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

Isabelle Flachère

▶ **To cite this version:**

Isabelle Flachère. 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. Gestion et management. ESCP Europe, 2015. Français. NNT : . tel-01417466

HAL Id: tel-01417466
https://theses.hal.science/tel-01417466

Submitted on 3 Jan 2017

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.

ECOLE DOCTORALE DE MANAGEMENT PANTHÉON-SORBONNE

ESCP Europe

Ecole Doctorale de Management Panthéon-Sorbonne
ED 559

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

THESE

En vue de l'obtention du
DOCTORAT *ÈS* SCIENCES DE GESTION

Par

Isabelle FLACHERE

Soutenance publique le 21 septembre 2015

JURY

Directeur de Recherche :	M. Philippe ZARLOWSKI Professeur ESCP Europe
Rapporteurs :	M. Gérald NARO Professeur des Universités Université de Montpellier
	Mme. Annick VALETTE Maître de conférences HDR IAE de Grenoble, UPMF
Suffragants :	M. Patrick GILBERT Professeur des Universités IAE de Paris, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne
	M. Etienne MINVIELLE Professeur des Universités EHESP et Institut Gustave Roussy

L’Université n’entend donner aucune approbation ou improbation aux opinions émises dans les thèses. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

Remerciements

Ce travail de thèse s'apparente pour moi à un voyage à la fois éprouvant et enrichissant. Par ces remerciements, je souhaite signifier ma gratitude à toutes les personnes qui m'ont accompagnée sur cette route.

Mes premières pensées vont sans hésiter à Philippe Zarlowski, un directeur de thèse en or qui m'a aiguillée et conseillée tout au long de ces quatre années avec disponibilité, rigueur et bienveillance. Merci pour votre présence, pour la liberté intellectuelle que vous m'avez laissée et pour vos encouragements lorsqu'il fallait, à l'occasion, remotiver les troupes.

J'exprime également mes sincères remerciements aux rapporteurs de cette thèse, Gérald Naro et Annick Valette. Vos nombreuses remarques lors de la pré-soutenance ont constitué une aide précieuse pour la suite de la rédaction, et j'espère que la version finale de cette thèse sera à la hauteur de vos retours constructifs. Un grand merci également à Patrick Gilbert et Etienne Minvielle qui, en étant membres du jury de soutenance, participent à l'étape finale de cette thèse.

Ce travail de thèse s'est réalisé dans d'excellentes conditions. J'exprime toute ma reconnaissance au directeur du programme doctoral d'ESCP Europe, Hervé Laroche, pour son soutien et son engagement dans le programme, ainsi qu'à Christine Rocque pour sa disponibilité, sa bonne humeur et son support sans pareille dans les méandres de l'administration. Je souhaite également remercier l'ensemble des professeurs du département CPO d'ESCP Europe, où les doctorants ont le privilège de faire partie intégrante de la vie du département. Merci tout particulièrement à Claire Dambrin pour son dynamisme et son intérêt pour les travaux des plus « jeunes », à Françoise Giraud pour sa gentillesse et sa bienveillance, à Fabien De Geuser et Carla Mendoza qui m'ont permis de finir sereinement ma thèse dans leurs quartiers. Ma gratitude va également à Olivier Saulpic et à Carole Bonnier, avec qui j'ai pu faire en toute quiétude mes premiers pas sur le terrain. Un grand merci à Jérémy Moralès pour ses conseils et ses nombreuses remarques constructives sur mes travaux. Enfin, une pensée particulière à Sophie Marques et Annie De Soza, pour leur bonne humeur et leur soutien logistique inébranlable !

Je dois également beaucoup à Samuel Sponem, dont la disponibilité et les nombreux retours lors de mon séjour de recherche à HEC Montréal m'ont permis de faire aboutir ma thèse. Merci également à Caroline Lambert pour ses conseils éclairés, à Olga Prin pour son accueil chaleureux, et ainsi qu'à l'ensemble du département des sciences comptables d'HEC Montréal pour leurs retours sur mon travail.

Cette thèse ne serait bien évidemment pas la même sans le centre hospitalier qui, sous le nom de code « CHM », m'a permis de réaliser cette recherche. Un grand merci à son directeur pour son enthousiasme, ainsi qu'à l'ensemble des chefs de pôle, cadres de

santé de pôle, assistantes de gestion et directeurs qui ont consacré du temps à cette recherche.

J'ai puisé mon énergie au 6ème étage des Bluets, en compagnie des meilleurs co-doctorants qui soient, et je ne peux m'empêcher de verser une petite larme à l'idée de ne plus voir vos bouilles tous les jours : Emma, Arthur, Andrew, Anissa, Jean-Christophe, Nora, Annalisa, Xavier, Caroline, Pilar, Stéphane, merci pour tous ces échanges, rires, repas, goûters, apéro, et même voyages ! J'espère qu'on va pouvoir continuer sur cette lancée longtemps après que nos chemins de thèses se soient séparés. Un petit clin d'œil à également à Bruno, Christelle, Cylien, Domitille, Guillaume, Kevin, Leslie, et j'en oublie… Une pensée également aux plus anciens qui nous ont montré la voie : Véronique, Sébastien, Anna et Aurélie. Les rencontres au fil des conférences, et ailleurs, ont également été riches : une pensée particulière pour Wafa, de même que pour l'équipe féminine de l'école des Mines – Elvira, Maud et Lucie – et d'HEC – Bénédicte et Claire.

J'adresse bien sûr mes pensées les plus reconnaissantes à mes proches : mes parents, mes frères et sœur, et mes amis : merci pour votre soutien, mais aussi tout simplement pour votre présence et les moments partagés, qui m'ont apporté joie et réconfort au cours d'un chemin parfois difficile. Vous avez, d'une certaine manière, aussi participé à cette thèse. Une mention spéciale pour Magali et Julia, et leur dernier coup de pouce sur la fin.

Je terminerai par la plus belle surprise que m'a apportée mon entrée en thèse à l'ESCP. Merci François pour ta présence, ta joie de vivre et ton soutien. Tu as illuminé ce parcours de thèse, et tu illumines déjà la suite.

RESUME

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

Ces dernières années, de nombreuses organisations professionnelles ont pris un important tournant gestionnaire. Les professionnels sont enjoints à intégrer dans leur rôle de nouvelles prérogatives et à mobiliser des instruments de gestion. L'injonction ainsi adressée aux professionnels interroge, dans le même temps, les rôles des gestionnaires traditionnels. Cette thèse s'intéresse à la manière dont les instruments de gestion, incarnation d'une logique économique et gestionnaire nouvelle, interviennent dans la constitution des rôles organisationnels. Afin de mieux saisir ce phénomène, nous étudions le cas du déploiement d'instruments de contrôle de gestion dans un important hôpital public français. Les hôpitaux sont en effet soumis à des exigences d'efficience croissantes, tant sur le plan économique que celui de la qualité des soins. Dans le sillage des réformes du financement des hôpitaux (tarification à l'activité) et de la nouvelle gouvernance, certains médecins et cadres de santé sont désormais en charge de la gestion de pools de services (pôles). Ils sont responsabilisés par le biais de contrats de pôle passés avec la direction, et sont invités à gérer leur pôle en mobilisant des instruments de suivi financiers inédits. En nous appuyant sur la théorie de l'acteur-réseau et en considérant l'établissement de nouveaux phénomènes socio-organisationnels comme un mouvement d'associations entre objets et humains, nous mettons en évidence l'action conjointe des instruments de gestion et des individus dans la constitution des rôles : les instruments de gestion ouvrent de nouvelles voies de pensée et d'action pour les individus, et les individus mettent en pratique ces instruments de multiples façons. Si les instruments de gestion prescrivent de nouveaux rôles de gestion, nous montrons que ce sont les interactions à l'œuvre, entre instruments et individus, qui conduisent à l'internalisation du rôle prescrit. Sur un plan plus empirique, nous soulignons la nécessité de mener une réflexion locale tant sur la forme des instruments introduits et leurs finalités, que sur les missions des professionnels responsables de pôle et des directions fonctionnelles.

Mots clés : instruments de gestion, professionnel-gestionnaire, théorie de l'acteur-réseau, rôles organisationnel, hôpital

ABSTRACT

How do management tools take part in the building of organizational roles? The case of clinical divisions' contracts and financial monitoring tools in a French public hospital

In the last few years, many professional organizations have gone through decisive managerial changes. Professionals are asked to take on new responsibilities and use management tools. At the same time, this new demand infringes on the role of classical managers. This thesis examines how management tools, as the embodiment of a new economic and managerial logic, impacts the building of organizational roles. In order to deepen our understanding of this phenomenon, we study the implantation of management accounting tools in a large French public hospital. Hospitals are currently facing growing demands for efficiency, in terms of costs and quality of care. Following the financing (prospective payment system) and governing reforms, some doctors and head nurses become responsible for a pool of services (clinical divisions). They are made responsible through a contractual engagement with the hospital management, and are encouraged to manage their division using new financial monitoring tools. Using the actor-network theory, we see the emergence of a new social-organizational phenomenon as a movement of associations between objects and humans. We thus show the joined action of management tools and individuals in the building of roles: management tools open new possibilities of thinking and actions for individuals, while individuals put in practice these tools in multiple ways. Although management tools prescribe new managerial roles, role internalization may be achieved only when tools and individuals interact. From an empirical perspective, we underline the need to fine-tune both design and objectives of the tools, as well as clarifying the missions of clinical divisions' heads and managers.

Key words: management tools, professional-manager, actor-network theory, organizational roles, hospital

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

CHAPITRE I. L'HOPITAL EN TRANSFORMATION : QUAND GESTION ET PROFESSIONNELS DU SOIN SE RENCONTRENT 9

Partie 1. L'hôpital public pris dans un tournant gestionnaire : de nouveaux modes de fonctionnement en gestation 11

1. L'hôpital public : un fournisseur de soins au fonctionnement complexe..... 11
2. Les réformes du système de santé français : rendre la gestion hospitalière publique plus efficiente 21
3. Les conséquences de ces réformes : de nouveaux modes de fonctionnement dans les hôpitaux 35

Partie 2. La mise en œuvre effective des réformes : des questions empiriques qui restent ouvertes 47

1. L'utilisation et l'impact des instruments de contrôle de gestion dans les hôpitaux 47
2. L'évolution des rôles de gestionnaire : transition vers les rôles de professionnels-gestionnaires et positionnement des gestionnaires « traditionnels » 55

CHAPITRE II. INSTRUMENTS DE GESTION ET ROLES ORGANISATIONNELS DANS LA LITTERATURE 63

Partie1. Les instruments de gestion : une apparence neutre, mais une transformation inévitable des acteurs qui y sont associés..... 65

1. Les instruments de contrôle de gestion : éléments de définition..... 66
2. Les instruments de gestion dans les approches traditionnelles : entre neutralité et minoration de leur fonction 72
3. Les instruments de gestion dans une approche renouvelée : les transformations du voir, du penser et de l'agir..... 73

Partie 2. La construction de rôles hybrides : quelle place pour les instruments de gestion ? 87

1. Le rôle : éléments de définition..... 87

2. Le statut des instruments de gestion dans la constitution des rôles organisationnels 91

3. Une question renouvelée par l'émergence de rôles hybrides de professionnels-gestionnaires 94

CHAPITRE III. ETUDIER LES INSTRUMENTS DE CONTROLE DE GESTION ET LEURS EFFETS PAR LE PRISME THEORIQUE DE L'ACTEUR RESEAU 103

Partie 1. Les fondements l'ANT : étudier les interactions entre les objets et les humains pour comprendre le social 105

1. Le choix de l'ANT comme ancrage théorique 105

2. Les principes de l'ANT 109

Partie 2. L'ANT dans la recherche en comptabilité et contrôle de gestion : des pistes de recherches qui restent ouvertes 123

1. Les instruments de gestion comme résultat d'un processus de traduction ... 123

2. Les instruments de gestion comme des actants constitutifs de la réalité organisationnelle 126

3. Conséquences pour notre recherche 128

CHAPITRE IV. EPISTEMOLOGIE ET METHODOLOGIE 139

Partie 1. Démarche de recherche 141

1. Fondements épistémologiques : une posture de recherche interprétative 141

2. Mode de raisonnement : une démarche de recherche émergente 144

3. Être sur le terrain pour étudier le contrôle de gestion « en action » 146

Partie 2. Recueil et traitement des données 151

1. Stratégie de recherche : une étude de cas unique dans un hôpital public 151

2. La collecte des données au CHM : entretiens semi-directifs, observations non participantes et analyse documentaire 155

3. Analyse des données 164

CHAPITRE V. ETUDE DE CAS : CONTRATS DE POLE, INSTRUMENTS DE SUIVI FINANCIERS ET ROLES DE GESTION A L'HOPITAL CHM 175

Prologue – 2007-2011. Etre un professionnel-gestionnaire au CHM : un rôle symbolique 177

1. 2007-2009. Etre une « professionnel-gestionnaire » au CHM : un rôle fictif 177

2. 2010 – 2011. Etre un professionnel-gestionnaire au CHM : un rôle légitime 190

Partie 1. L'introduction d'instruments de contrôle de gestion pour les pôles : la prescription des rôles de chef de pôle et de cadre de santé de pôle.....197

1. Les contrats de pôle comme inscription sommaire du rôle : distribution des rôles et attribution d'une mission de pilotage..... 198

2. Les tableaux de bord de pôle comme inscription approfondie du rôle : un rôle économique et situé 202

3. Un rôle certes prescrit… mais pas nécessairement tenu..... 214

Partie 2. Les instruments de contrôle de gestion attachés : internalisation du rôle de responsable de pôle et reconfiguration du système de rôle.....217

1. Quand la direction attache les responsables de pôle aux instruments de contrôle de gestion : entre cérémonialité et apprentissage économique du rôle .. 218

2. Quand les responsables de pôle s'attachent aux instruments de contrôle de gestion : l'appropriation d'un rôle « médico-économique » et la déstabilisation du système de rôle traditionnel..... 248

Synthèse du cas 274

CHAPITRE VI. DISCUSSION ET CONTRIBUTIONS 279

Partie 1. Discussion et contributions sur un plan théorique.....281

1. Les apports de l'ANT pour comprendre le rôle constitutif des instruments de gestion..... 281

2. Le rôle des instruments de gestion dans la constitution et l'évolution des rôles organisationnels..... 289

3. Contributions au cadre théorique de l'ANT : le concept de médiateur..... 294

Partie 2. Discussion et contributions sur un plan empirique.....299

1. Le déploiement des instruments de gestion dans les établissements de santé 299

2. La tension entre les rôles des responsables de pôle et les rôles des directions fonctionnelles 303

CONCLUSION **309**
BIBLIOGRAPHIE **315**
ANNEXES **327**
Annexe 1. Liste des personnes interrogées **328**
Annexe 2. Guides d'entretien **330**
Annexe 3. Caractéristiques des pôles cliniques et médicotechniques **336**

Liste des figures

Figure 1 : Mécanisme de la tarification à l'activité 24
Figure 2 : La dualité du financement des hôpitaux 26
Figure 3 : Répartition des produits versés par l'Assurance maladie en 2012..... 27
Figure 4 : Déroulement chronologique de la collecte des données 163
Figure 5 : Organigramme du CHM - 2007 179
Figure 6 : Contrat de pôle - 2010..... 199
Figure 7 : CREA 204
Figure 8 : Structure type d'un tableau de bord d'activité de pôle 207
Figure 9 : Structure type d'un tableau de bord financier de service trimestriel – Etat des dépenses directes 210
Figure 10 : Structure type d'un tableau de bord financier de service trimestriel – Etat des recettes directes..... 211

Liste des tableaux

Tableau 1 : Différences conceptuelles entre outil et instrument de gestion (d'après Gilbert, 1998) 69
Tableau 2 : Grille de description de l'étude de cas..... 170
Tableau 3 : Les cadres de santé de pôle pris dans la spirale de la justification..... 225
Tableau 4 : Les chefs de pôle en quête de légitimité..... 237
Tableau 5 : Les instruments de contrôle de gestion pour apprendre aux responsables de pôle à être de bons gestionnaires de pôle – La direction..... 242
Tableau 6 : Les instruments de contrôle de gestion pour apprendre l'économique aux responsables de pôle – Les assistantes de gestion..... 247
Tableau 7 : Inscrire la clinique dans les instruments de contrôle de gestion : le responsable de pôle – contrôleur de gestion..... 255
Tableau 8 : Les instruments de contrôle de gestion comme stratégie de gestion du personnel soignant..... 265
Tableau 9 : Les instruments de contrôle de gestion comme stratégie d'optimisation des pratiques médicales et des modes d'organisation..... 273
Tableau 10 : Synthèse du cas - Les mécanismes d'internalisation du rôle de chef de pôle et de cadre de santé de pôle..... 276

Liste des sigles

ANAP Agence Nationale pour l'Amélioration de la Performance
AP-HP Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ANT *Actor-Network Theory* (Théorie de l'acteur-réseau)
ARS Agence Régionale de Santé
CH Centre Hospitalier
CHM Nom de code de l'hôpital dans lequel s'est déroulée la recherche
CHR Centre Hospitalier Régional
CHS Centre Hospitalier Spécialisé
CHU Centre Hospitalier Universitaire
CME Commission Médicale d'Etablissement
CNG Centre National de Gestion
CODIR Comité de Direction
CPOM Contrat Prévisionnel d'Objectifs et de Moyens
CREA Compte de Résultat Analytique
CSIRMT Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CSP Code de la Santé Publique
DAC Dotation Annuelle Complémentaire
DAF Direction des Affaires Financières
DGF Dotation Globale de Fonctionnement
DHOS Direction de l'Hospitalisation et des Soins (ancienne appellation de la DGOS)
DGOS Direction Générale de l'Offre de Soins (anciennement DHOS)
DIM Département de l'Information Médicale
DMI Dispositifs Médicaux d'Implantation
DMS Durée Moyenne de Séjour
DRG *Diagnosis Related Groups* (équivalent américain des GHM)
DRH Direction des Ressources Humaines
DREES Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
EHESP Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
ENC Echelle Nationale des Coûts
EPRD Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
ERP : *Enterprise Resource Planning* (Progiciel de Gestion Intégré)
ETP Equivalent Temps plein
FHF Fédération Hospitalière de France
GHM Groupe Homogène de Malades
GHS Groupe Homogène de Séjours
HAD Hospitalisation A Domicile
HAS Haute Autorité de Santé
HPST (Loi) Hôpital, Patients, Santé et Territoire
ICR Indice de Coût Relatif
ICSHA Indicateurs de Consommation de Solutions Hydro-Alcooliques

IPAQSS Indicateurs pour l’Amélioration de la Qualité et de la Sécurité de Soins
MCO Médecine, Chirurgie et Obstétrique
MERRI Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation
MIG Missions d’Intérêt Général
MIGAC Missions d’Intérêt Général et d’Aide à la Contractualisation interne
OMS Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PMSI Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
RSS Résumés de Sortie Standardisés
RUM Résumés d'Unité Médicale
SAMU Service d'Aide Médicale Urgente
SHA Solution Hydro-Alcoolique
SLD Soins de Longue Durée
SMUR Service Mobile d’Urgence et de Réanimation
SROS Schéma Régional d’Organisation Sanitaire
SSR Soins de Suite et Réadaptation
T2A Tarification à l'Activité
TB Tableau de Bord
TCCM Tableau Coût / Casemix
TM Ticket Modérateur
UF Unité Fonctionnelle

INTRODUCTION

Problématique générale : comprendre les effets structurants des instruments de gestion sur les organisations

Ce travail de thèse porte sur les effets structurants des instruments de gestion sur les organisations, en d'autres termes la façon dont ils influencent les façons de voir, de penser et d'agir des acteurs organisationnels.

Les instruments de gestion, en tant que moyens, conceptuels ou matériels, par lesquels un gestionnaire met en œuvre une technique de gestion pour atteindre certains buts organisationnels (Gilbert, 1998), sont partie intégrante des organisations : rares sont les activités qui ne sont pas basées, portées, menées par le biais de ces instruments de gestion. Les instruments de gestion sont généralement considérés comme des artefacts neutres au service du gestionnaire. A partir des années 1980, certains courants de recherche, dans une perspective interprétative, tentent au contraire de s'extraire de cette vision et proposent d'y porter un regard critique, dans le sillage d'auteurs comme Hopwood et Miller, ou bien des chercheurs du Centre de Gestion Scientifique de l'école des Mines et du Centre de Recherche en Gestion de l'école Polytechnique en France. Ces recherches tendent à montrer que les instruments de gestion, loin d'être neutres et objectifs, sont au contraire ancrés dans des dynamiques sociales et politiques et ainsi pétris de valeurs, de normes et de conventions. Les instruments de gestion auraient donc des effets structurants sur les individus, les organisations, voire la société dans son ensemble, et façonneraient les représentations et les comportements. Nous nous inscrivons dans cette perspective.

Plus précisément, nous sommes intéressée[1] par les instruments de contrôle de gestion, constitués d'indicateurs de performance, dans les hôpitaux. Si les instruments de contrôle de gestion sont communs dans les entreprises privées, ils colonisent désormais la sphère publique. Dans le domaine de la santé, nombre de pays de l'OCDE ont mis en

[1] Nous utilisons dans cette thèse un *nous* de modestie, qui rappelle que ce travail de thèse s'appuie sur les travaux de recherche menés par nos prédécesseurs. Dans ce cas, l'accord des adjectifs et des participes passés se fait au singulier et selon le sexe de la personne.

place un système de financement à l'activité pour les hôpitaux (système dit DRG[2] aux Etats-Unis en vigueur depuis 1984, Tarification à l'activité en France depuis 2005). Ce système de financement incarne un nouveau modèle de gestion « médico-économique », et se traduit dans les hôpitaux publics français par l'introduction croissante d'instruments de contrôle de gestion, par lesquels la performance financière des activités médicales est de plus en plus finement mesurée, et connue. Ces instruments de contrôle de gestion sont notamment prescrits au niveau national et doivent permettre de rendre la gestion publique plus efficiente. Nous nous intéressons dans cette thèse à la rencontre entre ces instruments de gestion, porteurs d'une doctrine économique et gestionnaire nouvelle, et les acteurs des hôpitaux.

Etudier les effets structurants des instruments de gestion est une ambitieuse entreprise. Nous nous intéressons plus spécifiquement aux effets structurants des instruments de gestion sur les rôles organisationnels. En effet, le contexte français est celui de l'évolution de la gouvernance des hôpitaux et de nouveaux rôles sont prescrits, à mi-chemin entre la clinique et la gestion, puisque une partie des médecins et des cadres de santé est désormais responsabilisée sur la gestion de pools de services. Ces évolutions interrogent ainsi la façon dont ces professionnels médicaux et soignants vivent et mettent en pratique ce nouveau rôle hybride. Si l'attention a été majoritairement portée sur les moteurs macrosociaux de l'hybridation (Denis *et al*., 2015), certaines recherches suggèrent qu'à un niveau infra-organisationnel, les instruments de gestion jouent un rôle moteur dans l'adoption de tels rôles (Valette & Burellier, 2014). En effet, ces « professionnels-gestionnaires », originellement médicaux et soignants, sont amenés à mobiliser ces objets d'un nouveau genre, faits d'indicateurs d'activité, de coûts, de recettes. Ces évolutions signifient en outre que la gestion, et le contrôle de gestion, ne sont plus l'apanage des seuls administratifs. Les rôles de gestion dans les hôpitaux sont ainsi distribués entre les professionnels médicaux et soignants, et les administratifs.

Notre travail de thèse a ainsi vocation à répondre à la question suivante :

Comment les instruments de gestion interviennent-ils dans la constitution de rôles organisationnels ?

[2] DRG : *Diagnosis Related Groups*

Intérêt de la recherche

Pourquoi s'intéresser à cette question ? Ce travail de thèse est motivé par des questionnements à la fois empiriques et théoriques.

Les enjeux sont tout d'abord importants dans le secteur de la santé, qui est confronté depuis quelques années à une augmentation des dépenses de santé, liée notamment aux changements démographiques (vieillissement de la population) et technologiques, ainsi qu'à des demandes accrues de qualité et de sécurité des soins, et d'équité dans l'accès aux soins. Les hôpitaux publics sont donc poussés par des impératifs exigeants, à la fois en termes d'efficience économique et de qualité des soins fournis aux usagers. Dans cette dynamique, les systèmes de santé sont réformés, ce qui s'est traduit en France par deux grandes réformes : d'une part, l'établissement d'un nouveau système de financement directement relié à l'activité à partir de 2005 (tarification à l'activité) ; d'autre part la mise en place d'une nouvelle gouvernance interne visant à responsabiliser les acteurs au plus près du soin et à décloisonner les sphères administratives, médicales et soignantes, par la création de pôles cliniques et médicotechniques – pools de services – avec à leur tête des professionnels médicaux et soignants, à partir de 2007. Les hôpitaux sont en outre fortement encouragés à se doter d'instruments de contrôle de gestion, avec l'ambition de diffuser une logique médico-économique nouvelle et ainsi mettre en œuvre une gestion plus efficiente des ressources. Alors que le financement à l'activité est pleinement effectif depuis 2008 et a davantage révélé les difficultés financières du secteur, les études empiriques s'intéressant à la mise en œuvre effective des réformes de la nouvelle gouvernance et aux conséquences de l'introduction d'instruments de contrôle de gestion montrent que les résultats attendus ne sont pas nécessairement atteints. L'adoption de rôles de gestionnaires par les professionnels du soin n'est pas toujours évidente (Valette & Burellier, 2014), les directions fonctionnelles tardent à déléguer aux pôles (Fellinger & Boiron, 2012 ; Bérard, 2013a) et les instruments de gestion implantés n'impactent que modestement les pratiques et les modes d'organisation (Moisdon, 2010 ; Bérard, 2011 ; Crémieux, Saulpic, & Zarlowski, 2013 ; Bonnier, Saulpic, & Zarlowski, 2013). En étudiant la façon dont les nouveaux rôles de professionnel-gestionnaires se constituent, et dont les rôles des administratifs sont questionnés, ce travail de thèse propose de rendre compte de la traduction concrète des réformes de la nouvelle gouvernance dans un important centre hospitalier public, mais aussi d'entamer une réflexion sur les

raisons de ces constats : sont-ils fondés ou bien masquent-ils des changements plus profonds ? Comment les professionnels médicaux et soignants perçoivent-ils et mettent-ils en pratique leurs nouvelles prérogatives ? Quels sont les freins et les leviers de cette évolution des rôles ? Comment les instruments de contrôle de gestion sont-ils concrètement utilisés par les acteurs ?

Sur un plan théorique, la recherche sur l'instrumentation de gestion semble osciller entre deux positions. Une première perspective considère que les instruments de gestion ne sont qu'une solution technique, mise en œuvre pour répondre à un problème de gestion spécifique. Les instruments de gestion ne sont pensés que par un prisme technique et fonctionnel et sont le prolongement de l'intention du gestionnaire. Des recherches critiques (Morales & Sponem, 2009) considèrent au contraire que les instruments de gestion, sous leur apparente neutralité, transforment les façons de voir, de penser et d'agir. Les instruments sont des constructions sociales, culturelles et politiques et façonnent l'environnement auquel ils prennent part. Dans ces recherches, ces transformations échapperaient le plus souvent à la conscience humaine (Berry, 1983) et les instruments de gestion sont parfois dépeints comme des forces puissantes et autonomes. Quelle est alors la part de l'humain et la part de l'objet, lorsqu'on s'intéresse à des changements organisationnels ? Ces recherches dégagent en outre un sentiment de confusion. Les effets supposés des instruments de gestion sont nombreux et variés, parfois très large – sur « la société », « le changement organisationnel », « la coordination de l'action collective » - alors que les moyens concrets par lesquels ces instruments sont mobilisés et acquièrent un tel pouvoir d'influence ne sont que peu spécifiés : Quels sont les mécanismes à l'œuvre ? Comment les instruments de gestion sont-ils mobilisés ? Ce flou sur les effets et la façon concrète dont un instrument de gestion acquiert un pouvoir d'influence est d'autant plus problématique que les instruments de gestion étudiés ne sont pas toujours spécifiés. En particulier, certaines études parlent d' « instruments de gestion » ou bien de « comptabilité », sans davantage de précisions. Or, les instruments de gestion sont extrêmement variés, dans leur forme, leurs caractéristiques, leur domaine d'application et les postulats sous-jacents.

Les rôles organisationnels, en tant qu'ensembles d'activités et de comportements relationnels exercés par des individus, constituent une composante fondamentale des organisations. La littérature met en avant à la fois les pressions exercées par l'environnement et le travail individuel mené par les individus dans la constitution des

rôles organisationnels. Il est intrigant de constater que la littérature sur les instruments de gestion attribue à ces derniers une influence forte sur la façon dont les gens voient, pensent et agissent, et donc potentiellement sur la constitution et l'évolution des rôles organisationnels (même si le terme de rôle n'est pas employé en tant que tel), alors que les recherches s'intéressant à l'objet même du rôle organisationnel ignorent les artefacts dans l'analyse de la constitution et de l'évolution des rôles organisationnels. Si cette absence des instruments de gestion paraît naturelle dans l'analyse de la formation de rôles organisationnels qui ne soient pas des rôles de gestion (notamment les professionnels « purs »), elle pose davantage question dans le cas de la formation de rôles de gestionnaires, au regard de l'instrumentation croissante des organisations. La compréhension du rôle des instruments de gestion dans les dynamiques de production des rôles organisationnels est d'autant plus intéressante que nombre d'organisations voient aujourd'hui se développer des rôles hybrides, combinant rôle de professionnel et rôle de gestionnaire. Les instruments de gestion seraient donc des vecteurs possibles de cette hybridation des rôles, par leur dimension prescriptive mais aussi et surtout par leur mise en pratique. Il nous semble donc intéressant de se pencher sur la façon dont les acteurs mobilisent les instruments de gestion dans le cadre de l'exercice de leur rôle, pour comprendre la dynamique de constitution de ces rôles.

Comment alors rendre compte des interactions continues entre objets et humains, de leur imbrication, lorsqu'on étudie un phénomène socio-organisationnel, tel que celui de la constitution des rôles organisationnels ? A cette fin, nous mobilisons dans cette thèse la théorie de l'acteur réseau, car elle réhabilite le rôle des objets dans la formation du social, tout en considérant qu'ils restent partie prenante d'un assemblage plus large d'acteurs humains et non humains. Dans cette perspective, nous étudions comment les instruments de gestion sont très concrètement liés aux acteurs qui les mobilisent, et comment la formation de ces attaches contribue à façonner les activités et les comportements relationnels d'un ensemble d'acteurs, en d'autres termes les rôles de professionnels-gestionnaires et de gestionnaires traditionnels. La théorie de l'acteur-réseau nous permet donc d'appréhender les moyens très concrets par lesquels les rôles organisationnels se constituent et évoluent.

Notre travail de thèse se nourrit en outre de l'étude d'un important centre hospitalier général, sur une période de vingt mois. Ce travail de terrain, sous forme d'entretiens, d'observations et de collecte documentaire, nous permet d'une part de restituer un

fragment des perceptions et des pratiques des acteurs et ainsi de proposer une lecture empirique approfondie des réformes de la nouvelle gouvernance ; d'autre part d'étudier finement des instruments de gestion en action. Sur ce dernier point, le secteur hospitalier est en effet un secteur privilégié pour étudier les instruments de gestion : les systèmes de contrôle de gestion y sont encore en construction, et les professionnels du soin sont peu familiarisés avec cette démarche. Cela garantit donc l'expression des hésitations, des controverses et des surprises qui entourent les finalités et les usages des instruments de contrôle de gestion. Le centre hospitalier étudié est en outre fortement impliqué dans les problématiques liées à la nouvelle gouvernance, ainsi que dans le développement de l'instrumentation de contrôle de gestion, sous formes d'instruments de suivi financiers et d'activité.

Structure de la thèse

Cette thèse se compose de six grands chapitres.

Nous entamons ce travail de thèse par une réflexion sur les enjeux de gestion auxquels les hôpitaux sont aujourd'hui confrontés. Le chapitre I revient ainsi sur les nouveaux modes de fonctionnement des hôpitaux publics prescrits par les réformes récentes du système de santé français, et les questionnements empiriques que cela soulève.

Le deuxième chapitre propose une lecture théorique de ces enjeux de gestion, et s'intéresse à la façon dont les instruments de gestion et les rôles organisationnels sont appréhendés dans la littérature.

Dans le troisième chapitre, nous proposons de recourir à la théorie de l'acteur-réseau pour répondre à ces questionnements empiriques et théoriques. Nous présentons ainsi les fondements conceptuels de ce corpus et la façon dont nous les mobilisons dans le cadre de cette thèse.

Le quatrième chapitre a vocation à présenter notre positionnement épistémologique ainsi que la méthodologie mise en œuvre.

Nous passons ensuite à la présentation de notre étude de cas, dans le chapitre V. Il s'agit de rendre compte des usages et des effets structurants des instruments de gestion sur les

rôles des professionnels-gestionnaires et des gestionnaires traditionnels dans l'hôpital public étudié, par une lecture inspirée de la théorie de l'acteur-réseau.

Le dernier chapitre nous permet de discuter nos résultats et ainsi de dégager les contributions de ce travail de thèse, sur un plan théorique et empirique.

Enfin, nous concluons en reprenant les résultats de notre étude, ainsi que les principaux apports mais aussi limites de ce travail de thèse.

CHAPITRE I. L'HOPITAL EN TRANSFORMATION : QUAND GESTION ET PROFESSIONNELS DU SOIN SE RENCONTRENT

L'objet de ce premier chapitre est de présenter les enjeux de gestion auxquels doivent aujourd'hui faire face les hôpitaux publics, dans le sillage des réformes récentes du système de santé français. Le contexte est celui de la transformation des missions des professionnels médicaux et paramédicaux, puisque certains ont désormais des missions de gestion, ainsi que du contrôle de gestion qui se décentralise, aux mains de ces nouveaux « professionnels-gestionnaires ».

Les hôpitaux publics évoluant dans un système de santé très réglementé, nous mêlons dans ce chapitre à la fois des éléments à caractères réglementaires afin de rendre compte des obligations auxquelles sont soumises les hôpitaux publics, et des éléments d'analyse plus empiriques issus des recherches en sciences de gestion afin d'appréhender les transformations en cours d'un point de vue appliqué.

Dans la première partie, nous décrivons les caractéristiques spécifiques des hôpitaux publics en France et le tournant gestionnaire auquel ils sont confrontés pour faire face aux exigences croissantes d'efficience économique et de qualité des soins. Ces réformes prescrivent des changements profonds dans le fonctionnement interne des hôpitaux publics, puisque l'instrumentation de gestion connaît un développement sans précédent alors qu'une partie du corps médical et soignant fait son entrée dans la sphère gestionnaire.

Dans la deuxième partie, nous nous interrogeons sur la mise en œuvre concrète de ces réformes prescriptrices de nouveaux modes de fonctionnement. En effet, l'introduction d'instruments de gestion, et plus généralement de principes de gestion inspirés du secteur privé, auprès de professionnels du soin qui y sont originellement étrangers et qui sont majoritairement guidés par l'intérêt du patient, ne va pas de soi. Les recherches empiriques analysant la mise en œuvre de ces réformes dans les hôpitaux montrent que les changements qui s'opèrent sont loin d'être aussi fluides et linéaires que ce que laissent supposer ces réformes, ce qui ouvre des pistes de réflexion utiles pour comprendre la portée et les enjeux des évolutions en cours.

Partie 1. L'hôpital public pris dans un tournant gestionnaire : de nouveaux modes de fonctionnement en gestation

L'hôpital public français est pris depuis quelques années dans un tournant gestionnaire, impactant ses modes de fonctionnement. Afin de mieux saisir l'ampleur de ces changements et leurs conséquences, nous présentons dans une première section les missions, modes de fonctionnement et caractéristiques générales des hôpitaux publics (1.). Nous présentons ensuite la teneur de ce tournant gestionnaire, en revenant sur les réformes récentes du système de santé français (tarification à l'activité et nouvelle gouvernance) (2.). Nous nous intéresserons pour finir aux conséquences très concrètes de ces réformes sur les modes de fonctionnement de l'hôpital public, notamment l'émergence de nouvelles fonctions de « professionnels-gestionnaires » et le développement croissant de l'instrumentation de gestion (3.).

Notons que le système de santé français se caractérise par la coexistence de différents types d'établissement de santé, selon le régime juridique auquel ils sont soumis. Ainsi, établissements à caractère public et établissements à caractère privé coexistent au sein du système de santé français. Nous nous intéressons dans cette thèse, et donc dans ce chapitre, aux établissements de santé publics – dits hôpitaux publics, dont le fonctionnement et les activités restent très encadrés par l'Etat, et qui représentent 65% des lits d'hôpitaux en France[3].

1. L'hôpital public : un fournisseur de soins au fonctionnement complexe

L'hôpital public est un fournisseur de soins au fonctionnement complexe. En effet, les missions et activités de ces établissements s'intègrent tout d'abord dans un environnement très réglementé (1.1). Les hôpitaux sont en outre analysés comme une

[3] http://www.hopital.fr/

des organisations les plus complexes qui soit, du fait de la nature de son produit et de la coexistence de logiques multiples (1.2.)

1.1. L'hôpital public : un fournisseur de soins dans un environnement très réglementé

L'hôpital public a une activité principale de fourniture de soins, dans le cadre d'une mission de service public (1.1.1). De façon plus générale, les activités et le fonctionnement des hôpitaux publics découlent d'une définition nationale et régionale de l'offre de soins et sont donc fortement encadrés (1.1.2.).

1.1.1. Les missions de l'hôpital public : soins et service public

Les missions générales de l'ensemble des établissements de santé, publics et privés, sont définies par le Code de la Santé Publique (CSP) pour l'organisation de leur activité et des missions de santé :

> Les établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif assurent, dans les conditions prévues par le présent code, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes. (…). Ils délivrent les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile (…) Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux (…) Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire. Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale. (Article L6111-1 du CSP).

Concernant plus spécifiquement les hôpitaux publics, leur objet principal n'est « ni industriel ni commercial » (Article L6141-1 du CSP) en ce qu'ils assurent une mission de service public. Si tous les établissements de santé – y compris les cliniques privées – ont la possibilité de contribuer au service public depuis la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST) de 2009[4], les établissements de santé publics en ont l'obligation. Les missions de service public recouvrent : la permanence des soins ; la prise en charge

[4] LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

des soins palliatifs, l'enseignement universitaire et post-universitaire ; la recherche ; le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ; les actions d'éducation et de prévention pour la santé ; l'aide médicale urgente ; la lutte contre l'exclusion sociale ; les actions de santé publique ; la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ; les soins dispensés aux détenus.

Les missions diffèrent toutefois sensiblement selon le type d'établissement public. En effet, sont regroupés sous l'appellation « hôpital public » les centres hospitaliers régionaux (CHR) et les centres hospitaliers (CH). Ainsi, les CHR ont une vocation régionale liée à leur haute spécialisation. Ils cumulent en effet une fonction de soins très spécialisée à destination de la population de leur région et une fonction de soins courants de proximité. La grande majorité des CHR (29 sur les 33 CHR en France) est associée à une ou plusieurs unités de formation et de recherche (facultés de médecine, pharmacie et d'odontologie), pour former un centre hospitalier régional universitaire (CHRU), exerçant ainsi une mission d'enseignement et de recherche en plus de la fonction de soin.

Quant aux CH, ils assurent la plus grande part de la prise en charge des besoins en santé. On en dénombre environ 900 (DREES, 2012). Ils ont pour mission d'offrir des services diagnostics et d'assurer toute la gamme des soins aigus en médecine, chirurgie et obstétrique (activités regroupées sous l'appellation commune de MCO) en court et moyen séjour, ainsi que les soins de suite et de réadaptation (activités regroupées sous l'appellation commune de SSR), de moyen et long séjours. De plus, certains centres hospitaliers sont spécialisés en psychiatrie. Les CH sont classés en trois catégories selon leur taille, mesurée à partir de leur produit : les grands CH (plus de 70 millions d'euros), les CH moyens (entre 20 et 70 millions d'euros) et les petits CH (moins de 20 millions d'euros).

1.1.2. L'environnement de l'hôpital : une réglementation forte

Les activités et les missions de santé des hôpitaux publics sont soumises à un contrôle important de l'Etat. En effet, bien que dotés d'une autonomie administrative et financière (Article L6141-1 du code de la santé publique), et donc autonomes dans leur gestion et leur pouvoir de décision (de Pouvourville, 2010), la tutelle de l'Etat reste très

prégnante, notamment car elle définit les règles de gouvernance et de fonctionnement ainsi que les modes de financements (de Pouvourville, 2010).

De façon plus générale, l'action des établissements de santé s'inscrit dans une politique de santé, définie par l'Etat au niveau national et régulée au niveau régional. A un niveau centralisé, la direction générale de l'offre de soins (DGOS – ministère chargé de la santé) définit l'offre de soins. Il s'agit d'élaborer des réponses adaptées aux besoins de prise en charge des patients et des usagers tout en garantissant l'efficience et la qualité de l'offre de soins. L'offre de soins est définie dans le respect de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)[5], enveloppe financière votée annuellement par le Parlement dans le cadre de loi de financement de la sécurité sociale et fixant le montant prévisionnel des dépenses de l'assurance maladie pour l'année (hôpitaux, soins de ville, médico-social). Dans cette optique, la DGOS est chargée de la programmation de l'offre de soins et des investissements hospitaliers, de la gestion des statuts et de la formation des personnels hospitaliers, ainsi que de l'organisation des établissements hospitaliers[6]. La DGOS définit ainsi l'offre de soins à un niveau global et centralisé.

Au niveau décentralisé, l'action publique en matière sanitaire est « territorialisée » par le biais des Agences Régionales de Santé (ARS). Créées par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, les 26 ARS ont pour rôle de décliner au niveau régional l'action publique en matière sanitaire. Les ARS poursuivent deux objectifs prioritaires : améliorer la santé de la population et l'efficience du système avec les moyens dont dispose chaque territoire[7]. Concrètement, la « territorialisation » de la politique nationale de santé prend la forme d'un contrat passé entre l'Etat et les ARS. Ces dernières sont chargées de l'élaboration des schémas régionaux de l'organisation sanitaire (SROS) - comportant notamment l'évaluation des besoins de santé, de l'offre de soins et la détermination des orientations stratégiques de la région en matière de santé et de la répartition des enveloppes financières régionales entre les établissements publics et privés[8]. Le SROS sert ensuite de base aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) passés entre l'ARS et les établissements de santé et fixant les orientations stratégiques de l'établissement.

[5] http://www.vie-publique.fr/
[6] http://www.hopital.fr/
[7] www.sante.gouv.fr/
[8] http://www.vie-publique.fr/

1.2. L'hôpital : une organisation complexe

En sciences de gestion, les hôpitaux sont considérés comme une des organisations les plus complexes qui soit. Cette complexité est due à la nature du produit de l'hôpital ainsi qu'à la coexistence de logiques multiples (1.2.1.). Nous présentons en particulier les activités et les modes de fonctionnement de la sphère médicale (1.2.2.), la sphère du soin (1.2.3.) et la sphère administrative (1.2.4).

1.2.1. Un système de production et de relations complexe

Les hôpitaux sont considérés comme les organisations les plus complexes de la société contemporaine (Glouberman & Mintzberg, 2002 ; Moisdon, 2010). L'hôpital est complexe sous toutes ses coutures : en tant que système de production et en tant que système de relations (Moisdon, 2000). En tant que système de production, l'hôpital est complexe du fait de la nature même de son activité et de ses processus de production. Nous reprenons ici les propos de Moisdon (2000) qui décrit la complexité du fonctionnement de l'hôpital :

> Il offre une gamme étendue de services hétérogènes (hospitalisation court séjour, moyen séjour, long séjour, consultations, hôtellerie, etc.), son produit est multiple (12 000 pathologies répertoriées dans les classifications de l'OMS), marqué par une incertitude forte quant aux résultats et aux processus eux-mêmes, les besoins en coordination sont importants, notamment entre les services cliniques et les services prescripteurs d'actes (regroupés dans ce qu'il est convenu d'appeler le plateau technique). L'innovation technologique est continue, bien que le plus souvent incrémentale, et conduit quasi systématiquement à une pression à l'augmentation des coûts. En conséquence, on est d'emblée confronté à des difficultés de spécification de l'activité, de visibilité et de maîtrise des fonctionnements. (Moisdon, 2000, p. 32)

L'hôpital est également complexe dans le système de relations qui le caractérise, du fait de la multiplicité des modes d'organisation et des mentalités, qui coexistent au sein d'une même organisation (Glouberman & Mintzberg, 2002). Denis, Lamothe & Langley (2001) qualifient ainsi les organisations du secteur de la santé d'organisations pluralistes, « impliquant des objectifs divergents (soin au patient individuel, santé de la population, et contrôle des coûts) et des acteurs multiples (professionnels,

administrateurs, groupes communautaires, et politiciens) liés par des relations de pouvoir fluides et ambiguës (Bucher & Stelling, 1969 ; Bunderson, Lofstrom, & Van de Ven, 1998 ; Scott, 1982»[9] (Denis et al., 2001, p. 809). Face à cette multiplicité des logiques, les hôpitaux se caractérisent par des besoins de coordination intenses, mais peu satisfaits du fait notamment du fonctionnement en vase clos de chacun des mondes de l'hôpital : le monde du traitement (les médecins), le monde des soins (les professionnels paramédicaux), le monde du contrôle (les gestionnaires) et le monde de la communauté (les administrateurs) (Glouberman & Mintzberg, 2002).

Dans ce système de relations, l'attention est généralement portée sur les rapports entre gestionnaires et médecins. De manière traditionnelle, le modèle d'organisation attribué à l'hôpital est celui de la bureaucratie professionnelle de Mintzberg (1979). Le modèle de la bureaucratie professionnelle traduit la cohabitation de deux modèles d'organisation : le modèle bureaucratique et le modèle professionnel. Le modèle d'organisation bureaucratique tel que défini par Weber (1964) adopte une logique de rationalisation et repose sur l'application de règles et de normes écrites, générées au sein d'un système hiérarchique (Lamothe, 1999). Le modèle bureaucratique décrit le système d'organisation qui régit la sphère administrative dans les hôpitaux. Les médecins adoptent quant à eux leur propre modèle d'organisation professionnelle, orienté vers la compétence technique et le service fourni au patient, au sein de l'organisation plus large. Le modèle de bureaucratie professionnelle se caractérise donc par la formation de deux structures parallèles, l'une étant administrative bureaucratique et l'autre étant professionnelle (Lamothe, 1999). La partie clé de la bureaucratie professionnelle se situe au niveau du centre opérationnel puisque le pouvoir est directement aux mains des professionnels, au niveau de la base opérationnelle de l'organisation. L'autonomie des médecins est donc considérable alors que le sommet stratégique, c'est-à-dire les gestionnaires, n'a qu'un rôle de support. Le modèle de la bureaucratie professionnelle est considéré comme problématique car la confrontation des deux logiques crée des conflits et des problèmes de coordination.

[9] "involving divergent objectives (individual patient care, population health, and cost control) and multiple actors (professionals, administrators, community groups, and politicians) linked together in fluid and ambiguous power relationships (Bucher & Stelling, 1969 ; Bunderson, Lofstrom, & Van de Ven, 1998 ; Scott, 1982)"(Denis, Lamothe, & Langley, 2001, p. 809)

Nous nous intéressons dans notre recherche, et donc dans les sections, aux trois premiers mondes définis par Glouberman et Mintzberg (2002) : la logique médicale, la logique paramédicale (notamment celle de l'encadrement) et la logique administrative.

1.2.2. La sphère médicale

La sphère médicale, ou ce que Glouberman et Mintzberg (2002) appelle le monde du traitement, relève de la relation singulière entre le médecin et le malade. La sphère médicale se distingue tout d'abord par la spécificité des tâches qui sont accomplies. Les médecins hospitaliers sont au cœur des opérations. Ils ont la tâche d'effectuer des traitements, c'est-à-dire d'intervenir pour changer la condition de leurs patients (Glouberman & Mintzberg, 2002). La participation des médecins sur le patient se fait de façon intermittente et discontinue, puisqu'ils n'interviennent que par laps de temps courts et généralement programmés (dans les salles d'opération, lors des visites aux patients, etc.) alors que la plupart des « soins » aux patients sont prodigués par le personnel infirmier (Glouberman & Mintzberg, 2002). Glouberman & Mintzberg (2002) proposent une classification des interventions médicales en quatre formes, de la plus intrusive sur le corps humain à la plus interprétative : l'incursion (chirurgie), l'ingestion (médication), la manipulation (toucher) et la médiation (la parole). Si les hôpitaux ont souvent un département de physiothérapie (manipulation) et de psychiatrie (médiation en partie), l'intervention médicale met surtout l'accent sur les deux premières formes d'intervention : chirurgie et médication. La sphère médicale se distingue également par le fort degré de spécialisation des médecins. En effet, les médecins se spécialisent habituellement pour toute leur carrière dans un organe (tel le neurologue qui connaît tous les rouages du cerveau humain), une maladie ou un type de patient. Au sein de la spécialisation, la montée dans la hiérarchie se fait via le service clinique ou les publications de recherche (Glouberman & Mintzberg, 2002).

La position des médecins dans l'hôpital est atypique, puisque contrairement aux professions paramédicales ou aux gestionnaires, ils ne se rapportent pas à la hiérarchie de l'hôpital. Les médecins jouissent en effet d'une liberté clinique dans leurs pratiques médicales, puisque « les médecins hospitaliers décident qui ils admettent et s'ils doivent être hospitalisés ou non, ou en ambulatoire ; ils ordonnent les tests de diagnostic ; ils prescrivent ou recommandent des traitements chirurgicaux, pharmaceutiques ou

infirmiers, et les effectuent dans les cas appropriés (par exemple, la chirurgie) ; et ils décident du moment de décharge. Ces décisions professionnelles prises indépendamment constituent la définition de base de la liberté clinique »[10] (Bourn & Ezzamel, 1986b, p. 211). Face à cette liberté clinique, le mode de contrôle mis en œuvre est un contrôle quasi-clanique (Nobre, 1998 ; Ouchi, 1979), c'est-à-dire ne tolérant aucun contrôle exercé par l'extérieur du clan, tel qu'un système financier de rendu de compte à la hiérarchie. La régulation est donc exercée par les pairs, de façon informelle – par exemple, avis de confrères quant au traitement d'un patient) – ou plus formelle – par exemple, comités professionnels pour établir des bonnes pratiques (recommandations de prise en charge de pathologies spécifiques, usages et prescriptions de certains médicaments, etc.). Ce mode de régulation s'apparente à ce que March et Olsen (1976) et Olsen et March (2004) appellent la logique de conformité (*appropriateness*) selon laquelle les comportements sont guidés par la recherche de conformité aux principes, valeurs et normes partagés par le groupe professionnel des médecins.

1.2.3. La logique du soin : les cadres paramédicaux

La majorité des études analysant les professions paramédicales se sont intéressées aux professionnels infirmiers, dont l'activité principale est la fourniture de soins aux patients (par exemple Bolton, 2004). Au regard de notre thèse dont l'objet d'étude est, entre autres, les cadres supérieurs de santé, nous nous concentrons ici sur l'encadrement infirmier, plus que l'activité des infirmiers même, que nous ne traitons pas dans cette thèse.

Alors que la profession médicale, et dans une moindre mesure, la profession infirmière, ont été largement analysés, il a été porté moins d'attention aux cadres paramédicaux (Feroni & Kober-Smith, 2005). En effet, le système hospitalier valorise davantage les actes effectués par les médecins que le travail mis en œuvre par les cadres paramédicaux

[10] "Hospital doctors decide who to admit, and whether they shall be in-patients, out-patients, or day-patients; they order diagnostic tests; they prescribe or recommend surgical, pharmaceutical or nursing treatment, and carry it out in appropriate cases (e.g. surgery); and they decide the timing of discharges. These independently-taken professional decisions constitute a basic definition of clinical freedom." (Bourn & Ezzamel, 1986b, p. 211)

(Detchessahar & Grevin, 2009). Pourtant, les cadres paramédicaux sont essentiels dans la bonne marche des hôpitaux. Nombre d'auteurs mettent en évidence le « travail de lien » (Bouret, 2008) qu'ils effectuent. Ce travail de lien est central car, bien qu'invisible, il permet l'enchaînement des actes effectués par les médecins et rend ainsi possible leur réalisation (Detchessahar & Grevin, 2009, p. 29). Ce travail de lien s'effectue également avec les autres acteurs de l'hôpital, puisque les cadres paramédicaux occupent une position d'interface, au carrefour de logiques d'acteurs très différentes : médecins, paramédicaux et administrateurs, mais aussi patients et familles (Feroni & Kober-Smith, 2005 ; Dumas & Ruiller, 2011). Les tâches de coordination sont donc cruciales dans l'activité de l'encadrement infirmier, puisque « les allées et venues de toutes sortes de personnes – les résidents, les internes et les médecins « traitants » en tout genre, les physiothérapeutes, les psychologues, les préposés aux soins, et les infirmières de différentes spécialités, et ainsi de suite, littéralement des douzaines de personnes par jour – autour du patient doivent être coordonnées » (Glouberman & Mintzberg, 2002, p. 16).

Contrairement aux médecins, les paramédicaux sont hiérarchiquement reliés à l'administration de l'hôpital, mais tout en ayant un système propre puisque les fonctions d'encadrement infirmier se déclinent sur plusieurs niveaux : encadrement de proximité, intermédiaire et supérieur. Freidson (1984) met en évidence, pour les infirmiers, un double intérêt à occuper des postes d'encadrement : se soustraire à la tutelle médicale et accéder à des positions de responsabilité. En revanche, cette accession à l'autonomie et au contrôle a pour corollaire un éloignement de la base de la profession et du soin.

1.2.4. La logique administrative

Les administratifs, ou les gestionnaires, sont officiellement responsables de l'institution dans son ensemble. Les gestionnaires ont ainsi la tâche de « gérer » l'hôpital. La hiérarchie administrative officielle, basée sur les règles et les normes, est leur principe constitutif. Ils exercent une autorité officielle sur les personnels de l'hôpital (personnels administratifs de la ligne hiérarchique, paramédicaux), autorité qui ne s'exerce donc pas sur les médecins qui fonctionnent en dehors du système hiérarchique administratif. D'après Vallet (2012), la logique des gestionnaires tend à s'opposer à la logique médicale, puisqu'elle part du principe que le regroupement et la mutualisation des

moyens favorisent l'efficience, alors que la logique médicale a tendance à la « sur-spécialisation ».

Le pouvoir des gestionnaires pour administrer l'hôpital repose sur le contrôle des ressources, notamment des budgets, des lits et de nombreux emplois. Cependant, l'intervention des administratifs dans la gestion de l'hôpital apparaît compromise dans les faits. En effet, dire que les administratifs « gèrent » l'hôpital serait en partie une illusion (Glouberman & Mintzberg, 2002). D'une part, une des particularités de l'hôpital est que les opérationnels, à savoir le corps médical et infirmier, définissent unilatéralement le processus de production sans que les gestionnaires ne puissent intervenir (Moisdon, 2000). D'autre part, les gestionnaires se trouvent dans un état de faiblesse informationnelle important quant à l'activité médicale et aux opérations médicales réalisées, du fait de l'indépendance et de l'autonomie des médecins ainsi que de la complexité des opérations cliniques.

Face à cette multiplicité des logiques, les hôpitaux se caractérisent par des besoins de coordination intenses, mais peu satisfaits du fait notamment du fonctionnement en vase clos de chacun des mondes de l'hôpital : le monde du traitement (les médecins), le monde des soins (les professionnels paramédicaux), le monde du contrôle (les gestionnaires) et le monde de la communauté (les administrateurs) (Glouberman & Mintzberg, 2002). Il a été souligné à plusieurs reprises la nécessité de la collaboration entre les médecins et les gestionnaires, en particulier l'implication des médecins dans les processus de gestion financière et d'allocation des ressources (Abernethy & Stoelwinder, 1990). Pour Glouberman et Mintzberg (2002), tant que les différents mondes de de la santé continueront à fonctionner en vase clos, l'hôpital restera difficile à gérer et continuera d'évoluer en dehors de tout contrôle. Comme nous le verrons par la suite, les réformes mises en œuvre dans les systèmes de santé des pays occidentaux ont notamment pour ambition un décloisonnement de ces « mondes ».

2. Les réformes du système de santé français : rendre la gestion hospitalière publique plus efficiente

L'organisation de l'hôpital, que nous venons de décrire, s'est trouvée fortement ébranlée ces dernières années, notamment du fait des réformes des systèmes de financement et de gouvernance des hôpitaux en France. Ces réformes s'inscrivent dans un mouvement dépassant les frontières françaises, puisque l'ensemble des pays occidentaux ont procédé à des réformes de leurs systèmes de santé. Les raisons évoquées par les gouvernements sont principalement de deux ordres : ils insistent tout d'abord sur la crise des finances publiques et sur l'augmentation des coûts des systèmes de santé, liés notamment aux changements démographiques (vieillissement de la population, demandes accrues des usagers) et technologiques ; l'accent est également mis sur la qualité des soins, leur efficacité et leur efficience, ainsi que sur l'équité.

En France, l'objectif d'accroître l'efficacité de la gestion hospitalière, d'un point de vue des coûts et de la qualité des soins fournis, a été mis en œuvre via deux grandes réformes : l'une visant à financer les hôpitaux en fonction de leur activité (2.2.1.) et l'autre visant à transformer le système de gouvernance des hôpitaux (2.2.2.).

2.1. La réforme de la tarification à l'activité ou l'efficience exigée

La réforme de la tarification à l'activité (T2A) permet depuis 2005 de financer les établissements de santé en fonction du volume et de la nature de l'activité de soins produite, dans les secteurs MCO, et non plus par un budget global alloué annuellement et basé sur une estimation des coûts datant de 1983. L'ambition de ce nouveau système de financement est notamment d'accroître la transparence du financement des soins hospitaliers, en liant directement le financement à la production des soins, d'instaurer une plus grande équité entre les fournisseurs de soins et d'améliorer l'efficience des établissements en responsabilisant les acteurs et en introduisant une forme de compétition entre les établissements.

2.1.1. Le système de dotation globale et ses limites

En 2005, le passage à la T2A, équivalent français du système de paiement prospectif DRG (*Diagnosis-Related Groups*) américain, marque un profond bouleversement pour les hôpitaux publics, dont le financement était jusqu'à présent majoritairement indépendant de l'activité réalisée.

Jusqu'en 2005 les établissements publics étaient financés selon un système dit de dotation globale de fonctionnement (DGF), en vigueur depuis 1984. A partir d'un objectif annuel d'évolution des dépenses hospitalières du secteur public remboursées par l'assurance maladie, un budget global était alloué à chaque établissement, calculé sur une base de coûts historiques et modulé année par année d'un taux directeur de croissance des dépenses hospitalières défini au niveau national. Le budget, très peu négocié entre l'autorité de tutelle et l'établissement, était donc largement déconnecté de l'évolution effective de l'activité de l'établissement.

Les inconvénients de ce système sont nombreux. Tout d'abord, les bases budgétaires de 1983, sur lesquelles étaient fondé le calcul du budget global, n'ont jamais été remises en causes. Le système de dotation globale a donc été critiqué pour perpétuer dans le temps des rentes de situation pour les établissements historiquement bien dotés et ayant un *slack* important, et des situations de sous-financement pour les établissements les moins bien dotés historiquement : la situation financière des hôpitaux s'est donc retrouvée figée sur la base historique de 1983 (de Pouvourville, 2010). De plus ce système n'incitait pas les établissements à dynamiser leur activité, car cela demandait nécessairement plus de moyens sans que l'établissement ne puisse les financer. Ainsi, c'était les établissements les moins dynamiques qui étaient finalement favorisés, ce qui va à l'encontre de la logique médicale de service public (de Pouvourville, 2010). Le caractère global de ce mécanisme donnait également peu d'incitation aux établissements à connaître leurs coûts de production et à mettre en place des gains d'efficacité productive (de Pouvourville, 2010).

Enfin, le système a également été critiqué car le contrôle des établissements par les pouvoirs publics était problématique, du fait de ce que Lenay et Moisdon appellent une « symétrie de non-information » (Lenay & Moisdon, 2003, p. 5), entre pouvoirs publics et établissements de santé eux-mêmes : ni les pouvoirs publics, ni les directeurs

d'établissement et ni les médecins et les cadres de santé ne connaissent les coûts de production des activités des hôpitaux.

2.1.2. Le passage à la tarification à l'activité en 2004

Face aux inconvénients d'un système de financement par dotation globale, et parallèlement au développement du système de paiement prospectif au cas aux Etats-Unis, a émergé en France la nécessité de relier davantage le financement des hôpitaux à l'activité réalisée. 2004 marque ainsi le passage à la T2A pour les établissements publics, puisque les fonds sont désormais alloués sur la base de l'activité produite.

La T2A vise trois objectifs principaux (Or & Renaud, 2009) :

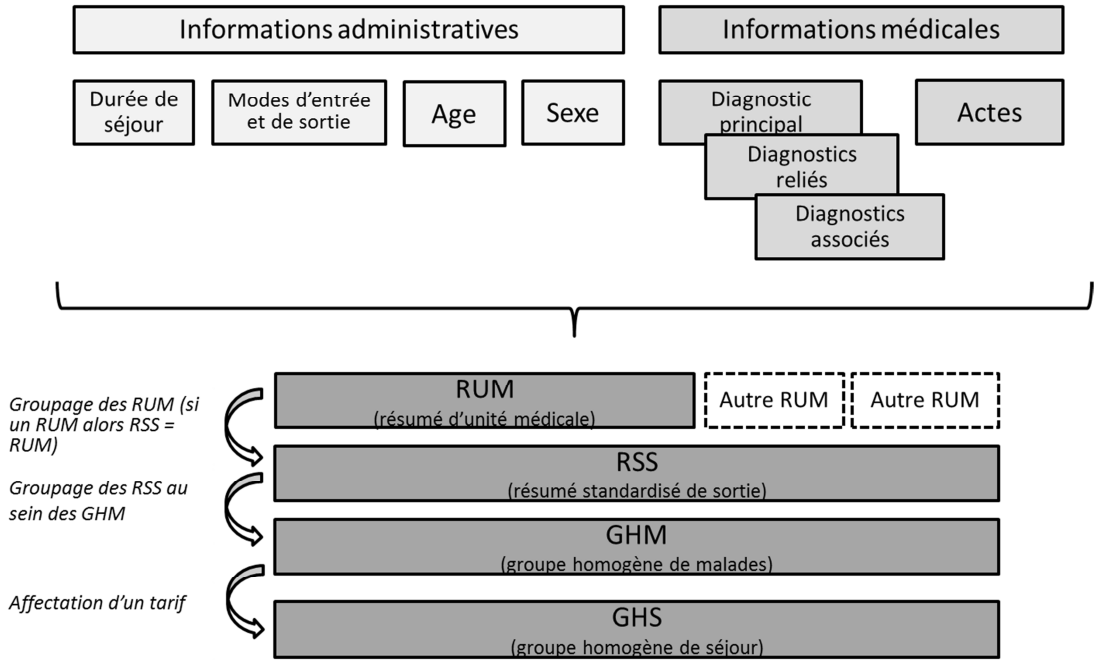
- La T2A a tout d'abord comme objectif d'accroître la transparence du financement des soins hospitaliers, en liant directement le financement à la production de soins
- La T2A vise également une équité de traitement entre tous les fournisseurs de soins, selon le principe qu'un même prix est payé pour un même service, et ce quel que soit l'établissement
- Enfin, il est également attendu que la T2A améliore l'efficience, des établissements eux-mêmes et de l'ensemble du système de santé, notamment en permettant une plus grande responsabilisation des acteurs et en introduisant une forme de compétition entre les établissements, auparavant inexistante

La tarification à l'activité suppose que les activités de soins soient décrites, classées et liées à une consommation de ressources. C'est le rôle du système PMSI (Projet de Médicalisation du Système d'Information) qui a pour objectif de mesurer la production de l'hôpital selon l'activité médicale en lui associant une consommation de ressources. Premièrement, le PMSI décrit l'activité hospitalière à travers des « groupes homogènes de malades » (GHM). Un GHM doit présenter une homogénéité médicale (un GHM renvoie à une pathologie ou un ensemble de pathologies voisines) et économique (les séjours entrant dans le même GHM demandent une mobilisation analogue des ressources en personnels, matériels et consommables) (Lenay & Moisdon, 2003). Les GHM identifient donc les différentes prestations de soins offertes à un même profil de patient. Le principe de base est de payer le même prix pour les mêmes prestations.

Deuxièmement, les prix des GHM sont définis à l'avance et fixés au niveau national. Le terme « groupe homogène de séjour » (GHS) désigne les prix des GHM. Troisièmement, l'association d'un séjour d'un patient à un GHM se fait via un résumé de sortie standardisé (RSS) : chaque acte réalisé sur un patient donne lieu à un résumé d'unité médicale (RUM), puis l'ensemble des données issues des RUM sont agrégées au sein du RSS, émis pour chaque séjour d'un patient. Les RSS sont ensuite affectés à un GHM. L'activité de l'hôpital peut alors se résumer à son *casemix*, c'est-à-dire au nombre de séjours dans chaque GHM.

La figure ci-dessous schématise le mécanisme principal de la T2A.

Figure 1 : Mécanisme de la tarification à l'activité[11]



Le passage du régime de dotation globale au régime de tarification à l'activité s'est fait de façon transitoire. Concernant le secteur public, il a été décidé de maintenir une part du financement, sous forme de dotation annuelle complémentaire (DAC), en

[11] Inspiré de : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Presentation_des_grands_lignes_de_la_reforme

complément d'un financement à l'activité dont la part s'est accrue d'année en année : 10% de financement T2A en 2004, puis augmentation progressive de la part de l'activité financée par le système T2A avec 25% en 2005, 35 % en 2006, 50% en 2007 et 100% en 2008.

La T2A permet donc aujourd'hui de financer les établissements de santé en fonction du volume et de la nature de l'activité de soins produite. Toutefois, il faut noter que seule l'activité MCO (activité de court séjour, en médecine, chirurgie et obstétrique) est financée selon le principe de la T2A, alors que d'autres composantes de l'activité hospitalière spécifiques, tels les soins de suite et de réadaptation et de longue durée, et la psychiatrie, restent financées par un système de dotation annuelle. De même, de nombreuses activités relevant du court séjour mais difficilement mesurables ne sont pas financées selon le principe de la T2A mais font l'objet d'un financement spécifique. Le système de financement par la T2A pour les hôpitaux publics comporte donc en réalité deux composantes :

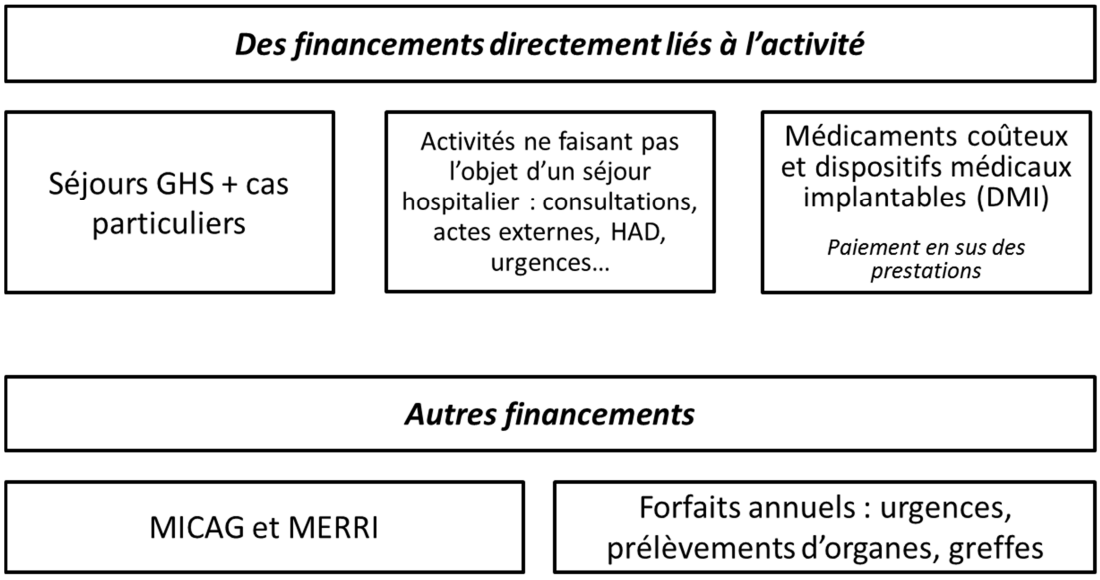
- Une part des sources de financement est directement liée à l'activité et rémunère :
    - Les séjours avec tarification associée à un GHS, avec tarification spécifique pour les séjours de durée extrême et suppléments des activités particulièrement coûteuses dans le temps telles que la réanimation et la néonatalogie
    - Les médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI) particulièrement onéreux, en sus des tarifs de prestations
    - Les activités ne faisant pas l'objet d'un séjour hospitalier et faisant l'objet d'une tarification spécifique : consultations et actes externes, dialyse, interruption volontaire de grossesse, hospitalisation à domicile et urgences (tarif au passage)
- D'autre part, un nombre important des missions assurées par les hôpitaux publics sont financées par des dotations forfaitaires indépendantes du volume d'activité :
    - Les financements MIGAC (Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation interne) concernent les activités difficilement identifiables par patient et donc ne pouvant se traduire en prestations de

soins individualisées et tarifiables (par exemple des actions de prévention) ou nécessitant une permanence quel que soit le niveau d'activité (par exemple le SAMU[12], les centres anti-poison). Ils permettent également de financer les engagements pris par les établissements dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés avec l'ARS : par exemple, engagement de retour à l'équilibre financier, recherche d'amélioration de la qualité des soins.

- Les financements MERRI (missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation) sont quant à eux destinés aux activités d'enseignement et de recherche et sont donc essentiellement attribués aux CHU et aux centres de lutte contre le cancer.

- Enfin, certaines activités spécifiques telles que les urgences[13], la coordination des prélèvements d'organe et les greffes font l'objet d'un financement forfaitisé, car il s'agit pour ces activités de rémunérer des coûts fixes.

Figure 2 : La dualité du financement des hôpitaux

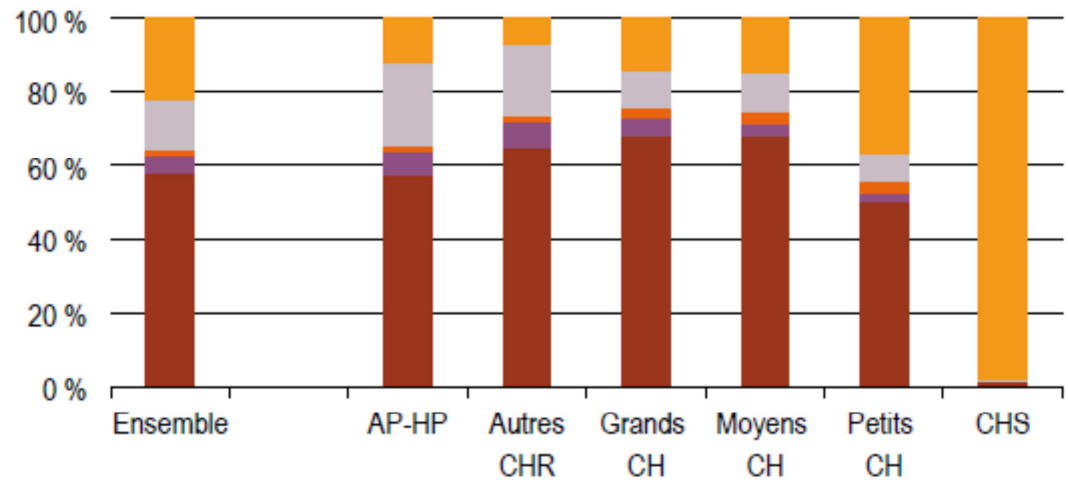


[12] Service d'Aide Médicale Urgente

[13] On note donc que les urgences font l'objet d'un financement mixte : un forfait annuel visant à couvrir les charges fixes indépendamment de l'activité et un tarif au passage

Finalement, la répartition des différentes sources de financement, pour les activités MCO ainsi que les autres activités toujours financées par dotation, peut être synthétisée par le graphique ci-dessous. On note ainsi que les moyens et grands centres hospitaliers ont la plus grande part de financement directement lié à l'activité. Selon l'IGAS (2013), la part des tarifs des séjours représente 60 à 65% des recettes des hôpitaux publics.

Figure 3 : Répartition des produits versés par l'Assurance maladie en 2012



Dotation annuelle de financement (DAF)

Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)

Forfaits annuels

Médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus

Financement directement lié à l'activité

* Données provisoires.

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris Mayotte et hors SSA.

Sources • DGFiP-SAE, calculs DREES.

Ce mécanisme de financement rencontre cependant certaines limites, liées aux propres imperfections du système ainsi qu'à des potentiels effets pervers. D'une part, le système de la T2A est imparfait dans sa conception même. Outre le fait que le financement à l'activité ne s'applique en réalité qu'à une partie des activités des hôpitaux, le système est critiqué pour l'instabilité de ces composantes principales dans le temps. Les GHM restent en effet une description imparfaite de la complexité de la réalité médicale et les autorités de tutelle mettent en œuvre des ajustements fréquents de ces derniers. Ainsi, bien que la version 11 de la T2A compte aujourd'hui près de 2300 GHM, avec 4 niveaux de sévérité possible pour une même pathologie, le périmètre des GHM est encore appelé à évoluer. Outre une évolution des GHM, les tarifs associés aux GHM changent chaque année de façon relativement imprévisible, ce qui crée de l'incertitude pour les établissements et diminue la transparence supposée du système T2A. Cette évolution des tarifs est notamment due à la nécessité de respecter une enveloppe globale de dépenses. En effet, si chaque établissement de santé est individuellement financé en fonction de son activité (du moins pour le secteur MCO), les établissements dans leur globalité disposent de ressources déterminées par le gouvernement et le parlement lorsque le montant de des dépenses d'assurance maladie annuel est fixé, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale (ONDAM). Ainsi, une augmentation du volume global de l'activité conduit mécaniquement à une diminution des tarifs afin de respecter le plafond de dépenses : les tarifs GHS sont donc la principale variable d'ajustement qui permet d'assurer le respect de l'enveloppe globale (IGAS, 2013). D'après le rapport IGAS (2012) sur les effets de la T2A, le rythme trop élevé de ces évolutions (évolution du périmètre des GHM et évolution des tarifs) nuit à la lisibilité de la réforme et crée un environnement défavorable à la gestion des établissements. En outre, une des hypothèses de base du système T2A est que les tarifs fixés au niveau national reflètent les coûts de production réels des fournisseurs de soins les plus efficients. Les tarifs sont fixés au niveau national à partir de l'échelle nationale des coûts (ENC), grille tarifaire dont la fiabilité a été mise en question. En particulier, comme souligné dans le rapport, nombre d'acteurs hospitaliers considèrent que les tarifs ne traduisent pas les coûts réels de production et mettent en avant le caractère déficitaire de certaines activités en raison de tarifs insuffisants ou l'absence de prise en charge de certains actes ou interventions, comme ceux effectués par le personnel soignant.

D'autre part, le système T2A peut être porteur d'effets potentiellement pervers, sur la qualité des soins et les dépenses (Or & Renaud, 2009). En effet, la T2A incite tout d'abord à réduire le coût des séjours des patients, ce qui peut nuire à la qualité des soins. Or et Renaud identifient trois stratégies de réduction des coûts possibles : réduire la durée des séjours en établissement, sélectionner les patients selon leur « rentabilité » (écarter les cas les plus lourds) et mettre en place des pratiques de codage déviantes (par exemple surcodage par rapport à la pathologie traitée). Si la réduction du temps de séjour à l'hôpital peut être légitime dans certains cas, les risques de sorties trop précoces de patients ainsi que des éventuelles pratiques de sélection des patients et de surcodage doivent être contrôlés. Cependant, selon l'IGAS (2013), de telles pratiques n'ont pas été observées car la déontologie des praticiens constitue un frein puissant à ce type de pratiques. Se pose également un problème en termes de dépenses puisque la T2A incite de fait à augmenter l'activité hospitalière. Cela peut être positif lorsque l'augmentation de l'activité répond à des besoins réels de la population (par exemple diminution des délais d'attente, développement de spécialités). Cependant, cela peut devenir problématique lorsque cette augmentation de l'activité correspond à une sur-fourniture de soins, telle une inflation non justifiée des actes effectués sur les patients, qui dégrade à la fois la qualité des soins fournis au patient et le montant des dépenses de santé. Toutefois, il est souligné dans le rapport IGAS (2013) que si la T2A coïncide avec une augmentation du volume d'activité, la cause la plus probable est un meilleur codage de la part des établissements publics et assimilés, qui rend mieux compte de leur activité, davantage qu'une augmentation réelle de l'activité induite par la T2A. En effet, le statut de médecin salarié dans les établissements publics et assimilés n'incite pas à une augmentation des prises en charge ou des actes, dans la mesure où la rémunération reste indépendante de l'activité.

2.1.3. La situation financière des hôpitaux publics révélée

La situation financière des hôpitaux publics en France est critique avec un basculement sous l'équilibre financier à partir de 2006. Cette dégradation de la situation financière des établissements peut être reliée au passage à la T2A qui, selon le rapport IGAS (2012) sur les effets de la T2A, a eu pour effet de révéler la situation financière

dégradée des établissements, par l'alignement des ressources des établissements sur leur activité.

D'après la fédération hospitalière de France (FHF), le budget principal (activités de soins de court et moyen séjour et psychiatrie) de l'ensemble des hôpitaux publics en 2013 accuse un déficit de 300 millions d'euros, soit le double du déficit de 2012 (142 millions d'euros). La FHF explique cela par une diminution des tarifs de 0,84% entre 2012 et 2013. En analysant le résultat net de l'ensemble des hôpitaux publics, qui tient compte de la vente de certains actifs (immeubles, terrains…) et des résultats positifs des budgets annexes, le déficit est ramené à 66 millions d'euros, alors que l'année 2012 s'était soldée par un résultat net en excédent de 93 millions d'euros. Cependant, selon la FHF, seul le compte de résultat principal traduit avec objectivité la situation financière des établissements hospitaliers publics car les cessions d'actifs masquent, de par leur ampleur et leur caractère exceptionnel, le décalage existant entre les recettes et les dépenses liées aux activités de soins. De plus, l'année 2013 confirme la tendance à la baisse de l'investissement depuis 2009, alors que l'encours de la dette des hôpitaux publics continue de croître à un rythme régulier pour atteindre 28,3 milliards d'euros en 2012 (DREES, 2014).

2.2. La nouvelle gouvernance ou l'intégration de la communauté médicale à la gestion

Le fonctionnement interne de l'hôpital a également été profondément transformé au cours des années 2000, avec la mise en place d'une nouvelle gouvernance hospitalière. L'organisation actuelle des hôpitaux publics trouve sa source dans deux vagues réglementaires : l'ordonnance du 2 mai 2005[14] et la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire du 21 juillet 2009. La réforme de la gouvernance hospitalière conduit à un accroissement concomitant du pouvoir du directeur et de la communauté médicale dans la gestion des hôpitaux. L'implication de la communauté médicale dans la gestion des hôpitaux se fait à deux niveaux : au niveau du pilotage stratégique, via notamment la nomination du président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME)[15] comme numéro 2 du directoire aux côtés du chef d'établissement, et à un niveau plus

[14] Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé
[15] Instance représentative de la communauté médicale, pharmaceutique et odontologique.

opérationnel avec la création des pôles et la nomination de médecins comme responsables de la gestion de ces pôles.

Ces nouveaux modes d'organisation font écho au resserrement de la contrainte budgétaire du système de santé français, mais s'expliquent également par des besoins de coordination accrus entre les différents mondes de l'hôpital (Glouberman & Mintzberg, 2002).

2.2.1. Renforcement concomitant des pouvoirs du directeur et de la communauté médicale dans le pilotage stratégique

Avec la loi HPST, ce sont tout d'abord les compétences du directeur qui sont renforcées puisque l'essentiel des pouvoirs jusqu'alors détenus par le conseil d'administration lui est transféré. Le directeur dispose tout d'abord d'une compétence générale dans la conduite de l'établissement : parmi d'autres attributions, il est l'ordonnateur de l'état de prévision des recettes et des dépenses, il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile, il agit en justice au nom de l'établissement et exerce son autorité sur l'ensemble du personnel. Le chef d'établissement dispose également de compétences de gestion après concertation du directoire, principalement dans le domaine de la stratégie de l'établissement (définition de l'organisation interne en pôles d'activité, signature des contrats de pôle, élaboration du projet d'établissement), de la politique de qualité (élaboration du projet médical avec le président de la CME) et des finances (détermination du programme d'investissement et de l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD)). Enfin, le directeur dispose d'un pouvoir de nomination - en lien avec le président de la CME - des chefs de pôle et de leurs collaborateurs ainsi que des praticiens hospitaliers. La nomination des personnels médicaux au sein de l'hôpital, via le centre national de gestion (CNG)[16] dote ainsi le directeur de nouveaux moyens pour adapter les recrutements aux besoins de son établissement et marque le renforcement de l'autorité du directeur sur les médecins.

[16] CNG : centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière. Ce centre est un établissement public sous tutelle du ministère de la santé et est chargé d'assurer, au niveau national, la gestion statutaire et la formation de ces personnels.

Toutefois, si le directeur voit son pouvoir de décision considérablement accru au sein de l'hôpital, il reste fortement encadré du fait du statut public de l'hôpital et de l'organisation de la politique nationale de santé et de sa déclinaison sur le plan régional. En particulier, les actions du directeur sont étroitement « contrôlées » par le directeur de l'ARS, qui établit le profil poste, propose la nomination du directeur, valide les objectifs du directeur et l'évalue annuellement. De plus, la loi HPST introduit la possibilité pour l'ARS de révoquer le directeur à tout moment (après avis du conseil de surveillance), dans l'intérêt du service. En outre, si le directeur a autorité sur l'ensemble du personnel, elle s'exerce dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé. Ce dernier n'intervient donc pas dans l'organisation des soins médicaux et paramédicaux, qui reste le domaine exclusif des médecins et des soignants.

Le directeur de l'hôpital est en outre assisté d'un directoire. Le directoire est une instance collégiale qui appuie et conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. Les membres les plus importants du directoire sont le directeur de l'hôpital lui-même, qui en est le président, et son directeur adjoint qui est le président de la CME. Le président de la commission des soins infirmiers (CSIRMT[17]) est également un membre de droit. Au travers du directoire, les médecins disposent ainsi d'un nouveau champ d'action : alors que l'ancien conseil exécutif exigeait la parité entre personnel administratif et personnel médical, le directoire est une instance à majorité médicale. La communauté médicale est donc directement impliquée dans la gestion de l'hôpital, ce qui selon De Pouvourville (2010) change la dynamique et les rapports de force entre les différents acteurs dans la gestion de l'hôpital. Notons toutefois que les membres du directoire sont nommés par le directeur, et que si la concertation du directoire est obligatoire pour la majeure partie de la politique de gestion de l'établissement et permet au directeur de disposer de tous les avis nécessaires, les décisions qui interviennent sont des décisions du directeur, président du directoire, et non du directoire. Ce dernier est donc davantage « un lieu d'échange des points de vue gestionnaires, médicaux et soignants », qu'une instance décisionnelle.

[17] Commission des Soins Infirmiers et Rééducation Médico-Techniques

La loi HPST consacre donc le directeur de l'hôpital comme le véritable « patron » de l'hôpital (selon les termes de l'ancien président de la République Nicolas Sarkozy) tout en impliquant la communauté médicale dans la gestion de l'hôpital. Cependant, si l'évolution des instances élargit et renforce les compétences du directeur et du directoire, elle les repositionne simultanément sur un niveau de pilotage stratégique. Dans cette nouvelle architecture organisationnelle, c'est aux pôles d'activité de mettre en œuvre ce pilotage stratégique au niveau opérationnel, ce que nous développons dans le paragraphe suivant.

2.2.2. Les pôles d'activité, nouvelle structure de référence pour le pilotage opérationnel de l'hôpital

L'organisation en pôle est récente et a été instituée par deux vagues réglementaires : l'ordonnance du 2 mai 2005 constitue le volet « Gouvernance » du Plan hôpital 2007 institue l'organisation polaire ; puis la loi HPST du 21 juillet 2009 renforce et simplifie le fonctionnement des pôles d'activité.

Les pôles sont des regroupements d'activités médicales ou médicotechniques (activités de support direct aux soins : radiologie, pharmacie, biologie, bloc opératoire) placés sous la direction d'un médecin chef de pôle. L'organisation en pôles d'activité constitue un bouleversement important dans le fonctionnement interne des hôpitaux. Ils remplacent la structure de référence en services hospitaliers, puisque le pôle – échelon plus large que le service - devient la seule structure obligatoire. Selon De Pouvourville (2010), plusieurs logiques plaident pour la constitution de regroupements de services :

- Une logique d'effet d'échelle, par la mutualisation des ressources humaines et des lits
- Une logique d'encouragement à la coordination entre services, afin de rendre la gestion des processus de soins et de prise en charge des patients plus optimaux et cohérents
- Une logique de transfert de la responsabilité des équilibres financiers sur les équipes médicales

L'organisation en pôle a pour objectif de décloisonner l'hôpital et à mettre en place une coordination entre les médecins et les responsables administratifs[18], ainsi que de « donner la priorité au pilotage médico-économique et transmettre l'autorité et les marges de décision aux échelons les plus proches de la production des soins »[19]. La loi HPST consacre les pôles d'activité clinique et médicotechnique comme « le cœur de la stratégie médicale et du pilotage opérationnel de l'établissement » (DHOS, 2010, p.46).

L'organisation en pôle s'impose à tous les établissements publics de santé, quelle que soit leur taille. Le choix du nombre de pôle, de leur composition, de leur taille et de leur dénomination est laissé à la discrétion de l'établissement, selon le principe de libre organisation. La configuration polaire varie donc d'un établissement à l'autre, en fonction du projet et de la stratégie de l'établissement. Toutefois, le découpage de l'établissement en pôles d'activité est censé « donner une taille critique aux pôles et assurer la cohérence des structures internes » (DHOS & ANAP, 2010, p. 45). Différentes logiques peuvent ainsi être adoptées pour regrouper les activités en pôles. Certains pôles sont à vocation généraliste (par exemple pôle « médecine »), d'autres pôles ont une logique d'organe (par exemple pôle « neurologie », pôle « digestif »), d'autres correspondent à une filière de prise en charge (par exemple pôle « mère-enfant », pôle « urgences-réanimation »), et d'autres pôles ont une logique plus médicotechnique (par exemple pôle « chirurgies » organisé autour du bloc opératoire, ou encore un pôle « biologie »). Si le pôle est depuis la loi du 21 juillet 2009 le seul mode d'organisation obligatoirement prévu par les textes, les pôles d'activité clinique et médicotechnique peuvent comporter en leur sein des structures internes spécifiques de prise en charge ou des structures médicotechniques, sans qu'aucune obligation réglementaire ne contraigne l'établissement et qui peuvent être qualifiées librement (elles peuvent être appelées services, mais aussi recevoir une autre dénomination, par exemple unités ou départements).

