



La mise en place des pôles d'activité médicale à l'hôpital public : quel est l'impact d'un changement de structure organisationnelle sur le processus de décision ?

Jimmy Vallejo, Nathalie Sampieri-Teissier, Christophe Baret

► To cite this version:

Jimmy Vallejo, Nathalie Sampieri-Teissier, Christophe Baret. La mise en place des pôles d'activité médicale à l'hôpital public : quel est l'impact d'un changement de structure organisationnelle sur le processus de décision ?. 6ème congrès de L'Association de Recherche Appliquée au Management des Organisations de Santé (ARAMOS) " L'impact de la recherche en management des organisations de sante " Cite Internationale Universitaire, Paris, 25 Mai 2018 , May 2018, Paris, France. halshs-01823569

HAL Id: halshs-01823569

<https://shs.hal.science/halshs-01823569>

Submitted on 26 Jun 2018

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

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



6^{ème} congrès ARAMOS

25 Mai 2018

**La mise en place des pôles d'activité médicale à l'hôpital public :
quel est l'impact d'un changement de structure organisationnelle
sur le processus de décision ?**

Jimmy Vallejo, Doctorant, LEST, Aix Marseille Univ, CNRS, Aix-en-Provence, France

Nathalie Sampieri-Teissier, Maître de Conférence, Aix Marseille Univ, CRET-LOG Aix-en-Provence,
France

Christophe Baret, Professeur, LEST, Aix Marseille Univ, CNRS, Aix-en-Provence, France

La mise en place des pôles d'activité médicale à l'hôpital public : quel est l'impact d'un changement de structure organisationnelle sur le processus de décision ?

Résumé

Depuis les années 1990, l'hôpital public est sujet à de nombreuses transformations. Les principes du Nouveau Management Public, d'inspiration gestionnaire du secteur privé, ont pénétré cette organisation allant jusqu'à la transformer en profondeur, on parle d'un tournant gestionnaire. La recherche de performance et d'équilibre financier a fait évoluer la gouvernance de l'hôpital, jusqu'à l'apparition des pôles d'activité médicale en 2005. Ce sujet a été principalement étudié du point de vue des acteurs, se focalisant sur la figure du médecin-gestionnaire, ou encore des outils et du contrôle de gestion. Peu de travaux se penchent sur un élément essentiel : le processus de décision. La littérature fait tout de même état de la difficile implantation de la délégation de gestion entre la Direction Générale et les pôles. Le principe de subsidiarité est pourtant au centre de réforme.

Alors que de nombreuses recherches s'intéressent à l'implantation d'instruments de comptabilité et à l'évolution des rôles des chefs de pôle, nous nous intéressons plutôt à l'évolution de la structure interne et la nouvelle organisation hospitalière, afin d'analyser comment cette évolution de structure organisationnelle, contribue à rationaliser les processus de gestion. Cet article cherche donc à comprendre comment les processus de décision évoluent à l'hôpital public suite à un changement de structure organisationnelle. Dans un contexte économique lourd pour les hôpitaux publics et en plein tournant gestionnaire, nous avons cherché à répondre à la question suivante : comment les pôles d'activité médicale font-ils évoluer les processus de décisions ?

Afin d'apporter des réponses à ce questionnement, nous avons choisi de mobiliser la théorie de l'anarchie organisée (Cohen, March et Olsen, 1972). L'une des forces de cette approche théorique est de permettre une analyse globale d'organisations particulières, dont les caractéristiques intrinsèques les éloignent des modèles classiques de rationalisation. Les trois critères caractéristiques de ces organisations constituent une grille de lecture pertinente pour analyser l'évolution de l'hôpital. En essayant de comprendre l'effet du pôle sur chacun de ces critères, cela nous permettra de rendre compte de l'influence positive ou négative de ce nouvel échelon organisationnel. La question est désormais de savoir si le changement de structure organisationnelle va accroître ou réduire l'anarchie organisée, caractéristique de l'hôpital public. Nous proposons une lecture spécifique du pilotage d'activité par les pôles, dans un Centre Hospitalier Universitaire, auprès de trois pôles de spécialités différentes.

Les entretiens, les observations et les documents collectés au cours de cette étude de cas permettent de mettre en évidence les difficultés rencontrées par les pôles pour atteindre leur objectif d'efficacité : l'influence du contexte économique, l'absence de contrats de pôle, le problème de formation des agents, une opposition constante entre gestionnaires et médicaux. Nous verrons que bien que rapprochant les acteurs en créant une nouvelle culture de gestion partagée, les pôles se présentent comme de nouvelles unités qui ont rendu plus complexe l'organisation interne.

Mots clés : Pôle d'activité médicale, Hôpital public, Anarchie organisée, Processus de décision

INTRODUCTION

L'ordonnance du 2 mai 2005, qui établit la nouvelle gouvernance des établissements publics de santé avec les pôles, repose sur deux principes. D'une part, la priorité donnée au pilotage médico-économique et d'autre part, l'application d'un principe de subsidiarité, où les décisions doivent être prises au plus près de la production de soins. Ainsi, les pôles se distinguent des services, ils sont un échelon plus large et ont pour objectif un pilotage médico-économique à la recherche d'efficacité. Il est question ici d'un regroupement de services médicaux avec à sa tête un médecin chef de pôle accompagné de deux cadres, et d'un directeur délégué. Dès lors, le personnel soignant adopte des préoccupations de gestion et l'utilisation d'instruments de contrôle de performance se développe, afin de mettre en œuvre une gestion plus efficace. Cette transformation passe par l'implication des médecins dans les décisions de gestion, c'est l'émergence du « Médecin gestionnaire », avec une délégation de responsabilités de gestion (Kirkpatrick et alii, 2009). La nouvelle gouvernance hospitalière accroît à la fois le pouvoir du directeur et l'implication de la communauté médicale dans la gestion des hôpitaux. Cette implication se fait au niveau du pilotage stratégique avec la Commission

Médicale d'Etablissement (CME). Le président de la CME devient le numéro deux du directoire. Cette implication se fait aussi à un niveau plus opérationnel avec la création effective des pôles et la nomination de médecins responsables de leur gestion (Flachère, 2015), la contractualisation interne et la mise en place d'une délégation de gestion. Si tel était le projet de la création des pôles, la littérature dresse un portrait plus complexe de la réalité de cette délégation de gestion.

En effet, les études empiriques dressent un constat mitigé de la mise en œuvre de ces réformes, relevant le faible impact des outils de gestion sur les pratiques et la transition difficile vers une hybridation des logiques entre professionnels et administratifs (Gouffé et Cargnello Charles, 2014 ; Flachère, 2015 ; Valette *et al.*, 2015). De nombreuses études mettent en évidence la difficile implantation des logiques gestionnaires à l'hôpital et la faible hybridation avec la logique médicale. Nous reviendrons sur ces études dans la première partie de l'article. L'absence de délégation, due en particulier à un manque de confiance des directions fonctionnelles en la capacité des professionnels à exercer une gestion efficiente, en est la cause. De plus, ces études montrent que les médecins ne deviennent pas spontanément des gestionnaires. L'appropriation des outils de gestion prend du temps, et ces études montrent que la gestion n'a qu'un faible impact sur les décisions médicales. Ce qui paraît paradoxal étant donné que le principe fondateur des pôles d'activité est la subsidiarité, à savoir une délégation de gestion et une décentralisation de la décision. Le principe était de faire descendre la prise de décision au plus près de l'activité, afin de prendre des décisions justes et réactives, avec une meilleure adéquation des objectifs et des moyens, en rapprochant les logiques administratives et soignantes.

Ces recherches sont centrales en ce qu'elles portent un regard critique sur la mise en place de ces pôles, mais peu de ces recherches offrent une réflexion sur les processus de décision concrets dans cette nouvelle gouvernance, en s'interrogeant sur la place du pôle et sur les effets de la mise en place de cette nouvelle gouvernance sur les capacités de l'hôpital à prendre des décisions plus efficaces. En outre, ces recherches ne proposent pas d'analyser l'influence du changement d'organisation sur les capacités de l'organisation à faire évoluer son efficacité. C'est ce que cet article se propose de faire, par le prisme de l'anarchie organisée. Nous proposons une nouvelle approche des transformations en cours, en nous intéressant à l'ensemble des acteurs du pôle, à la façon dont les instruments de gestion sont mobilisés et au fonctionnement de différents processus de gestion, mutualisation, recrutement et enfin les projets. L'idée de cette approche est de rendre compte de la réalité quotidienne de la prise de décision dans les pôles. La question qui se pose alors est : quelle est l'influence de l'organisation polaire sur le processus de décision médico-économique ? La délégation, et l'implication des médecins dans les décisions ont-elles abouti à une prise de décision plus efficace, qui permette une meilleure adéquation des ressources et des besoins, au plus près de l'activité de soin ? Autrement-dit, la mise en place des pôles permet-elle de réduire le slack organisationnel, identifié par Cyert et March ?

