



HAL
open science

Les hôpitaux face au défi d'un cadre de gouvernance personnalisée

Rafael Ramalho Vale Cavalcante, Frédéric Kletz, Jean-Claude Sardas

► **To cite this version:**

Rafael Ramalho Vale Cavalcante, Frédéric Kletz, Jean-Claude Sardas. Les hôpitaux face au défi d'un cadre de gouvernance personnalisée. 10ème colloque ARAMOS - Association de Recherche Appliquée au Management des Organisations de Santé, Nov 2022, Genève, Suisse. <hal-04581431>

HAL Id: hal-04581431

<https://hal.science/hal-04581431v1>

Submitted on 22 May 2024

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.



HAL Authorization

TITRE : LES HOPITAUX FACE AU DEFI D'UN CADRE DE GOUVERNANCE PERSONNALISEE

Auteurs : Rafael CAVALCANTE, Frédéric KLETZ, Jean-Claude SARDAS

I.INTRODUCTION ET CONTEXTE

L'architecture générale de l'organisation à l'hôpital a été profondément ébranlée par la loi HPST de 2009¹. Dans un de ses volets, cette loi encadre et renforce les termes généraux de ce qui est convenu d'appeler la « Nouvelle Gouvernance Hospitalière » (NGH). Parmi les principes de la NGH, se trouvent notamment le renforcement du rôle du directeur d'établissement et des pôles d'activité (unités rassemblant des services médicaux, chirurgicaux et médicotechniques selon un principe de responsabilisation et contractualisation avec la direction de l'hôpital), ainsi que de leurs responsables médicaux, les chefs de pôle.

L'inspiration du pôle comme centre de responsabilité d'une entreprise multi-divisionnelle est difficile à nier (Angelé-Halgand & Garrot, 2015), au moins en ce qui concerne ses principes de responsabilisation et de délégation des missions contractualisées, dans le but de créer une cohérence entre direction et centre opérationnel, tel que décrit dans la loi HPST (Malherbe, 2013). La NGH de manière générale semble en effet s'inspirer du monde de l'*entreprise* (Jaffre, 2018), dans le sens où elle cherche à rendre possible la déclinaison d'une planification stratégique (*corporate*), au niveau opérationnel, à travers des objectifs et des moyens censés traduire le but de l'organisation. Tels sont les préceptes du management stratégique dans le secteur privé (Helfer et al., 2013), dont la transplantation à l'hôpital est devenue envisageable grâce à la robustesse d'un système d'information désormais régulateur - T2A et indicateurs de gestion - avec toutes ses limites.

La gouvernance à l'hôpital a ainsi été analysée ces dix dernières années selon l'optique du volet managérial de cette loi, soit en essayant de déceler les liens avec le *New Public Management* – NPM (Bezes et al., 2011), soit dans le but de comprendre l'émergence des nouveaux rôles (Burellier et al., 2019; Grenier & Berardini-Perinciolo, 2015), ou enfin la manière dont ce cadre légal a pu faciliter le dialogue de gestion à l'hôpital (d'Amore & Montet, 2017; Vallejo et al., 2020). Le plus souvent, le prisme médico-économique est privilégié pour analyser les pôles (Burnel, 2017), notamment en termes de contrôle de gestion, et ceux-ci sont étudiés uniquement quant à leur capacité de mettre en place différentes actions afin d'atteindre les objectifs stratégiques de l'établissement, tel des unités opérationnelles dans le but principal d'améliorer leur performance (Dos Santos et al., 2014; Vallejo et al., 2020). Ce regard se fait au détriment de l'analyse de son rôle sur la coordination des soins et l'amélioration de parcours des patients (Cavalcante et al., 2022), thématiques qui revêtent pourtant une importance en termes de sens au travail, pour les soignants.

