de manière délibérée, afin d'étendre leur pouvoir juridictionnel au détriment des responsables administratifs eux-mêmes.

Il ressort de ces travaux que systèmes de gestion et activité opérationnelle sont, dans le contexte hospitalier, faiblement couplés. Le découplage est maximal dans l'analyse de March et Olsen (1976) : le personnel soignant se concentre sur l'activité et n'a aucun rôle dans l'animation du système de gestion qui fonctionne selon une logique distincte de la première. Dans les autres travaux, les personnels soignants sont concernés par les nouveaux dispositifs de gestion, qu'ils adoptent de manière formelle jusqu'à s'en saisir de manière délibérée au mieux de leurs intérêts professionnels. Il nous semble qu'aucune de ces analyses ne puisse être transposée au cas que nous avons étudié.

4.1.2. Des observations peu conformes aux résultats de la littérature

Comme nous l'avons vu, de nombreux éléments semblent démontrer que les comportements ne sont pas conformes à une utilisation purement formelle des dispositifs, en particulier le temps qui y est consacré et la connaissance réelle de leur contenu par les acteurs.

Le comportement d'un seul acteur, le chef de pôle B, nous semble pouvoir être interprété comme relevant d'une utilisation formelle des dispositifs de gestion dans un souci de préserver sa légitimité. En effet, dans l'entretien que nous avons eu, il se déclarait peu convaincu par l'intérêt des dispositifs de gestion. Pourtant, en réunion, nous avons pu observer l'attention qu'il manifestait pour essayer d'interpréter un indicateur de consommations de solution hydro-alcoolique. Cet indicateur était perçu par la très grande majorité des médecins et soignants comme inutile, mais se trouvait être l'un des premiers indicateurs introduits par le nouveau directeur.

Par ailleurs, seuls quelques cas nous semblent relever d'un détournement des dispositifs par les acteurs médicaux à leur profit. Ainsi, un chef de pôle, que nous avons mentionné plus tôt pour son désintérêt flagrant lors d'une revue de contrat de pôle, profite de cette dernière pour négocier des moyens humains auprès de la direction. Il rebondit sur le mauvais taux d'exhaustivité du codage dans les deux services de cardiologie du pôle (71% et 77%, alors que dans l'établissement un bon taux est estimé au-dessus de 90%) pour réclamer une personne supplémentaire pour coder à la place des médecins. Le message qu'il fait passer à la

direction est clair : les médecins qui ne codent pas ne feront pas d'effort, et tant que du personnel dédié au codage n'est pas fourni, le taux d'exhaustivité n'augmentera pas.

Deux cadres supérieurs de santé soulignent aussi que l'analyse de l'information issue des tableaux de bord peut permettre d'argumenter pour obtenir certaines choses auprès de la direction en objectivant des besoins, comme par exemple pour des demandes de remplacement ou de postes :

« vous allez dire 'ah ben oui j'ai eu beaucoup d'absentéisme et j'ai pas eu beaucoup de remplacements' tant que vous arrivez pas à l'objectiver voilà, avec les tableaux là, ce qu'on mène là voyez, au 30 juin on voulait extraire notre nombre d'absentéisme, maladie, maternité, etc. et combien en face j'ai été remplacé, parce qu'à un moment donné ça me sert aussi à argumenter» (Cadre supérieur de santé B)

Ne pas diffuser les informations de gestion aux responsables d'unités peut aussi être interprété comme une volonté des chefs de pôle de protéger le « centre opérationnel ». Or, plusieurs acteurs ont constaté que certains chefs de pôle bloquaient l'information, notamment les tableaux de bord à leur niveau. Selon le directeur, *« l'écueil qu'on a avec ces tableaux de bord c'est qu'ils sont pas encore assez partagés. On a encore un peu une frilosité, les assistantes de gestion nous l'ont dit, il y a certains pôles où les responsables d'unités et les cadre les ont eu, et dans d'autres, les chefs de pôles ne les ont pas diffusés »*. Pour lui, plusieurs explications sont envisageables : *« alors est ce que c'est de la négligence, est ce que c'est un acte manqué, est ce que c'est un acte volontaire ? Ça dépend des fois. »*

