



HAL
open science

L'institutionnalisation des pôles d'activité médicale entre agir stratégique et agir projectif

Sophia Gavault, Laetitia Laude, Christophe Baret

► To cite this version:

Sophia Gavault, Laetitia Laude, Christophe Baret. L'institutionnalisation des pôles d'activité médicale entre agir stratégique et agir projectif. IIème Congrès ARAMOS : Elaborer et piloter des projets dans les organisations sanitaires et médico-sociales : acteurs, savoirs, outils, Association de Recherche Appliquée au Management des Organisations de Santé (ARAMOS), May 2014, Marseille, France. <halshs-01093123>

HAL Id: halshs-01093123

<https://shs.hal.science/halshs-01093123v1>

Submitted on 10 Dec 2014

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.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License

L'institutionnalisation des pôles d'activité médicale : entre agir stratégique et agir projectif

Sophia Gavault (Aix Marseille Université, CNRS, LEST UMR 7317)
Laetitia Laude (EHESP, IDM-MOS)
Christophe Baret (Aix Marseille Université, CNRS, LEST UMR 7317)

Résumé

L'hôpital fait face à de nombreux changements dans un contexte économique mouvant. Nous ferons référence ici principalement au changement d'ordre organisationnel qu'est l'instauration des pôles d'activités médicales. Nous nous intéresserons dans cet article aux modalités d'institutionnalisation de cette nouvelle structure. Il s'agira alors d'étudier quels sont les mécanismes à l'œuvre. La théorie néo-institutionnelle (TNI) en ce qu'elle s'intéresse aux mécanismes socio-cognitifs nous apporte un éclairage utile à la compréhension de ces transformations.

Cependant, la TNI essentiellement focalisée autour des mécanismes discursifs de création de règles, de normes et autres routines, ne nous donne guère d'indication quant à la conduite opératoire du changement. Nous mobiliserons alors une approche par les projets afin d'analyser de manière plus pragmatique le processus à l'œuvre. Nous adoptons la perspective actionniste pour laquelle les objets loin d'être neutres permettent de faire émerger le collectif au travers des interactions qui le recompose.

L'objectif de cet article est donc de pouvoir analyser le processus d'institutionnalisation en considérant les stratégies et les actions des acteurs révélées par leur implication dans les activités discursives et d'action collective - médiatisée par les projets - (Bréchet, Desreumaux, 2007).

Notre recherche s'est déroulée au sein d'un pôle Mère-Enfant d'un centre hospitalier. Nous avons réalisé 12 entretiens ainsi que des observations participantes. Cette recherche s'est déroulée d'octobre 2012 à juin 2013.

Introduction

En France, comme dans de nombreux pays occidentaux, les systèmes de santé sont confrontés à plusieurs défis majeurs :

- le souci des gouvernements de contenir l'augmentation des dépenses de santé, en lien avec l'obligation européenne de réduction des déficits publics,
- les progrès de la médecine et de la technologie,
- les pressions du public pour une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins,
- une demande accrue de soins liée au vieillissement de la population.

Pour faire face à ces défis, parfois contradictoires, les politiques de santé mises en œuvre depuis les années 1990 ont poursuivi essentiellement deux objectifs : le contrôle des dépenses et l'amélioration de la qualité des soins.

Concernant le contrôle des dépenses, selon une récente étude de la DREES sur les 60 dernières années la croissance des dépenses de santé a été supérieure à la croissance du Produit Intérieur Brut (PIB). En 2010 la part de la consommation de soins et de biens médicaux dans le PIB a atteint 9,1 % (contre 2,6% en 1950). Cette augmentation est en large partie due à l'augmentation des soins hospitaliers qui représentent 46% des dépenses de santé et qui continuent de progresser de 3,5% par an en dépit des nombreuses réformes engagées pour les contenir (Le Garrec et al., 2013).

Les politiques mises en œuvre visent à responsabiliser les établissements sur leur gestion financière notamment grâce à la décentralisation et à la contractualisation¹. Il s'agit aussi d'assurer une meilleure coordination des établissements pour constituer une offre régionale de soins en adéquation avec les besoins de la population et d'encourager l'efficacité productive en interne.

La fracture entre le monde médical, principalement préoccupé par la qualité des soins, et le monde gestionnaire, principalement centré sur les coûts de prises en charge, a été souvent dénoncée comme étant à l'origine du manque d'efficacité des soins (Glouberman et Mintzberg, 2001). Dès lors, deux principales solutions ont été élaborées pour tenter de réduire cette fracture. En premier lieu, le modèle nord-américain de médicalisation des systèmes d'information a proposé de définir des coûts de prise en charge par pathologie de manière à rendre l'activité médicale lisible pour le gestionnaire. La diffusion progressive des Groupes homogènes de malades et de la tarification à l'activité (T2A) pour le financement des hôpitaux constitue le prolongement de ce dispositif (Moison, 2010). En second lieu, sur un plan organisationnel l'implication directe des médecins dans les décisions de gestion est considérée comme une modalité d'action majeure pour réduire le coût des prises en charge tout en maintenant la qualité et la sécurité des soins. L'émergence de la figure du « Médecin gestionnaire », la mise en avant du « Leadership médical » et plus généralement la délégation de responsabilités de gestion aux médecins apparaissent comme les concrétisations emblématiques de cette tendance (Kirkpatrick et alii, 2009). En effet, l'ordonnance du 2 mai 2005 précise qu'il s'agit de « *médicaliser la gestion de l'hôpital en associant les médecins, les praticiens, à la gestion des grandes orientations.* »². La loi HPST de juillet 2009³ a réaffirmé le principe d'une gouvernance médico-administrative des établissements de santé en définissant le rôle des médecins chefs de pôle qui ont pour mission de piloter les performances et les résultats de leur pôle. Ils sont dépositaires d'une

¹ Les ordonnances d'avril 1996 ont créé les agences régionales de l'hospitalisation pour mieux contrôler et coordonner les activités hospitalières au niveau régional. Chaque établissement, public ou privé, doit élaborer un projet qui s'insère dans le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS).

² www.reformes-hospitalieres.com

³ Loi « Hôpital, patients, santé, territoires », n°2009-879 du 21 juillet 2009.

délégation de gestion dans le cadre d'une contractualisation interne. Mais comme le souligne l'IGAS (2013) dans son rapport annuel 2012, il ne s'agit pas seulement pour les soignants de tenir compte d'indicateurs financiers, il faut aller au-delà et repenser l'organisation des soins et les processus de prise en charge.

Aussi bien en France qu'à l'étranger, très peu de recherches documentent jusqu'à présent les modalités d'élaboration et les effets de la délégation de gestion aux pôles d'activités médicales, or, compte tenu de l'enjeu sociétal d'amélioration de l'efficacité des systèmes de soins⁴, il paraît essentiel de réaliser des travaux de recherche qui permettent d'éclairer les acteurs sur les processus en œuvre et de les accompagner dans la conception de nouveaux savoirs et de nouvelles pratiques managériales. Cela d'autant plus que presque 10 ans après l'instauration des pôles par le législateur, le fonctionnement effectif en pôle est loin d'être généralisé dans les établissements (Nobre et Lambert, 2013).

Nous présenterons en première partie le cadre théorique néo-institutionnel ainsi que l'approche par les projets que nous mobilisons dans cet article. Dans une deuxième partie nous présenterons la méthodologie employée ainsi que le terrain étudié. Enfin, nous présenterons les principaux résultats avant d'en discuter la portée et les limites dans une dernière partie conclusive.

1. Le pôle vu au travers du prisme des théories de l'action collective

Nous voyons ici qu'après presque 10 années d'existence l'émergence des pôles comme lieu de décision et d'action à l'hôpital reste inachevée (§ 1.1). Nous proposons d'adopter le regard de la théorie de néo institutionnelle pour étudier ce processus d'institutionnalisation des pôles, et plus particulièrement ses développements récents sur l'entrepreneur et le travail institutionnels (§ 1.2) qui donnent toute leur place aux acteurs. Nous nous appuyons sur l'analyse des projets pour appréhender l'action collective (§ 1.3).

1.1 Les pôles : la difficile émergence d'une nouvelle organisation à l'hôpital public

Sur la base d'un regroupement des services cliniques en pôles d'activités médicales, déterminé par le directeur, le contrat de pôle mentionné à l'article L. 6146-1 du code de santé publique définit les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, assignés au pôle ainsi que les moyens qui lui sont attribués. Il fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs. « Le contrat de pôle définit le champ et les modalités d'une délégation de signature au chef de pôle permettant d'engager des dépenses dans les domaines suivants : crédits de remplacement des personnels non permanents ; médicaments et dispositifs médicaux ; dépenses à caractère hôtelier ; dépenses d'entretien et de réparation des équipements à caractère médical et non médical ; dépenses de formation de personnel » (art L6146-8 CSP).

La mise en œuvre de la délégation de gestion au sein des pôles d'activités médicales ne va pourtant pas de soi. Elle soulève en particulier trois problèmes :

- celui des compétences et de la volonté des acteurs de la mettre en œuvre (Grenier et Bernardini, 2012). Valette et al. (2012) comme Rivière et al. (2012) mettent notamment en évidence les tensions et conflits de rôle chez les médecins chefs de pôle pris en différentes logiques institutionnelles.
- celui de la disponibilité d'outils de gestion qui permettent de piloter la performance des pôles. Les nouvelles méthodes gestionnaires ne sont pas neutres et engendrent des transformations notamment

⁴ Enjeu encore rappelé par le Premier Ministre lors de son discours de Grenoble le 8 février 2013.

par le biais d'outils comme le tableau de bord et le compte de résultat (Crémieux, Saulpic, Zarlowski, 2012 ; Angelé-Halgand, 2012).