Ces analyses observent en outre l'écart entre les attendus de la NGH et les résultats réels constatés en termes de transformation de l'hôpital (Moison, 2017). Ils pointent également vers une grande variabilité des modes de fonctionnement des pôles en fonction de variables de contexte - composition, taille, cohérence entre services regroupés - (Baly, 2015), et les conséquentes imprécisions dans les responsabilités, sources de malaise et désintérêt pour la vie hospitalière (d'Amore & Montet, 2017). Cependant, ils ne permettent pas d'expliquer comment un mode de gouvernance se construit effectivement dans le contexte juridique actuel, ni l'impact des nouvelles contraintes et savoirs surtout d'ordre économique sur le partage du pouvoir à l'intérieur de l'hôpital. Quand ce dernier point est abordé, les études se concentrent sur une critique de la montée en puissance du « chiffre » dans le quotidien de l'hôpital (Angelé-Halgand & Garrot, 2015), ou sur les dynamiques de négociation et compromis autour des mesures de performance (Morinière, 2021), sans aborder de manière plus concrète la façon dont la gouvernance hospitalière est, sur le terrain, comprise et vécue par les professionnels, soignants comme administratifs.

Plus récemment, un mouvement qui propose de repenser les règles de gouvernance à l'hôpital s'est intensifié, prônant notamment davantage de reconnaissance et légitimation du rôle des soignants dans les processus de prise de décision, ainsi qu'une revalorisation du service comme base affirmée de l'organisation hospitalière, devant bénéficier d'une plus forte autonomie (Michot et al., 2019). Le

¹ Loi Hôpital, patients, santé et territoires de 2009.

rapport du Pr Claris de 2020², en soulignant la perte d'attractivité de l'exercice à l'hôpital public aggravée par la pandémie de COVID, dénonce la dévalorisation du service dans la gouvernance et l'éloignement des médecins de la direction, occasionnés entre autres par l'ajout du pôle comme strate médico-administrative supplémentaire. Face à ce contexte, la réponse du gouvernement, incarnée par les mesures du Ségur de la santé et de la loi Rist d'avril 2021³, a été de proposer une « (re) *médicalisation* de la gestion à l'hôpital » et le « rétablissement du rôle et de la place du service au sein de l'hôpital ». Ces nouvelles directives sont rappelées dans un guide du ministère de la Santé⁴, qui au-delà de quelques recommandations concernant la « simplification du fonctionnement » et « la liberté d'organisation interne », reste très peu prescriptif et laisse à la liberté des managers hospitaliers de tous niveaux d'adapter ces normes au contexte local et spécificités individuelles de chaque établissement.

Les acteurs sont donc appelés à lancer une réflexion collective sur ces sujets dans le cadre de l'élaboration d'un projet de management et de gouvernance spécifique à chaque établissement. Cette situation nous invite à nous poser la question suivante : comment les hôpitaux peuvent-ils assurer simultanément le besoin d'élaboration d'un cadre personnalisé de gouvernance, par une adaptation du cadre législatif à la réalité du terrain, et le besoin de normalisation concernant ces mêmes règles de fonctionnement ?

II. MÉTHODOLOGIE ET TERRAIN DE LA RECHERCHE

II.1 Méthodologie et orientation théorique

Cette communication vise à comprendre le processus par lequel la gouvernance d'un hôpital se construit, dans sa représentation formelle et structurelle, ainsi que dans sa réalité quotidienne. Nous proposons d'explorer ce cheminement à travers une étude de cas encadrée (Yin, 2018), d'un groupe hospitalier universitaire français, composé de sept établissements, et constitué en 2019 à partir du regroupement de trois groupes hospitaliers différents.

Conjointement à ce mouvement de restructuration, les services ont dû se regrouper dans des pôles transverses sur le périmètre du groupe et à taille plus importante, de façon à éviter que deux services de même spécialité se trouvent sur deux pôles différents. Au-delà de leurs compétences managériales, ces pôles ont également été chargés de nouvelles missions, concernant la construction de partenariats de recherche et d'enseignement entre les services. Enfin, le contexte de crise Covid a amené la direction du groupe à recentrer le pilotage et la coordination quotidienne au niveau de la direction de chaque établissement, et la crise a été vécue comme un grand coup de frein à la dynamique de transversalité managériale et universitaire attendue des nouveaux pôles. Ces derniers sont ainsi entrés dans un état progressif de remise en cause par la communauté soignante, notamment du côté médical, de façon plus ou moins prononcée selon les sites. Cette situation culmina par un mouvement de contestation fin 2021 qui obligea la direction du nouveau groupe à réagir et à interroger ses structures, son mode d'organisation et sa gouvernance.