Soulignons que plusieurs médecins cherchent à mettre en évidence en quoi les nouveaux dispositifs leur ont permis d'obtenir des décisions en leur faveur. Cependant, comme nous l'avons mentionné précédemment, la plupart des exemples qu'ils nous ont cité n'ont pas de lien avec les nouveaux dispositifs, notamment les tableaux de bord, puisqu'ils reposent sur des informations indépendantes de ceux-ci. Ces exemples ne peuvent donc pas être considérés comme un détournement des dispositifs étudiés au profit des intérêts des acteurs médicaux. En revanche, ils indiquent que nos interlocuteurs ne cherchaient en aucune manière à dissimuler un comportement stratégique de leur part.

In fine, ces quelques cas de comportement conduisant à une protection du centre opérationnel restent très marginaux dans nos observations.

4.1.3. Quelques éléments de contexte pouvant rendre compte de cette situation

Deux éléments de contexte, pourraient, selon nous, contribuer à expliquer l'absence de découplage délibéré dans l'utilisation des dispositifs de gestion. L'un a trait au faible investissement du directeur dans le déploiement et la mise en œuvre de ces dispositifs, l'autre aux faibles enjeux associés aux objectifs budgétaires.

Dans les études empiriques antérieures, des processus de découplage ou de résistance ont été observés lorsque les dispositifs de gestion sont tenus pour importants par la direction ou imposés par une tutelle (Covaleski et al., 1993, Pettersen, 1995, Preston et al., 1992). Dans le cas que nous étudions, bien qu'ayant impulsé la mise en place des outils de pilotage au sein des pôles, le directeur ne semble accorder que peu d'intérêt à leur utilité et à l'usage qui en est fait par les pôles. En effet, lors des deux entretiens que nous avons menés avec lui, le

directeur a systématiquement adressé nos questions relatives aux tableaux de bord des pôles à sa contrôleuse de gestion, qui par ailleurs l'assistait toujours lors de nos entretiens. De plus, les réunions qu'il préside, en particulier les réunions mensuelles des managers de pôles, portent très peu sur l'analyse des données issues des différents outils de pilotage des pôles. Elles sont plutôt consacrées à l'avancement des projets, notamment le projet de reconstruction de l'hôpital. Il ne préside jamais les réunions de suivi des contrats de pôles biannuelles, extrêmement centrées sur l'explication des tableaux de bord financiers, et préfère déléguer cette tâche au directeur des affaires générales.

Il convient de noter, par ailleurs, que les outils de gestion ne sont pas utilisés pour véhiculer et imposer une pression à la réduction des coûts ou à l'atteinte d'objectifs économiques. Comme nous l'avons vu, peu d'enjeux sont associés aux objectifs budgétaires et il en est de même pour les objectifs qui figurent dans les contrats de pôle. Ainsi, bien que le trio de pôle doive justifier auprès de la direction l'évolution des indicateurs de gestion du pôle, ces réunions ne sont perçues ni par les pôles, ni par la direction, comme une instance de contrôle de la direction sur les pôles. D'une part, les résultats du pôle constatés en réunion, bons ou mauvais, n'auront aucune conséquence pour la suite : excepté les questions de codage, il n'est pas demandé aux managers de pôle d'améliorer le résultat du pôle ou de mettre en œuvre des actions correctrices. A cet égard, le directeur des affaires générales souligne bien que l'équilibre financier de l'établissement prime sur les équilibres financiers des pôles :

« on a toujours bien expliqué que de toutes façons l'équilibre c'est un équilibre général, parce que par définition le découpage des pôles il s'est pas fait en fonction des équilibres financiers généraux des pôles, il s'est fait en fonction de parcours de soins, en fonction de logiques qui sont plus des logiques médicales que des logiques financières, et heureusement »

Ce constat est confirmé par l'attitude des managers de pôles qui ne semblent ressentir aucune pression de la part de la direction lors de ces réunions, comme en atteste le comportement parfois nonchalant des cadres de santé ou des assistants de gestion qui « *ne se souviennent plus* » de ce qui s'est passé il y a 6 mois et qui pourrait expliquer l'évolution de tel indicateur.