- et enfin celui de la capacité des pôles à engendrer effectivement les améliorations attendues de l'efficience médico-économique (amélioration de la prise en charge des patients, fluidification des parcours des patients, réduction des coûts, etc.) (Franchistéguy-Couloume, 2012 ; Cargnello-Charles, Gouffé, 2012). A quel prix ces améliorations sont-elles obtenues sur les conditions de travail ? Grévin (2012) a relevé les impacts délétères des méthodes managériales pour le personnel soignant.

Partant du principe que tout changement organisationnel n'est mis réellement en œuvre et ne produit les effets escomptés que s'il est effectivement porté par **les acteurs** concernés, la délégation de gestion suppose que les décideurs traditionnels de l'hôpital, c'est à dire les chefs de service et les directeurs fonctionnels (Direction générale, direction financière, direction des ressources humaines, etc.), acceptent de transférer une partie de leurs zones de contrôle aux chefs de pôle (Nobre et Lambert, 2012). Dans un contexte financier particulièrement tendu pour les hôpitaux qui sont nombreux à être en déficit⁵, cette délégation entre en contradiction avec une volonté de contrôle accrue des dépenses. De la même manière, avec la raréfaction des ressources humaines, financières et matérielles, les chefs de service accepteront-ils une mutualisation de ces ressources au niveau des pôles ? Concernant les chefs de pôle eux-mêmes, très sollicités en tant que chercheurs et cliniciens pour développer l'activité médicale et la recherche dans leur unité, pourront-ils dégager du temps pour ces nouvelles activités de management ? Comment acquièrent-ils les connaissances en gestion indispensables à la gestion de pôles employant plusieurs centaines de personnes et de budgets dépassant plusieurs millions d'euro ? Quel est le rôle joué par le cadre supérieur et le cadre administratif de pôle ?

1.2 Qui œuvre pour l'institutionnalisation des pôles ?

Bénomouzig (2010) souligne que les injonctions tutélaires ne s'implémentent pas facilement dans une institution où les pouvoirs sont partagés. La tentative d'instauration des départements a jadis échoué. Crozet et *al.*, (2008) nous rappellent, que l'Etat n'est pas à sa première tentative de départementalisation et de découpage des établissements en centres de responsabilités. Déjà en 1984, expérimentant les principes du management par objectif le gouvernement a mis en œuvre une première tentative de redécoupage de la structure hospitalière en pôles, mais cette tentative s'est soldée par un échec. Le processus de changement en cours constitue donc un objet de recherche particulièrement pertinent.

L'organisation en pôles reconfigure les rôles et les pouvoirs au sein des organisations hospitalières. Différents cadres théoriques peuvent servir à comprendre comment s'opère le changement dans une organisation selon la posture que l'on choisira d'adopter. Le cadre théorique néo-institutionnel que nous avons choisi ici est utile à la compréhension des phénomènes sociaux impliqués dans le changement par l'exploration « *du monde des croyances, des significations partagées produit par les interactions sociales* » (Desreumaux, 2004). La TNI nous invite à nous pencher sur les spécificités des institutions évoluant dans un environnement dont les effets sont au moins aussi importants pour comprendre les processus d'institutionnalisation. Elle permet également d'approfondir l'analyse des comportements et des actions d'individus impliqués dans des stratégies institutionnelles.

Les institutions sont partout, les théoriciens néo-institutionnalistes les voient dans les poignées de main, les célébrations de mariage, les votes ... elles sont considérées comme des procédures

⁵ En 2012, 42% des hôpitaux étaient en déficit, leurs déficits cumulés atteignant 637 millions d'euro, source : Le Point, 14 juin 2012.

organisées et établies souvent représentées comme des règles constituant la société et définissant « les règles du jeu » (Jepperson, 1991). Elles sont socialement construites et reproduites par des routines, des systèmes de règles ou des programmes (ibid.). Selon Friedland et Alford (1991), les institutions sont bidimensionnelles, elles sont simultanément de nature matérielle et symbolique, elles représentent un système symbolique au travers duquel les individus catégorisent leurs activités et l'emplissent de sens. L'attention dans ce courant de pensée est portée aux processus et schémas préconscients, ils intègrent, en effet, les routines et les comportements considérés comme « allant de soi » (Powell, Di Maggio, 1991). Les institutions sont considérées comme des constructions cognitives expérimentées et analysées dans un premier temps comme des objets extérieurs à la conscience individuelle (Jepperson, 1991). Elles contiennent des obligations normatives et entrent dans la vie sociale de manière primaire comme des faits devant être pris en compte par les acteurs (Meyer and Rowan, 1977). Loin d'être de simples commodités elles acquièrent un statut régulant la pensée et l'action sociale (ibid.). Par conséquent, et cela représente un point central de la théorie néo-institutionnaliste, les institutions opèrent comme des cadres restrictifs de l'action (Jepperson, 1991), elles forment les répertoires d'action par lesquels les individus découvrent leurs préférences (Powell, Di Maggio, 1991). Pour Jepperson (1991) les institutions sont certes des cadres d'action mais elles procurent également du pouvoir aux acteurs, elles sont duales à la fois prescriptives et proscriptives.

Une fois institutionnalisées, les institutions – notamment les organisations- ne s'adaptent pas, elles sont psychologiquement verrouillées en dépit de leur inefficacité (Seo & Creed, 2002). Selon Greenwood et *al.* (2008) le changement peut intervenir suite à un choc exogène. Cette perturbation représente l'opportunité pour remettre en cause les arrangements existants. Une telle mise en cause de l'ordre institutionnel peut alors mener à une pré-institutionnalisation lorsque des innovations locales sont pensées et conçues pour résoudre les problèmes locaux. La diffusion se produit lorsque les solutions sont objectivées et gagnent une forme de consensus sur la base de leur valeur pratique ou de leur légitimité morale. Suivant ces étapes la ré-institutionnalisation se produit lorsque les nouveaux arrangements institutionnels sont de nouveau encadrés. Alors une nouvelle période de stabilité intervient, les nouvelles pratiques sont acceptées, internalisées (ibid.).

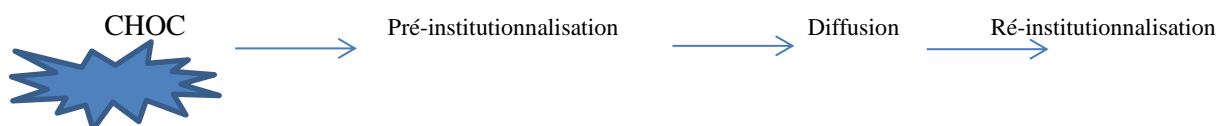


Figure 1 – Le processus de ré-institutionnalisation

La pré-institutionnalisation est donc une période d'instabilité propice aux luttes politiques et stratégiques entre acteurs pros et antis défendant chacun leurs prérogatives.

Mais serait-ce à dire que le changement s'opère de manière automatique, favorisé par la survenue d'un choc de nature exogène ? Si nous admettons la part active et nécessaire des acteurs dans ce processus alors comment ces derniers parviennent-ils à avoir un impact sur le changement ?

La théorie néo-institutionnelle s'est longtemps intéressée au changement en postulant, dans un premier temps, que les organisations adoptent par isomorphisme les structures provenant d'autres organisations dont elles dépendent pour leur survie (Di Maggio, Powell, 1983). On reconnaît toutefois aujourd'hui, que les institutions ne se reproduisent pas de manière automatique mais nécessitent l'action d'individus motivés et doués de certaines compétences notamment politiques et cognitives pour se reproduire (Fligstein, 2001a, Blanc et Huault, 2010). Delbridge et Edwards (2007) appellent d'ailleurs à une vision plus politique et relationnelle du changement dans les théories du courant institutionnaliste.

L'entrepreneur et le travail institutionnels

Pour expliquer les changements Di Maggio et Powell (1983) introduisent la notion d'acteur. Cet acteur doué de compétences spécifiques capable de remettre en cause les arrangements c'est l'entrepreneur institutionnel. Le concept d'entrepreneur institutionnel s'attache en effet, à déterminer comment des acteurs défendant leurs intérêts peuvent influencer le contexte dans lequel ils sont encastrés (Lawrence, Suddaby, 2005). Ce faisant, ils construisent les raisons et les justifications – réorientent les cadres de pensée collectifs à leur avantage – et les communiquent aux autres acteurs. Ils utilisent pour ce faire le discours, ainsi les récits sont à la fois des ressources stratégiques et des médias que les entrepreneurs emploient pour défaire les pratiques et en introduire de nouvelles, et s'assurent de leur utilisation et de leur adoption – de leur internalisation (Berger et Luckmann, 1967).

En d'autres termes, ces acteurs perçoivent les opportunités et développent une acuité particulière pour comprendre les possibilités d'agir, induisent la coopération et gagnent le consensus, construisent les cadres d'interprétations, d'interactions et induisent le comportement des membres du groupe. A l'hôpital, la littérature internationale insiste d'ailleurs particulièrement sur la place centrale du leadership du médecin dans l'amélioration de la performance, Kirkpatrick et alii, (2009) et Dent (2006). Ces auteurs questionnent le lien pour eux implicite, entre le niveau d'engagement des médecins dans le management et la performance de l'établissement. Le médecin-manager fait figure de « héros » capable de concilier les impératifs gestionnaires et médicaux. Mais à côté de l'action d'un acteur unique capable à lui seul de créer ou déstabiliser une institution nous pouvons nous demander s'il est raisonnable de penser qu'un seul acteur hégémonique serait seul responsable du processus d'institutionnalisation (Ben Slimane, Leca, 2010). Comme le soulignent ces auteurs, considérer l'action d'un seul individu tend à occulter l'action collective et propose une vision où l'institutionnalisation est l'œuvre d'un seul homme. Une vision quelque peu simpliste dont les auteurs se départissent (ibid.). Denis et alii (2012) élargissent, sans toutefois la remettre en question, la place centrale du leadership médical. Selon ces auteurs, le changement institutionnel ne repose pas sur les seules épaules du médecin-manager mais sur l'engagement de la communauté médicale et soignante dans son ensemble.