Pour répondre à ces questions nous allons dans un premier temps présenter une revue de littérature sur les pôles, faisant état de la difficile implantation de la délégation de gestion. Puis, nous expliciterons le choix de l'anarchie organisée de Cohen, March et Olsen (1972) comme modèle d'analyse. Nous présenterons ensuite notre étude de cas et la méthodologie de la récolte des données. Suivront les résultats de notre recherche, qui tendent à démontrer un accroissement de l'anarchie organisée à l'hôpital public en lien avec le changement de structure organisationnelle. Enfin, dans une partie discussion, nous allons revenir sur les principaux résultats de notre recherche en lien avec la littérature pour mener plus loin notre réflexion.

I - LA DELEGATION DE GESTION AUX POLES, LES DIFFICULTES D'UN PROJET D'ENVERGURE

La nouvelle gouvernance, instaurée par l'ordonnance du 2 mai 2005 puis réaffirmée par la loi HPST¹ de 2009, propose un « *reengineering* » des processus décisionnels de pilotage des établissements de santé. L'objectif poursuivi était de faire face à la complexité croissante du système de santé et au besoin de ne pas faire reposer les décisions sur une seule approche économique. Le choix a alors été d'instaurer une gouvernance associant direction et responsables médicaux (Lachenaye-Llanas, 2012). Les chefs de pôle sont alors dépositaires d'une délégation de gestion dans le cadre d'une contractualisation interne (Gavault *et al.*, 2014). Ils participent à la mise en œuvre des orientations stratégiques de l'hôpital en favorisant l'adhésion des personnels, avec le soutien de la direction. Les modalités concrètes de l'accompagnement des pôles et le soutien des équipes exécutives restent encore à développer. Les instances collégiales internes sont appelées à favoriser la gestion opérationnelle des pôles, même si, le conseil exécutif reste l'organe central de pilotage (Channet *et al.*, 2009).

Au sens de Mintzberg (1982), cette contractualisation interne issue de la nouvelle gouvernance suppose que l'hôpital passe d'un modèle de bureaucratie professionnelle à une configuration divisionnelle, ce qui nécessite la mise en œuvre d'un contrôle par les résultats. Or, ce contrôle par les résultats suppose l'existence d'une négociation des contrats de pôle avec la définition d'indicateurs et d'objectifs, assortis d'un système d'intéressement et de sanction (Angelé-Halgand, 2012). Ce contrôle par les résultats favoriserait la motivation des acteurs s'ils parviennent à s'accorder sur les objectifs, les moyens d'action, le système de mesure et d'incitation (Bérard, 2013). Toutefois, le principe de subsidiarité associé à la nouvelle gouvernance nécessite avant tout que les directions acceptent de mettre en œuvre une délégation de gestion, ce qui suppose de faire confiance aux chefs de pôle, et de leur côté les médecins doivent accepter de gérer en se formant et en consacrant du temps au management (Vallet, 2012).

Par ailleurs, si l'on se réfère à la théorie de l'agence (M. C. Jensen, W. H. Meckling 1976)², la délégation de gestion, *via* le pôle, suppose de mettre en place un dispositif de contrôle pour que le principal puisse vérifier les conséquences des actes de l'agent, d'où le développement du contrôle de gestion. Il faut aussi une convergence des intérêts entre les médecins, les soignants et la direction pour limiter les conflits. Actuellement, les outils de contrôle ne sont pas encore suffisamment fins et la convergence des intérêts entre médecins et direction n'est pas suffisante pour qu'une véritable délégation se mette en place. Les coûts d'agence sont trop élevés et les délégations restent donc limitées et souvent remises en cause (Gouffé et Cargnello Charles, 2014). En effet, si le principe de subsidiarité est fréquemment invoqué il demeure peu mis en place. La littérature montre bien que plusieurs années après l'ordonnance du 2 mai 2005 l'hôpital est encore loin de l'hybridation des logiques médicale et gestionnaire. Si les réformes supposent la mise en œuvre de délégations de gestion des directions vers les pôles celles-ci restent très limitées (Flachère, 2015). En effet, Fellingier et Boiron (2012) soulignent la frilosité des délégations de gestion. Ils montrent que rares sont les hôpitaux ayant des contrats de pôle négociés et signés, voire appliqués. La délégation de signature reste exceptionnelle avec une réticence partagée entre directeurs et chefs de pôle. La délégation de gestion s'adresse pour l'instant à des secteurs limités, comme l'hôtellerie et le petit matériel, du fait d'un contexte budgétaire et financier complexe (Channet *et al.*, 2009). En période de restriction budgétaire il est difficile de déconcentrer la gestion ou de mettre en place des procédures d'intéressement. La délégation de gestion n'est donc pas présente dans tous les établissements, et lorsqu'elle l'est, elle ne concerne que de petites enveloppes à l'intérêt stratégique limité. Or, ce changement organisationnel ne peut avoir lieu que s'il est porté par les acteurs, ce qui suppose de transférer une partie de la zone de contrôle des directions fonctionnelles aux chefs de pôle (Nobre et Lambert, 2012), ce qui est en contradiction avec la volonté de contrôle accrue des dépenses dans un contexte financier difficile (Gavault *et al.*, 2014). On constate une résistance de la part des directions fonctionnelles, voire des directions générales, à donner aux pôles une pleine responsabilité de gestion

¹ Hôpital, Patients, Santé et Territoire

² « Nous définissons une relation d'agence comme un contrat par lequel une ou plusieurs personnes (le principal) engagent une autre personne (l'agent) pour exécuter en son nom une tâche quelconque qui implique une délégation d'un certain pouvoir de décision à l'agent » (M. C. Jensen, W. H. Meckling 1976, p. 312)

(Valette *et al.*, 2014). Ceci s'explique par un manque de confiance dans les chefs de pôle à être des gestionnaires responsables (Bérard, 2013). Il apparaît la crainte qu'une déconcentration ne vienne augmenter les dépenses, et les directions fonctionnelles tardent alors à déléguer aux pôles (Fellinger et Boiron, 2012 ; Bérard, 2013). La mise en œuvre de la délégation de gestion soulève trois problèmes (Gavault *et al.*, 2014) :

- Les compétences et la volonté des acteurs de la mettre en œuvre (Grenier et Bernardini, 2012). Ce dispositif soulève des tensions et des conflits de rôle chez les médecins chefs de pôle pris entre différentes logiques institutionnelles.
- La disponibilité d'outils de gestion pour piloter la performance des pôles. De nouveaux indicateurs apparaissent et engendrent des transformations par le biais d'outils comme le tableau de bord et le compte de résultat (Crémieux, Saulpic, Zarlowski 2012 ; Angelé-Halgand, 2012).
- La capacité à engendrer les améliorations attendues de l'efficacité médico-économique : amélioration de la prise en charge des patients, fluidification des parcours patients, réduction des coûts (Franchistéguy-Couloume, 2012 ; Cargnello-Charles, Gouffé, 2012).

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

Les attentes autour des pôles sont multiples dans un contexte financier complexe, où la recherche d'efficacité semble ne souffrir d'aucuns compromis. Ainsi la mise en place d'une délégation de gestion devient un sujet d'importance qui se heurte à de nombreuses difficultés. Or, le pôle a en partie été créé pour devenir un organisme de décision, avec l'idée qu'une décentralisation des décisions représente un avantage stratégique conséquent. Le pôle devait permettre une meilleure allocation des ressources, dans l'espoir d'une meilleure efficacité médico-économique. Les nombreux freins à cette délégation ont contraint le pôle à ne pas exprimer son potentiel. Il n'en reste pas moins que la nouvelle gouvernance interne a modifié la structure de l'hôpital. La littérature sur les pôles, tend donc à démontrer que l'on assiste à un renforcement du contrôle, un rapprochement des activités médicales, et enfin un appareil gestionnaire assez limité. Pour ce qui est des médecins, ils ont la vision que leur activité est limitée, et ne vivent pas ce changement de gouvernance comme un gain de pouvoir. Un état des lieux qui pousse à s'interroger sur le processus de décision, dans une organisation en mouvement, avec une répartition nouvelle du pouvoir. Un constat de la littérature qui nous amène à poser la question de recherche suivante : Quelle place occupe le pôle dans le processus de décision avec ou sans cette délégation de gestion ? Pour répondre à cette question nous allons mobiliser la théorie de l'anarchie organisée de Cohen, March et Olsen (1972).