A ce stade, nous avons constaté que les comportements observés n'étaient que marginalement conformes à ceux observés dans la littérature empirique et identifié certains facteurs susceptibles d'expliquer cette différence.

Il reste que, tout comme dans les cas documentés précédemment, les nouveaux dispositifs s'inscrivent dans un contexte de réformes plus global. Ces réformes peuvent, elles, être perçues de manière négative par les personnes que nous avons rencontrées. Ainsi, plusieurs chefs de pôle dénoncent la T2A comme n'étant pas pertinente, notamment car elle est « *inflationniste* » (Chef de pôle B) ou « *idéologique* » (Président de CME). Par ailleurs, nous n'observons pas une neutralité des acteurs médicaux par rapport aux dispositifs, mais bien un engagement de leur part dans leur mise en œuvre. C'est cet engagement que nous cherchons désormais à expliquer.

4.2. Des comportements relevant d'une logique de conformité

Il semblerait que le comportement de la majorité des responsables des pôles et des cadres supérieurs de santé s'explique par la conformité à des dispositifs perçus comme naturels, attendus et légitimes - ce que March et Olsen (1976, 2004) appellent la logique de conformité et qu'ils opposent à une logique conséquentialiste. March et Olsen (1976) ont montré que cette logique expliquerait le découplage entre les activités dévolues aux gestionnaires porteurs d'une logique administrative conséquentialiste et le fonctionnement opérationnel des activités médicales prises en charge par le personnel soignant et régit par une logique de conformité. Nous proposons ici que cette logique est susceptible de guider également le comportement des personnels soignants lorsqu'il s'agit pour eux de mettre en œuvre des dispositifs de gestion, en particulier dans un contexte où peu d'enjeux sont associés aux dispositifs en question.

4.2.1. Des discours qui reflètent une logique de conformité

Nous avons vu que plusieurs médecins essayent de donner des exemples dans lesquels les nouveaux dispositifs ont été mobilisés. Or ces exemples portent précisément sur des situations dans lesquels les nouveaux dispositifs ne l'étaient pas. Comme nos questions portaient sur les tableaux de bord et autres outils de gestion, nous pouvons supposer qu'ils cherchaient ainsi à démontrer leur volonté d'utiliser ces outils, de convaincre et de se convaincre que ces nouveaux dispositifs sont pertinents et bien adaptés.

On note aussi une volonté d'améliorer la forme des outils de gestion, pour faire les choses correctement, même chez les médecins par ailleurs dubitatifs sur l'impact de ces outils pour leurs pratiques et sans que cette volonté d'amélioration ne réponde à une demande de la direction.

« On est dans une phase qui m'amuse, parce que souvent je les trouve mal... enfin pas encore bien présentés, donc d'année en année ou de trimestre en trimestre... on va demander des petites améliorations » puis *« Il faudrait plus de temps pour le concevoir bien. C'est-à-dire qu'on est encore dans une phase de construction en fait hein »* (Chef de pôle E)

Nous avons trouvé des discours similaires chez les médecins convaincus de l'utilité des tableaux de bord. Ils jugent par exemple que des améliorations sont nécessaires, notamment pour éviter les erreurs d'imputations. Cependant, lorsqu'on leur demande pourquoi, ils répondent simplement que grâce à ces améliorations *« ça ira »* (Chef de pôle C) sans que l'on ne sache ni ce qui ira, ni ce que cela changera si ce n'est le fait de *« savoir où on se situe »*.