En effet, l'étude du processus d'institutionnalisation ne peut se faire l'économie d'envisager l'action collective. Après avoir admis l'impact des institutions sur les individus et celui de l'individu sur les institutions elles-mêmes nous devons aller plus avant et dépasser la seule perception quasi-omnipotente de l'acteur unique et s'orienter vers l'étude de l'action collective. De plus, nous ne pouvons imaginer que le changement s'opère avec les seules mobilisations de discours afin de produire de nouvelles justifications, normes et routines institutionnelles. Selon Lawrence et Suddaby (2005) adopter une approche par la pratique oriente vers la compréhension du travail de connaissance et de créativité de la part d'individus et d'un collectif dont le but est la *création, le maintien ou la déstabilisation* des institutions. Ces auteurs précisent que cette approche par la pratique nous plonge dans le « monde intérieur » du processus, c'est ainsi en allant observer comment les individus agissent, interagissent que nous comprendrons comment l'institution émerge, est stabilisée ou non. Ainsi, le travail institutionnel est défini comme un travail physique ou mental dont le but est la modification d'une institution. Ce concept met en lumière les acteurs impliqués dans la création, le maintien la déstabilisation et le changement institutionnel (Lawrence, Suddaby & Leca, 2009).

Lawrence et Suddaby (2005) ont pu ainsi mettre en lumière un ensemble de pratiques impliquées dans la *création* de nouvelles institutions :

- *définir et plaider* sont des actions politiques d'acteurs engagés dans la création de règles, de droits de propriétés et de frontières déterminant l'accès aux ressources,
- *la construction d'identités, de réseaux* et *la modification des normes* représentent les actions permettant au système de croyances d'évoluer,
- enfin, *l'imitation*, *la théorisation* et le fait de *donner des éléments de compréhension* orientés vers la remise en question des catégorisations au sein desquelles les croyances sont instables.

Les auteurs ont également identifié un ensemble de pratiques visant à ***maintenir*** les institutions :

- *permettre, rendre possible, sanctionner* : ces actions permettent de s'assurer que les règles soient en cohérence avec l'institution,
- la *valorisation/diabolisation*, *la création de mythes* et *l'encastrement/routinisation* s'intéressent au système de valeurs et de normes en veillant à ce qu'elles correspondent à celles mises en avant par l'institution,

Ces derniers, s'intéressant par ailleurs au système de sanctions et de récompenses, ont identifié une capacité de destruction des institutions. Les individus lorsqu'ils souhaitent porter atteinte aux institutions *déconnectent le système de sanctions et récompenses* des institutions (Ibid.). Le travail institutionnel est ici, une stratégie orientée vers la ***déstabilisation*** des institutions en *dissociant les pratiques, les règles et les technologies de leur fondement moral* (Ibid.).

1. 3 Appréhender les stratégies des acteurs par les projets

La place qu'accorde la TNI à l'entrepreneur est importante, elle parvient ainsi à dépasser le paradoxe de l'acteur encastré qui semble incapable d'agir sur son environnement. Mais pour aller plus loin dans la recherche des mécanismes en cours, la question de la définition de l'agir doit être abordée. Les auteurs du courant néo-institutionnaliste sont peu prolixes sur le sujet. Après s'être longtemps intéressés aux concepts de structure et d'acteur (comme vu ci-dessus) peu d'entre eux ont réellement défini comment les acteurs procèdent. Récemment des apports de la TNI sont venus éclairer cette question, avec le concept d'agence. L'agence apparaît alors « *une activité permanente dans laquelle les acteurs adoptent une attitude réflexive et stratégique dans un contexte institutionnel* » (Lawrence, Suddaby & Leca, 2009). Par ailleurs, les travaux d'Emirbayer et Mische (1998) fournissent des éléments supplémentaires pour définir plus précisément ce que l'agence (*agency*), ou nous dirons l'agir signifie. L'agir apparaît comme étant un processus d'engagement social, encastré temporellement, informé par le passé- (l'aspect itératif)- mais aussi orienté vers le futur (en tant que capacité projective à imaginer des possibilités alternatives) et en rapport avec le présent (en tant que capacité évaluative à contextualiser les habitudes passées et les projets futurs dans une situation contingente). L'agir est donc fondamentalement *projectif*, orienté vers le futur prenant simultanément en compte les éléments du passé et le contexte actuel. Ces auteurs réintroduisent dans l'analyse du processus d'agence la notion de temporalité jusque-là absente des diverses théories développées dans ce courant sociologique ainsi « *La projectivité englobe la génération imaginative des acteurs des trajectoires d'action possibles, dans lesquelles les structures d'action et de pensées reçues peuvent être créativement reconfigurées en lien avec les espoirs, les peurs et les désirs futurs* » (Emirbayer & Mische, 1998).

Nous pouvons retenir de ce qui précède que le choc exogène que représente l'instauration d'une nouvelle organisation a engendré une prise de recul par rapport aux pratiques existantes c'est-à-dire a favorisé une conscientisation de la part de certains acteurs. Ces derniers ont alors envisagé des alternatives afin de permettre ou d'entraver par leurs actions et leurs discours l'institutionnalisation du

pôle grâce aux schémas existants mais aussi en imaginant des réponses pour ensuite les mettre en œuvre. Ainsi, il en ressort que l'agir projectif tel que décrit par Emirbrayer & Mische (1998) est un processus cognitif qui s'inscrit à l'intérieur d'un cadre institutionnel ayant pour vocation d'agir sur la structure en favorisant le changement par des actions et un engagement.

De leur côté et dans une vision proche de l'agir projectif défini plus haut, Brechet, Schieb-Bienfait et Desreumaux (2009) esquissent les bases d'une théorie de l'action collective fondée sur les projets. Cette approche permet d'envisager cet espace se situant entre l'acteur et son environnement. Cette récusation du dualisme acteur-système représente l'opportunité d'identifier la construction d'une action collective et est nécessaire pour envisager les capacités créatives et inventives des individus (Bréchet, et al 2009, Bréchet & Prouteau, 2009). L'action collective est, selon ces auteurs, un artefact, fruit d'un effort de conception fondé sur l'anticipation engageant la construction de savoirs et de relations (ibid.). L'entrée par l'action et le recours au concept de projet permettent de comprendre comment se construit le collectif dans le changement. Le projet est anticipation, effort d'intelligibilité, il manifeste la créativité de l'individu. Dans cette approche le projet a une double dimension à la fois existentielle et opératoire. En effet, l'engagement dans l'action n'a rien de naturel il met en jeu des intentions et des buts, l'action collective se fait jour si les acteurs se reconnaissent dans un projet (ibid.). Cet *agir projectif* révèle les possibilités d'adaptation intelligente, c'est-à-dire la capacité des acteurs de s'adapter aux règles évolutives tout en tirant bénéfice de leurs marges d'autonomie afin de définir un projet d'action (Bréchet, Desreumaux, 2007). Le système d'action collective produit des projets – des plans d'actions- ce dernier est ici défini comme une « *anticipation à caractère opératoire de type flou d'un futur désiré* » (Bréchet et al, 2009). L'émergence organisationnelle ne sera permise que par la re-modélisation des relations et des savoirs, par l'intention, l'engagement et l'énergie portée par certains individus qualifiés par ailleurs d'entrepreneurs. La thèse de ces auteurs en définitive, est que la saisie des phénomènes d'émergence organisationnelle, que le changement induit, ne peut faire l'économie de la question des projets d'action nourris sur l'environnement (ibid.). Cette approche par les projets a été opérationnalisée par Emin et Schieb-Bienfait (2012) pour analyser le rôle des projets des collectifs d'agriculteurs dans l'institutionnalisation d'associations locales visant l'instauration de circuits courts agriculteurs-consommateurs.

Nous souhaitons nous servir de cette approche par les projets- dans son acception opératoire- mais aussi des pratiques discursives afin d'identifier les pratiques de travail institutionnel impliquées dans l'institutionnalisation du pôle d'activité médicale. L'approche par la stratégie des acteurs nous renseigne sur le positionnement des individus, les pros et les antis, luttant pour ou contre l'institutionnalisation du pôle. D'autre part, l'approche par les projets adoptant une entrée par l'action questionne la créativité, la pro-activité ainsi que la redéfinition des relations et des savoirs au sein du pôle. Nous nous intéresserons dans cet article à la reconfiguration des relations entre les membres du pôle : médecins chefs de service, chef de pôle, cadres de santé, etc., ainsi qu'à la production de nouvelles connaissances permises par leurs interactions. En effet, l'innovation organisationnelle que représente le pôle d'activité médicale impose une reconfiguration des relations en son sein. L'entrée par l'agir projectif et l'agir stratégique nous permet alors d'identifier le processus d'institutionnalisation du pôle.

Nous considérerons ici le projet de pôle comme un artefact issu de la collaboration entre les médecins du pôle (chefs de service et chef de pôle), les cadres de santé et les directions administratives (DRH, DAF...). Aussi, il nous semble que le processus d'élaboration des projets est particulièrement révélateur des pratiques opératoires du travail institutionnel de création, de maintien et de déstabilisation employées par les principaux acteurs du pôle.

Nous nous sommes appuyés sur une étude cas pour comprendre comment le pôle s'institutionnalise au travers des pratiques d'entrepreneurs, porteurs de projets pour le pôle.

2. Une étude de cas dans le pôle mère-enfant d'un centre hospitalier

Nous présentons dans un premier temps le contexte de la recherche et les principales caractéristiques du pôle mère enfant étudié. Ensuite nous détaillons la méthodologie qualitative de collecte des données qualitatives.