[18] http://www.vie-publique.fr/
[19] IGAS, L'hôpital, 2012

3. Les conséquences de ces réformes : de nouveaux modes de fonctionnement dans les hôpitaux

Les réformes que nous venons de décrire impactent le fonctionnement interne des hôpitaux à plusieurs égards. Nous nous intéressons ici à deux dimensions de ces transformations. Tout d'abord, le fait que certains professionnels médicaux et paramédicaux acquièrent une place nouvelle dans les activités gestionnaire des hôpitaux, via les pôles (3.1.). Ensuite, l'introduction croissante d'instruments de gestion à caractère financier dans les hôpitaux, du fait notamment de la tarification à l'activité et de la contrainte budgétaire croissante, dont il est attendu que les professionnels médicaux et paramédicaux à la tête des pôles se saisissent (3.2.).

3.1. Une instrumentation de gestion croissante : du *reporting* administratif au contrôle de gestion décentralisé

En raison d'une contrainte budgétaire toujours plus forte sur les établissements de santé, et des injonctions répétées à une gestion plus « efficace », les établissements de santé se sont peu à peu dotés d'une instrumentation de gestion leur permettant non seulement de mesurer leur activité, mais également leurs coûts et leurs recettes, dans une visée nouvelle de gestion interne et décentralisée (3.1.2.) et non plus seulement de *reporting* externe (3.1.1.).

3.1.1. Avant les réformes : mesurer l'activité de l'hôpital dans un objectif de reporting externe

L'activité des établissements de santé s'est longtemps résumée aux « quatre vieux » (Moisdon, 2010) :

- Le nombre d'admissions ou nombre d'entrées : nombre de patients admis dans l'établissement, pour un séjour dans le cadre d'une hospitalisation complète ou pour une séance dans le cadre d'une hospitalisation partielle.
- Le nombre de journées d'hospitalisation : séjours en hospitalisation partielle, séjours en hospitalisation complète
- Le taux d'occupation des lits : nombre de lits occupés/nombre de lits disponibles

- La durée moyenne de séjour (DMS) : c'est le nombre moyen de jours que passent les patients à l'hôpital. Elle désigne le nombre de journées d'hospitalisation dans l'année, rapporté au nombre de séjours. En 2011, la DMS en hospitalisation complète pour les activités MCO s'établit à 5,7 jours[20].

Ces données sont purement administratives et nourrissent des statistiques globales sur le système de santé français : elles ont pour objet de « fournir des éléments de cadrage indispensables et un panorama complet de l'offre de soins existante pour l'ensemble du secteur sanitaire, toutes disciplines confondues.» (DREES, 2012). Ces données très générales et purement volumétriques ne permettent donc pas d'avoir une connaissance précise et fine de l'activité médicale d'un établissement.

Ce n'est qu'avec le « Programme Médicalisé des Systèmes d'Information » (PMSI) qu'ont émergé des données d'activité plus riches. Le PMSI a vu le jour dans le milieu des années 1980, lorsque le Directeur des hôpitaux de l'époque, Jean de Kervasdoué, lance le projet en France (Lenay & Moisdon, 2003). Inspiré du système des DRG américain, l'ambition du PMSI était d'instaurer un système d'information homogène d'un hôpital à un autre et permettant de mesure la production de l'hôpital dans un langage à la fois médical et économique (Lenay & Moisdon, 2003). L'idée du PMSI est de classer les séjours hospitaliers dans des catégories homogènes à la fois d'un point de vue médical (la catégorie renvoie à un sous-ensemble de pathologies voisines aux yeux du corps médical) et économique (les quantités de ressources mobilisées pour soigner les séjours d'une catégorie sont approximativement les mêmes). Ces catégories de séjour sont des GHM : groupes homogènes de malades. Chaque séjour effectué par un patient est donc affecté à un GHM en fonction de son résumé de sortie standardisé (RSS), réalisé pour chaque séjour : âge du patient, diagnostic, actes effectués, complications, etc.

Dans les premières années de développement de l'outil PMSI, le nombre de GHM était de 500, ce qui constituait un enrichissement très net des informations disponibles sur l'activité d'un hôpital. Au début des années 1990, l'établissement des RSS pour l'ensemble des patients est rendu obligatoire pour tous les établissements de 100 lits et plus. La mission PMSI a également établit un nouveau dispositif permettant de calculer,

[20] Source : http://www.securite-sociale.fr/, d'après les données PMSI-MCO de la DREES

sur la base d'une cinquantaine d'hôpitaux « représentatifs », des coûts moyens par GHM. Ce dispositif, appelé « Échelle nationale des coûts » (ENC), permet ainsi de comparer le budget réel de chaque établissement à un budget « théorique » (budget calculé sur la base de l'ENC).

Le PMSI et son actualisation constante a donc permis de disposer d'une information considérablement enrichie sur la nature des pathologies, leur sévérité, les actes effectués ainsi que sur leurs coûts. Toutefois, alors que les tutelles de l'époque disposaient désormais d'informations précises sur l'activité des établissements, ce système n'a pas été utilisé pour rééquilibrer l'allocation des ressources entre les établissements (Lenay et Moisdon (2003) parlent de « régulation homéopathique », pour signifier des changements minimes dans l'allocation des ressources entre les établissements). Ainsi, le PMSI a davantage constitué un outil par lequel les établissements de santé réalisaient un *reporting* auprès de la tutelle, et non un véritable outil de régulation externe par lequel la tutelle allouerait les ressources, ni un outil de pilotage interne mis en œuvre par les établissements de santé même (par exemple pour mettre en évidence des défaillances et mettre en œuvre des mesures pour respecter la dotation accordée par la tutelle).

3.1.2. Après les réformes : mesurer les coûts et les recettes des pôles pour mieux gérer

La tarification à l'activité est souvent analysée comme un « catalyseur » du développement de l'instrumentation de gestion dans les hôpitaux, de par l'exigence d'efficience qu'elle induit (Moisdon, 2010 ; IGAS, 2012). La T2A est fondamentalement basée sur le PMSI mais a cela de différent que la mesure de l'activité telle que faite par le PMSI est ensuite reliée à un montant de recettes. De plus, le système de catégorisation est devenu beaucoup plus fin, avec des niveaux de sévérité dans les diagnostics et un nombre de GHM beaucoup plus conséquent qu'aux débuts du PMSI (2291 GHM dans la version 11 du PMSI). Ainsi, contrairement à l'époque du seul PMSI où les tutelles n'indexaient que peu l'allocation des ressources à l'activité des hôpitaux, la T2A rend effective la nécessité pour les établissements de santé de penser la relation entre l'activité médicale et les ressources consommées.

En association avec la réforme de la tarification à l'activité, les réformes de la nouvelle gouvernance, en 2005 puis en 2009, accentuent le besoin d'instruments de contrôle de gestion à visée de gestion interne au niveau des pôles en érigeant le pôle d'activité comme la structure de référence des établissements et la contractualisation comme principe de base,

Si la mise en place d'instruments de contrôle de gestion n'apparaît pas comme une obligation réglementaire, les établissements sont fortement encouragés, via l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance), à implanter de tels instruments. En particulier, l'ANAP est chargée « d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils dont elle assure le suivi de la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses. » (Extrait de la LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 18 (V)).

Selon l'IGAS (2012), les responsables d'établissement tendent à développer deux types d'outils, au niveau de l'établissement dans son ensemble mais également au niveau des pôles d'activité, voire des unités qui les composent : les tableaux coût–case-mix (TCCM)[21] et les comptes de résultat analytique (CREA). Le CREA est un instrument qui permet, pour une entité clinique (l'hôpital dans son ensemble, mais aussi un pôle ou un service) de mettre en regard ses dépenses et ses recettes. Selon l'ANAP (2009, p. 85) : « le CREA permet de rendre compte, sur la base de règles conventionnelles acceptées par tous, des flux de recettes et des flux de dépenses d'une période donnée. Par différence entre les produits ou recettes et les charges ou dépenses, il matérialise les excédents ou les déficits générés par une activité ou un ensemble d'activités homogènes (unité médicale, unité fonctionnelle, pôle, établissement)». Comme souligné par l'ANAP (2009, p. 85), le CREA est majoritairement produit annuellement et « restitue l'image de la performance financière passée sur la période considérée. En revanche, il

[21] Selon l'ANAP (ANAP, 2009, p. 85) : « le TCCM permet, quant à lui, à un établissement de comparer sa structure de coût, en fonction d'une nomenclature nationale, avec un coût de référence qui est celui des autres établissements de l'ENC. Outil de comparaison et de benchmark, le TCCM a pour vocation d'interroger l'organisation qui a produit l'activité et consommé les ressources sur la capacité de ses processus à produire des soins de qualité tout en maîtrisant ses coûts. L'analyse du TCCM doit conduire l'établissement ou le pôle à engager des actions de refonte et d'optimisation de processus.»

ne permet pas de connaître les inducteurs de cette performance mais seulement de la constater ». Le CREA est donc généralement élaboré en fin d'exercice et permet d'expliquer un résultat comptable. L'ANAP considère toutefois que le CREA doit permettre de mettre en œuvre des réorganisations dans une perspective d'efficience économique. En effet, contrairement à la comptabilité analytique hospitalière classique basée uniquement sur les coûts, les CREA introduisent la variable « recettes » et doivent donc permettre de repérer les zones financièrement problématiques : « ce repérage des zones problématiques ou non d'un point de vue économique est essentiel pour le lancement d'actions de réorganisation pertinentes » (ANAP, 2009, p. 17). Les CREA ne sont donc pas adaptés pour un suivi opérationnel ou pour la prise de décisions de gestion quotidienne, dans le cadre d'un pilotage interne plus actif, mais davantage dans une optique stratégique de plus long terme (ANAP, 2009).

La mission de l'IGAS (2012) fait aussi apparaître qu'outre les CREA et les TCCM, les établissements développent des tableaux de bord de suivi mensuels plus réactifs (suivi de l'activité, suivis financiers), avec des focus sur des points délicats comme le suivi de la DMS, de la chirurgie ambulatoire, ou encore l'activité des laboratoires de biologie et des plateaux techniques. Ces tableaux de suivi sont établis par pôles et mensuellement et/ou trimestriellement dans la majorité des cas. Toujours selon l'IGAS, ces évolutions concernent tous les types d'établissements publics, quelle que soit leur taille mais aussi au-delà de la seule sphère MCO (SSR et psychiatrie). En revanche, il est souligné que les établissements n'ayant pas d'activité MCO ont de fait une instrumentation de gestion beaucoup moins développée, de même que les établissements n'ayant pas encore mis en place une organisation polaire. Il semble également que certains domaines soient moins concernés par cette multiplication des instruments de contrôle de gestion, comme les ressources humaines. L'IGAS (2012, p.13) souligne en effet que le développement des outils de gestion des ressources humaines n'est encore que peu systématisé, et que la mise en place d'outils de suivi de la masse salariale et des effectifs reste d'actualité.

La réforme de la T2A, en liant les ressources financières des établissements à la nature et au volume de l'activité réalisée, a donc imposé aux hôpitaux publics de penser leur activité en termes d'efficience : il s'agit de « mieux » gérer, d'optimiser les processus,

d'être plus productif, pour faire en sorte que les recettes générées par les actes médicaux réalisés couvrent les dépenses. Encore faut-il connaître ces coûts et ces recettes : la T2A a conduit au développement d'instruments de contrôle de gestion bien plus riches et bien plus détaillés que les « quatre vieux » (nombre d'admissions, nombre de journées d'hospitalisation, taux d'occupation, DMS). Les indicateurs sont plus riches (en termes d'activité, de coûts et de recettes), plus locaux (ce type d'information est développé au niveau des pôles et des unités qui les composent) et davantage suivis dans le temps (les informations financières peuvent être mensuelles, celles d'activité sont quasiment continues). Dans ce mouvement de décentralisation du contrôle de gestion vers les pôles, il est attendu que les professionnels médicaux et paramédicaux à la tête des pôles se saisissent de ces instruments de gestion dans le cadre du pilotage du pôle.

3.2. L'émergence de professionnels-gestionnaires

La réforme de la nouvelle gouvernance, cherchant à décloisonner les sphères médicales, soignantes et administratives, conduit également à l'émergence de « professionnels-gestionnaires » : ce sont ainsi des médecins (3.2.1.) et des cadres de santé (3.2.2.) qui acquièrent des responsabilités de gestion inédites.

3.2.1. Le médecin chef de pôle : une casquette nouvelle de gestionnaire, en plus de celle de médecin

Les pôles d'activité clinique et médicotechnique sont dirigés par un médecin. Ainsi, la création des pôles implique une partie du corps médical dans la gestion opérationnelle des hôpitaux, puisque certains médecins deviennent chefs de pôle et acquièrent des responsabilités de gestion bien plus larges que celles d'un chef de service, en tant que « pilotes des centres opérationnels de l'hôpital » (DHOS & ANAP, 2010, p.38).

Les attributions des chefs de pôle selon la loi

Les attributions du chef de pôle sont encadrées par la loi HPST, qui définit les domaines dans lesquels le chef de pôle peut se voir attribuer de nouvelles missions. À charge ensuite aux établissements de décider de l'étendue des missions des chefs de pôle, dans la limite des dispositions réglementaires. Dans les textes de loi, le chef de pôle a pour mission générale de mettre en œuvre la politique d'établissement au sein de son pôle et

d'organiser le fonctionnement du pôle, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle. Les attributions du chef de pôle sont les suivantes. Il joue tout d'abord un rôle majeur en matière de ressources humaines, qu'il doit affecter en fonction de l'activité du pôle. Le chef de pôle intervient en particulier dans l'affectation et la gestion des mouvements des personnels médicaux et non médicaux, comme définit par la loi HPST :

- Gestion du tableau prévisionnel des effectifs et répartition des moyens humains entre les structures internes du pôle
- Gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux
- Définition des profils poste des personnels médicaux et non médicaux
- Proposition au directeur de recrutement de personnel
- Affectation des personnels au sein du pôle
- Organisation de la continuité des soins
- Participation à l'élaboration du plan de formation des personnels

Le chef de pôle doit également organiser la concertation entre les différentes catégories de personnel au sein du pôle. Enfin, outre un rôle prépondérant en matière de ressources humaines, le chef de pôle peut engager des dépenses dans des domaines spécifiques listés par les textes lorsque le directeur a mis en place une délégation de signature :

- dépenses de crédits de remplacement des personnels non permanent,
- dépenses de médicaments et dispositifs médicaux,
- dépenses à caractère hôtelier,
- dépenses d'entretien et de réparation des équipements,
- dépenses de formation de personnel.

L'étendue des attributions du chef de pôle définies par la loi HPST montrent l'engagement croissant du chef de pôle dans les activités de gestion de l'hôpital : alors que l'ordonnance de 2005 octroyait au chef de pôle des rôles essentiellement « techniques », il est depuis la loi HPST « responsable de l'ensemble du fonctionnement du pôle » (DHOS & ANAP, 2010, p.44), via un rôle important dans la gestion des ressources humaines de son pôle, et dans une moindre mesure, dans la gestion de budgets spécifiques via la délégation de signature du directeur. De plus, dans les centres hospitaliers, tous les chefs de pôle d'activité clinique ou médicotechnique sont membres

de la CME. En revanche, les chefs de pôles ne sont pas systématiquement membres du directoire, ce qui illustre le positionnement « opérationnel » du chef de pôle.

Le chef de pôle exerce sa fonction en sus de son activité médicale : le chef de pôle est donc avant tout un médecin, dont la formation initiale est exclusivement orientée vers l'exercice de la médecine et donc étrangère aux problématiques de gestion. La loi prévoit donc que le directeur propose aux chefs de pôle une formation à l'exercice de leurs nouvelles fonctions, dans les deux mois suivant leur nomination à la tête d'un pôle, par exemple dans le domaine de la gestion budgétaire et financière, le pilotage médico-économique, la gestion des ressources humaines ou encore la conduite du changement.

Le contrat de pôle : le chef de pôle responsabilisé sur des objectifs de gestion

Avec la loi HPST, c'est également le positionnement hiérarchique des médecins chefs de pôle qui évolue. Le chef de pôle n'est plus hiérarchiquement indépendant, puisque le chef de pôle est nommé par le directeur, sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la CME, pour une durée de 4 ans renouvelable[22], et non par le Ministre comme l'étaient les chefs de service. De plus, le directeur de l'établissement peut mettre fin au mandat de chef de pôle « dans l'intérêt du service », après avis du président de la CME.

En outre, le chef de pôle est lié au directeur de l'établissement par la signature d'un contrat de pôle pour la durée du mandat du chef de pôle, soit 4 ans. Le contrat de pôle devient « le mode relationnel entre la direction et les pôles » (DHOS & ANAP, 2010, p.49). Le contrat est construit sur la base « d'une démarche itérative entre le pôle et la direction de l'établissement (…) notamment à travers les réunions de dialogue de gestion. » (DHOS & ANAP, 2010, p.50). Le contrat de pôle sert de cadre à l'élaboration du projet de pôle, en cohérence avec le projet médical, le projet d'établissement et les projets des autres pôles. Il traduit donc à un niveau plus opérationnel les objectifs stratégiques établis au niveau de l'établissement. Le contrat de pôle décrit les objectifs (notamment financiers et de qualité et de sécurité des soins) et les moyens du pôle, la

[22] Avant la loi HPST, la procédure était beaucoup plus lourde puisque les responsables de pôle étaient nommés par décision conjointe du directeur et du président de la CME, sur la base d'une liste nationale d'habilitation à diriger un pôle et après avis du conseil de pôle, de la CME et du conseil exécutif, alors que le conseil d'administration fixait la durée du mandat.

nature et la portée des délégations de signature accordées au chef de pôle et est assorti d'indicateurs de résultat permettant d'évaluer la réalisation des objectifs du contrat. Plus précisément, le contrat de pôle « contient une série d'éléments essentiels pour la bonne gestion de l'ensemble des pôles : organisation interne, délégations de signature, gestion des ressources humaines, relations avec les autres pôles, développement ou évolution des activités, organisation de la permanence des soins, modalités d'intéressement…» (DHOS & ANAP, 2010, p.49).

La contractualisation est considérée comme un outil permettant de responsabiliser le chef de pôle, puisque le contrat de pôle signé avec le directeur fixe le champ et les conditions de son implication dans la gestion. En lien avec les attributions du chef de pôle, le contrat de pôle précise notamment le rôle du chef de pôle dans le domaine des ressources humaines et précise ses possibilités en termes de dépenses dans le cadre des délégations de signature accordées par le directeur (voir section 3.2.1. Attributions du chef de pôle). Les délégations de signature accordées par le directeur sont perçues comme un levier essentiel permettant aux chefs de pôle de « renforcer leur leadership » (DHOS & ANAP, 2010, p.51). Bien que non obligatoire, l'organisation de « réunions de dialogue de gestion » (DHOS & ANAP, 2010, p.49) dans le cadre des contrats de pôle, entre la direction et le pôle, est également supposée construire la responsabilisation du chef de pôle. En outre, la réglementation prévoit la possibilité de mettre en place une politique d'intéressement pour les chefs de pôle ou les personnels hospitaliers, en fonction des résultats atteints par le pôle.

3.2.2. Le cadre de santé de pôle : collaborateur privilégié du chef de pôle

L'ordonnance du 2 mai 2005 et la loi HPST de juillet 2009 spécifient de manière détaillée les missions du chef de pôle mais laissent de côté celles du cadre de santé de pôle, pourtant membre essentiel du pilotage du pôle. La création des pôles d'activité de soins s'est accompagnée de celle de cadre de santé de pôle (appelé également cadre paramédical de pôle). La loi de 2005 prévoyait que le chef de pôle était assisté dans ses fonctions par un cadre administratif de pôle et par un cadre de santé de pôle. Si la loi HPST de 2009 ne rend plus obligatoire la collaboration du chef de pôle avec un cadre de santé et un cadre administratif, le cadre de santé reste dans les faits le collaborateur

privilégié du chef de pôle, du fait de ses compétences spécifiques et indispensables dans la sphère paramédicale.

Anciennement appelés « surveillantes » ou « infirmières générales », les cadres de santé sont des soignants qui sont passés d'un niveau opérationnel (sage-femme, infirmier, technicien de laboratoire, etc.) à un niveau d'encadrement. Ce niveau d'encadrement comprend deux niveaux dans la hiérarchie soignante : les cadres et les cadres supérieurs. De plus, selon la sphère de responsabilité, on peut distinguer deux types de métier de cadre de santé : le cadre de santé de proximité, qui encadre les soignants et assurent le fonctionnement d'une unité de soins ; et le cadre de santé de pôle (anciennement de secteur) qui coordonne les activités paramédicales et encadre les cadres de santé de proximité de l'ensemble des unités qui constituent le pôle. Dans les faits, le cadre de santé de pôle semble être systématiquement un cadre supérieur (DGOS, 2008).

Au sein de l'hôpital, les cadres de santé de pôle sont soumis à deux types d'autorité : fonctionnelle et hiérarchique. Ils sont sous l'autorité fonctionnelle du chef de pôle, mais restent sous l'autorité hiérarchique du directeur des soins et sont nommés collaborateur du chef de pôle par le chef d'établissement après proposition du chef de pôle. Toutefois, le cadre de santé de pôle se trouve désormais en situation inédite de responsabilité, puisqu'il passe d'une logique d'application des décisions prises au niveau de la direction des soins à une logique de responsabilité où il est le décisionnaire au niveau du pôle, ce qui constitue un changement important (DGOS, 2008).

La DGOS (2008) spécifie les grands domaines d'activité du cadre de santé de pôle, qui concernent essentiellement :

- la gestion des ressources humaines paramédicales au niveau du pôle : encadrement et animation de l'équipe des cadres de santé, gestion de l'absentéisme, développement et formation des personnels, etc.
- l'organisation des soins et des activités du pôle : gestion des moyens et des ressources techniques, financières, humaines, informationnelles ; gestion de projets spécifiques, etc., et ce « en veillant à l'optimisation des moyens et équipements dédiés, dans le respect des contraintes sécurité, qualité, etc. » (DGOS, 2008, p. 1)

- la déclinaison du projet de soin institutionnel au niveau des équipes au sein du pôle
- la mise en œuvre de la démarche qualité et de l'évaluation des pratiques professionnelles au niveau du pôle

La DGOS (2008) souligne la coopération du cadre de santé avec les deux autres membres du trio de pôle, à savoir le collaborateur administratif et le chef de pôle. En outre, les cadres de santé de pôle « sont directement impliqués dans le management des pôles et de leur organisation, dans la mise en œuvre des politiques d'établissement et de pôle. Cela les conduit à participer activement et en principale responsabilité pour ce qui concerne les soins, à l'élaboration du projet de pôle, à la contractualisation et à l'analyse et aux décisions médico-économiques. » (DGOS, 2008, p. 13)

La DGOS (2008) positionne donc le cadre de santé de pôle comme un « manager » de pôle, sur la sphère paramédicale essentiellement, aux côtés du chef de pôle.

La réforme de la gouvernance hospitalière amène donc certains professionnels médicaux et paramédicaux à s'impliquer dans la gestion de l'hôpital, en plus de leur activité initiale de soins. En particulier, la création des pôles comme nouvelle structure de référence s'accompagne de la nomination de médecins chefs de pôle et de cadres supérieurs de santé de pôle, chargés de la gestion opérationnelle du pôle, notamment en termes de gestion des ressources humaines et de certaines dépenses. En support de ces nouvelles attributions, des instruments de contrôle de gestion sont établis au niveau des pôles d'activité, voire des unités qui les composent, et doivent permettre au chef de pôle, assisté du cadre de santé de pôle, de gérer le pôle.

Pourtant, introduire des instruments de contrôle de gestion, principalement à caractère financier, auprès de professionnels du soin qui y sont originellement étrangers, pose de nombreuses questions, comme nous le voyons dans la partie suivante.

Partie 1. Synthèse

Le fonctionnement des hôpitaux est rendu complexe par la nature même de l'activité de soin et par la coexistence de logiques multiples : médecins, paramédicaux, gestionnaires. Les hôpitaux se caractérisent ainsi par des besoins de coordination intenses, besoins peu satisfaits du fait du fonctionnement en vase clos de chacun de ces mondes. L'augmentation des dépenses publiques de santé impose également aux hôpitaux publics de penser leur activité en termes d'efficience. Face à ces enjeux, le système de santé français s'est transformé : les hôpitaux sont ainsi progressivement passés à un système de financement directement relié à leur activité et le modèle de gouvernance actuel marque un rapprochement entre les corps médical, soignant et administratif.

Ces réformes du système de santé se concrétisent dans les établissements par un développement sans précédent de l'instrumentation de gestion tels que des CREA et des tableaux de bord de dépenses et de recettes, en plus des données d'activité, au niveau de l'établissement dans son ensemble mais aussi à un niveau plus décentralisé : pôle, voire service. En parallèle, certains médecins et cadres de santé sont propulsés à la tête des pôles d'activité et sont responsabilisés sur des missions de gestion nouvelles, notamment en termes de gestion des ressources humaines et budgétaire. Il est donc attendu que ces professionnels de la santé deviennent des gestionnaires de pôle.

Partie 2. La mise en œuvre effective des réformes : des questions empiriques qui restent ouvertes

Les réformes de la tarification à l'activité, puis de la nouvelle gouvernance, impliquent la mise en œuvre dans les hôpitaux publics de nouvelles formes d'organisation. En particulier, il est attendu que certains professionnels médicaux et soignants deviennent des gestionnaires, à la tête des pôles d'activité. Pour ce faire, des instruments de comptabilité et de contrôle de gestion, conçus au niveau national, sont déployés dans les établissements, avec l'ambition de diffuser une logique économique nouvelle.

Pourtant, l'introduction d'instruments de gestion auprès de professionnels du soin qui y sont originellement étrangers et qui sont majoritairement guidés par l'intérêt du patient, ne va pas de soi. L'application concrète de ces réformes dans les établissements pose de nombreuses questions, notamment sur l'utilisation et l'impact de ces instruments de gestion (1.) et sur la façon dont ces rôles nouveaux de professionnels-gestionnaires s'établissent (2). Nous nous intéressons dans cette partie aux recherches empiriques traitant de ces questions et aux pistes de réflexion qui restent ouvertes.

1. L'utilisation et l'impact des instruments de contrôle de gestion dans les hôpitaux

Les expériences étrangères relatives à l'introduction d'instruments de comptabilité et de contrôle de gestion dans les établissements de santé sont bien antérieures aux réformes françaises et peuvent apporter des pistes de réflexion (1.1.). Le contexte français reste tout de même spécifique, et les résultats différents soulèvent de nouvelles questions (1.2.).

1.1. Les expériences étrangères : de la résistance à la rationalisation des pratiques médicales

A l'étranger, les premières études s'intéressant aux effets de l'implantation d'instruments de comptabilité ou de contrôle de gestion suggèrent une absence d'impact

sur les modes de fonctionnement des hôpitaux, dans la mesure où les médecins seraient fondamentalement résistants à la logique économique et financière véhiculée par les instruments de contrôle de gestion. De nombreuses études décrivent ainsi une opposition forte entre la logique comptable et la culture médicale. (Bourn & Ezzamel, 1986a ; Preston, Cooper, & Coombs, 1992 ; Laughlin, Broadbent, & Shearn, 1992 ; Doolin, 1999). Cet « échec » (Preston *et al*., 1992) dans l'implantation des instruments de contrôle de gestion dans les hôpitaux a largement été analysé sous l'angle des approches néo-institutionnelles (par exemple Covaleski & Dirsmith, 1983 ; Pettersen, 1995 ; Nyland & Pettersen, 2004 ; Covaleski, Dirsmith, & Michelman, 1993). Ce type d'étude analyse l'implantation des instruments de contrôle de gestion dans les hôpitaux comme un découplage entre le cœur opérationnel de l'organisation – l'activité des professionnels médicaux – et les structures administratives formelles. Les instruments de comptabilité et de contrôle de gestion sont alors mobilisés de manière cérémonielle comme mécanisme de légitimation auprès de l'environnement extérieur. En effet, la comptabilité est un symbole de rationalité qui permet à l'hôpital d'apparaître conforme aux attentes de son environnement extérieur (Covaleski *et al*., 1993). Simultanément, la sphère médicale, qui adopte un comportement clanique (Ouchi, 1979) spécifique à la profession médicale (Covaleski & Dirsmith, 1983), reste indépendante des activités de gestion mises en œuvre au niveau des structures administratives et donc des instruments de comptabilité et de contrôle de gestion. Ainsi, pour Laughlin, Broadbent et Willig-Atherton (1994), il est clair que les changements dans les systèmes comptables n'ont eu que des effets superficiels sur le fonctionnement des organisations de santé. Également, Nyland & Pettersen (2004) étudient l'implantation d'un système budgétaire dans un hôpital public norvégien et mettent en évidence un phénomène de « couplage lâche » selon lequel la profession médicale n'utilise pas le budget pour prendre des décisions ou mettre en place des actions au niveau opérationnel. Ces travaux indiquent que les instruments de gestion sont découplés de l'activité médicale, sur laquelle ils n'ont pas d'effets.

En lien avec les comportements de résistance, un certain nombre d'études ont mis en évidence une utilisation purement stratégique des instruments de contrôle de gestion par les médecins. Notamment, certains médecins opposés à l'implantation de nouveaux instruments de contrôle de gestion font tout de même le choix de s'y conformer afin de protéger le reste du corps médical (Jacobs, 1995 ; Doolin, 2001). Jacobs (1995) met

ainsi en avant des phénomènes de résistance dans lesquels les médecins responsables d'unité vont se conformer au nouveau système budgétaire introduit afin d'absorber son impact sur les autres médecins et ainsi protéger leurs pairs et leurs spécialités de responsabilités administratives croissantes. D'autres études montrent comment des médecins s'emparent des instruments de contrôle de gestion implantés afin de retrouver une position de pouvoir dans l'hôpital. Par exemple, Llewelyn (2001) montre comment des médecins mobilisent la comptabilité de manière très stratégique afin de pénétrer le pouvoir exécutif de l'hôpital, en plus de leur activité médicale. L'auteur décrit alors des médecins qui se positionnent comme des experts de la « gestion médicale », cherchant à développer des compétences financières, à obtenir un meilleur accès à l'information financière et à interpréter et contrôler les éléments de budget. Quant à Aidemark (2001), il met en avant la façon dont un *balanced scorecard*[23] introduit dans des unités cliniques a été adopté par les médecins car il leur a permis de retrouver un système de contrôle par le clan au sein de l'hôpital. Kurunmäki *et al*. (2003) mettent également en évidence une mobilisation stratégique de l'information comptable par les médecins britanniques puisque ces derniers utilisent des faits, des chiffres et des arguments comptables dans un objectif de légitimation, afin de défendre les activités médicales du cœur opérationnel.

D'autres recherches soulignent toutefois l'impact des indicateurs et outils financiers sur les valeurs et les représentations des acteurs (Chua & Preston, 1994 ; Chua, 1995 ; Kurunmäki, 1999 ; Kurunmaki et al., 2003 ; Abernethy & Vagnoni, 2004). En Finlande, les travaux de Kurunmäki (Kurunmäki, 1999 ; Kurunmaki *et al*., 2003) mettent en évidence une évolution dans les discours des médecins, qui incorporent le langage de la comptabilité. Ces études suggèrent que l'argumentation financière est devenue une nouvelle compétence linguistique des médecins (Kurunmäki, 1999), suite à la décentralisation du budget au niveau des unités cliniques et le calcul détaillé des coûts des activités de soins. Dans les unités de soins intensifs, les rapports de coûts sont un sujet de discussion fréquent dans les réunions entre médecins (Kurunmaki *et al*., 2003).

[23] *Balanced scorecard (BSC)* : en français, « tableau de bord équilibré », visant à piloter la performance selon quatre dimensions (apprentissage, processus internes, clients et finance), dont Kaplan et Norton (1992) sont à l'origine

D'autres travaux mettent en avant un phénomène de sensibilisation aux coûts, selon lequel les médecins adopteraient un jugement économique des opérations médicales réalisées (Kurunmäki, 1999). En Italie, Abernethy et Vagnoni (2004) montrent que plus les médecins utilisent des systèmes d'information comptable tels le budget, plus les médecins sont concernés par les conséquences, en termes de coûts, de leurs décisions cliniques. Lehtonen (2007) montre que l'introduction d'informations financières et cliniques basées sur un système DRG ont contribué à accroître la sensibilisation aux coûts des médecins finlandais, puisque ces derniers font par exemple davantage attention aux structures de coûts des activités cliniques.

Enfin, d'autres recherches étrangères documentent une évolution certaine des pratiques, en lien avec l'introduction d'outils financiers. Par exemple, en Nouvelle-Zélande, Lowe (2000) met en évidence des changements dans les procédures cliniques et les soins fournis aux patients du fait de l'utilisation d'un système de comptabilité basé sur les DRG, notamment en termes de priorisation des procédures et d'organisation des salles d'opération. En Finlande, Kurunmäki *et al.*(2003) montrent comment les budgets et les rapports de coûts influencent les activités médicales quotidiennes des professionnels médicaux, telles que la prescription des médicaments les plus efficients en termes de coût, la réduction de l'utilisation des dispositifs à usage unique ou encore la réorganisation des opérations non urgentes. Toujours en Finlande, Lehtonen (2007) décrit également des cas dans lesquels le nouveau mode de financement et le système de comptabilité associé, basés sur les DRG, produisent des effets sur l'organisation et les pratiques médicales : les processus de prise en charge des patients sont repensés et rendus plus efficients, le traitement des patients est rendu plus cohérent, la dispensation des soins infirmiers est rationalisée ainsi que les commandes de fournitures.

Les effets des instruments sont donc variés. Lorsque ceux-ci sont faibles, l'explication apportée porte sur la résistance du corps médical. Lorsque les effets sont jugés plus significatifs et conformes aux objectifs, les recherches ne nous donnent que peu de pistes pour comprendre comment et pourquoi l'implantation des outils financiers étudiés a permis de les atteindre. En effet, si les mouvements de réorganisation décrits sont reliés à l'introduction de nouveaux outils de comptabilité ou de contrôle financiers, les caractéristiques des outils implantés ne sont que très peu, voire pas du tout décrites, ni leur rôle dans les réorganisations entreprises.

1.2. Le contexte français : des changements constatés en-deçà des attentes, des explications à creuser

Les études réalisées dans des contextes étrangers nous apportent sans aucun doute des pistes de réflexion utiles, notamment parce que les réformes que connaissent aujourd'hui les établissements français sont inspirées des expériences étrangères : aux États-Unis, le financement prospectif à l'activité est en vigueur depuis la fin des années 1960, avec la création du système Medicare pour le financement des soins aux personnes âgées ; et au Royaume-Uni les *Clinical Directorates*, équivalent des pôles d'activité français, existent depuis la fin des années 1980. Toutefois, les réformes et le système de santé français ont bien sûr leurs spécificités propres, qu'il convient de prendre en compte. Les analyses comparatives, comme par exemple celle réalisée par Jacobs (2005) sur l'appropriation des techniques de comptabilité et de contrôle par les médecins ayant de nouvelles responsabilités de gestion au Royaume-Uni, en Allemagne et en Italie, montrent bien les divergences de résultats selon le contexte national et en particulier les spécificités organisationnelles (dans le cas de cet article, les résultats divergeaient selon que les médecins soient assistés par un gestionnaire ou non). Par rapport à d'autres pays, les hôpitaux français se caractérisent notamment par le profil spécifique des directeurs d'établissement, puisque ces postes sont exclusivement réservés à des administratifs issus de l'école des directeurs d'hôpitaux (EHESP)[24]. Selon Valette *et al*. (2014), cela a pu contribuer à renforcer l'étanchéité entre la sphère médicale et la sphère administrative, étanchéité dénoncée notamment par Glouberman et Mintzberg (2002).

Du fait du caractère récent des réformes en France, les recherches évaluant les transformations organisationnelles conséquentes le sont encore plus. Elles sont également relativement isolées et dialoguent peu entre elles (Valette *et al*., 2014) et l'usage et l'impact des instruments de contrôle de gestion sur les hôpitaux a été beaucoup moins étudié.

Les quelques recherches s'y intéressant documentent une appropriation des instruments de gestion (par exemple, Bérard, 2013b ; Crémieux *et al*., 2013 ; Bonnier *et al*., 2013), et non une résistance du corps médical comme cela a pu être le cas il y a quelques

[24] EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique

années dans les expériences étrangères. Pour Crémieux *et al*. (2013), l'absence de résistance des chefs de pôle vis-à-vis des CREA et du principe de pilotage médico-économique peut s'expliquer par l'ancienneté du débat public sur le coût de la santé. Ainsi, réformer les pratiques médicales dans la perspective d'une efficience économique est généralement perçu par les chefs de pôle comme une nécessité pour continuer à fournir des soins de qualité.

Toutefois, les études françaises sur le sujet mettent pour l'instant en avant des effets modestes sur les pratiques médicales, notamment en termes d'organisations des soins et de prises en charge des patients (Moisdon, 2010 ; Bérard, 2011 ; Crémieux *et al*., 2013 ; Bonnier *et al*., 2013). Les travaux de Moisdon (2010) sont parmi les premiers qui analysent les effets de la tarification à l'activité et des instruments de contrôle de gestion associés dans les hôpitaux. Il constate tout d'abord que ces derniers ne sont que peu utilisés pour améliorer les pratiques médicales et les modes d'organisation :

> Si les outils de type CREA sont pléthoriques, rares sont ceux qui s'en servent véritablement, sauf dans certaines situations extrêmes où il permet d'alimenter un argumentaire vis-à-vis de pôles ou de services en déséquilibre fort (et déjà connu) entre ressources et activités. De même, on se rend compte que les documents décrivant les contrats deviennent particulièrement épais et fournis en outils d'évaluation, mais que les résultats en termes d'amélioration de l'efficience, ou aussi de la qualité, sont lents à se concrétiser. Par ailleurs, si l'on revient au plus près de l'activité, on constate que très peu d'avancées sont faites quant à l'analyse fine des parcours des malades, de l'organisation du travail des professionnels, des processus de soins, malgré la conviction des acteurs (et des chercheurs) que c'est à ce niveau que se situent les enjeux les plus importants en termes de performance. (Moisdon, 2010, p. 221).

Ces résultats sont confirmés par l'étude de l'IGAS (2012) sur l'évaluation des effets de la tarification à l'activité. Selon eux, les impacts sur les organisations et la prise en charge des malades restent modestes, excepté une tendance à la diminution des durées moyenne des séjours et au développement de la chirurgie ambulatoire et des pratiques d'optimisation du codage.

Les travaux académiques consacrés spécifiquement au déploiement des nouveaux outils et indicateurs financiers soulignent en revanche l'influence que ces systèmes de mesure

financiers exercent sur les représentations que forment ces acteurs de leurs activités et de la performance de l'hôpital dans son ensemble, ainsi que sur les relations entre acteurs administratifs et médicaux avec le développement d'un dialogue de gestion. Ainsi, selon Moisdon (2010), une véritable culture gestionnaire semble émerger au niveau des professionnels, avec une « déformation des champs de jugement vers l'économique » (Moisdon, 2010, p. 224). Crémieux *et al*. (2013) mettent également en évidence un phénomène d'apprentissage, non pas sur le modèle de performance de l'organisation même, mais sur l'instrument de CREA (notamment la notion de résultat), ses finalités et ses utilisations possibles. Les recherches françaises suggèrent également une évolution des rapports entre les gestionnaires et les médecins, vers davantage de proximité et le développement d'un dialogue de gestion (Moisdon, 2010). Les recherches expliquent ce rapprochement par l'introduction de nouveaux instruments de gestion qui constituent des objets autours desquels des acteurs aux logiques différentes communiquent. Bonnier, Saulpic et Zarlowski (2013) montrent notamment comment l'introduction d'un tableau de bord rend possible la tenue de réunions entre membres de la direction et médecins au cours desquelles des questions médico-économiques sont discutées. Gouffé et Cargnello-Charles (2014, p. 9) insistent quant à eux sur le rôle joué par le processus de contractualisation dans le décloisonnement entre logiques médicale administrative, puisque « le temps d'échange sur l'élaboration du contrat et l'analyse des résultats sont des éléments positifs qui favorisent les discussions entre les différentes directions et champs professionnels hospitaliers ». Dans un esprit similaire, Havard (2014) suggère que les outils de gestion tels que les contrats de pôle sont un support à la mise en cohérence des logiques administratives, médicales et soignantes, en particulier dans la phase d'élaboration.

Au total, les recherches analysant l'implantation d'outils financiers restent rares et se concentrent davantage sur leurs effets mêmes (sur les représentations majoritairement), plutôt que sur la compréhension du lien entre les instruments implantés et les effets (Valette *et al*., 2014). Quelques auteurs suggèrent des pistes d'explication à ces changements modestes constatés. Pour Moisdon (2012), les outils implantés ne permettent pas de changements concrets des modes d'organisation car les outils ont été conçus par le régulateur dans une finalité d'évaluation et d'incitation, et ne permettent pas aux acteurs internes de mettre en œuvre une reconfiguration des processus et des modes d'organisation. Pour Gouffé et Cargnello-Charles (2014), un des problèmes vient

du fait que les indicateurs proposés aux pôles sont à la fois trop nombreux et trop généraux. En effet, les indicateurs de gestion sont généralement des indicateurs standardisés et donc inadaptés aux spécificités de pôles et à sa gestion. Enfin, Crémieux *et al*. (2013) pointent plusieurs incohérences dans le déploiement des CREA dans les pôles : la plupart des déterminants du résultat du pôle ne sont pas du ressort du chef de pôle ; les CREA ont un fort caractère conventionnel (méthode de répartition des charges indirectes, fixation de tarifs, etc.,) qui ne permet pas de conclure sur la « bonne » ou la « mauvaise » performance d'un pôle, qui dépend parfois plus de critères arbitraires que du travail et de l'implication des acteurs des pôles ; et il existe un flou sur le type d'usage à attendre des CREA, puisque certains acteurs, notamment les chefs de pôle, percevaient l'introduction des CREA comme un moyen de prendre des décisions et d'accroître leur autonomie, alors que la direction souhaitait plutôt utiliser les CREA comme support d'interaction avec les pôles pour mieux comprendre les enjeux économiques de l'activité et structurer le dialogue de gestion entre responsables administratifs et médicaux.

Ces pistes de réflexion restent toutefois embryonnaires et gagneraient à être creusées. Les recherches suggèrent en outre une grande variété dans l'usage même de ces instruments de comptabilité et de contrôle de gestion, selon les contextes. Par exemple, les CREA peuvent être utilisés par la direction comme support à l'évaluation des pôles et associés à des incitations monétaires (Bérard, 2013b), ou bien par les pôles et la direction dans une perspective d'apprentissage (Crémieux *et al*., 2013). Ces usages variés plaident donc pour un approfondissement de l'étude de la façon dont ces instruments de gestion sont mobilisés, afin de mieux comprendre les mécanismes et la nature des changements à l'œuvre, les freins et les leviers liés à l'implantation de ces instruments auprès des professionnels du soin.

Plus généralement, alors que l'activité hospitalière se résumait auparavant à quelques indicateurs globaux, des mesures de la performance économique de l'activité médicale sont désormais produites pour des niveaux de plus en plus locaux – pôles d'activités et services. Les mesures de la performance économique de l'activité médicale ne sont plus la chasse gardée de la direction et des tutelles et sont destinées aussi bien aux directions fonctionnelles qu'aux professionnels médicaux et soignants. Comment ces nouveaux acteurs de la gestion perçoivent-ils ces instruments ? Et comment les mobilisent-ils ?

2. L'évolution des rôles de gestionnaire : transition vers les rôles de professionnels-gestionnaires et positionnement des gestionnaires « traditionnels »

Dans le prolongement des études s'intéressant à l'implantation d'instruments de comptabilité et de contrôle de gestion pour les professionnels du soin, se pose plus généralement la question du passage du rôle de médecin ou de cadre de santé, à celui de médecin et de cadre de santé responsable de pôle. Comment ces derniers évoluent-ils en tant que gestionnaires ? Quels sont les leviers et les freins à cette évolution ? (2.1.). Et qu'en est-il des acteurs « traditionnels » de la sphère gestionnaire ? (2.2.)

2.1. La transition vers le rôle de « professionnel-gestionnaire » : quels freins et quels leviers ?

Les chefs de pôle sont la cible privilégiée de ces recherches, et ce sont principalement les tensions et les contradictions issues de leur positionnement mixte, entre médecine et gestion, et la façon d'y faire face, qui sont analysées. Burellier (2011) étudie ainsi le travail identitaire mené par les médecins-gestionnaires pour faire face aux tensions de rôle liées au nouveau rôle de chef de pôle et pour mener la transition du rôle de médecin au rôle de chef de pôle. Quant à Burellier et Valette (2011), ils cherchent à étudier dans quelle mesure les médecins responsables de pôles cliniques s'approprient ou pas leur nouveau rôle et identifient quatre modes d'ajustement des médecins à leur rôle, selon que l'accent soit mis sur l'adaptation du médecin lui-même pour rencontrer les exigences de l'organisation ou la manipulation de son environnement pour satisfaire ses attentes personnelles. En dehors du « travail » individuel mené par le chef de pôle pour s'approprier (ou pas) leur nouveau rôle de gestionnaire, Valette et Burellier (2014) identifient des facteurs « externes » facilitateurs de la transition vers un rôle de gestionnaire. Ainsi, si l'identité des chefs de pôle reste avant tout médicale, ils s'approprient tout de même des logiques économiques et sont enrôlés dans la gestion lorsqu'ils mettent leur casquette de chef de pôle, par le biais des instruments de gestion et par l'intervention d'autres acteurs. Ils soulignent en particulier le rôle de tuteur et de pédagogue joué par les cadres administratifs qui accompagnent le pôle, ainsi que le rôle des cadres supérieurs de santé de pôle qui, plus familiers avec la gestion, sont aussi des vecteurs importants d'apprentissage à la gestion. Ces recherches suggèrent donc que la

transition vers le rôle de chef de pôle ne se fait pas sans difficulté mais semble en cours. Toutefois les mécanismes de cette transition, les freins et les leviers, sont encore peu documentés. Ces points méritent donc d'être creusés pour mieux comprendre la façon dont les chefs de pôle s'approprient de nouvelles logiques de gestion. En particulier, quel rôle jouent les instruments de gestion dans ces transformations ? Sont-ils neutres, ou au contraire des leviers, ou bien des freins, dans l'adoption de nouveaux rôles ?

Concernant les cadres de santé, nous n'avons pas connaissance d'études s'intéressant spécifiquement aux cadres de santé responsables de pôles. Nous pouvons toutefois citer quelques travaux sur les cadres de santé qui mettent en évidence des conclusions contradictoires. En effet, pour Detchessahar et Grévin (2009), le tournant gestionnaire du système de santé français a un impact important et négatif sur le travail des cadres de santé, qui seraient conduits à délaisser l'encadrement de terrain, la communication et le dialogue avec le personnel paramédical, au profit de l'alimentation de « machines de gestion » impersonnelles et lointaines. Cette désertion du terrain des cadres de santé, au profit de la gestion, est également souligné par Divay et Gadea (2008) ainsi que par Dumas et Ruillier (2011). D'autres auteurs (Coulon, 2011) considèrent au contraire que l'activité principale des cadres de santé reste l'organisation des soins, et non pas le contrôle de gestion. Selon lui, les cadres de santé prennent en charge ce type d'activité uniquement si elle est en lien avec la prise en charge du patient, qui reste la préoccupation première des cadres de santé. Cela rejoint les conclusions de Georgescu et Rivière (2013) selon qui lorsque les cadres de santé considèrent que les injonctions à la gestion sont contraires à leurs valeurs, ils orientent leurs activités vers la prise en charge du patient.

Le statut de cadre de santé de pôle reste toutefois spécifique à plusieurs égards : ils sont supposés travailler en binôme avec le chef de pôle, s'autonomiser de la direction des soins et sont responsabilisés sur des aspects gestionnaires nouveaux, notamment financiers. Ainsi, à l'image des interrogations quant à la transition du rôle de médecin à celui de chef de pôle se pose la question de l'adoption du rôle de cadre de santé de pôle.

2.2. Le positionnement des administratifs : quel rôle ?

Les réformes imposant la prise en charge par certains médecins et cadres de santé d'activités de gestion supposent la mise en œuvre de délégations de gestion des directions vers les pôles. Dans ce contexte de mise en place des pôles, des recherches se sont ainsi intéressées au processus de contractualisation et de délégation de gestion aux responsables de pôle. Les recherches montrent que la mise en œuvre effective de la contractualisation, avec délégation vers les pôles, soulève de nombreuses difficultés. Le rapport Fellinger et Boiron (2012) souligne le caractère encore très rudimentaire de la contractualisation et la frilosité des délégations de gestion :

> En dehors des plus gros, plus rares sont les hôpitaux ayant des contrats de pôle négociés et signés, voire appliqués ; les projets de pôle restent embryonnaires ou, plus exactement, restent souvent conçus sur les bases des projets précédents ; les délégations de gestion existent et se développent progressivement mais la délégation de signature reste exceptionnelle, avec une réticence partagée entre directeurs et chefs de pôle, qui nous ont exprimé leur peu d'intérêt voire leur absence de demande sur ce point. (…) Nos interlocuteurs ont le sentiment que la délégation de gestion s'adresse à des secteurs limités (hôtellerie, petit matériel...) du fait des tensions sur les moyens : en période de restriction budgétaire, il est beaucoup plus difficile de déconcentrer la gestion car on recherche des marges sur des enveloppes budgétaires plus transversales. De même, il est plus difficile, voire impossible, de mettre en œuvre des procédures satisfaisantes d'intéressement. (Fellinger et Boiron, 2012, p. 44)

Outre le contexte budgétaire difficile, quelques recherches relatent la résistance de directions fonctionnelles, voire même des directions générales, à donner aux pôles une pleine responsabilité de gestion (Valette *et al*., 2014), notamment du fait d'un manque de confiance dans les chefs de pôle à être des gestionnaires responsables (Bérard, 2013a). Concernant spécifiquement les directions des ressources humaines, Crozet *et al*. (2008) suggèrent que des obstacles peuvent également se manifester du fait du risque perçu de perte d'influence.

Encore une fois ici, ces résultats sont émergents. La littérature s'est surtout intéressée aux comportements des médecins et à leur positionnement vis-à-vis de ces nouveaux impératifs de gestion, alors que la question de l'évolution des rôles des gestionnaires

« traditionnels » n'a été que très peu abordée. Pourtant l'entrée des professionnels de la santé dans la sphère gestionnaire et l'évolution des rôles des gestionnaires traditionnels sont interdépendants. En effet, les professionnels médicaux et soignants sont progressivement positionnés comme des acteurs légitimes de la gestion, qui n'est donc plus l'apanage des seules directions fonctionnelles mais désormais aux mains de la sphère médicale et soignante. Cela pose la question de leur rôle au sein de l'hôpital : si délégations de gestion et appropriation du rôle de gestionnaire par les médecins et les cadres de santé de pôle il y a, alors comment les directions fonctionnelles doivent-elles évoluer dans leurs fonctions ? Quelle est la place et le rôle des acteurs traditionnels de la gestion qui jusque-là en avait l'apanage ? Cette évolution du rôle des administratifs a été peu questionnée, pourtant la réforme de la nouvelle gouvernance, en légitimant les professionnels du soin comme des acteurs légitimes de la gestion, constitue également un bouleversement pour les directions fonctionnelles.

Il nous semble donc nécessaire d'aborder la question de l'appropriation du rôle de chef de pôle et de cadre de santé de pôle dans une perspective plus large, en nous intéressant à l'évolution concomitante des rôles des directions. L'étude approfondie d'un établissement spécifique et de l'ensemble des acteurs ayant des responsabilités de gestion (chefs de pôle, cadres de santé de pôle et directions) que nous proposons dans cette thèse peut ainsi contribuer à apporter des éléments de réflexion supplémentaires.

Partie 2. Synthèse

Les réformes du système de santé français prescrivent de nouveaux modes de fonctionnement pour les hôpitaux publics, dans lesquels les frontières entre la clinique et la gestion sont atténuées. Mais les résultats empiriques des études menées, à l'étranger et en France, montrent une mise en œuvre plus difficile que ce que laissent supposer les réformes sur le papier, ce qui soulève des questions très concrètes quant au déploiement de ces réformes.

Ces interrogations concernent tout d'abord l'utilisation et l'impact des instruments de contrôle de gestion qui sont implantés dans les hôpitaux, à un niveau de plus en plus détaillé et décentralisé. Les recherches françaises concluent à des effets modestes au regard des attentes : si l'implantation de ces instruments semble conduire à une sensibilisation aux coûts certaine dans les établissements de soins, ils ne semblent pour l'instant que peu impacter les pratiques médicales et les modes d'organisation, alors que c'est à ce niveau que semble se situer les enjeux les plus importants en termes de performance, d'un point de vue économique mais aussi en termes de qualité et de sécurité des soins. Ces études n'avancent pour l'instant que peu d'explications à ce constat. Quant aux expériences étrangères, les études montrent des effets plus concrets, avec une rationalisation des pratiques, mais elles ne permettent pas de comprendre les raisons qui ont conduit à ces résultats. Il nous paraît donc intéressant de nous pencher sur la façon dont les instruments de contrôle de gestion sont très concrètement perçus et mobilisés par les acteurs des hôpitaux français afin de mieux comprendre les freins et les leviers du déploiement de ces instruments dans les établissements.

Le processus de transition vers les rôles de professionnels-gestionnaires et le positionnement des gestionnaires « traditionnels » pose également question. Les études menées sont encore très parcellaires. L'attention s'est majoritairement portée sur la transition vers le rôle de chef de pôle, alors que celui de cadre de santé de pôle est mis de côté. Pourtant, même si ces derniers ont déjà un pied dans la gestion, ils doivent faire face à de nouvelles responsabilités, financières notamment. De même, l'évolution du rôle des gestionnaires « traditionnels », en réponse à cette entrée du corps médical et soignant dans la gestion, n'a été que peu appréhendé, alors que des études suggèrent une difficulté pour les administratifs à

déléguer aux pôles. Il s'agit donc de s'interroger sur les freins et les leviers de cette évolution des rôles, non dans une approche parcellaire mais dans une approche holistique, en tenant compte de tous les acteurs de la gestion : les chefs de pôle, les cadres de santé de pôle et les administratifs.

CHAPITRE I. CONCLUSION ET IMPLICATIONS POUR NOTRE RECHERCHE

Le cloisonnement entre la sphère médicale, la sphère soignante et la sphère administrative, la contrainte budgétaire croissante et la nécessité de fournir des soins de qualité, ont abouti à des réformes importantes dans le fonctionnement des hôpitaux publics, en termes de financement et de gouvernance. Ces réformes ont conduit à l'implication d'une partie du corps médical et paramédical dans la gestion de l'hôpital, via la création de pôles et la nomination de chefs de pôle et de cadres de santé de pôle chargés de son pilotage. En support de ces nouvelles missions de gestion, et dans le contexte de passage à la T2A, des instruments de contrôle de gestion sont massivement implantés dans les pôles et il est attendu que ces chefs de pôles et cadres de santé de pôle s'en saisissent et deviennent des gestionnaires de pôle.

Qu'en est-il dans les faits ? S'il y a originellement une indépendance forte entre « les opérationnels » du terrain et le « sommet stratégique », le positionnement d'une partie du corps médical et soignant comme des gestionnaires et l'introduction d'instruments de comptabilité et de contrôle de gestion dans les pôles cliniques n'est pas naturelle. Les recherches empiriques ont permis de dresser un état des lieux de la mise en œuvre concrète de ces réformes dans les établissements de santé publics. Concernant l'introduction de nouveaux instruments de contrôle de gestion pour diffuser une logique médico-économique nouvelle, les études en France concluent à davantage d'impact sur les représentations des acteurs que sur les pratiques et les modes d'organisation, mais n'avancent que peu d'explications à ce constat. Concernant l'adoption par les médecins et cadres de santé de rôles de gestionnaires, les études restent parcellaires et majoritairement centrées sur les médecins. Il s'agit donc de s'interroger sur les freins et les leviers de cette évolution des rôles dans une approche holistique, en tenant compte de tous les acteurs de la gestion.

Ainsi, nous nous intéressons dans cette thèse à l'ensemble des acteurs ayant une responsabilité de gestion au sein des hôpitaux publics, à savoir les médecins chefs de pôle, les cadres de santé de pôle et les acteurs administratifs. Au regard des

transformations en cours dans les hôpitaux publics en France et des recherches empiriques menées, nous cherchons à répondre aux questions suivantes :

Comment les médecins chefs de pôle, les cadres de santé de pôle et les administratifs perçoivent-ils et mettent-ils en pratique les instruments de contrôle de gestion nouvellement diffusés ?

Quels sont les leviers et les freins à l'adoption des rôles de chefs de pôle et de cadres de santé de pôle, et comment les rôles des administratifs évoluent-ils en conséquence ?

CHAPITRE II. INSTRUMENTS DE GESTION ET ROLES ORGANISATIONNELS DANS LA LITTERATURE

Afin de répondre aux questions posées précédemment, nous nous tournons vers deux corpus de recherche susceptibles de nous apporter un éclairage et des pistes de réflexion.

Le premier champ de la littérature que nous mobilisons, dans la première partie, a trait aux instruments de gestion. En effet, nombre d'études ont suggéré que les instruments de gestion, loin d'être de simples artefacts neutres et fidèles au service du gestionnaire, peuvent être porteurs d'effets propres et ainsi façonner les organisations auxquelles ils prennent part.

Par ailleurs, l'émergence de « professionnels-gestionnaires » dans les hôpitaux peut être plus généralement reliée à l'établissement de nouveaux rôles organisationnels à caractère hybride. Nous nous penchons donc sur la façon dont les rôles organisationnels et leur hybridation est abordée dans la littérature, et soulignons la nécessité d'intégrer différemment les instruments de gestion dans l'analyse lorsque l'on étudie la formation et l'évolution des rôles dans les organisations.

Partie1. Les instruments de gestion : une apparence neutre, mais une transformation inévitable des acteurs qui y sont associés

La gestion est aujourd'hui une pratique très instrumentée. La stratégie se construit sur la base d'instruments de planification tels que la matrice BCG (Boston Consulting Group), le marketing mobilise de nombreux instruments tels que les logiciels CRM (Consumer Relationship Management), la gestion des ressources humaines n'est rien sans descriptifs de postes et supports d'entretiens professionnels, et le contrôle de gestion est centré sur des budgets et des tableaux de bord. Les instruments de gestion sont des éléments essentiels de la vie organisationnelle. En ce sens, ils constituent aujourd'hui un champ d'étude à part entière des sciences de gestion.

Les approches pour étudier les instruments de gestion sont très variées, comme en attestent Chiapello et Gilbert (2013) qui recensent, en plus des approches « traditionnelles » de recherche sur les instruments de gestion (que nous développons dans le point 2.), pas moins de dix « thèses », allant des approches foucaldiennes aux approches conventionnalistes, structurationnistes, etc. Parmi ces recherches, la perspective néo-institutionnelle s'est considérablement développée. Ce type d'analyse permet de lire l'adoption des instruments de gestion comme des processus d'isomorphisme au sein d'un même champ et interroge la nature et le degré de ces adoptions. Les instruments de comptabilité et de contrôle de gestion seraient ainsi des « mythes rationnels » (Carruthers, 1995), adoptés par les organisations non pas dans un objectif d'efficience mais par rapport à des enjeux de légitimité, afin de se conformer aux prescriptions du champ auquel appartient l'organisation (Meyer & Rowan, 1977). Cette conformation serait cérémonielle et ne conduirait pas systématiquement à des changements dans le fonctionnement interne des organisations : un découplage entre l'adoption affirmée d'un instrument de gestion et les pratiques effectives de l'organisation peut ainsi être observé, par exemple pour répondre à des demandes multiples et souvent conflictuelles. (Covaleski & Dirsmith, 1983 ; Pettersen, 1995 ; Abernethy & Chua, 1996). D'autres recherches relativisent ce découplage : la question du changement comptable a motivé plusieurs recherches mettant l'accent sur les processus d'interaction entre institutions, organisations et pratiques (Burns & Scapens, 2000). Ainsi, si les instruments de gestion sont adoptés dans une perspective de

légitimation, ils peuvent avoir par la suite des effets structurants sur les pratiques des organisations, voire jouer un rôle dans un changement institutionnel : les instruments de gestion peuvent par exemple être un support du travail institutionnel (Brignall & Modell, 2000), ou bien constituer des vecteurs d'institutionnalisation d'une nouvelle logique au sein d'une organisation (Hasselbladh & Kallinikos, 2000 ; Dambrin, Lambert, & Sponem, 2007 ; Ancelin-Bourguignon, Saulpic, & Zarlowski, 2013).

Dans cette thèse, nous nous intéressons à l'usage concret qui est fait des instruments de gestion, et à leur influence sur les acteurs, leurs représentations, leurs activités et leurs comportements au sein d'une organisation. Les approches citées précédemment ne sont ni indépendantes ni contraires, mais plutôt complémentaires. Si nous reconnaissons l'intérêt de ces perspectives variées, nous circonscrivons cependant notre sujet à étudier la manière dont la mise en pratique d'instruments de contrôle de gestion peut être porteuse de transformations sur les membres d'une organisation. Par conséquent, nous nous attachons dans notre revue de littérature à mettre en exergue les rôles que la recherche tend à prêter aux instruments de gestion dans la constitution des organisations ainsi que les effets, plus ou moins attendus, que les instruments de gestion peuvent générer.

Nous entamons cette revue de littérature par une définition de ce nous appelons instrument de contrôle de gestion (1.). Nous situons ensuite les recherches s'intéressant aux rôles et aux effets des instruments de gestion sur les organisations par rapport aux approches dites traditionnelles des instruments de gestion (2.), avant de nous intéresser à proprement parler à la façon dont les instruments de gestion transforment les façons de voir, de penser et d'agir (3.).

1. Les instruments de contrôle de gestion : éléments de définition

Nous proposons dans cette première section des éléments de définition des instruments de contrôle de gestion pour mieux cadrer l'objet de recherche. Nous proposons la terminologie d'instrument de gestion et non celle d'outil de gestion (1.1.). Nous verrons de plus que les instruments de contrôle de gestion sont un type particulier d'instruments de gestion (1.2.).

1.1. De l'outil de gestion à l'instrument de gestion

Si nous utilisons depuis le début de cette thèse la notion d'instrument de gestion, et non celle d'outil de gestion, c'est que la notion d'instrument nous paraît plus adaptée à l'univers de la gestion, fait d'hommes et d'idées. Nous avons toutefois à apprendre des « outils » de gestion, car beaucoup d'auteurs choisissent d'utiliser cette expression pour désigner ce que nous appelons instruments de gestion. Arrêtons-nous donc quelques instants sur les outils de gestion et sur ce qu'ils recouvrent.

Dans son acception courante, le terme d'outil désigne, selon le Larousse, « un objet fabriqué, utilisé manuellement ou sur une machine pour réaliser une opération déterminée » : la notion d'outil dans le langage courant renvoie ainsi à l'ustensile de travail de l'artisan, au prolongement de sa main (Gilbert, 1998). Accolé à la notion de « gestion », l'outil acquière cependant une dimension immatérielle, puisque l'opération n'est pas réalisée sur de la matière à proprement parler, mais sur des personnes, des actions, des ressources, des données, des informations, etc. Pour David (1998), l'outil de gestion est « un dispositif formalisé permettant l'action organisée». La définition de Moisdon (1997) est plus explicite, il s'agirait de « toute formalisation de l'activité organisée […], tout schéma de raisonnement reliant de façon formelle un certain nombre de variables issues de l'organisation et destiné à instruire les divers actes de gestion ». Ces deux définitions se rapprochent au sens où elles précisent à la fois la nature de l'outil (« un dispositif formalisé », « un schéma de raisonnement ») et sa finalité (permettre « l'action organisée », « instruire les divers actes de gestion »).

D'autres auteurs se sont intéressés aux différentes composantes des outils de gestion. Hatchuel et Weil (1992) décrivent les outils de gestion comme la composition de trois éléments en interaction. L'outil de gestion renvoie tout d'abord à un substrat technique, qui correspond à l'artefact même sur lequel est établi l'outil et qui lui permet de fonctionner. Cette structure apparente correspond à la réalité objective par lequel l'outil de gestion est localisé (Chiapello & Gilbert, 2013), au support concret de l'outil (Gilbert, 1998). L'outil de gestion est également basé sur ce que Hatchuel et Weil (1992) appellent une philosophie gestionnaire. La philosophie gestionnaire de l'outil correspond à l'esprit dans lequel le maniement de l'outil est envisagé. Cette idée est reprise par Chiapello et Gilbert (2013) qui attribue à tout outil une dimension fonctionnelle par laquelle l'outil de gestion a une finalité organisationnelle. Un outil de

gestion doit donc servir à la gestion de l'organisation, selon la perspective de la direction. La dimension fonctionnelle rejoint donc l'idée que des fonctions officielles sont attribuées aux outils de gestion, en lien avec la performance de l'organisation. Enfin, toujours selon Hatchuel et Weil (1992), les outils de gestion renvoient à une vision simplifiée des relations organisationnelles, puisque les principaux acteurs et rôles autours de l'outil sont définis.

Toutefois, dans son acception courante, le terme d'outil met l'accent sur l'aspect concret et matériel, ce qui a parfois été critiqué dans le cadre de la notion d'outil de gestion (Gilbert, 1998 ; Bourguignon, 2006 ; Aggeri & Labatut, 2010) . En effet, la littérature en gestion emploie souvent et de façon relativement indifférente les notions d'outils et d'instruments, et ce pour désigner des objets différents. Les notions d'outils et d'instruments sont distinctes et reposent sur ce qu'on pourrait appeler des philosophies différentes, qu'il importe d'expliciter.

Selon Gilbert (1998), la notion d'outil met trop l'accent sur le concret et conduirait à penser qu'il joue un rôle purement passif :

> Il est fréquent de désigner par « outil » les moyens formalisés, matériels ou conceptuels, par lesquels le gestionnaire met en œuvre une technique de gestion. Pourtant, au sens strict, un outil sert à agir sur la matière, à fabriquer une famille d'objets concrets (ou des parties de ceux-ci). Son action est physique, elle se plie aux lois naturelles. L'appellation d'outil a peut-être pour avantage de mettre l'accent sur les exigences de l'action et l'importance du concret. Mais elle a sûrement pour inconvénient de réifier les moyens utilisés, en les regardant comme s'il s'agissait d'objets intervenant dans un milieu inerte. Nous rejoignons l'avis de Colasse (1996) pour qui le mot « outil » est dangereux et comme tel à proscrire, parce qu'il suggère, à tort, que l'on a affaire à un instrument passif. (Gilbert, 1998, p. 22)

Cela suggère alors que le mot « outil » n'est pas forcément adapté aux sciences de gestion qui ne peuvent se résumer à un univers matériel. Ainsi, d'autres auteurs utilisent plutôt la notion d'instrument qui semble plus pertinente pour les sciences de gestion. Au contraire de la notion d'outil, l'instrument correspond à une acception plus large et n'est pas nécessairement destiné à agir sur quelque chose de matériel, puisqu'il peut agir sur des données et sur des gens (Gilbert, 1998). De plus, comme souligné par Aggeri et

Labatut (2010), l'instrument est, bien davantage que l'outil, le produit d'une opération de pensée intellectuelle, d'une activité de conception. Il est activé non par la main, comme le ferait un artisan avec un outil, mais par l'esprit, comme le ferait un gestionnaire avec un instrument de gestion. Gilbert (1998) propose un tableau récapitulatif des différences conceptuelles entre les notions d'outil et d'instrument, que nous reprenons ici dans son intégralité.

Tableau 1 : Différences conceptuelles entre outil et instrument de gestion (d'après Gilbert, 1998)

	Outil	Instrument de gestion
Identification	Les caractéristiques physiques (longueur, largeur, poids, matières, …)	Les caractéristiques idéologiques (concepts, savoirs, croyances…)
Objet	La matière	Les données, les personnes
Activation	La main	L'esprit
Utilisation	Artisan, métier	Gestionnaire, fonction
Principes d'action	Simples : fendre, couper, scier, percer…	Complexes : décrire, analyser, évaluer…

La notion d'instrument intègre également une dimension politique, car il est, de façon plus ou moins explicite, le véhicule d'un dessein (Aggeri & Labatut, 2010). Le gestionnaire n'est ainsi pas un simple actionneur de l'instrument mais est porteur de buts organisationnels (Gilbert, 1998).

Ainsi, étudier les instruments de gestion, et non pas les outils de gestion, conduit à analyser non seulement sa conception, mais aussi ses usages dans le cadre d'actions organisées et finalisées, et les effets qu'ils sont susceptibles de produire sur les comportements des autres acteurs (Aggeri & Labatut, 2010). La notion d'instrument a été très développée par le psychologue Vygotsky (1934), puis par Rabardel (1995) et Lorino (2002) ensuite, pour mettre en avant le rôle des artefacts dans la médiation des activités humaines. En effet, les approches instrumentales considèrent l'instrument comme une entité fondamentalement mixte, constituée d'un artefact ou d'un ensemble d'artefacts, matériels ou symboliques, et d'organisateurs de l'activité dit schèmes d'utilisation, qui comprennent des dimensions représentatives et opératoires.

L'instrument a donc une double nature objective (l'artefact : signe matériel présent dans la réalité) et subjective (actions prises dans un contexte unique selon un schème d'utilisation). La notion d'instrument a donc le mérite de s'ancrer dans un milieu social, au contraire de la notion d'outil qui peut conduire à ignorer les individus dans l'analyse.

Nous préférons donc la définition de Gilbert (1998), qui désigne par le terme d'instrument de gestion « **tout moyen, conceptuel ou matériel, doté de propriétés structurantes, par lequel un gestionnaire, poursuivant certains buts organisationnels, dans un contexte donné, met en œuvre une technique de gestion** » (Gilbert, 1998, p. 24). L'auteur détaille ensuite les différentes dimensions de cette définition :

- L'instrument est un moyen, conceptuel ou matériel : l'instrument n'a donc pas de fin en lui-même. Aucun instrument de gestion, en principe, ne se substitue à la volonté du gestionnaire. Ce moyen peut être conceptuel ou matériel, il est le plus souvent conceptuel (les machines et ordinateurs, par exemple, ne sont qu'un support des instruments)
- L'instrument a des propriétés structurantes : l'instrument de gestion n'est pas neutre mais agit sur le contexte, transforme l'information en donnée et organise les rapports sociaux.
- Le gestionnaire est porteur de buts organisationnels : le gestionnaire, individu ou groupe, n'est pas un simple actionneur de l'instrument. Il prépare et met en place les conditions nécessaires à l'atteinte du but de gestion qui a justifié le recours à l'instrument. Mais il n'est pas seulement un relais fonctionnel, il est aussi un acteur social doté d'une volonté propre et donc porteur d'enjeux, qui vont orienter son comportement dans les usages de l'instrument.
- L'instrument est contingent : l'instrument, bien que partiellement transposable dans des contextes différents, n'existe qu'à travers un ensemble de données sociales et organisationnelles se situant autour de lui et soutenant avec lui des rapports qui lui donnent sa fonction et son sens. Les effets de l'instrument sont donc conditionnels et relatifs.

L'instrument est basé sur une technique de gestion : l'instrument véhicule des expériences, des réflexions, des représentations, des théories qui lui ont donné naissance. Il contribue avec d'autres instruments à constituer une technique de gestion.

1.2. De l'instrument de gestion à l'instrument de contrôle de gestion

Les instruments de gestion recouvrent plusieurs domaines, aussi bien les ressources humaines, la logistique que le contrôle de gestion. Nous nous intéressons dans cette thèse aux instruments de gestion qui relèvent du domaine du contrôle de gestion.

Malmi et Brown (2008) distinguent quatre types de contrôle : le contrôle de planification (plans d'actions opérationnels et planification à long terme), le contrôle cybernétique (budgets, systèmes de mesures financières, de mesure non-financières et hybrides), le contrôle administratif (gouvernance, structure organisationnelle, politique et procédures) et le contrôle culturel (clans, valeurs, symboles). Dans une acception large, le contrôle de gestion renvoie donc à un ensemble de mécanismes formels mais aussi informels, mis en œuvre pour atteindre des buts organisationnels. Ces buts organisationnels sont variés selon les approches du contrôle de gestion : cela peut être l'aide à la prise de décision (Malmi & Brown, 2008), la mise en œuvre de la stratégie (Anthony, 1988), l'apprentissage organisationnel et le changement (Ferreira & Otley, 2009), et plus généralement la coordination de spécialités et d'horizons de temps différents par le partage d'une représentation commune de l'entreprise et de ses finalités (Bouquin, 2005).

Pour notre part, nous nous intéressons dans cette thèse aux dispositifs formels de contrôle au niveau cybernétique, ou en d'autres termes aux instruments qui permettent au gestionnaire qui poursuit certains buts organisationnels de disposer de mesures, d'indicateurs de performance, financiers et non-financiers. Nous spécifions ces instruments de contrôle de gestion dans le cadre de notre étude de cas.

Nous adoptons donc à présent le terme d'instrument de gestion, et non plus d'outil de gestion. Notons toutefois que dans les approches « traditionnelles » des instruments de gestion – que nous présentons ci-après en 2. – le postulat étant celui de la neutralité, il serait plus adapté d'utiliser le terme d'outil, mais pour des raisons de simplicité de lecture nous gardons le terme d'instrument de gestion pour la section à venir.

2. Les instruments de gestion dans les approches traditionnelles : entre neutralité et minoration de leur fonction

Jusqu'aux années 1980, la réflexion sur les instruments de gestion a été très lacunaire (Aggeri & Labatut, 2010 ; Chiapello & Gilbert, 2013). A cette époque, une part importante de la recherche en théorie des organisations ne s'intéressait nullement aux instruments de gestion, considérés comme secondaires dans l'analyse des phénomènes organisationnels, ou simplement ignorés et passés sous silence. A ce propos, Chiapello et Gilbert (2013) reviennent sur le courant des relations humaines, dans lequel seules les interactions humaines sont dignes d'intérêt, ou encore les approches en termes de culture organisationnelle où la place des artefacts gestionnaires est également minorée.

Quant aux approches considérant les instruments de gestion comme des éléments dignes d'intérêt, elles reposent sur une perspective dite « rationnelle » (Chiapello & Gilbert, 2013), dans laquelle les instruments de gestion sont le prolongement de la volonté du gestionnaire, en d'autres termes des artefacts neutres. Dans cette perspective, les instruments de gestion sont des vecteurs essentiels d'efficacité et de rationalisation. Pour Fayol (1916, cité par Chiapello & Gilbert, 2013), « l'outillage administratif » est ce qui permet de mettre en œuvre sa doctrine de l'organisation scientifique du travail, d'assister le décideur rationnel dans la planification et le contrôle du travail. Les instruments de gestion sont donc des éléments essentiels de la structure formelle de l'organisation et garantissent l'efficience des fonctions de gestion. Les auteurs soulignent que plus tard, Simon (1947) actualise la façon de concevoir les organisations, par la prise en compte des capacités cognitives des individus et de leurs comportements, mais reste dans une perspective rationnelle. En effet, parce que les instruments de gestion sont un moyen d'accroître la rationalité limitée des décideurs, ils permettent de mieux prévoir, mieux contrôler, mieux décider, pour accroître l'efficacité de l'action du gestionnaire.

Originellement, les instruments de gestion répondent donc de ce que Lorino (2002) appelle une conception « représentationniste » des instruments de gestion. L'instrument de gestion est considéré comme une représentation « objective » de la réalité, dont l'objectif principal est de produire des types d'actions ou de décisions de façon prédictive et déterministe. Les instruments sont supposés induire des comportements ou des types d'action clairement spécifiés, selon une liaison cause-conséquence directe. La

pertinence de l'instrument vient de sa fidélité dans la représentation de la réalité, de ses qualités techniques intrinsèques, de son design. L'instrument n'est donc que le réceptacle des intentions de son concepteur (Grimand, 2012).

Il est donc fait abstraction des dynamiques d'acteurs et du caractère subjectif de l'interprétation, puisque que la relation entre l'instrument et l'acteur est ignorée (Lorino, 2002). La subjectivité de l'individu n'est pas prise en compte. L'instrument de gestion existe par lui-même et est autonome, en ce sens il s'impose à l'acteur qui s'y conforme. Ce dernier entretient un rapport d'extériorité total à l'instrument : il est un individu désincarné, sans désirs, stratégies, buts ou identité. Il n'est pas tenu compte des effets de l'instrument sur les autres sujets ni aux effets en retour de l'instrument sur le sujet, car l'instrument de gestion est considéré comme idéologiquement neutre. Vide de toute puissance, il ne fait qu'appliquer l'énergie que lui transmet l'utilisateur (Gilbert, 1998).

Dans cette conception fonctionnaliste des instruments de gestion, l'instrument de gestion a donc principalement une fonction d'opérateur (Gilbert, 1998), par lequel le professionnel poursuit un but de gestion et utilise en conséquence le moyen technique le plus adapté pour atteindre un but de gestion. Il s'agit d'instruire les divers actes de la gestion : prévoir, organiser, commander, coordonner, contrôler (Fayol, 1916, cité par Chiapello & Gilbert, 2013).

En outre, parce que les instruments de gestion sont censés représenter le réel de manière « objective », il leur est également attribué une fonction de compréhension du réel. Les instruments de gestion sont donc un moyen de comprendre son environnement (par exemple économique, via le taux d'inflation et le taux de chômage), d'évaluer la santé d'une entreprise via quelques ratios comptables, et ainsi de mieux analyser des situations de gestion complexes.

3. Les instruments de gestion dans une approche renouvelée : les transformations du voir, du penser et de l'agir

Le développement d'une approche alternative des instruments de gestion se développe dans les années 1980, en France avec les travaux de Michel Berry notamment (Berry, 1983), mais aussi dans le milieu anglo-saxon avec les travaux en comptabilité et

contrôle de gestion de Hopwood (e.g. Hopwood, 1983, 1987) ainsi que Burchell *et al*. (1980), qui ont trouvé une expression dans la revue *Accounting, Organizations and Society*, fondée en 1976 par Anthony Hopwood et dont l'objet est de développer une approche de la comptabilité sous un angle sociologique. Ces travaux ont en commun de considérer que les instruments de gestion ne sont pas des artefacts neutres, mais des objets essentiels de la vie organisationnelle, par les effets dont ils sont porteurs sur les systèmes sociaux, et ce bien au-delà de l'accroissement supposé de l'efficacité de l'action du gestionnaire.

La naissance de cette approche est généralement associée au développement de l'approche comportementaliste initiée par James March en théorie des organisations (Aggeri & Labatut, 2010 ; Chiapello & Gilbert, 2013). Cyert et March (1963) proposent en effet un renversement de perspective, puisque l'organisation n'est plus considérée comme un système de traitement de l'information rationnel, mais comme un ensemble de coalitions d'acteurs aux intérêts divergents, gouvernés par des jeux de pouvoirs et dont les comportements sont essentiellement calqués sur des routines organisationnelles, qui cristallisent des comportements passés et ne sont donc pas nécessairement efficaces du point de vue de la performance de l'organisation.

Quel est alors le statut des instruments de gestion ? L'approche comportementaliste en théorie des organisations bouscule la vision traditionnelle selon laquelle les instruments de gestion auraient une fonction neutre d'opérateur visant à accroître l'efficacité des actions du gestionnaire. Pour Berry (1983), les instruments de gestion constituent une « technologie invisible » qui, sous couvert d'une apparente neutralité technique, ont en réalité des effets propres et structurants sur les organisations. « Abrégés du bien et du vrai », les instruments de gestion peuvent avoir des effets nocifs, en ce qu'ils engendrent des automatismes de comportement qui échappent à la volonté humaine. Il convient donc de s'interroger sur la mise en œuvre effective des instruments de gestion et leurs effets concrets, et non plus seulement à leurs fonctions supposées et à l'intention affichée. Cela suppose de s'intéresser au système social dans lequel l'instrument est encastré.

Etudier les instruments de gestion, leur mise en pratique et leurs effets, c'est donc faire le postulat que système technique et système social ne sont pas deux mondes distincts. Au contraire, « technique et social habitent le même monde, s'enchevêtrent, constituent

des catégories analytiques et non des réalités d'ordre naturel. Le moindre outil de gestion (un tableau de bord, une feuille de temps) est saturé de social, et la vie sociale des organisations est gorgée d'outils. » (Chiapello & Gilbert, 2013, p. 28). L'instrument de gestion, loin de n'être qu'un substrat technique, revêt une dimension sociale. Dans cette perspective, l'objet d'étude n'est pas la conception d'instruments de gestion efficaces mais renvoie plutôt à une interrogation quant à leurs effets sur les dynamiques socio-organisationnelles.

Nous pouvons dégager deux grandes idées dans la littérature quand il s'agit d'étudier le pouvoir d'influence des instruments de gestion. Un premier pan de la littérature tend à dénoncer certains effets des instruments de comptabilité et de contrôle de gestion en ce qu'ils seraient porteurs de projets de domination spécifiques auprès des individus, des organisations et plus généralement de l'ensemble de la société (3.1.). Un autre pan, qui ne porte pas spécifiquement sur les instruments de contrôle de gestion, prête aux instruments de gestion des rôles plus positifs, en ce qu'ils seraient des supports à la constitution et aux évolutions des organisations (3.2.).

3.1. Les instruments de comptabilité et de contrôle de gestion comme véhicules discrets mais efficaces d'une doctrine économique

Certaines recherches s'attachent à mettre en avant que les instruments de comptabilité et de contrôle de gestion sont des véhicules d'une doctrine économique auprès des individus, des organisations et plus généralement de la société dans son ensemble (3.1.1.). Cette « économisation » (Miller & Power, 2013) du monde serait rendue possible par l'apparence neutre des instruments de comptabilité et de contrôle de gestion, ainsi que par leur ambivalence (3.1.2).

3.1.1. Les instruments de comptabilité et de contrôle de gestion « économisent » les comportements individuels, organisationnels et sociétal

Certains auteurs cherchent tout d'abord à remettre en question l'apparente neutralité des instruments de gestion et à montrer qu'ils sont porteurs d'une doctrine gestionnaire et économique spécifique, influençant par-là les comportements des individus, les organisations et plus largement l'ensemble de la société. Il s'agit ainsi de mettre en

avant la performativité des dispositifs de comptabilité et de contrôle de gestion. Le terme de performativité n'est pas toujours utilisé en tant que tel (par exemple, Miller et Power (2013) parlent de « force productive »), mais de façon générale il s'agit de mettre en évidence le fait que les dispositifs de comptabilité et de contrôle de gestion façonnent le monde auquel ils s'appliquent à leur image : les hypothèses, valeurs, normes, logiques, etc. incorporées dans ces dispositifs se réalisent dans la pratique.

Dans cette perspective, les instruments de comptabilité et de contrôle de gestion sont très généralement vus comme des vecteurs d'« économisation » (*economizing*, Miller & Power, 2013a) du monde. Par économisation, les auteurs entendent « les processus et les pratiques par lesquels les individus, les activités et les organisations sont constitués comme des acteurs et des entités économiques, et non le sens courant de réduction des coûts ou faire des économies »[25] (Miller & Power, 2013a, p.560). En effet, les instruments de comptabilité et de contrôle de gestion sont porteurs de conventions, de valeurs et de normes spécifiques, qui sont transmises au sein de la société même, des organisations et des individus.

Un premier pan de la littérature a mis en avant l'effet performatif des dispositifs de comptabilité et de contrôle de gestion dans des collectifs plus larges que l'entreprise, dans la mesure où ils s'inscrivent dans la société, dans un gouvernement, ou encore un champ institutionnel. Ces recherches s'inscrivent ainsi dans la lignée de l'ouvrage de Hopwood et Miller (1994), selon lequel la comptabilité est une pratique « sociale et institutionnelle ».

Ainsi, dans une perspective foucaldienne, les instruments de comptabilité et de contrôle de gestion sont des technologies de gouvernement qui permettent de traduire et de mettre en œuvre les programmes du gouvernement sur la société et les citoyens qui la constituent. Miller & O'Leary (1987) montrent ainsi comment la budgétisation en coûts standards permet le déploiement de l'action gouvernementale auprès de la population. Loin de constituer un perfectionnement technique de la comptabilité, la budgétisation en coûts standards est analysée comme le déploiement de pratiques calculatoires dont

[25] "By economizing, we mean the processes and practices through which individuals, activities, and organizations are constituted as economic actors and entities, rather than the popular sense of reducing costs or making savings" (Miller & Power, 2013, p.560)

l'objet est, en lien avec d'autres dispositifs tels que le développement des principes de gestion scientifiques, de rendre le citoyen gouvernable et efficient.

D'autres auteurs s'inspirent de Bourdieu pour rendre compte de la façon dont la comptabilité et le contrôle de gestion reproduisent ou transforment les rapports de force à l'œuvre dans le système économique et social. Oakes *et al*. (1998) montrent ainsi comment la mise en place d'un système de planification budgétaire et d'indicateurs de performance dans des musées canadiens conduit à augmenter la valeur du capital économique du champ, au détriment du capital culturel, et ainsi transforment les valeurs légitimes de ce champ : non plus le souci premier de la représentation culturelle authentique, mais le souci de la génération de revenus.

La comptabilité et le contrôle de gestion sont également des vecteurs d'économisation des organisations, qui deviennent des entités économiques. Ce mouvement d'économisation est particulièrement frappant dans le secteur public (musées, universités, hôpitaux), dont l'objet n'est originellement pas le profit. Hood (1995) parle de « colonisation comptable » (*accountingization*) : « l'introduction d'une catégorisation par les coûts toujours plus explicite dans des domaines où les coûts étaient auparavant agrégés, regroupés ou indéfinis »[26] (Hood, 1995, p. 93). Dans le domaine de la santé, les instruments de comptabilité et de contrôle de gestion apparaissent alors comme un moyen de traduire le modèle d'efficience économique des réformes adoptées au niveau des organisations. En effet, comme souligné par Lowe (2000), les systèmes comptables constituent dans les organisations un support de la mentalité de profit et de l'éthique rationaliste, car ils incorporent des hypothèses spécifiques d'organisation, de rationalité, d'autorité et de temporalité.

Dans cette perspective, Chua et Degeling (1993) mettent en évidence les effets multiples de la mise en place d'un système de paiement prospectif DRG en 1983 sur les hôpitaux du système de santé américain. En tant que mécanisme d'allocation des ressources basé sur des techniques comptables, le modèle DRG a radicalement changé la problématique de la santé. D'une part, la santé est maintenant pensée en termes de problématique budgétaire et d'efficience économique, et non plus en termes d'équité

[26] « the introduction of ever-more explicit cost categorization into areas where costs were previously aggregated, pooled or undefined. » (Hood, 1995, p. 93)

dans l'accès aux soins. D'autre part, le système de paiement prospectif redéfinit l'hôpital au sein d'un modèle économique. L'hôpital n'est plus compris comme le fournisseur de services de soins pour traiter des maladies, mais comme une firme multi-produits (classés dans les DRG), en compétition avec les autres hôpitaux pour produire et vendre à un unique acheteur (Medicare, système d'assurance santé géré par le gouvernement pour les plus de 65 ans) à prix fixe. Ainsi, si les activités ne sont pas réalisées de façon efficiente, l'hôpital ne survivra pas. Ce modèle d'efficience économique, véhiculé par le système de paiement prospectif, se répercute au niveau des organisations hospitalières même. Les auteurs notent en particulier la multiplication des « systèmes multi-hôpitaux » - importants établissements recouvrant tout le processus de prise en charge (pré-hospitalisation, ambulatoire, hospitalisation complète et soins de suites et réadaptation) - dont la mutualisation des moyens et la gestion centralisée favorisent l'efficience économique, alors que les petits établissements et les hôpitaux ruraux ferment. Les auteurs rendent également compte de pratiques dans lesquelles des hôpitaux mettent en place des stratégies marketing agressives et développent de nouveaux « produits » pour attirer de nouveaux clients. Au niveau des administratifs chargés de la gestion des établissements hospitaliers, le langage des consultants financiers et des comptables est devenue partie intégrante de leur quotidien : l'administrateur de l'hôpital est souvent requalifié de « manager », et des notions telles que la gestion de la ligne de produit, la pénétration du marché, la planification stratégique ou le budget clinique sont devenus ordinaires. Pour résumer, bien que le système DRG n'ait pas implanté « de valeurs commerciales dans la santé, ils ont contribué à ce que 'l'esprit du business' pénètre davantage et colonise la vie quotidienne des personnes qui travaillent dans l'industrie de la santé américaine »[27] (Chua & Degeling, 1993, p. 301).