De nombreux entretiens montrent aussi plus directement que l'idée de faire ce qu'y est demandé ou attendu est importante et très présente. Ainsi revient parfois l'idée qu'il faut faire des *« études médico-économiques »* parce que *« on répond à ce qu'on nous demande »* (Président de CME) ou qu'il faut suivre des indicateurs parce que cela s'impose :

"Alors il y a des indicateurs qui s'imposent pratiquement un petit peu à nous, par exemple les consommations de solutions hydro-alcooliques, mais je veux dire, ils s'imposent à nous dans un pôle, pourquoi ? Parce que ils s'imposent à un établissement, donc j'ai quand même un peu du mal à voir comment un pôle pourrait se désinvestir de ça, les indicateurs les IPAQSS..." (Cadre supérieur de santé B)

De même pour ce qui est de rendre des comptes :

« Parce que, peu importe ce qu'on fasse, on a à rendre compte » (Cadre supérieur de santé D)

Dans le même esprit, puisqu'on a les données, on doit les analyser, autrement dit, c'est ce qu'il faut faire :

« par exemple, là les tableaux d'activité qu'on a mensuellement, sur les CREA, les recettes, les dépenses, les choses comme ça, je veux dire il faut qu'on en fasse l'analyse au fur et à mesure qu'on en a eu connaissance, on peut pas les laisser pour compte, c'est pas possible, alors que je veux dire, dans la mesure où on ne les avait pas, on ne les analysait pas » (Cadre supérieur de santé D)

La formulation est parfois encore plus claire puisqu'il s'agit non seulement de répondre à une demande, mais de faire plaisir : *« les réformes, on fait plaisir, on remplit les cases »* (Président de CME). Ce terme semble bien montrer qu'on est loin du registre de l'intérêt ou plus généralement de la conséquentialité. Les acteurs accordent du temps et de l'attention aux outils, les font vivre, mais n'en attendent rien en retour, ni pour la gestion de leur activité, ni en termes de reconnaissance et ne s'en saisissent pas non plus pour les détourner ou se les accaparer au détriment du personnel administratif.

De façon intéressante, certains acteurs expriment l'idée que cette logique de faire les choses parce que c'est ce qui est attendu existait par le passé, mais que c'est désormais différent :

« Le contrat de pôle pour moi, ça a été un exercice de style jusqu'à l'année dernière. Un exercice de style dont on devait, comment dirais-je, s'acquitter, parce qu'il fallait des contrats de pôle » (Chef de pôle E)

Pourtant aucune observation ne vient conforter l'idée d'un changement.

Finalement, ces observations semblent conforter l'interprétation en termes de logique de conformité que nous proposons pour rendre compte des comportements et discours des personnels soignants.

4.2.2. Quelques éléments d'explication

Deux éléments peuvent contribuer à expliquer la prégnance d'un tel comportement régit par une logique de conformité dans la sphère managériale à laquelle, selon March et Olsen (1976), il serait étranger. D'une part, le directeur semble apprécié, ce qui rend légitime les réformes qu'il a lancées autour des nouveaux outils de gestion. D'autre part, la conviction partagée qu'il est important de participer aux efforts d'amélioration de la performance économique des hôpitaux.

Un directeur apprécié des personnels soignants

Le nouveau directeur semble bénéficier d'une image de dynamisme en rupture avec celle de son prédécesseur, ce qui peut contribuer à crédibiliser la proposition que les dispositifs qu'il a encouragés à un moment ou à un autre sont utiles et efficaces.

« Avant [le nouveau directeur], même au niveau de la direction, y avait surtout la volonté d'être conforme au texte » (Chef de pôle E)

Il est perçu comme étant à l'origine de la mise en place effective des pôles :

« J'ai envie de dire, en 2007-2008... même 2009, ils [les pôles] existaient sur un bout de papier, si je puis dire. Voilà, et c'est avec l'arrivée du directeur que ça a quand même, enfin, ça a quand même... Ce n'est pas un jugement mais ... le fonctionnement en pôles c'est véritablement mis en place » (Cadre supérieur de santé B)

Il est aussi accessible :

« Donc ce conseil des managers de pôles [...] il y a le directeur, donc c'est bien, je trouve que si on a des questions, on peut interpeller le directeur en direct et moi je trouve que c'est bien » (Cadre supérieur de santé F)

Enfin, la plupart de nos interlocuteurs mentionnent spontanément les sujets sur lesquels le directeur a débloqué des situations ou leur a accordé les moyens qu'ils demandaient.