2.1 Le contexte de la recherche

Le champ de la santé représente un champ d'étude intéressant car il est régulièrement soumis à des injonctions législatives de changement. Les multiples lois régissent, modèlent et modifient les orientations aussi bien que les structures formelles et informelles. Les médecins hospitaliers ont toujours bénéficié d'une place privilégiée, la loi HPST vient cette fois modifier à la fois la nature des relations et la teneur des fonctions du médecin, les enjoignant de s'impliquer dans la gestion. Notre étude s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche : Terra Nova mené par l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. L'objectif de ce travail de recherche est l'étude de la transformation des modalités de pilotage, de fonctionnement et d'organisation des établissements de santé. Ce projet regroupe une équipe pluridisciplinaire de chercheurs. Le périmètre de recherche est identique, il s'agit d'étudier le processus d'institutionnalisation de huit pôles Mère-enfants, comportant une maternité de niveau 2B, auprès d'établissements de tailles différentes situés en France. Nous avons mené notre travail d'investigation au sein du pôle mère enfant d'un Centre Hospitalier de la région PACA.

2.2 Présentation de l'établissement

Cet établissement est un centre hospitalier de taille moyenne. Il se trouve en situation de quasi-monopole car les cliniques environnantes ont fermé et les seuls établissements concurrents dont un CHU se trouvent à près de 40 km de distance.

Tableau 1 -Les données financières 2012 de l'hôpital

Effectif Total	1 200 ETP
Effectif Médical	140 ETP
Budget année 2012 (euro)	110 millions
Résultat 2012 (euro)	-100.000
Budget du pôle mère enfant	16 millions

Tableau 2 – Les données d'activité 2012 de l'hôpital

Nombre de séjours	30 000
Nombre d'accouchements	2 000
Nombre de consultations externes	80 000
Nombre de passages aux urgences	33 500

L'Hôpital assure des soins de court (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) et de moyen séjour. Il compte un service d'urgence, de soins psychiatriques et de gériatrie. Notre travail de recherche s'est déroulé du mois d'octobre 2012 à juin 2013.

2.3 Méthodologie de recueil de données

Le design de recherche adopté ici est celui d'une étude de cas unique. L'étude de cas est l'étude approfondie de quelques objets de recherche choisis (Abraham, 1998). Dans notre cas il s'agit des pratiques stratégiques d'institutionnalisation et des pratiques de coordination entre les membres du pôle mère-enfant. L'objectif de cette recherche est d'étudier précisément le processus à partir duquel s'institutionnalise le pôle en tant que structure formelle imposée par la loi HPST. Nous avons procédé pour cela à des allers retours itératifs entre les données de terrain et la réflexion théorique. Nous avons par le biais d'une étude qualitative défini les thèmes du questionnaire qui ont guidé nos entretiens et nos observations non participantes.

Les observations non participantes

Soulé (2007) précise en quoi l'observation participante revêt une méthode de recueil de données utile à notre projet de recherche. Les observations non participantes sont, selon nous, essentielles à la compréhension des mécanismes d'interaction collective. Nous avons assisté à quatre réunions – deux réunions de pôle et deux réunions d'analyse d'activité- ainsi qu'à une journée d'observation d'une journée type de travail de la cadre de santé du pôle mère enfant. Ces moments de contacts nous ont permis, en dehors des entretiens plus policés et convenus, de saisir les subtilités des interactions entre les membres du pôle. De plus, nous avons constaté que le dialogue, moins formel, donnait lieu à plus de confidences aidant notre compréhension du cas. Ces dernières sont venues compléter les sources documentaires- tableaux de bord, contrats de pôle, projets de pôle - et les entretiens que nous avons réalisés.

Les entretiens semi-directifs

Les entretiens constituent le principal matériau recueilli lors de notre étude. Nous avons réalisé douze entretiens semi-directifs auprès des acteurs du pôle et de l'établissement –membres de la direction

essentiellement-. Notre posture est celle de la recherche de compréhension des perceptions des individus interviewés. A partir de thèmes issus de notre cadre théorique nous avons construit une grille d'analyse thématique. Les thèmes sélectionnés pour le questionnaire sont : les acteurs, le fonctionnement (nombre de réunions, prise de décision...), les outils du pôle, la mutualisation mais aussi les projets du pôle (ses critères et mode d'élaboration, le suivi des projets...). Ces questionnaires ont été ainsi conçus afin d'étudier comment le pôle avait émergé au sein de l'organisation et quels outputs celui-ci avait produit.

Nous avons ainsi interrogé :

Les membres de la direction :

- le directeur général de l'hôpital
- le directeur des pôles,
- le directeur des ressources humaines
- la directrice financière
- le médecin président de la CME

Les membres du pôle mère-enfant :

- le médecin chef de pôle,
- la cadre administrative de pôle,
- la cadre de sante de pôle,
- le médecin directeur de l'information médicale,
- la cadre sage-femme,
- la cadre de pédiatrie,
- le médecin pédopsychiatre.

Ces entretiens nous ont permis de saisir plus spécifiquement les subtilités relationnelles influant sur le processus d'institutionnalisation. Nous étions orientés vers la compréhension des interactions et des pratiques stratégiques.

3. Les discours et les projets révélateurs des pratiques d'institutionnalisation

Dans un premier temps nous analysons les stratégies des acteurs vis-à-vis du fonctionnement en pôle puis nous nous intéressons aux projets du pôle en tant que révélateurs des pratiques institutionnelles.

3.1 Des acteurs engagés dans différentes stratégies

Nous avons relevé les verbatim des protagonistes du pôle (chef de pôle, cadre administrative, cadre supérieure de santé...) attestant de postures de travail institutionnel différentes. Rappelons que les individus s'engageant dans des stratégies de *création* se livrent aux activités discursives suivantes : plaider, définir, motiver, construire des identités, changer les associations normatives, construire des réseaux d'acteurs sanctionnant le non-respect de l'institution, coupler les nouvelles pratiques avec d'anciennes, élaborer et théoriser les relations de cause à effet, fournir aux acteurs les connaissances et les compétences nécessaires pour s'approprier l'institution (Ben Slimane, Leca, 2010). Les individus participant au *maintien* du pôle se livrent eux aux activités discursives suivantes : créer des règles pour soutenir les institutions, maintenir l'ordre par le contrôle, dissuader, valoriser, diaboliser, création de mythe autour de l'origine et de l'histoire de l'institution, encastrier et rendre routinier. Quant aux

activités visant la **déstabilisation** les acteurs tenteront de déconnecter le système de sanctions et de récompenses, de dissocier les pratiques, les règles et les technologies de leur fondement moral ainsi que remettre en cause les présupposés.

3.1.1 Le travail institutionnel de création

La cadre administrative est très impliquée dans le travail de création du pôle, elle est à l'initiative de nombreuses tâches. Lorsque les pôles ont été créés la cadre administrative, dont la fonction essentielle est de permettre au pôle d'exister en tant que structure formelle, s'est chargée de créer des outils-tableaux de bord, contrat et projet de pôle...- d'instaurer des réunions régulières – bureaux de pôle, réunions d'analyse de l'activité - . Si les pôles ont été créés en 2007 à l'initiative de la Direction Générale de manière formelle, la cadre administrative a contribué à lui donner une existence effective. Son rôle s'est essentiellement tourné vers la coordination d'acteurs qui n'avaient pas, avant la constitution des pôles, l'habitude de travailler ensemble. Elle emploie de nombreux verbes d'action « *j'ai essayé de mettre en place...j'ai élaboré...j'ai mis en place...* ». La cadre administrative est définitivement dans le faire, elle s'investit dans **la création du pôle**.

Plus particulièrement, il s'agit de construire les réseaux et les identités : « *moi j'essaie au maximum en fait d'être le lien entre le pôle, les directions pour les différentes demandes..., en fait, j'essaie moi de creuser, je fais le lien, je fais les démarches auprès des différentes directions qui nous fournissent ces informations pour aller pouvoir donner des explications* », (Cadre administrative de pôle). « *Après essayer aussi de faire du lien, parce que c'est vrai qu'on est une maternité avec une pédiatrie* », « *Donc essayer de trouver des thèmes communs à nos services pour qu'on puisse mieux se connaître, savoir les difficultés les uns des autres* » (cadre administrative de pôle).

Il s'agit aussi de fournir aux acteurs les connaissances et les compétences nécessaires : « *c'est vrai que quand il y a eu la mise en place des pôles honnêtement on est allé assez vite quand même, les contrats de pôle, enfin, moi je sais que pour être allée dans cette période là la 1^{ère} année à des formations où il y avait des cadres administratifs de pôles de plusieurs établissements, c'est vrai qu'on n'était pas en retard du tout. De suite il y avait un règlement intérieur des pôles, des contrats de pôle, bon des délégations de gestion, des réunions d'activité, c'est vrai que je trouve que quand même on n'a pas trop traîné* » « *moi j'essaie vraiment dans chaque pôle de mettre en place des tableaux de bord spécifiques* » (Cadre administrative de pôle).

La cadre supérieure de santé a aussi un rôle fondamental au sein de l'organisation polaire. Elle anticipe les besoins des patientes, tente de concilier les différents persistants au sein des services, organise des réunions entre praticiens et personnel paramédical. Elle tente ainsi par ses actions de faire émerger une nouvelle identité au sein du pôle, pour cela elle développe la polyvalence malgré les réticences de certains acteurs défavorables au pôle. Elle a un rôle moteur et fédérateur, elle a contribué à changer les associations normatives, coupler les nouvelles pratiques avec d'anciennes : « *Donc voilà il faut essayer de, je pense, de ne plus travailler chacun à son niveau mais de travailler et notamment aussi au niveau de la polyvalence agent ; il faut arriver à faire du lien et ne pas se dire, non, moi j'ai mon équipe, toi tu as ton équipe, et on se débrouille en interne* » (Cadre supérieure de pôle).