II - ANARCHIE ORGANISEE ET SLACK ORGANISATIONNEL

Cohen, March et Olsen (1972) ont développé le concept d'anarchie organisée à partir d'études sur les universités américaines. Cette forme particulière d'organisation se caractérise par des préférences incertaines, une technologie floue et une participation fluctuante, que nous définissons ci-dessous. Ce modèle fondamental, est assez peu utilisé et mal compris, ou injustement critiqué selon Romelaer (1994). Il n'en reste pas moins un modèle efficace pour comprendre le lien entre processus de décision et caractéristiques intrinsèques d'une organisation. Ce modèle est donc pertinent en ce qu'il permet une analyse fine de l'évolution du processus de décision lié à l'évolution des caractéristiques de l'hôpital. De plus, en étudiant les universités, Cohen, March et Olsen abordent le concept de « Slack » ou *Surplus organisationnel*. Il s'agit de la différence entre les ressources de l'organisation et l'ensemble des demandes auxquelles elle doit répondre. Le slack est sensible à l'argent et aux ressources fournies par son environnement, ainsi qu'à la cohérence interne des demandes faites à l'organisation par ses membres (Cohen *et al.*, 1972). Dans leurs travaux, le concept de slack est mobilisé pour faire une typologie des établissements en fonction de leur taille et de leur richesse. Une réduction du slack aurait une incidence sur les méthodes de décision, l'activité et la latence des problèmes ainsi que l'activité des décideurs. Il existe donc un lien entre méthode de décision et slack. Ce concept laisse entendre qu'il existe des niveaux d'anarchies organisées, et que ceux-ci peuvent évoluer. Ainsi, après plusieurs années de travaux sur les universités, pour Musselin (1997), il semble que les universités françaises tendent vers un modèle d'anarchie plus organisée. Le slack s'est donc réduit, avec moins de gaspillage, et l'anarchie s'est réduite. On retrouve cette volonté de réduction de l'anarchie, vue dans les universités, à l'hôpital, avec la mise en place des pôles d'activité et la nouvelle gouvernance. Notre volonté dans cette recherche, va donc être de comprendre l'effet du changement de structure interne sur l'anarchie organisée et donc par extension le slack. Nous entendons ici par slack, le gaspillage organisationnel et la perte d'efficacité, générés par l'anarchie organisée.

Le choix de ce modèle se justifie par le fait que l'hôpital est une anarchie organisée. Il est décrit dans la littérature comme une structure divisée entre différents mondes (Glouberman et Mintzberg, 2001), avec une grande diversité d'acteurs qui induit un cloisonnement interne à l'intérieur de ces mondes (Nobre, 2013). Ceci renvoie à l'idée d'incertitude de préférences liée à la multitude d'acteurs à la poursuite d'intérêts différents. On retrouve la notion de technologie floue, avec un ensemble d'acteurs qui ne maîtrisent pas les procédés de productions de l'activité entre les uns et les autres, entre soin et administration. Enfin, à l'hôpital on retrouve une faible interdépendance fonctionnelle entre les acteurs ce qui favorise peu la coordination et la coopération entre des professionnels très contraints par les tâches cliniques qui restent prioritaires, dont découle une participation fluctuante. Nous allons revenir sur ces critères pour les présenter avec plus de précision, et surtout en cherchant à comprendre comment le pôle cherche à influencer ces caractéristiques.

II.1 - L'incertitude des préférences

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

Ce critère s'observe également quand il y a une activité politique : opposition, désaccords sur la stratégie ; ou lorsqu'il y a une dispersion géographique, ou une opposition siège/filiale.

L'hôpital est décrit dans la littérature comme une structure divisée, et l'idée de la création des pôles est donc de rassembler les logiques gestionnaires et médicales dans une même unité. On peut supposer dès lors que le rapprochement des logiques va aboutir à une hybridation des logiques et tendre vers une vision médico-économique commune et partagée. Si la littérature a montré jusqu'à présent que cette hybridation n'est pas naturelle, et n'est pas encore aboutie, on peut penser que la volonté d'y parvenir aura tendance à se traduire par une définition plus claire des préférences. Au lieu d'avoir quatre mondes divisés dans une grande structure : administrateurs, gestionnaires, médecins et infirmiers (Glouberman et Mintzberg, 2001) avec une faible interdépendance fonctionnelle, le pôle rassemble ces quatre mondes au sein d'une même unité de gestion de plus petite taille poursuivant un objectif stratégique commun, défini ensemble, notamment grâce au cadre du contrat de pôle. Ce qui sous-entend une définition préalable des préférences, réduisant ainsi l'incertitude, due à un éparpillement stratégique. Ici, l'ensemble des acteurs poursuivent un même but général : mener à bien le projet d'établissement. Une meilleure définition des préférences devrait permettre de réduire le slack généré par un éparpillement des préférences, voire les contradictions, qui ralentissent les processus.

II.2 - La technologie floue

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

La notion de technologie à l'hôpital peut renvoyer à plusieurs réalités. La technologie hospitalière est plutôt précise, avec l'existence de nombreux protocoles de soins et le développement d'outils standards autour de la certification qualité. Toutefois, à côté de cette technologie très formelle et standard, se sont développés de nouveaux outils de gestion, sensés aider à la prise de décision et au pilotage de l'activité. Dans cet article, par technologie floue nous faisons référence à cette instrumentation gestionnaire qui accompagne les pôles et la contractualisation interne. L'hôpital, n'échappe pas aux règles identifiées par Musselin (1997) à propos des universités. Nous l'avons vu, selon elle, les universités françaises tendent vers un modèle d'anarchie plus organisée. Dans les universités, le flou technologique se dissipe peu à peu, avec un durcissement de la technologie par le recours à des outils de suivi et de mesure des résultats. Or, nous avons identifié dans la littérature, le même phénomène à l'hôpital avec l'introduction d'un nouveau modèle de gestion « médico-économique », qui s'accompagne par l'introduction croissante d'instruments de contrôle de gestion, qui doivent permettre de rendre la gestion plus efficiente (Flachère, 2015). De plus, avec la délégation de gestion, la logique de contractualisation, la T2A et la nécessaire maîtrise des dépenses, la maîtrise des outils de gestion devrait augmenter, avec une stabilisation et une normalisation des processus de gestion. D'autre part, les universités sont sujettes à l'émergence progressive d'une conception plus interdépendante des différentes composantes. Une évolution en partie due à la politique de contractualisation mise en place (Musselin, 1997). On retrouve cette logique de contractualisation interne et externe à l'hôpital. Avec, comme dans les universités, l'introduction de modalités de contrôle de gestion afin de contrôler les résultats, des éléments qui figurent dans les contrats de pôle.

Si un contrôle par les résultats réels se heurte à des difficultés (Vallejo *et al.*, 2015), il n'en reste pas moins que la logique s'est installée à l'hôpital. Enfin, selon Musselin (1997), l'élaboration d'un projet d'établissement et de fixation d'axes prioritaires donne naissance à des comportements plus collectifs, supposant plus d'interdépendance. Il se trouve que l'hôpital établit également un projet d'établissement qui se traduit en projets de pôle, dont chaque unité contribue donc aux mêmes objectifs. On peut donc penser à nouveau que les effets étant les mêmes, les mêmes conséquences s'appliquent. On devrait, donc, bien observer des comportements plus collectifs, avec plus d'interdépendance. Par ailleurs, du fait d'un travail en commun plus resserré avec de nouvelles responsabilités partagées, l'interdépendance fonctionnelle devrait augmenter. Dès lors, les soignants devenant des gestionnaires, et les gestionnaires travaillant au plus près des soignants, on s'attend à une meilleure compréhension du travail de chacun. C'est bien le chemin entrepris par les pouvoirs publics, développer l'autonomie des pôles, et assurant une régulation par le contrôle des résultats et des performances, notamment par la contractualisation interne.