La confiance envers le directeur semble d'ailleurs étendue aux autres responsables de l'équipe de direction de l'hôpital :

« Quand vous commencez à parler avec la DRH vous voyez tout le travail que ça leur a nécessité de tirer au clair qui était sur qui sur quoi... Il faut qu'on leur laisse un peu de temps, qu'on leur fasse confiance » puis *« Je trouve très confortable qu'on ait différentes directions qui fassent bien leur travail. C'est vrai, je n'ai pas à me plaindre (...) c'est à chaque direction de continuer à faire son travail comme elle le fait bien »* (Cadre supérieur de santé F)

Cette confiance vis-à-vis du directeur peut contribuer à légitimer les dispositifs que les acteurs perçoivent comme émanant de celui-ci et contribuerait donc à expliquer l'engagement des acteurs médicaux dans la mise en œuvre des dispositifs. Soulignons qu'il ne s'agit pas pour ces acteurs de jouer le jeu pour paraître légitime aux yeux du directeur. Comme nous l'avons indiqué, le directeur ne semble lui-même pas être directement présent dans ce jeu. Il s'agirait donc plutôt de mettre en œuvre des dispositifs que le directeur a légitimé, et conduirait au résultat paradoxal d'un surinvestissement des personnels soignants dans les dispositifs de gestion, y compris par rapport aux attentes du directeur.

Conviction partagée qu'il est important de participer aux efforts d'amélioration de la performance économique des hôpitaux

La plupart des acteurs semblent partager la conviction qu'il est légitime de s'intéresser à la dimension économique de la performance des hôpitaux afin de contribuer à une meilleure utilisation de ressources rares. Or, comme cela a déjà été observé par ailleurs (Crémieux, Saulpic & Zarlowski, 2012), les nouveaux dispositifs sont associés à une meilleure gestion de la performance économique ou médico-économique, sans que cette association ne repose sur une réelle analyse de l'efficacité des dispositifs en question.

Ainsi, en parlant des nouveaux dispositifs sur lesquels elle a pourtant une opinion mitigée, une cadre supérieur de santé indique :

« Voilà. Mais c'est peut-être ça l'avenir, je n'en sais rien. C'est peut-être comme ça qu'on arrivera à faire des économies de santé. C'est possible, c'est possible. » (Cadre supérieur de santé D)

C'est donc bien la contribution potentielle à des économies de santé qui justifierait à ses yeux les nouveaux dispositifs : ils sont considérés comme appropriés car susceptibles de contribuer à l'amélioration de la performance économique de l'hôpital.

4.2.3. Quelle influence de la situation bénéficiaire ?

L'établissement se trouve pour l'instant en situation bénéficiaire. Ce contexte est important pour comprendre la faible pression associée aux dispositifs étudiés.

Les chefs de pôles sont d'ailleurs conscients que la relative aisance financière de l'hôpital est un élément déterminant du contexte :

« Si l'hôpital était en déficit, ce serait différent » (Chef de pôle D).

L'impact de cette situation sur le comportement des acteurs n'est pas évident. D'un côté, elle devrait conduire à un désintéret pour des dispositifs qui fondamentalement viseraient principalement à améliorer la performance financière. De l'autre, on peut considérer qu'elle facilite au contraire l'implication des acteurs médicaux dans l'utilisation de ces outils. En effet, utiliser ces outils n'a pas d'autre conséquence que le temps que les acteurs ont consacré à les faire vivre : comme nous l'avons vu, l'impact des dispositifs de gestion sur les activités médicales est, jusqu'à présent, resté très faible. Il n'y a donc pour les personnels soignants ni risque ni enjeu à s'impliquer dans la mise en œuvre de ces dispositifs de gestion ; ils peuvent à un moindre coût contribuer à une activité relevant de la sphère gestionnaire et qui leur semble légitime au niveau local comme au niveau global du système de santé.