Cette colonisation touche ainsi les acteurs organisationnels et leurs pratiques. Dans le contexte de l'hôpital, Chua et Degling (1993) soulignent ainsi que les systèmes de comptabilité, tels que ceux supportant le système de paiement prospectif dans le système de santé américain, « contribuent à changer la façon dont les gens voient, pensent, parlent et échangent avec les autres » (Chua & Degeling, 1993, p. 292). Le

[27] "In short, although DRGs and PP did not implant commercial values in health, it has helped the "mind of business" to further penetrate and colonize the everyday lifeworld of people who work in the U.S. health-care industry" (Chua & Degeling, 1993, p. 301)

modèle d'efficience économique véhiculé par le système de paiement prospectif change non seulement la façon de comprendre l'entité hôpital, mais également la façon d'appréhender les personnes que sont les médecins. Le système de paiement prospectif agit ainsi comme une technologie disciplinaire sur les médecins car à travers le système de classification des pathologies, les médecins sont à présent vus comme des sujets productifs surveillés, ce qui peut initier un processus d'autodiscipline par lequel les médecins se comporteraient selon les standards de l'industrie de santé américaine. Pour les auteurs, le système de paiement prospectif représente un moyen par lequel les problématiques d'efficience économique ont commencé à se diffuser auprès des médecins, dont la façon de voir et de pratiquer la médecine évolue. Dans le cas d'une entreprise ferroviaire, l'étude de Dent (1991) est également intéressante en ce qu'elle décrit les effets de la comptabilité sur les représentations et les pratiques des acteurs. L'auteur décrit comment la comptabilité est impliquée dans un changement de culture organisationnelle et la façon dont une entreprise ferroviaire passe d'une culture « de rail » à une culture orientée « *business* ». Dent (1991) montre comment des gestionnaires, initialement guidés par des valeurs de service public et des préoccupations purement techniques et logistiques, sont progressivement convaincus par une culture de profitabilité de court-terme, culture apportée par des « *business managers* » nouvellement embauchés qui usent des systèmes de comptabilité pour convaincre les professionnels du rail. Pour l'auteur, ce changement de culture des professionnels est le fait de la comptabilité, qui pénètre les organisations en créant des savoirs et rationalités spécifiques, ce qui conduit à la mise en place de « nouveaux schémas d'organisation, d'autorité et d'influence, de nouveaux concepts de temps et d'actions légitimes »[28] (Dent, 1991, p. 728). Dans une perspective néo-institutionnelle, Colon (2014) montre comment les contrats de performance mis en place entre le siège et les agences chez le distributeur principal du secteur de l'eau urbaine ougandais sont des systèmes de contrôle de gestion qui matérialisent au sein même de l'organisation la logique de marché dominante et ce faisant structure les pratiques des acteurs de telle sorte que cette logique de marché est reproduite. Elle met en évidence les effets pervers liés à la mise en œuvre de ces contrats de performance dans l'organisation, avec notamment l'attention portée par les directeurs d'agence sur le court-terme et la performance

[28] "new patterns of organization, of authority and influence, new concepts of time and legitimate action" (Dent, 1991, p. 728)

commerciale, au détriment de la performance technique, ainsi que la manipulation des chiffres pour coller aux objectifs fixés par le siège.

Enfin, les instruments de comptabilité et de contrôle de gestion peuvent également être pensés comme des vecteurs de « subjectification », avec l'idée que c'est l'identité même des individus qui se construit au travers des dispositifs de gestion auxquels ils sont soumis. L'impact des instruments de comptabilité et de contrôle de gestion se fait bien ici par le biais de l'organisation mais en dépasse les frontières et touche la sphère privée. Ainsi, pour Miller et Power (2013), la comptabilité présuppose et produit un certain type du soi. Dans cette perspective, Covaleski *et al*. (1998) suggèrent que les techniques de *mentoring* dans les grands cabinets d'audit, construit sur une relation de long terme entre le mentor et le protégé, contribuent à construire et faire évoluer l'identité de ce dernier. Ce faisant, et en lien avec le management par objectif comme technique disciplinaire, les professionnels autonomes sont transformés en des membres organisationnels disciplinés dont les objectifs de travail, le langage et même le mode de vie sont le reflet des impératifs de l'organisation. Toujours dans le milieu de l'audit, Dambrin et Lambert (2008) montrent comment le modèle de promotion *up or out* dans les cabinets d'audit entraîne des représentations de la performance spécifique chez les auditrices devenues mères et façonnent leurs trajectoires de carrière, l'organisation de leur travail, et la conciliation de la vie privée avec la vie professionnelle.

3.1.2. Les explications de l'adhésion à des instruments a priori contraignants

La littérature a donc mis en avant l'influence des instruments de comptabilité et de contrôle de gestion sur le monde dans lequel nous vivons par son pouvoir d'économisation de la société, des organisations et des individus. Une interrogation importante réside dans l'adhésion de certains acteurs, en particulier des acteurs disposant d'une autonomie et d'un pouvoir importants dans une organisation, à se conformer à des dispositifs de contrôle de gestion a priori contraignants. Nous identifions deux pistes de réponses dans la littérature : l'apparence neutre et objective des instruments de gestion et l'ambivalence des instruments de gestion.

L'apparence neutre et objective des instruments

Les instruments de gestion ont une apparente neutralité. Faits de tableaux, de diagrammes, de chiffres, d'indicateurs, ils véhiculent une image « objective » de la réalité et ne donnent pas à voir les choix, les hypothèses, les valeurs qui ont présidés sa conception. Ils sont des boîtes noires indiscutables que les personnes tiennent pour acquis (Latour, 1987, 2005), sans nécessairement les questionner.

Ainsi, lorsque de nouveaux instruments de gestion sont introduits dans une organisation, et que les instruments de gestion ne sont a priori pas nécessairement compatibles avec la culture, les valeurs et les modes de fonctionnement traditionnels de l'organisation, l'apparente neutralité des instruments de gestion peut expliquer l'adhérence des individus, ou du moins leur faible résistance. Par exemple, dans leur étude de l'implantation d'un système de planification budgétaire et d'indicateurs de performance dans les musées canadiens, Oakes *et al*. (1998) s'appuient sur les travaux de Bourdieu et la notion de violence symbolique pour montrer que le système de planification budgétaire, d'apparence neutre et donc sans danger, implique en réalité les acteurs dans des activités qui minent en réalité leur propre autonomie. Selon Bourdieu, la violence symbolique est la violence exercée sur un agent social avec sa complicité. Dans le cas des dispositifs de contrôle de gestion, cela suggère que ces derniers ne sont pas toujours explicites et n'impliquent pas nécessairement une action stratégique consciente et directe de la part des acteurs. En effet, selon les auteurs, les changements politiques ne sont souvent pas perçus par les acteurs car ils apparaissent comme des changements purement techniques.

Cela rejoint l'idée défendue par Bourguignon (2006) sur la réification des instruments de gestion, c'est-à-dire le fait de les considérer comme des réalités objectives et donc indépendants des cadres sociaux et subjectifs dans lesquels ils se sont développés. Or, selon Bourguignon, la tendance à la réification des instruments de gestion est forte.

L'apparente neutralité des instruments de gestion serait donc une raison pour laquelle les individus les adopteraient, ou s'y conformeraient.

L'ambivalence des instruments de gestion

D'autres études suggèrent que l'adhésion aux dispositifs de comptabilité et de contrôle de gestion trouve sa source dans le caractère ambivalent des instruments de gestion. En effet, ils ont un double rôle habilitant et contraignant (Adler & Borys, 1996) : les individus adhèrent, voire internalisent ces instruments contraignants et contrôlant car ils sont dans le même temps une aide pour la réalisation de leurs tâches.

Ahrens et Chapman (2004) étudient ainsi l'utilisation des systèmes de contrôle de gestion dans une chaîne de restaurants et montrent que ces dispositifs sont certes un moyen pour le centre de contrôler et standardiser la conception et la préparation des plats, le marketing et la logistique pour l'ensemble des restaurants de la chaîne, mais également pour les directeurs de restaurant d'améliorer leur travail. En liant le système formel de contrôle de gestion à la gestion opérationnelle dans le restaurant, ils sont en effet pour eux un moyen d'améliorer la transparence locale, d'être plus entrepreneurial et d'augmenter leur bonus, tout en s'alignant sur les objectifs centraux. Dans la même veine, Dambrin et Robson (2011) étudient les systèmes de mesure de la performance en place dans l'industrie pharmaceutique et montrent leur caractère habilitant pour les représentants pharmaceutiques, en permettant par exemple une coordination avec leurs collègues, un ciblage des médecins à visiter ou encore le remboursement de leurs frais.

Mais au-delà du caractère à la fois habilitant et contraignant des instruments de gestion dans une dimension utilitaire et fonctionnelle, l'adhésion des acteurs à des systèmes de comptabilité et de contrôle de gestion trouve sa source dans des dynamiques plus subjectives et d'un autre type de rationalité, avec l'idée que les instruments de comptabilité et de contrôle de gestion peuvent être un moyen de servir des intérêts spécifiques. Briers & Chua (2001) expliquent ainsi l'adhésion des acteurs à l'implantation d'un système ABC chez un fabriquant d'aluminium non pour son utilité technique (un calcul des coûts plus fin) mais car ce système ABC permet de réconcilier des intérêts divers au sein de l'organisation : les comptables gagnent en crédibilité, les consultants peuvent vanter les mérites du système auprès de leurs clients, et plus généralement le système permet de confirmer des intuitions, notamment qu'un des produits n'est pas profitable.

D'autres recherches mettent en avant les jeux de pouvoir autour des instruments de comptabilité et de contrôle de gestion. Ainsi, dans le champ de la santé, des recherches ont montré que les médecins pouvaient se saisir des instruments de comptabilité et de contrôle de gestion diffusés par la direction dans une finalité purement stratégique, soit pour protéger le cœur de l'activité médicale, soit pour retrouver une position de domination dans l'hôpital (Jacobs, 1995 ; Llewellyn, 2001 ; Aidemark, 2001 ; Kurunmaki et al., 2003).

3.2. Les instruments de gestion comme support pour l'apprentissage, le changement et l'action collective

Un autre pan de la littérature s'attache plutôt à rendre compte du rôle constitutif des instruments de gestion dans une optique plus positive, et cherchent à montrer que les instruments de gestion sont également un support pour le changement, l'apprentissage organisationnel et l'action collective.

Certains auteurs suggèrent ainsi le rôle joué par les instruments de gestion dans l'apprentissage organisationnel. Burchell *et al*. (1980) suggèrent que la comptabilité joue un rôle dans l'apprentissage organisationnel et dans la créativité, de même que Ferreira et Otley (2009) pour qui les instruments de gestion peuvent jouer un rôle de facilitateur et de support pour l'apprentissage et le changement organisationnels. Ainsi, pour Moisdon (1997), les instruments de gestion serviraient moins à normer les comportements qu'à créer et propager du savoir. Moisdon (2005) met également l'accent sur les effets d'apprentissage induits par les instruments. Dans le cas de l'hôpital, la mise en place du système PMSI dans les années 1990 a permis de lever un certain nombre d'opacités, de dévoiler des savoirs nouveaux et d'enclencher des phénomènes d'apprentissage. Pour Gilbert (1998), l'instrument est un moniteur d'apprentissage car il véhicule les valeurs, les croyances et les connaissances ayant présidées sa conception. En s'emparant de l'instrument, l'utilisateur explore ces composants, ce qui est source d'apprentissage. Ainsi, si les apports opérationnels des instruments de gestion apparaissent de prime abord médiocres, cela n'est pas toujours le signe d'un échec mais peut être au contraire révélateur de phénomènes d'apprentissage sous-jacents, qui peuvent à termes se révéler stratégique (Moisdon, 1997 ; Gilbert, 1998).

D'autres recherches mettent davantage l'accent sur le rôle des instruments de gestion dans la régulation des rapports sociaux. Pour Gilbert (1998), les instruments de gestion ont un rôle de régulation des rapports sociaux, car l'instrument n'est autre qu'un ensemble de règles sociales sur chacun et sur les relations qui doivent s'établir entre les acteurs. Certains auteurs reconnaissent en l'instrument de gestion un support de l'action collective. Pour Hatchuel (1996), toute modélisation formelle de l'activité permet aux acteurs de mieux se coordonner. Moisdon (1997) souligne également le rôle des instruments de gestion dans la coordination des situations d'action collective, notamment parce qu'ils permettent la construction de représentations partagées par les membres de l'organisation. Cela n'est pas sans rappeler l'approche par le *sensemaking* (Weick, 1995), où l'instrument de gestion soutient la création de sens et permet d'articuler les schémas cognitifs et donc de réduire collectivement l'ambiguïté d'une situation, approche notamment développée par David (2006). L'instrument de gestion peut également jouer un rôle pour résoudre les divergences de vues entre les acteurs. Les instruments de gestion sont en effet impliqué dans les pratiques sociales et organisationnelles par le rôle qu'ils jouent dans le dialogue (Burchell *et al*., 1980). Des auteurs reconnaissent dans les instruments de gestion des objets frontières (Star & Griesemer, 1989), tels que par exemple Bonnier *et al*. (2013) qui analysent les tableaux de bord implantés dans une clinique comme objet frontière entre la communauté administrative et la communauté médicale, en ce qu'ils permettent la communication et la construction de significations partagées entre des acteurs aux intérêts, objectifs et logiques professionnelles distincts autours d'un projet commun d'action collective : la gestion de la performance médico-économique de l'établissement. Enfin, dans une perspective plus politique, l'introduction d'un nouvel instrument de gestion peut modifier l'équilibre du pouvoir existant. En effet, par les effets de transparence qu'il produit, par exemple sur des zones d'incertitude (Crozier & Friedberg, 2014), certains instruments de gestion peuvent impliquer une redistribution du pouvoir entre les acteurs.

Partie 1. Synthèse

La recherche sur l'instrumentation de gestion semble ainsi osciller entre deux positions extrêmes. Une première perspective considère que les instruments de gestion, introduits dans les organisations comme solution technique pour répondre à un problème de gestion spécifique, sont des artefacts neutres au service du gestionnaire. Une autre perspective considère au contraire que les instruments de gestion, en dépit de leur apparente technicité, sont loin d'être des artefacts neutres : ils véhiculent des valeurs et influencent la façon dont les gens voient, pensent et agissent dans les organisations. Ils transforment la culture des organisations, modifient les rapports de pouvoir, facilitent l'apprentissage organisationnel, régulent les rapports sociaux, transforment les individus en entités économiques, etc. Dans cette deuxième perspective, les instruments de gestion façonnent indéniablement l'organisation à laquelle ils prennent part et jouent un rôle essentiel dans la constitution des organisations. Parfois, le basculement de perspective est tel que l'artefact neutre au service du gestionnaire devient un instrument de gestion autonome et tout puissant.

Ces recherches dégagent toutefois un fort sentiment de confusion à plusieurs égards. Les effets supposés des instruments de gestion sont nombreux et variés, voire très large – sur « le changement organisationnel », « la coordination de l'action collective » - alors que les moyens concrets par lesquels ses instruments sont mobilisés et acquièrent un tel pouvoir d'influence ne sont que peu spécifiés : Quels sont les mécanismes à l'œuvre ? Comment les instruments de gestion sont-ils mobilisés ? Ce flou sur les effets et la façon concrète dont un instrument de gestion acquière un pouvoir d'influence est d'autant plus problématique que les instruments de gestion étudiés ne sont pas toujours spécifiés. En particulier, certaines études parlent d' « instruments de gestion » ou bien de « comptabilité », sans davantage de précisions. Or, les instruments de gestion sont extrêmement variés, dans leur forme, leurs caractéristiques, leur domaine d'application et les postulats sous-jacents.

Partie 2. La construction de rôles hybrides : quelle place pour les instruments de gestion ?

Nous nous intéressons à présent à un élément constitutif essentiel des organisations : les rôles. En effet, l'émergence de « professionnels-gestionnaires » dans les hôpitaux peut être plus généralement reliée à l'établissement de nouveaux rôles organisationnels. Nous mobilisons donc également la notion de rôle organisationnel, qui fait l'objet d'une conceptualisation importante en sciences sociales, et dans le champ des organisations. Nous nous interrogeons donc dans cette deuxième partie sur ce que la notion de rôle recouvre ainsi que sur la façon dont les rôles organisationnels se forment, et sur la place accordée aux instruments de gestion dans ces dynamiques de constitution.

Dans le langage courant, la notion de rôle est directement associée au théâtre. Le Larousse propose ainsi comme première définition du rôle « ce que doit dire ou faire un acteur dans une pièce de théâtre, un film ». En sciences sociales, la notion de rôle fait l'objet d'un enracinement théorique important. Les façons de comprendre le concept de rôle sont variées, selon qu'elles mettent l'accent sur la société ou l'individu. Nous présentons ces deux approches principales afin de nous positionner par la suite dans une perspective intermédiaire (1.). Nous verrons ensuite que les instruments de gestion sont majoritairement appréhendés comme des prescripteurs de rôle, et soulignerons la nécessité de repenser leur place dans les dynamiques de constitution des rôles (2.) ; et ce d'autant plus que nombre d'organisations voient se développer des rôles hybrides de « professionnels-gestionnaires » (3.).

1. Le rôle : éléments de définition

Le concept de rôle peut tout d'abord s'appréhender selon une perspective structuraliste. Dans cette approche, le rôle est envisagé comme un ensemble d'attentes comportementales exprimées par la société et auxquelles l'individu doit se conformer. Ainsi, selon Ebaugh (1988, cité par Burellier, 2011) cité par Burellier, 2011), le rôle est « un ensemble d'attentes comportementales associées à des positions données dans la structure sociale ». Ces attentes comportementales peuvent également être exprimées

dans un cadre organisationnel. On parle dans ce cas spécifique de rôle organisationnel, que Biddle (1979) définit comme l'ensemble des attentes relatives aux activités et aux comportements relationnels exercés par un individu dans un contexte organisationnel. Le rôle organisationnel est alors prescrit et normé par l'organisation, et la conformation des comportements individuels est recherchée.

L'approche structuraliste met en avant l'impact de l'environnement extra-organisationnel sur la constitution des rôles professionnels, dans une perspective macro. Dans cette approche, les rôles sont définis par des systèmes institutionnalisés, par exemple les associations professionnelles. Chreim, Williams & Hinings (2007) résument ainsi les mécanismes par lesquels les associations professionnelles impactent la définition des rôles :

> Les perspectives institutionnelles et sociologiques se sont toutes deux intéressées à l'impact des professions sur la définition des rôles et sur la régulation de l'action individuelle comme macro-processus (Abott, 1988 ; Freidson, 1993 ; Greenwood *et al*., 2002 ; Macdonald, 1995). Il est avancé que les professions exercent un contrôle par des moyens tels que la formation, l'évaluation et l'établissement de principes d'action (Abott, 1988 ; Scott & Backman, 1990). L'idée est donc que les puissants processus incitatifs d'identification façonnent l'identité des membres des professions développées.[29] (Chreim *et al*., 2007)

L'approche interactionnelle considère au contraire que le rôle émerge des interactions entre les individus. La construction de rôle est donc le fait de dynamiques individuelles, dans une perspective micro. Ainsi, les rôles professionnels sont émergents et négociés par les professionnels (Chreim *et al*., 2007), en fonction de leurs préférences, de leurs perceptions, du contexte d'action, des interactions avec les autres. Les professionnels peuvent donc initier des changements de rôle, interpréter et performer différemment le rôle prescrit, etc.

[29] "Both the institutional and sociological perspectives have focused on the impact of professions on the definition of roles and on the regulation of member action as a macro process (Abbott, 1988; Freidson, 1993; Greenwood et al., 2002; Macdonald, 1995). Professions are said to exercise control by such means as training, testing, and setting principles for action (Abbott, 1988; Scott & Backman, 1990). Thus, the view is that strong identification inducement processes shape the identity of members of developed professions." (Chreim, Williams, & Hinings, 2007, p. 1517)

Nous explicitons ici notre approche du rôle. Nous adoptons d'une part une acception intermédiaire du rôle, à mi-chemin entre prescription et interprétation (1.1.). Nous considérons d'autre part le rôle comme une entité prenant part à un système de rôle plus large (1.2.).

1.1. Le rôle, à mi-chemin entre prescription et interprétation

Les approches structuralistes et interactionnelles, bien que souvent opposées, sont en réalité interdépendantes. Nous nous appuyons ainsi sur une acception intermédiaire du rôle, puisque nous pensons que ce dernier relève d'un compromis entre ce qui est attendu et prescrit, et ce qui est élaboré par les acteurs eux-mêmes.

Un exemple de cette approche est donné par Chreim *et al*. (2007), qui étudient les facteurs institutionnels, organisationnels et individuels du processus de reconstruction des rôles professionnels et des identités associées. Ils montrent ainsi que la reconstruction de rôle de médecins canadiens, suite à la mise en place de réformes visant à rendre la pratique médicale plus multidisciplinaire et intégrée, est le fait d'une combinaison de multiples forces. Au niveau institutionnel, les autorités régionales de santé et les associations professionnelles véhiculent des « standards » de rôle, qui servent de base à des changements de pratiques, à la fois au niveau organisationnel et au niveau individuel. Au niveau individuel, les standards de rôle établis par les institutions permettent aux professionnels d'interpréter et de légitimer leurs actions dans le processus de reconstruction de l'identité de rôle. De plus, les professionnels mettent en place des mécanismes tels que le recadrage par rapport au nouveau standard véhiculé, des interactions avec d'autres professionnels et des actions de contrôle sur le contenu et le processus du changement de rôle. L'impact des institutions sur la construction de rôle est également indirect puisque les standards de rôle se traduisent au niveau organisationnel par des arrangements structurels, de systèmes ou de processus, qui à leur tour influencent la reconstruction des rôles professionnels.

Ainsi, dans le cas des médecins chefs de pôle et des cadres de santé de pôle, nous considérons que le rôle attendu est décrit dans les textes de la loi sur la nouvelle gouvernance, de même que par les établissements hospitaliers concernés, généralement par la direction. Toutefois, au-delà de cette prescription formelle, médecins et cadres de

santé nommés à la tête des pôles restent des individus relativement autonomes, dans des contextes spécifiques, ce qui laisse la porte ouverte à une réinterprétation inévitable du rôle prescrit.

1.2. Le rôle dans une approche système

Nous considérons en outre que chaque rôle organisationnel s'inscrit dans un système plus large de rôles. Les travaux de Katz et Kahn (1966) sont intéressants car ils mettent l'accent sur une approche « système » du rôle. Les auteurs insistent ainsi sur la dimension relationnelle du rôle et décrivent l'organisation comme un système de rôles, chaque individu pouvant être localisé dans ce système de rôles interdépendants.

Cette approche du rôle suggère que si certains rôles sont amenés à évoluer, ou que de nouveaux rôles émergent, alors les autres rôles du système seront impactés, à l'image d'une boule de billard qui, projetée sur les autres boules du jeu, leur impulsera de nouvelles trajectoires. A l'hôpital, la gestion est traditionnellement l'apanage des directions fonctionnelles : le directeur des ressources humaines est responsable de la gestion des personnels administratifs et paramédicaux (la gestion des personnels médicaux relève d'un autre système indépendant), le directeur financier est chargé des questions de gestion financière, etc. ; alors que les professionnels médicaux et paramédicaux ont une mission de soin au patient. De façon schématique, il y a dans cette configuration deux systèmes de rôle relativement cloisonnés : d'un côté la sphère médicale et soignante, de l'autre la sphère gestionnaire (bien que l'encadrement paramédical compte quelques tâches de gestion, mais à un niveau très opérationnel). L'émergence de professionnels-gestionnaires, en charge de tâches de gestion financière et de ressources humaines par exemple, bouscule ainsi l'ordre existant : si certains médecins et cadres de santé ont désormais des responsabilités de gestion, qui auparavant étaient prises en charge par les directions fonctionnelles, alors qu'advient-il de leurs rôles ?

C'est donc bien la configuration (comme disposition des différents éléments d'un tout) et la reconfiguration d'un ensemble de rôles organisationnels qui nous intéresse dans cette thèse, en lien avec l'implantation et la mobilisation nouvelle d'instruments de contrôle de gestion.

Nous considérons donc que le rôle organisationnel tenu par un individu est un compromis entre les attentes comportementales exprimées par la société et l'organisation, et l'interprétation que l'individu fait de ce cadre prescriptif. L'exercice du rôle, comme un ensemble d'activités et de comportements relationnels, s'effectue donc au sein d'un système plus large de rôles organisationnels. Ainsi, l'étude des rôles organisationnels revient à s'intéresser :

- Au rôle prescrit par la société et par l'organisation ;
- Au rôle tel qu'il est effectivement mis en pratique par les individus, et donc :
    - Aux activités exercées par l'individu qui tient le rôle organisationnel étudié, en d'autres termes les tâches qu'il effectue dans le cadre du rôle organisationnel considéré,
    - Aux relations que l'individu entretient avec les autres membres de l'organisation, dans le cadre du rôle organisationnel étudié ;
- A la dynamique du système de rôle plus large dans lequel chaque rôle organisationnel s'inscrit.

2. Le statut des instruments de gestion dans la constitution des rôles organisationnels

Nous nous intéressons à présent au statut des instruments de gestion dans la constitution des rôles organisationnels. Nous verrons qu'au sein des organisations, les instruments de gestion sont majoritairement abordés comme des objets permettant de prescrire les rôles des acteurs (2.1.). Toutefois, un rôle prescrit n'est pas nécessairement un rôle tenu : nous mettons ainsi en avant la nécessité d'étudier la façon dont les instruments de gestion sont mis en pratique et façonnent le rôle effectivement tenu par les acteurs (2.2.).

2.1. Les instruments de gestion prescripteurs de rôle

Lorsque l'on s'interroge sur la façon dont les instruments de contrôle de gestion affectent la constitution des rôles des membres d'une organisation, il apparaît que les instruments de contrôle de gestion sont traditionnellement pensés comme des

prescripteurs de rôles. Comme le résume Moisdon (2005, p. 165) : « une technologie de gestion est prescriptive : elle donne à voir et conforme une conduite ; elle la discipline, elle crée même l'acteur lui-même, lui assignant une place, définissant pour lui un système de valeurs par une spécification de performances, lui indiquant comment il doit se coordonner avec les autres ». L'idée sous-jacente est que les instruments de contrôle de gestion, du fait même de leur présence dans l'organisation, dessinent les contours des rôles que devront tenir les acteurs au sein de l'organisation. Une première dimension relativement intuitive est que les rôles sont tout d'abord définis directement par rapport à l'instrument de gestion, dans la mesure où l'introduction d'un instrument de gestion suppose *a minima* la détermination d'un rôle d'utilisateur (Gilbert, 1998, p. 16) :

> L'instrument suppose une distribution de rôles professionnels, soit qu'elle lui préexiste, soit qu'il la produise du seul fait de sa présence. A minima, son fonctionnement détermine un rôle d'utilisateur et structure, ce faisant, un rapport social entre les tenants de ce rôle et d'autres acteurs, à l'intérieur voire à l'extérieur de l'entreprise. Un document comptable est établi par un premier acteur qui constate, enregistre et mémorise, selon une expertise qu'il détient, l'activité d'autres acteurs, afin d'orienter les comportements des seconds ou du public, ou encore de répondre à des obligations imposées par des tiers. (Gilbert, 1998, p. 16)

Gilbert (1998) évoque ici le rôle d'utilisateur, qui aura donc pour mission d'utiliser l'instrument, mais en raisonnant en miroir on pense également à un rôle de concepteur, acteur qui aura pour tâche de créer l'instrument, ou encore au rôle d'expert - dans l'exemple de Gilbert, un comptable, qui n'aura pas conçu en soit le compte de résultat ou le bilan, mais qui détient l'expertise d'enregistrer les activités des autres acteurs. Un instrument de gestion va donc générer une distribution des tâches et des activités entre les acteurs ainsi qu'une définition des relations qui les lient, en rapport direct avec l'instrument.

L'exemple donné par Gilbert (1998) souligne le caractère particulier des instruments de comptabilité et de contrôle de gestion dans la définition des rôles organisationnels. Mais la recherche en contrôle de gestion accorde une attention plus ou moins explicite à la fonction prescriptive des rôles organisationnels attachée aux instruments de contrôle de gestion. Dans beaucoup d'études, cette idée est abordée, au détour d'une phrase, comme

une évidence. Ainsi, selon Mouritsen (2005, p. 12), la comptabilité « définit les rôles, les droits de décision, les objectifs et les critères de performance »[30]. Dans la même veine, Roberts & Scapens (1985, p. 449) avancent que la comptabilité permet l'organisation, parce qu'elle fournit « une définition des droits et des obligations mutuelles »[31] de chacun.

2.2. De la prescription à l'internalisation du rôle : étudier la mise en pratique des instruments de gestion

Hasselbladh & Kallinikos (2000) accordent quant à eux une attention particulière au rôle joué par les techniques de contrôle de gestion dans la construction des rôles sociaux et organisationnels. Selon eux, les pratiques organisationnelles – les procédures, les techniques, les relations, les règles, les principes de performance, etc. – se construisent à travers trois canaux : les idéaux (exprimés sous forme orale), les discours (exprimés sous forme écrite) et les techniques de contrôle de gestion (exprimées par codification formelle). Dans ce « package rationalisé », les techniques de contrôle codifiées et dérivées des discours, tels que les systèmes de mesure et les systèmes de comptabilité, jouent un rôle clé dans ce que les auteurs appellent la « subjectification », c'est-à-dire « la construction de rôles organisationnels et sociaux identifiables et récurrents »[32] (Hasselbladh & Kallinikos, 2000, p. 701). En effet, selon les auteurs, c'est par les discours et les techniques de contrôle associées que les rôles organisationnels sont façonnés. Les auteurs mettent en avant l'importance des techniques de contrôle dans ce processus car c'est par le langage écrit et la codification que sont spécifiées les tâches organisationnelles et que les relations organisationnelles sont rendues visibles.

Les instruments joueraient donc un rôle important dans la *définition* des rôles au sein d'une organisation. En prescrivant les tâches que les acteurs doivent accomplir et les relations qui les lient, les instruments de comptabilité et de contrôle de gestion caractérisent de façon formelle les rôles. *Toutefois, ça n'est pas parce qu'un rôle est prescrit qu'il est approprié par les membres d'une organisation.* Notamment, le concept

[30] "define roles, decisions rights, objectives and performance criteria" (Mouritsen, 2005, p. 12)
[31] "a definition of mutual rights and obligations" (Roberts & Scapens, 1985, p. 449)
[32] "the construction of recognizable and recurrent social and organizational roles" (Hasselbladh & Kallinikos, 2000, p. 701)

de subjectification proposé par Hasselbladh et Killinikos (2000) a été critiqué pour ne pas tenir compte de la subjectivité des individus (Dambrin *et al*., 2007 ; Ancelin-Bourguignon *et al*., 2013). Selon Dambrin *et al*. (2007), la subjectification telle que définie par Hasselbladh et Killinikos ne capture que la définition du rôle, et non son *internalisation* par les acteurs. Au contraire de la subjectification, l'internalisation s'intéresse à « la façon dont les acteurs comprennent leurs rôles et les mettent en œuvre »[33] (Dambrin *et al*., 2007, p. 3). Pour Hasselbladh et Killinikos, cela pourrait passer par la mise en pratique des systèmes de mesure et de comptabilité :

> Lorsqu'on les examine de plus près, il semblerait que les acteurs organisationnels se construisent précisément en mettant en pratique les méthodes et les techniques par lesquelles ils développent et manipulent les objets qui définissent formellement leurs tâches. (Hasselbladh & Kallinikos, 2000, pp. 712–713)[34]

Selon les auteurs, il est donc crucial d'étudier comment les acteurs organisationnels manipulent et mettent en pratique les objets comptables pour comprendre l'évolution de leurs rôles et de leurs relations. Mise en pratique des objets de gestion et évolution des rôles organisationnels seraient donc inextricablement liés.

Ainsi, au-delà d'une prescription formelle des rôles et des règles de comportement, il est intéressant de s'interroger sur la façon dont les instruments de gestion sont très concrètement mobilisés et impactent la façon concrète dont le rôle est tenu. Cette question est d'autant plus intéressante que se développent des rôles hybrides de professionnels-gestionnaires dans nombre d'organisations, comme nous le développons dans la section suivante.

3. Une question renouvelée par l'émergence de rôles hybrides de professionnels-gestionnaires

La question de la formation de nouveaux rôles ou celle de l'évolution des rôles organisationnels acquiert d'autant plus de pertinence avec le développement croissant

[33] "the way actors understand their roles and enact them" (Dambrin, Lambert, & Sponem, 2007, p. 3)
[34] "it would seem upon a closer scrutiny that organizational actors constitute themselves by enacting precisely the methods and techniques through which they develop and manipulate objects that define their formal tasks." (Hasselbladh & Kallinikos, 2000, pp. 712–713)

de rôles « hybrides » dans les organisations, combinant rôles professionnels et rôles gestionnaires (3.1.). Nous mettons en avant la nécessité de considérer les instruments de gestion comme des vecteurs d'hybridation des rôles de professionnels et de gestionnaires (3.2.).

3.1. Les rôles hybrides, entre professionnel et gestionnaire

La notion d'hybridité est issue du domaine de la biologie et de la botanique et désigne un « croisement de variétés, de races, d'espèces différentes ». Plus communément, est hybride tout ce qui est « composé de deux éléments de nature différente anormalement réunis ; qui participe de deux ou plusieurs ensembles, genres, styles » (Petit Robert, 2010). Dans le sillage des réformes du fonctionnement des organisations publiques, le secteur public se caractérise aujourd'hui par des tensions et des contradictions croissantes entre des principes organisationnels différents, qui donnent souvent lieu à des structures, des pratiques et des rôles hybrides (Denis, Ferlie & Van Gestel, 2015). On assiste ainsi à l'émergence de nouvelles fonctions pour nombre de professionnels à qui des responsabilités de gestion inédites sont attribuées. L'hybridation concerne notamment les organisations professionnelles publiques et touche par exemple les rôles de sergent au sein de la police (Butterfield, Edwards & Woodall, 2005), les rôles d'infirmiers (Bolton, 2004) et de médecins (Ashburner, Ferlie & Fitzgerald, 1996 ; Button & Roberts, 1997 ; Fitzgerald & Ferlie, 2000 ; Llewellyn, 2001 ; Kurunmäki, 2004) dans les hôpitaux. Il y a donc une tendance claire vers des tentatives de fusion de rôles professionnels et de rôles de gestion au niveau individuel.

Comment ce mouvement d'hybridation des rôles a-t-il été appréhendé ? Concernant les « médecins-gestionnaires », ce sont principalement les tensions identitaires et les contradictions issues de leur positionnement mixte, entre médecine et gestion, et la façon d'y faire face, qui sont analysées. Dans le contexte français, Burellier et Valette (2011) cherchent à étudier dans quelle mesure les médecins responsables de pôles cliniques s'approprient, ou non, leur nouveau rôle et identifient quatre modes d'ajustement des médecins à leur rôle, selon que l'accent est mis sur l'adaptation du médecin lui-même pour répondre aux exigences de l'organisation ou la manipulation de son environnement pour satisfaire ses attentes personnelles. Quant à Burellier (2011), il analyse le travail identitaire mené par des médecins-gestionnaires pour faire face aux

tensions liées à la tenue d'un rôle nouveau de chef de pôle et pour mener la transition du rôle de médecin au rôle de chef de pôle.

Mais de façon générale, l'attention portée à l'hybridation à un niveau individuel a été faible. Denis *et al*. (2015) soulignent en effet que l'attention a été majoritairement portée à l'hybridation structurelle, c'est-à-dire aux réarrangements et aux formes organisationnelles mixtes. Or, l'émergence de nouveaux rôles professionnels sont des manifestations de changements plus subtils mais non moins fondamentaux : il s'agit donc d'étudier plus en profondeur à la fois la production et les conséquences de ces formes individuelles d'hybridation (Denis *et al*., 2015).

3.2. Les instruments de gestion pour comprendre la production de rôles hybrides

La littérature a mis en avant plusieurs facteurs d'hybridation, ce que Denis *et al*. (2015) appellent les *drivers* de l'hybridation. Ces facteurs d'hybridation identifiés sont multiples, mais ont en commun leur niveau d'analyse macroéconomique : notamment les capacités technologiques, les forces économiques, les changements de normes et d'attentes, d'idéologies et de valeurs, etc., qui créent des conditions pour davantage d'hétérogénéité et de différenciation.

Mais comment ces facteurs d'hybridation extra-organisationnels se traduisent-ils au sein des organisations, et *in fine* conduisent-ils (ou non) à une hybridation des rôles ? En France, certaines recherches suggèrent que les instruments de gestion sont des vecteurs d'hybridation des rôles en ce qu'ils permettraient de lier les logiques professionnelles et de gestion. Dans le cas des « médecins-gestionnaires », certaines recherches françaises récentes mettent en avant cette dimension des instruments de gestion. Ainsi, Bonnier *et al*. (2013) montrent comment l'introduction d'un tableau de bord rend possible la tenue de réunions entre membres de la direction et médecins au cours desquelles des questions médico-économiques sont discutées. Gouffé et Cargnello-Charles (2014, p. 9) insistent quant à eux sur le rôle joué par le processus de contractualisation dans le décloisonnement entre les logiques médicale et administrative, puisque « le temps d'échange sur l'élaboration du contrat et l'analyse des résultats sont des éléments positifs qui favorisent les discussions entre les différentes directions et champs professionnels hospitaliers ». Dans un esprit similaire, Havard (2014) suggère que les

instruments de gestion tels que les contrats de pôle sont un support à la mise en cohérence des logiques administrative, médicale et soignante, en particulier dans la phase d'élaboration. Enfin, Bérard (2013b) étudie dans sa thèse l'usage des CREA et des budgets dans un hôpital public, dans le cadre de la mise en œuvre des réformes de la nouvelle gouvernance. Si l'auteur met en évidence une évolution certaine des représentations des chefs de pôle, il est toutefois difficile de faire un lien entre ces instruments et l'évolution des rôles des chefs de pôle dans la mesure où ces instruments restent, dans le cas étudié, majoritairement mobilisés par la direction. Burellier (2011) évoque dans sa thèse la diffusion d'instruments de gestion aux chefs de pôle nouvellement en postes, comme des indicateurs de suivi des effectifs et de l'activité, toutefois la thèse met essentiellement l'accent sur le travail identitaire effectué par les chefs de pôle dans leur transition de rôle

Quant à Valette et Burellier (2014), ils identifient des facteurs facilitateurs de la transition vers un rôle de gestionnaire. Ainsi, si l'identité des chefs de pôle reste avant tout médicale, ils s'approprient tout de même des logiques de gestion lorsqu'ils mettent leur casquette de chef de pôle, notamment par le biais des instruments de gestion. Valette et Burellier (2014) suggèrent notamment que les instruments de gestion constituent de « puissants vecteurs d'enrôlement à la gestion », en sus des rôles pédagogiques joués par les cadres de santé et administratifs de pôle. Selon eux, le contrat de pôle, accompagné de tableaux de bord des dépenses, des activités, des mensualités de remplacement du personnel soignant, et des comptes de résultat analytiques, contraint le chef de pôle à « penser la transversalité, manipuler des études coûts/bénéfices pour négocier, s'intéresser aux modes de constitution des recettes et à leurs tarifs. S'il veut gagner en capacité de négociation auprès de la direction, il devra montrer qu'il s'inscrit dans une logique de maximisation de l'activité et de minimisation des dépenses » (Valette & Burellier, 2014, p. 11). Ce point n'est toutefois pas davantage développé et mérite d'être creusé pour mieux comprendre la façon dont des professionnels originellement peu familiers avec les logiques économiques et de gestion se les approprient.

Quant aux recherches étrangères, elles sont nombreuses à étudier l'implantation d'instruments de comptabilité et de contrôle de gestion pour les médecins. Toutefois, peu se penchent sur la dynamique d'hybridation même au niveau individuel pour en

comprendre les leviers, et l'utilisation des instruments de comptabilité et de contrôle de gestion par les médecins est pensée comme un marqueur final de l'hybridation : dans ce type de recherche, le débat se focalise sur le degré d'adoption des pratiques de comptabilité et de contrôle de gestion par les médecins et sur la possibilité de conclure à une hybridation, mais non sur les dynamiques par lesquelles les médecins en viennent à adopter (ou ne pas adopter) des rôles hybrides. Certaines recherches ont en effet mis en évidence une adoption des techniques et pratiques comptables par les médecins. Les travaux de Kurunmäki dans le contexte finlandais (Kurunmäki *et al*., 2003; Kurunmäki, 2004) suggèrent que l'accomplissement d'activités de comptabilité et de contrôle de gestion est devenu le quotidien des médecins, et ce non parce que cela était imposé par la direction mais parce que les médecins en sont désireux. Kurunmäki *et al*. (2003) documentent ainsi le cas de médecins finlandais dans des unités de soins intensifs qui ont « absorbé » des pratiques calculatoires telles que l'estimation de coûts, de prix, et le contrôle budgétaire, devenant ainsi des « médecins-contrôleurs de gestion » (*clinician-management-accountants*). Kurunmäki (2004) renforce ces conclusions et suggère une hybridation des rôles. Elle met en évidence l'adoption sans réserve des pratiques de comptabilité par les médecins finnois de trois établissements de santé finlandais, à tel point que la comptabilité serait devenue partie intégrante de la fonction de médecin. Les médecins interviewés sont capables et désireux d'acquérir le savoir comptable nécessaire et de le combiner avec leurs connaissances cliniques existantes. L'auteur explique ce phénomène d' 'hybridation' des rôles par la spécificité du contexte institutionnel finlandais, où le contrôle de gestion est perçu comme une discipline accessible et mobile, et non comme l'apanage d'un groupe professionnel séparé. Ces conclusions sont tempérées par les travaux de Jacobs (2005) dans des hôpitaux allemands, italiens et britanniques. Pour lui, on ne peut pas parler d'hybridation mais plutôt de polarisation, car ce ne sont pas tous les médecins qui adoptent des pratiques de contrôle de gestion de façon universelle, mais seulement un sous-groupe formé par les médecins ayant des responsabilités administratives. De plus, les résultats diffèrent selon le pays considéré et la structure organisationnelle adoptée dans les hôpitaux. Il montre ainsi qu'en Allemagne et en Italie, les médecins ayant des responsabilités administratives montrent un intérêt et une volonté plus importants pour la pratique comptable et gestionnaire que les médecins ayant des responsabilités administratives au Royaume-Uni. Pour l'auteur, ces différences ne s'expliquent non pas par le statut de la

profession comptable dans le pays, mais par des structures organisationnelles différentes puisqu'en Grande-Bretagne les médecins responsables sont assistés par un gestionnaire ou un comptable, alors qu'en Allemagne et en Italie les médecins responsables n'ont pas d'assistance administrative et ne peuvent donc pas déléguer les activités de gestion et de comptabilité. Enfin, l'auteur conclut que l'engagement des médecins ayant des responsabilités administratives dans les activités de gestion et de comptabilité est une réponse à un changement coercitif (et non un désir des médecins, comme avancé par Kurunmäki, 2004).

Outre le fait que ces recherches abordent les instruments de comptabilité et de contrôle de gestion uniquement comme des marqueurs d'hybridation, elles ne fournissent que peu d'éléments sur la façon dont les instruments sont très concrètement mobilisés par les acteurs. Cela positionne ces études en contrepoint des arguments de Hasselbladh et Kallinikos (2000) selon qui les rôles organisationnels se construisent dans la mise en pratique des instruments de comptabilité et de contrôle de gestion. Les études examinant les rôles de professionnels-gestionnaires dans le champ de la santé décrivent ainsi des médecins qui « utilisent » des instruments de gestion, pour qui mettre en œuvre des techniques de contrôle de gestion est devenu « partie intégrante » de la profession médicale. Mais que signifie concrètement « utiliser » un instrument de gestion ?

L'état de la recherche sur l'hybridation des rôles professionnel et gestionnaire suggère ainsi de considérer les instruments de gestion comme des vecteurs possibles d'hybridation. Cette hypothèse est en outre tout à fait cohérente avec les recherches sur l'instrumentation de gestion qui mettent en avant d'une part leur rôle constitutif sur les dynamiques organisationnelles et donc sur les rôles organisationnels, d'autre part leur contribution à l'économisation des acteurs. Nous suggérons donc qu'à un niveau intra-organisationnel, les instruments de gestion sont un moteur possible de l'hybridation des rôles, à la rencontre entre la sphère professionnelle et la sphère gestionnaire.

Partie 2. Synthèse

Si l'organisation est un système de rôles, alors les rôles organisationnels, en tant qu'ensembles d'activités et de comportements relationnels exercés par des individus, constituent une composante fondamentale des organisations. Selon la littérature, les rôles organisationnels sont façonnés à la fois par des institutions supérieures à un niveau macro, et à la fois par l'action des individus à un niveau micro.

Il est intrigant de constater que la littérature sur les instruments de gestion attribue à ces derniers une influence forte sur la façon dont les gens voient, pensent et agissent, et donc potentiellement sur la constitution et l'évolution des rôles organisationnels (même si le terme de rôle n'est pas employé en tant que tel), alors que les recherches s'intéressant à l'objet même du rôle organisationnel ignorent les artefacts dans l'analyse de la constitution et de l'évolution des rôles organisationnels, ou tout au plus considèrent les instruments de gestion comme des prescripteurs de rôle. Si cette absence des instruments de gestion paraît naturelle dans l'analyse de la formation de rôles organisationnels qui ne sont pas des rôles de gestion (notamment les professionnels « purs »), elle pose davantage question dans le cas de la formation de rôles de gestionnaires, au regard de l'instrumentation croissante des organisations.

La compréhension de l'influence des instruments de gestion dans les dynamiques de production des rôles organisationnels est d'autant plus intéressante que nombre d'organisations voient aujourd'hui se développer des rôles hybrides, combinant rôle de professionnel et rôle de gestionnaire. Les instruments de gestion seraient donc des vecteurs possibles de cette hybridation des rôles, par leur dimension prescriptive mais aussi et surtout par leur mise en pratique. Il convient donc de se pencher sur la façon dont les acteurs mobilisent les instruments de gestion dans le cadre de l'exercice de leur rôle pour en comprendre la dynamique de constitution.

CHAPITRE II. CONCLUSION ET IMPLICATIONS POUR NOTRE RECHERCHE

Les études s'intéressant aux instruments de gestion ont mis en évidence leur pouvoir d'influence dans la vie des organisations. Loin de n'être que des artefacts neutres au service du gestionnaire, les instruments de gestion seraient des vecteurs d'apprentissage, de changement organisationnel, de coordination de l'action collective, influenceraient les façons de voir, de penser et de se comporter, modifieraient les relations de pouvoir, etc. Cette « toute puissance » supposée des instruments de gestion n'est cependant pas toujours assortie d'une description des mécanismes par lesquels un instrument de gestion acquiert un tel pouvoir d'influence.

En lien avec l'émergence de professionnels-gestionnaires dans les hôpitaux publics, nous nous intéressons plus précisément au pouvoir d'influence des instruments de gestion sur la formation des rôles organisationnels. En considérant que l'organisation est un système de rôle, nous nous interrogeons sur l'influence de l'introduction d'instruments de gestion dans la constitution de nouveaux rôles organisationnels et dans l'évolution des rôles organisationnels existants. Toutefois, la littérature considère que les rôles organisationnels sont façonnés par des institutions supérieures à un niveau macro et par l'action des individus à un niveau micro : les artefacts tels que les instruments de gestion sont généralement absents de ces dynamiques.

Alors que la recherche sur les instruments de gestion tend à leur attribuer un puissant pouvoir d'influence, sur les représentations et les comportements des individus dans les organisations, les études s'intéressant spécifiquement à la formation des rôles organisationnels tendent à ignorer les instruments de gestion dans l'analyse. Cela est d'autant plus surprenant que la tendance actuelle est à l'hybridation des rôles de professionnel et de gestionnaire.

Face à ce paradoxe, nous cherchons ici à comprendre comment des instruments de gestion implantés dans des organisations sont impliqués dans la constitution et l'évolution des rôles organisationnels.

Nous cherchons ainsi à répondre à la question suivante :

Par quels mécanismes les instruments de gestion façonnent-ils le système de rôles organisationnels ?

Comme nous le verrons dans la partie suivante, la théorie de l'acteur-réseau, notamment parce qu'elle laisse la place aux objets dans l'analyse des phénomènes sociaux, nous fournit des pistes de réflexion pour répondre à cette question.

CHAPITRE III. ETUDIER LES INSTRUMENTS DE CONTROLE DE GESTION ET LEURS EFFETS PAR LE PRISME THEORIQUE DE L'ACTEUR RESEAU

Nous présentons dans ce chapitre la perspective théorique adoptée pour notre recherche. La théorie de l'acteur-réseau, dite ANT en anglais (Actor-Network Theory), est un corpus théorique né dans les années 1980 et qui propose une conception originale de la façon dont les faits scientifiques et les innovations se construisent, et plus généralement du social. Nous présentons dans une première partie les raisons du choix de l'ANT comme ancrage théorique et les fondements de ce corpus théorique.

La deuxième partie de ce chapitre revient sur la façon dont l'ANT a été mobilisée dans les travaux en comptabilité et en contrôle de gestion. Ce corpus théorique a inspiré de nombreuses recherches, notamment car il a permis d'appréhender les systèmes de comptabilité et de contrôle de gestion sous un prisme nouveau et de mettre à jour les processus conduisant à l'émergence et à la diffusion des systèmes de comptabilité et de contrôle de gestion dans la société et dans les organisations. Toutefois, la recherche en comptabilité et en contrôle de gestion s'est majoritairement intéressée à l'ANT dans sa version originelle et a laissé de côté des concepts potentiellement riches pour l'analyse de phénomènes organisationnels. Nous spécifions ainsi les pistes de recherches que cela ouvre et que nous empruntons dans ce travail de thèse.

Partie 1. Les fondements l'ANT : étudier les interactions entre les objets et les humains pour comprendre le social

L'objet de cette première partie est de présenter de la façon la plus complète et la plus claire possible la théorie de l'acteur-réseau. Présenter une synthèse de l'ANT n'est pas une entreprise facile. Les textes sont multiples, les partis pris parfois divergents et évolutifs. Nous avons donc fait le choix de nous appuyer sur quelques textes clés, dont celui de Michel Callon (1986), l'ouvrage de Bruno Latour (2005) « *Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network-Theory* » - qui a pour mérite de rassembler les principaux concepts de l'ANT et donner une cohérence à des travaux complexes – ainsi que les écrits de Madeleine Akrich (1987, 1991, 1993, 1998).

La première section de cette partie a pour ambition d'exposer les raisons nous ayant conduit à adopter l'ANT comme ancrage théorique (1.). La deuxième section présente quant à elle les principes fondateurs de l'ANT (2.).

1. Le choix de l'ANT comme ancrage théorique

Comme nous le développons plus loin dans le chapitre méthodologique, nous avons débuté la collecte des données empiriques relativement tôt dans le processus de thèse, nous interrogeant de prime abord sur les usages et les effets de l'implantation d'instruments de contrôle de gestion dans un hôpital, d'un point de vue très concret. La perspective théorique n'a émergé que plus tard, et s'est progressivement déployée, au fil des lectures théoriques et de la mise en abstraction des observations sur le terrain. L'ANT dans sa version récente s'est progressivement imposée, avec le sentiment que cette approche théorique faisait sens, sous forme d'une adéquation forte entre nos interrogations, nos observations sur le terrain et la façon de l'aborder, et la « philosophie » de cette théorie.

Nous présentons dans cette première section les raisons qui nous ont poussées à adopter l'ANT comme ancrage théorique. Nous abordons ici l'ANT dans une perspective assez générale, et n'en précisons les concepts que dans la section suivante (2.).

De façon très générale, nous pouvons dire que l'ANT est une perspective théorique privilégiée pour étudier les interactions entre les objets et les humains, et la façon dont ces interactions influencent l'établissement d'un phénomène social nouveau : l'émergence de nouveaux rôles de professionnels-gestionnaires. L'ANT nous permet donc de faire le lien entre les instruments de contrôle de gestion et les rôles organisationnels, tout d'abord car cette approche nous amène à porter autant d'attention à l'humain qu'à l'objet dans l'analyse des phénomènes socio-organisationnels (1.1.), ensuite car elle est une théorie qui laisse la porte ouverte à l'inattendu et l'émergent (1.2.) et enfin car elle permet une analyse à la fois localisée et étendue (1.3.).

1.1. Rééquilibrer l'influence de l'humain et du non humain dans l'analyse des phénomènes socio-organisationnels

Nous avons vu que la recherche tend à osciller entre deux positionnements contradictoires : d'une part, une tendance à considérer que les instruments de gestion portent en eux-mêmes une capacité d'influence parfois considérable sur l'ordre organisationnel et social dans le champ de la recherche sur l'instrumentation de gestion, d'autre part une tendance à ignorer les artefacts dans l'analyse des phénomènes socio-organisationnels dans les autres domaines des sciences de gestion.

Face à ce paradoxe, l'ANT est intéressante en ce qu'elle porte une attention équilibrée aux humains et aux objets dans l'analyse des phénomènes sociaux. Ainsi, ni l'agence humaine ni l'influence des objets ne sont ignorés, et l'ANT invite à se poser la question de l'articulation et de l'influence mutuelle des objets et des humains lors de l'étude du social.

1.2. Une théorie qui laisse la porte ouverte à l'inattendu et à l'émergent

L'ANT n'est toutefois pas la seule approche théorique à s'intéresser aux artefacts, à leurs interactions avec les individus et à leurs rôles dans des systèmes sociaux. En particulier, des approches telles que la théorie de l'activité et la théorie de la structuration se soucient de ces interactions entre objets et humains. La théorie de l'activité trouve ses sources dans les travaux du psychologue Vygotsky puis Rabardel

(1995, 2007), et met en évidence la nature relationnelle de tout instrument. Les situations d'activité instrumentées sont ainsi décrites comme un ensemble d'interactions entre sujet, objet de travail et instrument. Toutefois, nous avons écarté cette approche en raison du niveau d'analyse considéré, qui est essentiellement individuel. En effet, se sont surtout les effets cognitifs et d'apprentissage des individus, en lien avec l'utilisation d'instruments, qui sont analysés, là où nous souhaitions comprendre les impacts plus larges, au niveau de l'organisation, de l'introduction de nouveaux instruments de gestion. Les approches structurationnistes s'intéressent également aux dynamiques de transformation sociale en lien avec la technologie ou les instruments de gestion. En effet, la théorie de la structuration originellement développée par Giddens (1984) a par la suite été reprise pour penser les interactions entre des technologies (Barley, 1986 ; Orlikowski, 1992) ou des instruments de comptabilité et de contrôle de gestion (Roberts & Scapens, 1985 ; Dugdale & Jones, 2002 ; Ahrens & Chapman, 2002), et leurs utilisateurs, et analyser les implications de ces interactions à différents niveaux : acteur, pratique, organisation (Brivot, 2013). Cette approche théorique a donc le mérite de penser les effets des instruments de gestion dans une perspective plus large que les seuls individus. Dans la perspective structurationniste, la structure est un ensemble de règles (directives, normes, etc.) et de ressources qui permettent à des pratiques sociales de persister dans le temps et dans l'espace, et qui est à la fois une contrainte et un produit de l'action humaine. Dans ce processus de configuration mutuelle entre structure et action, « les interactions homme-technologie peuvent jouer un rôle de médiateur, en contribuant à institutionnaliser ou désinstitutionnaliser les propriétés structurelles existantes. » (Brivot, 2013, p. 137). Ce type d'approche nous a semblé toutefois peu adapté pour notre mener recherche, et ce pour plusieurs raisons. La perspective structurationniste revient en effet à articuler un ensemble de catégories clairement définies et délimitées qui, bien qu'agissant les unes sur les autres, restent analytiquement indépendantes. On parle de « structure », d' « institutions », de « technologies », d' « agents humains », dont les interactions et les effets les uns sur les autres sont clairement calibrés et délimités, à la fois dans le temps et dans l'espace. En particulier, l'approche structurationniste implique de distinguer les effets de l'instrumentation sur le social et les effets du social sur l'instrumentation (Brivot, 2013).

Or nos observations sur le terrain suggèrent au contraire une inextricabilité du social et de l'instrumentation. Le découpage des observations empiriques que la théorie de la

structuration suggérait nous a donc semblé trop artificiel. De façon plus générale, il nous a semblé que l'approche structurationniste ne laissait que peu de place à l'émergence d'éléments qui ne rentreraient pas dans les catégories prédéterminées. D'une part, alors que la théorie de la structuration restreint l'analyse du phénomène social à trois dimensions centrales (la structure, l'agent humain, et la technologie), l'ANT laisse la porte ouverte à tout type d'entités, puisque l'analyse repose sur un réseau d'actant, c'est-à-dire un ensemble d'entités humaines et non humaines. D'autre part, dans la théorie structurationniste, les transformations ou effets sociaux appréhendés ne sont finalement que ceux qui sont institutionnalisés, c'est-à-dire qui acquièrent une dimension systématique, franche, indiscutable.

Qu'en est-il alors des phénomènes plus émergents, plus subtils, incomplets mais pourtant révélateurs d'une transformation en cours ? Par ce deuxième aspect, l'ANT nous a semblé être un choix plus pertinent, encore une fois au regard de nos observations de terrain. Dans cette perspective, l'approche en termes de réseau est intéressante au regard de la dynamique de changement qu'elle suggère. Le réseau est en effet animé d'un processus de traduction, défini comme la série de transformations nées de la combinaison d'éléments variés. Loin des approches déterministes, l'ANT nous amène à penser les transformations du social comme un ensemble d'associations entre des entités hétérogènes, créant des déplacements incrémentaux d'actions et d'intentions et des effets qui ne sont pas toujours intentionnels, ni prévisibles, ni permanents.

1.3. Une analyse à la fois très localisée et étendue

Outre cette attention portée aux objets, et à leurs interactions avec les humains, nous avons été sensible à l'approche en termes de réseau que propose l'ANT. L'ANT postule que la compréhension d'un phénomène social passe par le réseau, comme ensemble d'associations particulières entre des entités hétérogènes. Cette approche en termes de réseau nous a semblé intéressante en ce qu'elle permet une analyse à la fois très localisée, via l'étude des interactions entre les entités du réseau, mais également étendue puisque c'est l'ensemble des connexions qui sont formées qui compte pour expliquer la formation d'un phénomène social. Dans le cadre de notre recherche, l'ANT nous amène donc à nous concentrer sur les interactions entre instruments de gestion et individus,

tout en prenant de la hauteur et analyser l'impact de cet ensemble d'associations sur la configuration plus large des rôles organisationnels.

2. Les principes de l'ANT

Née dans les années 1980 sous le label initial de « sociologie de la traduction » et développée notamment par Madeleine Akrich, Michel Callon, Bruno Latour et John Law, la théorie de l'acteur-réseau (*Actor-Network Theory* en anglais, dite ANT) a pour vocation de proposer une définition alternative de ce qui est communément admis comme étant de la 'sociologie' (Latour, 2005). Initialement, ces auteurs se sont intéressés à la construction des faits scientifiques et des innovations. Par la suite, les recherches se sont étendues à d'autres champs et aujourd'hui l'ANT constitue un corpus théorique et méthodologique utilisé dans de nombreux domaines comme par exemple la sociologie économique et les sciences de gestion.

Nous aborderons dans cette section en quoi l'ANT propose une nouvelle conception du social (2.1.). Dans cette nouvelle conception du social, les concepts de réseau et de traduction sont centraux et font l'objet d'acceptions changeantes (2.2.). Nous verrons enfin que l'ANT s'appuie sur un principe fort de symétrie entre humains et non humains, selon lequel les objets doivent être traités avec la même attention que les humains dans l'analyse du social. Nous développerons à ce titre deux concepts par lesquels l'ANT a cherché à appréhender la nature et le pouvoir d'influence des objets : les concepts d'inscription et de médiateurs (2.3.)

2.1. Une nouvelle conception du social

Selon Latour (2005), la sociologie n'est pas l'étude du social comme un agrégat supérieur et postulé dans lequel tout phénomène et tout acteur serait encastré, mais des associations entre des éléments hétérogènes. Un phénomène social est donc constitué de connexions entre des acteurs humains et non-humains (cela peut être des idées, des objets) qui forment un réseau, en d'autres termes « un mouvement très particulier de

réassociations et de réassemblage » entre des éléments hétérogènes (Latour, 2005, p. 7)[35]. L'ANT s'intéresse donc à la façon dont les acteurs humains et non humains sont concrètement connectés les uns aux autres et forment ce que Latour (2005) appelle un collectif. Dans l'ANT, le social ne fait donc pas l'objet d'une définition ostensive dans laquelle des agrégats sociaux existeraient de fait, a priori, mais d'une définition performative puisqu'il s'agit pour l'ANT de mettre en évidence les moyens concrets et pratiques par lesquels tout phénomène social se forme.

Nombre de sciences sociales cherchent à se positionner dans un débat de type micro vs macro, acteur vs système, pour rendre compte du phénomène étudié. Contrairement à certaines approches de la sociologie, l'ambition de l'ANT n'est pas de savoir si l'acteur est encastré dans le système, si le système est fait par les acteurs, ou si les deux sont interdépendants. Selon Latour (2005), cette conception « multi-niveau » du social ne permet pas de mettre en lumière les sources du social : « aucun lieu ne domine suffisamment pour être global et aucun lieu ne contient suffisamment pour être local » (Latour, 2005, p. 204)[36]. Il propose donc une voie alternative, celle d'adopter une vision « plate » du social, dans laquelle le « global » et le « local » sont en fait très concrètement reliés au sein d'un plan en deux dimensions (et non plus en trois dimensions) et dans laquelle il n'est plus besoin de « sauter » d'un niveau à un autre.

Passer d'une vision 3D à une vision 2D et mettre en lumière le social en train de se constituer passe notamment par la « localisation du global ». Cela consiste à faire en sorte de relier en permanence les éléments potentiellement globaux à un niveau concret et localisé. Pour ce faire, il faut aller sur les sites de production du global. Par exemple, lorsqu'on parle de sujets tels que l'économie mondiale, il faut se demander où cette « économie mondiale » est-elle concrètement produite : dans quels immeubles ? Dans quels bureaux ? Par quelles personnes ? Par quels moyens ? L'idée est de prendre en compte les moyens concrets et pratiques, les connexions, les véhicules par lesquels quelque chose qui peut paraître comme global (par exemple, le savoir dans une discipline) est produit quotidiennement. Ce faisant, on remplace une entité mystérieuse, vide, par des sites de production visibles et empiriquement identifiables. On localise les

[35] "a very peculiar movement of re-associations and reassembling" (Latour, 2005, p. 7)
[36] « No place dominates enough to be global and no place is self-contained enough to be local » (Latour, 2005, p. 204)

lieux dans lesquels la « globalisation » est dépeinte. Ainsi, le macro ne décrit plus un site plus large dans lequel le micro serait encastré, mais un autre site de même niveau que le micro. Le macro n'est ni au-dessus, ni en dessous mais est simplement ajouté, comme une connexion supplémentaire, sans qu'un niveau d'analyse ne soit privilégié.

Cela ne suffit pas de localiser le global au sein de sites empiriquement identifiables, il faut également redistribuer le local. En effet, de même que le global, les interactions locales sont un mauvais point de départ pour l'analyse car elles cachent les nombreux ingrédients du social déjà en place. Redistribuer le local, c'est donc identifier les différentes sources de l'action, dans le temps et dans l'espace et tracer le chemin sinueux qui conduit à l'action présente. Ainsi, pour chaque interaction locale, la question à se poser est : comment le local est-il généré ? Quels acteurs, humains et non-humains, venus d'autres temps et d'autres lieux, contribuent à cette interaction locale ? Les interactions locales doivent donc être redistribuées dans l'espace, car ce qui agit à un endroit donné est le fait d'acteurs humains et non humains agissant dans d'autres endroits. Les interactions locales doivent également être redistribuées dans le temps, car ce qui agit à un moment donné est le fait d'acteurs humains et non humains agissant dans des temps et à des rythmes différents.

2.2. Le réseau et le processus de traduction au cœur de la fabrique du social : de l'acteur aux attaches

Pour les auteurs de l'ANT, tout acteur, humain et non-humain, et tout phénomène social est le résultat provisoire d'un réseau rassemblant des humains et non-humains mis en relation les uns avec les autres. Pour aboutir à ce résultat provisoire, il a fallu vaincre les controverses présentes au sein du réseau et rendre le réseau intelligible, c'est-à dire donner à chaque humain et non-humain un rôle particulier. Ce mouvement s'établit sous la forme d'un processus de traduction.

Le concept de traduction est central dans l'ANT. La traduction est le processus de connexion entre des entités hétérogènes qui conduit à l'établissement d'un phénomène social nouveau. Chaque auteur a sa propre définition, ce qui rend le concept difficile à unifier. Nous nous basons sur quelques-unes de ces définitions, les plus utilisées dans le

cadre de l'ANT, pour tenter d'en retenir la substantifique moelle, sous forme ici de deux propriétés.

1/ La première propriété que nous identifions relève de la nature même du processus de traduction. La traduction est **un processus de connexion, de mise en relation, entre des entités hétérogènes**. En effet, selon le philosophe français Michel Serres (cité par Brown, 2002), à l'origine du concept, la traduction est « le processus de faire des connexions, de forger un passage entre deux domaines, ou simplement établir une communication » (Brown, 2002)[37]. Dans ce processus de traduction, les éléments réunis sont de nature hétérogène, comme souligné par Callon (1986) décrivant un réseau d'associations entre des idées, des choses, des personnes et des ressources et labellisés sous le terme générique d'« acteur ». La notion d'acteur dans la conception de Callon recouvre donc des humains et des non-humains, des éléments matériels et immatériels.

2/ La deuxième propriété que nous identifions a trait aux conséquences du processus de traduction. Ce mouvement de réassociations, par lequel des éléments hétérogènes sont liés les uns aux autres, produit un phénomène nouveau et imprévisible, car l'action connaît une série de transformations du fait de ces associations entre éléments hétérogènes. Cette idée se retrouve dans les travaux de Serres, ce dernier définissant la traduction comme **« un acte d'invention né de la combinaison et du mélange d'éléments variés.** » (Brown, 2002, p. 6)[38]. Dans les premières années de l'ANT, le nouveau phénomène à expliquer était l'innovation technique et la science (Latour, 1987 ; Akrich, Callon, & Latour, 1988). Aujourd'hui, l'ANT est considérée comme largement applicable pour expliquer « tout » phénomène (Latour, 2003, p. 35).

Nous nous intéressons à présent aux différentes manières d'aborder le concept de traduction. Dans son acception originelle, la traduction est un processus centré sur les acteurs (2.2.1.). Dans des écrits plus récents, l'accent est davantage mis sur les attaches qui lient les acteurs (2.2.2.).

---

[37] "the process of making connections, of forging a passage between two domains, or simply as establishing communication" (Brown, 2002, p. 5)

[38] *"an act of invention brought about through combining and mixing varied elements."* (Brown, 2002, p. 6)

2.2.1. La traduction dans son acception originelle : un processus centré sur les acteurs

Le processus de traduction est originellement décrit comme l'expression de rapports de force. Dans les premiers travaux de l'ANT, la traduction est en effet définie comme « l'ensemble des négociations, des intrigues, des actes de persuasion, des calculs, des violences grâce à quoi un acteur ou une force se permet ou se fait attribuer l'autorité de parler ou d'agir au nom d'un autre acteur ou d'une autre force » (Callon & Latour, 1981, p. 279). Ce processus se déroule selon plusieurs étapes, sur la base des travaux de Callon (1986) relatifs à la domestication des coquilles Saint-Jacques de la baie de Saint-Brieuc. La phase de problématisation constitue le point de départ de tout projet d'innovation et se définie comme la formulation des problèmes, la définition des acteurs concernés et les alliances à sceller. Elle doit permettre de constituer les prémices d'un collectif : « la problématisation, outre la définition des acteurs qu'elle implique, possède des propriétés dynamiques : elle indique les déplacements et détours à consentir et pour cela les alliances à sceller » (Callon 1986, p.183). Par la suite, les phases d'intéressement et d'enrôlement ont pour objet de faire céder les multiples controverses autour de la mise en œuvre d'un nouveau projet et de faire en sorte que tous les actants du réseau soient liés dans la même dynamique et travaillent ainsi vers le même objectif. L'intéressement correspond à « l'ensemble des actions par lesquelles une entité s'efforce d'imposer et de stabiliser l'identité des autres acteurs qu'elle a définis par sa problématisation » (Callon 1986, p.185). La phase d'enrôlement est quant à elle « un intéressement réussi », puisqu'il s'agit de « l'ensemble des négociations multilatérales, des coupes de force ou des ruses qui accompagnent l'intéressement et lui permettent d'aboutir » (Callon, 1986, p. 189). Il s'agit donc de définir et de stabiliser les rôles de chacun dans le déploiement du projet. Cela passe notamment par la mobilisation de porte-paroles et d'alliés en nombre. Enfin, la phase de mobilisation renvoie aux mécanismes mis en place pour contrôler le réseau. Une fois le projet accepté, il faut tenter de maintenir les différents intérêts afin de mener le projet sur le long terme.

Dans cette approche de la traduction, l'accent est clairement mis sur les acteurs, leurs intérêts et les stratégies qu'ils mettent en œuvre pour que le réseau s'établisse, s'étende et perdure. Toutefois, la traduction se définie comme un processus d'associations et

dans son ouvrage de 2005, Latour cherche à réhabiliter l'importance de ces associations dans l'analyse.

2.2.2. La traduction dans une acception récente : les attaches

Les écrits récents de Latour (2005) témoignent ainsi d'un changement de perspective dans la conception du processus de traduction. Pour l'auteur, l'unité d'analyse pertinente n'est plus l'acteur en tant que tel, mais les attaches qui lient les acteurs les uns aux autres : « les attaches sont premières, les acteurs sont seconds » (Latour, 2005, p. 217)[39]. L'hétérogénéité des acteurs mise en évidence par Callon (1986), qui peuvent être soit des objets, des humains ou des idées, devient une hétérogénéité de l'acteur lui-même dans les travaux de Latour (2005). Ainsi, le terme 'acteur' doit être compris comme 'acteur-réseau'. L'idée sous-jacente est qu'un acteur n'est pas un atome isolé mais reçoit son identité du fait de ses relations avec les autres acteurs (Latour, 2005 ; Justesen & Mouritsen, 2011). En d'autres termes, un acteur acquiert une existence du fait de ses attaches et connexions avec d'autres acteurs, eux-mêmes existants via leurs attaches et leurs connexions avec d'autres acteurs, etc.

Objet et sujet sont donc selon Latour indissociables. Latour (1994, p. 53) caractérise ainsi le collectif par l'omniprésence et la complexité des liens entre humains et non humains, rendant l'objet et le sujet inextricablement liés : « le collectif moderne est celui dans lequel les relations entre humains et non humains sont si intimes, les transactions si nombreuses, les médiations si alambiquées, qu'on ne peut distinguer l'artefact, (…), et le sujet »[40].

Nous retenons ainsi une conception distincte du processus de traduction, comme définit plus récemment par Latour (2005) : **le mouvement d'associations, ou d'attaches, d'acteurs humains et non humains par lequel l'action subit des transformations et conduit à l'établissement d'un phénomène social nouveau.** Cette approche ne met pas l'accent sur les acteurs mais plutôt sur les associations formées au cours du processus.

---

[39] "attachments are first, actors are second" (Latour, 2005, p. 217)

[40] "the modern collective is that in which the relations of human and nonhuman are so intimate, the transactions so many, the mediations so convoluted, that there is no plausible sense in which artifact, corporate body, and subject can be distinguished." (Latour, 1994, p. 53)

2.3. La symétrie entre humains et non humains : la prise en compte des objets dans l'analyse

Une des forces de l'ANT est de tenir compte des acteurs non-humain, aussi appelés actants, dans l'analyse des phénomènes sociaux, et ce au même titre que les acteurs humains. Pour les tenants de l'ANT, la société et la technique, les humains et non-humains ne constituent pas deux mondes distincts mais sont étroitement imbriqués. Cette approche constitue une rupture avec la sociologie conventionnelle, que Latour (2005) nomme 'sociologie du social', qui n'accorde qu'un rôle très limité aux objets. Dans la sociologie du social, les objets ne seraient qu'une conséquence, qu'un effet, d'un phénomène déjà établi : les objets 'symbolisent', 'renforcent', 'objectivent', 'réifient' mais ne sont jamais à l'origine d'une activité sociale – « tels des humbles serviteurs, ils vivent aux marges du social et accomplissent la majorité du travail mais ne sont jamais autorisés à être représentés de la sorte » (Latour, 2005, p. 73)[41]. Partant de l'idée que toute action va rarement consister en des connexions humain – humain, l'ANT considère les objets au même rang que les humains. Ainsi, les objets participent au cours normal de l'action. Ils sont les moyens pratiques par lesquels la formation d'un groupe social peut être plus importante et plus durable. Ils expliquent selon Latour (2005) la durabilité et la force des liens sociaux : sans objets, une association ne peut tenir. Ils permettent notamment de transporter les interactions locales dans le temps et dans l'espace et donc de disloquer l'action de telle sorte que quelqu'un d'autre, dans un autre lieu et à une autre époque, agit encore aujourd'hui par le biais de connexions. Latour prend l'exemple d'un amphithéâtre d'université qui, dessiné par un architecte et construit par des ouvriers il y a 50 ans, permet aujourd'hui de faire cours et constitue un « localisateur » des actions passées de conception et de construction. Du fait de cet objet qu'est l'amphithéâtre, il s'ajoute à la relation inter-subjective professeur/étudiant une relation inter-objective car articulée autour d'objets.

Cela ne signifie pas pour autant que les objets agissent par eux-mêmes et se comportent comme des humains. C'est davantage la capacité des objets à influencer et à produire des effets sur des acteurs humains. Comme le souligne Latour : « Bien sûr, cela ne signifie pas que ces participants 'déterminent' l'action […], mais plutôt que les choses

[41] "like humble servants, they live on the margins of the social doing most of the work but never allowed to be represented as such" (Latour, 2005, p. 73)

autorisent, permettent, interdisent, etc. L'ANT n'est pas la vide affirmation que les objets font des choses 'à la place des' acteurs humains… » (Latour, 2005, p. 72)[42] .

Pour comprendre plus précisément la nature et le pouvoir d'influence des objets dans l'action, nous retenons deux concepts qui s'appliquent particulièrement aux objets : la notion d'inscription, développée par Akrich (2.3.1.), et le concept de médiateur tel que défini par Latour (2.3.2.).

2.3.1. L'objet comme réceptacle : le concept d'inscription

A l'origine, le concept d'inscription a été développé par Akrich (1987, 1991) afin de caractériser les objets techniques. La notion d'inscription repose sur l'idée que l'innovateur incorpore (*inscrit*) « dans le contenu même de l'objet une définition des relations entre l'objet et son environnement » (Akrich, 1991, p. 9). Ainsi, toute décision du concepteur est traduite par une inscription particulière dans le dispositif technique. Le contenu technique définit donc un « script », ou bien un « scénario », à partir duquel les utilisateurs (au sens large) « sont invités à imaginer la mise en scène particulière qui qualifiera leur interaction personnelle avec l'objet » (Akrich, 1991, p. 3). Ces inscriptions permettent donc aux concepteurs d'une innovation de guider les futurs utilisateurs du dispositif (Akrich, 1993).

Toutefois, ces inscriptions du concepteur dans l'objet ne sont pas statiques : dès lors que les utilisateurs se saisissent de l'objet, ce dernier évolue. En effet, si l'innovation est conçue pour adhérer le plus possible à l'environnement dans lequel elle doit s'insérer, il y a toujours un ajustement à effectuer entre l'objet et son environnement. Les utilisateurs intègrent ainsi leurs propres inscriptions dans l'objet technique, selon leurs représentations, leurs finalités, leur environnement. Ce faisant, « le scénario de départ, qui se présente essentiellement sous une forme discursive, va progressivement par une série d'opérations de traduction qui le transforment lui-même être approprié, porté par un nombre toujours croissant d'entités, acteurs humains et dispositifs techniques.

[42] "This, of course, does not mean that these participants 'determine' the action […], things might authorize, allow, forbid and so on. ANT is not the empty claim that objects do things 'instead of' human actors (…)" (Latour, 2005, p. 72).

Chaque décision technique (…) peut être lue comme l'inscription dans le dispositif technique d'une certaine forme d'environnement » (Akrich, 1993, p. 5).

Akrich (1998) précise les interventions possibles de l'utilisateur sur l'objet. Elle distingue ainsi quatre formes d'intervention des utilisateurs sur les dispositifs socio - techniques : le déplacement, l'adaptation, l'extension et le détournement. Le déplacement consiste à « modifier le spectre des usages prévus d'un dispositif sans annihiler ce en vue de quoi il a été conçu, et sans introduire de modifications majeures dans le dispositif. Il s'agit d'exploiter la flexibilité relative des dispositifs : cette flexibilité est liée au fait que le concepteur produit en même temps que son dispositif un scénario de ses usages possibles » (Akrich, 1998, p. 3). L'auteur prend dans ce cas l'exemple d'un sèche-cheveux que l'on utiliserait pour sécher une plaie, ou bien un biberon comme verre-doseur. Quant à l'adaptation, il s'agit d'« introduire quelques modifications dans le dispositif qui permettent de l'ajuster aux caractéristiques de l'utilisateur ou de son environnement sans pour autant toucher à sa fonction première ». (Akrich, 1998, p. 5). Cela est par exemple le cas de l'allongement des manches d'outil pour permettre l'action à distance. Concernant le troisième type d'intervention, « on parlera d'extension lorsqu'un dispositif est à peu près conservé dans sa forme et ses usages de départ mais qu'on lui adjoint un ou plusieurs éléments qui permettent d'enrichir la liste de ses fonctions » (Akrich, 1998, p. 7). L'auteur pense ici à l'ajout de filets sous les sièges des poussettes, permettant aux parents à la fois de promener leur progéniture et de porter des provisions. Enfin, « un dispositif est détourné lorsqu'un utilisateur s'en sert pour un propos qui n'a rien à voir avec le scénario prévu au départ par le concepteur et même annihile du coup toute possibilité de retour à l'usage précédent. » (Akrich, 1998, p. 8). L'auteur souligne que les détournements d'objet sont très fréquents dans le domaine de l'art, ou tout simplement lorsque les enfants fabriquent des colliers de pâtes alimentaires.

Pour Akrich, si les objets techniques se transforment au grès des inscriptions des différents acteurs aux prises avec l'objet, c'est également le « réel » qui est transformé. Dans cette perspective, les objets techniques sont alors des médiateurs du réel : « les objets techniques définissent dans leur configuration une certaine partition du monde physique et social, attribuent des rôles à certains types d'acteurs – humains et non humains – en excluent d'autres, autorisent certains modes de relation entre ces

différents acteurs, etc…de telle sorte qu'ils participent pleinement de la construction d'une culture, au sens anthropologique du terme, en même temps qu'ils deviennent des médiateurs obligés dans toutes les relations que nous entretenons avec le « réel » ». (Akrich, 1987, p. 1). Elle souligne toutefois la nécessité de la confrontation entre l'objet technique et les acteurs pour que le projet d'innovation se réalise et que l'objet technique soit transformateur : « tant qu'il ne se présente pas d'acteurs pour incarner les rôles prévus par le concepteur (ou en inventer d'autres), son projet reste à l'état de chimère : seule la confrontation réalise ou irréalise l'objet technique. (…) ce sont les réactions des utilisateurs qui donnent contenu au projet du concepteur » (Akrich, 1987, p. 3). Cette dernière phrase suggère ici que c'est dans l'interaction que l'objet acquiert du pouvoir. Le concept de médiateur, ici évoqué par Akrich mais plus précisément développé par Latour, permet d'appréhender cette idée.

2.3.2. L'objet porteur d'influence : le concept de médiateur

Le concept de médiateur permet de comprendre comment les inscriptions peuvent acquérir un pouvoir d'influence lorsqu'elles sont inscrites dans un réseau d'acteurs humains et non humains. Dans la perspective de l'ANT, l'idée est que les objets jouent un rôle dans la construction des activités organisationnelles parce qu'ils prennent part à un réseau particulier. En effet, un acteur, humain ou non humain, reçoit non seulement une existence du fait de ses attaches multiples à d'autres acteurs, mais aussi et surtout un pouvoir d'influence. Selon Latour (1994, 2005), il faut considérer les acteurs participants à l'action non pas comme de simples intermédiaires mais comme des médiateurs. De simples intermédiaires ne font que transporter une cause unique vers un effet connu d'avance : les intentions originelles de l'action sont donc conservées. En d'autres termes, la présence d'intermédiaires ne change rien au cours de l'action, qui est déjà engagée et dont l'issue est prévisible. Considérer les objets comme des intermédiaires équivaut à ne reconnaître en eux qu'un rôle de « conducteur électrique » (Latour, 1994, p. 31), qui laisserait circuler le cours de l'action sans en modifier le sens, l'intention.

Au contraire, les médiateurs transforment les actions dans des directions imprévisibles : la présence d'un médiateur « fait la différence » et donne une nouvelle trajectoire à l'action, dont l'issue devient incertaine. Ainsi, un objet est médiateur lorsque son

association avec un acteur humain crée un troisième acteur hybride, né de la fusion de l'objet et du sujet, faisant naître de nouvelles possibilités d'action[43]. Latour (1994) prend l'exemple de l'association entre un être humain et un révolver. Le débat sur la vente libre d'armes à feu se cristallise autour de deux positions : les personnes contre la vente libre d'armes à feu attribuent la responsabilité de tuer aux armes seules, car elles transformeraient l'honnête citoyen lambda en criminel et ce quelques soient le profil et l'intention de départ de la personne (« Guns kill people ») ; au contraire, les personnes soutenant la vente libre d'armes considèrent que ce sont les êtres humains qui sont responsables de l'acte de tuer (« People kill, not guns ») car si l'intention est de tuer, il le fera avec ou sans révolver. Mais pour Latour, la réponse à la question : « qui est responsable de l'acte de tuer ? » est bien plus complexe. Ce ne sont ni les hommes, ni les armes qui tuent, mais les deux. La responsabilité de l'action doit donc être partagée, car la rencontre entre l'homme et le révolver conduit à un déplacement du but initial, par exemple non plus blesser, mais tuer. L'action n'est donc pas le résultat d'une force sociale unique mais trouve son origine dans de multiple espaces et temporalités. Ainsi, les causes de toute action ne sont jamais uniques et un acteur n'agit jamais seul : l'action est distribuée entre de multiples acteurs. L'action, et donc le changement, n'est pas une propriété purement humaine, ni celle d'un objet, mais une propriété d'une association d'entités mixtes (Latour, 1994, p. 36). L'objet tire donc son pouvoir d'influence de sa mise en association avec d'autres acteurs.

Ainsi, pour Latour, l'association objet-sujet fait naître de nouvelles possibilités, qui modifient l'ordre existant. La rencontre des deux crée une série d'associations, des déplacements d'intentions et d'objectifs (Latour, 1994). Latour (2005) souligne que l'influence des objets médiateurs sur l'action peut être plus ou moins importante. Notamment, un élément matériel peut « déterminer » l'action, tout comme il peut générer « de nouvelles ressources inattendues » (Latour, 1994, p. 46) au sein d'un collectif.

---

[43] Il est important de noter ici que le concept d'objet médiateur tel que défini par Latour (1994, 2005) se distingue du concept d'« instrument médiateur » définit par Miller et O'Leary *(mediating instruments*, Miller & O'Leary, 2007), qui cherchent plutôt à comprendre comment des instruments, tels que la loi de Moore et sa traduction en programme technologique détaillé pour les acteurs du marché des microprocesseurs, lient des acteurs et des domaines séparés et contribuent à créer un marché. Dans cette approche, c'est donc les liens inter-organisationnels qui sont analysés, à un niveau d'analyse macroéconomique : dans cette acception, un « acteur » est une entreprise, une association professionnelle, etc.

Ainsi, l'idée d'objet médiateur repose sur deux dimensions interdépendantes : d'une part son attachement à d'autres acteurs (on retrouve alors ici le processus de traduction centré sur les attaches, défini en 2.2.2.), d'autre part son pouvoir d'influence – conditionnel à cet attachement. C'est donc dans l'attachement que les inscriptions acquièrent un pouvoir d'influence.

Partie 1. Synthèse

L'ANT est corpus théorique riche pour l'analyse de l'implication des instruments de contrôle de gestion dans la constitution et l'évolution des rôles organisationnels pour plusieurs raisons. L'ANT nous permet notamment d'appréhender des questions de recherches portées sur le « comment », est suffisamment plastique pour accueillir dans l'analyse des phénomènes inattendus et émergents, s'intéresse aux objets et à leurs interactions avec les humains, et permet une approche à la fois très localisée sur ces interactions, mais aussi étendue par la prise en compte du réseau d'associations dans son ensemble. C'est pour ses raisons multiples que nous avons fait le choix de ce corpus théorique.

L'ANT étudie les moyens concrets par lesquels une innovation, en tant que phénomène social, se forme. Le social n'est donc pas un agrégat supérieur qui existerait a priori. Il s'agit au contraire de s'intéresser, à un niveau empirique détaillé, aux moyens concrets et pratiques par lesquels le social est fabriqué.

La fabrication du social passe ainsi par un processus de traduction, dans lequel des acteurs sont connectés entre eux, soient-ils humains ou non, qui forment alors un réseau. Ce processus de traduction, par lequel un nouveau phénomène social s'établit, est originellement décrit comme l'ensemble des actions et des efforts mis en œuvre pour persuader les autres acteurs à prendre part au réseau et ainsi faire en sorte qu'ils deviennent des alliés du projet et que celui-ci aboutisse. Latour (2005) a toutefois suggéré une conception renouvelée du processus de traduction mettant l'accent non pas sur les acteurs qui manipulent le réseau, mais sur les attaches qui les lient acteurs humains et non humains. Dans cette conception, la traduction est pensée comme un mouvement d'associations d'acteurs humains et non humains par lequel l'action subit des transformations et conduit à l'établissement d'un phénomène social nouveau.

Dans cette fabrique du social, les objets jouent un rôle au même titre que les humains. En rupture avec la sociologie conventionnelle, l'ANT considère que les humains et les non humains sont étroitement imbriqués. Les objets participent ainsi au cours normal de l'action et ont une capacité d'influence dans la formation des phénomènes sociaux. Pour appréhender la nature et l'influence des objets,

deux concepts ont été développés par les tenants de l'ANT : les objets comme inscriptions et les objets comme médiateurs.