3.1.2 Le travail institutionnel de maintien

Il s'agit pour la cadre sage-femme de Diaboliser : La cadre sage-femme est impliquée dans le fonctionnement en pôle et souhaiterait que l'ensemble des membres soit unis, mais elle se heurte à l'attitude du chef de service de pédiatrie qui freine toute tentative de mise en collaboration des deux services (gynécologie et pédiatrie). La cadre sage-femme est quelque peu découragée par ce comportement. Les réunions en bureau de pôle sont selon elle l'occasion d'aborder les problèmes de

chaque service mais elle déplore que cette vision ne soit pas suivie par tous. Cela se manifeste notamment dans le manque d'implication du service de pédiatrie pour ce qui concerne le développement de projets, ce dernier a de manière autonome réalisé des projets sans en informer le service de gynécologie. L'attitude du chef de service de pédiatrie qui semble peu enclin à créer toute sorte de partenariat sont des entraves à la collaboration au sein du pôle. Le chef de service de pédiatrie privilégie le fonctionnement autonome de son service au détriment d'un fonctionnement plus collaboratif en pôle. Celui-ci semble paradoxalement avoir du mal à saisir les principes d'une gestion en pôle alors qu'il tenait cette fonction de chef de pôle à leur création. Pour toutes ces raisons la cadre sage-femme *diabolise* l'attitude du chef de service de pédiatrie « *pour moi elles se passent pas bien [...] le chef de service de pédiatrie estime qu'il n'a pas envie de parler de problèmes devant [...] des personnes de la direction [...] il joue pas le jeu donc c'est difficile [...] malgré tout les projets communs sont présentés et discutés* » « *Alors que pourtant il n'a pas du tout un raisonnement collectif, de temps en temps il dit comme ça « la santé n'a pas de prix, et on peut pas raisonner comme ça en tant que chef de pôle [...] donc moi je pense que c'était difficile pour lui* » (Cadre sage-femme).

Par ailleurs, lorsque l'attitude d'autres acteurs favorise l'émergence du pôle elle les Valorise : En plus des aspects économiques le chef de pôle s'est investi des questions de gestion du personnel, en effet celui-ci participe aux évaluations du personnel paramédical de son service et signe les évaluations du personnel de tout le pôle. L'analyse du discours de la cadre sage-femme montre donc des activités de maintien de l'institution. Elle diabolise les attitudes allant à l'encontre du bon fonctionnement du pôle et valorise celles qui rendent ce fonctionnement plus fluide « *tandis qu'avant ... pas trop un peu pour les sages-femmes mais pas du tout pour le reste [...] il est quand même plus concerné [...] la gestion du personnel, les recrutements voilà* » (Cadre sage-femme).

3.1.3 Le travail institutionnel de déstabilisation

D'autres acteurs, notamment certaines directions fonctionnelles et certains chefs de service sont plutôt engagés dans des actions de déstabilisation institutionnelle. Les directions fonctionnelles sont toujours très présentes et pèsent beaucoup dans les décisions prises au niveau du pôle.

Remettre en cause les présupposés :

L'analyse du discours du médecin du département d'information médicale (DIM) autour des effets du pôle montre une activité de déstabilisation du pôle. Il n'adhère pas à cette nouvelle structure qui selon lui n'est pas efficace car elle n'est pas un lieu de décision, de délégation. De plus il estime que les médecins ne sont pas aptes à gérer ces structures. Il remet par là-même en cause le présupposé établi visant à identifier le pôle comme unité de décision et d'autorité. Le DIM considère que les médecins sont avant tout des praticiens hospitaliers et que la gestion ne fait pas partie de leurs compétences professionnelles. Il pense que la technicité des services ne permet pas à un médecin chef de pôle de plaider en faveur des questions propres aux autres services médicaux. Enfin, le chef de pôle, n'est selon lui, pas compétent pour gérer plusieurs services aux spécialités différentes « *Moi j'ai toujours pensé qu'un médecin il avait un métier heu ... et il faudrait qu'il l'exerce bien c'est déjà pas facile c'est déjà beaucoup de connaissances et d'expériences accumulées heu on leur demande d'être tout en même temps quoi ça me paraît difficile enfin voilà hein [...] un chef de service normalement c'est un spécialiste de la discipline du service il a la connaissance à la fois du fonctionnement du service ; Tout ça pour moi c'est pas très stable [à propos du pôle] j'suis pas sûr que ce soit de la meilleure performance* » (DIM).

Cette pratique de déstabilisation consistant à remettre en cause les présupposés est aussi employée par le Président de la Commission Médicale d'Établissement (CME). Le Président de la CME voit dans le pôle un organe gestionnaire de plus, servant davantage les sphères administratives que médicales. Selon lui le pôle ne permet pas un échange équitable mais au contraire permet à la direction d'orienter, d'imposer des décisions et de définir des objectifs. La constitution des pôles est selon lui contestable, car d'une part elle ne répond à aucune logique de soin et n'est pas équilibrée. Le pôle est questionné sur plusieurs points : les relations hiérarchiques, politiques, la taille critique des pôles, l'intérêt des réunions et la communication au sein du pôle sont remis en question par le Président de la CME : « *pour nous c'est une structure de gestion ... c'est pas une structure de soins hein [...] pour nous c'est une strate administrative intermédiaire entre la direction et les services [...] comme une courroie de transmission [...] la philosophie du pôle était pour servir le directeur* ».

Nous constatons que les membres de l'organisation concernés par la structuration en pôle, selon leur compréhension des effets du pôle, s'engagent tantôt dans des stratégies favorables au pôle tantôt dans des stratégies subversives. Mais il apparaît à l'analyse des discours d'autres membres que les pratiques proposées par la typologie de Lawrence et Suddaby (2005) ne conviennent pas aux positionnements de ces acteurs. En effet, nous pouvons nous demander si entre les activités de création, de maintien et de déstabilisation un écart ne peut exister. À côté des activités bien identifiables certaines postures sont plus ambiguës. En apparence les acteurs se conforment aux attentes que le pôle véhicule, seulement l'analyse du discours fait ressortir quelques incohérences entre ce qui est communiqué dans un premier temps par certains acteurs et ce qui est ensuite révélé.

3.1.4. Le travail institutionnel d'altération

Adhésion apparente : en apparence le Directeur des pôles adhère aux pôles, il « pense » qu'un management global serait plus bénéfique qu'un management par service. Il estime avec le temps « on s'rend compte » que le pôle permet une bonne collaboration de travail entre les services. De prime abord, nous pourrions penser que le directeur de pôles adhère aux pôles « *je pense que c'est important qu'il y ait heu... au-delà des spécificités des pôles qu'il y ait un management quand même global [...] on s'rend compte que le pôle peut être un moyen de faire travailler les gens ensemble* »

Mise en avant des limites et des paradoxes : toutefois, le fonctionnement en pôle comporte plusieurs sources de difficultés pour le directeur des pôles. Les directions fonctionnelles ont du mal à déconcentrer une partie de leurs prérogatives, les médecins sont rarement sanctionnés de leurs actes, le service reste une référence pour bon nombre de personnel. Enfin, le système d'information apparaît déficitaire car il ne permet pas d'accompagner les prises de décision. Toutes ces difficultés sont réelles, elles font sens pour le directeur des pôles. Le directeur des pôles met en exergue les limites du pôle « *le pôle a quand même du mal à s'extraire par rapport à la notion de service hein heu ... on continue pratiquement comme tout le monde sur le plan matériel sur le plan quotidien à fonctionner en service les affectations se font au niveau des services, on parle du service heu.... Voilà c'est une réalité incontournable pour tout le monde [...] quand les dépenses dérapent heu ... c'est pas le pôle qu'on va voir, c'est pas le chef de pôle, c'est heu... le DRH quoi , le directeur lui, il va voir le DRH quoi , les moyens d'action et les moyens de sanction c'est vis-à-vis de son directeur adjoint, DRH ou directeur des services éco, c'est ça la difficulté [...] c'est ça qui est difficile et puis au-delà d'ça certes c'est un chef de pôle mais c'est aussi et avant tout un clinicien et les cliniciens on en a besoin on va pas ...voilà* »

Non adhésion au projet institutionnel : En définitive, le Directeur des pôles ne tranche pas en faveur des pôles comme structure efficiente sur le plan organisationnel, économique ou médical. Les pôles ne représentent pas un atout pour l'hôpital qui aurait pu adopter une autre forme d'organisation. Il

n'adhère pas aux pôles en tant que structure idoine « *Non les pôles existent non pour moi c'est un moyen on aurait pu en trouver d'autres, non moi les pôles c'est une démarche, c'est un choix d'organisation administratif, politique mais heu mais c'est pas ça qui répond aux problèmes fondamentaux structurels de fonctionnement hospitalier et de l'offre de soins quoi [...] les pôles n'existent pas dans les cliniques privées et y a des dialogues de gestion le pôle on a rajouté une strate mais non non c'est pas un apport quoi [...] c'est un outil au service donc ça peut aider comme ça peut être une coquille vide en fait l'idée c'est l'unité d'gestion [...] On a institutionnalisé un lieu de rencontre une périodicité... »*

L'analyse du discours a donc pu mettre en évidence quelques contradictions dans le discours du directeur des pôles. En première intention il paraît favorable aux pôles et paraît adhérer au projet institutionnel « je pense que c'est important » l'intérêt d'un fonctionnement global est affirmé. Puis l'accent est porté sur les limites de la structure. Enfin, à la fin de l'entretien le directeur des pôles concède que le pôle n'est particulièrement pertinent, il aurait pu être question selon lui d'une autre forme organisationnelle. L'apport du pôle n'est finalement pas confirmé, le directeur des pôles n'adhère pas au projet d'institutionnalisation. Il se positionne dans une adhésion apparente, mais aussi et de manière paradoxale dans la « non-adhésion ouverte » et dans la mise en avant des limites du pôle. Ces postures ne favorisent donc pas l'institutionnalisation du pôle.