Face à ce contexte, notre équipe a eu l'opportunité de mener une démarche méthodologique de recherche-intervention (Hatchuel, 2005; David et al., 2012; Moisdon, 2015) qui nous a amenée à participer à la préparation d'un séminaire sur la gouvernance au sein de ce groupe hospitalier (GH), en partenariat avec la direction et le président de la commission médicale d'établissement, entre janvier et juin 2022. Dans ce cadre, les pôles et sites hospitaliers ont été invités à réaliser un bilan de leur mode de fonctionnement. En effet, mise en place depuis 2019, cette nouvelle organisation en grand groupe et pôles transverses n'avait pas encore été l'objet d'une évaluation (la période étant notamment marquée par la réponse à l'épidémie de Covid), alors que la communauté hospitalière en était demandeuse. Malgré l'évolution récente du cadre réglementaire prévu par la loi Rist, c'est plutôt d'un besoin local d'éclairage sur le fonctionnement du GH qu'a été mise en place cette procédure d'analyse. Cependant, elle concourt temporellement et partage avec ce cadre juridique une volonté de reconnaissance de la

² Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières confiée au Pr Olivier Claris, juin 2020.

³ Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

⁴ Mieux manager pour mieux soigner, Ministère de Solidarités et de la Santé, août 2021.

place du service et de la médicalisation de la gestion à l'hôpital, intégrés lors de l'élaboration du bilan de fonctionnement du GH. Ce processus nous paraît ainsi un espace fertile pour la compréhension de la manière dont les établissements de santé peuvent appréhender et adapter leurs modes de gouvernance.

Notre équipe a été chargée d'accompagner deux directions de site (binôme directeur et représentant élu de site) et trois bureaux exécutifs de pôle (directeur médical de pôle, cadre paramédical et administratif de pôle et représentant administratif de pôle). Notre intervention a consisté à nous rencontrer avec les acteurs de chacun de ces cinq terrains et élaborer ensemble une démarche d'évaluation. Notre étude a été complétée par l'observation non participante au sein des comités exécutifs de groupe et par un échange régulier avec la direction du GH. L'hétérogénéité des espaces d'action, des temporalités et des modalités d'intervention se justifie par notre positionnement épistémologique de type compréhensif (Dumez, 2016), orienté par un double objectif opérationnel et de recherche, qui évolue avec les demandes de nos partenaires, caractérisant la recherche-intervention (Kletz, 2018).

Sur le plan méthodologique et pratique, nos résultats apportent des connaissances utiles pour la recherche de compromis entre cadre législatif et réalité du terrain, dans le but de construire une organisation plus lisible, fluide et personnalisée, compatible avec l'ensemble de la communauté hospitalière. Sur le plan théorique, grâce à une mobilisation de la littérature sur la théorie contemporaine de l'entreprise (Segrestin & Hatchuel, 2012; Hatchuel, 2014), nous apportons des notions utiles pour la conception des structures de gouvernance à l'hôpital. Ce courant s'insère dans un mouvement plus large de refondation des sciences de gestion, et voit dans l'entreprise moderne avant tout un dispositif qui rend possible et visible une forme spécifique d'action et création collective. La perspective que nous adoptons dans notre analyse part ainsi du principe que c'est cet élan de progrès, d'ordre et d'efficacité qui a été escompté par la NGH par l'emprunt du vocabulaire et des dispositifs venant du « privé », et non une simple transplantation de logiques marchandes au milieu hospitalier - l'entreprise n'étant pas la conséquence « naturelle » du marché et du « management » (Hatchuel, 2019).

II.2 Matériau empirique

Le GH en question est constitué de sept établissements et seize pôles (regroupant environ 160 services différents), repartis dans un large territoire géographique. Le choix d'un éventail de cinq unités d'analyse sus-citées permet de regarder la question de la gouvernance par plusieurs angles différents, d'autant que notre accompagnement était soutenu par l'accord et le souhait des acteurs en question.

Le tableau ci-dessus permet de synthétiser la démarche co-élaborée entre l'équipe de recherche et les acteurs de chaque unité d'analyse. Les cinq processus ont été présentés par ces acteurs lors du séminaire du groupe hospitalier, devant l'ensemble de la communauté exécutive du GH (directions générales du groupe, des sites et des pôles), en juin 2022.