Le concept d'inscription recouvre le fait que le contenu technique de l'objet incorpore la vision de son concepteur, et a ainsi vocation à guider les utilisateurs dans leurs interactions avec l'objet. Ces derniers peuvent également inscrire leurs propres représentations et finalités dans l'objet au cours de leurs interactions.

Le concept de médiateur permet de comprendre comment un objet, comme inscription, peut acquérir un pouvoir d'influence dans les relations avec d'autres acteurs. Un médiateur est un acteur qui donne une nouvelle trajectoire au cours de l'action. Tout acteur acquiert ce pouvoir d'influence du fait de ses attaches avec d'autres acteurs. Ainsi, tout objet ou sujet ne sera médiateur que dans l'interaction avec d'autres sujets et objets, faisant ainsi naître de nouvelles possibilités d'actions qui modifient l'ordre existant. L'action, et donc le changement, n'est ni le fait des acteurs humains seuls, ni le fait des objets seuls, mais le fait d'un ensemble d'attaches entre objets et humains.

Nous nous intéressons à présent à la façon dont les concepts de l'ANT ont été mobilisés dans la recherche en comptabilité et contrôle de gestion et identifions des voies de recherche ouvertes.

Partie 2. L'ANT dans la recherche en comptabilité et contrôle de gestion : des pistes de recherches qui restent ouvertes

Depuis le début des années 1990, l'ANT a largement été mobilisée dans la recherche en comptabilité et contrôle de gestion, notamment car l'ANT, en suggérant un espace de réflexion autour des artefacts, permet d'appréhender les instruments de comptabilité et de contrôle de gestion sous un nouveau jour. La plupart de ces recherches mobilisent les travaux de Latour et plus précisément son ouvrage de 1987 *La Science en action* (Justesen & Mouritsen, 2011). Parmi ces recherches, le changement comptable est un sujet privilégié, analysé comme le fruit d'un processus de traduction dans lequel des éléments hétérogènes sont temporairement liés dans de nouvelles « constellations comptables » (Miller, 1991) (1.). En revanche, l'attention portée aux instruments de comptabilité et de contrôle de gestion comme étant eux même des actants constitutifs du social a été moindre (2.), laissant des pistes de recherche ouvertes dont nous nous saisissons (3.).

1. Les instruments de gestion comme résultat d'un processus de traduction

Les recherches inspirées de l'ANT se sont beaucoup intéressées à l'émergence et à la diffusion de systèmes de comptabilité et de contrôle de gestion, dans la société (1.1.) et dans les organisations (1.2.).

1.1. Emergence et diffusion des systèmes de comptabilité et de contrôle de gestion dans la société

L'ANT a tout d'abord été introduite dans la recherche en contrôle de gestion pour comprendre comment des systèmes de comptabilité et de contrôle de gestion, aujourd'hui fermement établis et souvent incontestables, ont émergés et se sont largement diffusés. Il s'agit de « rouvrir la boîte noire » et d'étudier le processus de traduction ayant conduit à l'avènement d'une innovation qui au départ n'était que potentielle. Dans une perspective historique, certains auteurs se sont ainsi intéressés à

l'émergence d'innovations comptables au niveau macro, comme la méthode d'actualisation des flux de trésorerie (Miller, 1991) ou les normes comptables au Royaume-Uni (Robson, 1991). Plus tard, d'autres auteurs analysent le processus de diffusion de systèmes de comptabilité et de contrôle de gestion tels que l'ABC (*Activity Based Costing*)[44] (Dugdale & Jones, 2002 ; Alcouffe, Berland, & Levant, 2008). Ces recherches montrent que l'établissement de la méthode ABC et son succès, aux Etats-Unis (Dugdale & Jones, 2002) et en France (Alcouffe *et al*., 2008) sont le fait d'un processus de traduction impliquant des modifications de l'innovation, des reformulations au cours de sa diffusion, afin de prendre en compte les controverses et d'accroître le nombre d'alliés. Ces recherches mettent également en avant le rôle clé de quelques actants, notamment les consultants et les systèmes informatiques (Dugdale & Jones, 2002), bien plus que l'inventeur même de la méthode. L'intéressement est essentiel et doit relever non seulement de la sphère commerciale mais aussi politique, éditoriale, intellectuelle, etc. (Alcouffe *et al*., 2008). En ré-ouvrant la boîte noire des systèmes de comptabilité et de contrôle de gestion établis, ces études montrent que les phénomènes comptables que l'on a tendance à tenir pour acquis et d'apparence « technique » sont en fait fabriqués et façonnés par des acteurs divers, et doivent leur succès et leur diffusion à un ensemble d'actants, d'actions d'intéressement et de transformations de l'innovation, qui convainquent davantage que les propriétés techniques intrinsèques de l'innovation comptable.

1.2. Implantation des systèmes de comptabilité et de contrôle de gestion dans un contexte organisationnel

L'ANT a également été particulièrement inspirante pour étudier les processus d'implantation de systèmes de comptabilité et de contrôle de gestion dans les organisations, donc à un niveau plus local et contextualisé. Ainsi, Preston *et al*. (1992) examinent le processus par lequel une initiative de mise en place de système budgétaire dans le système de santé britannique au niveau national se concrétise dans des hôpitaux,

[44] La méthode ABC est une méthode de calcul de coûts centrée sur l'analyse des ressources consommées en fonction des activités créatrices de valeur de l'organisation. Des inducteurs de ressources sont identifiés pour attribuer les ressources aux activités. Ces inducteurs sont ensuite utilisés pour répartir les coûts des processus opérationnels ou de soutien.

en se concentrant sur le district d'Osgood. Les auteurs analysent la mise en œuvre de ce système budgétaire comme un processus de fabrication qui inclut, bien au-delà de la seule conception du système, « les définitions, les interprétations et les significations qui émergent de, et/ou sont délibérément façonnées par, les actions et interactions des individus participants »[45] (Preston *et al*., 1992, p. 567). Ils mettent ainsi en évidence l'évolution des définitions, des représentations, des significations liées au système de gestion budgétaire au fur et à mesure de son déploiement. La conception originale est étendue par la prise en compte de problématiques organisationnelles et la spécificité des sites sur lesquels la gestion budgétaire doit être implantée. Par exemple, l'idée de planning devient un nouvel attribut du système de gestion budgétaire. Briers & Chua (2001) étudient quant à eux l'implantation d'un système ABC (*Activity-Based Costing*) dans une entreprise de production minière. Ils mettent en évidence que le changement comptable est le résultat de tout un ensemble d'interactions entre acteurs et actants hétérogènes enrôlés dans le réseau. Surtout, les auteurs mettent l'accent sur les caractéristiques de la méthode ABC, qui en font un objet-frontière (Star & Griesemer, 1989), c'est-à-dire un objet suffisamment plastique pour s'adapter aux besoins et contraintes locales, tout en étant assez robuste pour conserver la même identité dans différents contextes. Selon les auteurs, c'est cette plasticité qui a permis la médiation et la stabilisation des divers intérêts, et donc son possible déploiement.

Ces recherches centrées sur l'implantation de systèmes de comptabilité et de contrôle de gestion dans un contexte organisationnel spécifique mettent en évidence, via des descriptions empiriques détaillées de phénomènes comptables en train de se construire, comment des systèmes abstraits sont traduits dans des contextes spécifiques. Les systèmes de comptabilité et de contrôle de gestion étudiés font l'objet d'un processus de traduction, dans lequel les actions d'intéressement et d'enrôlement jouent un rôle essentiel dans l'avènement du changement comptable au sein de l'organisation. Le concept de traduction a permis de comprendre ce qu'il se passe lorsqu'un objet comptable passe d'un milieu à un autre. Une des conclusions de ces recherches est que les objets comptables n'ont pas d'essence propre et ne sont jamais simplement diffusés

[45] "definitions, interpretations and meanings that emerge from, and/or are deliberately shaped by, the actions and interactions of the participating individuals" (Preston et al., 1992, p. 567)

et adoptés. Ils sont au contraire traduits, prennent part à un réseau d'acteurs et acquièrent ainsi de nouvelles propriétés lorsqu'ils voyagent d'un contexte à un autre.

2. Les instruments de gestion comme des actants constitutifs de la réalité organisationnelle

Les recherches que nous venons de décrire montrent que les instruments de gestion sont le résultat d'un réseau au sein duquel humains et non humains se mélangent. Les instruments de gestion sont donc des dispositifs sociotechniques (Callon, Millo, & Muniesa, 2007) qui peuvent également jouer un rôle dans la construction des activités organisationnelles. Toutefois, les recherches en comptabilité et contrôle de gestion n'ont que peu mobilisé cette deuxième piste de recherche, se concentrant davantage sur les instruments de gestion comme fruit d'un processus de traduction et d'effets de réseau, et moins comme étant eux même des actants potentiels et donc porteurs d'effets sur la réalité organisationnelle. Les quelques travaux consacrés aux rôles et aux effets des instruments de gestion même sur la société ou dans des organisations spécifiques se sont surtout intéressés à leur rôle habilitant pour l' « action à distance » (2.1.), alors que les études s'intéressant au rôle constitutif des instruments de comptabilité et de contrôle de gestion « à proximité » a été moindre (2.2.).

2.1. L'instrument de gestion comme inscription permettant l'action à distance

Le rôle de la comptabilité comme permettant l'action à distance, dans une inspiration latourienne, a reçu une attention importante. Miller (1990) montre ainsi comment l'émergence de l'Etat moderne est liée aux techniques de comptabilité. Dans une approche latourienne, il insiste sur le rôle constitutif des inscriptions comptables, qui permettent de traduire les programmes gouvernementaux en pratiques via « un gouvernement à distance » caractéristique de l'Etat moderne. Robson (1992) met également en évidence que la comptabilité, du fait de son orientation quantitative, est un levier puissant pour l'action à distance. Selon l'auteur, la comptabilité présente les trois caractéristiques qui permettent à une « inscription » d'agir à distance : les nombres sont mobiles, stables et combinables (Latour, 1987), et permettent ainsi d'agir sur des

personnes, des lieux et des contextes différents sans être présent. Plus tard, Preston (2006) complète les travaux de Robson (1992) sur la base d'une étude d'un programme de réduction des troupeaux indiens navajos entre 1933 et 1940. Ses recherches ont permis de mettre en évidence le pouvoir des inscriptions comptables sur les personnes, pouvoir qui s'exerce à distance puisque les décideurs qui mobilisent les techniques comptables sont éloignés des lieux dans lesquels les décisions sont appliquées. Preston (2006) montre ainsi comment différents rapports, textuels et chiffrés, sont utilisés pour convaincre les décideurs au niveau global de mettre en œuvre un programme de réduction des troupeaux navajos, et impactant dramatiquement les modes de vie et les moyens de subsistances de la population indienne au niveau local.

Toutefois, comme le souligne Preston (2006, p. 577), « ce n'est pas parce qu'un compte rendu est écrit qu'il va jouer un rôle dans le cours des évènements »[46]. Quelques recherches se sont alors intéressées à l'inscription de la comptabilité dans les dynamiques locales, comme nous le précisons dans la sous-section suivante.

2.2. Le rôle constitutif des instruments de comptabilité et de contrôle de gestion « à proximité »

Dans cette revue sur le pouvoir constitutif des instruments de gestion, l'article de Lowe (2001) retient notre attention par l'accent qui est mis, comparativement aux autres recherches inspirées de l'ANT, d'une part sur les inscriptions comptables comme actants au sein d'un réseau, d'autre part sur leur intégration dans les dynamiques locales : comme spécifié par l'auteur, « non seulement les systèmes comptables promeuvent une vision particulière des activités d'une organisation ou d'une unité, mais dans leur implémentation et opération mêmes « mobilisent » les autres membres organisationnels dans une direction particulière »[47] (Lowe, 2001, p. 75). Pour ce faire, l'auteur étudie l'implantation d'un système de comptabilité en casemix dans un important hôpital néo-zélandais où l'information comptable n'était que très peu

[46] « Just because an account is written, it does not guarantee that it will play a role in shaping the course of events » (Preston, 2006, p.577)

[47] « Accounting systems not only promote a particuliar view of the activities of an organisation or a subunit, but in their very implementation and operation 'mobilize' other organisationnal members toward a particular direction » (Lowe, 2001, p. 75)

développée. Si l'auteur s'intéresse au processus de traduction par lequel ce nouveau système est progressivement établi et devient une « boîte noire » acceptée dans l'établissement – à l'image de la plupart des recherches inspirées de l'ANT, telles que décrites dans la section précédente – l'attention est également portée sur le pouvoir des inscriptions comptables dans l'établissement de cette nouvelle réalité organisationnelle. Il montre en particulier la façon dont les inscriptions comptables, sous forme de données comptables et de représentations visuelles (diagrammes, représentations graphiques, etc.) sont utilisées par les supporteurs du projet pour persuader les autres acteurs. En ce sens, les inscriptions comptables sont des alliés puissants des acteurs humains dans le processus de traduction. L'auteur met également en évidence l'impact des informations comptables sur la « culture, les schémas et les relations de travail »[48]. Il explique cela par le fait que les technologies comptables, en tant qu' « objets de connaissance »[49], révèlent de nouveaux faits sur des évènements et des processus organisationnels, produisent des images de ce qui est important dans l'organisation et ainsi pénètrent les activités quotidiennes des professionnels.

3. Conséquences pour notre recherche

A l'issue de cette revue de littérature sur les études en comptabilité et contrôle de gestion inspirées de l'ANT, trois pistes orientent notre recherche. Nous faisons tout d'abord le choix de nous pencher sur la question du rôle des instruments de comptabilité et de contrôle de gestion dans les transformations organisationnelles, en tant qu'actants constitutifs du social dans une dimension locale (3.1.). Afin de comprendre comment ces instruments impactent l'ordre organisationnel, nous adoptons une perspective a-centrée du processus de traduction, dans lequel l'accent est mis sur les associations, ou attaches, qui s'établissent entre les instruments de contrôle de gestion et les autres participants au réseau (3.2.). Nous nous attachons également à comprendre comment ces instruments de contrôle de gestion, en tant qu'inscriptions attachées, deviennent porteurs d'influence et donc des médiateurs (3.3.).

[48] "culture, work patterns and staff inter-relationships have indeed been affected by the inscription of clinical data and the reporting of cost and profit numbers by unit, division and clinical procedure." (Lowe, 2001, p. 94)
[49] "knowledge objects" (Lowe, 2001, p. 94)

3.1. Etudier le rôle des instruments de comptabilité et de contrôle de gestion dans les transformations organisationnelles « à proximité »

La littérature a porté une attention considérable à l'étude de l'établissement des systèmes de comptabilité et de contrôle de gestion comme le résultat d'effets de réseau, de stratégies d'enrôlement et d'intéressement. Ces recherches ont permis de mettre en évidence que les systèmes de comptabilité et de contrôle de gestion ne sont pas, malgré leur apparence, de simples dispositifs techniques, mais des dispositifs socio-techniques dont l'avènement est dépendant de la capacité à persuader et mobiliser suffisamment d'alliés. Toutefois, face à ces « boîtes noires » que constituent les systèmes de comptabilité et de contrôle de gestion, se posent d'autres questions que celle du processus ayant conduit à son établissement.

L'ANT, en reconnaissant la place des objets dans l'analyse des phénomènes sociaux au même titre que les humains, interroge également le rôle que jouent ces mêmes systèmes de comptabilité et de contrôle de gestion sur les dynamiques socio-organisationnelles. Toutefois, cette piste de recherche n'a été que peu exploitée.

Lorsque cela est le cas, la transformation se fait majoritairement « à distance » : les acteurs concernés par les transformations – par exemple les indiens dans le cas de l'étude de Preston (2006) – ne voient pas, ne connaissent pas et ne mobilisent pas ces inscriptions comptables. Et dans ces études, lorsque les auteurs s'intéressent à l'intégration des inscriptions dans les dynamiques locales, les inscriptions disparaissent. Par exemple, Preston (2006), suggère que si les inscriptions comptables permettent bien l'action à distance (par leur rôle joué dans la définition d'un programme de réduction des troupeaux au niveau gouvernemental), elles jouent également un rôle dans la mise en œuvre locale de ces actions décidées à distance (lorsque les inscriptions comptables sont saisies et traduites au niveau local) ainsi que dans le maintien de ces actions à distance alors que des problèmes sont rencontrées dans la mise en œuvre effective des décisions de réduction des troupeaux (par le rôle des inscriptions comptables dans la justification des actions entreprises). Toutefois, dans la deuxième dynamique selon laquelle les inscriptions jouent un rôle dans la mise en œuvre locale des actions décidées à distance, les inscriptions restent en fait à distance dans la mesure où ce qui est décrit relève de la mise en œuvre concrète des actions décidées à distance par les acteurs locaux, et non d'une intégration des inscriptions à un niveau local. Quant à la troisième

dynamique, selon laquelle les inscriptions comptables permettent la justification des actions entreprises et le maintien des actions décidées à distance, les inscriptions comptables interviennent bien mais toujours dans la sphère des décideurs nationaux et loin des dynamiques locales.

Quant à l'article de Lowe (2001), le rôle constitutif des instruments de comptabilité dans une dimension locale (et non pas à distance) ne fait pas l'objet d'une question à part entière et la relation de cause à effet décrite, selon laquelle les technologies comptables impactent la culture, les schémas et les relations de travail car elles sont des objets de connaissances n'est pas développée.

Nous cherchons ainsi à comprendre le rôle des inscriptions de comptabilités et de contrôle de gestion non pas « à distance » des acteurs, mais « à proximité » des acteurs : que se passe-t-il quand les acteurs concernés par les transformations se saisissent de ces inscriptions ? Qu'en est-il de ces médecins et cadres de santé à qui on demande de mobiliser des instruments de contrôle de gestion pour devenir des gestionnaires ? Que font-ils très concrètement de ces instruments ? Quelles sont les interactions à l'œuvre, et comment impactent-elles les acteurs ?

3.2. S'intéresser aux attaches qui lient les instruments de contrôle de gestion et les autres acteurs

Que ces études traitent du changement comptable comme résultat d'un processus de traduction, ou de la façon dont les instruments de comptabilité et de contrôle de gestion s'inscrivent dans un réseau et sont source de transformations dans les organisations, la majorité des études inspirées de l'ANT se base sur une conception spécifique du processus de traduction, qui est centré autour d'un ou de quelques acteurs supérieurs qui mettent en place un ensemble de stratégies, de calculs, de ruses, de manipulations, pour enrôler et persuader les autres acteurs à prendre part au réseau. Cette conception, parfois jugée trop « machiavélique » (Star, 1991), trouve notamment son origine dans les premiers travaux de Callon et Latour, où le processus de traduction est présenté comme « l'ensemble des négociations, des intrigues, des actes de persuasion, des calculs, des violences grâce à quoi un acteur ou une force se permet ou se fait attribuer l'autorité de parler ou d'agir au nom d'un autre acteur ou d'une autre force » (Callon & Latour,

1981, p. 279). Par exemple, Lowe (2001) décrit le processus d'établissement du nouveau système de comptabilité comme un ensemble de manœuvres sur les acteurs humains et non humains, soigneusement calculé, pour que le nouveau système s'établisse.

Toutefois, si nous considérons qu'il est important de comprendre ce qui anime les acteurs et la dimension stratégique de leur comportement, ils n'expliquent pas à eux seuls la dynamique du réseau.

Alors que dans ces recherches la focale tend à s'établir sur les acteurs humains, notre perspective est plutôt de s'intéresser aux attaches qui s'établissent entre les acteurs, ici humains et non humains. Latour (2005) ne donne pas de définition précise de ce que constituent les attaches ou les connexions établies entre les acteurs. De manière très simple, nous pouvons les définir comme l'ensemble des liens ou des rapports qui s'établissent entre des acteurs, humains et non humains. Dans notre recherche, nous nous intéressons spécifiquement aux attaches qui lient les acteurs humains aux acteurs non humains que sont les instruments de contrôle de gestion. La question qui se pose est alors celle de la nature et de la forme que prennent ces liens, ce que nous nous efforcerons d'identifier à partir de notre étude de cas (Chapitre V.).

En outre, le concept de médiateur nous enseigne que chaque acteur reçoit identité mais surtout capacité d'influence du fait de ses attaches avec d'autres acteurs. Un acteur n'est jamais un atome isolé, mais est toujours relié à d'autres entités humaines et non humaines, et c'est cette mise en association qui donne à un objet son pouvoir d'influence. Par conséquent, pour comprendre comment un instrument de contrôle de gestion devient un médiateur et impacte l'ordre organisationnel auquel il prend part, nous nous attachons à appréhender chaque acteur en relation avec les autres acteurs, humains et non humains. Dans ces interactions instruments-humains, nous cherchons donc à comprendre comment l'action est distribuée entre les instruments de contrôle de gestion et les acteurs humains qui s'en saisissent : en d'autres termes, quelle est la part de l'instrument et quelle est la part de l'humain dans le changement ?

3.3. De l'inscription au médiateur : repérer les changements de trajectoire dans les rôles organisationnels

Ici, pour reprendre le vocabulaire de l'ANT, le mouvement du social qui nous intéresse est donc la constitution et l'évolution des rôles organisationnels. Si nous étudions les associations qui se forment entre les instruments de contrôle de gestion et les acteurs humains, il s'agit également de voir comment ce phénomène social qu'est l'évolution des rôles organisationnels est impacté par ce mouvement de ré-associations.

Nous avons vu qu'un acteur, humain ou non humain, est médiateur lorsque son association avec un autre acteur fait naître de nouvelles possibilités d'action. Selon Latour (2005), les acteurs sont donc des médiateurs lorsque leur présence donne un cours inédit à l'action. Encore une fois, Latour (2005) ne donne que peu d'éléments permettant d'appréhender le concept de médiateur dans un contexte empirique. Il suggère toutefois de se poser la question suivante : « Pour tout agent, il n'y a qu'une question à se poser : cela fait-il une différence dans le cours de l'action d'un autre agent ou non ? » (Latour, 2005, p. 71)[50]. Dans le cadre de notre recherche, nous nous intéressons aux médiateurs humains et non humains, spécifiquement les instruments de contrôle de gestion. Nous proposons de repérer les instruments de contrôle de gestion médiateurs en mettant en évidence la façon dont ils conduisent des acteurs à modifier leurs façons de se comporter, d'agir, dans l'exercice de leur rôle, c'est-à-dire dans les activités et les comportements relationnels liés au rôle. En d'autres termes, nous considérons que les instruments de contrôle de gestion sont des médiateurs lorsque les acteurs qui y sont associés « n'auraient pas agi de cette façon », dans les activités et les comportements relationnels associés à leur rôle, si les instruments de contrôle de gestion étaient absents.

S'intéresser aux instruments de contrôle de gestion comme des médiateurs au sein d'un réseau, c'est donc s'intéresser à la double transformation des instruments de contrôle de gestion et des acteurs qui les mobilisent. En effet, comme suggéré, les associations entre humains et non humains transforment à la fois l'humain et le non humain. Ni le sujet ni l'objet (ni leurs buts/fonctions) ne sont fixés. L'objet est rendu différent par sa relation

[50] "the questions to ask about any agent are simply the following: does it make a different in the course of some other agent's action or not?" (Latour, 2005, p. 71)

avec le sujet, et le sujet est rendu différent par sa relation avec l'objet. Ainsi, lorsque des instruments de contrôle de gestion prennent part à un réseau et que des associations sont formées avec des humains, les instruments de contrôle de gestion sont transformés, mais également les acteurs humains et leur rôle. La recherche en comptabilité et contrôle de gestion inspirée de l'ANT a principalement conduit à mettre en évidence la transformation des systèmes de comptabilité et de contrôle de gestion dans le temps et selon les contextes étudiés, alors que la transformation des individus liée à la formation d'associations avec des instruments de contrôle de gestion n'a fait l'objet que d'une attention sommaire. Ainsi, dans notre recherche, sans nier l'évolution des instruments de contrôle de gestion mis en réseau, nous nous intéressons plus spécifiquement à l'évolution concomitante des acteurs - par le prisme de leur rôle dans l'organisation.

Partie 2. Synthèse

Le corpus théorique de l'ANT a largement été mobilisé dans la recherche en comptabilité et contrôle de gestion. La plupart de ces recherches s'appuient sur les travaux de Latour et plus précisément son ouvrage de 1987. Parmi ces recherches, le changement comptable est un sujet privilégié, analysé comme le fruit d'un processus de traduction dans lequel des éléments hétérogènes sont temporairement liés. L'ANT a ainsi permis de mettre en évidence que les systèmes de comptabilité et de contrôle de gestion que l'on a tendance à tenir pour acquis et d'apparence « technique » sont en fait fabriqués et façonnés par des acteurs divers, et doivent leur émergence et leur diffusion à un ensemble d'actions d'intéressement et de transformations pour mieux convaincre, davantage que les propriétés techniques intrinsèques de l'innovation comptable.

En revanche, bien que l'ANT appelle à s'intéresser aux objets dans l'analyse des phénomènes sociaux, l'attention portée aux instruments de comptabilité et de contrôle de gestion en tant qu'actants constitutifs du social, et non seulement comme le résultat d'un processus de traduction, a été bien moindre. Cela nous amène à mobiliser l'ANT sous un angle différent et ainsi exploiter de nouvelles pistes de recherche.

Nous proposons tout d'abord de nous saisir d'une question de recherche alternative : non celle du processus ayant conduit à l'établissement d'instruments de gestion, mais le rôle des instruments de gestion dans l'établissement d'un phénomène social nouveau – ici celui de la constitution de nouveaux rôles organisationnels. En outre, alors que nombre de recherches ont mis en évidence le rôle constitutif des inscriptions comptables « à distance », nous nous intéressons à leur rôle constitutif « à proximité » des acteurs.

Nous adoptons ensuite une conception acentrée du processus de traduction, comme un mouvement d'associations d'acteurs humains et non humains par lequel l'action subit des transformations et conduit à l'établissement d'un phénomène social nouveau. Par cette définition, l'accent est mis sur les attaches entre les acteurs humains et non humains, et non plus sur l'acteur qui manipule le réseau.

Nous proposons également de recourir au concept de médiateur, qui nous fournit des pistes pour comprendre comment des inscriptions telles que des instruments de contrôle de gestion peuvent acquérir un pouvoir d'influence lorsqu'elles prennent part aux dynamiques organisationnelles locales. Un médiateur est un acteur qui donne une nouvelle trajectoire au cours de l'action. Tout acteur acquiert ce pouvoir d'influence du fait de ses attaches avec d'autres acteurs. Ainsi, tout objet ou sujet ne sera médiateur que dans l'interaction avec d'autres sujets et objets, faisant ainsi naître de nouvelles possibilités d'actions. L'action, et donc le changement, n'est ni le fait des acteurs humains seuls, ni le fait des objets seuls, mais le fait d'un ensemble d'attaches entre objets et humains.

Le concept de médiateur suggère également la double transformation de l'objet et du sujet dans la mise en association. Alors que la recherche s'est focalisée sur les transformations de systèmes de comptabilité et de contrôle de gestion, nous nous intéressons également à la transformation des individus en lien avec l'implantation d'instruments de contrôle de gestion, par le prisme des rôles organisationnels.

CHAPITRE III. CONCLUSION ET IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE

L'ANT est une théorie qui nous amène à mettre en lumière les moyens concrets et pratiques par lesquels un nouveau phénomène social s'établit. L'attention est portée aux objets, qui sont considérés comme l'égal des individus dans l'analyse, et à l'inextricabilité entre objets et humains. Ces derniers sont assemblés au sein d'un réseau et engagés dans un processus de traduction, par lequel des actions et des stratégies sont mises en œuvre pour vaincre les controverses entre les différents acteurs et enrôler des alliés, conduisant ainsi à l'établissement du phénomène souhaité.

Le corpus théorique de l'ANT a largement été mobilisé dans la recherche en comptabilité et contrôle de gestion. La plupart de ces recherches s'intéressent au changement comptable, analysé comme le fruit d'un processus de traduction dans lequel des éléments hétérogènes sont temporairement liés. L'ANT a ainsi permis de mettre en évidence que les systèmes de comptabilité et de contrôle de gestion doivent leur émergence et leur diffusion à un ensemble d'actions d'intéressement et de transformations pour mieux convaincre, davantage que les propriétés techniques intrinsèques de l'innovation comptable.

Toutefois, ces recherches ont privilégié une conception manipulatoire du processus de traduction, centrée sur l'acteur humain. De plus, bien que l'ANT appelle à s'intéresser à l'influence des objets dans l'analyse des phénomènes sociaux, l'attention portée aux instruments de comptabilité et de contrôle de gestion en tant qu'actants constitutifs du social, et non seulement comme le résultat d'un processus de traduction, a été bien moindre et s'est concentré sur le rôle des instruments comme inscriptions permettant d'agir à distance.

Cela nous amène donc à mobiliser l'ANT sous un angle différent et ainsi exploiter de nouvelles pistes de recherche. Le processus de traduction et le concept de médiateur, tels que définis par Latour (2005), nous invitent ainsi à appréhender les transformations inhérentes au processus de traduction non pas sous l'angle des manipulations mises en œuvre par les acteurs mais en nous intéressant aux attaches qui lient les objets et individus impliqués dans le phénomène étudié. Ce sont précisément ces attaches qui donnent aux objets une capacité d'influence : le changement n'est ni le fait des acteurs humains, ni le fait des objets, mais bien le fait de leurs interactions et de leurs

associations. Ce processus de mise en association se caractérise en outre par la double transformation de l'objet et du sujet : ainsi, non seulement les instruments de contrôle de gestion, en tant qu'inscriptions, sont soumis à des transformations dans le processus de traduction comme suggéré par les recherches menées, mais également les individus qui mobilisent ces instruments de contrôle de gestion.

Certains éléments restent toutefois incomplets. Le concept d'attaches est flou : quelle est la nature de ces associations entre objets et sujets ? Pourquoi ces attaches s'établissent-elles ? De même, l'argument selon lequel les objets acquièrent un pouvoir d'influence et sont des médiateurs du fait de ces multiples attaches n'est pas toujours clair. Si on comprend que l'objet indépendamment de l'homme n'a sans doute que peu d'influence, par quels mécanismes les interactions entre objets et sujets conduisent-elles à des transformations sur l'ordre organisationnel ?

Au regard des concepts d'attaches et de médiateurs suggérés par l'ANT et de leur incomplétude, nous cherchons donc à répondre aux questions suivantes :

Lorsque des instruments de contrôle de gestion sont introduits dans une organisation, quelles sont les attaches qui se forment avec les acteurs de l'organisation ?

Comment ces instruments de contrôle de gestion attachés aux acteurs de l'organisation transforment-ils ces derniers, et plus généralement l'ordre organisationnel auquel ils prennent part ?

Ainsi, si les concepts de l'ANT que nous mobilisons dans cette thèse nous permettent de guider notre recherche, et plus précisément de l'orienter vers l'analyse des attaches entre objets et sujets et des transformations que ces attaches induisent, c'est l'étude empirique des interactions entre instruments de contrôle de gestion et professionnels du soin, et les transformations associées dans un hôpital public, qui peut empiriquement contribuer à préciser ces concepts.

CHAPITRE IV. EPISTEMOLOGIE ET METHODOLOGIE

L'objet de cette partie est de rendre compte le plus fidèlement possible de notre démarche de recherche, à la fois la conception que nous nous en faisons et les conditions concrètes de sa mise en œuvre, lors de la phase de collecte des données sur le terrain et lors de l'analyse.

Ce chapitre se déroule en deux temps. Notre présentation est en partie nourrie par l'ANT qui est un corpus théorique aux présupposés méthodologiques spécifiques. Dans une première partie, nous présentons la posture épistémologique – interprétative - qui a animé ce travail de thèse (Partie 1). La deuxième partie est quant à elle consacrée à la collecte des données sur le terrain, au sein d'un hôpital, et à leur analyse (Partie 2).

Partie 1. Démarche de recherche

L'objet de cette partie est de présenter quelques éléments permettant de fournir un éclairage épistémologique sur notre recherche, en d'autres termes la façon dont les connaissances sont produites et justifiées (Baumard, Donada, Ibert, & Xuereb, 2014, p. 15). Nous développons dans la première section notre posture de recherche générale, que nous pouvons qualifier d'interprétative (1.). Nous précisons ensuite le processus de théorisation de cette recherche – émergent (2.). Nous terminons cette partie en mettant l'accent sur l'importance d'une recherche de terrain, permettant de contextualiser et d'enrichir l'étude des instruments de contrôle de gestion (3.).

1. Fondements épistémologiques : une posture de recherche interprétative

Cette recherche s'inscrit dans une posture de recherche interprétativiste. Selon Allard-Poesi et Perret (2014) :

> L'interprétativisme va souligner la nature intentionnelle et finalisée de l'activité humaine ainsi que le caractère interactionnel, discursif et processuel des pratiques sociales. Les approches visant la découverte de régularités causales stables sont écartées au profit d'une posture interprétativiste qui s'appuie sur des méthodologies compréhensives, mieux à même de saisir la nature construite des phénomènes sociaux. Ces méthodologies visent en priorité à comprendre le sens plutôt qu'à expliquer la fréquence et à saisir comment le sens se construit dans et par les interactions, les pratiques et les discours. (Allard-Poesi et Perret, 2014, p. 17)

Une telle conception de la recherche amène à considérer que les connaissances élaborées sont couplées à l'environnement social dans lequel elles s'inscrivent. Le projet de connaissance associé à une posture interprétative est donc de développer une compréhension située du phénomène étudié, et donc dépendante des perceptions de chaque acteur, y compris de celles du chercheur.

Plus précisément, une posture de recherche interprétative répond de conceptions spécifiques sur la nature du réel de la connaissance produite (1.1.) et des critères de connaissance valable (1.2.), que nous développons succinctement ici.

1.1. Comprendre et rendre compte d'une réalité : celle de l'impact des instruments de contrôle de gestion sur les individus

Concernant la nature du réel, l'interprétativisme considère qu'il n'existe pas une seule et unique réalité immuable et donnée, mais des réalités humaines et sociales qui sont contingentes des « normes, valeurs, conventions et idéologies historiquement et spatialement situées » (Passeron, 1991, cité par Allard-Poesi et Perret 2014, p. 25), et ainsi des représentations que les acteurs s'en font. Le monde est donc subjectif et la réalité essentiellement mentale et perçue. Dans une perspective gestionnaire, la réalité est donc un processus de construction et de transformation permanent : « la réalité n'est pas un monde donné et mû par des lois indépendantes de nous : la vie organisationnelle, nous dit Hatchuel, 'naît avec la formation d'acteurs nécessairement différenciés et toujours en quête de ce qui peut fonder leurs relations' (Hatchuel, 1994, p.60) » (David, Hatchuel, & Laufer, 2008).

La connaissance produite est alors relative, et non absolue et indépendante du sujet qui la possède. La connaissance étant relative, il s'agit de décrire des cas isolés sans chercher à en tirer des lois universelles : l'approche est plutôt compréhensive, privilégie la description dense de cas singuliers afin de retrouver les significations locales des individus. Nous considérons toutefois qu'il est possible de dégager certaines régularités, ou mécanismes, dont la mise en évidence peut permettre de mieux comprendre les dynamiques socio-organisationnelles à l'œuvre.

Dans notre cas, nous proposons ainsi de rendre compte d'une réalité, d'une histoire, d'une perspective : celle permettant de faire ressortir un certain impact des instruments de gestion sur les acteurs d'un établissement de santé.

Toutefois, comme souligné par Allard-Poesi et Perret (2014), l'interprétativisme n'abandonne pas nécessairement l'idée d'une certaine généralisation à d'autres contextes lorsque ces derniers ont un fort degré de parenté.

1.2. Les critères de validité de cette réalité : être crédible

Si la connaissance est relative, alors qu'est-ce qu'une connaissance valable ? Dans la posture interprétativiste, c'est le critère de la crédibilité de l'interprétation proposée qui

s'impose (Allard-Poesi et Perret, 2014). Cette crédibilité repose sur deux dimensions : étudier le phénomène en situation et développer une capacité d'empathie (Perret & Séville, 2007). Une recherche présente un caractère idiographique quand les phénomènes sont étudiés en situation. La compréhension passe ainsi par une description suffisamment dense du phénomène étudié, pour permettre au lecteur de juger de la crédibilité des interprétations proposées par le chercheur. C'est ce que nous nous attachons à faire dans la présentation de l'étude de cas. Quant à l'empathie, il s'agit pour le chercheur de penser le discours des acteurs par le prisme de leurs propres représentations et cadres de référence, pour tenter de comprendre et de traduire sa réalité. La valeur de la recherche est ainsi mesurée par sa capacité à ne pas traduire uniquement les faits mais la façon dont ils sont vécus par les acteurs. Dans cette optique, notre présence de quasiment deux ans sur le terrain nous a permis de comprendre et de nous imprégner des cadres de référence des acteurs, au grès des entretiens et des observations menées, comme nous le développons dans la deuxième partie de ce chapitre relative au recueil et au traitement des données.

Perret et Séville (2007) reprennent les propos de Denzin (1994) pour l'opérationnalisation de ces deux critères, en invitant le chercheur à s'interroger sur les points suivants : l'interprétation développée par le chercheur est-elle : révélatrice de l'expérience vécue ? Enracinée historiquement et temporellement ? Cohérente ? Produit-elle une compréhension de la réalité sociale étudiée ? Ici encore, sur ces questions très concrètes, nous nous sommes efforcés de mettre en place des dispositifs méthodologiques nous permettant de garantir la crédibilité de notre recherche. A la question : l'interprétation développée par le chercheur est-elle révélatrice de l'expérience vécue ?, nous avons pris soin de « tester » les hypothèses interprétatives qui émergeaient au cours de la collecte des données auprès des acteurs du terrain à l'occasion d'entretiens, en intégrant de nouvelles questions dans les entretiens, nous permettant de confirmer un ressenti ou bien, au contraire, de l'invalider. Quant à la question de l'enracinement historique et temporel de la recherche, nous avons également pris soin, à la fois dans la collecte et l'analyse des données, de retracer les évènements passés marquants de l'organisation, l'évolution de la réglementation, le parcours des différents acteurs, etc., garantissant la prise en compte de l'historique du phénomène étudié.

Si nous nous sommes intéressée dans cette partie au statut de la connaissance produite par une recherche interprétative, il est également important de rendre compte du processus de construction de cette connaissance, qui se situe entre démarche émergente et abduction.

2. Mode de raisonnement : une démarche de recherche émergente

Nous avons adopté une démarche de recherche émergente, au sens d'Ahrens & Dent (1998). Selon cette approche, les construits théoriques se déploient au cours de la recherche, et non préalablement à la recherche. Ce processus de théorisation émergent n'exclut pas ce que les auteurs appellent une « connaissance théorique » (*theoretical knowledge*) initiale. Il est en effet utopique de croire que le chercheur est vierge de tout savoir et de toute représentation lorsqu'il débute une recherche. En revanche, il est selon les auteurs dangereux de poser dès le départ des concepts théoriques explicites car le chercheur s'expose au danger de sur-filtrer l'information issue du matériau de terrain et donc de perdre en richesse. La démarche de recherche doit donc plutôt reposer sur des allers-retours constants entre ce qui est observé sur le terrain et la mise en abstraction. Pour Ahrens & Dent, une démarche de recherche émergente doit permettre au bout du compte de mettre en évidence des régularités, ou ce que les auteurs appellent des « patterns », à partir des observations faites sur le terrain. Mettre en évidence des « patterns », c'est réduire la complexité des données, les structurer et révéler les liens qui les animent. Dans cette étape, non seulement le chercheur doit apprécier les différentes perspectives de chaque participant, mais il doit comprendre comment ces différentes perspectives sont reliées les unes aux autres et forment un tout (cohérent ou non) qui permette d'expliquer les résultats observés. La mise en évidence des patterns est un processus d'abstraction, des détails vers les concepts, afin de tracer les interconnexions. Dans ce processus, le chercheur « examine et réexamine les observations existantes et collecte davantage de matériel empirique, pour s'assurer que les « patterns » représentent convenablement le monde observé et non un simple produit de son imagination. Mettre en évidence les patterns et développer la théorie est un processus émergent dans la recherche de terrain, dans lequel le chercheur fait des itérations entre les « insights » et le matériel de terrain. » (Ahrens & Dent, 1998, p.9).

Dans la pratique, ce processus de production des patterns commence presque aussitôt que la recherche débute sur le terrain. Il y a une dynamique constante entre l'observation et la mise en évidence des patterns, afin de faire sens des informations obtenues. Selon les auteurs, la mise en évidence des patterns est orientée par la connaissance « théorique » préalable du chercheur, qui est « confrontée à la connaissance personnelle engrangée sur le terrain. Si cette connaissance personnelle n'est pas adéquate, alors la connaissance théorique préalable est reformulée, ou même écartée en faveur d'une nouvelle connaissance théorique. Les insights subjectifs aident à démarrer ce processus et sont importants dans le développement d'une compréhension à multiples facettes de la façon dont la comptabilité fonctionne dans les organisations » (Ahrens & Dent, 1998, p.28).[51]

Ces allers-retours, entre observations et connaissances théoriques, sont caractéristiques d'une démarche d'abduction, comme l'opération qui « permet d'échapper à la perception chaotique que l'on a du monde réel par un essai de conjecture sur les relations qu'entretiennent effectivement les choses » (Koenig, 1993, cité par Allard-Poesi et Perret, 2014). Toutefois, la démarche abductive suppose un positionnement plus ferme du chercheur vis-à-vis de ses connaissances théoriques préalables : alors que la démarche de recherche émergente, au sens d'Ahrens et Dent (1998), repose sur une orientation théorique du chercheur relativement lâche, l'abduction suppose que « le chercheur a initialement mobilisé des concepts et intégré la littérature concernant son objet de recherche » (Allard-Poesi et Perret, 2014, p.93) avant d'être confronté aux observations empiriques.

Nous pouvons donc, à l'image d'Ahrens & Dent (1998), qualifier notre démarche de recherche d'émergente, en ce que nous avons été présente sur le terrain rapidement, environ 6 mois après notre entrée en thèse. A ce stade, nous n'avions pas d'orientation théorique clairement établie, ni intégré les concepts et la littérature relative aux instruments de gestion, ni de question de recherche ou cadre théorique prédéfinis, seulement la volonté d'étudier les instruments de contrôle de gestion tels qu'ils sont

[51] "Pattern making is initially guided by prior theoretical knowledge. This is confronted with personal knowledge gathered in the field. If the personal knowledge does not fit, the prior theoretical knowledge is reformulated, or even discarded in favor of new theoretical knowledge. Subjective insights help to start this process and they are important in developing multi-layered understandings of how accounting functions in organizations." (Ahrens & Dent, 1998, p.28)

reçus et mis en pratique par les acteurs d'une organisation. Ce questionnement « pragmatique » avait le mérite d'orienter notre processus de recherche, élément indispensable pour éviter au chercheur de récolter des informations « tout azimut » et sans cohérence, mais l'absence de construits théoriques explicités et posés dès le départ nous a permis de rester ouvert aux pistes de recherche les plus intéressantes. Par la suite, la collection des données qualitatives sur le long cours a permis l'émergence et la maturation progressive des idées, notamment ici de la question de recherche et du cadre théorique permettant de faire sens de nos données. La constitution de la revue de littérature en parallèle, à la fois dans le champ hospitalier et dans le champ du contrôle de gestion, ont fait apparaître des tensions de plus en plus évidentes entre la littérature et ce que nous observions sur le terrain. Ce sont ces allers-retours entre la littérature et les observations sur le terrain qui nous ont permis, progressivement, de rendre compte des liens entre les différents éléments observés sur le terrain et des mécanismes à l'œuvre, à l'intersection de l'instrumentation de gestion et des individus.

La recherche de terrain est donc essentielle dans notre recherche à positionnement interprétatif, et ce d'autant plus lorsque la recherche porte sur les instruments de comptabilité et de contrôle de gestion et mobilise le prisme théorique de l'acteur-réseau comme nous le développons dans cette dernière section.

3. Être sur le terrain pour étudier le contrôle de gestion « en action »

Comme nous l'avons vu dans les deux sections précédentes, la posture interprétative repose sur un rapport de proximité fort entre le chercheur et le terrain. En effet, elle suppose d'étudier le phénomène dans son contexte. Comme souligné par Allard-Poesi et Perret (2014, p.57), l'immersion au sein même du phénomène étudié doit permettre « de développer une compréhension de l'intérieur de la réalité sociale, et en particulier d'appréhender les problématiques, les motivations et les significations que les différents acteurs y attachent ». Notre recherche se caractérise donc par une recherche de terrain avec l'ambition de capturer la façon dont l'instrumentation de gestion s'insère dans la vie organisationnelle, à la fois l'influence et est influencée. Cette recherche de terrain est d'autant plus nécessaire lorsqu'il s'agit d'étudier les instruments de comptabilité et de contrôle de gestion (3.1.), et ce par le prisme de la théorie de l'acteur-réseau (3.2.).

3.1. La recherche de terrain pour rendre compte de la richesse du contrôle de gestion

Contrairement à l'expérimentation en laboratoire, par exemple, la recherche de terrain permet de produire des données et des observations complexes, vivantes et contextualisées, et donc de capturer la façon dont l'instrumentation de gestion s'insère dans la vie organisationnelle, à la fois l'influence et est influencée. Comme souligné par Ahrens & Dent (1998), la comptabilité en action se caractérise par des tensions, des ambiguïtés et des interprétations conflictuelles. La recherche de terrain est alors une méthodologie privilégiée pour rendre compte de ces contradictions et des voix multiples qui entourent la pratique comptable dans les organisations, et ainsi produire des comptes rendus riches : elle permet de « rendre compréhensible les actions et les motivations d'individus souvent très compétents qui mobilisent la comptabilité de façon routinière dans leur travail quotidien. » (Ahrens & Dent, p.4)[52]. En outre, pour acquérir une compréhension profonde d'un système comptable dans son contexte organisationnel et social, il est nécessaire de mener la recherche auprès d'un nombre réduit d'organisations, voire auprès d'une unique organisation, afin que l'engagement du chercheur sur ce ou ces terrains soit fort (Ahrens & Dent, 1998).

3.2. La recherche de terrain pour étudier les choses en train de se faire

Nous avons présenté la théorie de l'acteur-réseau dans le chapitre précédent, comme cadre théorique pertinent pour appréhender la question de l'influence des instruments de comptabilité et de contrôle de gestion sur les rôles organisationnels. Mais loin de n'être qu'un cadre théorique, la théorie de l'acteur-réseau repose sur des présupposés méthodologiques importants, notamment celui d'être sur le terrain pour étudier les choses « en train de se faire ». En effet, selon Latour (2005), les faits tels qu'ils sont étudiés par les sociologues ne permettent pas de décrire et de comprendre ce qui cause l'action dans notre monde, car ils sont indisputables et pris pour acquis et donc « silencieux » (« *matters of fact* »). La difficulté de rendre compte du social tient au fait que ce dernier n'est identifiable que lorsqu'il est modifié. Le social n'apparaît que de

[52] "Rich has more to do with making understandable the actions and motivations of often very skillful people who routinely mobilize accounting in their daily work lives." (Ahrens & Dent, p.4)

façon éphémère, lorsque de nouvelles associations sont formées. En particulier, Latour souligne que les objets apparaissent majoritairement sous forme de « boîtes noires » et ne paraissent associés avec d'autres éléments que momentanément. Pour comprendre le monde contemporain, il faut plutôt s'intéresser à ce qui est sujet à débat, à controverse et qui n'est pas encore transformé en phénomène routinier et indisputable (« *matters of concerns* »). En effet, ce qui est en train de se rassembler a la particularité d'être vivant et pluriel, de prendre de multiples formes, de faire apparaître les controverses et donc d'être plus « parlant » quant à la fabrication du social. Pour les tenants de l'ANT, les incertitudes, hésitations et controverses sont les fondements même de l'analyse du social. Comprendre le social suppose donc de mettre en lumière ces controverses, dont le traçage est le plus riche lorsque le chercheur y est directement confronté sur le terrain. Latour prend l'exemple des faits scientifiques, qu'il faut suivre pendant qu'ils sont fabriqués car c'est à ce moment-là qu'ils apparaissent sous des formes multiples et à différents stades, avant qu'ils ne deviennent des faits routiniers.

Dans le cas de notre thèse, l'étude de l'impact des instruments de gestion, comme des actants constitutifs des rôles organisationnels, prend tout son intérêt dans la mesure où les hôpitaux sont actuellement sujets à une implantation forte d'instruments de gestion : ces derniers ne constituent donc pas encore des « boîtes noires » mais font au contraire l'objet de controverses, d'interrogations et d'incertitudes importantes, notamment sur la façon de les utiliser et sur leurs effets. De même, les rôles de « professionnels-gestionnaires » sont émergents et donc également en pleine construction.

Partie 1. Synthèse

Nous avons présenté dans cette première partie quelques éléments de cadrage épistémologique de notre recherche, ayant vocation à préciser à la fois notre rapport à la théorie et notre rapport au matériau empirique.

Nous adoptons dans cette thèse une posture de recherche interprétativiste afin de développer une compréhension située de l'impact des instruments de contrôle de gestion sur les individus, leurs activités et leurs comportements. Nous considérons que le phénomène étudié est dépendant des significations subjectives mais qu'il est possible de dégager certaines régularités dont la mise en évidence peut permettre de mieux comprendre les dynamiques socio-organisationnelles à l'œuvre.

Pour ce faire, nous avons adopté une démarche de recherche émergente (Ahrens & Dent, 1998) selon laquelle les construits théoriques se déploient au cours de la recherche, et non préalablement à la recherche. Nous avons commencé notre terrain de recherche relativement tôt dans le processus de thèse, ainsi les construits théoriques se sont déployés au fil de la collecte des données sur le terrain.

Enfin, la recherche de terrain s'est imposée comme un terreau fertile à l'étude du contrôle de gestion « en action ». En effet, la recherche de terrain est un moyen privilégié de produire des comptes rendu riches du contrôle de gestion et de mettre en lumière les controverses et incertitudes qui l'entourent, avant qu'il ne devienne une « boîte noire ».

Partie 2. Recueil et traitement des données

L'objectif de cette partie est de retracer la façon très concrète dont nous avons collecté nos données empiriques, ainsi que la manière dont nous avons analysé ce matériau. En effet, pour qu'une recherche soit crédible et donc valide d'un point de vue interprétatif, la démarche concrète de recherche doit être soumise au jugement de ses pairs.

Pour mettre en évidence l'impact des instruments de contrôle de gestion sur la construction des rôles organisationnels en contexte, nous nous intéressons à un hôpital public français – le CHM – qui nous a accueillie de mai 2012 à janvier 2014. Nous présentons dans une première section l'intérêt de recourir à une étude de cas unique (1.). Nous revenons ensuite sur la collecte des données, organisée autour d'entretiens semis-directifs, d'observations et d'une collecte documentaire (2.). Enfin, nous rendons compte dans la dernière section de notre analyse du matériau empirique (3.)

1. Stratégie de recherche : une étude de cas unique dans un hôpital public

L'étude de cas est une stratégie de recherche privilégiée pour étudier les instruments de contrôle de gestion dans leur contexte (1.1.). Notre étude de cas porte sur un hôpital public français, que nous présentons succinctement ici (1.2.).

1.1. L'étude de cas comme stratégie de recherche privilégiée pour étudier les instruments de contrôle de gestion dans leur contexte

Nous avons choisi de baser notre recherche sur une étude de cas unique : l'étude de l'impact des instruments de gestion sur les rôles organisationnels dans un hôpital public.

L'étude de cas permet de « mettre à jour les interactions manifestes des facteurs significatifs de ce phénomène, individu, communauté, ou institution. De plus, le chercheur est capable de capturer les nuances, les patterns et les éléments plus latents que toute autre approche de recherche aurait ignoré » (Berg & Lune, 2012). En effet, la force de l'étude de cas réside dans l'étude d'un phénomène en relation étroite avec le contexte dans lequel il est encastré. Une étude de cas se caractérise donc par la collecte

d'une information extrêmement riche et détaillée, afin de permettre l'étude poussée du phénomène et de son contexte.

Dans cette perspective, l'étude de cas est apparue tout à fait appropriée à l'étude des instruments de contrôle de gestion lorsqu'ils sont mis en pratique par des professionnels du soin et des administratifs. En effet, comprendre comment et pourquoi un instrument de contrôle de gestion est mobilisé par un acteur et quels en sont les effets sur les dynamiques socio-organisationnelles suppose indiscutablement de tenir compte du contexte, ici à la fois l'hôpital étudié et ses spécificités par rapport à d'autres hôpitaux publics (par exemple sa situation financière et le profil du directeur), mais aussi les éléments contextuels environnant l'hôpital, tels que l'organisation générale du système de santé français, les réformes qui l'animent, les impératifs réglementaires, les pressions des autorités gouvernementales, etc.

Mais le contexte est également historique. Dumez (2013b), cherchant à préciser la notion même d'étude de cas, considère que l'étude d'un cas ne peut se contenter de l'étude du seul phénomène contemporain. Au contraire, le cas doit être vu dans une perspective narrative, c'est-à-dire qu'il doit être éclairé par ses états antérieurs. Il est donc, selon Dumez, nécessaire de mener une analyse dynamique en identifiant dans les données empiriques des séquences et des points de changement. Ainsi, l'étude de cas ne doit pas se contenter d'une analyse « statique » d'un phénomène donné, mais tenir compte des évènements clés antérieurs ayant conduit au « phénomène contemporain ». Dans notre étude de cas, nous avons mené une telle analyse dynamique, en explicitant les changements qui nous ont parus essentiels pour comprendre les interactions organisationnelles et sociales à l'œuvre. Notamment, l'importance du contexte historique de l'organisation étudiée nous a conduit à tenir compte à la fois de l'évolution passée de l'environnement réglementaire du système de santé français, ainsi que de l'historique de l'hôpital même (état passé de l'instrumentation de gestion, mise en place des pôles, changements dans l'équipe de direction, etc.). Comme nous le verrons dans le chapitre V rendant compte de notre étude de cas, notre démarche est donc en partie longitudinale dans la mesure où nous avons étiré notre analyse à la période précédant notre arrivée sur le terrain (en 2012), nous permettant par cette dimension rétrospective (2007-2011) de mettre évidence l'évolution des rôles organisationnels dans l'établissement.

Appréhendée de façon abstraite, une des forces de l'étude de cas résiderait dans la description et l'explication holistique, voir exhaustive, du phénomène étudié. Or, dans la pratique, Dumez (2013b) défend l'idée que rendre compte d'un cas de façon exhaustive n'est pas possible. Loin d'avoir la prétention de fournir une description exhaustive du phénomène étudié, le choix d'une étude de cas unique nous permet tout de même de fournir une description consistante et une interprétation fine permettant de rendre compte du mieux possible la complexité du phénomène.

1.2. Présentation du terrain de recherche : le CHM, un hôpital propice à l'étude des instruments de contrôle de gestion et des rôles organisationnels

Nous avons accédé au terrain de façon opportuniste (Baxter & Chua, 1998), en ce que le choix de l'organisation sur laquelle est basée notre recherche n'a pas été préalablement et rationnellement réfléchi, d'un point de vue empirique ou théorique. En effet, le terrain de cette thèse a été initialement appréhendé dans le cadre d'un autre projet de recherche relatif à l'usage des tableaux de bord de contrôle de gestion dans les établissements de soins. De plus, il n'était à ce moment-là pas question de faire une recherche dans le milieu de la santé. Cependant, très rapidement, les premiers contacts par mail, avec le directeur de l'hôpital et la contrôleuse de gestion, nous ont fournis des éléments contextuels décisifs qui nous ont finalement convaincus de faire du CHM notre terrain de thèse : d'une part, des instruments de contrôle de gestion avaient été récemment implantés et le dispositif général de contrôle de gestion était encore en construction ; d'autre part, le CHM est un hôpital dirigé par en chef d'établissement dynamique et intéressé par notre projet de recherche. En effet, cela représentait pour lui une occasion de mener une réflexion sur la conception des instruments de contrôle de gestion mis à disposition des pôles cliniques.

L'hôpital dans lequel se déroule notre recherche est un important centre hospitalier général français, situé en région (ni près de la mer, ni près de la montagne, ce qui peut conduire à quelques difficultés de recrutement…). Pour des raisons de confidentialité, nous appellerons cet établissement le CHM (CH pour centre hospitalier, M pour ville Mystère). Le budget annuel 2012 est de l'ordre de 160 millions d'euros et le CHM a une capacité d'accueil d'environ 1000 lits et places, et emploie 2200 salariés, dont 160 médecins. Pour l'année 2012, l'établissement a enregistré environ de 19 400 entrées

directes et plus de 25 000 hospitalisations de jour. En tant qu'hôpital public, l'établissement est soumis au système de financement et au schéma de gouvernance en vigueurs. Ainsi, depuis 2007, le CHM est organisé en deux pôles administratifs et sept pôles soignants et/ou médicotechniques, regroupant en tout environ 60 services. On retrouve au CHM la plupart des spécialités médicales et chirurgicales, en MCO (Médecine, Chirurgie et Gynécologie-Obstétrique) et SSR (Soins de Suite et Réadaptation). Le CHM a également une activité importante en psychiatrie (340 lits et places), ainsi qu'en gériatrie (290 lits et places).

Le CHM fait partie des quelques centres hospitaliers français en bonne santé financière, puisque l'établissement est à l'équilibre depuis 2009, après un plan de retour à l'équilibre en 2007-2008, voire en léger bénéfice.

Le CHM est un établissement très dynamique, notamment depuis le changement de directeur en 2010. En particulier, le CHM est engagé depuis 2010 dans un important projet de reconstruction, requérant de la part du CHM des investissements importants, en sus des fonds obtenus auprès de l'ARS et organismes divers. Ce projet de reconstruction consiste à transformer l'hôpital en un hôpital flexible et évolutif. Cette modularité architecturale implique une profonde modification des processus clés : accueil des patients, circuit du médicament, consultations, hospitalisation, hébergement, etc. Planifié jusqu'en 2030, le coût total estimé jusqu'en 2018 est de 90 millions d'euros. En 2012, l'accord de l'ARS et les premiers financements ont été obtenus, permettant aux premiers travaux de débuter. Ce projet de reconstruction constitue donc une thématique importante dans la vie de l'établissement, et anime régulièrement de nombreuses instances.

Le dynamisme de l'établissement se retrouve également dans l'ambition du directeur de « faire vivre » la structure polaire. Cela se traduit par la mise en place récente de dispositifs d'animation spécifiques, et plus particulièrement d'un développement important de l'instrumentation de gestion pour les pôles.

Si l'accès au terrain a été opportuniste, ce choix s'est a posteriori avéré heureux. En effet, l'hôpital constitue en soi un terrain riche du fait de la complexité de l'institution, à la fois organisation publique, de service et professionnelle. Les réformes récentes depuis le milieu des années 2000 font que l'introduction des instruments de gestion est récente

et massive, faisant de l'hôpital un terrain privilégié pour quiconque s'intéresse à l'instrumentation de gestion.

En outre, le CHM est en lui-même un terrain de recherche particulièrement propice pour étudier l'impact des instruments de contrôle de gestion sur la constitution de rôles organisationnels nouveaux. D'une part, au CHM, le directeur de l'établissement accorde une place importante au contrôle de gestion, dont le système est encore en construction lorsque nous arrivons au CHM, et manifeste un intérêt certain pour notre projet de recherche - initialement présenté comme portant sur les usages des instruments de contrôle de gestion dans les établissements de santé - ce qui a garanti a priori un accès relativement aisé au terrain lors de la collecte des données. D'autre part, l'organisation en pôle et les rôles de professionnels-gestionnaires associés, bien qu'existants depuis 2007, gardent un caractère très embryonnaire jusqu'au changement de directeur en 2010. A notre arrivée au CHM en 2012, les acteurs sont pris dans une dynamique nouvelle de construction, du fonctionnement en pôle et des rôles de professionnels gestionnaires.

Pôles, rôles de responsables de pôle et contrôle de gestion sont donc en construction et en changement au CHM, faisant de cet établissement un terrain de recherche privilégié pour comprendre comment les instruments de contrôle de gestion façonnent les rôles organisationnels. Nous nous intéressons à présent à la façon dont nous avons opéré la collecte des données dans cet établissement.

2. La collecte des données au CHM : entretiens semi-directifs, observations non participantes et analyse documentaire

La collecte des données au CHM a été opérée selon trois méthodes complémentaires : des entretiens semi-directifs (2.1.), des observations non participantes de réunions (2.2.) et un recueil de documents (2.3.). Nous présentons finalement le déroulement chronologique de la collecte des données (2.4.).

2.1. Des entretiens semi-directifs pour accéder aux discours et aux représentations

Notre recherche se base tout d'abord sur 22 entretiens semi-directifs. Les entretiens permettent d'accéder aux représentations des différents membres de l'organisation, à leurs perceptions et à leurs interprétations. Les entretiens ont été menés de façon à orienter la conversation vers les problématiques qui nous intéressaient, tout en laissant le répondant libre d'aborder les sujets souhaités et le chercheur libre de rebondir sur des thématiques abordées par le répondant. Chaque entretien a été enregistré, avec l'accord du répondant, et a simultanément fait l'objet d'une prise de notes.

Le choix des personnes entretenues s'est fait à la fois en fonction de ses contacts avec l'instrumentation de gestion et de ses dispositions à répondre à nos questions (voir Annexe 1 pour une liste des personnes interrogées). Nous avons ainsi privilégié les personnes étant en contact direct avec les instruments de contrôle de gestion, en tant que concepteur ou utilisateur, c'est-à-dire dans le cas de l'établissement étudié les membres de la direction et les responsables de pôles cliniques. Il est rapidement apparu que les acteurs plus opérationnels n'ont pas, sauf exception, d'interactions directes avec les instruments de contrôle de gestion initialement destinés aux responsables de pôle (cela ne signifie pas pour autant qu'ils ne sont pas impactés, ou qu'il n'est pas intéressant d'écouter ce qu'ils ont à dire). Nous avons également privilégié les entretiens avec les personnes susceptibles de nous fournir des éclairages sur des éléments plus spécifiques, de par leur position dans l'organisation (par exemple, le directeur de l'établissement ou encore le président de la commission médicale peuvent fournir un angle de vue spécifique sur les problématiques étudiées) ou bien leur expertise (les entretiens avec la contrôleuse de gestion ont permis de faire un état des lieux détaillé des instruments diffusés et de leur conception). Enfin, il est important de noter que certaines personnes n'ont pas souhaité être interrogées dans le cadre des entretiens semi-directifs. Nous avons cependant pu les côtoyer dans le cadre des observations de réunions.

Les 13 premiers entretiens ont été menés par deux chercheurs (moi-même et un professeur), car ils nourrissaient à la fois notre thèse et un projet de recherche annexe sur les instruments financiers dans les établissements de soins. Cela a permis dès le début de la recherche de mener des entretiens de qualité, par la présence d'un professeur confirmé, et de bénéficier ensuite d'une double lecture de ces entretiens. Par la suite, les

deux projets de recherche s'étant désolidarisés, les 9 derniers entretiens ont été menés par le seul doctorant.

Nous avons utilisé deux types de guide d'entretien : des guides pour les entretiens de « routine », et des guides plus spécifiques pour des entretiens « exceptionnels » (voir Annexe 2 pour plus de détails sur les guides d'entretien utilisés). Pour les membres de la direction et les responsables de pôle, le guide d'entretien interrogeait les répondants sur leur trajectoire et leur situation actuelle dans l'organisation, sur leur activité, sur les instruments de contrôle de gestion qu'ils utilisaient et/ou qu'ils avaient conçus, la façon dont ils les mobilisaient, individuellement et en réunion, les points positifs et négatifs de tels instruments, ce qu'ils apportaient et ce qu'il fallait changer. Au fil des premiers entretiens et des observations de réunions, de nouvelles problématiques qui nous paraissaient intéressantes à approfondir ont émergé. Nous avons donc modifié le guide d'entretien à mi-parcours, avec des entretiens basés sur ce nouveau guide à partir de mars 2013. Dans ce guide d'entretien, l'accent a été mis, en plus des pratiques d'utilisation des tableaux de bord de pôle, sur le fonctionnement en pôle clinique, sur la délégation de gestion, sur l'évolution des comportements et sur les relations entre responsables des pôles et direction. Nous avons appréhendé les entretiens dans une démarche de progression par rapport à la question de recherche (Baumard *et al*., 2014) : alors que les premiers entretiens permettent de faire émerger des thèmes d'intérêt, ils ont par la suite permis de cibler la recherche sur ces thèmes et d'en approfondir l'analyse.

En parallèle de ces entretiens de routine, nous avons également utilisé des guides d'entretien *ad hoc* lorsque nous menions des entretiens sur des sujets plus spécifiques, tels que l'entretien mené à mi-parcours avec le directeur et la contrôleuse de gestion (guide d'entretien accès sur la nomination des chefs de pôle, la réorganisation des pôles, les conseils des managers de pôle, les attentes de la direction quant à l'introduction des tableaux de bord des pôles) ainsi que l'entretien avec le coach extérieur intervenant au CHM (description de ses interventions, réactions des responsables de pôle, évolution des mentalités et des comportements, etc.) .

De plus, pour chaque entretien mené avec les responsables de pôle et les membres de la direction, nous avons essayé à chaque fois que cela était possible de montrer les instruments aux personnes interrogées afin qu'elles puissent les commenter et y réagir

(par exemple faire commenter le tableau dans son ensemble, faire verbaliser le raisonnement mené suite à l'augmentation d'un indicateur de dépense). Dans cette perspective, mener les entretiens dans le bureau même de la personne entretenue nous a permis d'observer la façon dont elle travaillait avec les instruments de contrôle de gestion dans son travail quotidien : la personne imprime-t-elle les instruments de contrôle de gestion reçus par mail ? Sont-ils annotés ? La personne a-t-elle déjà analysé l'instrument indépendamment de l'entretien ou le découvre-t-elle à l'occasion de l'entretien ?

2.2. Des observations non participantes pour capturer les pratiques

Nous avons, en parallèle des entretiens semi-directifs, observés des réunions. Alors que les entretiens semi- directifs relèvent du déclaratif et permettent d'accéder aux discours et représentations des acteurs, l'observation a davantage vocation à accéder aux pratiques de mobilisation des instruments de contrôle de gestion par les acteurs. Nous adoptons la vision de Journé (2012) selon qui l'observation est, au-delà de voir et entendre, un « exercice d'attention vigilante » : « Observer consiste à porter attention aux personnes, aux contextes physiques, organisationnels et institutionnels, à leurs intentions et à l'ensemble des ressources qu'elles mobilisent, à ce qu'elles perçoivent comme problèmes, bref, aux situations dans lesquelles elles sont engagées. » (Journé, 2012, p. 169).

L'observation peut être qualifiée de non participante, en ce que nous avons adopté un positionnement discret et passif lors des phases d'observation. En lien avec notre souhait d'étudier les instruments de contrôle de gestion « en action », nous avons fait le choix d'observer les réunions dans lesquelles les membres de la direction et les responsables de pôle sont réunis pour aborder des problématiques d'ordre de gestion (en opposition à des problématiques purement opérationnelle et médicales, telles que les procédures chirurgicales à mettre en œuvre ou le traitement médicamenteux d'un patient) et où des instruments de contrôle de gestion sont susceptibles d'être mobilisés. Nous avons donc observé deux types de réunion :

- Les conseils des managers de pôle : il a lieu environ 8 fois par an et rassemble tous les chefs de pôle, les cadres de santé de pôle, les directeurs et les directeurs

adjoints, ainsi que le médecin DIM, la contrôleuse de gestion et le président de CME, et ce pendant plus de 2h30. Les sujets abordés sont variés : projet de reconstruction de l'hôpital, présentation des tableaux financiers des pôles en fin d'année, informatisation du dossier patient, gestion de l'absentéisme, etc. Nous avons observé régulièrement ces réunions tout au long de notre présence sur le terrain, de mai 2012 à janvier 2014, ce qui nous a permis de suivre l'actualité de l'hôpital, les changements en cours et les enjeux majeurs auxquels il devait faire face durant notre présence sur le terrain. Ces observations ont également permis de garder le contact avec le terrain dans des phases où aucun entretien n'était mené. Nous avons observé 6 de ces réunions.

- Les revues de gestion : elles ont lieu une fois par an pour chaque pôle, et réunissent le trio de pôle (chef de pôle, cadre de santé de pôle, assistante de gestion) et certains membres de la direction (directeur des affaires générales, DAF, directrice qualité, contrôleuse de gestion) et le médecin DIM. L'objet des revues de gestion, en avril-mai, est de revenir sur la gestion du pôle de l'année écoulée, en termes financiers, d'activité et de qualité. Pour ce faire, tous les tableaux de bord de pôle sont passés en revue. Nous avons observé 4 de ces réunions (sur 6 au total) au printemps 2013.
- Les revues de contrat de pôle, en mai-juin, sont quant à elles dédiées à la définition des objectifs du pôle (ici encore financiers, d'activité et de qualité) pour l'année à venir (de fait, l'année en cours…) qui seront inscrits dans le contrat de pôle. Nous en avons observé 2.

Pour chacune de ces réunions observées, nous avons organisé le recueil des données selon deux perspectives : des notes d'observation directe et des notes d'analyse. Tout d'abord, la majorité de nos notes portent directement sur les situations observées : nous avons autant que ce peut retranscrit les conversations, les attitudes, les activités des personnes observées, ainsi que les éléments de contexte et d'ambiance. Par exemple, lors de l'observation des revues de gestion, l'attention était portée sur les éléments suivants :

- Contexte : combien de temps la réunion dure-t-elle ? Où la réunion a-t-elle lieu ?
- Acteurs : quelles sont les personnes présentes ? Comment prennent-elles place autour de la table de réunion ?

- Conversations : sur quels sujets portent les échanges lors de la réunion ? Qui pose les questions ? Qui répond ? Sur quelle tonalité ?
- Instruments : Quels sont les instruments mobilisés ? Dans quel ordre ?
- Attitude des acteurs vis-à-vis des instruments de contrôle de gestion : qui a imprimé les tableaux de bord pour la réunion ? Les tableaux de bord sont-ils annotés ou surlignés ? Qui prend le plus souvent la parole ? Qui est davantage en retrait ?

Ce type de notes constitue le cœur du corpus de données. Comme nous le développons dans le point 2.3. relatif à la collecte documentaire, toutes les réunions décrites ci-dessus donnaient lieu à l'écriture d'un compte rendu officiel du CHM, nous donnant ainsi la possibilité de comparer nos propres notes d'observation directe.

Nous agrémentons également ces notes d'éléments d'analyse, relevant plutôt d'interprétations, d'intuitions ou d'interrogations que nous pouvons avoir, soit au cours de l'observation, soit à la relecture des notes d'observation.

Nous avons pu éprouver, lors de l'observation des réunions, l'impact que peut avoir la position d'observateur sur les comportements des personnes observées. En effet, la présence d'un chercheur venu observer des réunions de gestion, même dans le cadre d'une observation non participante, n'est pas neutre. Toutefois cet impact peut être plus ou moins fort : si nous considérons que notre présence n'a pas dénaturé la teneur fondamentale des échanges et des attitudes dans la grande majorité des réunions décrites ci-dessus, notre présence dans des réunions à comité plus restreint s'est en revanche avérée plus problématique. Nous avons en effet souhaité observer les réunions internes aux pôles, entre les membres du trio de pôle, sans la direction. Malheureusement, après avoir observé une de ces réunions, il s'est avérée que la présence du chercheur était beaucoup trop intrusive dans un comité si restreint (2 ou 3 personnes seulement), dans la mesure où les participants à la réunion orientaient clairement leurs propos à notre intention. Nous avons donc abandonné l'idée d'observer ce type de réunion et fait le choix de nous baser uniquement sur les discours tenus par les participants lors des entretiens individuels à propos de ces réunions.

2.3. La collecte de données secondaires

Enfin, nous avons collecté des données secondaires internes et externes : à la fois des documents publics et externes au CHM et des documents internes au CHM.

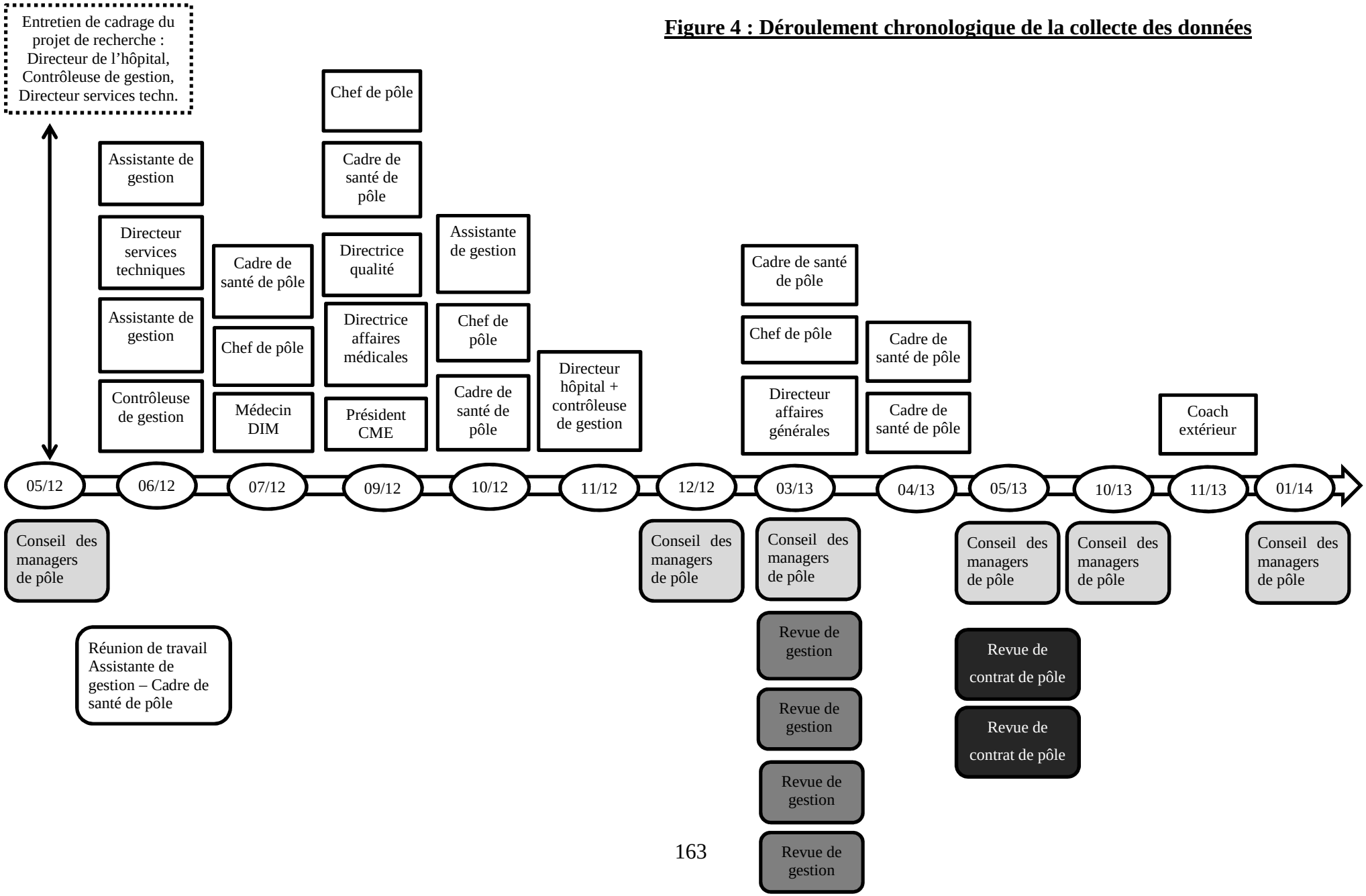
Des documents publics, via des recherches sur Internet principalement, ont tout d'abord été recueillis afin de mieux comprendre le fonctionnement du système de santé français. En effet, la multitude des autorités gouvernementales régissant le système, les nombreuses réformes et textes de lois et le langage centré sur des acronymes mystérieux rendent le contexte hospitalier complexe et difficile à appréhender pour un chercheur novice dans le domaine. Nous avons donc écumé un bon nombre de rapports publics, par exemple sur la réforme de la tarification à l'activité et sur la nouvelle gouvernance, ou encore des guides méthodologiques fournis par diverses agences à destination des hôpitaux.

De nombreux documents internes produits par l'établissement ont également été collectés. Nous avons bien sûr attaché une attention particulière à l'étude des instruments de contrôle de gestion même et avons dès le début de notre présence sur le terrain cartographié l'ensemble des instruments de contrôle de gestion produits et diffusés au sein de l'établissement. Nous nous sommes également procurée les contrats de pôle signés entre chaque pôle et le directeur, les rapports d'activité des pôles, les documents ou présentations power point utilisés durant les réunions, les comptes rendus de tous les conseils des managers de pôle depuis leur création en 2010, ainsi que divers documents fournis par les répondants à l'occasion des entretiens. Ces documents sont précieux pour trois raisons. Ils permettent tout d'abord d'accéder au discours écrit des différents membres de l'organisation, qui peut différer du discours oral ou des interactions telles qu'elles se déroulent au quotidien. Ces documents sont également un moyen de retracer des actions passées et ainsi d'accéder aux évènements et décisions dans lesquelles les acteurs ont été engagés. Enfin, ils constituent une source précieuse de triangulation des données, selon laquelle le chercheur doit interroger de façon identique les différentes sources pour s'assurer de la solidité de l'interprétation proposée.

2.4. Déroulement chronologique de la collecte des données

La collecte des données s'est organisée en fonction de l'agenda des acteurs de l'organisation et de nos propres contraintes. L'hôpital se situant à 300 km de notre lieu de résidence, tout déplacement nécessitait de mobiliser au minimum une journée. Après un premier entretien de cadrage avec le directeur de l'hôpital et la contrôleuse de gestion, et l'observation de notre premier conseil des managers de pôle le même jour, en mai 2012, nous pouvons distinguer plusieurs séquences de collecte des données. Au niveau des entretiens, une première phase s'est déroulée de juin 2012 à novembre 2012 (avec une pause estivale en juillet et en août), avec des entretiens basés sur un premier guide et menés par 2 chercheurs. Nous avons ensuite mené seule une deuxième série d'entretiens en mars et avril 2013, sur la base d'un deuxième guide d'entretien. S'agissant des observations de réunion, nous avons observé le plus régulièrement possible les conseils des managers de pôle entre décembre 2012 et janvier 2014. Quant aux revues de contrat de pôle, notre période d'observation s'est concentrée sur les mois de mars 2013 et mai 2013, périodes de tenue de ces réunions pour tous les pôles. Le schéma ci-dessous fournit une représentation de la collecte des données, par méthode (entretien ou observation de réunions) et chronologiquement. La partie supérieure de la frise reprend les entretiens semi-directifs menés, alors que la partie inférieure est consacrée aux observations.

Figure 4 : Déroulement chronologique de la collecte des données



3. Analyse des données

Comme spécifié dans la démarche de recherche émergente, le traitement et l'analyse des données doivent permettre une mise en abstraction, afin de mettre à jour les régularités ou les mécanismes socio-organisationnels sous-jacents à toute instrumentation de gestion. La question est ici de savoir comment traiter les données issues du terrain afin de permettre cette mise en abstraction : que faire de ces centaines de pages d'entretiens retranscrits ? Comment organiser nos notes d'observation ? Comment traiter les documents collectés ? A posteriori, nous pouvons distinguer dans notre démarche deux façons d'analyser nos données : un traitement tout au long de la collecte des données sur le terrain (3.1.), et un traitement a posteriori et davantage systématisé, bien après que le matériau empirique ait été récolté (3.2.). Nous verrons en outre que cette analyse des données se poursuit dans l'écriture du cas et présentons la grille de description qui sera mobilisée pour présenter le cas dans le chapitre V (3.3.).

3.1. Analyse au long cours

Lors de notre période de présence sur le terrain, nous avons tout d'abord ménagé un temps de réflexion à l'issu de chaque entretien mené ou observation réalisée. Immédiatement ou quelques heures après qu'un entretien ait eu lieu (selon les circonstances), nous avons pris soin de réaliser une synthèse des informations collectées, ainsi que des impressions à chaud : éléments qui nous ont surpris, ou au contraire éléments qui confirment des idées, ou encore des éléments à creuser et des compléments d'information à recueillir plus tard. Lorsque les entretiens étaient menés par deux chercheurs, la confrontation des points de vue et des perceptions de chacun a été essentielle en ce qu'elle a permis de confirmer un ressenti, ou au contraire de contraster l'analyse et d'éviter des éventuelles extrapolations. Quant aux observations de réunions, les prises de notes manuelles ont été à chaque fois retranscrites et également complétées par des remarques personnelles et des éléments supplémentaires, et ce à l'issu de chacune des observations réalisées.

Plus concrètement, le travail de va et vient entre matériel empirique, revue de littérature et mise en abstraction propre à la démarche émergente décrite dans la partie 1 de ce chapitre méthodologique et épistémologique a été nourri tout au long de la recherche par la tenue d'un cahier de recherche. En effet, ce cahier de recherche a notamment été consacré à la formulation d'hypothèses relatives à nos observations de terrain, de concepts à mobiliser, d'éléments de revue de littérature, ainsi que des retours faits par le directeur de thèse et nos questionnements et doutes. Ce cahier de recherche constitue donc un élément central de notre analyse en ce qu'il a alimenté la progressive mise en abstraction.

Cette analyse au long cours a ainsi permis de faire émerger, sur un mode intuitif, une question de recherche plus précise et la pertinence de la théorie de l'acteur-réseau comme prisme d'analyse de notre matériau empirique. Sur la base de ces intuitions, nous avons ensuite pu mettre en œuvre une analyse plus systématique du matériau empirique, sous forme d'un codage que nous appelons « intermédiaire ».

3.2. Traitement a posteriori : un codage « intermédiaire »

Tous les entretiens ont ensuite été retranscris sur la base des enregistrements réalisés. Les retranscriptions ont généralement été faites bien après que les entretiens aient été menés, et ont permis de reconsidérer chaque entretien avec plus de recul que lors du traitement immédiat. Au cours de la retranscription ou à son issue, des notes ont de nouveau été prises.

Nous avons également procédé à des analyses et des synthèses partielles à l'occasion d'échéances diverses : présentation du travail de recherche lors de conférences ou de colloques doctoraux, avancements de thèse en interne, rédaction des premiers articles. Chacune de ces présentations a été l'occasion de revenir sur les données collectées, de relire les entretiens retranscris, les notes d'observation, les comptes rendus de réunions, etc. Notamment, intervenant à chaque fois à un stade d'avancée différent, en termes de revue de littérature ou de conceptualisation théorique, chaque présentation a été l'occasion d'une confrontation entre le matériau empirique et des considérations plus théoriques, permettant d'affiner toujours plus la recherche. De plus, ces présentations régulières devant un public académique ont été l'occasion de confronter nos

observations, nos hypothèses, nos résultats, à un public averti. Nous avons en effet pris soin à chacune de ces présentations de décrire de façon la plus complète possible nos données, afin d'exposer le plus possible notre travail à la critique.

Au-delà de ces analyses ponctuelles et partielles, nous avons procédé à l'issue de la retranscription de la totalité des entretiens et des notes d'observation à une analyse plus systématique des données collectées.

Nous avons tout d'abord porté notre attention sur les instruments de contrôle de gestion même. En effet, les tenants de l'ANT suggèrent que pour analyser le social, il faut d'abord observer ce qui n'est pas « social », c'est-à-dire les objets. Nous présentons ces instruments de contrôle de gestion dans le chapitre V de notre étude de cas car leur visualisation est partie intégrante de l'analyse. Nous pouvons toutefois ici souligner que nous nous sommes interrogée sur les différents composants de ces instruments : quel est leur intitulé ? Quelle forme prennent-ils ? Comment sont-ils construits ? Par qui ? Quels indicateurs comportent-ils ? Quelle est la nature de ces indicateurs ? Etc.

Concernant plus précisément les données issues des entretiens et des observations de réunions, nous avons procédé à un travail de codage. Si le processus informel de va et vient entre les données empiriques et nos connaissances « théoriques », opéré tout au long de la collecte des données a permis l'émergence d'une question de recherche plus précise et d'un prisme théorique pour faire sens de nos données, ce travail de codage nous a par la suite permis de mettre en œuvre une analyse plus systématique et rigoureuse des données. Ce codage a porté sur les entretiens retranscris, les notes d'observation de réunions et les compte rendus des réunions passées.

Nous adoptons ici une vision spécifique du codage. Nous ne le considérons pas comme un moyen de théorisation ancrée au sens de Glaser et Strauss (1967) et dans lequel le codage se ferait sans aucun repère théorique et émergerait des données empiriques, ni comme un moyen de tester une hypothèse dans le cadre d'un codage théorique où le matériau empirique est codé à partir de catégories provenant de la théorie. Au contraire, notre perception du codage est intermédiaire, se situant entre le matériau brut et la théorie (Dumez, 2013a, p. 58) et repose sur deux principes. Tout d'abord, nous considérons que le codage n'est qu'un outil permettant « un travail rigoureux de constitution de ressemblances et un travail sur les différences » (Dumez, 2013a, p. 75).

Cet outil relève du « bricolage » : « ‘le codage des données n’est ainsi qu’un codage (une interprétation) parmi de multiples autres possibles. Il ne s’agit donc pas d’un « décodage » d’un monde à découvrir, mais d’un « encodage » par le biais d’une langue (des unités et des catégories) en partie construite par le chercheur. Le codage devient ainsi une construction précaire dépendant de l’inventivité du chercheur, une forme de bricolage qui, en tant que telle, peut être envisagée plus sereinement et librement’ (Allard-Poesi, 2003, p. 288) » (Dumez, 2013a, pp. 85–86). Cet extrait nous permet de rebondir sur la deuxième dimension essentielle de notre perception du codage : celle que les « codes » nous permettant d’organiser nos données sont en fait des thèmes assez larges qui sont le fruit d’une orientation à la fois théorique et empirique. En effet, l’ANT ayant émergé comme prisme théorique pertinent au cours de la collecte des données, cet ancrage théorique a, par la suite, permis de quadriller notre matériau empirique retranscrit selon plusieurs dimensions :

- Attaches entre instruments et acteurs du CHM
- L’instrument médiateur
- Inscriptions des concepteurs dans l’instrument
- Evolution des inscriptions dans les instruments

De même, le prisme d’analyse par les rôles organisationnels nous a conduite à intégrer des thèmes relatifs à l’évolution des rôles des acteurs :

- Activités des chefs de pôle et des cadres de santé avant la mise en place des instruments de contrôle de gestion
- Activités des administratifs avant la mise en place des instruments de contrôle de gestion
- Activités des chefs de pôle et des cadres de santé après la mise en place des instruments de contrôle de gestion
- Activités des administratifs après la mise en place des instruments de contrôle de gestion
- Relations entre professionnels et administratifs avant la mise en place des instruments de contrôle de gestion
- Relations entre professionnels et administratifs après la mise en place des instruments de contrôle de gestion

Enfin, d'autres thèmes trouvent leur sources dans le matériau empirique même et du fait des spécificités du contexte dans lequel notre recherche s'est faite, par exemple :

- Espoir d'optimiser les fonctionnements
- Recherche de légitimité
- Pression à la justification de la direction
- L'argumentation
- Utilisation pédagogique des instruments
- Rôle des assistantes de gestion
- Avis des acteurs sur les instruments
- Etc.