5. Conclusion et implications managériales

Le cas que nous avons étudié nous semble constituer un exemple original de déploiement d'outils de gestion à l'hôpital. Loin des comportements de résistance, de détournement ou de récupération de la part des personnels soignants documentés dans la littérature, médecins et cadres supérieurs de pôles se sont ici emparés des outils de gestion, cherchent à les comprendre, voire à les améliorer, leur consacrent du temps et de l'attention mais semblent ne rien en attendre en retour : ni pour l'amélioration de la gestion de leur activité, ni en termes de récompense, gratitude ou bénéfices directs ou indirects qu'ils pourraient obtenir de la part de la direction en échange de cette utilisation. L'interprétation que nous proposons est que ces comportements et attitudes pourraient relever de la logique de conformité qui, selon March et Olsen (1976), régit la manière de faire et de penser des personnels soignants dans leur sphère d'activité. Les dispositifs de gestion sont mis en œuvre parce qu'ils sont perçus par les personnels soignants comme naturels, attendus, légitimes, conformes à ce que leurs valeurs et normes personnelles et professionnelles leur indiqueraient de faire. Dans le cas que nous avons étudié, cette logique semble rester à l'œuvre y compris pour des activités qui relèvent directement de la sphère gestionnaire alors que, selon March et Olsen, cette dernière relève d'une logique antagoniste à la précédente, qui conduit à rapporter systématiquement les actions à entreprendre aux effets qui en sont attendus.

Intéressant sur le plan empirique, nous pensons que le cas que nous avons étudié est riche d'implications managériales. Le temps passé par les personnels soignants (médecins chefs de pôle et cadres supérieurs de santé) et administratifs (assistantes de gestion, contrôleuse de gestion) à animer des dispositifs constitue, d'un point de vue technique, une déperdition de moyens. Il s'agit de temps passé par des personnels qui ne sont pas formés sur des données et des outils complexes, pas nécessairement adaptés au pilotage des pôles, et qui ne semble donc servir à rien : il semble que la mise en œuvre de ces dispositifs soit sans aucun impact sur les pratiques et porteur d'aucune amélioration de la performance médico-économique de l'hôpital. Dans un tel contexte, une forme de découplage, par lequel les acteurs feraient semblant de mettre en œuvre les outils qui leur sont proposés ou imposés, pourrait paradoxalement relever d'une saine gestion des ressources en protégeant le « cœur opérationnel » de l'organisation de certaines demandes ambiguës ou contradictoires émanant de leur environnement (Meyer et Rowan, 1977). Cette protection du cœur opérationnel peut venir des opérationnels eux-mêmes, ou de ceux d'entre eux qui ont été investis de responsabilités de gestion – les chefs de pôle dans notre exemple. Elle pourrait également être déployée par les directeurs d'établissement dont l'un des rôles, en tant que gestionnaires, est de concevoir, mettre en œuvre et animer des systèmes de mesure et de gestion des performances qui soient véritablement habilitants pour les responsables opérationnels au sein de l'hôpital.