Unité d'analyse	Caractéristiques principales	Démarche d'évaluation co-élaborée
Établissement A	-Hôpital pédiatrique ; -Excentré géographiquement ; -Deux pôles principaux ;	-Questionnaire qualitatif adressé aux chefs de service et responsables d'unité fonctionnelle, cadres paramédicaux et administratifs du site. -Groupes de travail pour réflexion sur des pistes d'action à partir des résultats du questionnaire.
Établissement B	-MCO ; -Centralisé géographiquement ; -Plusieurs pôles représentés.	-Trois réunions de Comité exécutif de site élargi autour de trois thématiques : tour de table et partage d'expérience entre les pôles présents sur site ; accueil et intégration sur le site ; crise RH dans le service d'Urgences.
Pôle I	-Bi-site, pluridisciplinaire, avec une présence accentuée sur un seul site hospitalier.	-Réunions individuelles avec les binômes chef de service et cadre paramédical de proximité de tous les services du pôle, avec synthèse présentée en bureau de pôle.

Pôle II	-Transversal, clinique (Urgences et aval des urgences...).	-Séminaire de pôle avec groupes de travail (thématiques : gouvernance du pôle, recherche et enseignement et parcours ville-hôpital), tenu en deux jours.
Pôle III	-Transversal, services médicotechniques (radiologie, anatomopathologie...)	-Questionnaire de satisfaction et évaluation envoyé à tous les chefs de service et cadres du pôle. -Présentation des résultats du questionnaire en plénière de pôle, avec synthèse des échanges.

Tableau 1 – Synthèse des unités d'analyse

III. RESULTATS

III.1 Trois pôles : des structures et modes de management différents

Nous constatons sur les trois pôles non seulement une forte hétérogénéité des formes et logiques de rassemblement, mais aussi des modalités de management et d'action très disparates qui accompagnent ces structures si diversifiées. Dans le pôle I, la présence d'une communauté médicale de site très forte et soudée, globalement opposée au mouvement d'intégration en GH et à la transversalité de services au niveau des pôles, réduit les prérogatives et les responsabilités assurées par le collectif du pôle I. Ses fonctions de gestion se restreignent au partage des quelques budgets délégués par la direction et ils trouvent une grande difficulté à établir une cohérence scientifique à cause de la forte hétérogénéité des spécialités.

Le pôle II, malgré une cohérence disciplinaire et un périmètre de spécialités plus restreint, autour d'une logique de parcours potentiellement fédératrice, a du mal à élargir ces actions au-delà d'un cercle restreint de quelques chefs de service responsables d'axes un peu impliqués. Des essais de rassemblement universitaire ont échoué face à des difficultés de communication, des contraintes techniques liées à la taille du pôle et à l'éloignement géographique des services, mais aussi à une relative ambiguïté de son périmètre (il n'inclut pas tous les services de réanimation ou de médecine interne du GH, par exemple). S'il n'y a pas d'opposition formelle à l'existence du pôle, son apport comme espace d'échange et d'apprentissage ne se manifeste pas, et l'on constate l'absence d'objectifs communs et de feuille de route claire.

Enfin, le pôle III fait exception par rapport à ces deux derniers, et s'érige comme un « pôle bon élève ». Il arrive à se créer une réputation dans le GH par une forte articulation et synergie entre les services et la présence de plusieurs projets structurants (plateforme digitale de formation, regroupement des plateaux techniques d'anatomopathologie...), inscrivant des spécialités potentiellement marginalisées dans l'agenda prioritaire du groupe. Même s'il n'arrive pas à être très visible dans la perception des soignants non dirigeants, le pôle présente une vie institutionnelle assez riche permettant la construction d'une stratégie médicale forte et démarquée, soutenue par un collectif de chefs de service uni et un encadrement transversal solide.