Avec ce quadrillage du matériau empirique, notre objectif était donc de mettre en évidence les similitudes dans les perceptions, les comportements ; de même que les différences de perceptions et de comportements ou bien encore leur évolution selon les situations, car selon Latour (2005) la compréhension des phénomènes sociaux passe par la mise à jour des incertitudes et des controverses.

Dans ce codage intermédiaire, il était primordial pour nous de ne pas dénaturer et désincarner les entretiens et les observations menées. Pour reprendre le langage propre au codage, nos « unités de sens » pouvaient être très larges afin d'y intégrer autant que possible le contexte entourant l'énoncé. Par ailleurs, le nombre d'entretiens menés n'étant pas très élevé (22), nous avions bien en tête, pour chaque entretien analysé, le parcours de la personne entretenue, son comportement et son attitude générale tout au long de l'entretien, les différentes tonalités de son discours, les comportements qu'elle a pu avoir dans des réunions observées dans un autre contexte, etc. L'idée étant ici de toujours ancrer les discours et les observations analysés dans leur contexte initial.

Le codage intermédiaire que nous avons mis en œuvre a donc permis une analyse plus systématique du matériau empirique. Ce codage constitue un « bricolage » entre des considérations théoriques, liées à la théorie de l'acteur-réseau et au concept de rôle, et des considérations empiriques. En effectuant un travail sur les ressemblances et les différences, comme suggéré par Dumez (2013a), nous avons cherché à mettre en évidence l'impact des instruments de contrôle de gestion sur les

rôles organisationnels des chefs de pôle, cadres de santé de pôle et membres de la direction du CHM. Toutefois, notre analyse du matériau empirique s'est poursuivie dans l'écriture même du cas car, selon les tenants de l'ANT, c'est par le texte que les associations entre instruments et humains sont rendues visibles.

3.3. Une analyse qui se poursuit dans l'écriture du cas

Dans l'ANT, le compte rendu du social – qui prend la forme de la restitution de notre cas dans le chapitre suivant – est ramené au premier plan. En effet, c'est par le texte que les associations sont tracées et rendues visibles. Le compte rendu est donc central et doit satisfaire, selon Latour (2005), quelques exigences. Il doit tout d'abord traduire fidèlement les sources d'incertitude du social et les controverses, notamment en tenant compte des objections des différents acteurs. D'autre part, il doit produire une description qui trace le réseau des associations et rend compte de tous les acteurs qui participent à l'action. Latour (2005) insiste bien sur le fait que le réseau n'est pas le réel, mais un outil d'analyse du réel : « C'est un outil pour aider à décrire quelque chose, non ce qui est décrit »[53] (Latour, 2005, p.131). La théorie de l'acteur-réseau est donc une « technologie de la description » (Dumez, 2011) : la description est centrale (aussi nous sommes nous « cassée les dents » à moultes reprises sur cette description) et, lorsqu'elle est bien faite, produire une explication. Description et explication sont donc, selon les tenants de l'ANT, une seule et unique chose.

Dumez (2011) souligne toutefois les dangers à imiter les formes de description éprouvées par les tenants de l'ANT. Il faut au contraire la réinventer. Notre conception du processus de traduction, centré sur les attaches entre les acteurs humains et non humains du réseau, est donc une façon de réinventer la description qui prend ainsi une forme spécifique. Pour préciser la façon dont nous présentons notre cas, nous reproduisons ici la grille au travers de laquelle nous décrivons les instruments de contrôle de gestion, leur mise en association avec les acteurs du CHM et les effets de cette mise en association. Notre description s'organise donc autours des attaches entre instruments de contrôle de gestion et acteurs humains du CHM, attaches déclinées selon plusieurs axes :

[53] « It is a tool to help describe something, not what is being described. » (Latour, 2005, p.131)

- Les moteurs de l'attachement : qu'est ce qui fait que des attaches s'établissent entre des instruments de contrôle de gestion et les chefs de pôle et cadres de santé de pôle ?
- Les instruments attachés médiateurs : comment l'action est-elle distribuée entre les instruments de contrôle de gestion et les acteurs humains qui s'en saisissent ? En d'autres termes, quelle est la part de l'instrument et quelle est la part de l'humain dans le changement ?
- La nature des attaches établies entre les instruments et les acteurs humains
- L'impact de ces attaches sur les activités et les relations, en d'autres termes sur les rôles

Tableau 2 : Grille de description de l'étude de cas

Moteurs de l'attachement	Action de l'instrument	Action des acteurs administratifs	Action des responsables de pôle	Nature des attaches entre les instruments et les responsables de pôle	Impact sur les rôles

Pour Latour (2005), comprendre la fabrication du social passe donc par le traçage des associations. Toutefois, dans la réalité pratique de la recherche, il est bien sûr impossible de tracer et de rendre compte de toutes les associations à l'origine d'un phénomène, tant elles sont distribuées dans des passés et des lieux lointains, puisque chaque acteur est le fruit d'un ensemble incalculable d'associations. Ainsi, tout en ayant conscience de ces associations multiples entre acteurs multiples, nous circonscrivons notre recherche aux associations s'étant formées dans le passé proche et aux associations se formant au cours de notre étude terrain. Nous considérons chaque acteur, humain ou non, comme le résultat d'associations et d'actions passées. Ayant ces associations passées en tête, nous prenons comme point de départ les associations se formant à partir d'un évènement donné. En particulier, nous ne nous intéressons pas à la

trajectoire de fabrication des instruments de gestion sur la période antérieure à notre arrivée sur le terrain. Nous considérons que les instruments de contrôle de gestion sont des « localisateurs » des actions de conception et des controverses passées. Pour autant, nous ne les considérons pas comme des boîtes noires figées et suivons leurs évolutions présentes, lors de notre travail de terrain. Nous nous concentrons également sur les associations se formant dans le contexte spatial de l'organisation étudiée. De même que précédemment, nous ne nions pas les associations et les actions s'étant formées au sein d'espaces plus éloignés ou dans des contextes organisationnels différents. Nous nous attachons à capturer l'influence de telles associations à partir de leur point d'entrée dans l'organisation que nous étudions, par exemple via des acteurs « localisateurs » des actions éloignées et antérieures, tels que des comptes rendus écrits ou des individus.

Partie 2. Synthèse

Dans ce contexte de recherche de terrain, nous avons fait le choix de l'étude de cas unique, qui permet d'appréhender les instruments de contrôle de gestion en action et leurs effets sur les rôles organisationnels en profondeur, en appréhendant le contexte spatial et historique. Notre étude est basée sur un centre hospitalier général en pleine transformation, dit CHM, qui s'est avéré être une organisation tout à fait pertinente pour répondre à notre question de recherche dans la mesure où le système de contrôle de gestion et le système de rôles organisationnels sont tous deux en construction.

Sur le terrain, notre collecte des données s'est déclinée en trois méthodes sur 20 mois, de mai 2012 à janvier 2014. D'une part, des entretiens semi-directifs ont été menés auprès des responsables de pôle – médecins chefs de pôle et cadres de santé de pôle ayant des responsabilités de gestion – et nous ont permis d'accéder à leurs perceptions et interprétations. D'autre part, nous avons mené des observations non participantes de différentes réunions de gestion, dans lesquelles les instruments de contrôle de gestion étaient susceptibles d'être mobilisés, afin d'accéder aux pratiques d'utilisation de ces instruments. Enfin, nous avons également collecté des documents internes et externes, qui nous ont notamment permis de retracer les actions passées, d'accéder au discours écrit de l'organisation et de trianguler les données.

Quant à l'analyse du matériau empirique, elle s'est organisée selon deux approches interdépendantes. L'analyse s'est tout d'abord faite de façon intuitive, au fil de la collecte des données sur le terrain, et a permis de faire émerger une question de recherche plus précise ainsi qu'un cadre théorique pertinent pour faire sens de nos données. Nous avons ensuite mené une analyse de données plus systématique, sous la forme d'un codage que nous qualifions d'intermédiaire, car orienté à la fois par le matériau brut et par la théorie (ANT et rôles). Nous concevons le codage comme un outil « bricolé » (Dumez, 2013a) permettant une analyse systématisée du matériau empirique en mettant l'accent sur les dissonances et les ressemblances.

CHAPITRE IV. CONCLUSION

L'objet de ce chapitre était de présenter les éléments de cadrage épistémologiques et méthodologiques qui ont guidé notre recherche.

Cherchant à développer une compréhension de l'impact des instruments de contrôle de gestion sur les rôles, nous adoptons dans cette thèse une posture de recherche interprétative mettant l'accent sur les interactions, les pratiques, les interprétations, ancrées dans un contexte. Pour ce faire, nous avons adopté une démarche de recherche émergente (Ahrens & Dent, 1998) selon laquelle les construits théoriques se déploient au cours de la recherche, et non préalablement à la recherche. Nous avons en effet commencé notre terrain de recherche relativement tôt dans le processus de thèse. Ainsi, les construits théoriques se sont déployés au fil de la collecte des données sur le terrain. La recherche de terrain a constitué un moyen privilégié pour étudier le contrôle de gestion « en action », en ce qu'elle permet d'accéder à la richesse des pratiques de contrôle de gestion ainsi qu'aux controverses qui les entourent.

Notre recherche de terrain a pris la forme d'une étude de cas unique, permettant une compréhension en profondeur des instruments de contrôle de gestion en action et de leurs effets dans un hôpital public. Sur le terrain, notre collecte des données s'est échelonnée sur 20 mois (mai 2012 – janvier 2014) et a été réalisée par le bais d'entretiens semi-directifs, d'observations non participantes et de documents. L'analyse de ce matériau empirique s'est tout d'abord faite de façon intuitive, au fil de la collecte des données sur le terrain, et a permis de faire émerger une question de recherche plus précise ainsi qu'un cadre théorique pertinent pour faire sens de nos données. Nous avons ensuite mené une analyse des données plus systématique, sous la forme d'un codage « bricolé », entre matériau empirique et construits théoriques.

Nous avons vu que le CHM, centre hospitalier sur lequel se base notre recherche, est un établissement de santé en pleine mutation. Les instruments de contrôle de gestion y sont en effet récents et encore en construction, de même que les rôles de chefs de pôle et cadres de santé de pôle. C'est donc un terrain de recherche idéal pour étudier comment les instruments de contrôle de gestion façonnent ces rôles inédits de professionnels-gestionnaires. Nous consacrons le chapitre suivant à la présentation du cas proprement dite.

CHAPITRE V. ETUDE DE CAS : CONTRATS DE POLE, INSTRUMENTS DE SUIVI FINANCIERS ET ROLES DE GESTION A L'HOPITAL CHM

Après avoir succinctement présenté l'hôpital CHM dans le chapitre méthodologique, nous développons à présent notre étude des instruments de contrôle de gestion au CHM, leur mise en association avec les acteurs de l'établissement et l'impact de ces mouvements d'associations sur la constitution des rôles de professionnels-gestionnaires (chefs de pôle et cadres de santé de pôle), de même que sur le système global de rôles de gestion du CHM (chefs de pôle, cadres de santé de pôle et directions fonctionnelles).

Ce chapitre débute par un prologue, dont l'objectif est d'appréhender les rôles des professionnels-gestionnaires tels qu'ils existaient après la mise en place des pôles mais avant que les instruments de contrôle de gestion ne leurs soient diffusés, soit entre 2007 et 2011. Ce prologue diffère du « cœur » de l'étude de cas pour deux raisons. D'une part, entre 2007 et 2011, nous n'étions pas présente au CHM. Il s'agit donc ici d'une reconstitution des évènements marquant la mise en place des pôles d'activités et des responsables de pôle, depuis la création des pôles en 2007 jusqu'à l'implantation d'instruments de contrôle de gestion pour les pôles en 2011, basée sur les discours des différents acteurs du CHM. D'autre part, les instruments de contrôle de gestion n'étaient pas encore diffusés de façon routinière pour les responsables de pôle, ce qui ne permet pas d'appréhender comme dans le reste du cas la dynamique entre les instruments de contrôle de gestion et les rôles organisationnels.

Le « cœur » du cas débute donc avec la première partie, dans laquelle nous présentons et analysons les instruments de contrôle de gestion dans leur forme et leur contenu par le prisme spécifique des rôles de professionnels-gestionnaires qu'ils prescrivent. Ici encore, nous n'étions pas présente au moment même où ces instruments ont été conçus ; toutefois, comme suggéré par Latour (2005), ces instruments constituent des « localisateurs » des actions passées de conception, ce qui nous permet d'analyser les prescriptions de rôle que ces instruments incorporent (Partie 1).

Dans la deuxième partie du cas, nous nous intéressons à la façon dont ces instruments sont progressivement attachés aux chefs de pôle et aux cadres de santé de pôle, faisant évoluer les rôles de professionnels-gestionnaires de la prescription à l'internalisation, et déstabilisant le système plus global des rôles de gestion au CHM (Partie 2).

Nous finissons le chapitre par une synthèse du cas.

Prologue – 2007-2011. Etre un professionnel-gestionnaire au CHM : un rôle symbolique

Au CHM, les pôles cliniques et médicotechniques sont créés en 2007, conformément à la réglementation. Nous verrons toutefois que malgré ce changement de structure, les médecins et les cadres de santé nommés comme responsables de pôle occupent un rôle qui est davantage symbolique qu'effectif. En effet, ces changements sont intervenus sous la houlette d'une direction considérée par beaucoup comme conservatrice et n'ayant pas conduit à l'intégration des responsables de pôle dans la gestion (1.). Ce n'est qu'en 2010 que le fonctionnement polaire a émergé, avec la nomination d'un nouveau chef d'établissement qui a quant à lui fait le choix de légitimer les responsables de pôle comme des acteurs de la gestion (2.).

1. 2007-2009. Etre une « professionnel-gestionnaire » au CHM : un rôle fictif

Les pôles constituent un changement d'organigramme important en ce que les différents services sont désormais regroupés au sein de pôles cliniques (1). Toutefois, malgré la création des pôles cliniques et la nomination de chefs de pôle et cadres de santé de pôle, le rôle de ces responsables de pôle s'avère fictif et ne s'accompagne pas de la mise en œuvre de nouvelles pratiques de gestion par les chefs de pôle (2.) et les cadres de santé de pôle (3).

1.1. 2007 : la création des pôles comme changement d'organigramme

C'est au 1er janvier 2007, date butoir imposée par le gouvernement, que les pôles d'activité sont créés au CHM. L'établissement passe alors d'une organisation en services à une organisation en pôles d'activités cliniques, médicotechniques et de gestion.

L'équipe de direction et les équipes médicales définissent une géométrie polaire garantissant autant que possible la cohérence entre les différentes activités médicales des pôles, notamment du point de vue des pathologies traitées, des parcours de prise en

charge et des profils de patients. Les services médicaux du CHM sont ainsi regroupés au sein de 7 pôles cliniques et médicotechniques : certains pôles mixent logiques d'organe et types de pathologie (deux pôles de médecine : Vasculaire/Maladies métaboliques et Orientation interne/Pneumologie/Cancérologie), d'autres correspondent à une filière de prise en charge (Pôle Femme-Mère-Enfant) ou encore à des profils types de patients (Pôle Gériatrie et pôle Santé mentale). Deux pôles ont quant à eux un positionnement plus « hybride », en ce qu'ils regroupent des activités cliniques et médicotechniques : le pôle Urgence/Réanimation/Spécialités médicotechniques et le pôle Bloc opératoire/Anesthésie/Chirurgies. Quant aux fonctions administratives, elles sont regroupées au sein de deux pôles de gestion : le pôle Gestion générale et le pôle Logistique et gestion (voir Annexe 3 pour les détails caractéristiques de chaque pôle clinique et médicotechnique).

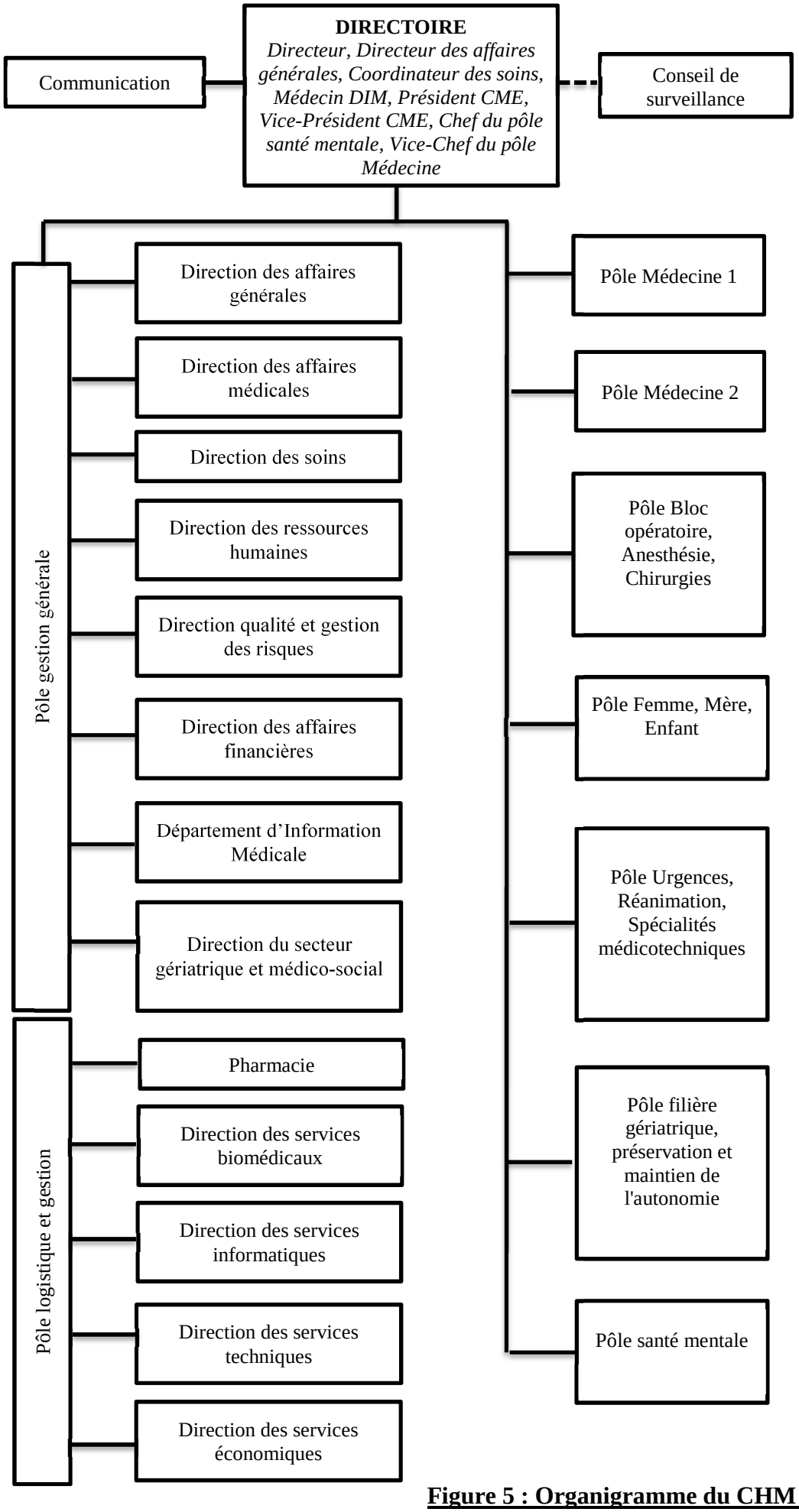


Figure 5 : Organigramme du CHM - 2007

Avec la création des pôles en 2007 sont nommés les chefs de pôle et les cadres de santé de pôle. Au CHM, la nomination des chefs de pôle est le résultat de la concertation entre le chef d'établissement, le président de la CME et les médecins susceptibles d'accepter la responsabilité d'un pôle clinique. La majorité des chefs de pôle sont également chefs de service, et prennent la fonction de chef de pôle en sus de leur activité médicale, qui reste l'activité principale. Contrairement aux chefs de pôle administratifs qui assument seuls la responsabilité de leur pôle, les chefs de pôle cliniques sont assistés par des collaborateurs, qui sont de deux types : un cadre de santé de pôle et un directeur référent. Les cadres de santé de pôle sont nommés par le directeur, sur proposition des chefs de pôle. Un directeur référent est également désigné pour chaque pôle, parmi les membres de la direction. Toutefois, contrairement au cadre de santé de pôle, le directeur référent est un représentant de la direction auprès des pôles et n'est donc pas directement impliqué dans la gestion des pôles. Le choix a d'ailleurs été fait en 2011 de ne conserver un directeur référent que pour les pôles dont les activités requerraient la présence d'un membre de la direction afin de traiter d'aspects administratifs spécifiques : le pôle Urgence – Réanimation – Spécialités médicotechniques et le pôle Gériatrie. Ainsi, nous mettons de côté cet acteur dans notre analyse.

Toutefois, malgré la mise en place des pôles et la nomination des chefs de pôle et des cadres de santé de pôle en 2007, aucun changement concret n'est perçu dans les modes de gestion de l'établissement et ni les rôles de chefs de pôle (2.), ni les rôles de cadres de santé de pôle (3.) ne se sont concrétisés dans les faits.

1.2. Le chef de pôle : un rôle similaire à celui de chef de service, sans nouvelles responsabilités de gestion

Au CHM, les premiers médecins chefs de pôle sont donc nommés en 2007. Au CHM, tous les chefs de pôle occupent, ou ont occupé, des fonctions de coordination telles que celles de chef de service pour la plupart, ou équivalent (par exemple directeur du SAMU pour le chef du pôle Urgences-Réanimation-Spécialités médicotechniques). Devenir chef de pôle représente toutefois un engagement différent de celui de chef de service.

En effet, les chefs de service ayant choisi de devenir chef de pôle sont avant tout motivés par le développement des projets médicaux dans une perspective plus large et plus stratégique que le seul service, pour mieux prendre en compte les besoins en santé de la population. Le pôle apparait alors comme un échelon intéressant pour porter de tels projets, tant au sein de l'établissement que dans le cadre de coopérations avec d'autres établissements par exemple. Le chef du pôle Médecine 1 se positionne ainsi comme un moteur dans le déploiement de nouveaux projets médicaux. La fonction de chef de pôle apparaît pour lui comme un moyen d'établir des collaborations nouvelles avec des établissements voisins afin de mieux couvrir les besoins locaux en consultation en cardiologie notamment, ou bien de développer les activités d'hospitalisation à domicile pour les patients. Quant à la chef du pôle Gériatrie, son intérêt porte sur la diversification de l'offre de soin, avec le développement de nouvelles activités telles que les soins de suite et de réadaptation pour les patients en gériatrie. Sur un versant moins stratégique mais tout aussi transversal, il s'agit également d'œuvrer pour la qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients de l'ensemble du pôle, de même que leur bien-être, notamment via le développement de projets tels que la création d'un jardin sécurisé dans l'enceinte de l'établissement pour les patients du pôle.

Cet attrait pour des projets médicaux plus globaux se retrouve chez la plupart des chefs de service ayant choisi de devenir chef de pôle. En outre, pour une partie d'entre eux, ce choix est indéniablement lié à une implication dans les activités de gestion. Ainsi, la position de chef de pôle se différencie également de celle de chef de service par l'intégration des nouvelles problématiques gestionnaires qu'elle suppose. En effet, le médecin chef de service est principalement responsable de l'organisation, du fonctionnement et du développement de son service d'un point de vue médical. Cela peut ponctuellement nécessiter une implication dans des problématiques financières, telles des négociations avec la direction pour de nouveaux investissements en matériel médical pour le service. Mais la priorité de la mission du chef de service reste le projet médical, comme le développement d'une nouvelle activité de pneumo-sommeil pour le médecin responsable du service de pneumologie, futur chef du pôle Médecine 2. A l'extrême, certains acteurs du CHM considèrent que d'un point de vue gestionnaire, le titre de chef de service est plus honorifique qu'autre chose :

> Les chefs de service ils ont rien à gérer…c'est un titre honorifique, ça leur permet de monter au créneau quand ils en ont envie…
>
> (Directeur des affaires générales)

> Culturellement, le chef de service, dans son intimité personnelle et son narcissisme propre, a tendance à penser que c'est lui le patron, de tout, même s'il dirige pas grand-chose en fait.
>
> (Chef de pôle, Pôle Urgences-Réanimation-Spécialités médicotechniques)

Pour le chef du pôle Urgences-Réanimation-Spécialités médicotechniques, devenir chef de pôle permet certes de s'impliquer dans des problématiques plus globales de satisfaction du patient, mais également d'œuvrer pour la réduction des dépenses publiques de santé. Pour lui, la chefferie de pôle constitue la suite logique de sa carrière au sein du CHM, jalonnée de prises de responsabilité, puisqu'il a été auparavant responsable du département d'anesthésie-réanimation-urgences et président de la CME. Il considère les pôles comme un nouvel échelon nécessaire, permettant à la fois d'améliorer l'offre globale de soins à la population en offrant une vision plus globale et stratégique que le service, tout en apportant plus de réalisme dans la gestion quotidienne :

> *J'ai beaucoup cru à cette organisation en pôles, dès le début*. Pour moi elle avait du sens, je trouvais qu'il y avait une logique à tout ça. (…) On a une grosse interface avec tout le système médico-social, on a des grandes idées sur la manière de répondre aux besoins sanitaires du territoire. C'est quelque chose qui personnellement m'intéresse beaucoup, donc là encore, le voir par le seul petit prisme du service des urgences, ou le seul prisme du SAMU, c'est pas très intéressant, faut vraiment avoir les deux. (…) Les pôles c'est aussi, comment dirais-je… *plus de réalisme dans la gestion quotidienne*, ça c'est une chose, que la gestion soit le plus possible au ras du sol, c'est comme ça qu'on fait des petites économies, c'est comme ça que la sommation des petites économies on en fait des grandes. Il faut avoir *une vision globale*, mais il faut aussi avoir cette vision-là.
>
> (Chef de pôle, Pôle Urgences-Réanimation-Spécialités médicotechniques)

La chef du pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies se caractérise également par l'intérêt qu'elle porte aux enjeux médico-économiques. Son engagement sur le versant médical se traduit par sa volonté d'améliorer l'offre de soin sur l'ensemble du pôle et d'un point

de vue très concret. En particulier, l'optimisation du bloc opératoire, structure vitale du pôle, est son cheval de bataille, avec notamment l'ambition d'une informatisation du bloc pour en fluidifier le fonctionnement. D'un point de vue très pragmatique, il s'agit également de régler des difficultés pratiques qui minent le pôle, telles que l'approvisionnement en matériel adéquat pour les brancardiers ou la gestion des plateaux repas pour les patients. L'engagement de la chef du pôle s'exprime également sur un versant plus économique. En effet, en plus d'avoir été responsable du service de chirurgie vasculaire, la chef du pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies a également été médecin du DIM pendant 5 ans et est ainsi sensibilisée aux enjeux financiers de l'activité médicale. La chefferie du pôle représente alors une opportunité d'apporter des réponses transversales à des difficultés concrètes de fonctionnement de l'activité médicale tout en portant un œil attentif aux problématiques médico-économiques.

D'autres chefs de pôle ont au contraire pris la tête d'un pôle par défaut. Loin de proposer leur candidature spontanément, ces chefs de pôle ont pris la responsabilité d'un pôle dans une logique sacrificielle, sous l'insistance de la direction, dans un contexte de pénurie de médecins candidats à la chefferie de pôle. En effet, peu de médecins sont spontanément candidats au poste de chef de pôle :

> Alors, d'abord *ça se bouscule pas au portillon*… ça se bouscule pas au portillon, officiellement c'est le président de CME qui cherche un chef de pôle et qui propose au directeur, c'est ça le processus, réglementaire, voilà. Dans les faits… on réfléchit ensemble, on se dit « tiens, je verrais bien lui, je verrais bien un tel… » voilà, ça se fait comme ça… en gros il y a pas un appel officiel à candidatures, mais enfin je veux dire on pourrait le faire, moi ça me gênerait pas… donc on se met d'accord, si on propose un chef de pôle, il y aura un moment de discussion entre le président de CME, moi et le candidat pressenti, pour se mettre d'accord sur les objectifs et un mode de fonctionnement, si vous voulez.
>
> (Directeur)

Au CHM, deux chefs de pôle répondent de ce profil : le chef du pôle Médecine 2 et le chef du pôle FME. Même s'ils sont dévoués à leur fonction de chef de pôle et y consacrent un temps certain, leur appétence pour cette fonction reste modérée. Le chef de pôle médecine 2 a ainsi pris la responsabilité du pôle davantage pour rendre service que par réelle conviction. S'il consacre un temps certain à la fonction de chef de pôle, sa priorité reste indéniablement son activité de médecin chef de service.

> On m'a demandé il y a quelques années si j'acceptais d'être chef de pôle… le chef de pôle précédent est parti avant la fin de son mandat donc j'ai pallié au départ du chef de pôle précédent mais c'était pas une candidature spontanée, c'était un petit peu par défaut parce que il n'y avait pas grand monde. Voilà, … c'est vrai que *c'est pas ma tasse de thé, si je pouvais arrêter ce truc de chef de pôle, ça serait avec un grand plaisir que je laisserais ces fonctions-là*. En plus j'ai pas le temps de m'occuper, d'organiser *mon service pour lequel j'ai vraiment envie là au contraire de bâtir, de laisser quelque chose de propre en partant.*
>
> (Chef de pôle, Pôle Médecine 2)

Le chef du pôle Femme-Mère-Enfant a également pris la responsabilité du pôle par défaut en 2010, afin de remplacer le premier chef de pôle qui a lui aussi quitté son poste avant la fin de son mandat. Il estime que l'organisation polaire n'est qu'une couche administrative supplémentaire, qui pourrait avoir un intérêt dans des structures lourdes type CHU mais pas dans un établissement comme le CHM. Ce chef de pôle considère que l'organisation en pôle n'apporte rien en termes d'organisation et de pratiques médicales et l'associe à un surplus de contraintes administratives :

> Avant la nouvelle gouvernance on travaillait déjà en pôle du point de vue médical… ça conduit juste à plus de contraintes administratives.
>
> (Chef de pôle, Pôle Femme-Mère-Enfant)

Pour les chefs de pôle, c'est un sentiment d'impuissance qui domine après la création des pôles. A l'image du chef du pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgie de l'époque, beaucoup déplorent leur inutilité à la tête des pôles :

> Au départ les pôles c'était très *symbolique*, on avait l'impression *de pas servir à grand-chose*
>
> (Ancien chef de pôle, Pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies)

A cette époque, le chef d'établissement à l'origine de l'organisation en pôle privilégie un fonctionnement « ancien système » pour le CHM. Proche de la retraite, et décrit à plusieurs reprises comme un directeur « conservateur », son objectif était de mettre en

place les pôles pour se conformer à la réglementation en vigueur, sans pour autant impulser un réel fonctionnement en pôles d'activités. Comme le souligne le président de la CME, les pôles ont été mis en place « pour faire plaisir, les réformes on fait plaisir, on remplit des cases ». Ainsi, en 2007, la culture de direction semble loin d'être propice à l'émergence d'un fonctionnement polaire :

> *Je pense que, d'un point de vue culturel c'était pas si facile, au niveau de la direction il y avait surtout la volonté d'être conforme aux textes*, mais il n'y avait pas forcément de vraie envie, même de vraie possibilité de faire des pôles tels qu'on les rêve, parce que il y avait une culture de direction, par l'ensemble des directeurs et des directeurs adjoints, etc., qui n'étaient pas formés à ça… je pense que le texte a été plus vite que ce qui s'enseignait dans les écoles dans ces années-là, donc les jeunes étaient déjà surpris, *quant aux anciens ils avaient une autre culture, donc déjà c'était pas du tout simple pour eux de raisonner comme ça… Alors de raisonner déjà, simplement en termes de pôles, et puis après d'opérer les délégations nécessaires*.
>
> (Chef de pôle, Pôle Urgences-Réanimation-Spécialités médicotechniques)

La création des pôles ne s'est donc pas accompagnée de la mise en place des dispositifs d'animation prévus par la loi et jusqu'en 2010, et « il n'y a pas grand-chose qui se passe » dans les pôles (Chef de pôle, Pôle Urgences-Réanimation-Spécialités médicotechniques). En particulier, ni les contrats de pôle et ni les délégations de gestion prévues par la loi n'ont été mis en œuvre. Pour la direction, il est difficile de laisser la main aux médecins, ne serait-ce que pour décider de l'allocation d'une petite enveloppe financière destinée au matériel médical :

> Il y a 4 ans, j'avais fait une proposition. Chaque année on a un budget de petit matériel médical, et il y a une commission qui statue là-dessus pour examiner les projets des uns des autres. J'avais imaginé qu'on pourrait mettre de côté un certain nombre d'équipements, qui sont transversaux et qui concernent tout l'établissement, et puis on avait examiné les budgets des pôles, on avait regardé les équipements dont ils bénéficiaient, pour établir grosso modo des budgets par pôle. (…) L'idée c'était de dire : basta les heures de réunion avec la commission machin truc bidule, donnons à chaque pôle une part de ce qu'ils ont en leur disant « ça c'est vous qui décidez, et là-dedans vous pouvez choisir du petit matériel, du machin, du truc, etc. ». En respectant quand même l'idée qu'on achète pas n'importe comment

> n'importe quoi, parce qu'on a des marchés, et que si on achète il faut acheter groupé, voilà, une coordination parce que sinon ça coûte plus cher, voilà. Alors on avait décidé au départ de la faire sur 10 000 euros dans chaque pôle, ce qui était une goutte d'eau dans l'océan des budgets des matériels médicaux. On a examiné ça en CODIR[54], on a passé 1h30 là-dessus, les gens ont dit « *ah ben non c'est trop compliqué, non non non on va pas leur donner, ils vont mal l'utiliser*, etc. »
>
> (Directeur des affaires générales)

Cette tentative de délégation manquée, quelque temps après la mise en place des pôles, illustre une certaine méfiance de la direction vis-à-vis des chefs de pôle, jugés incapables de prendre des décisions d'allocation de ressources financières, pourtant limitées au petit matériel médical.

La fonction de chef de pôle semble ainsi se résumer davantage à un titre, qu'à une réelle implication des médecins chefs de pôle dans le développement transversal de nouveaux projets médicaux et/ou une implication dans la gestion comme suggéré par la réglementation. Alors que l'ordonnance de 2005 puis la loi HPST de 2009 prévoyaient que le chef de pôle soit un véritable gestionnaire, la direction de l'époque n'a mis en œuvre aucun moyen concret pour permettre aux médecins à la tête des pôles de prendre effectivement leur place de chef de pôle. Concrètement, c'est donc la direction qui est restée maîtresse de toutes les décisions de gestion :

> Avant que j'arrive, ils [les chefs de pôle] étaient pas tellement préparés hein, faut quand même dire ce qui est, *c'était plutôt les directeurs qui étaient aux manettes*…
>
> (Nouveau directeur)

> *Au départ les pôles c'était une coquille vide* hein… Parce qu'il y avait plein pouvoir… L'ancien directeur fonctionnait avec un pouvoir un peu plus…autoritaire. *Il prenait les décisions dans son bureau.*
>
> (Ancien chef de pôle, Pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies)

[54] Comité de direction : il est composé des différents membres de l'équipe de direction

1.3. De cadre de santé de secteur à cadre de santé de pôle : une promotion attrayante mais sans impact sur les pratiques de gestion

Les chefs de pôle n'assument pas seuls leurs nouvelles fonctions. Ils sont notamment supposés être assistés par un cadre de santé de pôle.

Au CHM, la majorité des cadres de santé de pôle nommés aux côtés des chefs de pôle étaient auparavant des cadres supérieurs de santé au niveau d'un « secteur ». Ils avaient donc à ce titre une mission d'encadrement des personnels paramédicaux et de coordination des soins sur un ensemble d'activités (sur un « secteur »), correspondant par exemple à une filière de prise en charge ou une discipline spécifique.

De façon générale, le cadre de santé de secteur est la personne qui fait le lien entre la direction des soins et le terrain. Au CHM, les cadres de secteur se positionnent comme les collaborateurs directs de la direction des soins. Les cadres de secteurs sont en effet partie intégrante de la direction des soins et ont pour mission de mettre en œuvre, sur le terrain, la politique édictée par cette dernière. Les missions de cadre supérieur de santé de secteur s'organisent majoritairement autour de quatre types d'activité. Il s'agit tout d'abord d'organiser et de coordonner les activités de soins réalisées par les soignants sur le terrain, par exemple en développant un protocole de soin spécifique en lien avec les agents. La mission des cadres de santé compte également une part importante d'encadrement des personnels paramédicaux. A moyen terme, cela touche la formation, le développement des compétences et l'accompagnement des projets professionnels des agents de terrain. A plus court terme, il s'agit de faire en sorte d'avoir le bon agent au bon endroit, d'autant plus que le CHM est confronté à un absentéisme des personnels paramédicaux relativement élevé. Si la gestion de l'absentéisme revient d'ordinaire aux cadres de proximité dans le périmètre du service, au CHM ce sont les cadres supérieurs de secteur qui la prenne en charge, afin de mettre en place une mutualisation des moyens humains au niveau du secteur dans son ensemble, et donc des transferts d'agents entre services pour pallier les déficits de personnel. Les cadres supérieurs de santé de secteur sont également en charge de l'animation de la politique qualité et gestion des risques, ce qui se traduit par la mise en œuvre de procédures d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) dans les services dont ils ont la charge. Enfin, les cadres supérieurs de santé interviennent dans la conduite de projets médicaux, soit au niveau de leur secteur soit de façon plus transversale à l'établissement, en animant par

exemple des groupes de travail ou en intervenant en support des médecins, dans le cadre de ces projets.

Même si les cadres de secteur avaient la responsabilité de plusieurs services, devenir cadre de santé de pôle constitue une « promotion » pour les cadres de secteur, notamment car cela correspond à un élargissement du périmètre de responsabilités. Par exemple, la cadre de santé du pôle Urgences-Réanimation-Spécialités médicotechniques était, avant d'être cadre de santé de pôle, cadre de santé du secteur Urgences-Réanimation, ce qui représentait une partie seulement des activités du pôle nouvellement créé. La fonction de cadre de santé de pôle constitue donc pour la majorité une évolution favorable dans leur carrière de cadre de santé et est donc favorablement perçue.

C'est également une opportunité pour eux de prendre part à des transformations importantes et jugées positives, aux côtés du chef de pôle. En particulier, pour les cadres de santé de secteur du CHM, l'organisation en pôles d'activité est valorisée : elle doit permettre aux médecins de prendre la main à la fois sur la gestion et sur la qualité des soins, là où la seule direction ne peut garantir les deux à la fois.

> Je pense que pour faire une prise de conscience sur un établissement de l'enjeu, et de la T2A, et des évolutions budgétaires de nos hôpitaux, je pense qu'il était important et urgent de le décentraliser pour que justement l'impact soit plus fort, plutôt que de le laisser au niveau des directions, qui n'étaient pas forcément reconnues par le corps médical pour faire des incursions dans leurs activités médicales (...) A mon sens c'était plutôt ça, *redonner aux médecins leur place aussi dans la gestion des hôpitaux* et la prise de conscience des dépenses de santé publique qui étaient sans cesse croissantes et pour lesquelles il fallait mettre quand même un pied sur le frein, et comment le mettre sur le frein sans pour ça avoir une prise en charge des patients qui en soit altérée, et qu'on ait pas non plus un bouclier médical contre une direction…qui puisse être en conflit, mais plutôt *mettre un peu de liant.*
>
> (Cadre de santé de pôle, Pôle Urgences-Réanimation-Spécialités médicotechniques)

Dans ce contexte, être cadre de santé de pôle constitue une nouveauté attrayante, gage d'autonomisation vis-à-vis de la direction des soins, en s'impliquant dans des projets à vocation plus médicales et stratégiques aux côtés du chef de pôle.

Mais, à l'image des chefs de pôle, le rôle des cadres de santé de pôle semble, quelques temps après la mise en place des pôles, plus fictif qu'effectif. Les cadres de santé de pôle vivent l'organisation polaire comme un changement de structure artificiel. Plusieurs années après leur nomination, les pôles cliniques sont perçus comme « une addition de départements ». Certains considèrent même qu'en dépit de ce changement d'organigramme, les pôles « n'existent pas ».

> Avant les pôles ils existaient pas, j'ai envie de dire 2007-2008, même 2009, *ils existaient sur un bout de papier*, si je puis dire.
>
> (Cadre de santé de pôle, Pôle Médecine 2)

Pour les cadres de santé, les pôles n'ont donc pas eu d'impact sur leur travail dans la mesure où leurs pratiques de gestion n'ont pas évolué :

> Les pôles ont été constitués en 2007, c'est au moment où on a pris nos fonctions. Les cadre sup', on est arrivés quasiment en même temps, et avec nous la création des pôles. *Mais c'était que le nom de pôle, on a rien changé à notre mode de gestion*.
>
> (Cadre de santé de pôle, Pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies)

Bien qu'officiellement responsables de pôle, les cadres de santé de pôle exercent donc un travail qui s'apparente dans les faits à celui de cadre de secteur, hormis un élargissement du périmètre de responsabilité puisque la majorité des cadres de santé de pôle ont désormais à leur charge des services supplémentaires. Ils sont notamment restés les collaborateurs privilégiés de la direction des soins, appliquant les décisions prises par cette dernière dans les services, à l'image de leur activité de cadre de secteur, alors que la loi prévoit que les cadres de santé de pôle deviennent des gestionnaires de pôle sur le versant paramédical, aux côtés des chefs de pôle.

2. 2010 – 2011. Etre un professionnel-gestionnaire au CHM : un rôle légitime

L'arrivée d'un nouveau directeur en 2010 constitue un évènement important par les nombreux changements qu'il a initiés, notamment sur le fonctionnement polaire et le développement des instruments de contrôle de gestion. Ce directeur se positionne en effet comme un chef d'établissement promoteur de la nouvelle gouvernance (1.1.), et considère ainsi les chefs de pôle et les cadres de santé de pôle comme des acteurs légitimes de la gestion des hôpitaux (1.2.).

2.1. Un chef d'établissement promoteur de la nouvelle gouvernance

L'équipe de direction connaît un changement important en 2010, puisqu'un nouveau chef d'établissement est nommé pour pallier le départ en retraite de l'ancien directeur. Ce changement de directeur en 2010 correspond à une évolution significative dans le style de management. En effet, le nouveau directeur met en œuvre des pratiques de management relativement innovantes par rapport au chef d'établissement précédent, qui était considéré comme conservateur par de nombreux salariés du CHM. Il attache par exemple beaucoup d'importance à la communication externe de l'établissement, avec l'idée qu'il est essentiel de travailler l'image de l'établissement via une politique de marketing active :

> La communication externe, le marketing, pour moi c'est vraiment quelque chose de majeur : qu'est ce qui va faire qu'on va choisir de se faire soigner chez nous plutôt qu'ailleurs ? C'est du marketing, on est une entreprise de prestation de services pour toute une population.
>
> (Directeur)

Il a également recours de façon régulière à un coach extérieur, qui se positionne comme un spécialiste de l'accompagnement du changement. Ce dernier intervient aussi bien auprès du directeur lui-même qu'auprès de différents groupes du CHM : équipe de direction, chefs de pôle, chefs de service, cadres de santé, pharmaciens, etc., avec notamment l'objectif de travailler sur la communication et les échanges au sein du CHM, et d'accompagner les acteurs dans les transformations polaires.

Le nouveau chef d'établissement se positionne surtout comme un promoteur de la nouvelle gouvernance, et considère que les chefs de pôle et les cadres de santé ont leur place dans la gestion de l'établissement. Alors que le précédent chef d'établissement « prenait les décisions dans son bureau » (Président de la CME), le nouveau directeur souhaite impliquer les responsables des pôles cliniques afin qu'ils deviennent « maîtres des décisions » (Directeur) : le directeur souhaite que les chefs de pôle et les cadres de santé deviennent à termes des décisionnaires pour la gestion des pôles.

> [Le directeur attend des responsables de pôle] qu'ils investissent complètement la mission qui leur est dévolue par les textes, qu'ils aient un vrai rôle de pilotage, voilà. Donc il attend *un pilotage du pôle*, une vision prospective par rapport au pôle.
>
> (Coach extérieur)

Ainsi, pour les chefs de pôle et les cadres de santé, le changement de directeur marque clairement la naissance d'une nouvelle dynamique de pôle, en opposition à l'inertie qui régnait auparavant :

> Alors historiquement, 2007 il y a la mise en place des pôles, jusqu'à l'arrivée de [du nouveau directeur] il y a pas grand-chose qui se passe, très honnêtement.
>
> (Chef de pôle, Pôle Urgences)

> C'est pas un jugement hein, mais c'est avec l'arrivée du directeur que *le fonctionnement en pôle c'est véritablement mis en place.*
>
> (Cadre de santé de pôle, Pôle Médecine 2)

2.2. Des chefs de pôle et des cadres de santé de pôle légitimés comme des acteurs de la gestion

Cette nouvelle dynamique de pôle se caractérise notamment par la légitimation des chefs de pôle et des cadres de santé comme acteurs de la gestion de l'établissement. Ils sont en effet intégrés dans les dispositifs d'animation des pôles mis en place par le directeur à partir de 2010.

Un des premiers dispositifs d'animation initié par le nouveau directeur est la tenue régulière de « conseils des managers de pôle », dont le premier a été organisé en octobre

2010 par le chef d'établissement. Ces conseils des managers de pôle constituent l'instance de rassemblement formelle de la direction et des pôles : directeurs et directeurs adjoints, contrôleuse de gestion, médecin du DIM, président de la CME, chefs de pôle et cadres de santé de pôle sont ainsi réunis autour d'une table deux heures et demi durant, et ce environ tous les 45 jours. Par ces réunions, il s'agit d'aménager pour la première fois des espaces de discussion formels et réguliers entre les pôles et la direction. Ces conseils des managers de pôle consacrent les chefs de pôle et les cadres de santé comme des « managers » de pôle, certes d'un point de vue sémantique, mais également par l'intégration nouvelle des responsables de pôle dans les problématiques transversales qui y sont abordées. Les sujets traités y sont variés et peuvent toucher aussi bien la gestion des lits et le développement de l'hospitalisation à domicile que la dématérialisation des archives et le temps de travail des cadres de service. Toutefois, si l'objectif initial de ces réunions était de ménager des temps d'échange entre les pôles, le conseil des managers de pôle s'est rapidement transformé en instance décisionnaire dans le cadre du projet de reconstruction de l'établissement qui, au fur et à mesure de son développement, a nécessité les points de vue experts et indispensables des praticiens.

D'un point de vue représentatif, la mise en place des conseils de managers de pôle constitue désormais la seule instance où tous les chefs de pôle et tous les cadres de santé peuvent faire entendre leur voix. En effet, alors que le directoire ne compte que deux chefs de pôle dans sa composition, la totalité des chefs de pôle sont représentés dans le conseil des managers de pôle. De même, la participation des cadres de santé de pôle aux conseils des managers de pôle est symboliquement forte. Contrairement aux médecins, qui traditionnellement prennent part à la gouvernance des hôpitaux via le directoire et la CME, les cadres de santé sont absents des principales instances de gouvernances. Au sein du directoire, ils sont indirectement représentés par la directrice des soins. Ainsi, si les décisions prises dans ces conseils des managers de pôle concernent surtout la conduite du projet de reconstruction de l'hôpital à partir de 2012, il n'en reste pas moins que sa mise en place en 2010 a constitué un symbole nouveau de la reconnaissance des chefs de pôle et des cadres de santé comme acteurs de la gestion, et des « managers » de pôle légitimes dans leur fonction au sein du CHM :

> *On avait un directeur ancien système, conservateur, et là on a un directeur c'est plus pareil hein*, c'est pas les mêmes… donc effectivement d'abord il a donné beaucoup plus de pouvoir aux chefs de pôle, que ce qu'en donnait l'ancien directeur, donc beaucoup plus de pouvoir, de pouvoir décisionnel, il nous a beaucoup autonomisé… Il a joué la politique du pôle, il a baigné là- dedans… Et puis bon *il a joué la nouvelle réforme, et donc effectivement les chefs de pôle ont pris leur place, avec le nouveau directeur*.
>
> (Président de la CME et ancien chef de pôle)

Quant à l'autonomisation des cadres de santé, elle s'illustre également par leur détachement géographique de la direction des soins début 2011. Quelques mois après la tenue du premier conseil des managers de pôle, les cadres de santé de pôle sont priés de quitter leurs bureaux au sein de la direction des soins et de s'établir chacun au sein des bâtiments correspondant à leur pôle. Ce détachement géographique des cadres de santé marque le début de leur émancipation vis-à-vis de la direction des soins. En effet, les cadres de santé fonctionnaient jusqu'alors « en collectif » (Cadre de santé de pôle, Gériatrie), dans les bâtiments de la direction des soins, comme une équipe dédiée à l'application des décisions prises par la direction des soins. Au contraire, le rapprochement des cadres de santé de leur pôle marque un éloignement des autres cadres de santé de pôle, mais aussi et surtout de la direction des soins. Au-delà de ce détachement géographique, il est demandé aux cadres de santé de travailler désormais aux côtés du chef de pôle, alors que la direction des soins est supposée se positionner comme le coordinateur des cadres de santé des pôles :

> Avant, on avait la direction des soins et chaque cadre sup' qui avait un bureau à la direction des soins. Maintenant on a nos bureaux répartis sur le terrain, près des chefs de pôle. (…) Vous travaillez régulièrement avec les cadres sup' et la direction des soins, et d'un seul coup on vous dit « non non c'est fini, maintenant c'est dans vos pôles avec le chef de pôle et l'assistant de gestion ». Donc ça change la donne.
>
> (Cadre de santé de pôle, Pôle Gériatrie)

Les cadres de santé ne sont donc plus positionnés comme les collaborateurs du directeur des soins, mais comme les collaborateurs du chef de pôle.

Avec le changement de directeur, c'est donc une nouvelle dynamique de pôle qui se met en place au sein du CHM, dynamique dans laquelle les chefs de pôle et les cadres de santé sont positionnés par le directeur comme des parties prenantes légitimes des problématiques gestionnaires de l'établissement. Dans la continuité de ces changements, de nouveaux dispositifs de gestion des pôles voient également le jour sous la forme d'instruments de contrôle de gestion.

2.3. Des instruments de gestion pour les responsables de pôle

L'implantation d'instruments de contrôle de gestion fait partie des éléments privilégiés par le directeur pour impulser un fonctionnement polaire au sein du CHM. Le directeur considère en effet que la mise en place d'une telle instrumentation est un enjeu de gestion important pour le CHM, à la fois au niveau de l'établissement - « quand j'ouvre mon ordinateur le matin, j'ai pas un tableau de bord qui me saute aux yeux, mais c'est quelque chose dans cet ordre-là » - mais aussi et surtout au niveau des pôles, puisque des instruments de contrôle de gestion commencent à être produits et diffusés de façon routinière dès la fin de l'année 2010, soit quelques mois après sa prise de fonction.

Cet intérêt du directeur pour le contrôle de gestion s'illustre également par le détachement de la contrôleuse de gestion de la direction des affaires financières (DAF) : auparavant à mi-temps sous l'autorité de la DAF et positionnée sur des tâches de comptabilité analytique, la contrôleuse de gestion est placée sur un poste indépendant de la direction financière et à temps plein en 2011, sous la responsabilité directe du directeur de l'établissement. Des postes d'assistantes de gestion sont également créés pour assister le chef de pôle et le cadre de santé de pôle dans la gestion du pôle. Recrutées en interne, parmi des secrétaires de service divers du CHM, elles sont placées sous l'autorité hiérarchique de la contrôleuse de gestion et ont pour mission principale d'intervenir sur les aspects de gestion financière des pôles, à la fois sur des aspects de production et de suivi des instruments financiers. Les assistantes de gestion partagent chacune leur temps de travail sur deux pôles.

Pour le directeur, mettre en place des instruments de contrôle de gestion doit permettre de « susciter la question » chez les chefs de pôle et les cadres de santé de pôle. En mettant en place des instruments de contrôle de gestion, le chef d'établissement souhaite

en effet que les responsables de pôle s'interrogent sur les rouages économiques et financiers de toute activité médicale menée dans le pôle. Cet objectif de sensibilisation aux enjeux économiques et financiers liés à l'activité médicale, bien que nécessaire, ne constitue cependant dans l'esprit du directeur qu'une étape dans la dynamique d'évolution envisagée par la direction. Ainsi, pour le chef d'établissement et la contrôleuse de gestion, l'intérêt ultime des instruments de contrôle de gestion pour les responsables des pôles est qu'ils constituent une aide à la décision et permettent de mettre en œuvre des actions correctrices :

> L'idée c'est de passer du tableau de bord *à la décision* qui va derrière. (…) L'étape suivante c'est qu'ils [les chefs de pôle] se disent 'voilà, il nous est apparu qu'on pouvait expliquer ça comme ça, et voilà les éléments que l'on peut faire pour corriger'.
>
> (Directeur)

> Pour moi l'idéal, de toutes façons c'est le propre du métier de contrôle de gestion, *c'est un outil d'aide à la décision*, c'est un appui, après je dis pas que ça va forcément… mais si je me mets à la place du praticien, si j'ai une activité à développer, je vais regarder les chiffres, voir où on en est, peut-être même réorganiser, par rapport à mes dépenses-recettes, *optimiser la gestion*, s'il y a peut-être des dépenses inutiles ou inversement, ou des dépenses qu'on pourrait faire, enfin… pour moi c'est vraiment une aide à la décision et à la gestion. Après… sortir des chiffres pour sortir des chiffres, pour dire « vous avez vu, vous êtes déficitaires »… à la limite, moi je serai même partisante de pas mettre de résultat, plus pour voir ce qu'on peut améliorer, parce qu'il y a des fois… *Tout simplement vous êtes dans une routine, on a telle organisation et ça tourne comme ça, alors qu'on pourrait faire autrement, à moindre coût, de meilleure qualité*… enfin, c'est dans l'idéal hein, *c'est l'efficience même*.
>
> (Contrôleuse de gestion)

L'ambition de la direction est donc qu'à terme, les chefs de pôle et les cadres de santé se saisissent des tableaux de bord et entrent dans une dynamique de gestion dans laquelle les tableaux de bord serviraient à questionner les modes d'organisation existants au sein de leurs pôles. La contrôleuse de gestion emploie le terme d'efficience pour résumer ses propos : l'objectif affiché est donc bien de fournir des soins à moindre coûts, sans que la

qualité des soins n'en soit affectée, voire même l'améliorer lorsque cela est possible. En effet, pour la direction du CHM, il est clair que la réduction des dépenses ne doit pas prendre le pas sur la qualité des soins. Les tableaux de bord de pôle ne sont donc pas envisagés par la direction comme un moyen de pressuriser les responsables de pôle et les pousser à réduire leurs dépenses à tout prix, mais bien comme un moyen d'optimiser les modes d'organisation de leur pôle tout en fournissant des soins de qualité :

> On est là pour soigner, moi je pense qu'on a ça en tête, c'est soigner à moindre coût, mais de façon qualitative, parce que sinon… ça sert à rien de faire des économies pour faire des économies…
>
> (Contrôleuse de gestion)

En introduisant des instruments de contrôle de gestion à destination des responsables de pôle, la direction souhaite donc que ces derniers prennent les rennes de la gestion des pôles.

A présent que nous avons caractérisé le rôle de professionnel-gestionnaire tel qu'il existait au CHM après la mise en place des pôles, puis le rôle attendu par le nouveau chef d'établissement, nous analysons la façon dont la production et la diffusion routinière d'instruments de contrôle de gestion pour les responsables de pôle impactent les rôles. Nous présentons et analysons ces instruments de contrôle de gestion dans la première partie de ce chapitre afin de comprendre comment ils prescrivent le rôle de professionnel-gestionnaire (Partie 1), puis nous étudions la façon dont ces instruments de contrôle de gestion s'inscrivent dans les activités et les relations des différents acteurs du CHM et ainsi amènent les professionnels-gestionnaires à internaliser leur rôle tout en déstabilisant le système de rôles existant (Partie 2).

Partie 1. L'introduction d'instruments de contrôle de gestion pour les pôles : la prescription des rôles de chef de pôle et de cadre de santé de pôle

Les pôles ont été créés en 2007, sous un directeur considéré par les acteurs du CHM comme conservateur. La mise en place des pôles a donc constitué un changement de structure sans réelles conséquences sur les pratiques des acteurs, aussi bien les directeurs en charge de la gestion du CHM que des chefs de pôle et cadres de santé de pôle nommés à la tête des pôles, dont le rôle relève de la fiction. Ça n'est qu'en 2010, avec l'arrivée d'un nouveau chef d'établissement, que le fonctionnement en pôle s'est véritablement mis en place. Ce dernier considère les chefs de pôle et les cadres de santé de pôle comme des acteurs légitimes de la gestion. Il impulse également la diffusion d'instruments de contrôle de gestion pour les pôles, dans l'espoir que les responsables de pôle deviennent de véritables pilotes de pôle.

Ces instruments nouvellement conçus constituent un moyen par lequel la direction inscrit, et donc prescrit, le rôle attendu des responsables de pôle. Ce sont tout d'abord des contrats de pôle, signés entre les pôles et la direction, qui voient le jour. Ces contrats de pôle constituent une première étape dans la définition du rôle de responsable de pôle en prescrivant, de façon succincte, d'une part une distribution des rôles au sein du trio de pôle, et d'autre part la mission des responsables de pôle (1.). Des instruments de mesure de la performance des pôles, dits « tableaux de bord de pôle » au CHM, sont également produits pour les responsables de pôle. Ces tableaux de bord renforcent la prescription du rôle de responsable de pôle, d'une part car ils orientent le rôle prescrit dans les contrats de pôle vers l'économique et d'autre part car ils localisent le rôle prescrit dans les services (2.). Nous verrons toutefois que si les instruments de contrôle de gestion produits par la direction prescrivent les rôles de responsables de pôle et de cadres de santé de pôle, ils n'ont en soi que peu d'impact sur la tenue effective du rôle lorsqu'ils ne sont pas saisis par les acteurs (3.).

1. Les contrats de pôle comme inscription sommaire du rôle : distribution des rôles et attribution d'une mission de pilotage

Les contrats de pôle constituent le premier instrument de contrôle de gestion mis en place par le directeur, peu de temps après sa prise de fonction. L'obligation pour les établissements publics d'établir des contrats de pôle entre le chef de pôle et le directeur, qui ne s'est pas concrétisée en 2007 au moment de la création des pôles, a en effet imposé au chef d'établissement de les mettre rapidement en place. C'est donc dans la précipitation que les premiers contrats de pôle ont été signés. Faute de temps, l'établissement de ces contrats n'a que très peu intégré les desiderata des pôles et a été majoritairement pensé par le directeur des affaires générales, à qui le chef d'établissement à délégué l'animation du dispositif de contractualisation.

> Le contrat de pôle, il fallait faire des contrats, parce que c'est dans la réforme, il faut faire des contrats.
>
> (Président de la CME et ancien chef du pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies)

> Le contrat de pôle de base en 2010 a été mis en place et écrit je dirais par [le directeur des affaires générales]. Point.
>
> (Assistante de gestion, Pôle Femme-Mère-Enfant et Bloc-Anesthésie-Chirurgies)

Ainsi, bien que le nouveau directeur ait à cœur d'impulser un véritable fonctionnement en pôle, la signature de ces premiers contrats de pôle correspond surtout à l'obligation légale de mettre en place un dispositif de contractualisation, qui aurait dû être établi dès 2007 avec la création des pôles. Les contrats de pôle du CHM sont donc, dans leur forme, tout à fait conformes à ce qui est indiqué dans les textes de loi puisqu'ils s'organisent autour de trois grandes parties : les objectifs du pôle pour l'année, les moyens mis à disposition du pôle et les modalités de contrôle et d'intéressement du pôle. La figure suivante présente le contrat de pôle du pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgie pour l'année 2010, dont on retrouve la trame pour les autres pôles.

CONTRAT DE POLE
POLE BLOC-ANETSHESIE-REANIMATION
DU 1ER JANVIER 2010 AU 31 DECEMBRE 2010

Entre
Le CHM, représenté par le Directeur,
Et
Le pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgie, représenté par le chef du pôle

Il est convenu ce qui suit :

ARTICLE PRELIMINAIRE

Le pôle X comprend :
- *Un secteur de Chirurgie de 69 lits et 16 places*
  - *. Un service de chirurgie viscérale (20)*
  - *. Un service de chirurgie orthopédique traumatologique (26)*
  - *. etc.*
- *Un bloc opératoire de 8 salles*
- *Un service d'anesthésie réanimation*

PARTIE 1 – OBJECTIFS DU POLE

1.1. Objectifs organisationnels/Objectifs d'activité

« Développer le recrutement de praticiens »
« Améliorer le codage »

1.2. Objectifs qualité et sécurité des soins

« *Mettre en œuvre le programme de prévention des infections nosocomiales associées aux soins »*

1.3. Objectifs financiers

« Réduire le déficit du pôle »

PARTIE 2 – MOYENS MIS A DISPOSITION DU POLE

Le pôle dispose de l'ensemble des moyens humains (effectifs non médicaux et effectifs médicaux) suivant :
- *Personnel médical : 29,2 ETP autorisés (tous grades confondus)*
- *Personnel non médicale : 189,3 ETP autorisés répartis entre agents titulaires et personnels contractuels)*

Il dispose d'une enveloppe déléguée de 84 mensualités de remplacement

Le pôle dispose pour l'année 2010 d'une enveloppe déléguée de 8500 euros pour la formation, somme destinée à financer les actions de formations des personnels non médicaux du pôle, hors formations institutionnelles

PARTIE 3 – MODALITES DE SUIVI ET DE PILOTAGE

Le suivi et le pilotage du pôle sont assurés mensuellement par le chef de pôle, assisté du cadre de santé de pôle et du référent du directeur. Cet examen est basé sur l'analyse des tableaux de bord fournis par la direction des ressources humaines de l'établissement, ainsi que sur les données de revenue et de dépenses, qui seront transmises mensuellement au trio de pôle par le contrôleur de gestion.

Destinataires :
. Chef de pôle
. Cadre supérieur de pôle
. Directeur référent
. Direction

Fait à XXX, le 28 mai 2010

Figure 6 : Contrat de pôle - 2010

Ces contrats de pôle, pensés par la direction, constituent donc un support formel par lequel cette dernière prescrit ce qu'elle attend des chefs de pôle et des cadres de santé de pôle. Pour la première fois, les missions attribuées aux responsables de pôle du CHM sont explicitement spécifiées. Ces missions prennent tout d'abord la forme d'objectifs. Ces premiers contrats de pôle, réfléchis pour une grande part par la direction, présentent ainsi des objectifs d'activité relativement généraux, tels que « développer le recrutement de praticiens », « collaborer avec le CHU dans tel domaine d'activité », « poursuivre la diversification de l'offre de soins », et « améliorer le codage ». Outre ces objectifs généraux, on retrouve également dans ces contrats de pôle des objectifs chers à la direction. Il s'agit tout d'abord des objectifs de qualité et de sécurité des soins découlant de la politique nationale et donnant lieu à la publication obligatoire des indicateurs associés pour les établissements publics, tels que « mettre en œuvre le programme de prévention des infections nosocomiales associées aux soins » ou bien « réduire les délais de compte rendu des dossiers patients ». Les objectifs sont également financiers et formulent explicitement une amélioration du résultat économique des pôles. Il s'agit par exemple de « réduire le déficit du pôle » ou « poursuivre l'équilibre financier du pôle ».

Quant aux moyens mis à disposition des pôles, ils relèvent exclusivement de « moyens humains ». Ces moyens humains consistent d'une part en la définition de volumes d'ETP[55] médicaux, d'ETP non médicaux et de mensualités de remplacement que le pôle est autorisé à consommer sur l'année ; d'autre part en l'allocation d'un budget de formation. Cependant, ces moyens humains restent dans les faits entre les mains de la direction, puisque les décisions d'embauches et de remplacements sont du ressort de la direction des ressources humaines (DRH) (pour les personnels paramédicaux) et de la direction des affaires médicales (pour les personnels médicaux). Quant à l'enveloppe financière dédiée à la formation, son utilisation est certes décidée par le chef de pôle, mais son montant reste dérisoire au regard du montant global des ressources consommées par un pôle, en moyenne 0,06% des dépenses d'un pôle. Enfin, les premiers contrats de pôle signés en 2010 ne définissent pas de modalités d'intéressement pour les pôles, si bien que l'atteinte ou non des objectifs n'a aucune conséquence financière pour les acteurs des pôles.

[55] ETP : Equivalent Temps Plein

Ces contrats de pôle sont également un moyen de décrire, de façon succincte, le système des rôles envisagé par la direction (ou plus simplement : qui fait quoi ?). Il est en effet expressément spécifié dans ces contrats de pôle que « le suivi et le pilotage du pôle sont assurés mensuellement par le chef de pôle, assisté du cadre de santé de pôle et du référent du directeur ».

Le chef de pôle est donc bien considéré comme le « chef » : la direction attend qu'il soit le « pilote » du pôle, alors que le cadre de santé est positionné comme l'assistant du chef de pôle, au même titre que le référent du directeur. Mais que signifie pour ces professionnels-gestionnaires de mettre en œuvre un « pilotage du pôle » ? Il est également spécifié que le pilotage du pôle est « basé sur l'analyse des tableaux de bord fournis par la DRH de l'établissement, ainsi que sur les données de revenus et de dépenses, qui seront transmises mensuellement au trio de pôle par le contrôleur de gestion. ».

Ainsi, par les contrats de pôle signés entre la direction et les pôles, les rôles des responsables de pôle sont explicitement prescrits. Ici, les inscriptions sont formelles en ce qu'elles prennent une forme textuelle et ainsi dictent clairement la façon dont le rôle de responsable de pôle doit être tenu. Nous pouvons résumer le rôle prescrit par les contrats de pôle de la façon suivante : être chef de pôle signifie mettre en œuvre un pilotage du pôle en s'appuyant sur des tableaux de bord fournis par la direction, en vue d'atteindre les objectifs définis, et ce grâce aux moyens humains mis à disposition par la direction. Dans cette prescription de rôle, celui du cadre de santé de pôle se résume à celui d'assistant. Les tableaux de bord fournis par la direction aux pôles constituent donc une dimension centrale du pilotage des pôles attendu par la direction : le chef de pôle est un pilote du pôle, et ce pilotage doit se baser sur les tableaux de bord de pôle fournis par la direction. Nous analysons ces tableaux de bord de pôle dans la section suivante (2.).

2. Les tableaux de bord de pôle comme inscription approfondie du rôle : un rôle économique et situé

Les contrats de pôle font donc référence aux tableaux de bord de pôle, comme base du pilotage de pôle. Bien que les pôles cliniques existent depuis 2007 au CHM, la majorité des informations de coûts et de revenus n'existaient qu'au niveau global de l'hôpital, sous forme de comptabilité analytique et pour les besoins de la direction. Des instruments conçus à l'échelon du pôle ont commencé à voir le jour avant l'arrivée du nouveau chef d'établissement, tels que les CREA de pôle (que nous présentons en 2.1.) développés par la contrôleuse de gestion et les informations d'activité par le médecin du DIM et la DAF, mais leur diffusion aux principaux concernés – les responsables de pôle – était très pauvre et avec un décalage temporel important. Le développement de l'instrumentation de gestion au niveau des pôles que nous décrivons ci-dessous s'illustre donc d'une part par la diffusion routinisée et régulière d'instruments déjà existants ; d'autre part par la production de nouveaux instruments à l'échelon des services.

Les instruments de contrôle de gestion sont donc de plusieurs types au CHM, mais regroupés au sous le terme générique de « tableaux de bord de pôle ». Nous verrons que si les contrats de pôle prescrivent de façon succincte la distribution des rôles – notamment entre chef de pôle et cadre de santé de pôle – et la mission de responsable de pôle, cette prescription acquiert davantage de profondeur dans les tableaux de bord de pôle diffusés par la direction, en ce qu'ils définissent le rôle de responsable de pôle par un prisme économique (2.1.) et localisent les différentes dimensions du pilotage attendu par la direction (2.2.).

2.1. Les CREA et instruments de mesure de l'activité : le rôle de responsable de pôle défini par un prisme économique

Les comptes de résultat analytique (CREA) sont des instruments originellement produits par l'ANAP, et ensuite diffusés dans les hôpitaux. Le CREA est un instrument qui permet, pour une entité clinique (ici, le pôle), de mettre en regard ses dépenses et ses recettes. Selon l'ANAP (2009, p. 85) : « le CREA permet de rendre compte, sur la base de règles conventionnelles acceptées par tous, des flux de recettes et des flux de dépenses d'une période donnée. Par différence entre les produits ou recettes et les

charges ou dépenses, il matérialise les excédents ou les déficits générés ». Le CREA est produit annuellement et restitue ainsi la performance financière passée de chaque pôle. Selon l'ANAP, le CREA doit permettre de mettre en œuvre des réorganisations dans une perspective d'efficience économique. En effet, contrairement à la comptabilité analytique hospitalière classique basée uniquement sur les coûts, les CREA, en introduisant la variable « recettes », doivent permettre de localiser les zones financièrement problématiques : « ce repérage des zones problématiques ou non d'un point de vue économique est essentiel pour le lancement d'actions de réorganisation pertinentes » (ANAP, 2009, p. 17).

Au CHM, les CREA sont produits et diffusés pour chaque pôle une fois par an, plusieurs mois après la clôture de l'exercice comptable. Les CREA intègrent la totalité des dépenses et des recettes des pôles et indiquent si le pôle est excédentaire ou bénéficiaire sur l'année écoulée. Les CREA imputent notamment à chaque pôle des dépenses et des recettes dites induites, liées à la fois à l'existence de la structure générale de l'établissement et à la réalisation de prestations inter-pôles :

- Les « recettes induites » sont constituées d'une part des recettes propres des pôles administratifs, qui sont répartis au profit des pôles soignants au prorata de leurs dépenses directes, d'autre part des recettes des consultations et des actes réalisés au profit d'autres services/pôles
- Les « dépenses induites » sont constituées des charges de structure nécessaires au fonctionnement général de l'établissement (ressources humaines, communication, logistique, blanchisserie, etc.) ainsi que des dépenses liées à aux prestations réalisées par un autre pôle (consultations et actes spécialisés, laboratoire, radiologie, brancardage, etc.)

Notons ici que les dépenses de personnel comptent pour plus de 70% des dépenses de l'établissement. Ainsi, les dépenses de personnel médical et paramédical enregistrées sur le pôle sont transmises aux responsables de pôle tous les mois, ce qui traduit l'attention particulière de la direction sur cet item.

La figure ci-dessous reprend la structure d'un CREA de pôle tel qu'il existe au CHM.

Figure 7 : CREA

	31/12/2010	31/12/2011	Variation 2011/2010 (valeur)	Variation 2011/2010
Recettes en €				
Titre 1 : Recettes prises en charge par l'Assurance Maladie				
Titre 2 : Autres produits de l'activité hospitalière				
Titre 3 : Autres produits				
Recettes induites				
Recettes structure				
TOTAL RECETTES				
Dépenses en €				
Dépenses directes				
Titre 1 : Dépenses de personnel				
Titre 2 : Dépenses médicales et pharmaceutiques				
Titre 3 : Dépenses hôtelières et générales				
Titre 4 : Amortissements et provisions				
Total des dépenses directes				
Dépenses induites				
Dépenses prestations				
Charges de structure				
Total dépenses induites				
TOTAL DEPENSES				
RESULTAT				

Recettes GHS
Consultations et actes externes
Médicaments en sus des séjours
Dispositifs médicaux en sus des séjours

Le pôle clinique génère des revenus

Forfaits journées
Tickets modérateurs
Prestations malades autres établissements
Prestations soins patients étrangers

Chambres particulières
Locations diverses
Subventions d'exploitation et de participation
Etc.

Personnel médical
Personnel non médical

Produits pharmaceutiques
Produits sanguins
Fournitures médicales
Locations à caractère médical
Etc.

Alimentation
Couches, alèses et produits absorbants
Entretien et réparations
Fournitures
Maintenance
Produits d'entretien
Etc.

Le pôle clinique génère des coûts

Le pôle clinique est bénéficiaire ou excédentaire

La production de ces CREA pour les pôles cliniques témoigne ici de l'orientation économique et financière attribuée au rôle prescrit. Ces instruments sont en effet construits exclusivement sur des items de recettes et de dépenses, et affichent le résultat financier du pôle. Les activités cliniques sont ainsi traduites en termes de dépenses et de recettes dans ces instruments, avec l'idée qu'un acte médical ne peut se résumer à sa dimension clinique mais génère également des revenus et des coûts. Avec la production de CREA au niveau des pôles cliniques, ces derniers deviennent ainsi des sortes de « centres de profits », qui génèrent des bénéfices ou des pertes. Il est toutefois considéré comme naturel que certaines activités spécifiques soient déficitaires ou excédentaires, du fait par exemple de profils de patients lourds ou d'équipements médicaux nécessairement coûteux :

> Certains secteurs peuvent être structurellement excédentaires ou déficitaires et dans ce dernier cas financés par les autres services ou pôles.
>
> (Méthodologie d'établissement des CREA, Contrôle de gestion)

Les pôles disposent également de tableaux de suivi de l'activité. Il est intéressant de noter que les responsables de pôle ont la possibilité d'accéder aux données détaillées de suivi de l'activité et des recettes via un logiciel dédié (PMSI), qui préexistait à la mise en place des pôles. Toutefois, ces données ne sont que très peu consultées par les responsables de pôle. En sus, un tableau synthétique de suivi de l'activité à l'échelon du pôle est transmis mensuellement aux responsables de pôle par la DAF. L'activité médicale des pôles est ainsi décrite à l'aune d'un éventail de quelques indicateurs volumétriques, dont la valeur est rapportée à la même période de l'année précédente :

- Hospitalisation complète : nombre d'entrées, nombre de journées, DMS, taux d'occupation
- Hospitalisation de jour (séances) : nombre de séances

La DAF leur transmet en outre, deux fois par an, une monographie de quelques pages reprenant des informations plus détaillées, comme la répartition des séjours selon le nombre de jours, la répartition géographique de la patientèle, les actes et consultations par praticien ou la consommation auprès d'autres services.

Enfin, des données plus précises sont transmises aux responsables de pôle, une fois par an, par le Département d'Information Médicale (DIM) à l'occasion des revues de gestion. Nous reprenons ci-dessous la trame de ces tableaux de bord.

Figure 8 : Structure type d'un tableau de bord d'activité de pôle

Indicateurs du volume d'activité

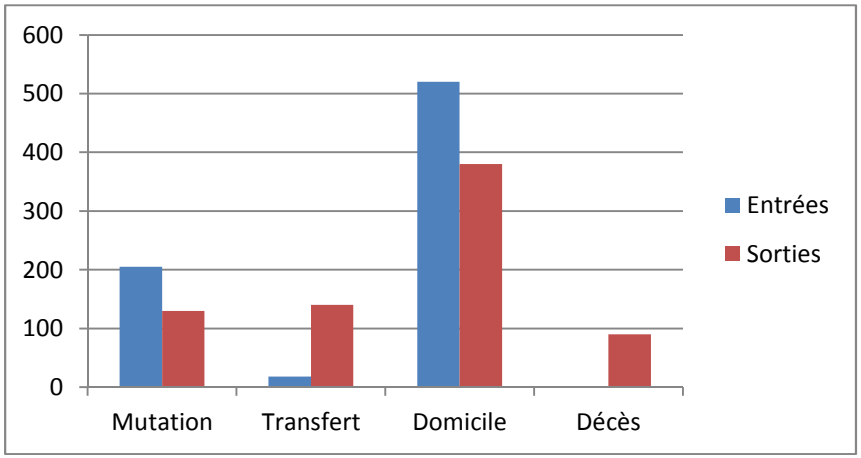
1. Passages (RUM)

	2011	2012	Evolution
Passages (RUM) hors RUM de 0 jours			
Passages (RUM) de 0 jours, hors séances			
Séances (RUM-séances)			

2. Séjours (RSS) auxquels ont participé ces passages (RUM)

	2011	2012	Evolution
Nombre de séjours (RSS) Nombre de séjours ambulatoires Proportion de séjours (RSS) mono-UM (%)			

Répartition des entrées/sorties pour 2012 (en nombre de RUM)



Evaluation de l'optimalité de la durée de séjour selon le financement

3. Durées de séjours

	2011	2012	Evolution
DMS PMSI des passages (RUM) hors passages de 0 jours			
Nombre de séjours (RSS) ayant une valo. extrême bas Nombre de séjours (RSS) ayant une valo. extrême haut			
Nombre de séjours (RSS) de plus de 30 jours			

4. Valorisation

	2011	2012	Evolution
Valorisation Assurance maladie (€) Valorisation 100% T2A (€)			
Valorisation moyenne/passage (RUM) (€) Valorisation moyenne/jour brut (€)			

5. Divers

	2011	2012	Evolution
Exhaustivité saisie des diagnostics			

Valorisation financière de l'activité médicale

Ici encore, les dimensions de ce pilotage prescrit sont orientées vers l'économique. En effet, les indicateurs d'activité produits et diffusés aux pôles ont une dimension financière certaine, en ce qu'ils reposent sur le modèle sous-jacent de la tarification à l'activité. Ainsi, toute activité est mesurée en vue de sa valorisation monétaire correspondante (section « valorisation » dans le tableau de bord d'activité présenté ci-dessus). De même, l'exhaustivité de la saisie des diagnostics (section « divers » dans le même tableau de bord) met l'accent sur l'aspect financier des activités médicales, dans la mesure où la codification des actes donne lieu à un remboursement par l'assurance maladie et est donc génératrice de recettes. Quant aux durées de séjour, elles sont mises en relation avec le remboursement correspondant par l'assurance maladie : la valorisation financière est en effet maximale lorsque la durée de séjour est comprise entre des bornes basses et des bornes hautes[56] (ce qui est repris dans le tableau sous l'intitulé « Nombre de séjours (RSS) ayant une valorisation extrême bas/haut »)

CREA et tableaux de bord d'activité de pôle orientent ainsi le rôle de responsable de pôle vers une logique économique certaine : le pilotage du pôle prescrit dans les contrats de pôle acquiert avec ces tableaux de bord une dimension nouvelle, en ce que les indicateurs à caractère financier qui les composent constituent des inscriptions qui aiguillent le rôle de responsable de pôle vers l'économique. Mais les tableaux diffusés par la direction rendent également visibles les différentes dimensions du pilotage, notamment du fait de la déclinaison des CREA et des indicateurs d'activité, produits au niveau du pôle, en tableaux de bord locaux, produits au niveau des services. Nous détaillons ces instruments ci-après.

2.2. Les tableaux de bord de service : l'objet du rôle localisé dans les services

En sus des tableaux de bord produits à l'échelon du pôle, des tableaux de bord à l'échelon des services sont produits et diffusés aux responsables de pôle. Ces tableaux détaillent d'une part les recettes et les dépenses, d'autre part l'activité, pour chacun des services composant le pôle.

[56] Pour de nombreux GHS, une fourchette de durée de séjour est définie, pour laquelle le remboursement se fera à taux plein. Ainsi, lorsque la durée de séjour est inférieure à la borne basse affectée au GHS ou bien supérieure à sa borne haute, un coefficient de minoration est appliqué au tarif.

Contrairement aux CREA, les « tableaux de bord financiers » n'ont été établis qu'en 2011, avec l'arrivée de l'équipe des assistantes de gestion, sous la direction de la contrôleuse de gestion. Elles ont notamment pour mission de produire, tous les trimestres, les tableaux de bord financiers du pôle. Ces derniers consistent en un état des recettes et des dépenses *directes* du pôle, mais aussi et surtout des *services*. Ces tableaux de bord financiers couvrent ainsi 80% des dépenses du pôle (20% sont des charges indirectes). Une comparaison est faite par rapport à la même période de l'année précédente et des écarts sont calculés. Si l'écart est positif – dans le cas des dépenses, une diminution et dans le cas des recettes, une augmentation - alors un *smiley* vert souriant s'affiche. Dans le cas contraire, c'est un *smiley* rouge mécontent qui apparaît.

En plus des dépenses de personnel intégrées à ces tableaux de bord financiers, la DRH transmet un « suivi des effectifs payés », mais de façon très occasionnelle. L'objet de ce tableau est de fournir un état des ressources en personnel paramédical (et non médical) consommées par le pôle. Ce suivi des effectifs rapporte le montant des « ETP autorisés » par service (il est alloué à chaque pôle un montant maximal d'ETP) au montant des « ETP consommés » (soit les dépenses en personnel paramédical effectivement consommées), et ce selon les différents statuts (par exemple, brancardier, aide-soignant, infirmier, cadre).

Enfin, les données d'activité décrites précédemment sont également déclinées pour chacun des services du pôle. Pour les services à caractère médicotechnique, comme le laboratoire ou l'imagerie médicale, l'activité est exprimée en nombre d'actes (actes de radiologie, d'échographie, de scanner pour l'imagerie médicale, et actes d'analyse de biologie médicale en biochimie, microbiologie, hématologie pour le laboratoire).

Nous reprenons ici la trame d'un tableau de bord financier de service, avec l'ensemble des recettes et dépenses directes du service.

Figure 9 : Structure type d'un tableau de bord financier de service trimestriel – Etat des dépenses directes

Dépenses service A

	Cumul des dépenses au 31/12/2012	Cumul des dépenses au 31/12/2011	Ecart 2012/2011 en %	Indicateur
Titre 1 : Dépenses de personnel				
Personnel médical				
Personnel non médical				
Titre 2 : Dépenses médicales et pharmaceutiques				
Produits pharmaceutiques				
Produits sanguins				
Fournitures médicales				
Etc.				
Titre 3 : Dépenses hôtelières et générales				
Alimentation				
Couches, alèses et produits absorbants				
Déplacements, missions				
Divers services extérieurs				
Etc.				
Total des dépenses Titre 1, 2 et 3				

L'activité médicale du service génère des coûts

Dépenses service B

…

Dépenses service C

…

Etc.

Le service est jugé performant en termes d'évolution des dépenses

Figure 10 : Structure type d'un tableau de bord financier de service trimestriel – Etat des recettes directes

Recettes service A

	Cumul des dépenses au 31/12/2012	Cumul des dépenses au 31/12/2011	Ecart 2012/2011 en %	Indicateur
Titre 1 : Recettes prises en charge par l'Assurance Maladie				☹
Recettes GHS				☺
Consultations et actes externes				☹
Médicaments en sus des séjours				☺
Dispositifs médicaux en sus des séjours				☺
Titre 2 : Autres produits de l'activité hospitalière				☹
Forfaits journée				☹
Tickets modérateurs				☹
Prestations malades autres établissements				
Prestations soins patients étrangers				
Titre 3 : Autres produits				☹
Chambres particulières				☺
Locations diverses				☹
Subventions d'exploitation et participations				
Etc.				
Total des recettes Titre 1, 2 et 3				☹

L'activité médicale du service génère des revenus

Le service est jugé non performant en termes d'évolution des recettes

Recettes service B

…

Recettes service C

…

Etc.

On retrouve, dans ces tableaux de bord financiers et de l'activité du service, la logique économique des instruments présentés précédemment, puisque les indicateurs des CREA et les tableaux d'activité du pôle sont déclinés au niveau des services.

Mais ces tableaux de bord locaux marquent également un changement de logique par rapport aux instruments présentant la performance en termes financiers et de volume d'activité au niveau du pôle. En effet, les tableaux de bord financiers et d'activité produits au niveau du service localisent les différentes dimensions du pilotage attendu par la direction. Alors que les instruments produits à l'échelon du pôle présentaient des indicateurs d'activité, de dépenses et de recettes globaux, le pilotage prescrit dans les contrats de pôle prend ici une dimension locale en ce qu'il est situé dans les différents services du pôle. Comme souligné par la directrice des affaires médicales, les tableaux de bord confèrent à la direction et aux responsables de pôle une visibilité nouvelle sur les performances des services :

> Le contrôle de gestion, ça a été un vrai plus dans l'établissement, parce que ça a vraiment permis *d'aller creuser sur le plan financier où ça situait et surtout de le faire connaître*. Parce que ça, les trio de pôle l'ont, les responsables médicaux l'ont, donc là à un moment on a les éléments.
>
> (Directrice des affaires médicales)

Ces tableaux de bord de service suggèrent également qu'un échelon supplémentaire devient imputable : non plus seulement le pôle, mais aussi le service. Chaque service est ainsi générateur de coûts et de revenus. Un nouveau découpage des responsabilités s'opère, en ce que les indicateurs ventilés par service permettent de déterminer quel service a de « bons » résultats, et quel service a de « mauvais » résultats, comme suggéré par les *smileys*.

En outre, ces tableaux de bord semblent davantage s'approcher de la logique de pilotage souhaitée par la direction que les instruments produits au seul niveau du pôle. D'une part, contrairement aux CREA qui présentent l'ensemble des recettes et dépenses des pôles, incluant les éléments indirects tels que par exemple les charges de structure sur lesquels les responsables de pôle ne peuvent agir, les tableaux de bord financiers de service n'incluent que des éléments de coûts et de revenus directs. Ainsi, selon la contrôleuse de gestion, les tableaux de bord de service doivent permettre aux responsables de pôle d'avoir une marge d'action sur ses indicateurs, ce qui témoigne

d'une volonté de respecter le principe de contrôlabilité, selon lequel un manager n'est imputable que sur les éléments de charge et de revenu sur lesquels il dispose d'un certain degré de contrôle. D'autre part, ces tableaux de bord sont diffusés plus fréquemment que les CREA présentés ci-dessus (une fois par an), puisqu'ils sont envoyés trimestriellement aux responsables de pôle.

Le rôle de responsable de pôle prescrit dans les contrats de pôle prend donc une dimension nouvelle dans les tableaux de bord diffusés par la direction : la prescription se fait économique et localisée dans les services. Ces tableaux de bord suggèrent ainsi le rôle suivant pour les responsables de pôle : il s'agit mettre en œuvre un pilotage *économique*, du pôle *et des services*.

Notons tout de même ici qu'il existe des indicateurs nationaux relatifs à la qualité et à la sécurité des soins. Ces indicateurs ne sont pas cités dans le contrat de pôle comme faisant partie de la mission de pilotage des responsables de pôle, mais sont tout de même diffusés aux responsables de pôle. Ces indicateurs sont les IPAQSS (Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité de Soins) et les ICSHA (Indicateurs de Consommation de Solutions Hydro-Alcooliques). Les indicateurs IPAQSS sont des indicateurs relatifs au dossier patient, tels que la tenue du dossier, les délais d'envoi, la traçabilité de l'évaluation de la douleur, le dépistage des troubles nutritionnels et l'évaluation du risque d'escarre. Publiés par les établissements, ils doivent permettre à l'HAS, mais aussi aux patients, d'évaluer la qualité des soins fournis par les établissements. Toutefois, ces indicateurs permettent davantage d'évaluer dans quelle mesure les actes de soin sont *tracés* dans le dossier du patient, et non la qualité des actes mêmes. Si l'établissement n'obtient pas le score minimum attendu par l'HAS (soit 80%), alors des recommandations sont formulées et l'établissement doit s'engager à mettre en œuvre des améliorations. Ces indicateurs sont, depuis 2011, ventilés par pôle et par service, et diffusés quatre fois par an aux pôles cliniques.

L'indicateur de consommation de solution hydro-alcoolique est quant à lui un « marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains »[57] et s'exprime en pourcentage de la consommation attendue. Cet objectif de consommation est fixé par le ministère de la santé, qui publie les résultats obtenus par les établissements concernés tous les ans. Cet indicateur est considéré par le directeur comme essentiel. Il a ainsi été le premier mis en place au niveau des pôles, dès son arrivée.