Références

- Bruant-Bisson, A., Castel, P. & Panel, MP. (2012). Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé. Rapport IGAS, RM2012-011P
- Crémieux, F., Saulpic, O. & Zarlowski, P. (2012). L'introduction de comptes de résultats de pôles dans un hôpital public : analyses et propositions à partir d'une étude de cas. *Journal de Gestion et d'Economie Médicales* 30 (7-8) : 419-434.
- Cohen, M. D., J. G. March & J. D. Olsen. (1972). A garbage can model of organizational choice. *Administrative Science Quarterly* 17(1): 1-25
- Covaleski, M. A. & Dirsmith, Mark W. (1983). Budgeting as a means for control and loose coupling", *Accounting, Organizations and Society* 8 (4): 323-340
- Covaleski, M. A. & Dirsmith, M. W. Michelman J. E. (1993). An institutional theory perspective on the DRG framework, case-mix accounting systems and health-care organizations. *Accounting, Organizations and Society* 65-80
- Doolin, B. (2001). Doctors as managers. New Public Management in a New Zealand hospital. *Public Management Review* 3(2)
- Jacobs, K. (1995). Budgets: a medium of organizational transformation. *Management Accounting Research* 6(1): 59-75
- Kurunmäki, L. (2004). A hybrid profession-the acquisition of management expertise by medical professionals. *Accounting, Organizations and Society* 29(3/4): 327-347
- Lapsley, I. (1994). Responsibility accounting revived ? Market reforms and budgetary control in health care. *Management Accounting Research* 5: 337-352.
- March, J.G. & Olsen, J.D. (1976). *Ambiguity and Choice in Organizations*. Bergen, Norway: Universitetsforlaget
- March, J. G. & Olsen, J.D. (1984), The new institutionalism: organizational factors in political life. *American Political Science Review* 78: 734-749
- March, J. G. & Olsen, J.D. (2004). The logic of appropriateness. ARENA – Center for European Studies, University of Oslo, Working Paper WP 04/09
- Meyer, J.W. & Rowan, B. (1977). Institutional organizations: formal structure as myth and ceremony. *American Journal of Sociology* 83 : 340-63.

Moisdon, J.C. (2010). L'évaluation du changement organisationnel par l'approche de la recherche intervention. L'exemple des impacts de la T2A. *Revue française des affaires sociales* 1-2

Moisdon, J.C. & Pépin, M. (2010). Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé - Étude qualitative d'un échantillon de 8 établissements. Document de travail DREES, n° 97

Nyland, K. & Pettersen, I.J. (2004). The Control Gap: The Role of Budgets, Accounting Information and (Non-) Decisions in Hospital Settings. *Financial Accountability & Management* 20(1) : 77-102

Or, Z. & Renaud, T. Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A). Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères. Document de travail IRDES n° 23

Pettersen, I.J. (1995). Budgetary control of hospitals- ritual rhetorics and rationalized myths? *Financial Accountability and Management* 11(3) : 207-221

Pouvoirville G. (2009). Les hôpitaux français face au paiement prospectif au cas : la mise en œuvre de la Tarification à l'Activité. *Revue économique* 60(2)

Preston, A.M., Cooper, D.J & Coombs, R.W. (1992). Fabricating budgets: A study in the production of management budgeting in the National Health Service. *Accounting, Organizations and Society* 17: 561-593

Waring, J & Curie, G. (2009). Managing expert knowledge: organizational challenges and managerial futures for the UK medical profession. *Organization Studies* 30(7): 755-778

Zeggar, H., Vallet, G & Tercerie, O. (2010). Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé. Rapport IGAS, RM2010-010P

Annexe 1 : liste des personnes rencontrées

Chefs de pôle

Chef du pôle B
Chef du pôle C
Chef du pôle D
Chef du pôle E

Cadres supérieur de santé de pôle

Cadre supérieur de santé du pôle A
Cadre supérieur de santé du pôle B
Cadre supérieur de santé du pôle C
Cadre supérieur de santé du pôle D
Cadre supérieur de santé du pôle E
Cadre supérieur de santé du pôle F

Assistants de gestion des pôles

Assistant de gestion 1
Assistant de gestion 2
Assistant de gestion 3

Direction

Directeur
Directeur des affaires générales
Directeur des affaires médicales
Directeur de la qualité Directeur des services techniques
Contrôleur de gestion

Autre

Président de la Commission Médicale d'Établissement (CME) (également ancien chef de pôle)
Médecin du département d'information médicale