III.2. La gouvernance aux yeux des deux établissements

Les réponses au questionnaire qualitatif et les groupes de travail au sein de l'établissement A mettent en évidence un passage en GH globalement perçu de manière très négative, avec une critique de l'éloignement de la direction du groupe et une très mauvaise appréciation, de la part des médecins, de la disparition d'une CME au niveau de l'établissement. Une bonne partie des répondants ne connaît pas, ne comprend pas, ou ne se sent pas impliquée par le niveau de décision « au-dessus » du site et l'on manifeste un sentiment d'opacité générale sur la gouvernance, qui s'accroît « en crescendo » quand on s'éloigne du terrain. L'avantage des pôles pour les services est très rarement identifié, alors que les critiques sont abondantes et remettent en question leur utilité, leur visibilité, et leur adaptation aux besoins du terrain. Malgré l'existence de seulement deux pôles principaux au niveau du site, la communauté soignante ne profite pas de ces structures pour se rassembler, et les réflexions des groupes de travail pointent vers le besoin de la restauration d'un collectif de site au travers de la mise en place d'une assemblée locale.

L'établissement B, quant à lui, profite plutôt de la dynamique globale de regroupement, qui semble le favoriser, ce qui se manifeste par un repositionnement stratégique soutenu par la direction du groupe et manifesté par l'émergence de plusieurs projets d'ampleur sur le site. Cependant, cela ne se fait pas nécessairement ressentir de façon unanime, et l'on observe également un malaise face au manque de clarté sur le fonctionnement de l'organisation. L'exemple de la situation de crise des urgences montre comment les acteurs sur plusieurs niveaux (pôle, direction du site, chefferie et encadrement de service, direction des soins...), peuvent se mettre d'accord et agir de manière coordonnée face à une problématique commune indépendamment du flou de la structure – ce qui fait penser à la situation de solidarité vécue au sein de nombre d'hôpitaux pendant les pics de la pandémie de Covid. En outre, il est difficile de ne pas remarquer l'oubli presque systématique de la pertinence du niveau du pôle pour le fonctionnement du site.

III.3. Contrastes entre autonomie, cloisonnement et opacité

Cette immersion dans les coulisses de l'organisation d'un groupe hospitalier nous a permis d'observer plusieurs aspects de la gouvernance à l'hôpital dans le contexte actuel. D'un côté, le cadre d'existence des pôles I, II et III semble suffisamment souple pour permettre l'ajustement mutuel et l'adaptation des acteurs *vers un compromis*, puisqu'on ne constate pas de conflits particuliers à ce niveau. Cette autonomie est un élément clef des centres de responsabilité, condition même pour la décentralisation des responsabilités voulue par ce type de dispositif. Mais si cela permet d'évacuer les tensions en dehors de la sphère du pôle, le résultat reste hétérogène entre les différentes structures, et ne favorise pas la construction des collectifs soignants agissant de manière coordonnée sur une sphère de l'activité du GH. On constate enfin l'absence de cadrage du management des pôles, avec une mise en retrait de la direction qui manifestement ne cherche pas à contrôler ces derniers.

On observe deux conséquences de cette « fausse autonomie ». Tout d'abord, un sentiment paradoxal de manque de soutien technique de la part de la direction, qui laisse confus les dirigeants des pôles quant à la meilleure manière de promouvoir la cohésion entre les services, ce qui est potentialisé par le sentiment omniprésent de manque de clarté, voire d'opacité, sur la manière dont les décisions sont prises dans l'institution. La deuxième conséquence est le sentiment d'absence de délégation de gestion effective au niveau du pôle et la permanence d'un système de relations et de coordination qui outrepassent et souvent ignorent complètement les structures formelles. Chaque service reste alors le plus souvent centré sur sa réalité, avec peu d'ouverture sur le reste de la communauté ou sur le périmètre des pôles.

Pour ce qui est des deux établissements, on observe l'existence de plusieurs « mini-collectifs » très segmentés (services, exécutifs de pôle, direction de soins...) et fonctionnant *in silo*, avec des pratiques toujours très enrichissantes et globalement intéressantes à être partagées, et qui le sont le plus souvent lors de la réalisation des bilans, mais qui restent cependant bornées par les frontières entre les collectifs. Ces frontières se confondent, d'autant plus que coexistent des périmètres tantôt très légitimes et historiquement consacrés, comme les services et l'établissement en soi (hors regroupement), tantôt « administratifs », éloignés et froids, comme la direction de groupe, ou aseptisés et sans identité, comme souvent le cas des pôles.