3. Un rôle certes prescrit… mais pas nécessairement tenu

La conception d'instruments de contrôle de gestion au CHM correspond donc à des inscriptions par lesquelles les rôles de chef de pôle et de cadre de santé de pôle sont prescrits. La spécification des objectifs et de la mission de pilotage dans les contrats de pôle, le choix des indicateurs d'activité, de dépenses et de recettes, dans les différents tableaux de bord de pôle et de service, constituent autant de moyens par lesquels les attentes de la direction vis-à-vis des chefs de pôle et des cadres de santé de pôle sont inscrites dans les instruments implantés.

Toutefois, ces tableaux de bord nouvellement diffusés tendent à rester lettre morte dans les boîtes mails des responsables de pôle. Pour la contrôleuse de gestion, l'implantation des tableaux de bord dans les pôles s'est au départ apparentée à un échec :

> Au début, j'avais l'impression de *sortir des tableaux de bord pour moi-même*, donc là… Pour moi, c'était pas une réussite.
>
> (Contrôleuse de gestion)

> Il y avait quand même des choses [des instruments de contrôle de gestion] qui existaient mais qui étaient pas suivis d'effets. *C'était là, c'est tout*.
>
> (Assistante de gestion, Pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgie et Femme-Mère-Enfant)

Ainsi, si les instruments de contrôle de gestion prescrivent bel et bien le rôle de responsable de pôle, par la spécification de la mission et de ses différentes dimensions, ils n'ont en soi que peu d'impact sur la tenue effective du rôle de responsable de pôle.

[57] http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_descriptive_-_ISCHA_2_-_2014.pdf

En effet, dans le cas du CHM, les instruments prescripteurs n'ont initialement pas été saisis par les principaux concernés. Diffusés sans être mobilisés, la logique économique inscrite dans les tableaux de bord, de même que la localisation du pilotage dans les services, ne sauraient être internalisée par les responsables de pôle. Sans attaches établies avec les chefs de pôle et les cadres de santé de pôle, le rôle inscrit dans les instruments de contrôle de gestion n'est donc pas nécessairement un rôle mis en œuvre par les acteurs supposés tenir ce rôle.

Par la suite, la direction met toutefois en œuvre différents dispositifs par lesquels des attaches s'établissent progressivement entre les responsables de pôle et ces tableaux de bord de pôle. C'est par cette inscription dans les dynamiques organisationnelles que ces instruments de contrôle de gestion acquièrent un pouvoir d'influence et impactent finalement la façon dont le responsable de pôle met en œuvre son rôle de professionnel-gestionnaire. Ces mécanismes d'enrôlement sont analysés dans la deuxième et dernière partie de ce chapitre empirique (Partie 2).

Partie 2. Les instruments de contrôle de gestion attachés : internalisation du rôle de responsable de pôle et reconfiguration du système de rôle

C'est en s'inscrivant dans les activités et les relations de ces acteurs que ces tableaux de bord construisent le rôle des responsables de pôle, et plus largement façonnent le système de rôle en place. Les attaches qui s'établissent entre ces tableaux de bord, les membres de la direction et les responsables de pôle configurent les rôles selon deux dynamiques.

Initialement ignorés par les responsables de pôle et sans effets sur la tenue du rôle de responsable de pôle, les tableaux de bord sont toutefois rapidement mis en musique par la direction, contribuant à intéresser les responsables de pôle à leurs tableaux de bord de pôle. Cette première dynamique, par laquelle les acteurs administratifs portent les tableaux de bord auprès des responsables de pôle, tend à façonner des rôles de chefs de pôle et de cadres de santé de pôle cérémoniels, tout en produisant un apprentissage économique (1.).

En outre, progressivement conscients d'une potentielle utilité de ces instruments de contrôle de gestion, les chefs de pôle et cadres de santé de pôle se saisissent de ces mêmes tableaux de bord afin de mettre en œuvre leur propre vision du rôle de gestionnaire de pôle et ainsi de concilier les impératifs économiques et de soin, déstabilisant par là le système de rôle traditionnel du CHM (2.).

1. Quand la direction attache les responsables de pôle aux instruments de contrôle de gestion : entre cérémonialité et apprentissage économique du rôle

Après la production et la diffusion de ces tableaux de bord au pôle, la direction met rapidement en place des dispositifs, afin de faire « vivre » ces tableaux de bord dans les pôles. Sont ainsi organisées une fois par an des revues de gestion, consacrées à une analyse des tableaux de bord de pôle entre direction et trio de pôle. Des postes d'assistantes de gestion sont également créés pour apporter une aide au chef de pôle et au cadre de santé de pôle, en termes de production et de suivi des tableaux. Pour la direction, il s'agit d'attacher les responsables de pôle à leurs tableaux de bord de pôle, de faire en sorte que ces instruments ne restent pas lettre morte dans les boîtes mails mais qu'ils s'en saisissent, qu'ils les lisent, les comprennent, les mobilisent pour piloter leur pôle. Dans cette dynamique, les responsables de pôle sont poussés à se conformer aux attentes de la direction et ainsi à s'attacher aux tableaux de bord, façonnant par là un rôle de responsable de pôle cérémoniel, en ce que les activités de suivi et d'analyse des tableaux de bord restent déconnectées des impératifs opérationnels organisationnels, soignants et médicaux du pôle (1.1.). Nous verrons toutefois que cet attachement cérémoniel des responsables de pôle aux tableaux de bord de pôle produit un apprentissage économique du rôle (1.2).

1.1. Les instruments de contrôle de gestion comme matérialisation d'un rôle cérémoniel

Les tableaux de bord de pôle sont donc dans un premier temps portés par les acteurs administratifs auprès des responsables de pôle. Ces derniers, loin de s'y détourner, sont au contraire poussés à se conformer aux attentes de la direction : alors que les cadres de santé sont attachés aux tableaux de bord de pôle dans une optique de justification des résultats du pôle à la direction (1.1.1.), les chefs de pôle y sont attachés du fait de leur quête de nouveaux espaces de légitimité (1.1.2.). Nous verrons que si ces deux dynamiques d'attachement des responsables de pôle aux tableaux de bord diffèrent, leur impact sur le rôle de responsable de pôle est similaire puisque ces associations entre tableaux de bord et responsables de pôle, formées dans une finalité de conformation aux attentes de tiers, contribuent à constituer un rôle de chef de pôle et de cadre de santé de pôle cérémoniel caractérisé par la dissociation du travail de suivi et d'analyse des

instruments de contrôle de gestion et des impératifs organisationnels, soignants et médicaux du pôle.

1.1.1. Les cadres de santé de pôle pris dans la spirale de la justification

Lorsque l'on observe et interroge les cadres de santé de pôle sur la manière et les raisons de mobiliser des tableaux de bord diffusés par la direction, il apparaît que les cadres de santé de pôle consacrent un temps important au suivi et à l'analyse de ces instruments de contrôle de gestion. Pour les cadres de santé de pôle, il semble ainsi inenvisageable de ne pas prêter attention aux tableaux de bord diffusés par la direction :

> Les tableaux d'activité qu'on a mensuellement, les CREA, les recettes, les dépenses, les choses comme ça, je veux dire il faut qu'on en fasse l'analyse au fur et à mesure qu'on en a connaissance, *on peut pas les laisser pour compte, c'est pas possible*. Alors qu'avant, dans la mesure où on ne les avait pas, on ne les analysait pas.
>
> (Cadre de santé de pôle, Pôle Femme-Mère-Enfant)

L'attention portée aux instruments de contrôle de gestion paraît ainsi inconditionnelle. Tout tableau de bord envoyé par la direction est décortiqué et analysé, quelle que soit sa nature et son contenu :

> Les tableaux de bord, avec [l'assistante de gestion], on essaie à chaque fois, peu importe si c'est un tableau de bord qui est fait par la DRH, par le contrôleur de gestion, etc., on essaye d'en faire une analyse, de commenter, tout ça. (…) Tous les tableaux qu'on met à notre disposition on les utilise tous, quand vous êtes sur l'activité ben j'utilise bien l'activité, on utilise bien aussi les tableaux avec les dépenses et les recettes…
>
> (Cadre de santé de pôle, Pôle Médecine 2)

Ces deux *verbatims* illustrent l'attention et l'énergie déployée par les cadres de santé dans l'analyse et le suivi d'instruments de contrôle financiers et étrangers au monde clinique. Pourtant, nombre de cadres de santé de pôle apparaissent incertains quant à l'utilité de ses instruments, hésitant entre lourdeur administrative sans impact sur les pratiques et moyen de réduire des dépenses publiques jugées trop importantes. Certains considèrent également que les instruments financiers fournis par la direction sont trop

détaillés et peu adapté aux enjeux des pôles cliniques, à l'image du cadre de santé du pôle Gériatrie :

> Les tableaux de suivi, c'est bien beau d'en avoir pleins et puis des sophistiqués mais *des fois ils sont tellement bien fournis qu'ils sont trop compliqués, ils sont pas pertinent* si vous voulez. (…) Que ça soit l'analyse de gestion avec les CREA ou les services financiers …ils peuvent nous fournir des tableaux mais très très précis, jusqu'à un niveau de précision qui pour nous devient même ridicule. *Il faut trouver les bons indicateurs pertinents, qui fassent qu'on n'ait pas 3 km de tableau à regarder pour trouver une information.* Par exemple pour moi, l'indicateur sur la consommation électrique, en tant que cadre sup', alors je veux bien dire après aux gens de faire attention à éteindre les lumières, si vous voulez, mais bon… consommation de gaz, de chauffage…on les a hein, mais bon… trop d'info tue l'info hein, c'est surtout ça.
>
> (Cadre supérieur de santé de pôle, Pôle Gériatrie)

Alors pourquoi cette implication des cadres de santé de pôle dans le suivi et l'analyse des tableaux de bord de pôle ? Voici un échange typique des revues de gestion annuelles, entre le directeur des affaires générales, qui préside les revues de gestion de pôle, et les responsables du pôle :

> Directeur des affaires générales *(en lisant le tableau de bord des dépenses directes par service au 31/12/11)* : …dépenses de titre 1…attention il y une augmentation des dépenses de personnel en gastroentérologie, on est à 470 000 là, qu'est-ce que c'est cette augmentation ?
>
> Cadre de santé de pôle : ah mais ça c'est parce qu'on a mis des astreintes depuis janvier, en gastro. C'est des astreintes forfaitisées…et puis aussi on a un nouvel assistant généraliste depuis le début de l'année, le Docteur XXX.
>
> (…)
>
> Directeur des affaires générales : et au niveau du personnel médical, en orthopédie ?
>
> Cadre de santé de pôle : alors ici…alors ça c'est les congés maternité, il y a eu deux départs en congé maternité sur le service alors il a fallu les remplacer…
>
> (Extrait de la revue de gestion 2012 du pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies)

Ici, le directeur des affaires générales se saisit clairement des tableaux de bord de pôle pour interroger les responsables de pôle sur l'évolution de leurs dépenses de personnel, ce qui révèle une certaine pression sur les coûts exercée par la direction. Quant aux cadres de santé, ils jouent le jeu et apportent autant que se peut les réponses aux interrogations de la direction sur l'évolution des indicateurs constatée dans les tableaux de bord financiers. C'est donc dans une perspective de rendu de compte à la direction que les cadres de santé de pôle sont contraints de suivre et d'analyser les tableaux de bord diffusés : il s'agit de pouvoir justifier à la direction les évolutions, notamment dans les dépenses de personnel, constatées dans les tableaux de bord. On retrouve les exigences de justification de la direction dans le cadre des réunions dites de « Titre 1 » : une fois par mois se réunissent la DAF, le directeur des ressources humaines, la directrice des soins et la directrice des affaires médicales afin de faire le point sur les dépenses de personnel (« Titre 1 » dans les CREA) de l'établissement. Contrairement aux revues de gestion, le trio de pôle ne participe à ces réunions. En revanche, les interrogations de la direction vis-à-vis des responsables de pôle restent très prégnantes, et le trio de pôle doit répondre de l'évolution des dépenses de personnel de son pôle tous les mois.

Pourtant, l'établissement ne se trouve pas dans une situation financière problématique, et la direction affirme à plusieurs occasions la nécessité de ne pas de focaliser sur le résultat financier des pôles pris indépendamment, mais sur la situation financière de l'hôpital dans son ensemble :

> *Vous pouvez pas reprocher à un pôle d'être déficitaire*. (…) On a toujours bien expliqué que de toutes façons l'équilibre c'est un équilibre général, parce que par définition le découpage des pôles il s'est pas fait en fonction des équilibres financiers généraux des pôles, il s'est fait en fonction de parcours de soins, en fonction de logiques qui sont plus des logiques médicales que des logiques financières, et heureusement.
>
> (Directeur des affaires générales)

Toutefois, la direction est elle-même jugée par l'ARS sur ses performances gestionnaires, et ce d'autant plus que l'établissement est tributaire du financement de l'ARS dans le cadre du projet de reconstruction de l'hôpital. Il est donc essentiel pour ce dernier de rester à l'équilibre et de s'assurer que les dépenses réalisées dans les pôles

sont justifiées, notamment les dépenses de personnel qui comptent pour plus de 70% des dépenses de l'établissement.

Les interrogations de la direction sur les performances financières des pôles sont plus ou moins bien vécues par les responsables de pôle. Pour certains, il est « normal » (Cadre de santé de pôle, Pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies) de devoir rendre des comptes à la direction :

> Dans les résultats éclatés [par service], on regarde les principales augmentations et diminutions. Par exemple, il y a un orthopédiste qui est parti l'année dernière, et on en a réembauché un autre. Et bien celui qu'on a réembauché nous coûte moins cher, *donc au niveau financier ça se voit quand même, donc c'est normal de l'expliquer aussi, c'est normal de l'expliquer.*
>
> (Cadre de santé de pôle, Pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies)

D'autres au contraire perçoivent cela plus négativement, comme une intrusion :

> *N'importe quoi qu'on fasse, on a à rendre compte*. Je dis pas qu'avant on ne rendait pas compte, mais pas de façon aussi pointue
>
> (Cadre de santé de pôle, Pôle Femme-Mère-Enfants).

Mais tous jouent le jeu de l'interrogatoire. En effet, même si certains n'adhèrent pas nécessairement à ce nouveau mode de fonctionnement, les cadres de santé restent hiérarchiquement liés à la direction, et ce contrairement aux médecins, qui délèguent ainsi bien volontiers ces tâches de justification au cadre de santé et à l'assistante de gestion. En outre, moteur de nombreux changements au sein du CHM, dont la reconstruction de l'établissement, le nouveau chef d'établissement est apprécié au sein du CHM et les cadres de santé expriment une certaine confiance en ces décisions.

Les cadres de santé sont ainsi pris dans une spirale de la justification, dans laquelle ils doivent justifier leurs résultats, et en particulier leurs dépenses de personnel (qui comptent pour 70% des dépenses dans l'établissement) à la direction, qui doit elle-même rendre compte des performances de l'établissement à l'ARS. C'est donc la perspective de devoir apporter des explications à la direction qui attache ainsi les cadres de santé aux tableaux de bord :

> Le fait qu'on fasse le point avec [le directeur des affaires générales], ils [les responsables de pôle] savent que de toutes façons, il faudra…pas rendre des

> comptes, c'est pas ce que je veux dire, mais enfin il y aura des choses à analyser donc forcément je pense qu'ils s'impliquent plus aussi.
>
> (Contrôleuse de gestion)

Dans ce mouvement d'attachement, l'analyse et le suivi des tableaux de bord de pôle financiers, et notamment la partie dépenses de personnel, semble parfois être essentiellement motivés par la nécessité d'apporter des « explications » à la valeur des indicateurs constatés dans la perspective de rendu de compte à la direction :

> Ils ont une réunion du titre 1 tous les mois, et ils se gênent pas pour nous dire si on a une augmentation du titre 1 et à nous d'apporter la justification de nos augmentations. Là par exemple j'ai reçu le tableau de bord hier *(elle le sort)*, voilà, ils ont réunion lundi, ils me demandent pourquoi j'ai une augmentation. (…) *Du coup faut quand même bien suivre les affaires pour pouvoir apporter les explications*
>
> (Cadre de santé de pôle, Pôle Urgences-Réanimation-Spécialités médicotechniques)

> On a eu un exemple sur le pôle femme-mère-enfant l'an passé, on a eu 11 congés maternité, donc forcément il a fallu recruter, même s'ils étaient pas tous remplacés, il a fallu en recruter *donc voilà, la hausse de contractuels s'est expliquée*, c'est ce genre d'analyse qu'on fait (…) Pareil, ça nous est arrivé d'avoir un enfant de 800 grammes à s'occuper qu'on va garder deux mois, donc on a une DMS qui s'allonge. Donc quand on vous dit « votre DMS s'est allongée, pourquoi ? » *on peut l'expliquer*.
>
> (Cadre de santé de pôle, Pôle Femme-Mère-Enfant)

Il paraît donc plus important de s'assurer que les tableaux de bord permettent bien de rendre compte à la direction des actions effectivement mises en œuvre sur le terrain – et ainsi « d'apporter les explications » - alors que la problématique de l'utilisation des tableaux de bord pour questionner l'existant est mise de côté.

Ces tableaux de bord matérialisent donc un rôle de cadre de santé cérémoniel. L'activité des cadres de santé se scinde en deux pans indépendants : d'une part, les activités de coordination des soins et d'encadrement du personnel paramédical issues de l'activité de cadre de secteur, et d'autre part les activités liées à « la gestion pure » du pôle :

> J'ai deux volets, hein c'est-à-dire…on va dire la gestion pure d'un pôle, et puis l'autre volet qui est plus sur de l'encadrement des personnels paramédicaux.
>
> (Cadre de santé de pôle, Pôle Médecine 2)

Cette activité de « gestion pure d'un pôle » est très concrètement constituée de l'analyse et du suivi des tableaux de bord. Certains cadres de santé associent en effet leur rôle de gestionnaire de pôle à une activité de suivi des tableaux de bord qui n'existait pas auparavant, essentiellement les tableaux de bord financiers et les tableaux de bord d'activité :

> Votre rôle au sein du trio de pôle, en quoi consiste-t-il concrètement ?
>
> Alors on [l'assistante de gestion et moi] essaye d'analyser tous les tableaux, les tableaux d'activité, les tableaux financiers, etc.
>
> (Cadre de santé de pôle, Pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies)
>
> Et cette activité de fonctionnement en pôle, concrètement ça représente quoi ?
>
> Alors concrètement, c'est de suivre l'activité du pôle avec les indicateurs, peu importe si elle est exprimée en nombre de jours, ça peut être des consultations, les recettes qu'elles procurent, et en face les dépenses…
>
> (Cadre de santé de pôle, Pôle Médecine 2)

Ces *verbatims* montrent ici que l'activité de gestionnaire de pôle est très concrètement basée sur les tableaux de bord : ces derniers matérialisent donc le rôle de cadre de santé de pôle. Mais ce rôle de cadre de santé de pôle reste dépendant de celui de cadre de santé de secteur qui relève de la coordination des soins et de l'encadrement du personnel paramédical à un niveau très opérationnel. Les tableaux de bord matérialisent ainsi un rôle de cadre de santé de pôle cérémoniel, dont le suivi régulier s'effectue non pas dans l'idée de mobiliser ces instruments dans le cadre d'actions de pilotage, mais en vertu d'un rituel de justification à la direction : les tableaux de bord sont saisis par les responsables de pôle parce qu'ils sont un symbole des attentes de la direction. Cet attachement cérémoniel des responsables de pôle aux tableaux de bord occasionne alors un dédoublement du rôle de cadre de santé de pôle, caractérisé par une dissociation entre les problématiques de gestion opérationnelles propre au cadre de santé de secteur (encadrement du personnel, coordination des soins, etc.) et les activités cérémonielles de

suivi des tableaux de bord, qui n'ont pas d'impact sur ces problématiques de gestion opérationnelle. Nous reprenons cette idée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3 : Les cadres de santé de pôle pris dans la spirale de la justification

Moteurs de l'attachement	Action de l'instrument	Action des acteurs administratifs	Action des cadres de santé	Nature des attaches entre les instruments et les cadres de santé	Impact sur les rôles
Justification	Symbolise les attentes de la direction	Mobilisent les TB[58] dans une logique de reddition de compte	Suivi des TB dans une logique de conformation	Cérémonielles	Matérialisation cérémonielle du rôle de cadre de santé

1.1.2. Les chefs de pôle en quête de légitimité

Comprendre et décortiquer les tableaux de bord de pôle pour être légitime aux yeux de la direction et des autres chefs de pôle

Les chefs de pôle délèguent ainsi pour une grande part le suivi des tableaux de bord de pôle au cadre de santé et à l'assistante de gestion du pôle, notamment pour ce qui touche les dépenses de personnels et les explications à la direction. En effet, les questions de gestion des ressources humaines, du moins paramédicales, intéressent initialement le cadre de santé et les chefs de pôle ne sont pas liés hiérarchiquement à la direction, de même qu'il n'existe concrètement aucune incitation, ni sanction, à ne pas se conformer aux attentes de la direction.

Pourtant, ces derniers sont aussi attachés aux tableaux de bord diffusés par la direction, aussi bien les « partisans » de ces instruments que les chefs de pôle plus sceptiques. Intéressons-nous quelques instants au comportement de la chef du pôle Gériatrie vis-à-vis des tableaux de bord d'activité de son pôle. Lors de la revue de gestion de 2013, elle manifeste ostensiblement son désaccord quant aux indicateurs de suivi de l'activité proposés par la direction

[58] TB : tableau de bord

> *(En colère)* Mais enfin, il faut bien prendre en charge les patients en fin de vie ! C'est normal ! Si on analyse avec des indicateurs comme la DMS c'est forcément pénalisant pour certains services parce que ça fait des séjours longs, c'est illogique de vouloir tendre vers ces objectifs et ces indicateurs !
>
> (Chef de pôle, Pôle Gériatrie)

Pour la chef de pôle, ces tableaux de bord produits par la direction sont totalement inappropriés pour un pôle clinique. Elle considère que les indicateurs utilisés pour mesurer et évaluer les pôles en termes d'activité, tels que la DMS, sont totalement inadéquats par rapport aux spécificités de son pôle. Le pôle gériatrie se caractérise par un nombre important de patients en fin de vie, ce qui requiert généralement des soins de longue durée. Un tel pôle verra ainsi son taux de DMS s'envoler et sera perçu comme inefficient par rapport à d'autres pôles, alors que traiter des patients sur la durée est l'essence même de son activité. Pourtant, quelques semaines plus tard, lors de la réunion 2012 d'établissement des contrats de pôle, la chef de pôle s'inquiète de l'augmentation de la DMS de son pôle :

> Le médecin du DIM *(arrivant à la réunion, le tableau de bord d'activité du dernier trimestre à la main - en s'adressant à la chef de pôle)* : je viens de sortir le tableau de bord d'activité du dernier trimestre, vous avez une augmentation de la DMS là…et ça impacte les recettes en court séjour, on est à -20% pour le dernier trimestre.
>
> La chef de pôle *(ironique)* : ben moi ça me change pas grand-chose, mais c'est vrai que si ça se pérennise et que ça affecte le chiffre d'affaires on va en entendre causer…
>
> (…)
>
> *A la fin de la réunion*
>
> Le directeur des affaires générales : bon, avant qu'on finisse, est-ce qu'il y a des soucis particuliers, ou autres…
>
> La chef de pôle : oui, on fait quoi pour l'augmentation de la DMS là ? Non parce que là on est mal partis…on est à 14 sur le dernier trimestre, ça a dérapé gravement…on a des cas plus graves, donc on les garde plus longtemps et ça tourne moins. On a une baisse de recettes qui est assez considérable quand même…

> Le directeur des affaires générales : oui bon…on refera un point dans quelques mois…

Au contraire ici, la chef de pôle s'inquiète clairement de l'augmentation de la DMS de son pôle, alors qu'elle considère par ailleurs que la DMS n'est pas un bon indicateur de performance pour son pôle, caractérisé par les séjours longs. Mais cet attachement à la DMS n'est pas lié au fait que cette augmentation de la DMS pourrait questionner la qualité des soins prodigués dans son pôle, mais plutôt parce que si cette hausse a une répercussion financière négative, « on va en entendre causer ». Ces *verbatims* suggèrent ainsi une certaine dissonance : bien que n'adhérant pas à l'introduction des tableaux de bord financiers et d'activité de la direction, la chef du pôle Gériatrie y porte tout de même attention car c'est un sujet sensible pour la direction. Mais pourquoi se conformer de la sorte aux attentes de la direction ?

Cela pourrait s'expliquer par la mise en place d'un dispositif d'incitation à atteindre les objectifs définis pour le pôle dans les contrats. En effet, un dispositif d'intéressement des pôles est mis en place à partir de 2011. Toutefois, cet intéressement n'est pas lié à l'atteinte des objectifs du pôle mais conditionnel au taux d'absentéisme du personnel soignant du pôle. De plus, l'intéressement ne concerne pas les responsables du pôle puisqu'il est versé sous forme de primes individuelles au personnel soignant, sous réserve de l'équilibre financier de l'établissement. Les chefs de pôle n'ont donc pas d'intérêt à faire en sorte d'atteindre les objectifs fixés.

Pour certains chefs de pôle, porter un intérêt aux instruments de contrôle de gestion diffusés par la direction est plutôt un moyen de reconstruire de nouveaux espaces de légitimités. En effet, devenir chef de pôle met à rude épreuve sa légitimité de médecin, car il se trouve dans un positionnement inédit, à mi-chemin entre les équipes médicales et la direction. En effet, alors que le chef de service tire sa légitimité de sa spécialisation médicale, le chef de pôle la perd, par le regroupement d'activités et donc de spécialisations que l'échelon du pôle impose. Par exemple, la prise de fonction du chef du pôle Urgences-Réanimation-Spécialités médicotechniques, auparavant responsable des urgences, a été source de tensions au sein du pôle car ce dernier n'était pas perçu comme un responsable de pôle légitime vis-à-vis des autres spécialités du pôle, et notamment la réanimation :

> *Au départ il y a eu des rivalités*…quand monsieur XXX a été nommé, les réanimateurs étaient plutôt hostiles à la présence du docteur XXX comme chef de pôle, parce qu'ils disaient « ouais, il va travailler pour les urgences, parce qu'il est issu des urgences, il a sa petite cours autour de lui…. »
>
> (Cadre de santé de pôle, Pôle Urgences-Réanimation-Spécialités médicotechniques)

Le rôle de chef de pôle vis-à-vis des autres praticiens du pôle est ainsi délicat à tenir, puisqu'il est positionné comme le « chef » du pôle, sans qu'il ne soit nécessairement légitime pour occuper une telle fonction. La perte de légitimité du chef de pôle vis-à-vis du corps médical s'explique également par la perception que les médecins ont des relations du chef de pôle avec la direction. Pour les autres médecins, le chef de service qui devient chef pôle passe dans le clan de l'administration et s'éloigne de son groupe professionnel de référence :

> Les chefs de pôle se sont rapprochés de l'administration, je ne suis pas certain que la majorité des praticiens se soient rapprochés de la même façon…*on a mis un peu les chefs de pôle dans le clan de l'administration en disant « t'es avec l'administration, t'es plus avec nous ».*
>
> (Ancien chef de pôle, Pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies)

L'organisation en pôle et la nomination de médecins à la tête des pôles bouleversent ainsi les relations de légitimité existantes. Il s'agit donc pour eux de retrouver un espace de légitimité au sein du CHM. Pour certains chefs de pôle, l'enjeu est de se reconstruire une légitimité auprès des praticiens non plus de son ancien service, mais de l'ensemble de son pôle. Cela peut passer par une implication du chef de pôle dans les problématiques médicales des différents services et dans la mise en œuvre de projets médicaux transversaux et bénéfiques pour les praticiens, à l'image des chefs des pôles Urgences-Réanimation-Spécialités médicotechniques et Médecine 1. Pour le premier, le cadre de santé du pôle, par sa présence plus importante sur le terrain et donc auprès des différents services, peut jouer un rôle crucial :

> Moi je remets toujours tout au centre du chef de pôle, donc maintenant c'est bien rentré dans les mœurs, on n'a pas de soucis. (…) Tout passe par le chef de pôle, il valide tout. (…) Mais j'ai dû ramer pendant quand même trois ans pratiquement à

> leur démontrer que Monsieur [nom du chef de pôle] était aussi là pour eux et qu'il n'allait pas être centré que sur ses urgences.
>
> (Cadre de santé de pôle, Pôle Urgences-Réanimation-Spécialités médicotechniques)

> Ils [les médecins du pôle] ont bien identifié le chef de pôle, et donc ils savent bien l'appeler ou le solliciter…au début vous savez c'est l'annonce, donc chacun regarde un peu chacun, et petit à petit oui, ils appellent le chef de pôle, ou ils demandent un rendez-vous, enfin…il est bien repéré comme étant celui qui a un pouvoir…de décision je pense, oui. Et puis lui s'il a besoin il les interpelle.
>
> (Cadre de santé de pôle, Pôle Médecine 1)

Mais c'est également auprès d'autres acteurs qu'ils cherchent à établir une nouvelle légitimité, là où il semble parfois difficile de s'imposer comme chef de pôle auprès des médecins. Ainsi, le chef du pôle Médecine 2 a gardé son poste de chef du service de pneumologie, pour lequel son intérêt et son investissement sont bien plus importants, d'un point de vue émotionnel du moins, que la chefferie de pôle dont la prise de fonction s'est faite par défaut. Il semble donc difficile pour ce type de chef de pôle de se construire une légitimité auprès des autres médecins du pôle, là où son implication dans des projets médicaux concerne son propre service, et non le pôle dans son ensemble. Les relations avec les médecins du pôle ne sont donc pas toujours évidentes. Contrairement à d'autres chefs de pôle, le chef du pôle Médecine 2 n'est pas nécessairement reconnu comme l'interlocuteur privilégié des médecins, puisque des décisions sont prises au sein du pôle sans qu'il n'en soit nécessairement informé :

> *On a l'impression quand même qu'il y a des choses assez décisives qui se prennent sans consulter le chef de pôle*. J'en ai encore un exemple récent là, avec une collègue de médecine interne qui a été reçue par le directeur et le président de CME la semaine dernière je crois, enfin j'étais pas vraiment au courant puisque j'ai pas été convié, et elle a été changée d'étage de médecine…
>
> (Chef de pôle, Pôle Médecine 2)

Il est intéressant de noter qu'ici, si l'initiative vient des praticiens eux-mêmes, la direction nourrit inconsciemment ces stratégies de contournement en omettant d'inclure le chef de pôle, et même de considérer le chef de pôle comme le point de passage obligé de toute requête auprès de la direction. Ainsi, si certains chefs de pôle semblent

éprouver des difficultés à être légitimes auprès des médecins de son pôle, cela peut également être le cas vis-à-vis de la direction dont les modes de fonctionnement traditionnels semblent parfois plus prégnants que la volonté de faire du chef de pôle un réel gestionnaire de pôle.

Cette faible légitimité auprès des médecins contribue à expliquer, selon nous, l'investissement de ce type de chefs de pôle dans la compréhension, l'analyse et le suivi des tableaux de bord de pôle, dans la mesure où ils sont un moyen de reconstruire une légitimité, pas nécessairement auprès des praticiens du pôle mais dans ce cas-là auprès de la direction. En effet, cette dernière attend des chefs de pôle qu'ils se saisissent de ces instruments. Pour le chef du pôle Médecine 2, ce travail sur les tableaux de bord est pour une grande part impulsé par l'assistante de gestion et la cadre de santé du pôle dans le cadre des réunions de trio de pôle. Mais il est intéressant de constater son intérêt individuel pour le suivi et la compréhension de l'indicateur de consommation de solution hydro-alcoolique (ICSHA), marqueur défini par la HAS dans le cadre de la lutte contre les infections nosocomiales, mais aussi et surtout imposé par le chef d'établissement dès son arrivée, comme un indicateur essentiel pour le CHM. En effet, selon le directeur, l'attribution d'une mauvaise note par l'HAS « pourrait coûter cher au centre hospitalier ». Cet indicateur de consommation de solution hydro-alcoolique est perçu par beaucoup de cadres de santé et de chefs de pôle comme un indicateur inutilement compliqué dans son calcul, non représentatif de la sécurité des soins (beaucoup de chefs de pôle et cadres de santé de pôle considèrent qu'il n'y a pas de lien de causalité entre le taux de consommation de solution hydro-alcoolique et le taux d'infection nosocomiales) et porteur d'effets pervers (un chef de pôle nous a révélé que les solutions hydro-alcooliques sont jetées dans les éviers pour augmenter le taux de consommation). Quant aux membres de la direction, la majorité ne comprend pas comment il est calculé (le directeur des affaires générale n'y « comprend que dalle ») ni son intérêt (la DAF trouve cet indicateur « stupide »). En revanche, c'est un indicateur qui a été souhaité par le chef d'établissement et la directrice qualité, et dont le chef du pôle Médecine 2 s'évertue à expliquer la méthode de calcul et la signification en présence de ces acteurs, à l'occasion d'un conseil des managers de pôle puis lors de la revue de gestion du pôle de 2012. En s'associant de la sorte à cet indicateur, le chef de pôle apparait aux yeux de la direction comme « l'expert du ICSHA » (Directrice qualité).

Quant aux chefs du pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies et Femme-Mère-Enfant, leur attention est particulièrement portée sur les CREA. En effet, contrairement au pôle de Médecine 2, les pôles Bloc-Anesthésie-Chirurgies et Femme-Mère-Enfant étant déficitaires, le risque perçu d'apparaître comme un « mauvais » chef de pôle peut être plus important que pour un pôle bénéficiaire. Le déficit qu'ils affichent en 2012 est ainsi loin d'être neutre et pousse les chefs de pôle à analyser de près leurs CREA :

> Les chefs de pôle ils sont…très…inquiets, parce que bon, pour ce qui me concerne, j'ai deux pôles déficitaires, donc pas de chance, le pôle femme-mère-enfant est déficitaire par nature, c'est pareil dans tous les établissements hein, bon ben voilà, le pôle de chirurgie c'est pareil, c'est pas des pôles excédentaires, c'est comme ça, effectivement *ils regardent de manière très précise au niveau du CREA, au niveau des tableaux de bord, pourquoi on est arrivé à ça*.
>
> (Assistante de gestion, Pôle Femme-Mère-Enfant et Bloc-Anesthésie-Chirurgies)

Ces chefs de pôle sont ainsi amenés à « décortiquer » les CREA, se positionnant ainsi comme des chefs de pôle investis dans leur mission auprès de la direction. La chef du pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies signifie ainsi régulièrement l'importance qu'elle accorde aux CREA auprès de la contrôleuse de gestion – « quand il y a un truc que je comprends pas, ou que voilà…je vais dans son bureau là-bas, je vais l'embêter et puis on décortique les machins ». C'est donc dans un désir de retrouver un nouvel espace de légitimité que les chefs de pôle se conforment aux attentes de la direction vis-à-vis des tableaux de bord. Ici, ces attaches se forment du fait de la signification attachée aux tableaux de bord : l'intérêt de ces tableaux de bord ne réside pas dans leur potentielle utilité pour la gestion du pôle, mais parce que cela correspond aux attentes de la direction que les chefs de pôle s'y attachent.

Le « décorticage » des tableaux de bord, par les chefs de pôle déficitaires, est poussé jusqu'à des comportements courants de vérification que le pôle perçoive bien les recettes qui lui sont dues, et qu'il ne lui soit pas affecté des dépenses injustifiées. En effet, les chefs de pôle déficitaire, cherchant à comprendre les raisons de leur déficit et donc les recettes et les dépenses enregistrées dans les CREA, détectent des erreurs dans l'affectation des dépenses et des recettes entre les pôles. Ces erreurs d'affectation posent un problème aux chefs de pôle, non parce qu'elles empêcheraient une bonne utilisation des tableaux de bord de pôle, mais parce qu'elles faussent le résultat affiché du pôle. Or,

au CHM, les chefs de pôle sont attachés aux tableaux de bord de pôle pour apparaître comme un « bon » chef de pôle aux yeux de la direction, mais également aux yeux des autres chefs de pôle. En effet, régulièrement présentés dans les conseils des managers de pôle, les tableaux de bord d'activité, les tableaux de bord financiers et les CREA – une fois par an – soumettent les chefs de pôle aux regards de leurs pairs, conduisant les chefs de pôle à se positionner les uns aux autres, avec l'idée qu'être un « bon » chef de pôle, c'est être capable de présenter un important volume d'activité et un résultat financier conséquent :

> *Le médecin chef, il sait qu'il sera regardé…que l'activité médicale sera regardée par d'autres gens* (…). Dans les conseils des managers de pôle, il y a une présentation une fois par an des résultats un peu de chaque pôle donc ça créé une émulation en termes de comparaison (…) Quand c'est bon ils sont tout contents, quand c'est moins bon ben des fois ils vont dire « ouais, mais bon c'est pas grave », mais au fond on sent quand même que « mince ! »
>
> (Cadre de santé de pôle, Pôle Gériatrie)

> Le tableau de bord pour moi ça me permet de dire « tiens, je suis meilleur que l'autre ou je suis moins bon », ou « l'autre, il a une baisse d'activité ».
>
> (Ancien chef de pôle, Pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies)

Des débats animent les chefs de pôle, au cours desquels « chacun défend son bifteck » (Assistante de gestion, Pôle Urgences-Réanimation-Spécialités médicotechniques et Gériatrie) et qui débouchent sur des évolutions dans les affectations des recettes et des dépenses au sein des CREA de pôle, ainsi que des changements de clés de répartition. La chef du pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies se félicite ainsi, après avoir décortiqué la façon dont les recettes et les dépenses étaient affectées à son pôle dans le CREA et les tableaux de bord financiers, d'avoir détecté un manque à gagner dû à une erreur d'affectation des recettes liées aux césariennes qui, bien qu'effectuées au bloc opératoire du pôle, étaient versées au pôle Femme-Mère-Enfant. C'est également le cas des dépenses liées aux secrétaires de consultation de tous les pôles, qui sont affectées en totalité au pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies, ce qui pèse alors sur son résultat financier au niveau des CREA.

> Les gynéco, ils saisissaient pas comme il fallait la césarienne, donc finalement, au bloc on avait pas de césarienne, et donc comme on avait pas de césarienne et

> ben personne nous remboursait les césariennes. (…) Et la dernière fois, toutes les secrétaires de consultations étaient affectées, en dépense, sur la chirurgie vasculaire. Donc on a des recettes minuscules et des dépenses énormes, on a 500 000 euros de dépenses, parce que toutes les secrétaires elles sont affectées là, donc ça oblige après à revoir les affectations.
>
> (Chef de pôle, Pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies)

Pour le pôle Femme-Mère-Enfant, c'est l'affectation des actes thérapeutiques d'urgence (ATU) des patients du pôle Femme-Mère-Enfant qui est contestée suite à la diffusion des CREA en 2012. Dans ce cas précis, les responsables du pôle Femme-Mère-Enfant reprochaient au pôle Urgences-Réanimations-Spécialités médicotechniques de toucher les recettes liées aux actes d'urgence effectués par les sages-femmes, les gynécologues ou les pédiatres en sus d'un passage aux urgences, alors que ça n'est pas aux urgentistes de recevoir les recettes si ce n'est pas eux qui réalisent l'acte. En modifiant de la sorte les affectations des recettes et des dépenses entre les pôles, les chefs de pôle apparaissent comme de « bons » chefs de pôle auprès de la direction par leur implication dans les CREA. Ces comportements de vérification et de modification des affectations des recettes et des dépenses est d'autant plus intéressant pour les chefs des pôles déficitaires qu'ils permettent de réduire le déficit affiché.

C'est donc dans un désir de retrouver un nouvel espace de légitimité que les chefs de pôle se saisissent des tableaux de bord. Ici, à l'image des cadres de santé qui sont attachés aux tableaux de bord dans une logique de reddition de compte, les associations entre chefs de pôle et instruments se forment du fait de la symbolique attachée à ces derniers : l'intérêt de ces tableaux de bord ne réside pas dans leur potentielle utilité pour la gestion du pôle, mais parce que cela correspond aux attentes de la direction que les chefs de pôle s'y attachent, ainsi qu'à la volonté d'apparaître comme un chef de pôle performant dans le nouveau groupe des chefs de pôle. A l'image de l'attachement des cadres de santé de pôle aux tableaux de bord, les attaches établies entre les chefs de pôle et les tableaux de bord sont cérémonielles : les chefs de pôle portent attention aux tableaux de bord de pôle car ils sont un signe de légitimité, auprès de la direction et auprès des autres chefs de pôle.

L'implication des chefs de pôle dans un processus de contractualisation symbolique

On retrouve cette cérémonialité dans la mise en œuvre du dispositif contractuel entre les pôles et la direction. Alors que les premiers contrats de pôle en 2010 ont été majoritairement pensés par la direction, le processus d'établissement des contrats s'est sensiblement modifié dès l'année suivante, avec l'intervention d'un coach extérieur afin que s'établisse une réflexion plus poussée dans la définition des objectifs des pôles que la communication et les échanges au sein de chaque pôle soient favorisés.

En dépit de l'intégration des chefs de pôle dans le processus d'établissement des contrats de pôle, ces derniers restent sceptiques quant à l'utilité de ce dispositif. La chef du pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies déclare ainsi :

> Franchement, je sais pas tellement à quoi ça sert.
>
> (Chef de pôle, Bloc-Anesthésie-Chirurgies)

Le chef du pôle Urgences-Réanimation-Spécialités médicotechniques partage le même avis : pour lui, les contrats de pôle sont un « exercice de style » dans la mesure où les chefs de pôle sont, sur le papier, responsabilisés sur les objectifs, mais sans que les pouvoirs de décision, permettant d'atteindre ces objectifs, ne leurs soient délégués. Les contrats de pôles peinent donc à trouver une légitimité auprès des chefs de pôle, notamment car ils ne reposent pas sur une délégation de moyens financiers, matériels et humains permettant au chef de pôle de conduire effectivement les projets définis dans les contrats de pôle. En effet, les évolutions dans le dispositif de contractualisation ne comptent pas d'extension dans les délégations de gestion, puisque les pôles ne disposent toujours que d'une maigre enveloppe financière pour la formation des agents non médicaux.

Toutefois, en dépit de toutes ces imperfections et du scepticisme des chefs de pôle quant à l'utilité de tels contrats, la recherche de légitimité des chefs de pôle fait ici encore qu'ils s'investissent dans le dispositif contractuel, conformément aux attentes de la direction. Cet attachement des chefs de pôle aux contrats de pôle s'illustre notamment dans le contenu des contrats, dont les objectifs s'étoffent très sensiblement par rapport aux premiers contrats de pôle établis. Les chefs de pôle prennent en effet la main sur l'établissement des objectifs du pôle. On trouve désormais, à côté des objectifs

d'activité globaux pour le pôle, des objectifs d'activité plus précis déclinés au niveau de chacun des services du pôle – par exemple, mettre en place une coopération avec un autre établissement pour le service a, développer le court séjour et favoriser l'hospitalisation à domicile pour le service b, augmenter le volume d'activité du service c, renforcer l'équipe d'aide soignants sur le service d, etc. En outre, un « tableau de suivi des objectifs » est également établi en annexe et précise pour chaque objectif défini les actions à mettre en œuvre ainsi que des indicateurs de suivi afin d'évaluer l'atteinte de l'objectif[59].

Mais ici encore, cette implication des chefs de pôle dans les instruments reste cérémonielle en ce qu'elle est détachée des enjeux organisationnels, soignants et médicaux du pôle. Ainsi, pour la chef du pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies, l'établissement de ces contrats de pôle est très chronophage et qui plus est sans aucun impact sur la façon dont elle gère son pôle :

> Il y a quand même beaucoup de choses qu'on écrit qu'on pourrait faire sans que ça soit écrit quoi, sans qu'on perde du temps à…parce que ça prend du temps hein, entre le faire, le lire, le rerelire, le re-re, et puis tout le monde le re-re et le re-re, si vous mettez bout à bout le temps que vous avez perdu à le faire, ça prend du temps quand même.
>
> (Chef du pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies)

En outre, les contrats de pôle sont, depuis 2011, systématiquement signés très en retard. Les contrats de pôle pour l'année 2011 ont ainsi été signés le 30 décembre 2011, et les contrats de pôle pour l'année 2012, le 29 juin 2012. Cela s'explique notamment par le fait que la direction souhaite établir un EPRD avant et également disposer des tarifs pour l'année à venir. Ces retards dans l'établissement des contrats n'ont cependant pas de conséquences concrètes sur le fonctionnement des pôles et ne semblent toutefois par perturber les responsables de pôle, ce qui suggère encore ici le caractère symbolique, plus qu'opérationnel, de ces contrats de pôle. Cet attachement cérémoniel des chefs de pôle aux contrats de pôle peut parfois prendre une tournure extrême, comme nous avons pu l'observer lors d'une réunion dite de contrat de pôle, entre le trio de pôle de Gériatrie

[59] Notons toutefois que cette dernière colonne « indicateurs de suivi » apparaît comme une dénomination « fourre-tout », car ces indicateurs de suivi peuvent aussi bien correspondre à des items tels que « faire participer les médecins » ou « niveau d'activité »

et la direction, dont l'objet est de faire un état des lieux de l'atteinte des objectifs de l'année écoulée. Au cours de cette réunion, les objectifs de l'année 2012 sont ainsi passés en revue par le directeur des affaires générales, jusqu'à cet objectif mystérieux : « Convention avec le CLIC ». Or, ni le chef de pôle, ni le cadre de santé, ni le directeur ne savent ce que recouvre cet objectif, qu'« ils se trainent depuis des années » (Cadre de santé de pôle, Pôle Gériatrie).

Les chefs de pôle sont ainsi pris dans un dispositif de contractualisation symbolique : les chefs de pôle s'impliquent dans la définition d'objectifs et consacrent un temps certain à la mise en œuvre de ce dispositif de contractualisation, pour paraître légitimes aux yeux de la direction. Mais cet attachement aux contrats de pôle reste cérémoniel, dans la mesure où les actions et décisions des chefs de pôle n'en sont pas impactées.

Par ce mouvement d'attachement symbolique, les tableaux de bord et les contrats de pôle matérialisent ainsi un rôle de chef de pôle à première vue cérémoniel. En effet, ces instruments matérialisent le rôle de chef de pôle dans la mesure où le travail d'analyse, de suivi et de modification de ces instruments forment l'activité concrète de chef de pôle, en opposition au rôle fictif du chef de pôle documenté précédemment. Toutefois, cette nouvelle activité est cérémonielle puisque déconnectée de la sphère médicale et opérationnelle et essentiellement motivée par le désir d'apparaître comme un bon chef de pôle, aux yeux de la direction ou bien des autres chefs de pôle. Ainsi, lorsque des actions en lien avec ces instruments sont entreprises par les chefs de pôle, ces dernières sont motivées par la volonté d'améliorer le résultat financier présenté dans les CREA ou bien d'avoir des contrats de pôle plus étoffés, et non des actions d'optimisation des pratiques ou des modes d'organisation à un niveau opérationnel.

Le rôle de chef de pôle est ainsi scindé en deux parties indépendantes. Le premier versant du rôle reste identique à celui de chef de service et consiste majoritairement en la médiation et la gestion de conflit au niveau du personnel médical, et à la mise en œuvre de projets médicaux (dans son ancien service, ou de façon plus transversale). Le deuxième versant du rôle de chef de pôle relève quant à lui de l'analyse et du suivi des instruments de contrôle, voire de leur modification, sans que des décisions soient prises ou que des actions soient mises en œuvre sur la base de ces instruments.

Tableau 4 : Les chefs de pôle en quête de légitimité

Moteurs de l'attachement	Action de l'instrument	Action des acteurs administratifs	Action des chefs de pôle	Nature des attaches entre les instruments et les chefs de pôle	Impact sur les rôles
Légitimité	Symbolise les attentes de la direction et des autres chefs de pôle		Décorticage des TB dans une logique de conformation Conformation aux contrats de pôle	Cérémonielles	Matérialisation cérémonielle du rôle de chef de pôle

Chefs de pôle et cadres de santé de pôle sont donc poussés à se saisir des instruments de contrôle diffusés par la direction. Cet attachement des responsables de pôle aux instruments est dans ce cas motivé par la conformation aux attentes de la direction. Pour les cadres de santé, il s'agit de se répondre aux pressions à la justification des recettes et des dépenses exercée par la direction. Pour les chefs de pôle, en manque de légitimité, il s'agit d'apparaître comme un bon chef de pôle, aux yeux de la direction et des autres chefs de pôle. Dans ces deux dynamiques, les instruments sont saisis par les acteurs non pas parce qu'ils pourraient permettre de mettre en œuvre des actions d'amélioration des pratiques ou des modes d'organisation, mais parce qu'ils constituent un symbole, des attentes de la direction ou bien des autres chefs de pôle. Les instruments de contrôle de gestion matérialisent ainsi un rôle cérémoniel, dans la mesure où le rôle de responsable de pôle se base sur des activités rituelles de suivi (voire de transformation) de l'instrument, qui restent indépendantes des problématiques soignantes et médicales opérationnelles.

1.2. Les instruments de contrôle de gestion comme vecteurs d'apprentissage économique du rôle

Toutefois, les attaches établies entre les responsables de pôle et les tableaux de bord de pôle, impulsées par la direction et de prime abord cérémonielles, ne sont pas neutres pour ces professionnels de la santé.

Répondre aux interrogations récurrentes de la direction sur l'évolution de l'activité du pôle, de recettes et de ses dépenses, en particulier de personnel, et décortiquer les règles d'affectation des recettes et des dépenses des CREA pour apparaître comme un chef de pôle performant, c'est tout d'abord apprendre de l'instrument même, ses indicateurs et ce qu'ils recouvrent. La contrôleuse de gestion souligne ainsi que certains médecins de pôles lui posent des questions relatives au CREA du type « comment sera calculé mon amortissement ? », « qu'est-ce que ça va faire sur mon résultat ? », ce qui était inimaginable il y a quelques années. De plus, toujours selon la contrôleuse de gestion, les médecins comprennent très rapidement les instruments tels que les CREA : « Ils posent des questions et je peux vous dire que la fois d'après il n'y a pas de souci, ils ont compris, il n'y a pas de problème ».

Mais c'est aussi apprendre à lier le médical et le soignant à l'économique et au financier. Ainsi, si les responsables de pôle symboliquement attachés aux tableaux de bord façonnent par certains égards un rôle cérémoniel, les responsables de pôle cognitivement attachés aux tableaux de bord apprennent à voir et à penser leur rôle par un prisme économique. Cet apprentissage économique du rôle de responsable de pôle est porté d'une part par certains membres de la direction lors des réunions de gestion organisées avec les responsables de pôle (1.2.1.), d'autre part par les assistantes de gestion en poste aux côtés des chefs de pôle et des cadres de santé de pôle depuis 2011 (1.2.2.), acteurs administratifs qui mobilisent les tableaux de bord de pôle dans une dimension pédagogique.

1.2.1. La direction : les instruments de contrôle de gestion pour apprendre aux responsables de pôle à être de bons gestionnaires de pôle

La mobilisation des tableaux de bord dans une dynamique de reddition de compte décrite ci-dessus est toutefois poussée à l'extrême dans les revues de gestion : non seulement les responsables de pôle sont interrogés sur les indicateurs représentant un risque pour l'établissement d'un point de vue financier, comme une chute d'activité ou une augmentation des dépenses de personnel supérieure à ce qui avait été anticipé, mais également sur les variations positives, de même que les variations non significatives au regard du budget global de l'établissement. Par exemple, les différents items de la section « dépenses hôtelières et générales » dans le tableau de bord des dépenses

directes sont tous passés en revue. Les responsables du pôle Gériatrie sont ainsi interrogés sur la diminution de 50 euros du poste « entretien et réparations » par rapport à l'année précédente (soit une proportion de 0,002% du total des dépenses directes du pôle) ou bien l'augmentation de 0,86% de la consommation de produits absorbants, des montants qui représentent une goutte d'eau pour un établissement de cette envergure. En outre, ces revues de gestion ne donnent lieu à aucune décision ou action, par exemple lorsque des difficultés sont constatées, ou lorsque les résultats financiers d'un pôle se dégradent.

Ici, les attentes de la direction vis-à-vis des responsables de pôle en termes de reddition de compte, sur l'évolution des dépenses de personnel notamment, n'expliquent pas à elles seules que tous les indicateurs soient passés au peigne fin, deux heures durant et pour tous les tableaux de bord, et ce quelle que soit la valeur et l'évolution des indicateurs. Ainsi, derrière cette spirale de la justification se cache également une finalité d'apprentissage. Pour le directeur des affaires générales, mobiliser les tableaux de bord de la sorte a une vertu pédagogique : outre le fait qu'ils permettent à la direction d'avoir une information nouvelle sur les activités menées dans la sphère médicale et soignante et d'en exiger des explications, ils sont aussi un moyen d'inculquer une nouvelle logique de fonctionnement chez les responsables de pôle. Ici, contrairement à la dynamique de reddition de compte, ça n'est pas la valeur même de l'indicateur qui importe, mais le raisonnement générique qu'il permet d'enclencher : que recouvre-t-il d'un point de vue opérationnel ? Il s'agit en effet de faire en sorte que les responsables de pôle adoptent le réflexe de lier l'économique – constaté dans les tableaux de bord de pôle – et les pratiques médicales et organisationnelles sur le terrain. Dans cette optique, la direction mobilise les tableaux de bord de pôle comme un support d'apprentissage sur les leviers de la performance médico-économique du pôle. Interroger les responsables de pôle sur leurs résultats a donc pour objectif de les pousser à faire le lien entre l'activité clinique et son impact économique, en d'autres termes « leur faire toucher du doigt un certain nombre de réalités économiques » (Directeur des affaires générales).

Si les tableaux de bord font partie intégrante de la dynamique d'apprentissage à l'économique impulsée par la direction, ils sont également l'occasion pour la direction d'inculquer des principes de gestion plus généraux aux responsables de pôle. Ainsi, pour le directeur des affaires générales, la comparaison du résultat dans les CREA d'une

année sur l'autre doit permettre de différencier ce qui relève d'une « bonne gestion » et ce qui relève d'une « mauvaise gestion » :

> Vous pouvez pas reprocher à un pôle d'être déficitaire, mais vous pouvez reprocher à un pôle d'avoir un résultat moins bon que l'année d'avant, alors ça ça se voit là si vous voulez, la variation par rapport à 2011. Par exemple, on pourrait dire au pôle « attendez, vous avez 53000 euros d'excédent, mais l'année dernière vous en aviez 75000 », ça c'est un mauvais résultat. Là, c'est pas une bonne gestion. C'est ça qu'il faut arriver à leur faire comprendre. C'est comment je peux m'améliorer par rapport à l'année dernière.
>
> (Directeur des affaires générales)

Quant aux contrats de pôle, ils sont l'occasion pour la direction de prodiguer des conseils sur la façon d'optimiser l'utilisation des effectifs paramédicaux du pôle. Ainsi, lors de la revue de contrat du pôle Gériatrie en 2013 ayant pour objet de définir les objectifs pour l'année, le directeur des affaires générales rebondit sur l'objectif financier « maintenir l'équilibre du pôle » pour signaler la nécessité de faire des économies sur les dépenses de personnel et inculquer aux responsables de pôle ce qu'est, selon lui, la bonne façon de procéder pour réduire les dépenses de personnel paramédical :

> Directeur des affaires générales : en 2013 il va falloir faire des économies sur le titre 1 hein, parce qu'on s'engage vers une augmentation des dépenses de 3% alors qu'on avait tablé sur 2%.
>
> Chef de pôle : ah bon, et comment on fait pour réduire les dépenses de personnel là ?
>
> Directeur des affaires générales : la gestion du personnel dans les pôles, c'est une réflexion générale et continue…il faut se demander 1) Faut-il que je remplace ? 2) Faut-il que je remplace par une infirmière ou une aide-soignante ? Parce que parfois ce que faisait l'infirmière peut être fait par une aide-soignante et ça coûte moins cher…et 3) On ne recrute pas le remplaçant 6 mois avant le départ mais au moment du départ. C'est comment bien utiliser les deniers publics si vous voulez.

De façon plus générale, si les contrats de pôle tendent à matérialiser un rôle de chef de pôle cérémoniel, l'animation du dispositif de contractualisation impacte les représentations à la fois des acteurs administratifs et des responsables de pôle. Ainsi, même si les contrats de pôle n'impactent pas directement les pratiques de gestion,

direction et responsables de pôle sont rassemblés autour d'un même objet, conduisant ainsi à un rapprochement entre des acteurs qui n'étaient auparavant pas nécessairement liés de la sorte :

> Les revues de contrat de pôle, c'est pas tout négatif quand même, parce que *autour de la table* donc on a le trio de pôle, on a le DIM, on a les affaires financières, la contrôleuse de gestion…
>
> (Cadre de santé de pôle, Pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgie)

> On se parle mieux, on se comprend mieux…parce que…on a chacun des représentations à son niveau et ça permet aussi un peu de *casser ces représentations pour pouvoir se retrouver sur des terrains d'entente*, mais c'est pas facile hein.
>
> (Cadre de santé de pôle, Pôle Gériatrie)

On retrouve l'usage pédagogique des instruments de contrôle de gestion chez la directrice qualité. Alors qu'un nouveau projet de tableau de bord qualité pour les pôles est en cours au sein du CHM, la directrice qualité voit dans les tableaux de bord d'activité et financiers existants un moyen pour les responsables de pôle de s'acculturer à la logique de pilotage, afin qu'elle soit mise en œuvre à terme dans le domaine de la qualité :

> Moi je leur dit « *culturez-vous sur le tableau de bord d'activité*, la qualité viendra ». (…) *Pédagogiquement*, je leur dis quand on a un indicateur, c'est que ça sert à quelque chose. Si c'est pour faire joli dans le décor ça sert à rien (...) donc c'est pour piloter. Piloter, soit on lui applique une valeur seuil, par exemple le dossier patient…et je distille, et j'amène, morceau par morceau. Donc si la valeur est bonne ben on est tranquille, on bouge pas, voilà, donc faut pas non plus se mettre des valeurs et des limites trop importantes, si elle est pas bonne, ça doit déclencher quelque chose, voilà.
>
> (Directrice qualité et risque)

Ainsi, au-delà de la seule reddition de compte, l'enjeu de mobiliser les tableaux de bord pour la direction est également d'inculquer aux responsables de pôle des principes économiques et de gestion et d'envisager un nouveau fonctionnement dans la sphère clinique. Les tableaux de bord jouent dans ce cas un rôle de médiateur en ce qu'ils

constituent un support pédagogique qui, mobilisés par les membres de la direction, deviennent vecteur d'apprentissage du rôle de gestion prescrit aux responsables de pôle. Ce sont donc des attaches cognitives qui s'établissent entre les responsables de pôle et les tableaux de bord de pôle : en effet, même si les responsables de pôle tendent à jouer un rôle passif face à une direction qui cherche à transmettre les « bonnes » façons de mobiliser les tableaux de bord et plus généralement de piloter le pôle, les tableaux de bord pédagogiquement mobilisés par la direction tendent à inculquer aux responsables de pôle de nouvelles logiques de fonctionnement.

Tableau 5 : Les instruments de contrôle de gestion pour apprendre aux responsables de pôle à être de bons gestionnaires de pôle – La direction

Moteurs de l'attachement	Action de l'instrument	Action des acteurs administratifs	Action des chefs de pôle	Nature des attaches entre les instruments et les responsables de pôle	Impact sur les rôles
Apprentissage	Support pédagogique	Direction : utilisation pédagogique des TB		Cognitives	Apprentissage économique du rôle

1.2.2. Les assistantes de gestion dans les pôles : les instruments de contrôle de gestion pour apprendre l'économique aux responsables de pôle

Cet usage pédagogique des tableaux de bord est relayé et réitéré au sein des pôles via les assistantes de gestion, et prend ainsi une dimension plus habituelle que les seules revues de gestion qui elles, sont annuelles. Les trois postes d'assistant de gestion, à mi-temps sur chacun des 6 pôles et sous la responsabilité directe de la contrôleuse de gestion, ont été créés en 2011 sous l'impulsion du chef d'établissement pour apporter « une aide au responsable médical et au cadre supérieur de santé dans la gestion du pôle » (Contrôleuse de gestion) (et, de façon plus officieuse, « jouer un rôle d'alerte » et rapporter « les dysfonctionnements majeurs médicaux » dans les pôles, dans les termes du chef d'établissement). Auparavant secrétaires au sein du CHM, elles ont reçu une formation spécifique dispensée par la contrôleuse de gestion. Désormais, elles sont

chacune en charge de la production de tableaux de bord financiers pour les services et du suivi des tableaux de bord, pour deux pôles.

L'arrivée des assistantes de gestion dans les pôles a constitué un renouveau dans le fonctionnement du pôle, organisé non plus en duo mais en « trio de pôle », et dans lequel une attention nouvelle est portée aux tableaux de bord. La nomination des assistantes de gestion est associée à l'émergence d'une réelle dynamique de pôle, dynamique basée sur le cycle de production et d'analyse des tableaux de bord de pôle :

> La vie du pôle juste avec le cadre sup' et le chef de pôle, c'était pas possible de récolter toutes les données, de compiler toutes les données et d'analyser toutes les données, et puis sans formation…c'est pour ça que…jusque à récemment on parlait de l'entité pôle, mais…on vivait pas en pôle…quand il [le directeur] a nommé les assistantes de gestion, ça a vraiment changé les choses
>
> (Cadres supérieur de santé de pôle, Pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies)

Au départ considérées comme « l'œil de Moscou de la direction » (Assistante de gestion, Pôle Gériatrie et Urgences-Réanimation-Spécialités médicotechniques) ou comme des « gratte-papier » (Assistante de gestion, Pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies et Femme-Mère-Enfant), elles s'établissent progressivement comme un relai essentiel entre les responsables de pôle et les tableaux de bord, par la lecture et l'interprétation des tableaux de bord, financiers notamment, qu'elles apportent aux chefs de pôle et cadres de santé de pôle, peu familiers avec de tels instruments. En effet, ni les chefs de pôle ni les cadres de santé de pôle n'ont été formés à la compréhension, la lecture et l'utilisation d'instruments financiers tels que les CREA et les tableaux de bord financiers. Le chef d'établissement considère que les responsables de pôle sont tout à fait aptes à mobiliser de tels instruments, parce que « les chefs de pôle ils sont médecins, ils savent compter, on a pas besoin de les former à la comptabilité hospitalière ».

Ces derniers expriment toutefois un son de cloche différent, avec l'idée que ces instruments de gestion financiers sont loin d'être évident à comprendre et à utiliser, et ce même les cadres de santé qui ont déjà un pied dans la gestion :

> Les soignants et les médecins en particulier, on a pas une mission de chef d'entreprise, ni d'économiste, ni de coach, on fait du soin. Les gens ils sont

> malades, on les soigne, au mieux qu'on peut, on a une obligation de moyens, mais on est pas….c'est une révolution idéologique, c'est l'efficience nous on savait pas ce que c'était, les EPRD, le coaching, les histogrammes et les camemberts divers et variés, que je trouve tous les jours sur mes mails etc. Donc ça a été une découverte, bon. Les médecins ont eu du mal. (...) Et puis on a pas eu de formation pour ça. Alors il y a 150 formations possibles, alors moi j'ai eu une formation en 2007 sur une journée, mais bon, j'ai pas la prétention d'avoir été formé sur une journée, je pense qu'on a pas été formés pour ça, on a été formés sur le tas…
>
> (Ancien chef de pôle, Pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies)

> Analyser des recettes ou des dépenses, ou des dépenses supérieures aux recettes, faire le point, regarder par rapport aux activités…au départ *c'était un peu du chinois pour moi, les tableaux de bord recettes-dépenses.*
>
> (Cadre de santé de pôle, Pôle Urgences-Réanimation-Spécialités médicotechniques)

Les responsables de pôle sont donc supposés apprendre les rouages de la comptabilité et du contrôle de gestion « sur le tas », au fil de la diffusion des tableaux de bord. Comme souligné par la chef du pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgie, les tableaux de bord apparaissent en première instance comme des objets insolites pour les professionnels responsables de pôle. Dans ce contexte, les assistantes de gestion et leur « expertise » des instruments de gestion financiers permet d'apporter une lecture de ces tableaux de bord, relativement abscons pour les chefs de pôle et les cadres de santé de pôle :

> *L'objectif c'est d'apporter du concret à tous ces outils*, que ça soit tableau ou autres, tous les suivis qui pouvaient être perçus comme… c'est pas juste un morceau de papier ou un document envoyé par mail, c'est un accompagnement de tout ce qui pouvait exister, parce que quand on regarde un peu, *il y avait quand même des outils qui existaient mais qui n'étaient pas suivis d'effets. C'était là, c'est tout.*
>
> (Assistante de gestion, Pôles Bloc-Anesthésie-Chirurgies et Femme-Mère-Enfant)

Les assistantes de gestion jouent un rôle important dans la circulation des tableaux de bord, et donc d'une perspective économique nouvelle, au sein du trio de pôle : les tableaux de bord sont en effet portés par les assistantes de gestion dans les différents « moments de gestion » du trio de pôle : des réunions de travail sont régulièrement organisées avec le cadre de santé du pôle pour étudier les tableaux de bord reçus, de

même que des réunions dites de trio de pôle, hebdomadaires ou mensuelles, avec cette fois-ci le chef de pôle, et dans lesquelles les tableaux de bord sont régulièrement introduits par les assistantes de gestion. Ainsi, la dynamique d'apprentissage engagée lors des revues de gestion annuelles est relayée au sein même du trio de pôle, renforçant par-là les liens établis entre les responsables de pôle et les tableaux de bord :

> Je pense que l'arrivée des assistantes a beaucoup fait. Parce que du coup ils se voient régulièrement, ils analysent les tableaux, ils ont quelqu'un qui fait un peu le relai. Parce que diffuser un tableau par mail comme ça euh…c'est pas évident.
>
> (Contrôleuse de gestion)

> Tout ce qui est analyse des dépenses et des recettes, avant [l'arrivée des assistantes de gestion] ça se faisait pas du tout. Avant le chef de pôle et cadre sup' avaient bien les chiffres, mais bon, ils faisaient pas d'analyse…alors que là maintenant ça commence à être un peu plus dans le détail, il y a davantage une analyse.
>
> (Assistante de gestion, Pôles Médecine 1 et Médecine 2)

Ce faisant, des liens nouveaux s'établissent entre les assistantes de gestion, les tableaux de bord et les responsables de pôle. Les assistantes de gestion, en faisant circuler les tableaux de bord au sein du trio de pôle et en les accompagnant d'une interprétation nouvelle, conduisent ainsi les chefs de pôle et les cadres de santé de pôle à confronter ces nouvelles représentations économiques de l'activité, avec leurs représentations soignantes et médicales. Un lien inédit entre la réalité opérationnelle du terrain et les indicateurs financiers des tableaux de bord s'établit, à l'image de cette cadre de santé pour qui la lecture des tableaux de bord, avec l'assistante de gestion, la conduit à lier les mouvements de personnel sur le terrain et leurs impacts financiers :

> On [l'assistante de gestion et moi] essaye décortique les tableaux, on essaye de faire causer les chiffres. Je pense que maintenant on arrive à mieux comprendre. (…) Dans les résultats éclatés [par service], on regarde les principales augmentations et diminutions. Par exemple il y a un orthopédiste qui est parti l'année dernière, et on en a réembauché un autre qui nous coûte moins cher. *Donc au niveau financier ça se voit*.
>
> (Cadre de santé de pôle, Pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies)

Dans la même dynamique, l'activité des pôles est pensée en termes de recettes et de dépenses, et non plus uniquement par un prisme médical ou soignant, comme le suggèrent le discours de ces chefs de pôle :

> Avec Marjorie [l'assistante de gestion] et Bernadette [la cadre de santé], on prend les tableaux, on regarde et on essaye de décortiquer les choses. (…) Des fois *il y a des choses qui donnent à réfléchir sur les dépenses médicales ou paramédicales*.
>
> (Chef de pôle, Pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies)

> Alors là l'UPU[60] est bénéficiaire car on valorise l'activité qui avant se faisant dans les couloirs donc on a un rendement qui est important. Au niveau des dépenses on a un problème au service Imagerie, c'est qu'il y a pas assez de médecins, et comme ce sont les médecins qui apportent les recettes…
>
> (Chef de pôle, Pôle Urgences-Réanimation-Spécialités médicotechniques)

Liés aux tableaux de bord de pôle, et aux assistantes de gestion qui les portent, les responsables de pôle acquièrent ainsi une représentation économique des activités médicales et soignantes. Dans cette dynamique d'apprentissage, les responsables de pôle confrontent leurs représentations médicales et soignantes avec les représentations économiques et financières portées par les tableaux de bord et par les assistantes de gestion. Les tableaux de bord ont ainsi une influence par la logique financière qu'ils véhiculent, mais également du fait de leur inscription nouvelle dans la dynamique du trio de pôle par les assistantes de gestion. Les attaches qui s'établissent entre les responsables de pôle et les tableaux de bord de pôle sont ici également cognitives et concourent à un apprentissage économique du rôle de responsable de pôle, comme résumé dans le tableau ci-dessous.

[60] UPU : unité post-urgences

Tableau 6 : Les instruments de contrôle de gestion pour apprendre l'économique aux responsables de pôle – Les assistantes de gestion

Moteurs de l'attachement	Action de l'instrument	Action des acteurs administratifs	Action des chefs de pôle	Nature des attaches entre les instruments et les cadres de santé	Impact sur les rôles
Apprentissage	Donne une représentation financière des activités médicales et soignantes	Assistantes de gestion : traduction des instruments financiers	Confrontent leurs représentations médicales et soignantes avec les indicateurs financiers	Cognitives	Apprentissage économique du rôle

La direction, directement ou par le biais des assistantes de gestion, cherche donc à apprendre aux responsables de pôle à être de « bons » gestionnaires de pôle. Il s'agit notamment de leur faire prendre conscience des répercussions financières de l'activité médicale et soignante, et de leur enseigner des principes de gestion plus généraux. La mobilisation des tableaux de bord en est un moyen privilégié, parce qu'ils constituent un support d'apprentissage et parce qu'ils sont un véhicule de cette logique financière. Mais c'est attachés aux acteurs administratifs, directions fonctionnelles ou assistantes de gestion, qu'ils deviennent des médiateurs et enrôlent les responsables de pôle à la gestion et à l'économique. C'est l'établissement de ses attaches entre instruments, administratifs et responsables de pôle qui orientent les responsables de pôle vers un rôle de gestionnaire de pôle, basé ici sur l'acquisition progressivement de nouvelles connaissances économiques et gestionnaires. Dans ce cas, les attaches entre administratifs, instruments et responsables de pôle relèvent de la cognition.

2. Quand les responsables de pôle s'attachent aux instruments de contrôle de gestion : l'appropriation d'un rôle « médico-économique » et la déstabilisation du système de rôle traditionnel

Si la mobilisation des tableaux de bord se fait par certains égards dans une logique de conformation aux attentes de la direction, comme décrit dans la section 1, une autre dynamique d'attachement entre les responsables de pôle et les tableaux de bord émerge. Les responsables de pôle, initialement attachés par la direction aux tableaux, s'en saisissent par ailleurs délibérément pour mettre en œuvre leur propre vision du rôle de responsable de pôle. Pour les responsables de pôle, l'enjeu est d'une part de « médicaliser » des instruments de contrôle de gestion jugés trop orientés vers une logique administrative et économique (2.1.), et d'autre part de conjuguer impératifs économiques et impératifs organisationnels, soignants et médicaux dans les pratiques, en mettant en œuvre non pas un pilotage économique tel que prescrit par les instruments, mais un pilotage médico-économique (2.2.). Les tableaux de bord apparaissent ainsi comme des moteurs dans l'appropriation des rôles de cadre de santé de pôle et de chef de pôle, qui investissent de nouvelles sphères de gestion, mais aussi de déstabilisation du système des rôles de gestion en place au CHM puisque les rôles traditionnels des directions fonctionnelles sont mis à l'épreuve.

2.1. Inscrire la clinique dans les instruments de contrôle de gestion : le responsable de pôle – contrôleur de gestion

Amenés à mobiliser les tableaux de bord de pôle, pour répondre aux attentes de la direction et pour des raisons de légitimité, les responsables doivent faire face à une certaine dissonance. En effet, les tableaux de bord sont critiqués à plusieurs reprises pour ne refléter qu'un point de vue administratif, sans tenir compte de la réalité opérationnelle du terrain. Ainsi, pour la chef du pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies, la limite essentielle des instruments fournis par la direction réside dans leur conception erronée au regard des pratiques médicales :

> *Ce qui va pas c'est qu'on a d'un côté les gens qui sont à l'administration et de l'autre côté les gens qui sont sur le terrain*. Et en fait, par exemple Angélique [la contrôleuse de gestion], ça doit faire au moins 6-7 ans qu'elle est là, je l'ai amené

> faire le tour de la chirurgie, parce qu'elle avait des UF[61] sur son papier, elles les avaient jamais vu en vrai, ou ça situait, comment était la salle de réveil…et alors elle s'est rendue compte que il y avait une discordance avec ce qu'elle avait sur le papier (…) c'est fait du point de vue administratif sans regarder le côté clinique à côté.
>
> (Chef de pôle, Pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies)

Pour le chef du pôle Urgences-Réanimation-Spécialités médicotechniques, c'est la standardisation excessive des tableaux de bord de la direction qui pose problème. Les tableaux de bord diffusés ne permettent pas de fournir une représentation de l'activité du pôle qui soit cohérente avec les modes d'organisations et les pratiques effectives du pôle. En effet, le pôle Urgences-Réanimation-Spécialités médicotechniques se différencie des autres pôles cliniques en ce qu'il est essentiellement un pôle à prestations, dont l'activité se mesure principalement par les actes effectués pour le compte des autres pôles, tels que des passages aux urgences, des examens de laboratoire ou de radiologie. Le chef de pôle Urgences considère ainsi que les tableaux de bord financiers, parce qu'ils sont identiques d'un pôle à l'autre, fournissent une représentation fausse pour un pôle à prestations comme le pôle Urgences, dont l'activité ne peut se mesurer en nombre de lits et dont les revenus ne peuvent s'évaluer par le montant des recettes de la tarification à l'activité :

> *On s'est aperçu que la culture financière, pour eux un pôle c'est un pôle à lits. Sauf que le pôle Urgences c'est pas un pôle à lit*. Nous on a 25 lits, sur l'ensemble de pôle, donc on voit bien que la présentation, quand on parle des taux d'occupation, des machins, des trucs, les chiffres généraux de l'activité, pour nous, c'est pas nul hein, loin de là, mais c'est pas du tout l'essentiel de notre activité. L'essentiel de notre activité ça va être du passage aux urgences, où on va avoir une trentaine de milliers de passages, ça va être l'imagerie, ça va être le laboratoire, etc.
>
> (…)
>
> *Tout est standardisé, voilà*. Par exemple, au niveau des recettes, il y a un petit tableau à la fin de la première page qui est consacré à chaque pôle, sur les recettes T2A. Il se trouve que le pôle étant prestataire, une grande part de nos

[61] UF: Unité Fonctionnelles : équivalent administratif des services médicaux

> recettes c'est…par exemple sur nos 30 000 passages en fait il y a 10 000 patients qui vont transiter par nous pour aller ensuite dans les services. Donc là nous on récupère rien de cette T2A, ce qu'on récupère c'est de la recette indirecte, tout simplement par transfert d'un pôle à l'autre. *Ben ça intéressait pas a priori les services financiers, manifestement, de présenter ces recettes indirectes. Or pour nous c'est l'essentiel de notre structure. C'est pareil pour les MIG*[62] *par exemple, les MIG pour le SAMU c'est carrément 90% de notre budget.* Si on présente pas ça dans les tableaux de bord et qu'on présente en face juste nos dépenses on se dit « mais alors dites-moi c'est un pôle qui est catastrophique » !
>
> (Chef de pôle, Pôle Urgences)

S'attacher à ces tableaux de bord, comme la direction le souhaite, est donc source de tension pour les chefs de pôle, écartelés entre l'analyse et le suivi d'instruments jugés inadaptés aux activités cliniques pour se conformer aux attentes de la direction, et leurs préoccupations originelles cliniques. Mais si ces instruments sont sources de tension, ils peuvent en être également la solution : certains chefs de pôle cherchent ainsi à intervenir dans la conception des instruments de contrôle de gestion afin de les rendre plus cohérent avec la réalité du terrain qu'ils connaissent.

Au niveau des CREA, plusieurs chefs de pôle ont ainsi cherché à faire évoluer les clés de répartition définies par la contrôleuse de gestion. La chef du pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies nous explique ainsi la nécessité de répartir les charges indirectes de bloc opératoire aux autres pôles en fonction de l'indice des coûts relatifs (ICR[63]), et non en fonction du nombre d'actes comme le faisait la contrôleuse de gestion jusqu'à présent :

> Alors déjà les dépenses du pôle elles étaient affectées au nombre d'actes et pas en ICR, donc ça allait pas du tout hein, parce que c'est pas la même chose entre une appendicite et une colectomie. (…) Donc c'est pas un nombre d'actes qui est intéressant, c'est le poids moyen, mais pour l'instant on était en nombre d'actes.
>
> (Chef de pôle, Pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies)

Au total, ce sont quatre clés de répartition qui sont modifiées dans les CREA de 2013 sous l'impulsion des chefs de pôle : d'une part pour certaines recettes induites, dont les

[62] Dotations qui financent les Mission d'Intérêt Général

[63] Indice des coûts relatif : c'est le coût standard d'un acte chirurgical, en termes de mobilisation de ressources humaines, matérielles, etc., qui serait réalisé dans « les règles de l'art » [Définition du catalogue des actes médicaux, 1996]

passages aux urgences, d'autre part pour certaines charges indirectes, telles que les dépenses d'hémovigilance, d'équipe hôtelière et de bloc opératoire. Les chefs de pôle sont désormais parties prenantes dans la conception des règles de construction des CREA :

> Depuis l'année dernière, parce qu'ils [les chefs de pôle] sont plus impliqués et qu'ils lisent plus les CREA, il y a eu des changements de clés de répartition. Pour le bloc tout a été remis en cause…bon en plus, parce que le chef de pôle chirurgie a changé, ça fait que du coup elle se met dedans, elle se pose des questions, alors qu'avant…je vois le chef de pôle Urgences aussi qui est pas mal impliqué, il trouvait que la clé de répartition des passages aux urgences que je fais était pas très pertinente donc on a fait des changements…Et maintenant, du coup, si on fait un changement, on monte un dossier, on fait plusieurs hypothèses, et on les présente en directoire élargi. Et là chacun donne son avis, chaque chef de pôle. Ils sont carrément parties prenantes là.
>
> (Contrôleuse de gestion)

Ici, contrairement à la modification des affectations des dépenses et des recettes impulsées par certains chefs de pôle pour augmenter le résultat affiché dans les CREA (voir 1.1.2.), la modification des clés de répartition des charges induites répond davantage à une volonté de rendre l'instrument plus cohérent avec l'environnement clinique dans lequel il s'insère.

Au-delà de la modification des instruments financiers, afin de les rendre plus proches des pratiques médicales, d'autres responsables de pôle cherchent à suivre de nouveaux indicateurs, non pas basés sur la performance financière du pôle, mais sur la performance en termes de qualité et de sécurité des soins. Les responsables de pôle Urgences-Réanimation-Spécialités médicotechniques ont ainsi entrepris de mettre en place un suivi d'indicateurs qualité spécifique pour le service de radiologie, qui est décrit comme un service problématique et désorganisé par le chef de pôle et la cadre de santé du pôle. A la demande du pôle, c'est donc un tableau de bord distinctif qui a été créé, permettant notamment un suivi des programmations et des délais de compte rendu, avec indicateurs et valeurs cibles. Pour les responsables du pôle Gériatrie, ce besoin de faire entrer le médical dans la sphère de la gestion est assouvi par la création d'un tableau de bord dédié au suivi et au pilotage de la qualité et de la sécurité des soins pour l'ensemble des services, et ayant vocation à s'institutionnaliser pour tous les pôles, au

même titre que les tableaux de bord financiers et d'activité existants. Pour la chef du pôle Gériatrie, les tableaux de bord proposés par la direction sont particulièrement source de tensions. Souvenez – vous : alors qu'elle dénonce ouvertement l'incohérence des indicateurs de mesure de la performance de l'activité du pôle telle que la DMS, elle ne peut s'empêcher d'y prêter attention lors des revues de gestion avec la direction. Pour les responsables du pôle Gériatrie, une solution semble résider dans la conception d'un nouveau tableau de bord, dans une logique de pilotage certes, mais dédié à la qualité et aux risques associés aux soins. Conçu avec l'aide de la directrice de la qualité, l'ambition associée à ce nouveau tableau de bord est de mettre au point une trame d'indicateurs commune à tous les pôles, avec l'idée que chaque pôle le complète avec un suivi des indicateurs les plus appropriés aux spécificités et aux enjeux de son pôle, en termes de qualité et de gestion des risques. Ainsi, au-delà du suivi des indicateurs IPAQSS imposé par les tutelles, ce nouveau tableau de bord est construit autours d'indicateurs clés dans des domaines tels que la lutte contre les évènements indésirables (nombre d'évènements indésirables, type d'évènements indésirables, etc.) et de satisfaction des patients (nombre de plaintes, nombre de questionnaires de satisfaction, etc.), au niveau du pôle et des services. En développant un tableau de bord de qualité et de gestion des risques, la chef de pôle signifie l'importance qu'elle accorde à la sécurité et à la qualité des soins pour son pôle. Mais c'est également un moyen de réconcilier les attentes de la direction et ses propres attentes : suivre et analyser des indicateurs, pourquoi pas, mais en tenant compte de la qualité et la sécurité des soins.

Ici, les instruments de contrôle de gestion ont un double statut, puisqu'ils impactent et sont impactés par les responsables de pôle. D'une part, les instruments financiers initialement portés et diffusés par la direction, jouent un rôle de médiateur en ce qu'ils créent chez les responsables de pôle des possibilités d'action inédites dans la sphère de l'instrumentation des pôles. En effet, les tableaux de bord financiers et d'activité conçus par la direction et auxquels les responsables de pôle sont attachés « malgré eux » donnent la possibilité à ces derniers d'imaginer de nouveaux instruments plus adaptés à leurs préoccupations : c'est bien le fait d'être « baigné » dans les instruments, financiers et d'activité principalement, qui amène les responsables de pôle à penser de nouveaux instruments, certes en contrepied des tableaux de bord initialement produits par la direction, mais dans une même logique de suivi. Les tableaux de bord portés et diffusés par la direction suscitent donc de nouvelles possibilités d'instrumentation « médico-

économique » chez les responsables de pôle, qui conjuguent la logique de mesure et de suivi propre au contrôle de gestion avec les impératifs cliniques des chefs de pôle et des cadres de santé de pôle. Les tableaux de bord financiers apparaissent donc ici comme un moteur de l'appropriation du rôle de responsable de pôle, qui s'oriente vers un suivi médico-économique – et non plus uniquement économique – de l'activité des pôles.

D'autre part, ces instruments de contrôle de gestion constituent des objets par lesquels les responsables de pôle peuvent inscrire leur propre vision du rôle : les instruments financiers, au départ pensés par la direction et les organismes de tutelle des hôpitaux, sont ainsi amenés à évoluer lorsqu'ils sont localement inscrits dans les dynamiques locales, en leur sein (ici par les modifications de clés de répartition) ou par la mise en place de nouveaux instruments de mesure de la performance en termes de qualité et de sécurité des soins. Les attaches qui se forment entre les responsables de pôle et les instruments relèvent donc ici de la technique, et les responsables de pôle se positionnent comme des experts légitimes dans la sphère du contrôle de gestion.

Mais cette double dynamique, entre les responsables de pôle et les tableaux de bord de pôle, affecte également le système de rôle plus large dans lequel s'inscrivent les responsables de pôle. Ainsi, la contrôleuse de gestion, originellement « experte » dans la conception des instruments financiers et notamment des CREA, voit ses compétences remises en cause par les chefs de pôle – « il trouvait que la clé de répartition de passage aux urgences que je fais était pas très pertinente ». Le contrôle de gestion n'est donc désormais plus l'apanage de cette dernière, mais devient co-construit avec les responsables de pôle qui, dans les termes de la contrôleuse de gestion, sont désormais « parties prenantes » dans la construction des CREA. Alors que les chefs de pôle sont au départ dans une position d'apprentissage vis-à-vis d'instruments financiers peu familiers, c'est désormais la contrôleuse de gestion qui apprend des chefs de pôle :

> Faut être au courant des pratiques, parce que je l'ai vu encore il y a pas longtemps, on a revu la répartition du bloc par spécialité, il y a des choses que je répartissais et qui n'étaient pas bonnes parce que je ne connaissais pas la pratique. Il y avait des actes qui étaient faits en plateau technique que j'imaginais moi qu'ils étaient faits au bloc…
>
> (Contrôleuse de gestion)

L'implication des responsables de pôle dans la conception des instruments financiers pousse également la contrôleuse de gestion vers un rôle d'appui technique vis-à-vis des responsables de pôle, alors que les premiers instruments financiers étaient conçus et imposés par la contrôleuse de gestion. Ça n'est plus la contrôleuse de gestion qui initie des changements et propose des instruments, mais les responsables de pôle qui adressent leurs demandes spécifiques, par exemple le suivi de nouveaux indicateurs pour le pôle Urgences-Réanimation-Spécialités médicotechniques, et la contrôleuse de gestion qui répond à ces demandes. Dans cette dynamique, la contrôleuse de gestion considère ainsi son rôle comme relevant de l'appui aux pôles :

> Pour moi l'idéal, c'est d'être un outil d'aide à la gestion et à la décision dans les pôles, un appui.
>
> (Contrôleuse de gestion)

A l'image des chefs de pôle qui décident des règles d'affectation et des clés de répartition pour les tableaux de bord financiers et les CREA, questionnant par là le rôle traditionnel de la contrôleuse de gestion, l'implication des responsables de pôle dans la conception de tableaux de bord de suivi de la qualité voit également le rôle de la directrice qualité évoluer. Si les responsables de pôle pensent de nouveaux indicateurs et instruments de suivi de la qualité pour « médicaliser » un rôle jugé trop administratif et économique, ces derniers sont également l'occasion pour la directrice qualité de faire évoluer son rôle vis-à-vis des responsables de pôle. De même que les instruments financiers, les premiers tableaux de bord consacrés à la qualité des soins (IPAQSS) étaient imposés par la direction, du fait de l'exigence de publication nationale de ces indicateurs au niveau de l'établissement. Alors qu'un nouveau tableau de bord de gestion de la qualité et de la sécurité des soins est en cours d'élaboration en 2012, sous l'impulsion du pôle Gériatrie, la directrice qualité souhaite que tous les responsables de pôle y jouent un rôle actif. Pour elle, ce nouveau tableau de bord est l'occasion de décentraliser le choix des indicateurs à suivre : une trame est fournie en exemple, de même que des éléments méthodologiques, mais la forme finale du tableau doit rester à la discrétion des pôles :

> *Donner l'autonomie aux pôles de suivre et de décider*. C'est mon objectif. C'est une décentralisation, en sachant que je regarde et que je garde un œil quand même. (…) Qui pilote aujourd'hui ? C'est le pôle. Il faut les accompagner et pas se mettre à leur

> place. (…) *Il faut qu'ils deviennent acteur, qu'ils arrêtent de subir un envoi*, etc. et qu'ils réfléchissent eux même à dire « qu'est-ce que je veux suivre et qu'est- ce que je veux piloter dans mon pôle ? » Parce que aujourd'hui on donne, on donne, on donne…ça va pas, c'est…voilà. C'est je suis dans un pôle, j'ai les manettes, je considère qu'ils ont les manettes.
>
> (Directrice qualité et coordination des risques)

Ce nouveau tableau de bord qualité occasionne ainsi une évolution du rôle de la directrice qualité, qui se positionne comme un tuteur et une aide méthodologique pour les responsables de pôle, alors que ces derniers se positionnent progressivement comme des décideurs sur l'instrument.