Adhésion apparente

Le DRH n'est pas « intellectuellement » contre aux pôles, il ne se dit pas opposé aux délégations de gestion de personnel en général (recrutement, remplacements, absentéisme, HS...). Avec ces nouvelles délégations les missions de la DRH comprennent plus de suivi et de contrôle. Son rôle intègre désormais l'analyse plus fine des recettes afin d'évaluer si les demandes des pôles sont justifiées. De plus, le DRH souligne que l'organisation polaire permet une meilleure collaboration des acteurs clés du pôle, il en ressort alors une efficacité accrue. Tous ces arguments développés dans le discours du DRH laissent à penser que le pôle, et plus précisément les délégations qui l'accompagnent, sont bien admis par le DRH. De prime abord, celui-ci semble donc adhérer au projet institutionnel « *j'ai pas intellectuellement d'opposition à ça ; DRH et cadres de pôle, cadre administrative de pôle, on disait attention vous dérapez là hein, y'avait d'la discussion sur les recrutements etc. ça fonctionnait pas trop trop mal » (DRH).*

Mise en avant des limites et paradoxes : d'un autre côté, le DRH souligne que les nouvelles délégations de gestion posent des difficultés aux chefs de pôle qui sont réticents à assumer une telle responsabilité et risquent d'entrer en conflit avec leurs collègues chefs de service. Les personnes compétentes pour la gestion du personnel sont les cadres supérieures avec qui il est habitué à travailler. Les chefs de pôle eux n'ont, selon lui, ni le temps ni les compétences, ni même l'envie de se charger des aspects purement gestionnaires. Le DRH soulève ainsi de nombreuses limites au fonctionnement du pôle. Au total, le DRH paraît favorable au pôle il adhère en apparence au projet mais il reconnaît que de nombreuses limites viennent entraver sa bonne marche. Il est dans une position paradoxale reconnaissant à la fois la portée et les limites du pôle. Il se situe au même titre que le directeur des pôles dans une position altérant l'institutionnalisation du pôle « *Moi j'travail plus avec les cadres sup de pôle qu'avec les chefs de pôle directement c'est clair, et puis c'est elles qui ont la connaissance de leurs effectifs, la situation de leurs effectifs heu qui interviennent dans les recrutements des gens heu etc. etc. C'est les cadres sup qui ont fait les propositions, les chefs de pôle ont validé ils sont pas dans la gestion du personnel c'est difficile pour eux hein ; On peut pas dire que la délégation de gestion soit là au centre hospitalier ; et même les lettres que je reçois des agents (marmonne) ils sont*

pas dans le pôle ils sont dans un service, leur référence, leur équipe de travail c'est l'service c'est pas l'pôle [...] y'a pas le réflexe du pôle » (DRH).

L'entretien réalisé cette fois, avec le chef de pôle laisse à penser que ce dernier s'engage situe plutôt vers un soutien du pôle puisqu'il constate et explique ses effets positifs. Il estime que la collaboration – tout du moins le relationnel – s'en trouve améliorée, en outre, le pôle lui a permis de rencontrer régulièrement et fréquemment le directeur de l'hôpital ce qui peut constituer un levier d'influence pour des questions de recrutement notamment. Avant cette organisation par pôles seuls quelques rares contacts indirects avec la direction étaient possibles. Le chef de pôle entrait alors en relation avec le Président de la CME ou avec quelques chefs de service ayant des relations privilégiées avec la direction. De manière générale le chef de pôle semble adhérer au projet institutionnel : « *Ça marche pas mal au point de vue relationnel entre équipes* », « *Le fait de resserrer les liens, alors est-ce qu'on aurait été capable de resserrer les liens et la pédiatrie sans ça, peut-être ou peut-être pas, ça c'est difficile, mais le fait qu'effectivement on ait des liens qui soient beaucoup plus étroits avec les pédiatres, ça améliore la vie des patients probablement* » (Chef de pôle).

Mise en avant des limites du pôles : toutefois, l'analyse de l'entretien révèle que le sentiment du chef de pôle est que les délégations ne laissent pas plus d'autonomie et de responsabilisation dans la gestion, mais sont davantage le prétexte à déléguer les tâches difficiles : « *...après au point de vue budgétaire et heu c'est quand même un p'tit peu plus compliqué ça fonctionne beaucoup par service y'a pas une logique de mise en commun des...on essaye de temps en temps mais c'est un petit peu plus compliqué* », « *J'ai pas l'impression que les directions aient lâché grand-chose, quoi* », « *je pense que c'est surtout l'administration d'un côté, [...] nous donne un petit peu la tâche difficile comme globalement, c'est-à-dire à annoncer des restructurations ou d'essayer de faire baisser le personnel et d'un autre côté il n'y a pas vraiment de choix dans la vraie gestion quoi. Eux, les administrateurs sont quand même très attachés, ils tiennent à leur, la DRH, même pour changer, pour faire bouger des, je ne sais pas, des organisations de personnels, tout ça, c'est quand même très très compliqué* » (chef de pôle).

Nous constatons alors que le directeur des pôles, le DRH et le chef de pôle sont ambigus dans leur posture. Admettant dans un premier temps les avantages du pôle et semblant soutenir cette nouvelle structure, il apparaît, au fil de l'entretien, que le pôle revêt pour eux davantage d'inconvénients. Ces postures témoignent d'une organisation en construction, qui revisite les modalités d'actions collectives avec des niveaux de maturité variables. Dans ce contexte le projet nous semble être un révélateur dans le fonctionnement polaire.

3.2 L'aspect révélateur des projets

Nous nous sommes plus particulièrement intéressés à la conduite des projets du pôle car suscitant un travail collectif, elle est révélatrice des pratiques institutionnelles des différents acteurs.

Le pôle mère enfant connaît deux principaux projets la salle nature et la salle kangourou. Ces projets répondent aux attentes des patientes et visent une amélioration de la qualité des soins. La salle nature permet un accouchement moins médicalisé. Elle se trouve dans le service de gynécologie et doit être équipée de matériel spécifique comprenant entre autres une baignoire, une table de suspension, et une table multi positions.

L'élaboration du projet révèle un travail de construction de réseau réalisé par la *cadre supérieure* de santé. Il s'agit d'un projet d'installation d'une salle dite « nature » permettant un accouchement physiologique (moins assisté par les matériels médicaux). Ce projet est un projet d'envergure pour le

pôle puisqu'il nécessite le réaménagement d'un espace ainsi qu'un accompagnement thérapeutique spécifique. La réalisation d'une salle nature répond particulièrement à la demande de la clientèle de la maternité de plus en plus soucieuse de la qualité de leur accouchement. L'initiative du projet est attribuée à la cadre sage-femme qui à l'écoute des besoins des patientes de la maternité a géré le projet de la phase amont de conception à la phase aval d'aménagement. Elle a pour cela entrepris des actions visant à construire un réseau lors du congrès annuel des sages-femmes. La cadre de pôle a notamment réalisé des devis et contacté des fournisseurs pour étudier la faisabilité médicale et économique du projet. Des médecins de l'hôpital se sont rendus dans un autre établissement qui a mis en œuvre ce type d'installation pour bénéficier de son expérience. Elle a ensuite soumis ce projet à la direction qui n'a pas pu y apporter son soutien financier. Celle-ci l'a alors proposé au chef de pôle et au directeur des pôles. Ce dernier, étant en relation avec les médecins du Conseil Général, a pu obtenir un avis favorable au financement de la salle nature par cette collectivité.

Construire des identités : Le développement de nouvelles formes de prise en charge est un vecteur de l'identité du pôle et plus largement de l'établissement. Ce type d'action est fondamental pour la *cadre supérieure* de pôle qui y voit un moyen de développer l'image de marque de la maternité : « *c'est notre publicité* ». Celle-ci fait preuve de créativité et d'initiative et est force de propositions dans le développement de projets et partenariats : « *Finaliser notre projet de salle physiologique pour attirer une autre patientèle. Parce que, moi qui suis là depuis longtemps, je vois que on a affaire aujourd'hui à de plus en plus de précarité, à de plus en plus de difficultés de prise en charge [...] Donc je pense qu'il y a cette réflexion de prise en charge si la patiente a un projet spécifique, un projet de naissance spécifique et bien d'essayer d'y répondre avec cette salle physio.* ».

Les projets attestent aussi d'un travail de production des connaissances opéré par la cadre administrative de pôle puisqu'elle contribue pour une part relativement importante à produire les chiffrages et les tableaux de bord qui informent les prises de décision : « *donc dans le cadre de l'élaboration du projet stratégique, donc j'ai élaboré les fiches projets pour les projets du pôle mère enfant, donc de là des études, des prévisions et après un suivi bien sur, et si possible de mettre en place des tableaux de bord, spécifiques au pôle aussi* », « *Par rapport à des projets donc, je fais des chiffrages par exemple, quand on se pose la question sur l'opportunité de ré-ouvrir le bloc césarienne le lundi, voilà c'est une exemple, bon ben là je vais faire l'étude sur le coût, dépenses, le personnel nécessaire, les recettes attendues, enfin voilà, les études un peu* » (cadre administrative de pôle).

Remise en cause des présupposés du pôle : Le médecin DIM est plus sceptique sur la dynamique de projet au sein du pôle. L'arrivée des pôles au sein de l'hôpital n'a pas favorisé l'émergence de nouveaux projets. Les salles nature et kangourou sont le fruit de collaborations plus anciennes et ne sont pas dues à une collaboration particulière du fait des pôles : « *Les salles kangourou ça devait se faire depuis longtemps et puis les salles kangourou c'est quelque chose qu'on fait depuis toujours sauf que ça s'appelait pas kangourou.* » (DIM).