D'après Musselin (1997), les universités françaises tendent vers un modèle d'anarchie plus organisée, réduisant ainsi le slack, pour deux raisons. D'une part, on observe un durcissement de la technologie par le recours à des outils de suivi et de mesure des résultats, et d'autre part, on assiste à l'émergence progressive d'une conception plus interdépendante des différentes composantes des établissements. Cette évolution est notamment due à la politique de contractualisation qui s'est développée. A cette occasion, une prise de conscience de l'ampleur de l'ignorance des universités sur leurs propres structures a eu lieu, et elles se sont ainsi dotées de moyens de suivi. C'est l'introduction des modalités de contrôle de gestion, à défaut de maîtriser la technologie, qui a rendu possible le contrôle des résultats. Le gaspillage organisationnel s'est donc réduit par l'introduction d'outils de suivi et une politique de contractualisation. Deux éléments qui font partis de la nouvelle gouvernance hospitalière. Nous sommes donc en mesure d'attendre un durcissement de la technologie identique à l'hôpital, ayant pour effet de réduire le slack.

II.3 - La participation fluctuante

Il existe dans ces organisations une participation fluctuante dans les processus de décision. Friedberg (1993) parle d'une faible structuration de ces processus : il est facile de rentrer ou de sortir des processus de décision, d'y introduire de nouvelles préoccupations ou d'en retirer d'autres. Typiquement dans ces structures les participants fournissent une quantité de temps et de travail variable en fonction des différents domaines d'activité. Les acteurs impliqués dans une situation de choix y ont une implication variable dans le temps et variable en intensité (Romelaer, 1994). Cela confère à l'organisation des frontières mouvantes et incertaines, le degré d'engagement étant fluctuant. Il en résulte de nombreux changements de décideurs, et d'auditoires pour les différents types de choix (Cohen *et al.*, 1972). Ce critère est typique des organisations du secteur associatif ou des syndicats professionnels. C'est également le cas quand on décentralise les décisions, aplatit la hiérarchie, introduit des groupes autonomes ou semi-autonomes et encourage la participation (Romelaer, 1994). D'après les auteurs de ce modèle, ces caractéristiques peuvent se retrouver dans n'importe quelle entreprise à un moment de sa vie, ou à un endroit particulier de sa structure, notamment dans les organisations en mal de légitimité, ou encore les structures de formation. Ce modèle reste prédominant dans les organismes publics (Cohen *et al.*, 1972), comme les universités, et donc les hôpitaux. On retrouve toutefois facilement ces trois critères dans un contexte de changement rapide, de restructuration forte et de fusion, ce qui en fait finalement un modèle d'analyse assez large (Romelaer, 1994). On retrouve bien cette idée de restructuration forte à l'hôpital public, avec la nouvelle gouvernance.

On peut penser qu'en définissant des pôles, qui sont des unités de gestion et également des instances délibératives, que la question du contour de cette instance devrait être clarifiée. Le pôle devrait aboutir à une définition claire des espaces de délibérations et des participants, qui ont un pouvoir d'intervention. Sur la base de ces indications, nous sommes en mesure de penser que le regroupement en unités, les pôles, aura pour effet de réduire la participation fluctuante, puisque ce facteur favorise la coordination et la communication (Mintzberg, 1982). Autant d'éléments qui auront pour effet de

réduire le slack généré par la dispersion des acteurs, qui nécessite un investissement plus grand en coordination et communication.

Le changement de gouvernance interne devrait donc permettre de réduire l'anarchie organisationnelle, de tendre vers des anarchies plus organisées et donc de réduire le slack organisationnel, comme Musselin le démontre pour les Universités. Cette évolution correspond bien à la volonté affichée des pouvoirs publics d'améliorer la prise de décision et l'efficacité médico-économique, et ce, afin de réduire le *slack* généré par les hôpitaux. Cela nous amène à poser la problématique suivante : Comment l'introduction des pôles permet-elle de réduire l'anarchie organisée, et donc le slack organisationnel ?

III - METHODOLOGIE : LE CAS DE TROIS POLES D'UN CHU

L'établissement étudié est un grand Centre Hospitalier Universitaire (CHU). C'est un établissement public de santé, régi par le Code de la Santé Publique, qui gère des sites hospitaliers et des services généraux. Cet établissement en difficulté économique est placé sous CREF³. Il est divisé entre plusieurs sites répartis dans la ville, et est constitué d'une trentaine de pôles, dont la plupart sont multi-sites⁴. Nous avons focalisé notre attention des pôles médicaux multi-sites de spécialités différentes. Le processus de sélection de ces pôles a eu lieu en deux phases. Dans un premier temps, la DG, en accord avec la CME, nous a soumis une liste de 5 pôles. Ces pôles ont été sélectionnés pour leur maturité dans leur fonctionnement collectif. Puis, dans un second temps, sur la base du volontariat et après rencontre avec les chefs de pôles nous en avons retenus trois :

Digestif : 700 ETP⁵ 170 lits
Neurologie : 490 ETP 162 lits
Gynécologie : 500 ETP 237 lits

Notre recherche ne s'inscrit pas dans le cadre d'une recherche action. Nous avons adopté un positionnement de recherche distancié basé sur l'observation, dans un positionnement épistémologique interprétativiste, en nous appuyant sur les interprétations que font les acteurs de la réalité. Les données ont été collectées selon plusieurs modalités :

- Des entretiens semi-directifs : 28 entretiens avec l'ensemble des acteurs du pôle : trio de pôle, directeurs délégués de pôle, contrôleurs de gestion, cadres et chefs de services.

Tableau 1. Liste des acteurs rencontrés

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

³ Contrat de Retour à l'Equilibre Financier

⁴ Ils regroupent des services répartis géographiquement sur différents sites

⁵ Employés en équivalent temps plein

- De l'observation non-participante⁶ : de mars à novembre 2014, 60 réunions (séminaires de direction, réunions au sein des pôles, bureaux de pôle hebdomadaires, réunions de direction, animation de gestion, réunions de services).
- De l'analyse documentaire : collecte de différents documents (contrats de pôle, projets de pôle, CREA⁷, tableaux de bord).

Nous avons procédé à une analyse en boucle des données, par un codage *a posteriori*. Ce système permet, à partir de la lecture d'un extrait du corpus d'établir des récurrences de thème et d'en dégager ainsi une liste de catégories et leurs codages : il est dès lors possible de constituer des catégories à partir de regroupement d'unités d'une même idée (Paillé et Muchielli, 2003). Nous avons choisi ce mode d'analyse car nos grilles d'entretiens, et d'observations, n'ont pas été construites à partir de notre cadre théorique de l'anarchie organisée. Or, la littérature justifie cette démarche méthodologique, car le principe de l'analyse thématique est de trouver les thèmes récurrents entre les différentes sources de données du corpus. Dans ce cas « *l'analyste peut se contenter de prendre en considération les seules informations pertinentes au regard des thèmes retenus* » (Gavard-Perret, 2012). Ainsi, nous allons pouvoir analyser nos données, d'observations et surtout d'entretiens à partir de la grille d'analyse des critères de l'anarchie organisée : incertitude des préférences, technologie floue et participation fluctuante.

IV - RESULTATS

Dans cette partie, nous présentons les résultats de notre recherche qui font état d'une difficile insertion des pôles d'activité médicale au sein de l'hôpital public. Nous allons revenir ici sur l'ensemble des processus de décision qui impliquent les pôles, que ce soit des décisions opérationnelles, comme les dépenses, le recrutement, la gestion des effectifs et la mutualisation ou encore des décisions stratégiques, comme les projets. Ces processus sont au cœur du changement insufflé par la nouvelle gouvernance puisqu'ils revêtent des enjeux de performance médico-économique. Ces processus sont l'occasion de recherche d'économie, dans le cadre d'un maintien de la qualité des soins. Dans une première partie nous décrirons la difficulté des pôles à rassembler les préférences multiples des acteurs en leurs seins. Dans une seconde partie, nous présenterons le développement des outils de gestion qui soulèvent des problématiques de conception d'outils et de compétences des agents. Enfin, dans une troisième partie, nous reviendrons la multiplication des instances liées aux pôles qui génère une plus grande fluctuation des participations.