Tableau 7 : Inscrire la clinique dans les instruments de contrôle de gestion : le responsable de pôle – contrôleur de gestion

Moteurs de l'attachement	Action de l'instrument	Action des acteurs administratifs	Action des responsables de pôle	Nature des attaches entre les instruments et les responsables de pôle	Impact sur les rôles
Retrouver des considérations cliniques dans les impératifs de gestion	Dévoile de nouvelles possibilités d'instrumentation	Coopération et support	Transforment les instruments imposés Créent de nouveaux instruments	Techniques	Le responsable de pôle – contrôleur de gestion Contrôleuse de gestion et directrice qualité : évolution vers un rôle de support technique

2.2. Concilier l'économique et la clinique dans les pratiques : les instruments de contrôle de gestion comme stratégie de pilotage médico-économique

Au-delà de l'inscription des impératifs cliniques dans l'instrumentation de gestion, les tableaux de bord de pôle sont délibérément saisis par les responsables de pôle qui cherchent à sortir d'un rôle cérémoniel, dans lequel les acteurs apparaissent frustrés de ne pouvoir agir sur la base des instruments diffusés par la direction. Les instruments de contrôle de gestion sont alors saisis stratégiquement par les responsables de pôle dans l'espoir de mettre en œuvre des actions à un niveau opérationnel, et non plus seulement dans la sphère de l'instrumentation de gestion. Nous qualifions ces actions de pilotage médico-économique, signifiant par-là la conciliation des impératifs d'efficience économique mais aussi de qualité des soins et des processus d'organisation à un niveau opérationnel. Le terme « médico » est donc ici à prendre au sens large en ce qu'il recouvre l'ensemble des impératifs organisationnels (par exemple, l'encadrement et la coordination des effectifs, l'organisation des services, etc.), soignants et médicaux associés à la fourniture de soins aux patients.

Cet usage stratégique des instruments par les responsables de pôle se déploie dans deux directions. Pour les cadres de santé, il s'agit de confronter la direction aux chiffres des pôles afin de doter les services de moyens humains supplémentaires (2.2.1.). Pour les chefs de pôle et les cadres de santé, les tableaux de bord sont également un moyen de confronter les médecins du pôle à leur activité « objectivée » dans les instruments, dans l'idée de pouvoir concrétiser leurs ambitions médico-économiques (2.2.2.). Cet attachement stratégique des responsables de pôle aux instruments constitue donc un vecteur d'appropriation du rôle de responsable de pôle : ce dernier n'est pas seulement économique et cérémoniel, mais évolue progressivement vers un rôle de pilotage opérationnel et médico-économique. Ce faisant, c'est également les rôles de certaines directions fonctionnelles, ainsi que celui de médecin, qui sont questionnés.

2.2.1. Les instruments de contrôle de gestion comme stratégie de gestion du personnel soignant : quand les cadres de santé demandent des comptes à la direction

Les cadres de santé consacrent une partie importante de leur activité à la gestion des effectifs non médicaux – aides-soignants, infirmiers, brancardiers, cadres de santé, etc. Il s'agit notamment de faire en sorte d'avoir le bon agent au bon endroit, d'anticiper autant que possible l'absentéisme et de trouver des remplacements en temps voulu. Les tableaux de suivi des effectifs fournis par la DRH, combinés au suivi mensuel des dépenses de personnel, devrait *a priori* faciliter cette gestion. En effet, avant que les tableaux de bord de pôle soient diffusés de façon routinière aux responsables de pôle, ces derniers ne recevaient une mise à jour de leurs effectifs que de façon très sporadique et tardive, ce qui ne permettait pas aux cadres de santé de pôle de gérer correctement les personnels paramédicaux du pôle. Souvent diffusés avec plusieurs mois de retard, l'état des dépenses de personnel ne permettait aux cadres de santé que de constater les mouvements de personnels enregistrés au cours des derniers mois, sans avoir la possibilité d'anticiper et de mettre en œuvre une gestion plus efficiente. Au contraire, avec la diffusion plus fréquente de tableaux de bord RH, les cadres de santé connaissent périodiquement leurs dépenses en termes d'effectif paramédicaux et peuvent ainsi les relier au budget total imparti au pôle :

> C'est pas évident hein, quand vous avez un pôle sur lequel il y a 250 agents… avant c'était un peu le démineur belge qui avance pas à pas en espérant que ça pète pas sous son pied parce que, on pouvait vous dire par exemple, au mois de juin « non non mais c'est bon Monsieur [nom du cadre de santé], sur le titre 1 c'est bien vous êtes dans les clous de votre budget de consommation », et puis d'un seul coup au premier septembre dire « oh là là catastrophe tout est au rouge, vous avez consommé 90% de votre budget ». Alors on comprenait rien. *Parce qu'on avait qu'une analyse parcellaire, sur laquelle on pouvait s'affoler, alors que maintenant ben on suit, et s'il y a un dépassement on voit pourquoi* etc. (…) ils [les tableaux de bord RH] sont utiles quand on fait l'analyse de l'utilisation des moyens dont on nous…met à disposition, dans le trio de pôle, faut bien des tableaux de bord pour savoir où est ce qu'on en est, vous ne prenez ne serait-ce qu'en gestion des effectifs, savoir si vous pouvez remplacer ou pas, *voilà ça vous permet d'avoir une photographie à un instant t de la situation dans laquelle vous vous trouvez, et puis*

> *de faire des projections* aussi, de pouvoir dire à un service « ben pour l'instant là tout de suite on peut pas remplacer, par contre dès le retour de Mlle Untel on pourra….ou dès telle période on pourra procéder à un remplacement parce que le budget nous le permettra.
>
> (Cadre de santé de pôle, Pôle Gériatrie)

Les tableaux de bord de suivi des effectifs fournissent un état des lieux des ressources consommées par le pôle en comparaison au montant total d'ETP autorisés par la DRH. Ils permettent ainsi aux cadres de santé de pôle d'effectuer un suivi beaucoup plus régulier des dépenses de personnel paramédical, et notamment de pouvoir lisser la consommation de ressources humaines sur l'année, alors qu'auparavant il était très fréquent que les pôles « se retrouvent le bec dans l'eau » (Cadre de santé de pôle, Pôle Médecine 2) en fin d'année, parce qu'ils avaient consommés, sans le savoir, la totalité du budget « personnel paramédical » qui leur était alloué.

Ici, les tableaux de bord ne sont donc pas suivis de façon cérémonielle mais le sont en tenant compte des considérations de gestion opérationnelle du personnel soignant. Le rôle des cadres de santé tend également à s'élargir puisqu'il tient désormais directement compte des contraintes budgétaires lorsqu'il souhaite embaucher ou remplacer un agent :

> Vis-à-vis du titre 1 moi ça me donne d'autres arguments, vis-à-vis du DRH par exemple, je dis ben tiens sur les EHPAD[64], compte tenu du niveau de consommation du budget, je vous propose ça mais regardez ça va pas nous faire boiter etc etc. voyez. Alors qu'avant, j'allais demander un remplacement, puis c'est le DRH qui lui allait faire son travail « faut que je vois où on en est » alors que là on fait l'analyse avant, on regarde, et puis quand je propose un remplacement au DRH lui il sait d'ores et déjà, dans les arguments que je lui avance, *qu'on a déjà regardé du côté financier, si on est dans les clous, pas dans les clous*.
>
> (Cadre de santé de pôle, Pôle Gériatrie)

Ainsi, avant l'introduction des tableaux de suivi et de dépenses des effectifs, les cadres de santé de pôle avait pour habitude d'adresser leurs demandes d'embauche et de remplacement à la DRH, à charge pour elle d'examiner le niveau de dépense en effectifs

[64] EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

paramédical du pôle et de prendre la décision adéquate. En disposant des informations exactes relatives aux montants consommés en termes d'effectif paramédical, les cadres de santé ont désormais la possibilité d'effectuer eux-mêmes ce travail d'analyse.

Ce verbatim suggère ici que les tableaux de bord financiers dévoilent de nouveaux espaces d'action pour les cadres de santé : auparavant occupés à des activités d'encadrement du personnel paramédical à un niveau très opérationnel, les tableaux de bord de pôle ouvrent un horizon financier inédit pour les cadres de santé. Toutefois, les cadres de santé gèrent « davantage le suivi que la décision » (Cadre de santé, Pôle Gériatrie) : leur autonomisation est en effet freinée par les réticences de certaines directions fonctionnelles à ce que les cadres de santé prennent effectivement les rennes la gestion du personnel soignant. Alors que les cadres de santé tendent à s'approprier, via les tableaux de bord de pôle, une partie du travail ordinairement réalisé par la DRH, cette dernière utilise ces mêmes tableaux de bord comme un moyen de résister à cette appropriation de son travail originel, en freinant autant que possible la diffusion d'informations pertinentes aux cadres de santé de pôle, en particulier l'instrument de suivi propre à la DRH :

> C'est qu'on a un peu de difficultés avec la DRH d'avoir les éléments, on a quand même, après avoir miséré un certain temps, réussi à avoir le logiciel de ressources humaines qui nous aide quand même pas mal, parce qu'on a des choses dont on a pas connaissance avant, bon après à côté de ça ça reste un logiciel qui est mis à jour par la DRH donc euh…c'est à jour ou ça l'est pas hein…mais bon on peut quand même avoir des échanges avec la DRH un petit peu, je dis bien un petit peu parce que c'est pas toujours évident d'avoir des éléments…*c'est là que le bât blesse je dirais au niveau de la DRH, c'est pas toujours évident*.
>
> (Assistante de gestion, Pôles Bloc-Anesthésie-Chirurgies et Femme-Mère-Enfant)

On retrouve cette rétention des instruments de contrôle de gestion chez la DAF. Pour cette dernière, l'empiètement des cadres de santé de pôle sur la sphère financière semble créer un besoin de garder l'exclusivité sur une partie du suivi financier des pôles. Certains cadres de santé de pôle se plaignent ainsi de l'irrégularité de la diffusion des dépenses de personnel, censée être mensuelle. Mais surtout, la DAF refuse de communiquer aux pôles le suivi des « budgets annexes ». En effet, bien que la majorité

des activités des pôles soient financées par la tarification à l'activité, certaines restent remboursées selon un mode de financement particulier, par exemple les soins de longue durée, les activités à caractère médico-social, les structures pour toxicomanes, etc. Ainsi, pour le pôle Gériatrie, ce budget annexe constitue une part non négligeable de son financement, mais dont le suivi ne peut s'effectuer du fait des réticences de la direction financière à le diffuser.

Cette résistante se traduit également par des réticences à déléguer un pouvoir de décision sur les remplacements d'effectifs paramédicaux. En effet, une tentative de délégation de gestion des remplacements pour le personnel paramédical a eu lieu fin 2011, mais la DRH s'est rétractée seulement quelques mois plus tard, et ce alors qu'aucune « mauvaise » gestion de la part des responsables de pôle n'était à déplorer. Si cette réticence peut s'expliquer par un manque de confiance de la part de certaines directions fonctionnelles, elle est accentuée par la situation budgétaire de l'établissement qui, bien que positive, reste tributaire d'une vigilance constante sur les dépenses.

> Au début de la nouvelle gouvernance, on nous a beaucoup parlé de délégation de gestion de pôle, avec des enveloppes dédiées, etc. En termes de délégation de gestion du titre 1, c'est-à-dire des effectifs, on peut dire qu'en ce moment on est dans une période où il y a plus de délégation. C'est-à-dire qu'une délégation c'est quand vous avez des moyens alloués et sur une partie de ces moyens on vous dit « là c'est vous qui décidez » etc. Parlons par exemple des remplacements, des mensualités de remplacement, il y a eu une époque on avait plus besoin de passer par la DRH, si on voulait un remplacement, que ça rentrait dans les clous de l'enveloppe, on pouvait aller directement recruter et faire ce qu'on appelle un bordereau de recrutement. Depuis quelque temps c'est arrêté cette affaire, tous les recrutements passent maintenant directement par la DRH, c'est à négocier au cas par cas, que ça soit du remplacement ou non (…) *On a aucune liberté d'action. On peut pas dire qu'il y ait une enveloppe franchement dédiée où moi je vais directement voir son secrétariat en disant « il faut recruter Mme Untel parce que j'en ai besoin »*.
>
> (Cadre de santé, Pôle Gériatrie)

> La situation budgétaire de l'établissement, bon pour le moment on est pas trop mal mais ils sont sans arrêt sur le qui-vive et je pense que c'est par rapport à ça qu'ils ont du mal à lâcher aussi.
>
> (Cadre de santé, Pôle Urgences-Réanimation-Spécialités médicotechniques)

Cette dynamique autour des tableaux de bord, entre appropriation du suivi financier auparavant réalisé par la direction, et résistance de cette dernière, est reprise dans la première ligne du tableau de synthèse à la fin de cette sous-section : ici, les instruments dévoilent un savoir nouveau aux cadres de santé, sur le versant financier de la gestion des effectifs paramédicaux. Les cadres de santé de pôle s'approprient alors ce suivi financier, auparavant réalisé par la direction, qui tend alors à freiner cette entrée des cadres de santé de pôle dans leur sphère de prédilection. Les cadres de santé gèrent donc plus « le suivi que la décision » : les attaches avec les instruments sont cognitives et ne font évoluer que les représentations des cadres de santé de pôle, qui se financiarisent.

Les cadres de santé déplorent cette situation, car ils considèrent qu'ils sont les plus à même de prendre de telles décisions de remplacement ou d'embauches. Dans ce contexte, certains cadres de santé voient dans les tableaux de bord financiers un moyen de créer une nouvelle marge de manœuvre auprès de la DRH. En effet, les tableaux de bord de pôle permettent tout d'abord d'objectiver auprès de la direction une réalité opérationnelle parfois difficile et non nécessairement perçue de la sorte par la direction, éloignée des préoccupations de terrain. Les tableaux de bord représentent pour certains cadres supérieurs de pôle un moyen de rendre visible, par exemple, un manque de moyens et donc d'avoir plus de poids dans les négociations avec la direction. Pour la cadre de santé du pôle Médecine 2, les tableaux de bord constituent une ressource précieuse pour argumenter des ressources supplémentaires auprès de la direction :

> Ça peut nous servir aussi à *argumenter des remplacements supplémentaires, ou des postes*, etc. Je veux dire, l'analyse des tableaux de bord, je la faisais pas jusqu'à présent, mais je l'ai faite pourquoi, c'est parce qu'à *la clef derrière c'est pour pouvoir montrer aussi la difficulté qu'on peut avoir en termes de fonctionnement*…vous vous dites que vous pouvez avoir un peu plus de poids en avançant bien les choses. (…) *J'aurai peut-être pas fait l'analyse si j'avais pas eu à démontrer quelque chose.* Donc ça peut être aussi des arguments qui peuvent me servir, sur la fin de l'année, en disant « oui mais on a quand même contribué à

> l'effort en matière de maîtrise des dépenses, est ce que je peux pas essayer d'en [des remplacements] avoir trois ou quatre supplémentaires », voyez.
>
> (Cadre de santé de pôle, Pôle Médecine 2)

En effet, le CHM est confronté à des problèmes récurrents d'absentéisme, qui plus est non pris en charge à un niveau institutionnel. Dans ce contexte, les cadres de santé perçoivent les tableaux de bord comme un moyen d'objectiver auprès de la direction une activité importante, des dépenses raisonnables et ainsi de justifier du personnel supplémentaire.

Mais certains cadres de santé ne se contentent pas des tableaux de bord produits par la direction. La cadre de santé du pôle Urgences a ainsi entrepris la conception d'une CREA pour l'activité spécifique de prélèvements d'organes – alors que d'ordinaire les CREA ne sont produits qu'une fois par an et au niveau des pôles - afin de pouvoir présenter des arguments financiers tangibles à la DRH. Dans ce cas précis, l'enjeu n'était pas de négocier des moyens supplémentaires auprès de la direction, mais de se réapproprier des ressources légitimes :

> Je voulais mettre une astreinte d'infirmières en prélèvements d'organes, et tout le monde me l'a refusée. Nous on a une dotation qui nous est donnée par l'agence de biomédecine mais finalement au service financier ils l'ont globalisée dans leurs recettes, voilà… Donc là j'ai dit à [l'assistante de gestion du pôle] qu'il fallait qu'elle nous fasse un CREA pour ce service-là, avec des dépenses et des recettes, et que du coup on allait pouvoir justifier que nos dépenses étaient largement inférieures à nos recettes et par conséquent on pouvait s'offrir une astreinte d'infirmières sur cette activité. Voilà, et *quand j'ai donné le CREA au DRH, et qu'il a vu les chiffres, il m'a pas dit non. Du coup on a récupéré ce qui nous appartient à travers un CREA. On aurait pas mis en place le CREA, je suis pas sûre que il m'aurait dit ok*.

Et elle ajoute :

> Je suis pas sûre que…*si j'étais pas rentrée dans les tableaux de bord, j'aurais eu l'idée à un moment donné d'élaborer un CREA pour ce service-là*. Voyez ? J'aurais pas eu le sens pratique de ça. (...) Donc ça…voilà, je sais pas si j'aurai

> complètement eu l'idée, sans être baignée dans les tableaux de bord et d'y regarder un peu plus près.
>
> (Cadre de santé de pôle, Pôle Urgences-Réanimation-Spécialités médicotechniques)

Ce faisant, c'est l'allocation des ressources opérées par la DRH qui est clairement remise en cause par la cadre de santé. Ainsi, alors que la direction profite de la production de tableaux de bord de pôle pour interroger les responsables de pôle sur les performances de leur pôle, ces mêmes informations sont en retour saisis par les cadres de santé dans leurs échanges avec la direction pour contourner la résistance de la DRH à déléguer aux responsables de pôle.

On retrouve ici l'influence des tableaux de bord comme générateurs de nouvelles possibilités d'instrumentation, comme documenté précédemment (2.1.) : ce sont les attaches multiples établies entre cette cadre de santé et les tableaux de bord (« si j'étais pas rentrée dans les tableaux de bord », « sans être baignée dans les tableaux de bord ») qui ont suscité chez elle des idées, intentions et actions nouvelles, celle d'établir un CREA de service pour se réapproprier des ressources financières légitimes. En d'autres termes, en l'absence des tableaux de bord de pôle mis en place par la direction et de la dynamique d'analyse et de suivi qui s'est établie, l'idée d'établir un CREA supplémentaire n'aurait pu émerger dans l'esprit de la cadre de santé. De façon plus générale, cela suggère un lien de causalité entre le fait d'être « baigné dans les tableaux de bord » et le développement chez les cadres de santé de pôle d'une nouvelle logique de fonctionnement, dans laquelle les tableaux de bord amènent les cadres de santé de pôle à adopter de nouveaux « réflexes », tels que l'analyse financière préalable à une embauche ou un remplacement, ou bien l'élaboration d'un nouveau CREA pour obtenir du personnel infirmier supplémentaire. Les instruments comme générateurs de nouvelles possibilités d'instrumentation sont repris dans la deuxième ligne du tableau de synthèse de cette sous-partie.

Mais ici, l'influence des tableaux de bord de pôle sur le rôle de cadre de santé de pôle acquiert une dimension nouvelle : ils suscitent certes de nouvelles possibilités d'instrumentation mais permettent également aux cadres de santé d'argumenter des moyens supplémentaires auprès de la direction. En effet, parce que les tableaux de bord mesurent l'activité du pôle et de ses services en termes de volume d'activité, de recettes

et de dépenses, ils sont un moyen d'objectiver à des tiers (la direction) l'activité informelle du pôle. En mobilisant stratégiquement les tableaux de bord financiers, les cadres de santé parlent désormais le langage de la direction et traduisent à cette dernière la réalité opérationnelle du pôle. Cela signale à nouveau une appropriation du rôle de cadre de santé de pôle, cette fois-ci non pas à travers la modification des instruments mais à travers la remise en question et l'orientation des choix d'allocation des ressources opérées par la direction.

Contrairement à l'usage cérémoniel des tableaux de bord documenté précédemment, et dans lequel les cadres de santé analysaient les tableaux de bord dans une seule perspective de reddition de compte à la direction, les attaches stratégiques établies entre les tableaux de bord de pôle et les cadres de santé permettent une combinaison de la sphère économique et financière et des impératifs opérationnels du cadre de santé : le rôle de cadre de pôle, par certains égards centré sur un suivi cérémoniel et inconditionnel des instruments diffusés par la direction et dédoublé de celui de cadre de secteur, semble dans ce cas rejoindre le rôle de cadre de secteur. En effet, même si les tableaux de bord sont mobilisés de façon stratégique dans les relations avec la direction, la finalité est bien opérationnelle et touche les activités de gestion du personnel soignant et de coordination des soins puisqu'il s'agit de d'embaucher plus de personnel soignant pour mieux faire tourner les services et ainsi assurer qualité et continuité des soins.

Tableau 8 : Les instruments de contrôle de gestion comme stratégie de gestion du personnel soignant

Moteurs de l'attachement	Action de l'instrument	Action des acteurs administratifs	Action des responsables de pôle	Nature des attaches entre les instruments et les responsables de pôle	Impact sur les rôles
Doter les services de moyens humains supplémentaires	Dévoile un savoir économique nouveau	Rétention de l'instrument	Appropriation du suivi financier	Cognitives	Financiarisation de l'encadrement des effectifs soignants et résistance DRH et DAF
	Objectivation de l'informel	Conformation	Mobilisation stratégique de l'instrument	Stratégique	Intégration activités cadre de secteur et cadre de pôle Déstabilisation du rôle traditionnel directions fonctionnelles

2.2.2. Les instruments de contrôle de gestion comme stratégie d'optimisation des pratiques médicales et des modes d'organisation : quand les responsables de pôle questionnent les pratiques des médecins

Si la nature financière des tableaux de bord dévoile de nouveaux savoirs dans la sphère financière pour les cadres de santé de pôle, c'est leur production nouvelle à l'échelon des services, et non pas uniquement du pôle dans son ensemble, qui dévoile un nouveau savoir local pour les responsables de pôle :

> Avant que [le nouveau directeur] arrive, on avait quelque chose de plus dans la globalité et pas forcément très finement au niveau des services. *Là on a affiné au niveau des services pour savoir un peu là où étaient les problématiques*. On savait par exemple que l'hôpital était ou déficitaire, ou excédentaire, mais on nous disait

> pas forcément quel service dysfonctionnait à un moment donné, on rentrait pas de manière assez fine à mon sens (…) alors qu'aujourd'hui *il y a plus de transparence sur les chiffres*, et on sait exactement là où on va.
>
> (Cadre supérieur de santé de pôle, Pôle Urgences)

Ce savoir local dévoilé peut ainsi générer de nouvelles interrogations et possibilités d'action au niveau des pratiques médicales et des modes d'organisation. Ainsi, si le suivi des tableaux de bord peut s'avérer cérémoniels à certains égards, il peut également donner lieu à des réflexions sur les pratiques ou sur les modes d'organisation par les responsables de pôle.

C'est tout d'abord le cas pour les responsables des pôles déficitaires, puisque la pression exercée par le résultat négatif motive une réflexion sur les causes du déficit et impulse des comportements inédits chez les responsables de pôle, qui prennent conscience d'inefficiences dans certains services, certes d'un point de vue économique au départ, mais qui révèlent souvent des incohérences dans les modes d'organisation et dans les pratiques existantes. Ainsi, face à un résultat déficitaire, la chef de pôle du pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgie est poussée à mettre en œuvre des actions pour réduire les dépenses du pôle, jugées trop importantes au niveau des salles d'accouchement, comme par exemple en rationalisant les commandes des produits médicamenteux :

> J'ai mis une sage-femme référente sur les salles d'accouchement, au niveau commandes pharmaceutiques, produits médicamenteux. A partir du moment où j'ai mis une référente, c'est plus les sages-femmes qui font les commandes à l'arrache à dire « ah tiens j'ai plus de machin et j'en commande 50 », hein voilà, non. Donc à partir du moment où il y a une sage-femme référente qui répercute les commandes dans les bonnes dotations et tout ça, on a une économie substantielle au niveau pharmaceutique. Parce que comme on est déficitaire. Quand on est déficitaire on regarde aussi ça ! Puisqu'au niveau des recettes on nous a baissé nos tarifications.
>
> (Chef de pôle, Pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies)

Cette action est ici entreprise en réaction au déficit du pôle et au regard des informations de dépenses fournies dans les tableaux de bord financiers détaillés par service. Mais si elle permet de réaliser des économies importantes pour le pôle, elle est aussi une occasion pour la responsable de pôle de mettre en place des pratiques de commandes

plus cohérentes en termes d'organisation : *in fine*, c'est une gestion des stocks de produits médicamenteux simplifiée qui est établie.

Le suivi des dépenses que les responsables de pôle effectuent suscite également des interrogations sur les pratiques médicales existantes. En effet, les tableaux de bord peuvent permettre de bousculer les représentations cliniques des responsables de pôle, à l'image du chef de pôle Médecine 2 :

> Il y a des choses précieuses, par exemple à un moment j'ai demandé à la pharmacie de hiérarchiser les dépenses de médicaments, et j'ai vu, à ma grande surprise, que le premier poste de dépense dans la majorité des services de mon pôle c'était la nutrition parentérale. C'était pas des molécules de chimiothérapie qui coûtent très cher ou…et là-dessus je pense qu'on peut avoir un impact, parce que quand je regarde dans mon propre service je sais ce qui se passe, mais je sais pas ce qui se passe ailleurs, je connais pas les habitudes médicales de mes collègues. Et euh… on prescrit parfois de la nutrition parentérale complètement à côté de la plaque quoi, donc je pense que là il y a des économies substantielles à faire, donc on a essayé de monter un groupe de travail avec un médecin du pôle pour faire une EPP [évaluation des pratiques professionnelles] sur la prescription de la nutrition parentérale, et essayer de redonner des règles de bonne conduite
>
> (Chef de pôle, Pôle Médecine 2)

Dans ce cas, les indicateurs de dépenses ont permis de mettre en lumière une défaillance dans les pratiques des médecins du pôle de deux façons : d'une part, car ils fournissent au chef de pôle une vision globale de tous les services de son pôle qui lui permet de « savoir ce qu'il se passe ailleurs », d'autre part car ils renseignent le chef de pôle sur les dépenses effectives, parfois éloignées de perceptions plus subjectives, notamment dans ce cas précis où le chef de pôle est surpris des résultats.

Quant à la cadre de santé du pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies, les tableaux de bord d'activité qu'elle suit régulièrement l'amènent à envisager la fusion de certains services de chirurgie afin de mobiliser de manière plus optimale les effectifs paramédicaux :

> Ça [les chiffres du tableau de bord d'activité] permet *d'envisager des restructurations*…je pense que tous ces chiffres-là vont nous servir à dimensionner nos secteurs d'hospitalisation complète, nos secteurs d'hospitalisation de semaine, nos secteurs d'hospitalisation ambulatoire, euh parce que là actuellement on a des

> secteurs comme l'urologie, la gynécologie et le vasculaire, qui ont une diminution d'activité le week-end, et donc je pense qu'il faudrait *réunir ces services-là pour que le week-end on ait qu'une équipe mais une équipe complète plutôt que euh d'avoir deux petits bouts d'équipe à deux endroits différents*.
>
> (Cadre de santé de pôle, Pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies)

Pour la cadre de santé du pôle Urgences-Réanimation-Spécialités médicotechniques, c'est le solde négatif entre recettes et dépenses directes qui la conduit à analyser l'organisation du service de radiologie au niveau opérationnel et ainsi d'envisager d'optimiser l'organisation du service :

> *Par exemple la radiologie est déficitaire, et quand on regarde le nombre d'actes ben on se dit « il y a de l'activité quand même, pourquoi c'est déficitaire ? »* Donc moi je viens sur le terrain, je regarde les programmations, à quel moment ça démarre, à quel moment ça s'arrête, finalement comment on s'organise, et vous voyez que finalement *l'organisation elle est pas optimisée*, aujourd'hui, et qu'on pourrait largement l'optimiser pour que la radiologie ne soit plus déficitaire.
>
> (Cadre de santé de pôle, Pôle Urgences-Réanimation-Spécialités médicotechniques)

Encore une fois dans cet exemple, la réflexion sur l'organisation du service de radiologie est impulsée par son déficit affiché, mais optimiser le service est aussi un moyen de fournir des soins de meilleure qualité aux patients, dans la mesure où la mauvaise santé financière du service peut être révélatrice de dysfonctionnement dans la qualité et la sécurité des soins :

> Moi je me suis rendue compte qu'il y a des médecins qui étaient complètement…à côté de la plaque, ils voyaient pas bien, bon ça tournait ils faisaient leur truc voilà, mais finalement *on attend trois semaines un rendez-vous, ou le compte rendu retourne pas aux urgences avant je sais pas combien de temps*, et eux ils disent « ah bon ah bon »…
>
> (Directrice référente du pôle Urgences-Réanimation-Spécialités médicotechniques)

Ici, les tableaux de bord révèlent des inefficiences, majoritairement économiques au départ, mais qui mettent très souvent à jour des incohérences dans les pratiques médicales (par exemple dans la prescription médicamenteuse) ou bien dans les modes d'organisation (par exemple les commandes pharmaceutiques pour la salle

d'accouchement ou les programmations du service de radiologie) et poussent ainsi les responsables de pôle à envisager ces actions. Les tableaux de bord de pôle génèrent donc de nouvelles intentions d'action au niveau des pratiques médicales et des modes d'organisation pour les responsables de pôle : les acteurs perçoivent le potentiel des instruments de contrôle de gestion pour mettre en œuvre des actions combinant les impératifs cliniques et économiques et leurs représentations originelles de l'activité médicale et soignante est impactée - comme repris dans la première ligne du tableau de synthèse de cette sous-section.

Mais il est souvent difficile pour les responsables de pôle de passer de l'intention à l'action effective, notamment car modifier les comportements des acteurs de terrain, en particulier les médecins qui ne sont aucunement tenus de se conformer aux exigences des responsables de pôle, ne s'inscrit pas dans le mode de fonctionnement traditionnel de la communauté médicale. Les cadres de santé expriment ainsi souvent un sentiment d'impuissance vis-à-vis des instruments de contrôle de gestion, qu'ils suivent et analysent avec attention mais à partir de lesquels il est difficile d'agir lorsque des inefficiences dans les pratiques ou les modes d'organisation sont constatées :

> A un moment donné, c'est quoi des tableaux comme ça, avec des indicateurs ? Normalement, enfin c'est comme quand on est dans la démarche qualité hein, on fait des évaluations de pratiques professionnelles etc., c'est fait pour rebondir un petit peu dessus, en disant « mais attendez là, je dois avoir un problème, etc. » enfin ça vous sert normalement à manager je veux dire, à diriger un pôle, à prendre des bonnes décisions. (…) On arrive à ça dans le truc du pôle, on arrive juste au moment où *on peut avoir des outils maintenant, même si c'est pas encore tout calé, mais la question c'est qu'est-ce qu'on en fait ? A quoi ça nous sert ?*
>
> (Cadre de santé de pôle, Pôle Médecine 2)

La raison de cette inertie ne viendrait pas des cadres de santé, qui considèrent avoir à leur niveau peu de marges de manœuvre, excepté sur les dépenses du personnel paramédical, mais des médecins :

> Si vous voyez que vous n'êtes pas dans les clous, vous faites quoi ?
>
> (…)
>
> Vous avez des marges de manœuvre, pour améliorer les choses, en tant que cadre de santé de pôle ?

Non. Non. Il n'y a que les médecins. Non. On a peu de marge de manœuvre.

(Cadre de santé de pôle, Pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies)

Mais les principes et les valeurs d'autonomie dans les pratiques médicales sont très prégnants, si bien que pour certains chefs de pôle, si les tableaux de bord permettent de « diagnostiquer » des inefficiences dans les pratiques, il est très difficile de les faire évoluer :

Je pense que le tableau de bord c'est un diagnostic, il y a pas de traitement encore derrière. Moi je la fais très simple hein. Donc il y a une petite frustration (…) Heureusement la majorité des gens travaillent hein je veux dire, maintenant il y a quelques praticiens qui coûtent de l'argent et qui ne sont pas forcément…efficients, pour employer un mot…voilà. Et là quand je parle de diagnostic, on fait le diagnostic effectivement on sait ce qu'il se passe, on sait qu'il y a une bonne activité dans le service A, une mauvaise activité dans le service B, mais pour l'instant on en est pas au stade d'aller voir dans le service B en disant « écoute mon pote, qu'est-ce qu'il s'est passé, t'as moins 20%... », comme dans une entreprise privée si vous voulez. (…) *Très vite, les gens vont dire « moi j'ai pas de leçons à recevoir, j'ai un statut, voilà, on peut pas me détrôner »*, et puis il faut de l'autorité, mais une vrai autorité, pas une autorité molle….pour faire bouger…alors nous on a fait bouger des trucs mais alors au prix d'un effort…mais un effort considérable, pour avancer d'un millimètre. (…) *On est pas…à la Redoute hein, ni à Nestlé hein, c'est-à-dire ici il y a des gens qui sont à 20 ans recrutés et à 65 ans ils sont sur le même poste. Et même pour ne pas remplacer un départ à la retraite faut en discuter des heures. Donc ce levier dépense, les dépenses de personnel c'est 70% des dépenses de l'hôpital, sur ce levier là j'ai aucune action. Et aucune volonté non plus*.

(Président de la CME et ancien chef du pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies)

Les gens ils s'en foutent hein, ils s'en foutent complet…si vous voulez une jolie pince qui met des agrafes alors qu'avec un dissecteur et un fil ça va…c'est pas pour autant que ça va vous changer les pratiques hein, *j'ai vu personne renoncer à sa pince ceci ou cela pour faire des économies.*

(Chef de pôle, Pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies)

Toutefois, si les responsables de pôle n'ont pas nécessairement une marge d'action directe sur les médecins, les tableaux de bord, par l'objectivation des pratiques

médicales informelles des médecins qu'ils permettent, peuvent s'imposer à certains responsables de pôle comme un moyen détourné de questionner et d'orienter les pratiques des médecins. Pour le chef du pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies, l'indicateur de taux d'exhaustivité du codage a constitué un moyen fructueux pour engager les médecins du pôle à coder davantage les actes qu'ils effectuaient. Le taux d'exhaustivité du codage de chaque service reflète la proportion des actes effectués qui sont codés par les médecins (et non par le DIM, en dernier recours) et est d'ordinaire diffusé à chaque service par le biais des tableaux de bord d'activité, et seul le trio du pôle (en plus de la direction, qui a accès à tous les tableaux) a connaissance du taux atteint par chaque service. Dans le pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies, certains services présentaient un taux de codage insuffisant – au CHM, un « bon » taux de codage est un taux supérieur à 90% - et ce malgré les injonctions répétées de la chef de pôle aux praticiens pour qu'ils codent mieux. Finalement, c'est la perspective de savoir que leurs mauvais taux de codage pouvaient être rendus publics aux autres praticiens, services et pôles du CHM, qui a conduit les médecins à améliorer leur codage pour atteindre un taux d'exhaustivité d'au moins 90% :

> J'ai dit [aux médecins] : si les codages sont pas bien faits, on va le faire paraître sur l'Intranet. Et ben figurez-vous depuis que j'ai dit ça, j'ai des 90% partout, tout le monde a remonté son machin.
>
> (Chef de pôle, Pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies)

Pour le chef du pôle Médecine 2, ce sont les indicateurs de dépenses et d'activité du service de radiothérapie qui doivent permettre de réduire les comportements de « passagers clandestins » de certains médecins du service. En effet, les tableaux de bord d'activité du service de radiothérapie lui permettent de constater que le volume d'activité laisse à désirer, au regard du nombre de médecins dans le service. Une solution serait de porter ces chiffres à la connaissance des médecins du service :

> La radiothérapie, ils ont une activité, ils sont 3 radiothérapeutes temps plein, avec des salaires qu'envieraient bon nombre de nos concitoyens, et leur activité est moindre que lorsqu'il y avait, il y a 3-4 ans, un seul radiothérapeute. Voilà, par exemples, et les dépenses et ben c'est 3 temps pleins alors que c'était un seul à l'époque quoi bon…*que faire ? … à part leur mettre les chiffres sous le nez…*
>
> (Chef de pôle, Pôle Médecine 2)

On retrouve également ce problème d'autorité sur les médecins chez les cadres de santé de pôle. En effet, le cadre de santé a originellement peu d'autorité sur les médecins, il paraît donc difficile de faire évoluer leurs comportements. Dans ce contexte, les instruments sont mobilisés dans les relations avec les médecins. Ainsi, face à l'organisation défaillante du service de radiologie, tant d'un point de vue financier que de la qualité et la sécurité des soins, la cadre de santé du pôle Urgences-Réanimation-Spécialités médicotechniques utilise les données issues des tableaux de bord financiers et d'activité comme preuve « objective » de l'organisation défaillante du service de radiologie au chef de service :

> *Ça [les tableaux de bord] me permet aussi de voir le médecin chef de la radiologie et de lui dire « là ça va pas du tout »*, et quand on reprend la planification « vous voyez là on pourrez s'organiser pour être mieux, sinon je vais supprimer des postes de manip', parce que les postes de manip' ça nous coûte et finalement ils sont pas optimisés par rapport aux effectifs et à l'activité qu'il y a dans votre service ».
>
> (Cadre supérieur de pôle, Pôle Urgences – Réanimation – Spécialités médicotechniques)

Parce qu'ils constituent un ensemble d'informations « objectives », les tableaux de bord sont un support essentiel des arguments avancés par les cadres de santé aux médecins, par l'image d'objectivité et de fiabilité qu'ils véhiculent. Ils permettent ainsi aux cadres de santé d'être « crédible » (Cadre supérieur de pôle, Pôle Gériatrie) face aux médecins du pôle, et de pouvoir présenter « des données objectivables et opposables face à la discussion avec le chirurgien » (Cadre de santé de pôle, Pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies). Ainsi, lorsque des services du pôle sont considérés comme défaillants, par exemple du fait d'une organisation inadaptée ou non optimisée, les tableaux de bord sont un moyen pour les cadres de santé de questionner les modes d'organisation et les processus de prises en charges définis et contrôlés par les médecins.

Les instruments de contrôle de gestion jouent alors à nouveau un rôle de médiateur, ici non pas parce qu'ils amènent les responsables de pôle à s'interroger sur les pratiques existantes, à bousculer leurs représentations et à susciter de nouvelles intentions – comme décrit dans le début de cette dernière sous-section – mais car saisis de manière stratégique, ils peuvent permettre aux responsables de pôle de concrétiser ces nouvelles intentions médico-économiques révélées sur la base des tableaux de bord, et ainsi

accéder à de nouveaux espaces d'action tels que l'orientation des comportements des médecins au sein même des services. Cela revient donc à agir sur les pratiques médicales et les modes d'organisation existants, en combinant efficience économique et qualité des soins. Ce faisant, les pratiques originelles des médecins du pôle sont remises en cause. Nous retrouvons ce résultat dans la deuxième partie du tableau de synthèse de cette sous-section.

Tableau 9 : Les instruments de contrôle de gestion comme stratégie d'optimisation des pratiques médicales et des modes d'organisation

Moteurs de l'attachement	Action de l'instrument	Action des acteurs administratifs	Action des responsables de pôle	Nature des attaches entre les instruments et les responsables de pôle	Impact sur les rôles
Optimiser les modes d'organisation	Dévoile un savoir nouveau		Interrogent les pratiques existantes	Cognitives	Nouvelles intentions médico-économiques
	Objectivation de l'informel		Mobilisation stratégique de l'instrument	Stratégiques	Nouvelles actions médico-économiques Remise en question du rôle de médecin

Synthèse du cas

Au CHM, les instruments de contrôle de gestion façonnent donc les rôles des chefs de pôle et cadres de santé de pôle selon plusieurs dynamiques. Ils constituent tout d'abord des inscriptions qui prescrivent le rôle de professionnel-gestionnaire : alors que les contrats de pôle définissent sommairement une distribution des rôles (entre chef de pôle et cadre de santé de pôle) et attribuent une mission de pilotage, les tableaux de bord de pôle renforcent cette prescription en orientant le rôle vers l'économique et en localisant les dimensions du pilotage dans les services.

Toutefois, ça n'est que lorsque ces instruments sont inscrits dans les activités et les relations des responsables de pôle que l'on passe de la prescription, sans effet sur la tenue effective du rôle, à l'internalisation du rôle par les chefs de pôle et les cadres de santé de pôle. Cette internalisation du rôle se caractérise par des mécanismes multiples, qui ne sont pas nécessairement chronologiques mais qui coexistent et se chevauchent.

Nous avons tout d'abord vu que lorsque les instruments de contrôle de gestion sont portés par la direction, cette dernière attache les chefs de pôle et les cadres de santé de pôle aux instruments. Dans ce cas, les responsables de pôle se conforment à cet attachement selon deux dynamiques : les cadres de santé, hiérarchiquement liés à la direction, sont pris dans une spirale de la justification ; quant aux chefs de pôle, ils cherchent à trouver de nouveaux espaces de légitimité. Dans les deux cas, les instruments de contrôle de gestion tendent alors à matérialiser un rôle cérémoniel, dans la mesure où les responsables de pôle effectuent un suivi des instruments non parce qu'ils seraient utiles à la gestion mais parce qu'ils sont un symbole des attentes de la direction. Mais bien que cérémoniel par certain égard, le rôle de professionnel-gestionnaire est également appris. Pris dans des enjeux de reddition de compte et de légitimité, les responsables de pôle sont également engagés dans un processus cognitifs par lequel un apprentissage sur les instruments même a lieu, de même que sur la dimension financière de l'activité médicale et des principes de gestion plus généraux.

Les responsables de pôle s'attachent également de façon délibérée aux instruments de contrôle de gestion. Ce faisant, le rôle de professionnel-gestionnaire est approprié dans la mesure où les responsables de pôle mobilisent les instruments pour mettre en œuvre leur propre vision du rôle, médico-économique plutôt qu'économique, alors que les rôles des autres acteurs avec qui les responsables de pôle sont en lien sont remis en question. D'une part, les responsables de pôle se saisissent des instruments de contrôle de gestion afin d'y inscrire les considérations cliniques qui leurs sont chères. Les responsables de pôle entrent alors dans la sphère du contrôle de gestion et font évoluer les instruments initialement conçus par la direction, conduisant la contrôleuse de gestion et la directrice qualité à évoluer vers un rôle de prestataire technique. D'autre part, les instruments de contrôle de gestion sont mobilisés par les responsables de pôle avec l'ambition d'optimiser les pratiques et les modes d'organisation dans les pôles. Pour les cadres de santé, cela passe par une mobilisation stratégique des instruments dans les relations avec la direction, afin d'obtenir des ressources humaines supplémentaires pour mieux faire fonctionner les services. Ce faisant, les rôles des directions financières et des ressources humaines sont déstabilisés. Pour les cadres de santé et les chefs de pôle, il s'agit également de mobiliser stratégiquement les instruments dans les relations avec les médecins du pôle pour faire évoluer leurs comportements, questionnant également par-là leur rôle.

Nous retrouvons ces résultats dans un tableau final de synthèse ci-dessous, qui reprend les tableaux récapitulatifs d'étape établis pour chacun des mécanismes d'enrôlement décrits au fil de notre étude.

Tableau 10 : Synthèse du cas - Les mécanismes d'internalisation du rôle de chef de pôle et de cadre de santé de pôle

NB : « TB » signifie « tableaux de bord de pôle » : CREA, tableaux de bord financiers de service et tableaux de suivi de l'activité des pôles et des services

Moteurs de l'attachement	Action de l'instrument	Action des acteurs administratifs	Action des responsables de pôle	Nature des attaches entre les instruments et les responsables de pôle	Impact sur les rôles
Quand les administratifs attachent les responsables de pôle aux instruments de contrôle de gestion : cérémonialité et apprentissage économique du rôle					
Justification (Cadres de santé)	Symbolisent les attentes de la direction	Mobilisent les TB dans une logique de reddition de compte	Suivi des TB dans une logique de conformation	Cérémonielles	Matérialisation cérémonielle du rôle de cadre de santé
Légitimité (Chefs de pôle)	Symbolisent les attentes de la direction et des autres chefs de pôle		Décorticage des TB dans une logique de conformation Conformation aux contrats de pôle	Cérémonielles	Matérialisation cérémonielle du rôle de chef de pôle
Apprentissage	Support pédagogique	Direction : utilisation pédagogique des TB		Cognitives	Apprentissage économique du rôle
Apprentissage	Donne une représentation financière des activités médicales et soignantes	Assistantes de gestion : traduction des instruments financiers	Confrontent leurs représentations médicales et soignantes avec les indicateurs financiers	Cognitives	Apprentissage économique du rôle

Moteurs de l'attachement	Action de l'instrument	Action des acteurs administratifs	Action des responsables de pôle	Nature des attaches entre les instruments et les responsables de pôle	Impact sur les rôles
Quand les responsables de pôle s'attachent aux instruments de contrôle de gestion : le rôle approprié et le système de rôle déstabilisé					
Retrouver des considérations cliniques dans les impératifs de gestion	Suggère de nouvelles possibilités d'instrumentation	Coopération et support	Transforment les TB imposés Créent de nouveaux TB	Techniques	Le responsable de pôle – contrôleur de gestion Contrôleuse de gestion et directrice qualité : évolution vers un rôle de support technique
Doter les services de moyens humains supplémentaires (Cadres de santé)	Dévoile un savoir économique nouveau	Rétention de l'instrument	Appropriation suivi financier	Cognitives	Financiarisation de l'encadrement des effectifs soignants et résistance DRH et DAF
	Objective l'informel	Conformation	Mobilisation stratégique des TB	Stratégiques	Intégration activités cadre de secteur et cadre de pôle et déstabilisation du rôle traditionnel directions fonctionnelles
Optimiser les pratiques médicales et les modes d'organisation	Dévoile un savoir local nouveau		Interrogent les pratiques existantes	Cognitives	Nouvelles intentions médico-économiques
	Objective l'informel		Mobilisation stratégique des TB	Stratégiques	Nouvelles actions médico-économiques Remise en question du rôle de médecin

CHAPITRE VI. DISCUSSION ET CONTRIBUTIONS

Dans ce dernier chapitre nous revenons sur les résultats empiriques de notre cas du CHM afin de dégager les principales contributions de cette thèse, tant d'un point de vue théorique que sur un plan empirique.

Dans la première partie de ce chapitre, nous mettons en évidence les contributions de la thèse pour la recherche en contrôle de gestion. L'étude des trajectoires d'introduction et d'utilisation des instruments au sein du CHM, par le prisme de l'acteur-réseau, permet en effet d'approfondir notre compréhension du pouvoir d'influence des instruments de gestion, tout particulièrement dans le cas de l'émergence de rôles hybrides. Mais nous verrons également que nous pouvons raffiner le concept de médiateur et ainsi contribuer au cadre théorique de l'ANT.

La deuxième partie a pour objet de dégager des pistes de réflexion sur un plan plus empirique. En effet, le CHM est un important centre hospitalier général soumis aux réformes de la tarification à l'activité et de la nouvelle gouvernance et à l'instrumentation qui en découle. Quelques années après la mise en œuvre de ces réformes, notre étude du CHM nous permet de faire un état des lieux des conséquences d'une instrumentation croissante et de la mise en œuvre concrète des dispositifs de la nouvelle gouvernance, que nous confrontons avec les constats empiriques récents sur le sujet.

Partie 1. Discussion et contributions sur un plan théorique

L'objet de cette première partie est de dégager les contributions de la thèse sur un plan théorique. Par théorique, nous entendons d'une part les corpus de recherche s'intéressant aux instruments de gestion ainsi qu'aux rôles organisationnels et leur hybridation, d'autre part au cadre analytique de l'ANT.

En effet, notre étude approfondie des instruments de contrôle de gestion en usage au CHM par le prisme de l'acteur-réseau nous permet de développer une compréhension plus fine de la manière dont les instruments de gestion impactent les individus et les organisations (1.). Ce pouvoir d'influence s'exprime particulièrement, dans notre cas, par l'influence des instruments de contrôle de gestion sur la constitution et l'évolution des rôles organisationnels, que nous détaillons et discutons dans une deuxième section (2.) Enfin, au-delà d'une contribution dans le champ du contrôle de gestion et dans la compréhension des facteurs d'évolution des rôles organisationnels, cette thèse est également l'occasion de développer davantage le concept de médiateur proposé par Latour (1994, 2005).

1. Les apports de l'ANT pour comprendre le rôle constitutif des instruments de gestion

Le pouvoir d'influence des instruments de comptabilité et de contrôle, dans la perspective de l'ANT, a été analysé sous l'angle de l'action à distance (Latour, 1987) : les inscriptions comptables constituent des « explications fortes » (*strong explanations*, Robson, 1992), notamment du fait de leur caractère écrit et quantifié, qui ont le pouvoir de circuler sur une longue distance, entre le centre – l'acteur qui cherche à influencer un contexte – et le contexte d'action même et qui permettent en cela d'agir à distance. Les inscriptions comptables permettent d'agir non seulement sur un contexte éloigné de ce centre, mais également et surtout d'agir sur plusieurs contextes dans le même temps. Robson (1992) souligne que pour permettre et sécuriser ce contrôle à distance, des réseaux doivent être créés et maintenus afin que ces inscriptions comptables soient transmises et assimilées.

L'intégration des inscriptions comptables dans un contexte local a soulevé deux types de questionnement. D'une part, que deviennent des inscriptions comptables abstraites lorsqu'elles intègrent un contexte organisationnel spécifique ? D'autre part, quel est l'impact de ces inscriptions comptables sur les dynamiques organisationnelles auxquelles elles prennent part ?

Concernant la première interrogation, nombre de recherches inspirées de l'ANT se sont penchées sur le processus de diffusion des inscriptions comptables et leur intégration au sein d'un réseau d'acteurs hétérogènes. La recherche en comptabilité et contrôle inspirée de l'ANT a ainsi largement étudié les dispositifs de comptabilité et de contrôle comme objets même d'un processus de traduction, afin de comprendre leur diffusion dans un contexte organisationnel spécifique (Preston *et al*., 1992 ; Briers & Chua, 2001). Preston *et al*. (1992) mettent par exemple en évidence l'évolution des définitions, des représentations, des significations liées au système de gestion par le budget au fur et à mesure de son déploiement dans le système de santé. La conception originale est étendue par la prise en compte de problématiques organisationnelles et la spécificité des sites sur lesquels la gestion budgétaire doit être implantée. Par exemple, l'idée de planning devient un nouvel attribut du système. De même, Briers et Chua (2001) montrent comment l'intégration d'un système ABC dans un réseau d'acteurs modifie le système.

Ces recherches ont conduit à mettre en évidence la manière dont des systèmes abstraits prennent part à un réseau, sont traduits dans des contextes spécifiques et acquièrent de nouvelles propriétés. L'accent a été mis sur l'inscription comptable même, qui se transforme au grès de ses interactions avec les différentes entités du réseau.

En revanche, les recherches inspirées de l'ANT se sont beaucoup moins intéressées à l'impact de l'objet comptable même sur les acteurs, et plus généralement sur l'organisation dans lequel il s'insère (Lowe, 2001 ; Justesen & Mouritsen, 2011). Ainsi, dans cette thèse, nous nous sommes certes intéressée à la transformation des inscriptions mêmes, car cette transformation est concomitante et interdépendante des transformations des acteurs, de leurs activités et de leurs relations. Au CHM, les instruments de contrôle initialement pensés par l'ANAP, et relayés par la direction au sein du CHM, se transforment au grès de leur attachement avec les responsables de pôle, qui cherchent à « médicaliser » ces instruments. Mais nous avons surtout mis

l'accent sur les transformations liées à l'intégration des inscriptions comptables dans le cœur des dynamiques organisationnelles, afin de mettre en évidence l'influence des instruments de contrôle sur les acteurs, leurs activités et leurs relations. Dans le cas du CHM, nous avons montré comment les instruments de contrôle deviennent partie prenante des activités et relations des responsables de pôle et ce faisant concrétisent et façonnent un rôle de « professionnel-gestionnaire » tout en déstabilisant le système de rôles traditionnel.

Nous précisons ces contributions en spécifiant ce pouvoir d'influence des inscriptions comptables lorsqu'elles pénètrent un contexte organisationnel. Nous verrons que le pouvoir d'influence des instruments de contrôle est tout d'abord conditionné à sa mise en association et distribué entre l'instrument de contrôle et l'acteur humain (1.1.). Nous proposons ensuite que le rôle habilitant des instruments de contrôle va au-delà de ce qui a été documenté dans la littérature sur le sujet (1.2.). Enfin, nous verrons que le rôle constitutif des instruments de contrôle est dépendant de la nature des attaches établies (1.3.).

1.1. Le pouvoir d'influence des instruments de gestion est conditionné à sa mise en association et distribué entre les acteurs

La première idée centrale est que les instruments de gestion seuls, comme artefacts, n'ont que peu d'effets sur la constitution des organisations. En effet, même si les instruments prescrivent et définissent des façons d'agir dans leur définition et leur forme même, cela ne conduit pas à ce que ces façons d'agir soient effectivement mises en œuvre par les acteurs. Un instrument de gestion aura beau être un « objet de connaissance » (Lowe, 2001) ou bien incorporer en son sein la vision spécifique de ses concepteurs (Akrich, 1987, 1991), s'il n'est pas en contact avec d'autres acteurs les valeurs que portent l'objet ne pourront leur être « diffusées ». Les instruments de gestion n'ont donc pas d'existence ni de pouvoir lorsqu'ils sont « détachés » de leurs utilisateurs. Nous nous inscrivons en ce sens dans la vision d'Ackrich (1987, p.3) selon qui « seule la confrontation réalise ou irréalise l'objet technique ». De façon plus générale et en dehors d'une inspiration par la théorie de l'acteur-réseau, nous adhérons à la tradition de recherche initiée par Hopwood (1983, 1987) selon laquelle la comptabilité n'est pas désincarnée mais bien une pratique organisationnelle et sociale.

Cela fait également écho aux travaux de « l'école française des outils de gestion » (Aggeri & Labatut, 2010), selon qui les outils de gestion sont mis en œuvre par un intense processus de contextualisation (Hatchuel & Weil, 1992). Ainsi, « les relations entre instrumentation et organisation apparaissent comme complexes et imprévisibles. Leur rencontre aboutit à des configurations toujours singulières (…). L'outil se retrouve ainsi ´pris´ dans la masse de l'organisation, faite de savoirs en évolution et de relations entre acteurs aux logiques et aux enjeux différents. » (Engel, Kletz, & Moisdon, 1997 p.114). Le cas du CHM met bien en évidence la façon dont les instruments de contrôle de gestion « prennent vie » non à partir du moment où ils sont conçus par la contrôleuse de gestion, mais à partir du moment où ils sont portés par des acteurs – au départ, quelques membres de la direction et les assistantes de gestion dans les pôles – et ainsi associés à des personnes.

Si le pouvoir d'influence des instruments de gestion est conditionné à sa mise en association avec d'autres acteurs, ce pouvoir n'est pas imputable à l'instrument seul comme nous le faisions remarquer ci-dessus. Au contraire, comme souligné par Latour (2005), les sources de l'action, et donc du changement, sont distribuées entre les différents acteurs du réseau. En raisonnant de la sorte dans le cas des instruments de contrôle de gestion, et comme mis en évidence dans le cas du CHM, les changements observés dans les représentations, les activités des acteurs du CHM, leurs comportements relationnels, les pratiques et les modes d'organisation sont à la fois imputables aux instruments et à la mobilisation qui en est faite par les acteurs du CHM. En d'autres termes, l'instrument seul, indépendamment de la mobilisation qui en est faite, n'aurait pas eu l'impact décrit sur les représentations et les pratiques des acteurs sans les membres de la direction qui demandent des explications, sans les assistantes de gestion pour faire le relai pédagogique auprès des responsables de pôle, sans les responsables de pôle qui adaptent les tableaux de bord et les saisissent de façon stratégique pour optimiser les fonctionnements, etc. De même les acteurs seuls, indépendamment des instruments, n'auraient pu apprendre l'économique sans indicateurs donnant à voir une représentation économique des activités médicales, n'auraient pu transformer ou créer de nouveaux instruments de gestion orientés vers la qualité et la sécurité des soins sans CREA ou tableaux de bord financiers pour leur en suggérer la possibilité, n'auraient pu impulser des actions de réorganisation des services ou des pratiques médicales sans tableaux de bord de service leurs permettant d'identifier

de manière plus précise des dysfonctionnements. Au contraire, c'est la conjonction de l'instrument et de l'humain qui rend possible de nouvelles actions et donc un changement.

1.2. Le rôle habilitant des instruments de comptabilité et de contrôle

C'est donc mis en association que les instruments de gestion acquièrent un pouvoir d'influence. Nous discutons à présent la nature même de ce pouvoir d'influence. Cela fait notamment écho aux travaux en comptabilité et contrôle de gestion qui se sont intéressés au rôle habilitant des dispositifs. Il est ainsi intéressant de revenir sur cette notion et de voir comment nous nous inscrivons dans la lignée de ces travaux.

Les recherches s'intéressant au pouvoir d'influence des dispositifs de comptabilité et de contrôle de gestion sur les individus ont mis en évidence la transformation inéluctable de ces derniers en des sujets qui reflètent les normes et les valeurs encapsulées dans ces dispositifs (Oakes *et al.*, 1998 ; Covaleski *et al.*, 1998 ; Dambrin & Lambert, 2007). Certains expliquent l'adhérence des individus, ou cette faible résistance, à des dispositifs de comptabilité et de contrôle de gestion a priori contradictoires avec leurs valeurs et leur modes de fonctionnement originels du fait de l'apparence neutre et technique des instruments (Berry, 1983 ; Oakes *et al.*, 1998) : les individus n'auraient donc pas nécessairement conscience de l'influence que ces instruments exercent sur eux. D'autres suggèrent que l'adhésion aux dispositifs de comptabilité et de contrôle de gestion trouve sa source dans le caractère à la fois habilitant et contraignant (Adler & Borys, 1996) des instruments de comptabilité et de contrôle de gestion (Ahrens & Chapman, 2004 ; Wouters & Wilderom, 2008) : les individus adhèrent, voire internalisent ces instruments contraignants et contrôlant car ils sont dans le même temps une aide pour la réalisation de leurs tâches. On retrouve cette dernière idée au CHM, dans la mesure où les responsables de pôle adhèrent à des instruments qui les contraignent à rendre davantage compte à la direction et qui véhiculent une logique de pression à la réduction des coûts, car ils sont un moyen d'être légitime (pour les chefs de pôle) mais aussi car ils peuvent conduire à mettre en œuvre un encadrement des ressources humaines soignantes du pôle plus proactif, d'améliorer les pratiques médicales et les modes d'organisation.

Nous nous démarquons toutefois de cette littérature à propos de la nature même du pouvoir d'influence accordé aux dispositifs de comptabilité et de contrôle de gestion. En effet, comme souligné par Dambrin et Robson (2011), la majorité de ces études et notamment celles se rattachant à l'ANT limitent le caractère habilitant de l'instrument par sa capacité à nourrir un agenda, une intention déjà présente chez l'utilisateur, à l'image de la « machine à munition » de Burchell *et al*. (1980). Chez Briers & Chua (2001) par exemple, certains acteurs adhèrent au système ABC car les calculs comptables qu'il offre permettent de confirmer des intuitions, notamment qu'un des produits n'est pas profitable. Dans cette conception, ces instruments comptables ne seraient donc, dans les termes de Latour (2005), que *de simples intermédiaires qui prolongeraient l'action sans en modifier le sens et l'intention originelle*. Au CHM, les instruments de contrôle de gestion ont à certains égards un statut d'intermédiaire : les responsables de pôle considèrent ainsi parfois que les instruments fournis par la direction leur permettent de confirmer et d'objectiver des ressentis sur le terrain, comme des difficultés de fonctionnement dus à une insuffisance de personnel soignant ou des vacations de bloc opératoire non remplies.

Dambrin et Robson (2011) considèrent quant à eux que les systèmes de mesure de la performance ne sont pas que le prolongement de l'agence humaine, mais sont habilitant en ce qu'ils facilitent le travail concret et quotidien des représentants pharmaceutiques, par exemple en permettant une coordination avec leurs collègues, un ciblage des médecins à visiter ou encore le remboursement de leurs frais. Doan-Grall (2014) mobilise dans sa thèse la théorie de l'acteur-réseau pour analyser le rôle des CRM (Consumer Relationship Management) sur les pratiques des équipes commerciales d'une entreprise de communication et met également en avant le rôle habilitant de ce type de dispositif : les tâches de reporting sont automatisées, la gestion de la relation client est optimisée. On retrouve cette dimension habilitante dans notre étude du CHM, notamment lorsque les tableaux de bord de suivi des ressources humaines permettent aux cadres de santé de pôle de mettre en œuvre un encadrement des effectifs soignants plus régulier et proactif. Dans cette perspective, s'il est clair que l'on se situe au-delà de l'instrument comme simple intermédiaire, son caractère habilitant reste toutefois *limité à la sphère d'activité originelle des utilisateurs* : l'organisation des visites aux médecins pour les représentants pharmaceutiques chez Dambrin et Robson (2011), la gestion de la

relation client chez les commerciaux (Doan-Grall, 2014) et l'encadrement des effectifs soignants sur le terrain dans le cas du CHM.

Mais, dans notre étude des instruments de contrôle de gestion au CHM, nous rendons également compte du caractère habilitant de ces instruments *au-delà de la sphère d'activité originelle des acteurs*. En effet, au CHM, les instruments ne sont pas seulement un support d'action pour la concrétisation d'intentions préexistantes aux instruments ou du travail quotidien, ils ouvrent également *de nouvelles possibilités d'action en donnant à voir aux responsables de pôle des espaces d'action qui ne font originellement pas partie de leur sphère d'activité*. Ces espaces d'action sont de plusieurs types au CHM. Les instruments de contrôle de gestion suggèrent tout d'abord des nouvelles possibilités d'instrumentation de gestion pour les responsables de pôle, qui entrent alors dans la sphère du contrôle de gestion en impulsant des modifications dans les instruments existants ou bien en en concevant de nouveaux. Les instruments financiers conduisent également les cadres de santé de pôle à s'approprier des tâches de suivi financiers et budgétaires, qui auparavant étaient l'exclusivité des directeurs financiers et des ressources humaines. Enfin, les tableaux de bord déclinés au niveau des services dévoilent aux responsables de pôle de nouvelles possibilités d'action sur le terrain, au sein même des services, comme des réorganisation ou l'amélioration des pratiques de prescription médicamenteuses.

1.3. Le rôle constitutif de l'instrument de gestion est dépendant de la nature de l'attachement

Enfin, il nous semble également intéressant de faire le lien entre la façon dont les instruments sont mobilisés, et donc la nature des attaches liant les instruments et les individus, et les effets que cela peut produire sur les deux types d'acteur. En effet, Latour (1994, 2005) nous invite à nous intéresser à la double transformation de l'objet et du sujet lorsqu'ils sont associés l'un à l'autre. Le cas du CHM suggère que ces changements sont dépendants de la nature des attaches qui lient l'objet et le sujet : dit schématiquement, le rôle de responsable de pôle et l'instrument seront façonnés différemment selon l'utilisation qui est faite des instruments.

Au CHM, un même type d'instrument – et donc un même script prescrit – peut donner lieu dans la pratique à un éventail d'usages possibles : les instruments sont mobilisés par la direction à la fois pour demander des comptes aux responsables de pôle et pour leur apprendre de nouveaux principes économiques et gestionnaires. Les responsables de pôle, quant à eux, se saisissent des instruments pour être légitimes, pour se justifier auprès de la direction, pour y inscrire de nouvelles considérations cliniques, ou encore comme moyen d'argumenter auprès de la direction et auprès des médecins pour optimiser les pratiques et les fonctionnements d'un point de vue opérationnel. Les attaches sont donc tour à tour cérémonielles, cognitives, techniques et stratégiques.

Il est bien sûr très difficile (et pas nécessairement pertinent) d'isoler les effets produits par chaque type d'usage, et le tableau que nous avons proposé dans l'étude de cas n'a pas cette ambition (mais plutôt de mieux guider la lecture). En effet, les changements que nous avons pu mettre en évidence, à la fois dans les représentations des acteurs et dans leurs pratiques de gestion, trouvent leurs sources dans les multiples utilisations des instruments que nous avons pu documenter : comme moyen de justification, de légitimation, d'apprentissage, d'argumentation, d'optimisation des pratiques, etc. Nous proposons toutefois que le pouvoir d'influence des instruments est, dans une certaine mesure, dépendant de la façon dont l'instrument est mis en pratique et donc de la nature des attaches établies. En effet, au CHM, la mobilisation des instruments de contrôle de gestion est dans certaines circonstances cérémoniel : les acteurs se conforment aux attentes de la direction, ne remettent pas en cause le script économique des instruments et effectuent un suivi cérémoniel des instruments indépendamment des impératifs soignants et cliniques. Dans cette dynamique, le rôle de responsable de pôle est certes matérialisé par les instruments de gestion mais il n'est pas approprié par les acteurs. Comme nous l'avons souligné, cet usage cérémoniel est également source d'apprentissage. L'attachement est ainsi à la fois cérémoniel et cognitif et les responsables de pôle sont impactés dans leurs représentations, qui s'« économisent » (Miller & Power, 2013), au contact des instruments financiers. Mais le cas du CHM suggère également une utilisation émergente des instruments de contrôle de gestion dans une volonté d'améliorer les fonctionnements et les pratiques existantes. Dans cette dynamique, l'attachement sera également cognitif, mais aussi technique et stratégique. Le script purement économique des instruments est interprété différemment par les acteurs, dans la mesure où ils combinent, dans leur mobilisation des instruments, les

impératifs économiques du script mais aussi soignants, médicaux et organisationnels. Cette interprétation « médico-économique » du script se fait à la fois dans l'instrument même (via les attaches techniques), mais aussi dans la façon de mettre en œuvre le rôle de responsable de pôle (via les attaches cognitives et stratégiques).

Les formes d'attachement semblent ainsi avoir un impact sur l'influence des instruments de gestion sur les acteurs, mais également sur l'instrument même, puisque le cas du CHM suggère une co-construction de l'instrument de gestion et de l'acteur organisationnel.

2. Le rôle des instruments de gestion dans la constitution et l'évolution des rôles organisationnels

Dans le cadre de cette thèse, nous nous sommes plus particulièrement intéressée à l'influence des instruments de gestion sur les rôles organisationnels. Nous mettons tout d'abord en évidence que la construction de nouveaux rôles de gestion se fait par, et dans, les instruments de gestion, contribuant ainsi aux travaux de recherche s'intéressant aux dynamiques de formation et d'évolution des rôles (2.1.). Nous contribuons plus particulièrement aux recherches sur l'hybridation des rôles dans la mesure où nous mettons en lumière la façon dont les instruments de gestion constituent un vecteur puissant d'hybridation des rôles (2.2.).

2.1. La construction et l'évolution des rôles de gestion par, et dans, les instruments de gestion

Les recherches s'intéressant à la construction des rôles organisationnels ont mis en évidence que le rôle était le fruit de la rencontre entre des standards de rôle véhiculés à un niveau supra organisationnel (par exemple des autorités gouvernementales ou des associations professionnelles), sa traduction au niveau organisationnel et les dynamiques propres aux individus qui interprètent et performent le rôle (Chreim *et al*., 2007). Dans cette thèse, nous avons cherché à mettre en lumière l'articulation entre ces différents « états » du rôle de professionnel-gestionnaire (rôle prescrit et rôle tenu) et les instruments de gestion. Hasselbladh et Kallinikos (2000) ont souligné la nécessité

d'étudier les techniques de contrôle et leur mobilisation pour comprendre comment les rôles se constituent. Notre étude du CHM, par le prisme de l'acteur-réseau, nous permet de spécifier la façon dont les instruments de contrôle de gestion interviennent dans la constitution de nouveaux rôles de gestion.

Au CHM, les instruments de gestion étudiés sont d'une part des véhicules, au sein de l'organisation, des standards de rôle définis au niveau national. D'autre part, ils sont au cœur d'un travail local d'interprétation et d'appropriation du rôle mis en œuvre par les acteurs.

Dans le premier chapitre, nous avons souligné le rôle attendu par les réformateurs des instruments de comptabilité et de contrôle de gestion dans la diffusion d'une culture médico-économique nouvelle et la participation des médecins à la gestion. En effet, dans le système de santé français, le gouvernement prescrit le rôle de chef de pôle dans ses textes de loi : le chef de pôle, assisté d'un cadre de santé de pôle et d'un cadre administratif, doit être un véritable gestionnaire de pôle. Ce rôle de gestionnaire est relayé par les instruments de contrôle de gestion conçus par l'ANAP, puisque c'est par l'appropriation des instruments de pilotage proposés par l'ANAP que la médicalisation de la gestion et la diffusion d'une culture médico-économique doivent s'opérer. Au CHM, le directeur et ses collaborateurs se sont très majoritairement appuyés sur les modèles d'instruments proposés par l'ANAP (par défaut, manque de temps et de compétence). Nous retrouvons ainsi au CHM les CREA conçus par l'ANAP, et leur déclinaison au niveau des services, de même que les contrats de pôle tels qu'envisagés dans les textes de loi. Ces instruments de gestion contribuent donc à véhiculer au sein même de l'organisation des rôles prescrits et définis à un niveau extra-organisationnel.

Puis, le cœur de notre étude de cas était consacré à montrer comment ces instruments de gestion, prescripteurs d'un rôle de pilotage économique et localisé, sont saisis par les acteurs, prennent part aux dynamiques organisationnelles locales et ce faisant façonnent le rôle des responsables de pôle. Nous avons ainsi mis en évidence que les instruments de contrôle de gestion implantés sont des vecteurs de constitution de rôles de gestion nouveaux, et ce selon plusieurs dynamiques. Nous avons montré que les instruments sont tout d'abord un support des dispositifs d'animation de la gestion des pôles mis en place par la direction (revues de contrat de pôle et réunions de gestion notamment) et contribuent ainsi à *matérialiser* les rôles de chefs de pôle et cadres de santé de pôle, qui

jusque-là étaient surtout symboliques. Nous avons également montré que si cette mobilisation revêt des aspects cérémoniels certains, elle conduit toutefois à un *apprentissage* du rôle de responsable de pôle, dans la mesure où les instruments de contrôle de gestion sont des vecteurs de transmission de principes économiques et de gestion. Les instruments sont aussi au cœur d'un processus d'*appropriation* du rôle de responsable de pôle, par lequel les impératifs économiques véhiculés dans les instruments sont combinés avec les impératifs et les valeurs des acteurs du terrain. Cette appropriation du rôle passe par l'inscription des valeurs médicales et soignantes dans les instruments, de même que par la mobilisation stratégique des instruments dans les relations avec certains administratifs et médecins afin de mettre en œuvre des actions d'amélioration des pratiques et des modes d'organisation, certes d'un point de vue économique, mais également d'un point de vue de la qualité des soins et des modes d'organisation.

Le cas du CHM montre ainsi que la construction de nouveaux rôles de gestion se fait par, et dans, les instruments de gestion que les acteurs mobilisent.

Si les instruments de gestion sont des vecteurs de construction de nouveaux rôles de gestion, ils sont également un moteur dans l'évolution des rôles de gestion existants. Certaines recherches en comptabilité et contrôle de gestion ont mis en évidence l'impact de l'implantation de nouveaux dispositifs tels que des ERP[65] dans l'évolution des rôles des contrôleurs de gestion ou de comptables, qui voient leurs activités transformées (Caglio, 2003), car ce type de dispositif transforme directement la nature même du travail (standardisation des activités, intégration, etc.) et conduit donc les comptables/ contrôleur de gestion à évoluer en conséquence. Dans le cas du CHM, nous avons mis en lumière l'impact de l'introduction d'instruments de contrôle de gestion pour les responsables de pôle sur les rôles de gestion traditionnellement tenus par les acteurs administratifs, non parce que ces instruments transforment la nature même des activités de gestion, mais parce qu'ils sont un vecteurs d'appropriation de ses activités de gestion par d'autres acteurs. Alors que certains administratifs se saisissent de ces instruments pour supporter cette évolution des rôles, d'autres s'en servent comme un moyen de

[65] ERP : Enterprise Resource Planning (en français : PGI : Progiciel de Gestion Intégré)

résistance à cette évolution des rôles. Ici, les instruments de gestion sont donc également des vecteurs d'évolution des rôles de gestion existants.

Les instruments de gestion sont donc, au-delà de la seule construction des rôles de professionnels-gestionnaires, des moteurs dans la reconfiguration du système de rôles de gestion.

2.2. Les instruments de gestion comme vecteurs d'hybridation des rôles

Les recherches s'intéressant au rôle constitutif des instruments de comptabilité et de contrôle de gestion ont mis en évidence leurs effets performatifs sur les individus : les dispositifs comptables sont à l'origine d'une « économisation » de la société, des organisations et des individus, qui sont désormais considérés et définis comme des entités économiques (Miller & Power, 2013). Cette « économisation » est parfois telle qu'elle affecte l'identité et la subjectivité des individus qui agissent et se comportent tels que les dispositifs le prescrivent (Oakes *et al*., 1998 ; Covaleski *et al*., 1998 ; Dambrin & Lambert, 2007).Toutefois, cette littérature sur la performativité des dispositifs de comptabilité et de contrôle de gestion suggère que les valeurs économiques, de profit, etc. qui y sont encapsulées sont internalisées à l'identique. Or, au CHM, si on observe bien une tendance à l'« économisation » des responsables de pôle qui mobilisent les instruments de contrôle de gestion, ces impératifs économiques sont également combinés avec leurs propres impératifs médicaux et soignants.

Nous contribuons ainsi à la littérature relative à l'hybridation, en mettant en évidence le rôle des instruments de gestion dans la combinaison de logiques de fonctionnement auparavant cloisonnées, dans le périmètre de nouveaux rôles de professionnels-gestionnaires. En effet, Denis *et al*. (2015) soulignent l'attention majoritairement portée à l'hybridation structurelle, c'est-à-dire des réarrangements et des combinaisons de formes organisationnelles, et la nécessité d'étudier les manifestations de l'hybridité à un niveau plus individuel, notamment car l'émergence de nouveaux rôles professionnels témoigne de changements plus subtils mais non moins fondamentaux. Il s'agit ainsi d'étudier plus en profondeur la production et les conséquences de ces formes d'hybridation. Nous mettons ainsi en évidence que les instruments de gestion sont un moteur important de l'hybridation des rôles dans le cadre de l'émergence de nouveaux

professionnels-gestionnaires. Sur le point des facteurs d'hybridation (*drivers of hybridity*), Denis *et al*. (2015) ont identifié dans la littérature plusieurs éléments macrosociaux, notamment les capacités technologiques, les forces économiques, les changements de normes et d'attentes, d'idéologies et de valeurs, etc., qui créent des conditions pour plus d'hétérogénéité et de différenciation. Nous suggérons qu'à un niveau intra-organisationnel, les instruments de gestion sont des véhicules de ces évolutions macroéconomiques et des vecteurs d'hybridation des rôles par la mobilisation qui en est faite par les acteurs.

Plus particulièrement, nous proposons que les instruments de gestion sont impliqués dans l'hybridation des rôles à deux niveaux du rôle de professionnel-gestionnaire : d'une part dans les représentations, d'autre part dans les pratiques. En ce qui concerne les *représentations*, nous avons mis en évidence le rôle des instruments de gestion dans l'acquisition d'une représentation économique des activités médicales et soignantes chez les chefs de pôle et les cadres de santé de pôle. Les instruments de gestion amènent en effet ces derniers à confronter leurs représentations médicales et soignantes de l'activité avec les représentations économiques de l'activité fournies par les instruments de gestion. La perception et le suivi des activités deviennent ainsi médico-économiques. Les instruments de gestion sont également vecteurs d'hybridation dans les *pratiques* de ces nouveaux professionnels-gestionnaires. En effet, au-delà du fait que l'analyse et le suivi des instruments de gestion même sont une activité importante dans le cadre du rôle de responsable de pôle, ils suscitent également l'établissement de nouvelles activités chez ces médecins et soignants responsables de pôle. Si nous avons pu constater à certains égards une indépendance entre des activités « pures » de suivi et d'analyse des tableaux de bord (c'est-à-dire sans que cela ne soit lié à des considérations médicales et soignantes), nous avons également mis en évidence dans d'autres situations un couplage inédit entre ce travail effectué sur les instruments de contrôle de gestion et les impératifs cliniques. Ainsi, les professionnels-gestionnaires étudiés s'impliquent dans la modification et/ou la conception d'instruments « médico-économiques », effectuent un suivi financier et budgétaire du personnel soignant ou mobilisent stratégiquement les instruments de gestion dans les relations avec la direction afin d'améliorer l'encadrement des effectifs paramédicaux et le fonctionnement des services, utilisent les instruments de gestion pour interroger les pratiques médicales et les modes d'organisation existants, et quand cela est possible les modifier, et ce tant sur le plan

économique (réflexion en termes de coûts) que sur le plan de la qualité, de la sécurité et de la continuité des soins.

Enfin, nos résultats permettent de contribuer aux travaux sur l'étude de l'hybridation des rôles par un prisme identitaire. En effet, Burellier (2011) suggère dans sa thèse que le rôle de responsable de pôle tel qu'il est prescrit par la réforme peut constituer une source de paradoxe pour les professionnels de santé dominés par des réflexions principalement médicales. Face à ces situations paradoxales, les médecins choisiraient non pas d'être des récepteurs passifs de la logique gestionnaire diffusée par les réformes, mais plutôt de traduire individuellement le rôle prescrit pour résoudre les paradoxes perçus. Dans le cas du CHM, nous mettons en évidence le rôle que peuvent jouer les instruments de gestion dans la gestion individuelle de ces paradoxes. En effet, certains responsables de pôle se saisissent des instruments de suivi financiers pour y inscrire les impératifs cliniques qui leurs sont chers, permettant de résoudre les dissonances perçues entre l'économique et le médical. Cela suggère encore ici l'intérêt d'intégrer les instruments de gestion dans l'analyse des processus individuels d'hybridation, comme des vecteurs de l'hybridation des rôles.

3. Contributions au cadre théorique de l'ANT : le concept de médiateur

Enfin, nous proposons dans cette troisième section de raffiner le concept de médiateur. En effet, dans les écrits de l'ANT, et plus précisément de Latour, le concept de médiateur est relativement flou. Selon Latour, un objet est un médiateur lorsque sa présence donne un cours nouveau à l'action. Latour souligne les formes multiples que peuvent prendre cette modification du sens de l'action : « les médiateurs peuvent transformer, traduire, déformer, et modifier le sens ou les éléments qu'ils sont censés porter » (2005, p. 39)

Sur la base de notre compréhension de l'influence des instruments de gestion au sein du CHM, nous proposons deux pistes pour préciser ce concept de médiateur. D'une part, nous proposons que cette modification du sens de l'action peut avoir une amplitude plus ou moins importante. En effet, comme détaillé dans la section 1.2. sur le rôle habilitant des instruments de comptabilité et de contrôle de gestion, ces derniers peuvent modifier

le cours de l'action au sein de la sphère d'activité traditionnelle de l'acteur auquel il est associé, ou bien modifier le sens de l'action de façon plus radicale en offrant la possibilité à l'utilisateur d'accéder à de nouveaux espaces d'action, originellement extérieurs à leur sphère d'activité. Nous pouvons donc distinguer plusieurs types de médiation, selon le degré de transformation de l'action : des médiations légères et des médiations fortes. Notons ici que nous parlons bien de plusieurs types de *médiation*, et non de plusieurs types de *médiateurs* : en effet, le degré de transformation de l'action dépendra à la fois de l'objet même – et donc de ses caractéristiques techniques, de sa forme, etc. – et de de l'acteur auquel il est rattaché – et donc de ses activités initiales, ses représentations, ses intérêts propres, etc.

D'autre part, nous proposons d'élargir le concept de médiateur non seulement à une modification du cours de l'action, mais également une modification du cours de la pensée. En effet, selon Moisdon (1997) et Gilbert (1998), l'absence apparente d'apports opérationnels des instruments de gestion n'est pas nécessairement synonyme d'échec mais peut être révélateur de phénomènes d'apprentissages qui, à termes, pourront s'« opérationnaliser ». Au CHM, si les actions concrètes de réorganisation ou d'amélioration des pratiques sur la base des instruments de contrôle de gestion implantés sont à un stade émergent, nous rendons également compte d'une évolution des façons de voir et de penser des acteurs étudiés : d'une part, en mobilisant les instruments financiers, les responsables de pôle acquièrent une nouvelle *perception* des activités médicales et soignantes, par un prisme financier ; d'autre part ce sont aussi leurs *intentions* qui évoluent, puisque les responsables de pôle envisagent de nouvelles actions et ce sans nécessairement passer à l'acte, car il existe des obstacles à la mise en œuvre effective de ces actions (dans le cas du CHM, ces obstacles sont les modes de fonctionnement traditionnels de certains médecins et membres de la direction, mais peuvent être contournés par un usage stratégique des instruments de contrôle de gestion comme nous l'avons décrit). Nous proposons donc de penser l'action comme un continuum de façons de voir, de penser et de se comporter, dans la mesure où une évolution des façons de voir et de penser sont un préalable (une condition nécessaire mais non suffisante) à une évolution des comportements. Nous proposons donc qu'*un objet est médiateur lorsque sa présence donne un cours nouveau aux perceptions, aux intentions et aux comportements.* En d'autres termes, lorsque sa présence modifie les trajectoires d'action, mais aussi de pensée.

Partie 1. Synthèse

Cette partie avait pour objet de dégager les contributions théoriques de ce travail de thèse.

D'une part, la mobilisation de l'ANT dans notre étude des usages et effets des instruments de contrôle de gestion au CHM nous a conduit à développer une compréhension plus fine du pouvoir constitutif des instruments de gestion, alors que la majorité des recherches en comptabilité et contrôle de gestion inspirées de la théorie de l'ANT sont consacrées à l'étude des processus de diffusion et de transformation des instruments de comptabilité et de contrôle de gestion, ou bien à leur action « à distance ».

Nous avons ainsi mis en évidence que le pouvoir d'influence des instruments de gestion est conditionné à sa mise en association avec d'autres acteurs et que ce faisant, ce pouvoir est distribué entre les différents acteurs du réseau dans lequel l'instrument prend part. Nous avons également suggéré que le rôle habilitant des instruments de gestion peut s'étendre au-delà de ce qui a été documenté dans la littérature, dans la mesure où les instruments de gestion ouvrent de nouvelles possibilités d'actions hors de la sphère d'activité originelle des acteurs. Enfin, nos résultats montrent que l'influence même de l'instrument est dépendante de ses modalités d'utilisation.

Concernant plus spécifiquement les rôles organisationnels, nous avons montré que la construction de nouveaux rôles de gestion et l'évolution des rôles de gestion existants se fait par, et dans, les instruments de gestion. Les instruments de gestion étudiés sont tout d'abord des véhicules, au sein de l'organisation, des standards de rôle définis au niveau national. Ensuite, ces instruments sont au cœur d'un travail local d'internalisation du rôle prescrit, en ce que les instruments de gestion contribuent à la matérialisation, l'apprentissage mais aussi l'appropriation du rôle par les professionnels-gestionnaires. Enfin, les instruments de gestion constituent des vecteurs d'évolution des rôles de gestion existants. Nous montrons donc plus généralement que les instruments de gestion peuvent conduire à reconfigurer un système de rôles de gestion.

Concernant plus spécifiquement le rôle des instruments de gestion dans la tenue de rôles hybrides, nous avons mis en évidence que les instruments de gestion sont des vecteurs puissants d'hybridation des rôles, à la fois dans les représentations et dans les pratiques des professionnels-gestionnaires, et que ces instruments peuvent permettre de mettre en œuvre une gestion individuelle des paradoxes liés à la tenue d'un rôle hybride.

D'autre part, nous avons proposé de contribuer au cadre théorique de l'ANT par une réflexion sur le concept de médiateur développé par Latour. Nous avons ainsi mis en évidence qu'un médiateur engendre des transformations plus ou moins fortes de l'action. En outre, au-delà de l'idée de modification du cours de l'action, nous suggérons que le concept de médiateur peut également recouvrir une évolution des perceptions et des intentions des acteurs, en d'autres termes une modification du cours de la pensée.

Partie 2. Discussion et contributions sur un plan empirique

Après avoir dégagé les contributions théoriques de notre travail, nous nous penchons à présent sur les apports empiriques de cette thèse, spécifiquement dans le champ de la gestion des établissements de santé. L'étude des trajectoires d'implantation et de mobilisation d'instruments de gestion dans un établissement de santé public est en effet l'occasion de faire un état des lieux de la mise en œuvre concrète des réformes de ces dernières années et d'en tirer des leçons. Nous proposons en particulier deux pistes de réflexion. Nous nous penchons tout d'abord sur la question du déploiement des instruments de gestion dans les établissements de santé (1.) puis sur les tensions entre l'évolution des rôles des responsables de pôle et l'évolution des rôles des directions fonctionnelles (2.).

1. Le déploiement des instruments de gestion dans les établissements de santé

La littérature a mis en évidence l'impact limité des instruments de gestion implantés dans les hôpitaux publics dans le sillage des réformes de la tarification à l'activité et de la nouvelle gouvernance, en termes d'amélioration de l'organisation des soins et de la prise en charge des patients (Moisdon, 2010 ; Bérard, 2011 ; Crémieux *et al*., 2013 ; Bonnier *et al*., 2013). Notre étude du CHM conforte ces résultats, mais suggère que des évolutions plus profondes sont en gestation, dans la mesure où les acteurs perçoivent le potentiel des instruments de gestion implantés pour améliorer les pratiques existantes, voire mettent en œuvre des actions d'amélioration, tant en termes de coûts que de qualité des soins et des modes d'organisation.

Toutefois, la mise en œuvre de ces actions d'amélioration semble encore peu fréquente au CHM. Les études documentant un impact modeste des instruments de gestion sur les pratiques des hôpitaux proposent à ce jour des réflexions embryonnaires pour comprendre ce constat. Nous proposons ainsi quelques éléments de réflexion sur la base de notre étude menée au CHM. Les explications que nous pouvons avancer sont complexes, multiples et liées. Nous pouvons tout de même dégager quelques points saillants, dont nous faisons part ici. Ces pistes de réflexion ont trait à la conception

même des instruments (1.1.) ainsi qu'à la question de l'adéquation entre les finalités liées à l'implantation des instruments et les moyens effectivement à l'œuvre (1.2.).