Concernant l'implication pour l'élaboration des projets du pôle, les entretiens et observations participantes réalisées viennent confirmer les résultats. La cadre administrative et la cadre supérieure de santé ont toutes deux entrepris les démarches afin que les projets médicaux (salle nature, salle physiologique, projet pilate...) puissent se réaliser. En effet, la cadre administrative a élaboré les fiches projet suite aux discussions lors des bureaux de pôle, elle a recolté les informations nécessaires auprès des directions fonctionnelles. Celle-ci a donc concouru à la phase conception des projets, les pratiques de travail institutionnel identifiées participent de la *création institutionnelle*. Par ailleurs la cadre supérieure de santé réunit les membres du pôle et réfléchit aux possibilités d'amélioration de prise en charge de ses patientes. De plus, elle a trouvé une alternative au financement par le Centre

Hospitalier et sollicité des acteurs privés afin de financer les projets développés en amont. Les deux cadres sont alors très investies dans la réalisation des projets du pôle. Le chef de pôle en revanche n'accorde que très peu de temps à tout ce qui concerne le pôle, c'est-à-dire « 10% » de son temps qu'il alloue exclusivement aux participations aux diverses réunions du pôle. Le chef de pôle est peu actif dans le processus d'élaboration des projets du pôle. Ce dernier, avalise les décisions prises *ex-ante* par la cadre supérieure pour assurer la légitimité médicale nécessaire à l'aboutissement des projets.

Nous sommes donc amenés à penser au terme de cette analyse des pratiques stratégiques et opératoires que les acteurs du pôle adoptent des pratiques d'institutionnalisation qui révèlent leurs postures par rapport à cette nouvelle structure. Les deux cadres du pôle sont engagées dans la création et le maintien elles s'investissent dans la conception des projets autant pour ce qui concerne les aspects de construction de nouveaux réseaux, de nouvelles collaborations que de productions de connaissances. Les chefs de service et les directions fonctionnelles (DIM, Psdt CME, DRH...) cherchent plutôt à défendre leurs prérogatives et visent la déstabilisation du pôle, celui-ci représente pour eux une menace par rapport au fonctionnement en service jusqu'alors existant. En revanche, le chef de pôle, le directeur des pôles ainsi que le DRH adoptent une posture plus équivoque, d'une part ils donnent le sentiment d'adhérer à la nouvelle structure polaire mais d'un autre côté ils mettent en avant les limites et les paradoxes du pôle. Concernant les projets leur investissement est très faible et s'impliquent très peu. Leur positionnement ambivalent ne favorise pas l'émergence du pôle comme nouvelle organisation nous pensons qu'ils en *altèrent* l'institutionnalisation.

Voici synthétisées les pratiques des acteurs au sein du pôle engagés dans le travail d'institutionnalisation :

Pratiques institutionnelles		Agir stratégique (approche discursive)	Agir projectif (approche opératoire)
Pratiques de création	Construire les identités, les associations normatives	Cadre administrative	Cadre supérieure de santé
	Construire les réseaux d'acteurs	Cadre administrative	Cadre supérieure de santé
	Coupler de nouvelles pratiques avec d'anciennes	Cadre supérieure de santé	Cadre administrative
	Fournir aux acteurs les connaissances et compétences nécessaires	Cadre administrative	Cadre administrative
Pratiques de maintien	Diaboliser	Cadre sage-femme du pôle	----
	Valoriser	Cadre sage-femme du pôle	----
Pratiques d'altération	Adhésion apparente	Directeur des pôles, DRH, Chef de pôle	----
	Non adhésion, non implication	Directeur des pôles, DRH, Chef de pôle	Directeur des pôles, Chef de pôle
	Mise en avant des limites et paradoxes	Directeur des pôles, DRH, Chef de pôle	----
Pratiques de déstabilisation	Remettre en cause les présupposés	DIM, Psdt CME	DIM

4. Discussion et conclusion

L'analyse des pratiques de travail institutionnel des acteurs du pôle nous a permis de mettre en évidence l'agir des membres du pôle impliqués dans l'institutionnalisation. Les deux cadres de santé sont apparues favorables au pôle comme en attestent les pratiques visant à permettre au pôle d'exister (création et maintien). Les chefs de service (DIM, CME) ont eux des pratiques plus subversives. Nous validons alors l'idée selon laquelle les acteurs périphériques moins encastrés et moins privilégiés, sont plus imaginatifs et sont plus motivés par le changement en raison de perspectives de gains potentiels (Hardy, Maguire, 2008). Le pôle tente de s'imposer comme nouvelle structure relationnelle, le service est toujours prégnant et fait figure de référence pour nombre d'acteurs du pôle. Les deux cadres sont les plus actives et tentent d'influencer le processus par leurs actions. Aussi, nous rejoignons l'idée selon laquelle la situation spécifique d'encastrement faible couplée à une motivation importante convertit les acteurs périphériques en entrepreneurs institutionnels doués de compétences particulières (Greenwood, Suddaby, 2006). En effet, les cadres dont il est question plus haut poursuivent chacune des intérêts personnels. Les cadres – cadre de santé, sage-femme et cadre administrative - souhaitent obtenir davantage de reconnaissance. La cadre administrative tente de s'imposer comme interlocutrice privilégiée des membres du pôle alors qu'au départ elle n'était considérée que comme « *la secrétaire* » des bureaux de pôle. Les informations qu'elle pourra récolter et transmettre constitueront ses ressources. Ces derniers éléments abondent également en faveur de la notion de travail collectif fondé sur des actions stratégiques. Les compétences –essentiellement sociales et cognitives- sont employées à servir l'institution mais aussi les intérêts propres des individus. En revanche, d'autres acteurs notamment les élites ont un intérêt à déstabiliser l'institution qui porte en elle une menace pour leur position, leur ressource (Lawrence, Suddaby 2005). Le pôle redessine l'organisation, les chefs de service jusque-là seuls maîtres à bord ont alors perdu l'étendue de leur spectre décisionnel. Les ressources notamment humaines sont alors plus difficiles à obtenir car il faut en premier lieu convaincre non seulement la direction de l'établissement mais aussi désormais le chef de pôle. L'organisation même du service ne peut plus être régie par le chef de service ce qui représente en soi une perte substantielle de pouvoir. Nous n'avons pas pu interroger le chef de service de pédiatrie qui a refusé l'entretien. Nous avons pu cependant observer lors d'une réunion son exaspération face au refus d'obtenir le recrutement d'un pédiatre supplémentaire afin d'assurer les gardes de pédiatrie. Ce dernier excédé a menacé de saisir directement l'ARS comme moyen de pression afin d'influencer la décision du chef de pôle. Nous constatons à quel point les relations entre acteurs du pôle se trouvent modifiées par la structuration en pôle à cause des pouvoirs qu'il redistribue. Aussi, il apparaît que les élites voyant leur pouvoir et leurs ressources menacés sont susceptibles d'adopter des pratiques visant à déstabiliser cette nouvelle institution tandis que d'autres saisissant l'intérêt que celle-ci représente s'engageront dans des pratiques favorisant la création et le maintien institutionnel et concourront grâce à la mise en œuvre de projets à le soutenir. La nature projective de l'agir des deux cadres est révélée dans la gestion des projets, toutes deux sont très impliquées dans la réalisation des projets phares du pôle. Les cadres de santé et administrative ont fait preuve de créativité, d'inventivité dans une posture d'anticipation de l'action pour permettre aux projets d'exister. Les projets du pôle pourraient être conçus sans le pôle et ne pas avoir d'impact sur la configuration des relations au sein du pôle. Toutefois la mise en commun de moyens, les nouvelles collaborations, les réseaux créés permettent au pôle, quoiqu'en disent ses détracteurs, d'être une structure de collaboration et d'échange de savoirs. La gestion des projets du pôle participe à l'institutionnalisation de cette nouvelle organisation.

Ce qui est plus inattendu à l'issue de notre analyse est de découvrir la posture ambivalente du chef de pôle ainsi que du directeur des pôles qui s'engagent officiellement pour le pôle mais met en exergue dans le même temps ses limites et ses paradoxes. Le chef de pôle, à l'encontre de ce que nous avons

supposé au départ est peu investi dans la gestion du pôle. Il accorde peu de temps à tout ce qui concerne le pôle car il se consacre essentiellement à son service (la maternité) et à son activité clinique. Il n'adopte pas un comportement d'entrepreneur institutionnel. En effet, sa posture ambiguë à la fois d'adhésion apparente et de mise en avant des limites et paradoxes du pôle ne favorise pas l'institutionnalisation du pôle, nous pensons que par sa position il en altère le processus. C'est véritablement l'action conjointe des deux cadres du pôle qui concourt à l'institutionnalisation de cette nouvelle organisation. L'approche par les projets que nous avons mobilisée ici confirme nos résultats car nous retrouvons la posture d'entrepreneur (anticipation, conception, réalisation) du côté du binôme formé par les cadres. De son côté, le chef de pôle vient valider les décisions prises en amont par le binôme et ne s'implique pas dans les phases de conception.

Cette analyse a permis de mettre en lumière la possibilité d'une alternative aux postures de travail institutionnel formulées par les auteurs néo-institutionnalistes. La typologie ainsi élaborée est amenée à évoluer (Ben Slimane et Leca, 2010). Nous avons identifié une posture supplémentaire qui se situe entre le maintien et la déstabilisation. Le chef de pôle, le directeur des pôles et le DRH sont ici pris entre deux orientations avec d'une part la posture institutionnelle qui fait peser sur eux des attentes de conformation au rôle endossé, et de l'autre les difficultés intrinsèques du pôle qui ont pour effet de limiter leur engagement. Ainsi, malgré les avantages obtenus par cette position ces acteurs centraux bénéficient du pouvoir et des ressources qui leur permettraient d'instiguer le changement, mais il s'avère que ce qui fait défaut c'est leur manque de motivation (Hardy et Maguire, 2008). Alors ne se positionnant ni dans le maintien ni dans la déstabilisation ces acteurs se situent dans une position ambivalente d'altération du processus d'institutionnalisation. Les activités discursives identifiées sont l'adhésion apparente/ la non adhésion ouverte ainsi que la mise en avant des limites et paradoxes institutionnels.