Le mouvement de divisionnalisation (Baly, 2015) et de "mise en performance" de l'hôpital (Helman, 2013), et le cadre de gouvernance proposé pour opérationnaliser ce processus (NGH), semble avoir buté sur l'énorme complexité de l'organisation hospitalière, qui s'est mal accommodée d'un mouvement de rationalisation vécu comme violent, devenu alors contre-productif. Cela pousse les professionnels, médecins notamment, à contester ce mouvement, et à militer pour revenir sur un fonctionnement de proximité et pour davantage d'autonomie au niveau des services, sans souscrire pour autant au modèle de délégation de gestion idéalisé par le législateur. La réponse du gouvernement, en revenant incontestablement en arrière, ne facilite pas forcément le travail de terrain d'adapter l'organisation interne – et la liberté à ce sens peut être perçue au niveau d'un GH comme une reconnaissance d'autonomie, mais également comme un manque de soutien technique de la part de la tutelle (comme semble être le cas des pôles vis-à-vis de la direction).

IV. DISCUSSION ET CONCLUSIONS : L'HOPITAL-ENTREPRISE EN QUETE DE MISSION

Nous faisons le constat que chaque hôpital est porteur d'une histoire particulière, un monde à part qui ne se dissout que très difficilement dans un mouvement de fusion et normalisation des pratiques. Au niveau de chaque service, un univers à part se constitue, avec des pratiques managériales hétérogènes et très individualisées, suggérant la grande difficulté d'établir une quelconque uniformité même entre les règles de fonctionnement entre les services d'un même hôpital. Un exemple de cette difficulté se voit dans l'établissement A, où certaines réponses des participants au questionnaire illustrent des rapports entre les binômes chefs de service/cadres de proximité allant de la parfaite harmonie au conflit perpétuel selon les cas.

Il existe plusieurs entraves à l'inscription d'un cadre de gouvernance de « l'entreprise » dans une organisation professionnelle comme l'hôpital (Glouberman & Mintzberg, 1996). Nous constatons tout d'abord l'écart entre les besoins mêmes de l'activité et la manière qu'on a trouvé pour juger de sa performance, qui n'a pas rendu possible la création de divisions autonomes, capables de décentraliser la décision à l'hôpital au nom d'une autonomie de gestion pourtant demandée par les médecins eux-mêmes. Nous constatons que même si ces performances économiques étaient visibles et contrôlables, il est peu probable que l'hôpital aurait pu accepter une telle modalité de commandement stratégique agissant par le biais des « pôles de type DAS (Domaine d'activité stratégique) », autonomes, dont les objectifs seraient accordés et les résultats fréquemment évalués par la direction. Dans cette perspective, quelque peu irréaliste, c'est le groupe hospitalier entier qui est « entreprise », et chaque pôle une simple division, un portefeuille d'activité (une *business unit*), potentiellement indépendant et « entreprise » à part entière (Angelé-Halgand & Garrot, 2015). Or, ce n'est pas du tout ce que donne à voir les trois pôles de notre cas d'étude. Ce n'est pas non plus le cas des deux établissements, qui gardent à l'instar du mouvement d'intégration, un fonctionnement propre et contrasté, une conception stratégique qui ne saurait être la simple déclinaison de la stratégie du GH.

Cependant, cette métaphore ne nous semble pas totalement dénuée d'intérêt. En effet, très curieusement, tout se passe comme si l'hôpital se posait les mêmes questions, en « miroir inversé », que les organisations du monde privé concernant leur gouvernance (Segrestin & Hatchuel, 2012). Là où est interrogée la notion-même d'entreprise, à travers les approches de RSE, de gouvernance partagée, ou d'entreprises à mission (Levillain et al., 2022), l'hôpital parlera de sens au travail et de médicalisation de la gestion dans un lieu où la mission (de service public) n'est plus l'objet d'un consensus partagé et absolu entre les membres. Car La T2A a fait plus qu'imposer un système de régulation forte sur une organisation professionnelle : elle a transformé la manière dont l'activité de soigner était perçue par ses membres, contribuant à enlever du soin une notion « allant de soi » dans la pratique, au profit d'une notion rationnelle et économique du soin en tant qu'activité. L'hôpital a ainsi perdu une dimension d'éternel ou immuable. Paradoxalement, c'est justement à ce moment que la comparaison avec l'entreprise gagne plus de sens. « *L'entreprise existe à chaque fois qu'une organisation perd sa "naturalité", dès que l'action collective n'y va plus 'de soi' ou que certains de ses membres veulent engager une mutation. (...) A cet instant, puis durant le temps de la transformation, tout collectif peut se voir comme une 'entreprise'.* » (David et al., 2012)