IV.1 - Une agrégation des préférences difficile

IV.1.1 Des rôles insuffisamment définis

Notre recherche fait état d'un problème de définition des rôles, qui entraînent des pratiques hétérogènes, en fonction de la représentation des fonctions de chacun : « *On ne peut pas en tirer une règle* » (Contrôleur de gestion du pôle Digestif). Un constat qui illustre l'absence de définition préalable des préférences. Une définition des rôles qui peut aussi poser la question des compétences et des profils des agents, particulièrement concernant les cadres administratifs de pôle dont la fonction tend à évoluer vers un rôle d'assistant de gestion : « *Aucune fiche de poste n'a été conçue en vue de cette mutation. Il n'y a pas non plus de profil type, ce qui crée une grande hétérogénéité des pratiques d'un pôle à l'autre* » (Contrôleur de gestion du pôle Gynécologie). « *C'est flou ce poste de cadre admin* » (Cadre supérieur de santé du pôle Digestif). Enfin, sur ce point, la multiplicité des acteurs, et des instances, avec l'arrivée des pôles, est source de tensions entre différents niveaux de gestion :

⁶ Il s'agit d'une observation *in situ* où les chercheurs n'interviennent pas. Lors de ces réunions le chercheur s'installe en retrait et prend des notes sur ce qu'il observe en fonction d'une grille d'observation préétablie.

⁷ Compte de REsultat Analytique

« *C'est une opposition* » (Cadre de service du pôle Neurologie). En effet, le redécoupage des fonctions entraîne des enjeux de répartition du pouvoir, entre la DG, le site et le pôle : « *Le directeur de site désormais gère les parkings et les emmerdes, c'est une perte de pouvoir* » (Chef de service du pôle Gynécologie). « *On ne sait pas trop qui prend en charge. Ce que le pôle prend en charge, ce que le site prend en charge* » (Cadre de service du pôle Neurologie).

IV.1.2 Des antagonismes de préférences qui perdurent

Il ressort de notre étude de cas que persiste l'opposition entre la logique gestionnaire et la logique médicale : « *Il existe une dualité entre la DG qui tient la bourse et les médecins, qui font rentrer l'argent mais qui ont besoin de l'administration pour mener leur activité* » (Chef du pôle Gynécologie). Sur bien des points, les préférences des acteurs ne se rejoignent pas : « *On a du mal à saisir ce que veut la Direction Générale* » (Cadre supérieur du pôle Gynécologie). Ainsi, les agents de terrain déplorent le fait que l'aspect financier l'emporte sur les décisions médicales et la qualité des soins : « *Les difficultés financières pèsent sur l'installation des pôles. Le pôle a eu un impact essentiellement financier* » (Cadre de service du pôle Gynécologie) « *On perd de vue la qualité, la profession de médecin* » (Chef du pôle Digestif) « *Le malade est en situation d'agression par la structure. L'accueil n'est pas raisonnable, il y a une réduction d'effectif, un problème d'infrastructure et une organisation déficiente* » (Chef de service du pôle Digestif). Ceci s'explique par un contexte économique difficile, le CHU étant engagé dans un plan de retour à l'équilibre financier. Si les acteurs du soin ont intégré cette question financière, ils regrettent toutefois les choix stratégiques de la DG et l'absence de considération de la charge de travail dans les décisions qui sont prises, notamment en matière d'effectif : « *Un infirmier pour 12 lits et demi, et une aide-soignante pour 12 lits et demi, quel que soit le service et la spécialité* » (Cadre supérieur de santé du pôle Neurologie). Or, ce mode de calcul omet un aspect important de l'activité de soin : la charge de travail, ce que déplorent les agents.

Cependant, si notre analyse démontre que, pour l'heure, le pôle n'a pas permis l'hybridation des logiques médicales et gestionnaires, ce dernier a toutefois assuré un changement de culture, dans le tournant gestionnaire : « *Les temps ont changé, on a imprimé dans le cerveau des médecins qu'ils devaient avoir un raisonnement économique* » (Chef du pôle Neurologie).

IV.1.3 L'importance du contrat de pôle comme cadre pour une délégation de gestion

Nous avons constaté l'absence de délégation de gestion, ce qui est une vraie attente de la part des agents du pôle : « *On est face à une centralisation forte qui est à l'opposé de l'idée du pôle* » (Cadre de service du pôle Gynécologie) « *Ce qui est attendu c'est que toute décision, toute micro décision ne remonte pas dans le circuit long, qu'on soit dans une plus grande fluidité* » (Directeur délégué du pôle Gynécologie) « *Le pôle ça ne change pas grand chose* » (Cadre de service du pôle Digestif). Or, au CHU, les contrats de pôle n'ont pas été renouvelés depuis 2014, ce qui laisse les pôles dans un fonctionnement sans objectif commun clairement défini, et surtout traduit en objectifs à atteindre. Sans contrat de pôle, les normes ne peuvent être clairement définies, d'où l'hétérogénéité des pratiques, et une faible autonomie accordée aux pôles, auxquels s'ajoutent l'absence de délégation prévue dans la contractualisation interne. Notre analyse reflète l'absence de processus stables, clairement établis, où les préférences de chacun s'entremêlent, créant des pratiques hétérogènes, par accommodation « *Ce n'est pas mieux géré, c'est géré différemment, il n'y a rien qui se gère* » (Chef de service du pôle Gynécologie).

Ainsi, si la mutualisation est reconnue comme nécessaire, elle reste difficile à mettre en place : « *Il n'y a pas de transversalités, le fonctionnement dépend de chacun* » (Cadre de service du pôle Digestif). Cela pour diverses raisons, que ce soit l'opposition des agents, soulevant les questions de la substituabilité, de la prise en compte de la charge de travail, où encore de l'attachement au service avant le pôle : « *Tous les agents ne sont pas substituables* » (Cadre de service du pôle Neurologie).

« *Les agents ont du mal à concevoir qu'ils sont titulaires d'un titre mais pas d'un poste* » (Cadre de service du pôle Digestif). Cette opposition s'est notamment manifestée par la mise en arrêt maladie de plusieurs agents qui avaient été désignés pour apporter un renfort dans un autre service du pôle situé un étage au-dessus du leur. Les raisons de l'échec de cette mutualisation résident tout d'abord dans une question de charge en soin et de compétence qui ne sont pas les mêmes dans les deux services, mais également dans le caractère précipité de cette décision : « *C'est arrivé parce que ça a été fait en urgence* » (Cadre de service du pôle Neurologie). On ne retrouve donc pas de définition claire des préférences, ni la poursuite d'un objectif commun notamment à cause de l'absence de contrats de pôle. Cette forte centralisation contraint également le recrutement dans les pôles, qui devient alors un processus long, voir un enjeu d'économies : « *Je dois faire avec ce qui me reste et j'attends le bon vouloir de la DRH* » (Cadre supérieur de santé du pôle Gynécologie). Enfin, une tentative d'unité autour de la gestion des projets se développe avec la création d'un bureau des projets, créant un processus plus stable de dépôt et de priorisation et, d'une certaine façon lever un peu de l'incertitude des préférences : « *On est sur une centralisation des projets, ça se faisait un peu à l'amiable avant* » (Cadre de service du pôle Neurologie). Toutefois, ce processus a été abandonné suite à un changement de direction, et n'a donc pas pu aboutir complètement, laissant cette gestion des projets dans une certaine incertitude. Or, les projets devraient faire partie des contrats de pôles, comme des objectifs à atteindre. Cela permettrait de définir clairement ces projets, de les prioriser et donc de leur accorder des moyens. Ici encore, l'absence de contrat a pour résultat de contraindre les pratiques.

L'incertitude des préférences, entretenue par le pôle, génère des comportements qui créent du gaspillage organisationnel, du slack. Nous l'avons vu avec l'exemple d'une décision de mutualisation qui a échoué. Une équipe s'est mise en maladie, il a donc fallu trouver des solutions de remplacement, à la fois dans le service demandeur de mutualisation et dans le service où les agents se sont mis en maladie pour s'opposer à leur désignation. Finalement, ce processus que devait développer le pôle, dans un esprit de transversalité et d'efficience, s'est retrouvé à générer plus de slack.

IV.2 - Un flou technologique encouragé par la multiplication des instruments de gestion

L'étude du CHU nous a permis de constater l'arrivée de nouveaux outils de gestion dans le quotidien des pôles : « *Les pôles ont permis d'apporter des outils de suivi.* » (Chef de service du pôle Digestif). En effet, les tableaux de bord se multiplient, avec pour indicateurs privilégiés la DMS⁸, le taux d'occupation des lits, et le nombre de séjours. On note également une forte attente des CREA par les acteurs, qui cherchent à savoir si leur pôle est excédentaire ou non.