Le but de cet article est de mettre en perspective deux approches qui analysent avec des outils conceptuels différents les modalités de changement organisationnel. D'une part la théorie néo-institutionnelle nous invite à considérer les pratiques des acteurs agissant peu ou prou sur l'institutionnalisation du pôle. D'autre part l'approche par les projets s'intéresse aux actions des acteurs impliqués dans l'émergence du pôle au travers d'un artefact. Ces deux approches loin d'être concurrentes se complètent l'une l'autre et nous permettent d'aboutir à la conclusion que le chef de pôle avantagé par sa nouvelle position ne joue pas le rôle d'entrepreneur institutionnel ou de porteur de projet. Les deux cadres au contraire reconnaissent une opportunité dans le pôle et ont un intérêt à s'investir et à y gagner une place démultipliant les démarches à cette fin. Ces résultats sont toutefois issus de l'analyse d'un seul cas, ils seront confrontés aux résultats tirés des recherches effectuées au sein des sept autres établissements hospitaliers afin de comparer, d'infirmer ou de confirmer les conclusions tirées ici à l'aide d'une analyse comparative. Grâce à la mobilisation d'une grille d'analyse thématique identique par cas, il s'agira notamment de chercher à identifier des régularités dans les stratégies des acteurs du pôle. Sur le plan théorique, nous pensons que les deux approches mobilisées ici ouvrent la voie à une étude du phénomène entrepreneurial, révélateurs de l'agir stratégique et projectif permettant une fertilisation croisée de deux approches (Brechet et al, 2009).

Bibliographie

- Abraham J., 1998, « Identité hospitalière, cultures de métiers », *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, n°28, p. 3-12.
- Angelé-Halgand N., 2012 ; « Nouvelle gouvernance hospitalière entre accountability et responsabilité ? Une approche des logiques de pilotage par la modulation de la logique contractuelle », 1er Congrès ARAMOS, Paris, novembre 2012,
- Bénamouzig, D., 2010 « Système de santé » in *Santé Publique l'Etat des savoirs*, sous la dir. de Didier Fassin et Boris Hauray , La découverte, Paris.
- Ben Slimane K., Leca B, 2010, « Le travail institutionnel : origines théoriques, défis et perspectives », *Management & Avenir*, p. 53-69.
- Berger P., Luckmann T., 1967, “The social construction of reality”, London: Penguin.
- Blanc A., Huault I., 2010, – Reproduction de l’ordre institutionnel face à l’incertitude – Le rôle du discours des majors dans l’industrie musicale – *Revue Française de Gestion* 36, 203 85-99”
- Bréchet, A., Desreumaux J-P., 2007, « Une project-Based View pour le strategic choice » , *Revue Sciences de Gestion* , n° 64, p. 383 à 404
- Bréchet J-P, Prouteau L., 2009, « A la recherche de l’entrepreneur : au-delà du modèle de choix rationnel : une figure centrale de l’action collective » Working paper , LEMNA
- Bréchet, J-P., Schieb-Bienfait N., Desreumaux A., 2009, « Les figures de l’entrepreneur dans une théorie de l’action fondée sur le projet », *Revue de l’Entrepreneuriat*, Vol 8, n°1, 2009.
- Cargnello-Charles E. , 2012 « Perception de la performance hospitalière par les acteurs - une étude de terrain », 1 er Congrès ARAMOS, Paris, novembre 2012
- 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 », 1er Congrès ARAMOS, Paris, novembre 2012,
- Crozet P., Kaaniche A., Liénard J., (2008), “Nouvelle gouvernance à l’hôpital: recomposition de l’organisation et gestion des ressources humaines”, *Politique et Management Public*, Vol 26/2, p.33-51.
- Delbridge, R., & Edwards, T. 2007, “Reflections on Developments in Institutional Theory: Toward a Relational Approach » *Scandinavian Journal of Management* , 23(2), 191-205.
- Denis JL., Gibeau E., Langley A., Pomey MP., Schendel N., 2012, « Modèles et enjeux du partenariat médico-administratif : Etat des connaissances », Association québécoise d’établissement de santé et de services sociaux, www.aqesss.qc.ca, Montréal, Québec, 81 p.
- Dent M., (2006), “Post-NPM in public sector hospitals ? The UK, Germany and Italy”, *Policy & Politics*, n° 33/4, p.623-636.
- Desreumaux A., 2004 “Théorie néo-institutionnelle, management stratégique et dynamique des organisations”. in Huault I. (Eds) *Institutions et Gestion*, p-29-47. Vuibert.
- DiMaggio P.J., Powell W.W., 1983, “The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields.” *American Sociological Review*, Vol.48, N°.2, p.147-160.
- Emin, S., & Schieb-Bienfait, N. 2012 « Analyse des processus entrepreneuriaux à partir d’une entrée par le projet: une application sur un territoire de la Confédération Paysanne », 11 ème CIFEPME.
- Emirbayer, M., & Mische, A., 1998 “What is Agency?” *American Journal of Sociology*, 103(4), 962-1023
- Fligstein N, 2001a, “Social Skill and the Theory of Fields” - Recent Work, Center for Culture, Organizations and Politics, Institute for Research on Labor and Employment, UC Berkeley
- Fligstein N. 2001b, “Toward A General Theory Of Strategic Action Fields”, *Working Paper Series*, Institute for Research on Labor and Employment, UC Berkeley
- Franchisteguy-Couloume I., 2012 « La recherche de la performance au cœur de l’évolution des établissements de santé en France », 1er Congrès ARAMOS, Paris, novembre 2012,

Friedland, R. and Alford R.R 1991 “Bringing society back in: symbols, practices, and institutional contradictions”. In *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. W.W. Powell and P.J DiMaggio (eds.) Chicago: University of Chicago Press: 2320-63

Glouberman S., Mintzberg H., 2001, « Managing the care of health and the cure of disease—Part I : Différentiation », *Health Care Manage Review*, Winter;26(1):56-69; discussion 87-9.

Greenwood R. et Suddaby R., 2006, Institutionnal Entrepreneurship in Mature Fields: The Big Five Accounting Firms , *Academy of Management Journal*, vol.49, n° 1, 27-48.

Greenwood R., Oliver C., Sahlin--Andersson K., et Suddaby R. (2008), “Introduction”. In Greenwood R., Oliver C., R. Suddaby, et Sahlin-Andersson K.(Eds.), *The Hand Book of Organizational Institutionalism*, Sage, p. 1-46.

Grenier C., Bernardini J., 2012 « La mise en place d’une fonction hybride dans l’organisation pluraliste : vers un espace hybride d’articulation de logiques institutionnelles concurrentes – Chef de pôle et pôle de services dans une organisation hospitalière », 1er Congrès ARAMOS, Paris, novembre 2012.

Grévin A., 2012 « Quand la performance pilote le management...Les effets du tournant gestionnaire sur le management de proximité dans une clinique », 1er Congrès ARAMOS, Paris, novembre 2012

Hardy C. et Maguire S., 2008, Institutional Entrepreneurship”. in Greenwood R., Oliver C., Suddaby R., Sahlin-Andersson K. (Eds) *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism*. Sage, p198-217.

IGAS, (2013), L’hôpital, Rapport 2012, La documentation française, Paris., 295 p.

Jepperson, R. L., 1991, “Institutions, institutional effects, and institutionalism”. In W. W. Powell & P. Kirkpatrick I., Jespersen P.K., Dent M. and Neogy I., 2009, “Medicine and management in a comparative perspective: the cases of England and Denmark”, *Sociology of Health and Illness*, n°31,5.

Lawrence, T. B. 1999. “Institutional strategy”, *Journal of Management*, 25: 161–187.

Lawrence T.B, Suddaby R., 2005 – Institutions and Institutional work – *Handbook of organization studies* 2nd edition

Lawrence T.B, Suddaby R., Leca B., 2009 “Institutionnal work refocusing”, *Journal of Management Inquiry* 20(1) 52–58

Le Garrec M.A, Koubi M., Fenina A. , 2013, « 60 années de dépenses de santé, une rétopolation des Comptes de santé de 1950 à 2010 », *Études et Résultats*, n° 831 - février 2013, DREES, Paris.

Meyer, J.W., & Rowan,B., 1977 « Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony», *American Journal of Sociology*, 83: 340–363.

Moison J.C., (2010), « L’évaluation du changement organisationnel par l’approche de la recherché intervention. L’exemple des impacts de la T2A », *Revue Française d’Administration Publique*, n°1-2.

Nobre T., Lambert P., 2013 « Le management des pôles à l’hôpital. Regards croisés, enjeux et défis » Dunod, Paris, 305 p.

Powell, W., DiMaggio, P. J., 1991, “The new institutionalism in organizational analysis”, The university of Chicago Press.

Rivière A., Commeiras N., Loubes A., 2012 « Objectif de performance et tensions de role a l’hopital : une étude qualitative auprès de cadres de sante », 1er Congrès ARAMOS, Paris, novembre 2012,

Seo, M.-G., & Creed, W. E. D., 2002 “Institutional Contradictions: Praxis and Institutional Change: A Dialectical Perspective” *Academy of Management Review*, 27(2), 222-247.

Soulé B., 2007, « Observation participante ou participation observante ? Usages et justifications de l’utilisation de la notion de participation observante en sciences sociales », *Recherches qualitatives* – Vol. 27(1), pp. 127-140.

Valette A., Burellier F., Havard C., 2012, « Quand l’habit fait le moine. Les chefs de pôles hospitaliers : devenir un hybride malgré tout ? », Communication au 1^{er} congrès ARAMOS, Paris, 15p.