Puisque le rôle des doctrines de management est de rendre possible la réflexivité, donc l'évolution de l'action collective, face à l'apparition de nouvelles dynamiques savoirs-relations (Hatchuel, 2019), il nous semble que la piste de « l'hôpital-entreprise » n'est pas complètement à abandonner, pourvu que l'on adopte un nouveau regard sur ce qu'est une entreprise. Dès lors, il s'agit de voir dans les modalités de financement et suivi de l'activité hospitalière un *nouveau savoir* qui remet en question fondamentalement la nature des relations à l'intérieur de l'hôpital, et donc la façon de le structurer et de le gouverner. Ce nouveau savoir affaiblit la tradition et la naturalité du collectif de l'hôpital, mais il conduit à accepter l'inséparabilité de l'action collective et de la pensée sur cette action. Or, le point de vue selon lequel il n'y a pas de savoir absolu (la T2A ne dit pas le vrai sur l'activité de soins, ni la tradition médicale d'ailleurs) ou de société absolue (indépendante des savoirs, un hôpital immuable par son socle missionnaire « éternel »), c'est celui qui rend possible « l'entreprise » dans tout son potentiel

de progrès social, d'innovation et de performance (Hatchuel, 2014). Tel est, pour nous, une piste de réflexion clef qui pourrait nourrir une vision renouvelée de la gouvernance à l'hôpital comme un processus continu et permanent de construction, ouvrant sur des possibilités d'adaptation aux spécificités locales, à l'aune du contexte actuel.

Notre expérience montre que la gouvernance « divisionnelle »/contractuelle, tel que prévue par l'HPST et la NGH, et appelée à évoluer par la loi Rist, doit intégrer les contradictions de l'univers hospitalier pour aller au-delà d'une notion figée de ce que serait le gouvernance de l'entreprise (qui aurait pour seul but d'être rentable). La personnalisation vient ici du fait de prendre en compte la réalité du terrain, de la manière dont les différents points de vue perçoivent les objectifs et la mission de l'hôpital, largement transformés par l'apparition du savoir médico-économique et managérial, et les possibilités concrètes d'action que ces différentes réalités permettent d'envisager. L'exercice d'ausculte mené par le GH en question illustre cette volonté de mieux comprendre la perception locale des acteurs afin de concevoir ensemble l'action collective, ainsi que le cadre de gouvernance dans lequel celle-ci doit s'insérer.