IV.2.1 Une remise en question des outils de gestion par les membres du pôle

Si ces outils se sont multipliés et font désormais partie du quotidien des pôles, ils sont toutefois fortement remis en question : « *Nous n'avons pas les outils pour travailler comme on voudrait* » (Chef du pôle Digestif). Le reproche qui leur est fait, est, qu'en l'état, ils ne permettent pas une gestion opérationnelle et prévisionnelle de l'activité : « *Il n'y a pas de suivi des tableaux non plus. Des tableaux sont présentés en réunions élargies du pôle, mais dans des phases de constat, rétroviseur. Il n'y a pas d'anticipation, ni de prise de décision qui émanent de ces constats* » (Cadre de service du pôle Gynécologie). Il n'y a, en effet, pas de réel pilotage, faute parfois d'avoir le bon outil : « *Il faut plus de simplicité dans les indicateurs, et plus de régularité pour assurer un suivi* » (Chef du pôle Gynécologie). Ces tableaux de bord sont notamment critiqués sur leurs méthodes de calcul et sur leur capacité à traduire la réalité de l'activité : « *Les chiffres sont faux* » (Cadre supérieur de santé du pôle Gynécologie) « *Au dire des cadres de santé, cela ne correspond pas à la réalité, ce qui être un problème de saisie, de codification* » (Chef de pôle digestif) « *Tout le monde ne calcule pas forcément*

⁸ Durée Moyenne de Séjour

pareil, entre le contrôle de gestion et le DIM⁹» (Cadre administratif du pôle Neurologie) « Ils trouvent que je suis en sureffectif, alors que je suis en réel à moins de 6 agents sur le terrain. » (Cadre supérieur de santé du pôle Digestif). On note également une difficulté d'accès aux données et aux outils décisionnels par les agents du terrain : « Je n'ai toujours pas les accès au logiciel où il y a tous les agents qui sont enregistrés, ou le logiciel décisionnel. Je suis handicapée dans ma formation » (Cadre supérieur de santé du pôle Digestif). Parmi ces outils de gestion en difficulté, nous avons relevé des incohérences concernant le budget et une absence de suivi possible : « Il y a un problème au niveau du suivi budgétaire, où il y a un budget prévisionnel par poste de dépenses et de l'autre côté un suivi mensuel des dépenses établi par unité fonctionnelle. Les cadres admin ont du mal à faire le lien entre les deux. » (Chef du pôle Digestif). Ainsi, ces outils, qui devaient accompagner le pôle dans sa gestion au quotidien et lever un certain flou, sont finalement plutôt générateurs de flou technologique.

IV.2.2 L'émergence de nouvelles pratiques de gestion mal maîtrisées par les acteurs du soin

De nouvelles pratiques émergent avec la nouvelle gouvernance et la T2A, comme le codage. C'est par ce système de codification et d'enregistrement des actes que l'hôpital peut générer des recettes mais ce procédé est mal maîtrisé, ce qui constitue une perte de recettes pour l'hôpital : « Il y en a qui ne codent pas. Le codage est récupéré par les internes et les secrétaires à peu près... mais il y a des erreurs » (Cadre supérieur de santé du pôle Gynécologie). Un problème de taille, au regard de la situation économique compliquée de l'établissement. Si la génération de recettes est compliquée, il en va de même pour les dépenses, avec le système de GDD¹⁰. En l'absence d'une vision claire du budget, les demandes sont validées systématiquement, un peu à l'aveugle, sans gestion prévisionnelle : « On valide des demandes sans connaissances réelles du terrain, ni du budget. On avance un peu à l'aveugle, c'est assez vague. » (Cadre administratif du pôle Digestif). Ainsi, les recettes et les dépenses sont mal maîtrisées, ce qui n'aide pas l'établissement. Là encore, ce paradoxe illustre un renforcement du flou technologique, plutôt qu'une clarification du pilotage de l'activité.

IV.2.3 Un manque de compétences gestionnaires au sein de l'équipe du pôle

Les outils de gestion mis en place soulèvent un manque de compétences de la part des agents, et particulièrement les cadres administratifs, qui doivent devenir des assistants de gestion, en lieu et place des contrôleurs de gestion, ces derniers s'éloignant des pôles : « Le cadre administratif ça l'intéresse peu l'accès aux données » (Contrôleur de gestion du pôle Digestif) « Je sollicite pas mal le contrôleur de gestion » (Cadre administratif du pôle Neurologie). Plus largement, ce manque de maîtrise des outils de gestion concerne l'ensemble des acteurs du pôle : « Qui comprend un tableau de bord ? Je ne suis pas copain avec les chiffres » (Cadre de service du pôle Gynécologie) « Nous sommes noyés dans une débauche de chiffres, on a du mal à se faire une idée claire » (Chef du pôle Digestif). Une fois de plus, le manque de compétence de la part des agents pour maîtriser ces outils démontre que la nouvelle gouvernance n'a pas encore permis de réduire le flou technologique, mais tend plutôt à l'accroître. Dès lors, les soignants ne sont pas devenus des gestionnaires, et les gestionnaires déclarent ne pas toujours réussir à donner du sens aux tableaux de bord. Ainsi, il semble que la supposée meilleure compréhension du travail de chacun n'est pas aboutie.

Finalement, l'investissement dans la conception d'outils de la part des contrôleurs de gestion pour mettre à disposition des données aux agents du pôle, l'investissement des agents pour tenter de maîtriser des outils, qui ne sont pas toujours adaptés et auxquels ils n'ont parfois que des accès limités, couplé avec le désintérêt d'une partie des agents pour ces questions de chiffres, représentent une perte

⁹ Médecin Département d'Information Médicale

¹⁰ Gestion Des Demandes : il s'agit d'un logiciel de commande de petit matériel. Les cadres de services effectuent des demandes qui sont validées par les cadres de pôle.

de temps et sont donc une forme de gaspillage. Il en va de même avec l'exemple du budget qui n'est pas maîtrisé. Ces exemples témoignent que le pôle a généré du slack organisationnel.

IV.3 - Une participation toujours fluctuante malgré l'arrivée des pôles

IV.3.1 Une redéfinition des espaces de rencontres

Concernant le contour de l'organisation, les limites du pôle sont parfois mouvantes, au gré des déménagements et des réorganisations. Les logiques d'agréations évoluent et ne font pas toujours l'unanimité : « *La situation n'est pas claire, ce qui crée de la résistance au changement* » (Cadre de service du pôle Digestif). Enfin, le caractère multi-sites des pôles est une contrainte, mettant en balance le site et le pôle en tant que centre organisationnel : « *Nous sommes une pièce rapportée, on a le sentiment d'être encore plus loin de la décision. Nous sommes le parent pauvre, on favorise les autres* » (Cadre de service du pôle Gynécologie). De plus, les changements de contours des pôles font évoluer les logiques internes et les objectifs poursuivis. Cependant, la nouvelle gouvernance, à travers les pôles, a fait émerger de nouvelles instances délibératives. Nous avons pu en recenser plusieurs : les bureaux de pôle hebdomadaires, les bureaux de pôle élargis, les journées du pôle, ou autres assemblées générales. Les bureaux de pôle hebdomadaires, sont l'occasion de retour d'informations des différentes réunions avec la DG, de mails, et autres rencontres. Il y est question des projets du pôle, de questions médicales, des difficultés rencontrées ou encore de critiques envers la DG.

IV.3.2 Une participation qui reste relative

Dans ces instances, les présences varient en fonction de divers critères : la réunion, les sujets ou encore la demande spécifique d'un agent : « *Tous ne sont pas convaincus de l'intérêt du pôle* » (Chef du pôle Digestif) « *Il y en a qui s'en foutent un peu* » (Cadre supérieur du pôle Digestif). D'autres sont invités à participer, mais ne se présentent pas, faute de temps ou d'intérêt selon les cas : « *Les cadres de santé sont présents aux réunions, alors que les chefs de service désertent ces réunions ou se font représenter* » (Chef du pôle Digestif). Il résulte, qu'hormis l'équipe de pôle, qui est le socle de ces réunions, les participants fluctuent beaucoup d'une réunion à l'autre : « *Il y a plus de gens aux pots de départs que de gens présents aux réunions de pôle* » (Cadre de service du pôle Gynécologie).