V. BIBLIOGRAPHIE

- Angelé-Halgand, N., & Garrot, T. (2015). Discipliner par le chiffre : L'hôpital financiarisé au risque de la réification ? *Entreprises et histoire*, 79(2), 41-58. <https://doi.org/10.3917/eh.079.0041>
- Baly, O. (2015). Le contrôle de gestion hospitalier. In B. Fermon & P. Grandjean, *Performance et innovation dans les établissements de santé* (p. 409). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.fermo.2015.01.0409>
- Bezes, P., Demazière, D., Le Bianic, T., Paradeise, C., Normand, R., Benamouzig, D., Pierru, F., & Evetts, J. (2011). New Public Management et professions dans l'État : Au-delà des oppositions, quelles recompositions ? *Sociologie du Travail*, 53(3), 293-348. <https://doi.org/10.1016/j.sotra.2011.06.003>
- Burellier, F., Orvain, J., Angelé-Halgand, N., Ruiller, C., Laude, L., Baret, C., Gavault, S., & Louazel, M. (2019). Certifié « Cadre administratif de pôle »LTD. L'encastrement identitaire pour légitimer un nouveau rôle. @GRH, n°32(3), 79. <https://doi.org/10.3917/grh.193.0079>
- 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), 67. <https://doi.org/10.3917/jgem.172.0067>
- Cavalcante, R., Kletz, F., & Sardas, J.-C. (2022). Restructurer une activité hospitalière en adoptant une technologie numérique : Enjeux d'attractivité et de refonte des métiers: *Management & Avenir Santé*, N° 8(1), 11-30. <https://doi.org/10.3917/mavs.008.0011>
- d'Amore, M., & Montet, I. (2017). Existe-t-il de bonnes pratiques de fonctionnement des poles medicaux et medico-techniques ? *M. D*, 93, 5.
- David, A., Hatchuel, A., & Laufer, R. (2012). *Les nouvelles fondations des sciences de gestion : Éléments d'épistémologie de la recherche en management* (3e éd.). Mines ParisTech.
- 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*, Vol. 32(4), 291-307. <https://doi.org/10.3917/jgem.144.0291>
- Dumez, H. (2016). *Méthodologie de la recherche qualitative : Les 10 questions clés de la démarche compréhensive*.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (1996). Managing the Care of Health and the Cure of Disease—Part I: Differentiation. *Health Care Management Review*, 33.
- Grenier, C., & Berardini-Perinciolo, J. (2015). Le manager hybride, acteur-passeur et acteur-clôture aux frontières institutionnelles. Analyse d'un médecin-chef de pôle hospitalier. *Revue française de gestion*, 41(250), 125-138. <https://doi.org/10.3166/rfg.250.125-138>
- Hatchuel, A. (2005). 3. Pour une épistémologie de l'action. L'expérience des sciences de gestion: In *Entre connaissance et organisation : L'activité collective* (p. 72-92). La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.lorin.2005.01.0072>
- Hatchuel, A. (2014). L'entreprise comme création collective, une mission à réinventer. In *L'entreprise* (p. 178-199). Éditions Sciences Humaines; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/sh.segre.2014.01.0178>
- Hatchuel, A. (2019). Exit to the past and voice for the future. *Sciences de gestion, sciences fondamentales de l'action collective. Revue Française de Gestion*, 45(285), 43-57. <https://doi.org/10.3166/rfg.2019.00395>
- Helfer, J.-P., Kalika, M., & Orsoni, J. (2013). *Management stratégique* (9e éd). Vuibert.
- Helman, A. (2013). L'hôpital compétitif. Et l'humain, dans tout ça ? *Revue du MAUSS*, 41(1), 35. <https://doi.org/10.3917/rdm.041.0035>
- Jaffre, M.-O. (2018). Chapitre 10. Efficience et optimisation au bloc opératoire, cœur de l'hôpital-entreprise: In *Architecture et ingénierie à l'hôpital* (p. 95-104). Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.lange.2018.01.0095>

- Kletz, F. (2018). La recherche-intervention est un sport de combat. *EDUCATION PERMANENTE*, n° 214, 12.
- Levillain, K., Segrestin, B., & Hatchuel, A. (2022). La mission : Une norme de gestion comme fondement de la gouvernance de l'entreprise responsable: *Revue internationale de droit économique*, t. XXXV(2), 193-205. <https://doi.org/10.3917/ride.352.0193>
- Malherbe, D. (2013). De la responsabilisation du système de santé selon la réforme HPST : La loi, le discours et l'éthique. *Vie & sciences de l'entreprise*, 195-196(3), 117. <https://doi.org/10.3917/vse.195.0117>
- Michot, F., Launois, B., Bertrand, D., Bringer, J., Degos, L., Olie, J.-P., & Thuillez, C. (2019). Rapport 19-02. L'hôpital public en crise : Origines et propositions. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 203(3-4), 109-121. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2019.02.011>
- Moisdon, J.-C. (2015). Recherche en gestion et intervention. *Revue Française de Gestion*, 41(253), 21-39. <https://doi.org/10.3166/RFG.253.21-39>
- Moisdon, J.-C. (2017). PMSI, T2A et gestion interne. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 35(2), 51. <https://doi.org/10.3917/jgem.172.0051>
- Morinière, A. (2021). *Analyse du rôle des mesures de performance dans l'émergence de dynamiques de tensions et de compromis dans les hôpitaux publics français*. 472.
- Segrestin, B., & Hatchuel, A. (2012). *Refonder l'entreprise*. Seuil.
- Vallejo, J., Sampieri-Teissier, N., & Baret, C. (2020). *A quelles conditions les poles d'activites medicales peuvent-ils reduire l'anarchie organisee a l'hospital public ?* 38, 17.
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications : Design and methods* (Sixth edition). SAGE.