IV.3.3 La remise en question du pôle en tant qu'instance délibérative

L'ensemble de ces éléments nous a poussé à nous interroger sur la place du pôle, en tant qu'instance délibérative. Il en ressort que, faute de délégation de gestion, le pôle occupe un rôle à la marge des processus de décisions : « *Ce qui nous manque c'est le fait de pouvoir décider réellement* » (Cadre supérieur du pôle Neurologie). Il est contournable par les agents, et donne donc le sentiment aux membres du bureau de pôle de parfois travailler dans le vide sans vision claire de la stratégie institutionnelle : « *Le pôle est contournable en toutes circonstances* » (Chef du pôle Neurologie) « *Les échanges se font essentiellement de personnes à personnes, en dehors des temps officiels* » (Chef de service du pôle Digestif). Ainsi, le pôle n'étant pas une instance délibérative, il n'a pu aboutir à définir des espaces de délibérations précis. Les participations continuent d'être soumises aux fluctuations des volontés des agents. De ce point de vue, le pôle n'a donc pas réussi à réduire ce critère de l'anarchie organisée.

La multiplication de ces réunions, qui semblent peu pertinentes, du fait de l'absence de pouvoir de décision accordée au pôle et de la fluctuation des participants, génère du slack. Le temps accordé à la participation à ces réunions correspond pour les médecins à une perte de temps d'activité de soin ou de consultation. Il y a donc une perte d'efficience.

V - DISCUSSION : REMISE EN QUESTION DU POLE

Dans cet article, nous avons présenté le modèle d'analyse que nous avons retenu, l'anarchie organisée, de Cohen, March et Olsen (1972). Nous avons vu, que la première caractéristique de ces organisations est la présence d'une grande variété de préférences mal définies et peu cohérentes entre elles. Notre recherche a bien illustré ce point : il existe une grande variété de préférences au sein du CHU, entre la direction, l'équipe du pôle, le personnel médical et soignant. Nous avons présenté un certain nombre d'oppositions, sur l'effectif cible, la mutualisation ou encore le recrutement, qui ont démontré que dans cette grande variété de préférences, ces dernières sont peu cohérentes entre elles. Toutefois, nous pouvons nuancer ce résultat par un rapprochement et une définition plus claire autour de la recherche d'efficacité médico-économique, notamment dans le cadre du management de projet, et avec l'émergence d'une nouvelle culture. Ce constat rejoint les propos de Friedberg (1993), qui parle d'acteurs qui veulent beaucoup de choses pas toujours faciles à concilier. Christine Musselin (1997) précise que la difficulté dans les anarchies organisées vient du fait que les objectifs sont en concurrence sans qu'ils ne s'ordonnent stablement. Nous l'avons vu, les objectifs médicaux et gestionnaires s'opposent, et si la DG essaye d'imposer sa vision elle se heurte à beaucoup de réticences car les objectifs ne sont pas ordonnés et chaque acteur défend son point de vue, dans un grand flou organisationnel. Enfin, pour Romelaer (1994), l'incertitude des préférences s'observe dans les décisions délicates qui ont des facettes diverses et des enjeux importants ou lorsqu'il y a une opposition siège/filiale. Notre étude de cas s'inscrit typiquement dans ce cadre-là. Les décisions prises au CHU ont des facettes diverses, à la fois dans des logiques financières, médicales, d'efficacité et de qualité des soins, mais également d'organisation, on note donc une forme d'opposition entre la DG et les pôles. L'incertitude des préférences, entretenue par le pôle, génère des comportements qui créent du gaspillage organisationnel, du slack. Nous l'avons vu avec l'exemple d'une décision de mutualisation qui a échoué. Une équipe s'est mise en maladie, il a donc fallu trouver des solutions de remplacement, à la fois dans le service demandeur de mutualisation et dans le service où les agents se sont mis en maladie pour s'opposer à leur désignation. Finalement, ce processus que devait développer le pôle, dans un esprit de transversalité et d'efficacité, s'est retrouvé à générer plus de slack.

Par ailleurs, ces organisations se caractérisent par une difficulté fondamentale pour évaluer les résultats, elles perdent donc une grande partie de leur pouvoir régulateur des rapports entre acteurs (Friedberg, 1993). Or, l'évaluation des résultats est très difficile à mettre en place à l'hôpital et particulièrement dans notre étude de cas, sans contrats de pôles. Nous rappelons toutefois que, dans le cadre du management de projet, une évaluation des résultats semble pouvoir se dessiner sur certains points. Parallèlement, dans les anarchies organisées, les conséquences d'une action sont cernées avec imprécision (Romelaer, 1994) et les procédures ne sont pas comprises par l'ensemble des membres de l'organisation. Là encore, notre étude de cas abonde dans ce sens avec le rapport des soignants aux outils et aux procédés de gestion, qui restent pour l'heure assez flou et à l'inverse, le manque de connaissance des réalités de terrain des administratifs, comme l'ont témoigné les contrôleurs de gestion, par exemple. Ce manque de compréhension des activités encourage les oppositions entre soin et gestion, les arguments financiers se heurtent à la charge de travail, comme dans le cas des effectifs cibles et de la mutualisation. Toutefois, le pôle crée des espaces de discussions et d'échanges entre ces différentes sphères, ce qui tend à réduire un peu de ce flou, qui reste, pour l'heure, très présent. Nous avons également vu que dans ce contexte de flou, ces organisations procèdent par tâtonnements, par essais/erreurs, basés sur les expériences passées et sur l'invention pragmatique, par nécessité (Cohen *et al.*, 1972). On retrouve ce principe de fonctionnement dans les procédés de gestion, comme la mutualisation où les échanges se font dans des services dans lesquels ces formes d'expériences ont déjà été mises en place. Finalement, là où l'on attendait un durcissement technologique, qui devait aboutir à une réduction du slack, nous avons observé l'augmentation du flou technologique. Or, l'investissement dans la conception d'outils de la part des contrôleurs de gestion pour mettre à disposition des données aux agents du pôle, l'investissement des agents pour tenter de maîtriser des outils, qui ne sont pas toujours adaptés, et auxquels ils n'ont parfois que des accès limités, couplé avec le désintérêt d'une partie des agents pour ces questions de chiffres, représentent une perte de temps, et sont donc une forme de gaspillage. Il en va de même avec l'exemple du budget qui n'est pas maîtrisé. Ces exemples témoignent que le pôle a généré du slack organisationnel.

En outre, il existe dans ces organisations une participation fluctuante dans les processus de décision. Friedberg (1993) parle d'une faible structuration où il est facile pour les participants de rentrer et de sortir de ces processus de décision, d'y introduire de nouvelles préoccupations ou d'en retirer d'autres. Nous partageons ce constat, considérant les bureaux de pôle comme des processus de décision, ce qu'ils sont, même sans délégation de gestion, et avec le sentiment de manque de marge de manœuvre. Ils n'en restent pas moins des lieux de discussion où des décisions, mêmes mineures, se prennent. Nous avons ainsi constaté qu'hormis l'équipe du pôle, les participants varient beaucoup d'une réunion à l'autre, en fonction du sujet, ou de leur disponibilité, sans pour autant que le processus de décision ne s'interrompe, le modifiant au gré des différentes réunions. Ce qui corrobore les propos de Romelaer (1994), selon lequel les participants fournissent une quantité de temps et de travail variable en fonction des différents domaines d'activité. Ainsi, nous retrouvons bien cette caractéristique sur notre terrain, avec de nombreux changements de décideurs et d'auditoires pour les différents types de choix (Cohen *et al.*, 1972). La mise en place des pôles, et plus largement, la nouvelle gouvernance, s'est traduite par une multiplication des instances délibératives, certains acteurs allant jusqu'à parler de « *réunionite* ». Ce critère apparaît, comme le rappelle Romelaer (1994), lorsque les organisations souhaitent décentraliser les décisions et introduire des groupes autonomes. Or, c'est bien là toute l'essence de la nouvelle gouvernance. Il semble que cette fluctuation fût donc inévitable. La multiplication de ces réunions, qui semblent peu pertinente du fait de l'absence de pouvoir de décision accordée au pôle et de la fluctuation des participants génère du slack. Le temps accordé à la participation à ces réunions correspond à une perte de temps d'activité de soin ou de consultation. Il y a donc une perte d'efficacité.

D'après Cohen *et al.* (1972), ce modèle est prédominant dans les organismes publics mais également dans toute organisation dans un contexte de changement rapide ou de restructuration. Or, notre objet de recherche, les pôles d'activité médicale, correspond à une restructuration de la gouvernance hospitalière et un changement rapide, impulsé par une série de réformes, faisant du pôle la seule forme d'organisation interne obligatoire dans les hôpitaux publics. Ainsi, en se référant à ces auteurs, la pertinence de ce modèle d'analyse paraît évidente.

Enfin, nous avons vu que dans les universités, l'arbitrage et la hiérarchisation entre les objectifs divergents se font rarement. De ce fait, les objectifs sont poursuivis en même temps, sans qu'aucun ne s'impose. La singularité des anarchies organisées vient de ce problème d'émergence de logiques d'action. D'après notre recherche, il semble qu'à ce sujet, l'hôpital se distingue de son homologue universitaire. En effet, la pression financière est telle que la poursuite d'objectifs divergents est peu permise. Les objectifs divergents existent toujours, entre gestion et médical, mais il y a une tendance de la DG, qui a plus de pouvoir désormais, à imposer la vision gestionnaire au monde médical. Ceci se traduit notamment par l'émergence d'une culture de gestion hospitalière. Les soignants ont compris que, pour ne pas bloquer leurs objectifs et leurs projets, ils avaient tout intérêt à intégrer à leur réflexion les arguments gestionnaires de la DG. D'ailleurs cette prévalence, quasi-systématique, compte tenu du contexte financier, de la logique gestionnaire sur la logique médicale, nous amène à remettre en question ce que nous avons perçu comme une incertitude des préférences.

CONCLUSION

Pour conclure, nous pouvons dire que le pôle offre la possibilité d'apporter un soutien aux projets médicaux, de gérer des projets de plus grande envergure que le service et la mise en place de la mutualisation. On note toutefois une critique de la recentralisation, avec une attente forte d'autonomie et le sentiment chez les acteurs que la Direction décentralise les décisions qu'elle ne veut pas assumer. C'est alors au pôle en première ligne de faire passer les réformes impopulaires. Tout ceci dans un contexte en mal de stabilité avec des changements de logiciels fréquents, de nouveaux processus mis en place et une certaine mobilité des acteurs des directions fonctionnelles, qui ne permet pas toujours d'établir des relations de confiance sur le long terme. Délégation de gestion et pilotage prévisionnel sont donc en attente, mais on assiste, d'après certains acteurs, à une modification culturelle, ce qui est une avancée importante. Dans cet article nous avons attesté que l'arrivée des pôles n'a pas permis de

réduire l'anarchie organisée, telle que l'on pouvait l'attendre, et donc n'a pas réussi à réduire le slack organisationnel, mais tend à l'alimenter en générant des complications.

Toutefois, des éléments positifs de changement ont été identifiés, particulièrement au niveau des projets. En effet, ils permettent de rassembler les préférences et de faire converger différents intérêts vers un but commun. Cette gestion de projet tend à stabiliser les processus de gestion et la mise en commun favorise l'interdépendance fonctionnelle. Enfin, dans le but de faire aboutir les projets, il semble que les participants se mobilisent davantage. Ce constat ouvre des perspectives de recherches intéressantes sur la question de la gestion de projet au sein du pôle. L'analyse de processus plus délimités comme les projets pourrait permettre une analyse plus approfondie, dans un cadre plus facilement observable, ce qui permettrait de mieux en révéler les enjeux. Il serait donc question d'observer, dans le cadre du management de projet par le pôle, l'effet sur les trois critères de l'anarchie organisée, et donc par extension, d'analyser la capacité du pôle à réduire le Slack organisationnel, par la gestion de projet.

BIBLIOGRAPHIE

- Angelé-Halgand, N. (2012). Nouvelle Gouvernance hospitalière : entre accountability et responsabilité ? *Communication au 1er Congrès ARAMOS*.
- Berard, E. (2013). *Rôle des instruments de gestion au sein des organisations : une approche sociomatérielle. Le cas de l'usage des comptes de résultat analytique et des budgets dans un hôpital public français* (Doctoral dissertation, Université Panthéon-Sorbonne-Paris I; ESCP Europe).
- Bruant-Bisson, A., Castel, P., & Panel, M. P. (2012). Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé. *Paris : Inspection Générale des Affaires Sociales*.
- Channet, A., Pradalie, G., Prentout, N., & Saquer, R. (2009). Management des pôles, état des lieux et perspectives. *Revue hospitalière de France*, 17.
- Cohen, M. D., March, J. D. & Olsen, J. P. (1972), A garbage can model of organizational choice, *Administrative science quarterly*, 1-25.
- Crémieux, F., Saulpic, O., & Zarlowski, P. (2012). L'introduction de comptes de résultats de pôles dans un hôpital public : analyses et propositions à partir d'une étude de cas. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 30(7), 419-434.
- Flachere, I. (2015). *Comment les instruments de gestion interviennent-ils dans la constitution de rôles organisationnels ? Le cas des contrats de pôle et instruments de suivi financiers dans un hôpital public français* (Doctoral dissertation, ESCP Europe).
- Franchistéguy-Couloume, I. (2015). Au cœur de la complexité des organisations de santé : le cadre de santé, pivot de l'organisation. *Projectics/Proyética/Projectique*, (1), 37-50.
- Fellinger, F., & Boiron, F. (2012). Mission hôpital public. *Rapport au Ministre*.
- Friedberg, E. (1993). Le pouvoir et la règle. *Seuil*. Paris
- Gavault, S., Laude, L., & Baret, C. (2014). L'institutionnalisation des pôles d'activité médicale : entre agir stratégique et agir projectif. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 32(7), 463-480.
- Gavard-Perret, M. L., Gotteland, D., Haon, C., & Jolibert, A. (2012). Méthodologie de la recherche en sciences de gestion. *Réussir son mémoire ou sa thèse*, 11-62.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease—Part I: Differentiation. *Health care management review*, 26(1), 56-69.

- Gouffé, V., & Cargnello-Charles, E. (2014). Le contrat de pôle, une opportunité pour les acteurs des organisations polaires. *Présenté au 11ème Congrès ARAMOS, Marseille*.
- Grenier C., Bernardini J., (2012), La mise en place d'une fonction hybride dans l'organisation pluraliste : vers un espace hybride d'articulation de logiques institutionnelles concurrentes – Chef de pôle et pôle de services dans une organisation hospitalière, *1er Congrès ARAMOS, Paris, novembre 2012*.
- Grenier, C., & Bernardini-Perinciolo, J. (2015). Le manager hybride, acteur-passeur et acteur-clôture aux frontières institutionnelles. *Revue française de gestion*, (5), 125-138.
- Jensen, M. C., & Meckling, W. H. (1976). Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure. *Journal of financial economics*, 3(4), 305-360.
- Kirkpatrick, I., Jespersen, P. K., Dent, M., & Neogy, I. (2009). Medicine and management in a comparative perspective: the case of Denmark and England. *Sociology of health & illness*, 31(5), 642-658.
- Lachenaye-Llanas, C. (2012). Chapitre 11. Délégation de gestion et cohérence institutionnelle. In *Le management de pôles à l'hôpital* (pp. 179-198). Dunod.
- Mintzberg, H. (1982). Structures et dynamique des organisations. *Paris : Éditions d'Organization*.
- Musselin, C. (1997). Les universités sont-elles des anarchies organisées ? *Désordre*.
- Nobre, T., & Lambert, P. (2012). *Le management de pôles à l'hôpital : Regards croisés, enjeux et défis*. Dunod.
- Paillé, P., & Muchielli, A. (2003). L'être essentiel de l'analyse qualitative. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, 7-35.
- Romelaer, P. (1994). *L'apport de James March à la théorie des organisations* (No. hal-00155420).
- Valette, A., & Burellier, F. (2014). Quand l'habit fait le moine les chefs des pôles hospitaliers : devenir des hydrides « malgré tout » ? In *Annales des Mines-Gérer et comprendre* (No. 2, pp. 4-13). ESKA.
- Vallet, G., Préface, in Nobre, T., & Lambert, P. (2012). Le management de pôles: regards croisés, enjeux et défis. In *Le management de pôles à l'hôpital* (pp. 1-7). Dunod.
- Vallejo, J., Sampieri-Teissier, N., & Baret, C. (2015). Comprendre les difficultés de la mise en oeuvre de la délégation de gestion à l'hôpital. Une lecture par le concept d'anarchie organisée. In *3ème congrès de l'association de recherche appliquée au management des organisations de santé (ARAMOS)*.