1.1. La conception des instruments de gestion

Le premier point que nous souhaitons mettre en avant a trait aux aspects de conception et d'implantation des instruments de gestion. Au CHM, les instruments financiers que l'on retrouve (CREA et déclinaison en tableaux de bord financiers) sont une réplication des instruments proposés par l'ANAP. En effet, une des missions de l'ANAP consiste à proposer des pistes d'instrumentation pour les établissements, mais la direction du CHM, par manque de temps et de compétence (la contrôleuse de gestion vient d'un secteur étranger à la santé), se saisit de ces instruments pour les diffuser aux responsables de pôle. Ce sont donc des instruments pensés à distance, et donc indépendamment de leur contexte spécifique d'implantation, par des administratifs, qui sont diffusés à des professionnels médicaux et soignants, qui plus est pas ou peu préparés à mobiliser de tels instruments.

Ce déploiement des instruments de contrôle de gestion pose deux problèmes. Tout d'abord, cela conduit à implanter des instruments qui ne sont pas adaptés à leur contexte d'implantation et à ses impératifs. Ainsi, au CHM, plusieurs critiques ont été formulées quant à la forme et la nature des instruments implantés pour les pôles. Nombre de responsables de pôle dénoncent ainsi la logique administrative et économique dominante dans les instruments, qui prend le pas sur les considérations cliniques et organisationnelles des pôles. Dans la même veine, les instruments sont critiqués pour leur aspect trop standardisé, qui ne permet pas de prendre en compte les spécificités de chaque pôle. De façon globale, on constate un sentiment d'inadéquation entre les instruments implantés et les réels besoins de gestion des pôles : les responsables de pôle considèrent ainsi qu'ils ont trop d'indicateurs non pertinents à suivre (par exemple les dépenses de consommation électrique), alors que des instruments perçus comme essentiels sont manquants, par exemple des indicateurs de suivi de l'absentéisme (problème récurrent au CHM) et de suivi de l'activité du bloc opératoire (pour en optimiser l'organisation). Au CHM, cette inadéquation forte entre les instruments qui leur sont diffusés et leurs besoins conduit les responsables de pôle à dépenser une énergie et un temps certains à l'amélioration de ces instruments, à détecter des erreurs

d'affectation, à comprendre le sens d'intitulés administratifs obscurs, à mettre en place des clés de répartition plus pertinentes, etc., Ces actions prennent le pas sur la mise en œuvre d'une réflexion plus systématisée et aboutie sur les pratiques et les modes d'organisation existants – du moins pendant un certain temps.

En outre, nous remarquons au CHM une inadéquation entre le modèle de performance défendu par la direction et les instruments introduits dans les pôles. En effet, le contenu des instruments introduits (majoritairement financier) tend à signaler aux responsables de pôle une pression à la réduction des coûts indépendamment de toutes considérations de qualité et de sécurité des soins (par exemple, dans les tableaux de bord financiers, le pôle ou le service seront jugés performants lorsque les dépenses seront réduites par rapport à l'année précédente, mais sans qu'aucun lien ne soit construit avec une performance en termes de qualité et de sécurité des soins). Pourtant, le discours de la direction n'est pas celui d'une réduction des coûts à tout prix, mais bien celui d'une conjonction d'impératifs économiques et de qualité des soins : il est important de regarder à la dépense, mais sans que la qualité n'en soit affectée ; voire il est possible de faire mieux en termes de qualité des soins, à coût équivalent ou à moindre coût. Mais malgré ce discours, les instruments de contrôle de gestion peuvent envoyer un signal négatif aux responsables de pôle, parmi lesquels quelques-uns s'opposent à cette logique économique véhiculée par les instruments qu'ils jugent contraire aux impératifs du soin.

Ces deux points plaident, selon nous, pour une réflexion amont quant à la forme des instruments de gestion implantés. Si nous considérons, à l'image de Lorino (2002) que la conception des instruments se poursuit dans l'action et qu'il est essentiel de laisser des marges de manœuvre aux utilisateurs pour intégrer les spécificités locales, il n'en reste pas moins qu'une réflexion amont, sur la forme de l'instrument et les objectifs poursuivis notamment, pourrait permettre une adaptation moins lourde et coûteuse pour les professionnels médicaux et soignants.

1.2. Le découplage entre les finalités de l'instrumentation et les moyens à l'œuvre

Une autre problématique importante réside, selon nous, dans le découplage que nous avons pu constater entre les objectifs (des réformateurs, mais aussi de la direction) et les moyens mis en œuvre pour atteindre ces objectifs.

Au CHM, le directeur souhaite que les responsables de pôle deviennent de véritables gestionnaires de pôle, c'est-à-dire qu'ils utilisent les instruments de contrôle de gestion mis à leur disposition pour prendre des décisions et mettre en œuvre, au sein des services, des actions d'amélioration des pratiques et des modes d'organisation. Or, décider et agir sur la base de ces instruments suppose d'en contrôler les inducteurs, ce qui n'est pas le cas au CHM où se pose un problème important de contrôlabilité des dimensions de la performance sur lesquelles les responsables de pôle sont supposés agir, tant d'un point de vue économique que médical.

Ce problème de contrôlabilité réside tout d'abord dans l'attribution de missions de gestion aux responsables de pôle alors que les délégations de gestion, de la direction vers les pôles, restent anecdotiques. En effet, le seul pouvoir de décision des responsables de pôle réside dans l'attribution d'une enveloppe budgétaire destinée à la formation du personnel non médical. Outre le fait que l'objet même de cette enveloppe soit préalablement défini par la direction, son montant est également très limité. La majorité des décisions de gestion restent donc entre les mains de la direction.

Le manque de contrôlabilité des déterminants de la performance, trouve également sa source dans les principes d'autonomie qui régissent le corps médical. Ainsi, dans le cas du CHM, si les responsables de pôle perçoivent le potentiel des instruments de gestion introduits pour révéler des marges d'amélioration des pratiques et des modes d'organisation tant d'un point de vue économique que médical, il est souvent difficile de mettre en œuvre ces changements dans la mesure où leur implantation reste dépendante des acteurs de terrains, c'est-à-dire les médecins.

Certains responsables de pôle au CHM expriment ainsi des sentiments de lassitude et frustration à ne pas pouvoir agir sur la base des instruments de contrôle de gestion. Ils se plaignent de faire beaucoup de constat, de gérer « le suivi plus que la décision ». Ce manque de contrôlabilité semble ainsi constituer un risque de perte de sens et de démotivation des responsables de pôle. Il faut alors s'interroger sur la finalité réelle de

ces instruments, des effets attendus et ainsi du degré de responsabilisation et d'exigences à formuler à l'égard des responsables de pôle. Dit autrement, considérer les responsables de pôle comme de véritables gestionnaires de pôle suppose en amont d'établir des structures décisionnelles permettant une telle évolution des rôles. Il peut être également intéressant d'aborder l'introduction d'instruments de gestion comme un processus d'apprentissage, sur l'instrument lui-même (Crémieux *et al*., 2013) et sur les leviers de la performance, économique, médicale, soignante et organisationnelle des hôpitaux, et alors aborder l'introduction de ces instruments et les rôles des responsables de pôle comme tels.

2. La tension entre les rôles des responsables de pôle et les rôles des directions fonctionnelles

Au-delà du fait que les instruments de contrôle de gestion implantés n'ont pas nécessairement les effets escomptés, ce sont également des difficultés dans la mise en œuvre des réformes de la nouvelle gouvernance qui sont documentées dans la littérature. Dans le cas du CHM, nous discutons ici la tension à l'évolution des rôles des directions fonctionnelles suscitées par l'entrée de la sphère médicale et soignante dans la gestion.

Certaines recherches ont mis en évidence des difficultés de transition vers le rôle de médecin-gestionnaire (Burellier & Valette, 2011; Valette & Burellier, 2014), dont l'identité et les valeurs sont avant tout médicales. Sans nier ces résultats, nous mettons également en évidence, dans le cas du CHM, des difficultés de transition de rôle de certaines directions fonctionnelles. Nous soulignons ainsi la dépendance entre l'appropriation des rôles de chef de pôle et de cadre de santé de pôle, et l'évolution des rôles des directions fonctionnelles. Notre cas suggère, à l'égard d'autres études, les difficultés pour certaines directions fonctionnelles, comme la DRH et la DAF, à déléguer aux pôles. Cela rejoint les constats empiriques récents (Fellinger & Boiron, 2012 ; Bérard, 2013a), qui documentent un manque de confiance des directions en la capacité des médecins à gérer correctement leur pôle (Bérard, 2013a) ainsi qu'une peur possible de perdre de l'influence dans l'hôpital (Crozet *et al*., 2008). Nous nous démarquons toutefois de l'étude de Dos Santos *et al*. (2014) qui considèrent que pour

les contrôleurs de gestion, le passage du rôle de « garde-fou » à celui de prestataire de service pour aider les pôles à piloter, comme préconisé par Lartigau (2009), n'a pas eu lieu. Le cas du CHM suggère en effet de nuancer ces résultats, dans la mesure où la contrôleuse de gestion tend à se positionner comme une prestataire de service auprès des responsables de pôle, de même que la directrice qualité.

Nos résultats sont également intéressants à mettre en perspective avec les recherches qui documentent des comportements de résistance de la part des médecins vis-à-vis des dispositifs de comptabilité et de contrôle de gestion, et les comportements stratégiques qui en découlent (Jacobs, 1995 ; Doolin, 2001 ; Llewellyn, 2001 ; Aidemark, 2001 ; Kurunmaki *et al*., 2003). Les recherches plus récentes tendent plutôt à montrer une acceptation de ces dispositifs par les médecins (Jacobs, 2005 ; Kurunmäki, 2004 ; en France Bérard, 2013b ; Bonnier *et al*., 2013 ; Crémieux *et al*., 2013), ce qui pourrait s'expliquer par l'ancienneté du débat public sur le coût de la santé et ainsi l'acceptation de l'idée que l'efficience économique est une nécessité pour continuer à fournir des soins de qualité (Crémieux *et al*., 2013). Comme le montre le cas du CHM, cela n'exclue pas des comportements stratégiques de la part des professionnels-gestionnaires, toutefois la finalité de ces comportements stratégiques est bien différente puisqu'ils ne nourrissent pas des comportements de résistance comme la protection du corps médical, comme cela a été documenté, mais ils peuvent être un moyen pour les professionnels-gestionnaires de contourner les réticences des directions fonctionnelles à déléguer, notamment la DRH.

Il nous semble toutefois qu'à ce jour, la mise en œuvre d'un réel pilotage de pôle par les chefs de pôle et cadres de santé de pôle comme préconisé par les réformes ne peut se faire sans une réflexion sur les fonctions et le positionnement des directions fonctionnelles vis-à-vis des pôles. En effet, chefs de pôle et cadres de santé de pôle au CHM expriment une certaine frustration à ne pouvoir prendre certaines décisions par eux-mêmes. Le cas suggère également des redondances dans les activités des responsables de pôle et des directions fonctionnelles. Par exemple, nombre de cadres de santé de pôle ont établis leur propre suivi des effectifs paramédicaux du pôle, alors que la DRH fait de même avec son propre logiciel. Cette réflexion sur la définition des missions des pôles et des directions fonctionnelles ne signifie pas nécessairement une perte de sens ou d'influence pour ces dernières, contrairement à ce qui peut être perçu

(Crozet *et al.*, 2008) . En effet, comme souligné par Crozet *et al*. (2008) à propos de l'évolution des directions des ressources humaines, la nouvelle gouvernance est une opportunité à la fois pour les pôles et pour les DRH : pour les pôles, il s'agit de mettre en œuvre des décisions plus rapides et pertinentes, car au plus proche du terrain ; pour les DRH la nouvelle gouvernance peut être synonyme de recentrage sur des activités à plus forte valeur ajoutée.

Partie 2. Synthèse

La deuxième partie de cette discussion portait sur les apports empiriques de ce travail de thèse.

Nous proposons tout d'abord une réflexion sur le déploiement des instruments de gestion dans les établissements de santé. Notre étude du CHM tend à conforter les résultats des études précédentes selon lesquelles les effets des instruments de gestion implantés dans les hôpitaux restent en deçà des attentes. Mais notre étude suggère aussi que des changements plus profonds sont en gestation, changements qui tardent à se réaliser pour plusieurs raisons. D'une part, les instruments diffusés sont pensés à distance (par l'ANAP notamment) et donc indépendamment des spécificités du contexte d'implantation. Pour éviter une adaptation coûteuse pour les chefs de pôle et cadres de santé de pôle, il serait donc judicieux de réfléchir plus localement à la forme des instruments de contrôle de gestion à diffuser aux responsables de pôle. D'autre part, nous soulignons la nécessité d'aligner les objectifs recherchés par la diffusion de ces instruments avec le degré de responsabilisation des professionnels responsables de pôle, afin de minimiser le risque de lassitude et de perte de sens, lié dans notre cas à un découplage entre l'objectif, défendu par la direction, selon lequel les responsables de pôle doivent mettre en œuvre un pilotage de leur pôle, et la faible contrôlabilité des leviers de la performance du pôle.

Nous avons également mis en évidence les tensions qui pouvaient exister entre l'entrée des chefs de pôle et des cadres de santé de pôle dans la gestion, et les directions fonctionnelles, ce qui peut être source de frustrations et d'inefficiences. Nous avons ainsi souligné la nécessité de mener une réflexion sur les missions respectives des pôles et des directions fonctionnelles.

CHAPITRE VI. CONCLUSION

Dans ce chapitre, nous avons confronté nos résultats avec la littérature théorique et empirique afin de dégager les contributions de ce travail de thèse.

Nous contribuons dans un premier temps aux travaux en comptabilité et en contrôle de gestion, ainsi qu'aux travaux plus généraux sur l'instrumentation de gestion, intéressés par l'étude des usages et des effets des instruments de gestion. Nous suggérons tout d'abord que les instruments de gestion acquièrent un pouvoir d'influence par leur mise en association, mais que ce pouvoir est distribué entre différents acteurs. Ensuite, nous proposons d'étendre le rôle habilitant des instruments de gestion, dans la mesure où ils ouvrent de nouvelles possibilités d'action dans des sphères d'action inédites. Enfin, nous mettons en évidence que les modalités d'usage de l'instrument vont conditionner son influence.

Nous contribuons également aux travaux portant sur les rôles de gestion hybrides, en introduisant les instruments de gestion dans l'analyse. Nous avons tout d'abord montré que les instruments de gestion sont des véhicules des standards de rôle définis nationalement au sein de l'organisation, puisque ces instruments de gestion saisis par les acteurs sont des vecteurs de matérialisation, d'apprentissage et d'appropriation du rôle prescrit. Nous avons également mis en évidence le rôle de ces mêmes instruments dans la déstabilisation du système de rôles plus général. Enfin, nous avons montré que les instruments de gestion sont des vecteurs importants de l'hybridation des rôles, d'une part au niveau des représentations et des pratiques, d'autre part du fait de leur rôle dans la gestion individuelle des paradoxes liés à la tenue d'un rôle hybride.

Nos contributions portent également sur le corpus théorique de l'acteur-réseau. Nous proposons notamment de raffiner le concept de médiateur développé par Latour, en montrant que l'objet est médiateur par les transformations plus ou moins fortes de l'action qu'il engendre, mais également par les transformations de la pensée qu'il suscite.

Enfin, ce travail de thèse – supporté par l'étude approfondie de la mise en œuvre des réformes dans un hôpital public – suggère également des pistes de réflexion empiriques.

Nous soulignons d'une part la nécessité de mener une réflexion locale sur le déploiement des instruments de contrôle de gestion dans les établissements, à la fois sur la forme des instruments, les objectifs recherchés et la responsabilisation correspondante des chefs de pôle et cadres de santé de pôle. Nous suggérons d'autre part de mieux penser les missions respectives des chefs de pôle, cadres de santé de pôle et directions fonctionnelles.

CONCLUSION

Résumé de la thèse

Cette thèse cherche à comprendre la manière dont les instruments de gestion influencent les façons de penser, de voir et de se comporter dans les organisations. Dans un contexte d'instrumentation croissante et de développement des fonctions de « professionnels-gestionnaires », notamment dans le secteur public, nous avons traité cette question sous l'angle des rôles organisationnels et avons cherché à répondre à la question suivante : comment les instruments de gestion façonnent-ils les rôles organisationnels ?

Les enjeux de ce questionnement sont tout d'abord empiriques. Dans le premier chapitre, nous avons rappelé que les réformes récentes du système de santé français enjoignent les hôpitaux à mettre en place de nouveaux modes de fonctionnement interne, notamment l'adoption par certains médecins et cadres de santé de missions de gestion dans le cadre d'une nouvelle organisation en pôles d'activité, et l'utilisation d'instruments de contrôle de gestion, afin de mettre en œuvre une gestion plus efficiente des hôpitaux. Nous avons vu que si les études empiriques récentes dressent un constat mitigé de la mise en œuvre concrète de ces réformes – impacts modestes des instruments de gestion sur les pratiques et transition difficile vers une nouvelle distribution des rôles de gestion entre professionnels et administratifs, les études sont souvent parcellaires et la réflexion sur les causes de ces constats encore embryonnaires. Nous proposons ainsi dans cette thèse une étude plus globale des transformations en cours, en nous intéressant à l'ensemble des acteurs occupant des rôles gestionnaires : chefs de pôle, cadres de santé de pôle et directions fonctionnelles, et à la façon dont les instruments de gestion sont très concrètement mobilisés par ces acteurs.

Les enjeux sont également théoriques, comme nous l'avons vu dans le deuxième chapitre. Nombre d'études mettent en évidence l'influence des instruments de gestion sur les façons de voir, de penser et d'agir. Les instruments de gestion sont des constructions sociales, culturelles et politiques qui façonnent l'environnement auquel ils prennent part. Ces recherches sont centrales en ce qu'elles portent un regard critique sur les approches traditionnelles du contrôle de gestion, pensé uniquement par un prisme

technique et indépendamment de la subjectivité des acteurs. Mais peu de ces recherches offrent une réflexion sur les façons très concrètes dont ces instruments sont mobilisés et les mécanismes par lesquels ils acquièrent un tel pouvoir d'influence. Elles dégagent parfois un sentiment de toute-puissance de l'instrument de gestion qui, d'apparence neutre, véhicule les desseins de ses concepteurs et transforme les individus, les organisations et la société à l'insu de tous. En outre, ces recherches ne sont pas toujours assorties d'une description de l'instrument considéré, limitant la compréhension de son influence.

Alors que la recherche interprétative attribue aux instruments de comptabilité et de contrôle de gestion une influence forte sur la constitution des organisations, notamment comme des vecteurs de changement organisationnel, les recherches s'intéressant à la constitution et à l'évolution des rôles de gestion dans les organisations tendent au contraire à laisser de côté les instruments de gestion dans l'analyse. Pourtant, nombre d'organisations sont concernées par une tendance à l'hybridation des rôles de professionnels et de gestionnaires, et les instruments de gestion, en tant qu'incarnation d'une logique économique et gestionnaire nouvelle pour les professionnels, seraient un vecteur possible de cette hybridation des rôles. Nous avons donc proposé de nous pencher plus attentivement sur les usages et les impacts des instruments de gestion dans le cadre de la tenue de rôles hybrides.

Afin d'apporter des réponses à ces questionnements empiriques et théoriques, nous avons choisi de recourir à la théorie de l'acteur-réseau. Nous avons présenté les fondements de ce corpus théorique et sa mobilisation dans le champ de la recherche en comptabilité et en contrôle de gestion dans le troisième chapitre. Une des forces de cette approche théorique est l'attention portée à la fois aux objets et aux humains. Alors que de nombreuses recherches s'intéressent à la fabrication des instruments de comptabilité et de contrôle de gestion comme processus de traduction centré sur les acteurs, nous nous intéressons plutôt aux attaches qui lient les instruments de gestion et les acteurs et à la façon dont la formation de ces attaches contribue à l'établissement d'un phénomène socio-organisationnel tel que l'hybridation de rôles de professionnel et de gestionnaire.

Nous avons ainsi proposé une lecture spécifique du déploiement, des usages et des effets d'instruments de contrôle de gestion dans un important centre hospitalier général en France, par le prisme de la théorie de l'acteur-réseau. Les entretiens, les observations

et les documents collectés durant 20 mois nous ont permis de mettre en évidence l'influence double et interdépendante des instruments et des acteurs de l'hôpital sur la constitution de nouveaux rôles de professionnels-gestionnaires et l'évolution des rôles de gestion existants. Si les instruments de gestion prescrivent dans leur forme même de nouveaux rôles de professionnels-gestionnaires, ces derniers ne sont cependant internalisés que lorsque les instruments de gestion sont inscrits dans les activités et les relations des responsables de pôle. Attachés aux acteurs de l'hôpital, les instruments de gestion sont à la fois la matérialisation d'un rôle parfois cérémoniel, des vecteurs d'apprentissage d'un rôle économique, et enfin des moteurs de l'appropriation d'un rôle médico-économique.

Principales contributions de la thèse

Les contributions de cette thèse sont tout d'abord théoriques.

Nous contribuons dans un premier temps aux travaux s'intéressant aux instruments de gestion, à leurs usages et leurs effets. Nous mettons tout d'abord en exergue que les effets structurants des instruments de gestion se développent dans l'interaction avec les individus. Ces résultats font écho aux travaux initiés par Hopwood (1983 ; 1987), considérant le contrôle de gestion comme une pratique organisationnelle et sociale ainsi que les recherches de l'école française des outils de gestion (Aggeri & Labatut, 2010) qui considèrent que c'est la rencontre avec l'organisation qui réalise l'instrument de gestion et génère des changements complexes et imprévisibles. Nous considérons toutefois que les usages conditionnent, dans une certaine mesure, les changements produits. Nous soulignons également que ces changements socio-organisationnels sont distribués entre l'instrument et l'individu : l'instrument de gestion seul n'a qu'un impact réduit, de même que l'individu seul verra ses possibilités de changement limitées. En effet, nous avons mis en évidence que les instruments de gestion ouvrent, pour les individus qui les mobilisent, de nouvelles possibilités d'action dans des sphères d'activité inédites. Sur ce dernier point, nous contribuons ainsi aux travaux intéressés au caractère habilitant des instruments de contrôle de gestion, qui limitent le caractère habilitant à la sphère d'activité coutumière.

Plus spécifiquement, nous contribuons aux travaux intéressés par la constitution et/ou l'évolution de nouveaux rôles de gestion dans les organisations, et mettons en avant l'impact des instruments de gestion dans ces processus. Les instruments de gestion peuvent en effet être des véhicules, au sein de l'organisation, des standards de rôle définis par des institutions au niveau macro. Nous avons également vu que, dans le cas étudié, les instruments de gestion sont au cœur de dynamiques locales d'internalisation du rôle prescrit, en ce qu'ils contribuent à la matérialisation, l'apprentissage et l'appropriation du rôle prescrit. Les instruments de gestion influencent également les rôles existants, dans la mesure où tout rôle organisationnel s'inscrit dans un système de rôle plus large. Enfin, dans le cas particulier de rôles hybrides, nous avons mis en évidence que les instruments de gestion sont des vecteurs puissants d'hybridation des rôles professionnel et gestionnaire. Véhicules d'une logique économique et gestionnaire nouvelle auprès des professionnels, ces derniers sont impactés dans leurs représentations et leurs pratiques. Nous avons également vu que les instruments de gestion peuvent permettre une gestion individuelle des paradoxes liés à la tenue d'un rôle hybride.

Enfin, dans une perspective plus conceptuelle, nous proposons de raffiner le concept de médiateur développé par Latour (1994, 2005). Latour considère qu'est médiateur tout ce qui donne un cours nouveau à l'action. Dans la mesure où des changements dans les représentations et les intentions peuvent être un préalable à une transformation de l'action, nous proposons qu'est médiateur tout ce qui donne un cours nouveau à l'action mais aussi à la pensée.

Sur un plan empirique, nous documentons, à l'instar d'autres études, la mise en œuvre concrète des réformes de la nouvelle gouvernance et des instruments de gestion recommandés. Notre étude du CHM conforte les résultats des études précédentes selon lesquelles les effets des instruments de gestion implantés dans les hôpitaux restent en deçà des attentes, mais suggère que des changements plus profonds sont en gestation. Nous avons mis en évidence d'une part une inadaptation des instruments de contrôle de gestion à leur contexte d'implantation, ce qui conduit à une adaptation longue et coûteuse des professionnels ; d'autre part un non - alignement entre les objectifs liés à la diffusion d'instruments de contrôle de gestion pour les professionnels du soin et leur degré de responsabilisation, ce qui peut générer de la lassitude et une perte de sens.

Nous soulignons ainsi la nécessité d'une réflexion locale sur la forme des instruments à introduire, l'objectif recherché et la responsabilisation des acteurs. Enfin, nous avons relevé les tensions qui pouvaient exister autour de l'évolution du rôle des directions fonctionnelles, tensions liées à l'entrée des chefs de pôle et des cadres de santé de pôle dans la sphère de gestion. Nous avons ainsi souligné la nécessité de mener une réflexion sur les missions respectives des pôles et des directions fonctionnelles.

Limites et perspectives de recherche

Comme toute recherche, ce travail de thèse présente des limites, qu'il convient d'expliciter ici et qui ouvrent des perspectives d'étude complémentaires.

Nous pouvons tout d'abord voir ces limites par le prisme de l'acteur-réseau.

En effet, en reprenant les termes de ce corpus théorique, nous pouvons dire que nous n'avons pas tracé entièrement le réseau permettant de rendre compte de l'action des instruments de gestion. En particulier, il serait intéressant d'étudier la façon dont les instruments de gestion sont perçus ainsi que leurs effets à niveau plus opérationnel : médecins, infirmiers et cadres de santé de proximité. Dans notre thèse, les réactions de ces acteurs sont appréhendées par le biais des discours des responsables de pôle, ce qui n'est pas nécessairement révélateur des changements en cours à un niveau opérationnel. Le réseau aurait également gagné à être étendu à des acteurs extra-organisationnels. En effet, selon Latour (2005), les dichotomies construites entre l'organisation et son environnement extérieur ne sont pas pertinentes. Il serait par exemple intéressant d'intégrer dans l'analyse les concepteurs des CREA tels que l'ANAP, afin de mieux saisir le discours prescriptif et les desseins des concepteurs de ces instruments, ainsi que l'ARS, dont les relations avec les hôpitaux se font désormais sur une base contractuelle.

Sur un plan méthodologique, nous pouvons souligner deux limites.

Nous pensons tout d'abord que le format non-longitudinal de la collecte des données limite la compréhension du rôle des instruments de gestion dans la constitution et l'évolution de rôles organisationnels. Si notre étude a une dimension rétrospective, qui permet de porter un regard sur les rôles organisationnels durant la période préalable à la diffusion routinière d'instruments de contrôle de gestion dans les pôles à partir des

années 2010-2011, notre présence sur le terrain pendant une vingtaine de mois nous a permis une collecte des données approfondie mais n'interroge pas les ressentis, les discours et les pratiques des acteurs sur différentes périodes de temps. Nous avons ainsi pu mettre en évidence des effets variés des instruments de gestion sur les rôles pendant cette période (matérialisation d'un rôle cérémoniel, apprentissage, appropriation) mais sans pouvoir identifier si la coexistence de ces différentes dimensions traduisait une évolution dans le temps ou non.

Enfin, soulignons que cette thèse est un travail interprétatif, qui se base sur une étude de cas unique. Nos résultats ne sont donc pas nécessairement révélateurs des changements qui se produiraient dans d'autres organisations. Toutefois, la diffusion d'instruments de contrôle de gestion auprès du corps médical et soignant est à ce jour une réalité pour la plupart des hôpitaux tels que le CHM. Et de façon plus générale, l'introduction d'instruments de contrôle de gestion auprès de professionnels qui y sont originellement peu familiers est une problématique récurrente dans le secteur public. Nous pensons donc que ce travail de thèse suggère des pistes de réflexion utiles dans des contextes organisationnels différents, notamment dans le champ de la santé et des autres activités publiques.

BIBLIOGRAPHIE

Abernethy, M. A., & Chua, W. F. (1996). A Field Study of Control System “Redesign”: The Impact of Institutional Processes on Strategic Choice*. *Contemporary Accounting Research*, *13*(2), 569–606.

Abernethy, M. A., & Stoelwinder, J. U. (1990). The Relationship between Organisation Structure and Management Control in Hospitals: An Elaboration and Test of Mintzberg’s Professional Bureaucracy Model. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, *3*(3).

Abernethy, M. A., & Vagnoni, E. (2004). Power, organization design and managerial behaviour. *Accounting, Organizations and Society*, *29*(3-4), 207–225.

Adler, P. S., & Borys, B. (1996). Two Types of Bureaucracy: Enabling and Coercive. *Administrative Science Quarterly*, *41*(1), 61–89.

Aggeri, F., & Labatut, J. (2010). La gestion au prisme de ses instruments. Une analyse généalogique des approches théoriques fondées sur les instruments de gestion. *Finance Contrôle Stratégie*, *13*(3), 5–37.

Ahrens, T., & Chapman, C. (2002). The structuration of legitimate performance measures and management: day-to-day contests of accountability in a U.K. restaurant chain. *Management Accounting Research*, *13*(2), 151–171.

Ahrens, T., & Chapman, C. S. (2004). Accounting for Flexibility and Efficiency: A Field Study of Management Control Systems in a Restaurant Chain*. *Contemporary Accounting Research*, *21*(2), 271–301.

Ahrens, T., & Dent, J. F. (1998). Accounting and Organizations: Realizing the Richness of Field Research. *Journal of Management Accounting Research*, *10*, 1–39.

Aidemark, L.-G. (2001). The Meaning of Balanced Scorecards in the Health Care Organisation. *Financial Accountability & Management*, *17*(1), 23–40.

Akrich, M. (1987). Comment décrire les objets techniques? *Techniques & Culture*, (9), 49–64.

Akrich, M. (1991). L’analyse socio-technique. *La gestion de la recherche*, 339–353.

Akrich, M. (1993). Les formes de la médiation technique. *Réseaux. Communication - technologie - société*, (60), 87–98.

Akrich, M. (1998). Les utilisateurs, acteurs de l’innovation. *Éducation permanente*, (134), 79–90.

Akrich, M., Callon, M., & Latour, B. (1988). A quoi tient le succès des innovations? 1: L’art de l’intéressement; 2: Le choix des porte-parole. In *Gérer et comprendre. Annales des mines*.

Alcouffe, S., Berland, N., & Levant, Y. (2008). Actor-networks and the diffusion of management accounting innovations: A comparative study. *Management Accounting Research*, *19*(1), 1–17.

Allard-Poesi, F. (2003). Coder les données. In Y. Giordani, *Conduire un projet de recherche, une perspective qualitative* (pp. 245–290). Caen: EMS.

Allard-Poesi, F., & Perret, V. (2014). Fondement épistémologiques de la recherche. In R.-A. Thiétart et al., *Méthodes de recherche en management* (4ème édition). Paris: Dunod.

ANAP. (2009). Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôles. CREA, CREO, TCCM, tableaux de bord, une aide méthodologique au dialogue de gestion.

Ancelin-Bourguignon, A., Saulpic, O., & Zarlowski, P. (2013). Subjectivities and micro-processes of change in accounting practices: a case study. *Journal of Accounting & Organizational Change*, *9*(2), 206–236.

Anthony, R. N. (1988). *The Management Control Function*. Harvard Business School Press.

Ashburner, L., Ferlie, E., & FitzGerald, L. (1996). Organizational Transformation and Top-Down Change: The Case of the NHS. *British Journal of Management*, *7*(1), 1–16.

Barley, S. R. (1986). Technology as an Occasion for Structuring: Evidence from Observations of CT Scanners and the Social Order of Radiology Departments. *Administrative Science Quarterly*, *31*(1), 78–108.

Baumard, P., Donada, C., Ibert, J., & Xuereb, J.-M. (2014). La collecte des données et la gestion de leurs sources. In R.-A. Thiétart et al., *Méthodes de recherche en management* (4ème édition). Paris: Dunod.

Baxter, J. A., & Chua, W. F. (1998). Doing field research: Practice and meta-theory in counterpoint. *Journal of Management Accounting Research*, *10*, 69–87.

Bérard, E. (2011). L'appropriation du dispositif de contractualisation interne à l'hôpital de V. : évolution conjointe de la stratégie et du contrôle de gestion. In *Comptabilités, économie et société* (p. cd–rom). Montpellier, France.

Bérard, E. (2013a). Les pôles d'activité à l'hôpital vus comme un système cybernétique : une analyse en termes de contrôle de gestion. *Journal de gestion et d'économie médicales*, *31*(4), 187–205.

Bérard, E. (2013b). *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.* Thèse de doctorat, Université Panthéon-Sorbonne - Paris I ; ESCP Europe.

Berg, B. L., & Lune, H. (2012). *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*. Pearson.

Berry, M. (1983). Une technologie invisible - L'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains. Centre de Recherche en Gestion de l'Ecole Polytechnique.

Biddle, B. J. (1979). Role theory: Expectations, identities, and behaviors (pp. 55–86). New York: Academic Press.

Bolton, S. C. (2004). A Simple Matter of Control? NHS Hospital Nurses and New Management. *Journal of Management Studies*, *41*(2), 317–333.

Bonnier, C., Saulpic, O., & Zarlowski, P. (2013). Un tableau de bord objet-frontière entre deux communautés : étude de cas d'une clinique. Présenté au 34ème Congrès de l'Association Francophone de Comptabilité, Montréal.

Bouquin, H. (2005). *Les Grands Auteurs en Contrôle de Gestion*. Colombelles, France: EMS.

Bouret, P. (2008). Encadrer dans la fonction publique hospitalière : un travail de lien invisible. *Revue française d'administration publique*, *128*(4), 729–740.

Bourguignon, A. (2006). *Les instruments de gestion au risque de la réification*. Mémoire d'HDR, Université Paris-Dauphine.

Bourn, M., & Ezzamel, M. (1986a). Costing and Budgeting in the National Health Service. *Financial Accountability & Management*, *2*(1), 53–71.

Bourn, M., & Ezzamel, M. (1986b). Organisational Culture in Hospitals in the National Health Service. *Financial Accountability & Management*, *2*(3), 203–225.

Briers, M., & Chua, W. F. (2001). The role of actor-networks and boundary objects in management accounting change: a field study of an implementation of activity-based costing. *Accounting, Organizations and Society*, *26*(3), 237–269.

Brignall, S., & Modell, S. (2000). An institutional perspective on performance measurement and management in the "new public sector." *Management Accounting Research*, *11*(3), 281–306.

Brivot, M. (2013). L'outil habilite et contraint. In È. Chiapello & P. Gilbert, *Sociologie des outils de gestion*. Paris: La Découverte.

Brown, S. D. (2002). Michel Serres. *Theory, Culture & Society*, *19*(3), 1–27.

Burchell, S., Clubb, C., Hopwood, A., Hughes, J., & Nahapiet, J. (1980). The roles of accounting in organizations and society. *Accounting, Organizations and Society*, *5*(1), 5–27.

Burellier, F. (2011). *Etre ou ne pas être médecin-gestionnaire ? : étude de la transition vers le rôle de responsable de pôle dans les hôpitaux publics français*. Thèse de doctorat, Université de Grenoble.

Burellier, F., & Valette, A. (2011). Garder ou tomber la blouse ? *Journal de gestion et d'économie médicales*, *29*(6), 336–345.

Burns, J., & Scapens, R. W. (2000). Conceptualizing management accounting change: an institutional framework. *Management Accounting Research*, *11*(1), 3–25.

Butterfield, R., Edwards, C., & Woodall, J. (2005). The New Public Management and Managerial Roles: the Case of the Police Sergeant. *British Journal of Management*, *16*(4), 329–341.

Button, W. J., & Roberts, G. (1997). Communication, Clinical Directorates, and the Corporate NHS. *Journal of Public Relations Research*, *9*(2), 141–162.

Caglio, A. (2003). Enterprise Resource Planning systems and accountants: towards hybridization? *European Accounting Review*, *12*(1), 123–153.

Callon, M. (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques dans la Baie de Saint-Brieuc. *L'Année Sociologique*, *36*, 169–208.

Callon, M., & Latour, B. (1981). Unscrewing the big Leviathan: how actors macro-structure reality and how sociologists help them to do so. In *Advances in social theory and methodology: toward an integration of microand macro-sociologies* (pp. 277–303).

Callon, M., Millo, Y., & Muniesa, F. (2007). *Market Devices*. Blackwell.

Carruthers, B. G. (1995). Accounting, ambiguity, and the new institutionalism. *Accounting, Organizations and Society*, *20*(4), 313–328.

Chiapello, È., & Gilbert, P. (2013). *Sociologie des outils de gestion*. Paris: La Découverte.

Chreim, S., Williams, B. E. (Bernie), & Hinings, C. R. (Bob). (2007). Interlevel Influences on the Reconstruction of Professional Role Identity. *Academy of Management Journal*, *50*(6), 1515–1539.

Chua, W. F. (1995). Experts, networks and inscriptions in the fabrication of accounting images: a story of the representation of three public hospitals. *Accounting, Organizations and Society*, *20*(2), 111–145.

Chua, W.-F., & Degeling, P. (1993). Interrogating an accounting-based intervention on three axes: Instrumental, moral and aesthetic. *Accounting, Organizations and Society*, *18*(4), 291–318.

Chua, W. F., & Preston, A. (1994). Worrying about accounting in health care. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, *7*(3), 4–17.

Colon, M. (2014). *Les contrats de performance dans le secteur de l'eau urbaine ougandais, structures de la matérialisation de la logique de marché et supports du travail institutionnel*. Thèse de doctorat, AgroParisTech.

Coulon, R. (2011). Le cadre de santé, la gestion et le soin. *22ème Congrès de l'AGRH*.

Covaleski, M. A., & Dirsmith, M. W. (1983). Budgeting as a means for control and loose coupling. *Accounting, Organizations and Society*, *8*(4), 323–340.

Covaleski, M. A., Dirsmith, M. W., Heian, J. B., & Samuel, S. (1998). The calculated and the avowed: Techniques of discipline and struggles over identity in Big Six public accounting firms. *Administrative Science Quarterly*, 293–327.

Covaleski, M. A., Dirsmith, M. W., & Michelman, J. E. (1993). An institutional theory perspective on the DRG framework, case-mix accounting systems and health-care organizations. *Accounting, Organizations and Society*, *18*(1), 65–80.

Crémieux, F., Saulpic, O., & Zarlowski, P. (2013). 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.

Crozet, P., Kaaniche, A., & Lienard, J. (2008). Nouvelle gouvernance à l'hôpital : recomposition de l'organisation et gestion des ressources humaines. *Politiques et management public*, (Vol 26/2), 31–52.

Crozier, M., & Friedberg, E. (2014). *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*. Paris: Points.

Cyert, R. M., & March, J. G. (1963). *Behavioral Theory of the Firm*. Cambridge, Mass., USA: Wiley-Blackwell.

Dambrin, C., & Lambert, C. (2007). Beauty Or Not Beauty... Les techniques du souci de soi comme outils de contrôle dans une entreprise cosmétique. In E. Pezet (ed), *Management et Conduite de Soi : Enquête sur les ascèses de la performance* (pp. 115–134). Vuibert.

Dambrin, C., & Lambert, C. (2008). Mothering or auditing? The case of two Big Four in France. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, *21*(4), 474–506.

Dambrin, C., Lambert, C., & Sponem, S. (2007). Control and change—Analysing the process of institutionalisation. *Management Accounting Research*, *18*(2), 172–208.

Dambrin, C., & Robson, K. (2011). Tracing performance in the pharmaceutical industry: Ambivalence, opacity and the performativity of flawed measures. *Accounting, Organizations and Society*, *36*(7), 428–455.

David, A. (1998). Outils de gestion et dynamique du changement.

David, A. (2006). Sensemaking, outils de gestion et activités de conception : quatre rapprochements. In D. Autissier & F. Bensebaa, *Les défis du sensemaking en entreprise. Karl Weick et les sciences de gestion*. Paris: Economica.

David, A., Hatchuel, A., & Laufer, R. (2008). *Les nouvelles fondations des sciences de gestion* (2e édition). Paris: Vuibert.

Denis, J.-L., Ferlie, E., & Van Gestel, N. (2015). Understanding Hybridity in Public Organizations. *Public Administration*, *93*(2), 273–289.

Denis, J.-L., Lamothe, L., & Langley, A. (2001). The Dynamics of Collective Leadership and Strategic Change in Pluralistic Organizations. *Academy of Management Journal*, *44*(4), 809–837.

Dent, J. F. (1991). Accounting and organizational cultures: A field study of the emergence of a new organizational reality. *Accounting, Organizations and Society*, *16*(8), 705–732.

Denzin, N. K. (1994). *On Understanding Emotion*. Transaction Publishers.

De Pouvourville, G. (2010). La crise d'identité des médecins face au nouveau management de l'hôpital. *Le journal de l'école de Paris du management*, *86*(6), 22–29.

Detchessahar, M., & Grevin, A. (2009). Un organisme de santé... malade de « gestionnite ». *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, *98*(4), 27–37.

DGOS. (2008). *Etude prospective des métiers de cadre de santé de proximité et de cadre de santé de pôle*.

DHOS, & ANAP. (2010). *La loi HPST à l'hôpital : les clés pour comprendre*.

Divay, S., & Gadea, C. (2008). Les cadres de santé face à la logique managériale. *Revue française d'administration publique*, *128*(4), 677.

Doan-Grall, B. (2014). *Le rôle de la technologie dans la construction des représentations et des pratiques de la relation client : le cas des progiciels CRM*. Thèse de doctorat, Jouy-en Josas, HEC.

Doolin, B. (1999). Casemix Management in a New Zealand Hospital: Rationalisation and Resistance. *Financial Accountability & Management*, *15*(3-4), 397–417.

Doolin, B. (2001). Doctors as managers - New Public Management in a New Zealand hospital. *Public Management Review*, *3*(2), 231–254.

Dos Santos, C., Mousli, M., & Randriamiarana, J. (2014). De la T2A à HPST : quelle contribution du contrôle de gestion au pilotage de la performance ? Étude de cas d'un CHU. *Journal de gestion et d'économie médicales*, *32*(4), 291–307.

DREES. (2012). *Le panorama des établissements de santé*. Sous la coordination de B. Boisguérin et C.Minodier.

DREES. (2014). *Le panorama des établissements de santé*. Sous la coordination de B. Boisguérin et G. Brilhault.

Dumas, M., & Ruiller, C. (2011). Quelles compétences pour le cadre de santé de demain? Entre prescriptions multi-objectifs et réalité du terrain: un métier à «panser. *22 Ième Congrès de l'AGRH Au Maroc, 26-28 Octobre 2011*.

Dumez, H. (2011). L'Actor-Network-Theory (ANT) comme technologie de la description - ou pourquoi nous sommes tous des fourmis décrivantes. *Le Libellio d'Aegis*, *7*(4), 27–38.

Dumez, H. (2013a). *Méthodologie de la recherche qualitative - Les 10 questions clés de la démarche compréhensive*. Paris: VUIBERT.

Dumez, H. (2013b). Qu'est-ce qu'un cas, et que peut-on attendre d'une étude de cas ? *Le Libellio d'Aegis*, *9*(2), 13–26.

Ebaugh, H. R. F. (1988). *Becoming an Ex: The Process of Role Exit* (1 edition). Chicago: University Of Chicago Press.

Engel, F., Kletz, F., & Moisdon, J.-C. (1997). L'instrument multiprise. In J.-C. Moisdon (Ed.), *Du mode d'existence des outils de gestion* (pp. 114–133). Place: Seli Arslan.

Fellinger, F., & Boiron, F. (2012). *Mission Hôpital public* (rapport public). Ministère du travail, de l'emploi et de la santé.

Feroni, I., & Kober-Smith, A. (2005). La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne. *Revue française de sociologie*, *46*(3), 469–494.

Ferreira, A., & Otley, D. (2009). The design and use of performance management systems: An extended framework for analysis. *Management Accounting Research*, *20*(4), 263–282.

Fitzgerald, L., & Ferlie, E. (2000). Professionals: Back to the future? *Human Relations*, *53*(5), 713–739.

Freidson, E. (1984). *La profession médicale*. Paris: Payot.

Georgescu, I., & Rivière, A. (2013). Evolution des pratiques chez les acteurs du soin à l'hôpital, managérialisation et identité professionnelle. Présenté au XXIVème congrès AGRH, Paris.

Giddens, A. (1984). *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration*. University of California Press.

Gilbert, P. (1998). *L'instrumentation de gestion*. Paris: Economica.

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*.

Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2002). Gérer les soins de santé et le traitement de la maladie. *Gestion*, *273*(3), 12.

Gouffé, V., & Cargnello-Charles, E. (2014). Le contrat de pôle, une opportunité pour les acteurs des organisations polaires. Présenté au IIème Congrès ARAMOS, Marseille.

Grimand, A. (2012). L'appropriation des outils de gestion et ses effets sur les dynamiques organisationnelles : le cas du déploiement d'un référentiel des emplois et des compétences. *Management & Avenir*, *n° 54*(4), 237–257.

Hasselbladh, H., & Kallinikos, J. (2000). The Project of Rationalization: A Critique and Reappraisal of Neo-Institutionalism in Organization Studies. *Organization Studies*, *21*(4), 697–720.

Hatchuel, A. (1996). Coopération et conception collective. Variété et crises des rapports de prescription. *Coopération et Conception*, 101–122.

Hatchuel, A., & Weil, B. (1992). *L'expert et le système*. Paris, Fr: Economica.

Havard, C. (2014). La mise en place des pôles au sein d'un centre hospitalier : quelle articulation des logiques ? Présenté au IIème congrès ARAMOS, Marseille.

Hood, C. (1995). The "New Public Management" in the 1980s: variations on a theme. *Accounting, Organizations and Society*, *20*(2), 93–109.

Hopwood, A. G. (1983). On trying to study accounting in the contexts in which it operates. *Accounting, Organizations and Society*, *8*(2–3), 287–305.

Hopwood, A. G. (1987). The archeology of accounting systems. *Accounting, Organizations and Society*, *12*(3), 207–234.

Hopwood, A. G., & Miller, P. (1994). *Accounting as Social and Institutional Practice*. Cambridge University Press.

IGAS. (2012). *Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé* (No. RM2012-011P). Etabli par A. Bruant-Bisson, P. Castel, M.P. Panel.

IGAS. (2013). *L'hôpital*.

Jacobs, K. (1995). Budgets: a medium of organizational transformation. *Management Accounting Research*, *6*(1), 59–75.

Jacobs, K. (2005). Hybridisation or polarisation: doctors and accounting in the UK, Germany and Italy. *Financial Accountability & Management*, *21*(2), 135–162.

Jones, T. C., & Dugdale. (2002). The ABC bandwagon and the juggernaut of modernity. *Accounting, Organizations and Society*, *27*(1–2), 121–163.

Journé, B. (2012). Collecter les données par l'observation. In M.-L. Gavard-Perret, D. Gotteland, C. Haon, & A. Jolibert, *Méthodologie de la recherche en sciences de gestion: Réussir son mémoire ou sa thèse* (2ème ed.). Pearson Education France.

Justesen, L., & Mouritsen, J. (2011). Effects of actor-network theory in accounting research. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, *24*(2), 161–193.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1992). The Balanced Scorecard: Measures that Drive Performance. *Harvard Business Review*, *January-February*, 71–79.

Katz, D., & Kahn, R. L. (1966). *The social psychology of organizations*. New York: Wiley.

Koenig, G. (1993). Production de la connaissance et constitution des pratiques organisationnelles. *Revue de Gestion Des Ressources Humaines*, (9), 4–17.

Kurunmäki, L. (1999). Professional vs financial capital in the field of health care—struggles for the redistribution of power and control. *Accounting, Organizations and Society*, *24*(2), 95–124.

Kurunmäki, L. (2004). A hybrid profession—the acquisition of management accounting expertise by medical professionals. *Accounting, Organizations and Society*, *29*(3-4), 327–347.

Kurunmaki, L., Lapsley, I., & Melia, K. (2003). Accountingization v. legitimation: a comparative study of the use of accounting information in intensive care. *Management Accounting Research*, *14*(2), 112–139.

Lamothe, L. (1999). La reconfiguration des hôpitaux : un défi d'ordre professionnel. *Ruptures, Revue Transdisciplinaire En Santé*, *6*(2), 132–148.

Lartigau, J. (2009). L'évolution de la fonction contrôle de gestion à l'hôpital. *Journal de gestion et d'économie médicales*, *27*(7), 371–391.

Latour, B. (1987). *Science in action: how to follow scientists and engineers through society*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Latour, B. (1994). On Technical Mediation. *Common Knowledge*, *3*(2), 29–64.

Latour, B. (2003). Is Re-modernization Occurring - And If So, How to Prove It? A Commentary on Ulrich Beck. *Theory, Culture & Society*, *20*(2), 35–48.

Latour, B. (2005). *Reassembling the social: an introduction to actor-network-theory*. Oxford; New York: Oxford University Press.

Laughlin, R., Broadbent, J., & Shearn, D. (1992). Recent Financial and Accountability Changes in General Practice: An Unhealthy Intrusion into Medical Autonomy? *Financial Accountability & Management*, *8*(2), 129–148.

Laughlin, R., Broadbent, J., & Willig-Atherton, H. (1994). Recent financial and administrative changes in GP practices in the UK: initial experiences and effects. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, *7*(3), 96–124.

Lehtonen, T. (2007). DRG-based prospective pricing and case-mix accounting—Exploring the mechanisms of successful implementation. *Management Accounting Research*, *18*(3), 367–395.

Lenay, O., & Moisdon, J.-C. (2003). Du système d'information médicalisée à la tarification à l'activité. Trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier. *Revue Française de Gestion*, *29*(146), 131–141.

Llewellyn, S. (2001). Two-way windows': clinicians as medical managers. *Organization Studies*, *22*(4), 593–623.

Lorino, P. (2002). *Vers une théorie pragmatique et sémiotique des outils appliquée aux instruments de gestion*. Groupe ESSEC.

Lowe, A. (2000). Accounting in health care: some evidence on the impact of casemix systems. *The British Accounting Review*, *32*(2), 189–211.

Lowe, A. (2001). Accounting information systems as knowledge-objects: some effects of objectualization. *Management Accounting Research*, *12*(1), 75–100.

Malmi, T., & Brown, D. A. (2008). Management control systems as a package—Opportunities, challenges and research directions. *Management Accounting Research*, *19*(4), 287–300.

March, J. G., & Olsen, J., P. (1976). *Ambiguity and Choice in organizations* (Bergen, Norway: Universitetsforlaget).

Meyer, J. W., & Rowan, B. (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, *83*(2), 340–363.

Miller, P. (1990). On the interrelations between accounting and the state. *Accounting, Organizations and Society*, *15*(4), 315–338.

Miller, P. (1991). Accounting innovation beyond the enterprise: Problematizing investment decisions and programming economic growth in the U.K. in the 1960s. *Accounting, Organizations and Society*, *16*(8), 733–762.

Miller, P., & O'Leary, T. (1987). Accounting and the construction of the governable person. *Accounting, Organizations and Society*, *12*(3), 235–265.

Miller, P., & O'Leary, T. (2007). Mediating instruments and making markets: Capital budgeting, science and the economy. *Accounting, Organizations and Society*, *32*(7–8), 701–734.

Miller, P., & Power, M. (2013). Accounting, Organizing, and Economizing: Connecting Accounting Research and Organization Theory. *The Academy of Management Annals*, *7*(1), 557–605.

Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organisation*. Englewood Cliffs, Prentice Hall.

Moisdon, J.-C. (1997). *Du mode d'existence des outils de gestion*. Paris: Seli Arslan.

Moisdon, J.-C. (2000). Quelle est la valeur de ton point ISA ? *Sociologie Du Travail*, *42*(1), 31–49.

Moisdon, J.-C. (2005). Comment apprend-on par les outils de gestion ? In R. Teulier & P. Lorino, *Entre connaissance et organisation: l'activité collective*. La Découverte.

Moisdon, J.-C. (2010). L'évaluation du changement organisationnel par l'approche de la recherche intervention. L'exemple des impacts de la T2A. *Revue Française Des Affaires Sociales*, (1), 213–226.

Moisdon, J.-C. (2012). Le paradoxe de la boîte noire. Réformes hospitalières et organisation. *Droit et Société*, (1), 91–115.

Morales, J., & Sponem, S. (2009). Rationaliser, dominer, discipliner. Une revue des recherches critiques en contrôle de gestion. *Economie et Société*, (21), 2001–2043.

Mouritsen, J. (2005). Beyond accounting change: design and mobilisation of management control systems. *Journal of Accounting & Organizational Change*, *1*(1), 97–113.

Nobre, T. (1998). Management de la valeur et pouvoirs dans l'hôpital. *Finance Contrôle Stratégie*, *1*(2), 113–135.

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

Oakes, L. S., Townley, B., & Cooper, D. J. (1998). Business planning as pedagogy: language and control in a changing institutional field. *Administrative Science Quarterly*, 257–292.

Olsen, J. P., & March, J. G. (2004). *The logic of appropriateness* (ARENA Working Paper No. 9). ARENA.

Orlikowski, W. J. (1992). The Duality of Technology: Rethinking the Concept of Technology in Organizations. *Organization Science*, *3*(3), 398–427.

Or, Z., & Renaud, T. (2009). Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A). *Enseignements de La Théorie Économique et Des Expériences Étrangères [document de Travail]*. *Paris (France): Institut de Recherche et Documentation En Économie de La Santé*. Retrieved from http://integeco.u-bordeaux4.fr/acte2A.pdf

Ouchi, W. G. (1979). A conceptual framework for the design of organizational control mechanisms. *Management Science*, *25*(9), 833–848.

Perret, V., & Séville, M. (2007). Fondement épistémologiques de la recherche. In R.-A. Thiétart et al., *Méthodes de recherche en management* (3ème édition). Paris: Dunod.

Pettersen, I. J. (1995). Budgetary Control of Hospitals — Ritual Rhetorics and Rationalized Myths? *Financial Accountability & Management*, *11*(3), 207–221.

Preston, A. M. (2006). Enabling, enacting and maintaining action at a distance: An historical case study of the role of accounts in the reduction of the Navajo herds. *Accounting, Organizations and Society*, *31*(6), 559–578.

Preston, A. M., Cooper, D. J., & Coombs, R. W. (1992). Fabricating budgets: A study of the production of management budgeting in the national health service. *Accounting, Organizations and Society*, *17*(6), 561–593.

Rabardel, P. (1995). *Les hommes et les technologies: approche cognitive des instruments contemporains*. Armand Colin.

Rabardel, P. (2007). 13. Instrument, activité et développement du pouvoir d'agir. *Recherches*, 251–265.

Roberts, J., & Scapens, R. (1985). Accounting systems and systems of accountability — understanding accounting practices in their organisational contexts. *Accounting, Organizations and Society*, *10*(4), 443–456.

Robson, K. (1991). On the arenas of accounting change: The process of translation. *Accounting, Organizations and Society*, *16*(5–6), 547–570.

Robson, K. (1992). Accounting numbers as "inscription": Action at a distance and the development of accounting. *Accounting, Organizations and Society*, *17*(7), 685–708.

Simon, H. A. (1947). *Administrative Behavior, 4th Edition*. New York: S & S International.

Star, S. L. (1991). Power, technology and the phenomenology of conventions: on being allergic to onions. In *A Sociology of Monsters: Essays on Power, Technology, and Domination* (Law, J.). Routledge.

Star, S. L., & Griesemer, J. R. (1989). Institutional Ecology, `Translations' and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39. *Social Studies of Science*, *19*(3), 387–420.

Valette, A., & Burellier, F. (2014). Quand l'habit fait le moine les chefs des pôles hospitaliers : devenir des hydrides « malgré tout » ? *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, *116*(2), 4–13.

Valette, A., Grenier, C., Saulpic, O., & Zarlowski, P. (2014). La fabrication du médico-économique à l'hôpital public en France. Une méta-analyse de la littérature académique. Présenté au VI ème Symposium International « Regards croisés sur les transformations de la gestion et des organisations publiques », Montréal, Canada.

Vallet, G. (2012). Préface. In *Le management de pôles à l'hôpital.: Regards croisés, enjeux et défis* (Thierry Nobre et Patrick Lambert). Paris: Dunod. Retrieved from

Weber, M. (1964). *The Theory of Social and Economic Organization*. New York: Free Press.

Weick, K. E. (1995). *Sensemaking in Organizations*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.

Wouters, M., & Wilderom, C. (2008). Developing performance-measurement systems as enabling formalization: A longitudinal field study of a logistics department. *Accounting, Organizations and Society*, *33*(4–5), 488–516.

ANNEXES

Annexe 1. Liste des personnes interrogées 328

Annexe 2. Guides d'entretien 330

Annexe 3. Caractéristiques des pôles cliniques et médicotechniques 336

Annexe 1. Liste des personnes interrogées

Chefs de pôle

Chef du pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies

Ancien chef du pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies (également président de la CME)

Chef du pôle Femme-Mère-Enfant

Chef du pôle Médecine 2

Chef du pôle Urgences-Réanimation-Spécialités médicotechniques

Cadres supérieur de santé de pôle

Cadre supérieur de santé du pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies

Cadre supérieur de santé du pôle Femme-Mère-Enfant

Cadre supérieur de santé du pôle Gériatrie

Cadre supérieur de santé du pôle Médecine 1

Cadre supérieur de santé du pôle Médecine 2

Cadre supérieur de santé du pôle Urgences-Réanimation-Spécialités médicotechniques

Assistants de gestion des pôles

Assistante de gestion des pôles Bloc-Anesthésie-Chirurgies et Femme-Mère-Enfant

Assistante de gestion des pôles Médecine 1 et Médecine 2

Assistante de gestion des pôles Gériatrie et Urgences-Réanimation-Spécialités médicotechniques

Direction

Directeur

Directeur des affaires générales

Directrice des affaires médicales

Directrice de la qualité et de la sécurité des soins

Directeur des services techniques et du projet de reconstruction

Contrôleuse de gestion

Autre

Président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) (également ancien chef du pôle Bloc-Anesthésie-Chirurgies)

Médecin du département d'information médicale (DIM)

Coach extérieur

Annexe 2. Guides d'entretien

1. Guides d'entretien de la première vague

Guide d'entretien « administratifs »

Situation dans l'organisation :

1. Quel poste occupez-vous au sein de l'organisation ?
2. Qui sont vos supérieurs et vos subordonnées ?
3. En quoi consiste votre activité aujourd'hui ?
4. Quels sont les facteurs importants pour la réussite de votre activité ?
5. Quels sont les facteurs importants pour la réussite de l'organisation ?
6. Quels sont vos leviers (ou les leviers de la direction) pour la réussite de l'organisation ?
7. Quels sont vos leviers pour influer sur l'activité des médecins salariés, des médecins libéraux, des cadres ?

Panorama des tableaux de bord et des revues de gestion

8. Quels sont les outils de pilotage (indicateurs, postes de dépenses, activité,….) utilisés par les différents acteurs de l'organisation ? Quels sont les outils qui permettent de suivre la stratégie/l'activité ?
9. Quels sont les outils de pilotage que vous utilisez ?
10. Quels sont les lieux/réunions dans lesquels ces outils de pilotage sont utilisés ?

Tableaux de bord

Pour chacun des outils :

11. Description : Demander un exemplaire. Le faire décrire. Depuis quand sont-ils utilisés dans votre établissement ?
12. Production et diffusion : Comment sont-ils produits et diffusés? (e.g. papier, fichier pdf, ficher excel ; mail ou intranet…) et par qui ? Selon quelle périodicité ?
13. Utilisation
    a. Comment utilisez-vous ce TB ? Quand vous le recevez, que faites-vous ? Quelles sont les conséquences de l'atteinte ou non des objectifs sur les différents indicateurs ? Quels sont les indicateurs que vous regardez particulièrement ? Que signifient-ils ? Que tirez-vous de l'analyse de ces indicateurs ? (Parcourir le TB avec la personne en lui demandant de commenter les indicateurs qu'elle dit ne pas regarder, de dire pourquoi). Globalement, que tirez-vous de ces TB ? Avez-vous constaté des évolutions dans ces TB et leur utilisation ?
    b. comment souhaitez-vous / pensez-vous que les autres utilisateurs l'utilisent ?
14. Intention : Pourquoi avoir mis en place ce TB / à quoi doit-il servir ? Dans l'idéal, quel comportement souhaitez-vous obtenir des opérationnels ?

15. Conditions d'appropriation : Comment avez-vous conçu les TB ? Comment les opérationnels/autres utilisateurs ont-ils été intégrés à la conception ? Faites-vous évoluer les TB et comment ?
16. Analyse :
    a. que vous apporte ce TB ? Ce TB a-t-il modifié votre pratique professionnelle, si oui comment ? Avez-vous des critiques à l'égard de ces TB ? Quelles modifications souhaiteriez-vous y apporter ? Que pensez-vous de leur ergonomie ? Que pensez-vous de leur périodicité ? Des indicateurs ?
    b. Quelle est selon vous l'opinion des opérationnels sur ce TB ? Que pensez-vous qu'ils en tirent ? Quelles sont selon-vous les conséquences de ce TB sur leur pratique professionnelle ? Quelles sont d'après vous les difficultés qu'éprouvent les opérationnels pour interpréter les données ? Pensez-vous que les opérationnels utilisent ce TB ? Pensez-vous que les opérationnels utilisent d'autres indicateurs ?

Réunions d'analyse des TB (revues de gestion)

Pour chaque réunion :

17. Description : quelle est la fréquence de cette réunion ? pouvez-vous nous décrire comment elle se déroule? qui y participe ? Comment est-elle préparée? Comment le TB est-il mobilisé ? Quelles sont les conséquences de cette réunion ?
18. Intention : pourquoi avoir mis en place cette réunion ? A quoi doit-elle servir ?
19. Analyse : quel est l'intérêt de cette réunion pour vous ? Quelles modifications souhaiteriez-vous y apporter ?

Synthèse

Globalement,

20. estimez-vous disposer des outils nécessaires pour la réussite de votre activité ? De quelles autres outils / informations souhaiteriez-vous disposer ? Pourquoi ?
21. Estimez-vous que les opérationnels disposent des outils nécessaires pour la réussite de leur activité ? De quelles autres outils / informations souhaiteriez-vous qu'ils disposent ? Pourquoi ?

Guide d'entretien « pôles » (chef de pôle, cadre de santé de pôle)

N.B. Ce guide suppose que les chercheurs connaissent et disposent des TB conçus par la direction

Situation dans l'organisation

1. Quel poste occupez-vous au sein de l'organisation ?
2. En quoi consiste votre activité aujourd'hui ?
3. Quels sont les facteurs importants pour la réussite de votre activité ?
4. Quels sont vos liens avec la clinique ? Avec la direction ? Quelle est votre contribution à la réussite de la clinique ? Comment la direction peut-elle influer sur votre activité ?

Tableaux de bord

5. Quels sont les outils de pilotage (indicateurs, postes de dépenses, activité,….) que vous utilisez (fournis par la direction ou développés localement) ? Quels sont les outils qui vous permettent de suivre votre activité ? Avez-vous d'autres outils que les TB diffusés par la direction ?
6. TB diffusé par la direction (donner le TB à la personne) :
   a. Description : à quelle fréquence et sous quelle forme recevez-vous ce TB ?
   a. Utilisation : comment utilisez-vous ce TB ? Quand vous le recevez, que faites-vous ? Quelles sont les conséquences de l'atteinte ou non des objectifs sur les différents indicateurs ? Quels sont les indicateurs que vous regardez particulièrement ? Que signifient-ils ? Que tirez-vous de l'analyse de ces indicateurs ? (Parcourir le TB avec la personne en lui demandant de commenter les indicateurs qu'elle dit ne pas regarder, de dire pourquoi). Globalement, que tirez-vous de ces TB ? Avez-vous constaté des évolutions dans ces TB et leur utilisation ?
   b. Intention : à votre avis pourquoi ces TB ont-ils été mis en place ? A quoi doivent-ils servir ?
   c. Conditions d'appropriation : avez-vous participé à la conception de ce TB ? Avez-vous la possibilité de le faire évoluer ?
   d. Analyse : que vous apporte ce TB ? Ce TB a-t-il modifié votre pratique professionnelle, si oui comment ? Avez-vous des critiques à l'égard de ces TB ? Quelles modifications souhaiteriez-vous y apporter ? Que pensez-vous de leur ergonomie ? Que pensez-vous de leur périodicité ? Des indicateurs ?
7. Si autres outils :
   a. Description : demander de montrer ces outils. A défaut, demander leur contenu. Quand avez-vous créé cet outil ?
   b. Utilisation : comment utilisez-vous ces informations/TB? A qui sont-elles diffusées ? Avec qui et où sont-elles analysées ? Quelles sont les conséquences de la lecture de ces informations ?
   c. Intention : pourquoi avez-vous mis en place ces TB ?

Réunions d'analyse des TB (revues de gestion)

8. Description : pouvez-vous nous décrire comment se déroulent ces revues de gestion ? qui y participe ? Comment le TB est-il mobilisé ? Quelles sont les conséquences de ces revues de gestion ?
9. Intention : à votre avis pourquoi ces revues ont-elle été mises en place ? A quoi doivent-elles servir ?
10. Analyse : quel est l'intérêt de ces revues de gestion pour vous ? Pourquoi participez-vous à ces revues de gestion ? Ces réunions ont-elles modifié votre pratique professionnelle, si oui comment ? Quelles modifications souhaiteriez-vous y apporter ?

Synthèse

11. Globalement, estimez-vous disposer des outils nécessaires pour la réussite de votre activité ?
12. De quelles autres outils / informations souhaiteriez-vous disposer ? Pourquoi ?

2. Guides d'entretien de la deuxième vague

Guide d'entretien « pôles »

Situation dans l'organisation

1. Quel poste occupez-vous au sein de l'organisation ? Depuis quand ?
2. En quoi consiste votre activité aujourd'hui ?
3. Comment jugez-vous la réussite de votre activité ?
4. Quels sont les facteurs importants pour mener à bien votre activité ?
5. Comment la direction peut-elle influer sur votre activité ?

Pilotage du pôle

6. Organisation par pôles : qu'en pensez-vous ? Avantages et limites ?
7. Quel est selon vous l'objectif de cette nouvelle organisation polaire ?
8. Qu'est-ce qui vous a conduit à être chef de pôle/cadre de santé de pôle ?
9. Combien de temps consacrez-vous à votre fonction de gestionnaire de pôle ?
10. Y-a-t-il un discours de la direction sur un fonctionnement attendu des pôles (réunions de pôles, mobilisation des TB…)
11. Déconcentration de gestion : vous paraît-elle effective ?

Tableaux de bord

12. Quels sont les outils de pilotage (indicateurs, postes de dépenses, activité,….) que vous utilisez (fournis par la direction ou développés localement) ?
13. TB de pôles
    a. Description : à quelle fréquence et sous quelle forme recevez-vous ce TB ?
    b. Utilisation : comment utilisez-vous ce TB ? Quelles sont les conséquences de l'atteinte ou non des objectifs sur les différents indicateurs ? Quels sont les indicateurs que vous regardez particulièrement ? Que tirez-vous de l'analyse de ces indicateurs ? Globalement, à quoi servent ces tableaux de bord et quel est leur intérêt ?
    c. Intention : à votre avis pourquoi ces TB ont-ils été mis en place ?
    d. Conditions d'appropriation : avez-vous participé à la conception de ces TB ? Avez-vous la possibilité de les faire évoluer ?
14. Analyse : que vous apporte ce TB ? Ce TB a-t-il modifié votre pratique professionnelle, si oui comment ? Avez-vous des critiques à l'égard de ces TB ?

15. Outils propres ?

a. Description : demander de montrer ces outils. A défaut, demander leur contenu. Quand avez-vous créé cet outil ?

b. Utilisation : comment utilisez-vous ces informations/TB? A qui sont-elles diffusées ? Avec qui et où sont-elles analysées ? Quelles sont les conséquences de la lecture de ces informations ?

c. *Intention : pourquoi avez-vous mis en place ces TB ?*

Réunions

16. Quelles sont les réunions dans lesquelles vous mobilisez ces tableaux de bord ?
17. Bureaux de pôle, revues de contrat de pôle, conseil des managers de pôle :
    a. Description : sujets abordés, participants
    b. Comment les TB sont-ils mobilisés dans ces réunions?
    c. Quelles sont les conséquences de ces réunions ? Des décisions sont-elles prises ?
18. Intention : à votre avis pourquoi ces réunions ont-elle été mises en place ?
19. Analyse : quel est l'intérêt de ces réunions pour vous ? Ces réunions ont-elles modifié votre pratique professionnelle, si oui comment ? Quelles modifications souhaiteriez-vous y apporter ?

Evolution des pratiques et des relations

20. Globalement, cette nouvelle organisation (pôles+réunions+TB) a-t-elle conduit à une évolution de vos pratiques (manière de fonctionner, compréhension/appréhension des problèmes, etc.) ?
21. Reporting à la direction : l'analyse/discussions des TB au niveau du pôle est-elle suivie d'un reporting à la direction ? De façon formelle ou informelle ?
22. Quid des autres médecins du pôle ?

Annexe 3. Caractéristiques des pôles cliniques et médicotechniques

Eléments caractéristiques des pôles

Nous présentons ici des éléments permettant d'appréhender plus en détail les caractéristiques spécifiques à chaque pôle. Outre les services composant chaque pôle, nous avons jugé intéressant de fournir des informations permettant de juger de la taille des pôles ainsi que de leur situation financière. Les données que nous fournissons sont les données de 2012, date à laquelle nous avons commencé notre terrain.

Afin de pouvoir comparer les pôles entre eux, nous évaluons la taille des pôles au montant des ressources consommées (dépenses directes et indirectes). En effet, juger de la taille des pôles par le nombre de lits ne serait pas pertinent pour des pôles tels à prestation tels que le pôle Urgence – Réanimation - Spécialités médicotechniques où le nombre de lits est faible mais où la consommation des ressources est importante. En retenant comme critère le montant des ressources consommées, il apparaît que le pôle Urgence – Réanimation - Spécialités médicotechniques et le pôle Santé mentale sont les plus importants du CHM, qui consomment respectivement 28M€ et 29M€. Viennent ensuite les pôles Bloc opératoire – Anesthésie – Chirurgies, Médecine 1 et Médecine 2 qui consomment respectivement 23M€, 22M€ et 19M€, et qui constituent également des pôles importants. Le pôle Femme-Mère-Enfant, qui consomme 13M€, apparaît comme un pôle de taille moyenne. Enfin, le pôle Gériatrie est le plus petit pôle du CHM, avec un montant de 4M€ de ressources consommées.

La situation financière des pôles est très contrastée. Deux pôles présentent des déficits importants : le pôle Femme-Mère-Enfant (-1648 k€) et le pôle Bloc opératoire-Anesthésie – Chirurgies (-1454 k€). Deux autres pôles sont également déficitaires, mais dans une moindre mesure. Il s'agit du pôle Médecine 1 (-288 k€) et du pôle Urgence – Réanimation - Spécialités médicotechniques (- 327k€). Il est intéressant de noter à ce sujet la diminution considérable du déficit de ce dernier pôle, qui présentait en 2011 un déficit de l'ordre de 2000k€. Cette réduction du déficit s'explique principalement par une forte augmentation des recettes alors que les dépenses ont été contenues. Les trois derniers pôles sont excédentaires. Le pôle de santé mentale se caractérise par un

excédent important de l'ordre de 3000 k€, de même que le pôle Médecine 2 (+1624 k€). Le pôle gériatrie est également excédentaire, avec un bénéfice de 887k€.

Pôles retenus pour le cas

Comparativement aux autres pôles, l'excédent important du pôle de santé mentale explique pour une large part la situation financière saine du CHM. L'activité de psychiatrie est donc importante pour le CHM. La situation financière de ce pôle s'explique pour une grande part par le fait que le secteur psychiatrique en France n'est pas soumis au système de financement à l'activité, en raison des spécificités de la prise en charge. Pour cette raison, nous excluons le pôle de Psychiatrie de notre étude et nous concentrons sur les 6 autres pôles, qui sont soumis à des contraintes de financement similaires, et dont les enjeux sont sensiblement différents de ceux qui peut rencontrer un pôle comme celui de santé mentale. Notons que nous incluons dans notre étude le pôle Gériatrie, puisque le CHM compte depuis 2005 une activité importante de gériatrie en MCO, avec l'ouverture d'unités de court séjour et hôpital de jour, en sus de l'activité en SSR. Un pan important de l'activité de gériatrie est donc sujet au financement par le T2A (10 000 journées en MCO et 1000 journées en SSR)

Pôle Médecine 1 Vasculaire et maladies métaboliques	
Conseil de pôle	Médecin chef de pôle : responsable du service cardiologie Cadre de soin associé : cadre supérieur Assistante de gestion : pôle Médecine 1 et Médecine 2
Disciplines	Algologie, Angiologie, Cardiologie, Coronarographie, Diabétologie, Endocrinologie, Hospitalisation à domicile, Hémodialyse, Médecine physique et de réadaptation, Néphrologie, Neurologie, Rhumatologie, Soins de suite et réadaptation
Ressources consommées	22 M€
Résultat	-288 k€

Pôle Médecine 2 Orientation interne, pneumologique et cancérologique	
Conseil de pôle	Médecin chef de pôle : chef du service pneumologie Cadre de soin associé : cadre supérieur Assistante de gestion : pôle Médecine 1 et Médecine 2
Disciplines	Alcoologie, Allergologie, Cancérologie, Centre de dépistage anonyme et gratuit, Dermatologie, Hôpital de jour et de semaine, Médecine générale, Médecine interne, Pneumologie, Radiothérapie, Soins palliatifs, Tabacologie, Vaccinations
Ressources consommées	19 M€
Résultat	+1624 k€

Pôle Urgence, Réanimation, Spécialités médicotechniques (URSMT)	
Conseil de pôle	Médecin chef de pôle : directeur SAMU Cadre de soin associé : cadre supérieur Assistante de gestion : pôle URSMT et Gériatrie Directeur référent : directeur des affaires médicales
Disciplines	Accueil des urgences, Hémovigilance, Imagerie médicale, Laboratoire, Réanimation, SAMU-SMUR, Hospitalisation de courte durée, Unité Post-Urgence, Unité consultation de soins ambulatoires
Ressources consommées	28 M€
Résultat	-327 k€

Pôle Bloc opératoire, Anesthésie, Chirurgies (BAC)	
Conseil de pôle	Médecin chef de pôle : chirurgien vasculaire et ancien médecin DIM Cadre de soin associé : cadre supérieur Assistante de gestion : pôle BAC et FME
Disciplines	Anesthésie, Bloc opératoire, Chirurgie ambulatoire, Chirurgie générale, Chirurgie ORL, Chirurgie orthopédique-traumatologique, Chirurgie urologique, Chirurgie vasculaire, Chirurgie viscérale et digestive, Gastroentérologie, Stomatologie, Ophtalmologie,
Ressources consommées	23 M€
Résultat	-1454 k€

Pôle filière gériatrique, préservation et maintien de l'autonomie	
Conseil de pôle	Médecin chef de pôle : médecin court séjour gériatrique Cadre de soin associé : cadre supérieur Assistante de gestion : pôle URSMT et Gériatrie Directeur référent : directeur du secteur gériatrique et médico-social
Disciplines	Accueil de jour, Consultation mémoire, Consultation onco-gériatrique, Médecine gériatrique, Hôpital de jour, Long séjour, Maison de retraite, Unité mobile d'évaluation de gériatrie
Ressources consommées	4 M€
Résultat	+887 k€

Pôle santé mentale	
Conseil de pôle	Médecin chef de pôle : responsable service psychiatrie adulte Cadre de soin associé : cadre supérieur Assistante de gestion : pôle URSMT et Gériatrie Référent du directeur : directeur des affaires générales
Disciplines	Accueil familial thérapeutique, Addictologie, Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, Centre de post cure, Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie, Centres médico psychologiques, Gérontopsychiatrie, Hôpitaux de jour, Maison communautaire, Pédopsychiatrie, Psychiatrie adulte, Thérapie de couple et de famille
Ressources consommées	29 M€
Résultat	+3000 k€

Pôle Femme, Mère, Enfant (FME)	
Conseil de pôle	Médecin chef de pôle : responsable service gynécologie-obstétrique Cadre de soin associé : sage-femme Assistante de gestion : pôle BAC et FME
Disciplines	Gynécologie, IVG, Maternité, Néonatalogie, Obstétrique, Pédiatrie, Centre d'action médico-social précoce, Centre de planification familiale
Ressources consommées	13 M€
Résultat	-1648 k€

SOMMAIRE DETAILLE

INTRODUCTION 1

CHAPITRE I. L'HOPITAL EN TRANSFORMATION : QUAND GESTION ET PROFESSIONNELS DU SOIN SE RENCONTRENT 9

Partie 1. L'hôpital public pris dans un tournant gestionnaire : de nouveaux modes de fonctionnement en gestation 11

1. L'hôpital public : un fournisseur de soins au fonctionnement complexe .. 11

1.1. L'hôpital public : un fournisseur de soins dans un environnement très réglementé 12

1.1.1. Les missions de l'hôpital public : soins et service public 12

1.1.2. L'environnement de l'hôpital : une réglementation forte 13

1.2. L'hôpital : une organisation complexe 15

1.2.1. Un système de production et de relations complexe 15

1.2.2. La sphère médicale 17

1.2.3. La logique du soin : les cadres paramédicaux 18

1.2.4. La logique administrative 19

2. Les réformes du système de santé français : rendre la gestion hospitalière publique plus efficiente 21

2.1. La réforme de la tarification à l'activité ou l'efficience exigée 21

2.1.1. Le système de dotation globale et ses limites 22

2.1.2. Le passage à la tarification à l'activité en 2004 23

2.1.3. La situation financière des hôpitaux publics révélée 29

2.2. La nouvelle gouvernance ou l'intégration de la communauté médicale à la gestion 30

2.2.1. Renforcement concomitant des pouvoirs du directeur et de la communauté médicale dans le pilotage stratégique 31

2.2.2. Les pôles d'activité, nouvelle structure de référence pour le pilotage opérationnel de l'hôpital 33

3. Les conséquences de ces réformes : de nouveaux modes de fonctionnement dans les hôpitaux 35

3.1. Une instrumentation de gestion croissante : du *reporting* administratif au contrôle de gestion décentralisé 35

3.1.1. Avant les réformes : mesurer l'activité de l'hôpital dans un objectif de reporting externe 35

3.1.2. Après les réformes : mesurer les coûts et les recettes des pôles pour mieux gérer 37

3.2. L'émergence de professionnels-gestionnaires 40

3.2.1. Le médecin chef de pôle : une casquette nouvelle de gestionnaire, en plus de celle de médecin 40

3.2.2. Le cadre de santé de pôle : collaborateur privilégié du chef de pôle 43

Partie 2. La mise en œuvre effective des réformes : des questions empiriques qui restent ouvertes 47

1. L'utilisation et l'impact des instruments de contrôle de gestion dans les hôpitaux 47

1.1. Les expériences étrangères : de la résistance à la rationalisation des pratiques médicales 47

1.2. Le contexte français : des changements constatés en-deçà des attentes, des explications à creuser 51

2. L'évolution des rôles de gestionnaire : transition vers les rôles de professionnels-gestionnaires et positionnement des gestionnaires « traditionnels » 55

2.1. La transition vers le rôle de « professionnel-gestionnaire » : quels freins et quels leviers ? 55

2.2. Le positionnement des administratifs : quel rôle ? 57

CHAPITRE II. INSTRUMENTS DE GESTION ET ROLES ORGANISATIONNELS DANS LA LITTERATURE 63

Partie1. Les instruments de gestion : une apparence neutre, mais une transformation inévitable des acteurs qui y sont associés 65

1. Les instruments de contrôle de gestion : éléments de définition 66

1.1. De l'outil de gestion à l'instrument de gestion 67

1.2. De l'instrument de gestion à l'instrument de contrôle de gestion 71

2. Les instruments de gestion dans les approches traditionnelles : entre neutralité et minoration de leur fonction 72

3. Les instruments de gestion dans une approche renouvelée : les transformations du voir, du penser et de l'agir 73

3.1. Les instruments de comptabilité et de contrôle de gestion comme véhicules discrets mais efficaces d'une doctrine économique 75

3.1.1. Les instruments de comptabilité et de contrôle de gestion « économisent » les comportements individuels, organisationnels et sociétal 75

3.1.2. Les explications de l'adhésion à des instruments a priori contraignants 80

3.2. Les instruments de gestion comme support pour l'apprentissage, le changement et l'action collective 83

Partie 2. La construction de rôles hybrides : quelle place pour les instruments de gestion ? 87

1. Le rôle : éléments de définition 87

1.1. Le rôle, à mi-chemin entre prescription et interprétation 89

1.2. Le rôle dans une approche système 90

2. Le statut des instruments de gestion dans la constitution des rôles organisationnels 91

2.1. Les instruments de gestion prescripteurs de rôle 91

2.2. De la prescription à l'internalisation du rôle : étudier la mise en pratique des instruments de gestion 93

3. Une question renouvelée par l'émergence de rôles hybrides de professionnels-gestionnaires 94

3.1. Les rôles hybrides, entre professionnel et gestionnaire 95

3.2. Les instruments de gestion pour comprendre la production de rôles hybrides 96

CHAPITRE III. ETUDIER LES INSTRUMENTS DE CONTROLE DE GESTION ET LEURS EFFETS PAR LE PRISME THEORIQUE DE L'ACTEUR RESEAU 103

Partie 1. Les fondements l'ANT : étudier les interactions entre les objets et les humains pour comprendre le social 105

1. Le choix de l'ANT comme ancrage théorique 105

1.1. Rééquilibrer l'influence de l'humain et du non humain dans l'analyse des phénomènes socio-organisationnels 106

1.2. Une théorie qui laisse la porte ouverte à l'inattendu et à l'émergent ... 106

1.3. Une analyse à la fois très localisée et étendue 108

2. Les principes de l'ANT 109

2.1. Une nouvelle conception du social 109

2.2. Le réseau et le processus de traduction au cœur de la fabrique du social : de l'acteur aux attaches 111

2.2.1. La traduction dans son acception originelle : un processus centré sur les acteurs 113

2.2.2. La traduction dans une acception récente : les attaches 114

2.3. La symétrie entre humains et non humains : la prise en compte des objets dans l'analyse 115

2.3.1. L'objet comme réceptacle : le concept d'inscription 116

2.3.2. L'objet porteur d'influence : le concept de médiateur 118

Partie 2. L'ANT dans la recherche en comptabilité et contrôle de gestion : des pistes de recherches qui restent ouvertes 123

1. Les instruments de gestion comme résultat d'un processus de traduction 123

1.1. Emergence et diffusion des systèmes de comptabilité et de contrôle de gestion dans la société 123

1.2. Implantation des systèmes de comptabilité et de contrôle de gestion dans un contexte organisationnel 124

2. Les instruments de gestion comme des actants constitutifs de la réalité organisationnelle 126

2.1. L'instrument de gestion comme inscription permettant l'action à distance 126

2.2. Le rôle constitutif des instruments de comptabilité et de contrôle de gestion « à proximité » 127

3. Conséquences pour notre recherche 128

3.1. Etudier le rôle des instruments de comptabilité et de contrôle de gestion dans les transformations organisationnelles « à proximité » 129

3.2. S'intéresser aux attaches qui lient les instruments de contrôle de gestion et les autres acteurs 130

3.3. De l'inscription au médiateur : repérer les changements de trajectoire dans les rôles organisationnels 132

CHAPITRE IV. EPISTEMOLOGIE ET METHODOLOGIE 139

Partie 1. Démarche de recherche 141

1. Fondements épistémologiques : une posture de recherche interprétative 141

1.1. Comprendre et rendre compte d'une réalité : celle de l'impact des instruments de contrôle de gestion sur les individus 142

1.2. Les critères de validité de cette réalité : être crédible 142

2. Mode de raisonnement : une démarche de recherche émergente 144

3. Être sur le terrain pour étudier le contrôle de gestion « en action » 146

3.1. La recherche de terrain pour rendre compte de la richesse du contrôle de gestion 147

3.2. La recherche de terrain pour étudier les choses en train de se faire 147

Partie 2. Recueil et traitement des données 151

1. Stratégie de recherche : une étude de cas unique dans un hôpital public 151

1.1. L'étude de cas comme stratégie de recherche privilégiée pour étudier les instruments de contrôle de gestion dans leur contexte 151

1.2. Présentation du terrain de recherche : le CHM, un hôpital propice à l'étude des instruments de contrôle de gestion et des rôles organisationnels 153

2. La collecte des données au CHM : entretiens semi-directifs, observations non participantes et analyse documentaire 155

2.1. Des entretiens semi-directifs pour accéder aux discours et aux représentations 156

2.2. Des observations non participantes pour capturer les pratiques 158

2.3. La collecte de données secondaires 161

2.4. Déroulement chronologique de la collecte des données 162

3. Analyse des données 164

3.1. Analyse au long cours 164

3.2. Traitement a posteriori : un codage « intermédiaire » 165

3.3. Une analyse qui se poursuit dans l'écriture du cas 169

CHAPITRE V. ETUDE DE CAS : CONTRATS DE POLE, INSTRUMENTS DE SUIVI FINANCIERS ET ROLES DE GESTION A L'HOPITAL CHM 175

Prologue – 2007-2011. Etre un professionnel-gestionnaire au CHM : un rôle symbolique 177

1. 2007-2009. Etre une « professionnel-gestionnaire » au CHM : un rôle fictif 177

1.1. 2007 : la création des pôles comme changement d'organigramme 177

1.2. Le chef de pôle : un rôle similaire à celui de chef de service, sans nouvelles responsabilités de gestion 180

1.3. De cadre de santé de secteur à cadre de santé de pôle : une promotion attrayante mais sans impact sur les pratiques de gestion 187

2. 2010 – 2011. Etre un professionnel-gestionnaire au CHM : un rôle légitime 190

2.1. Un chef d'établissement promoteur de la nouvelle gouvernance 190

2.2. Des chefs de pôle et des cadres de santé de pôle légitimés comme des acteurs de la gestion 191

2.3. Des instruments de gestion pour les responsables de pôle 194

Partie 1. L'introduction d'instruments de contrôle de gestion pour les pôles : la prescription des rôles de chef de pôle et de cadre de santé de pôle 197

1. Les contrats de pôle comme inscription sommaire du rôle : distribution des rôles et attribution d'une mission de pilotage 198

2. Les tableaux de bord de pôle comme inscription approfondie du rôle : un rôle économique et situé 202

2.1. Les CREA et instruments de mesure de l'activité : le rôle de responsable de pôle défini par un prisme économique 202

2.2. Les tableaux de bord de service : l'objet du rôle localisé dans les services 208

3. Un rôle certes prescrit… mais pas nécessairement tenu 214

Partie 2. Les instruments de contrôle de gestion attachés : internalisation du rôle de responsable de pôle et reconfiguration du système de rôle 217

1. Quand la direction attache les responsables de pôle aux instruments de contrôle de gestion : entre cérémonialité et apprentissage économique du rôle 218

1.1. Les instruments de contrôle de gestion comme matérialisation d'un rôle cérémoniel 218

1.1.1. Les cadres de santé de pôle pris dans la spirale de la justification 219

1.1.2. Les chefs de pôle en quête de légitimité 225

1.2. Les instruments de contrôle de gestion comme vecteurs d'apprentissage économique du rôle 237

1.2.1. La direction : les instruments de contrôle de gestion pour apprendre aux responsables de pôle à être de bons gestionnaires de pôle 238

1.2.2. Les assistantes de gestion dans les pôles : les instruments de contrôle de gestion pour apprendre l'économique aux responsables de pôle 242

2. Quand les responsables de pôle s'attachent aux instruments de contrôle de gestion : l'appropriation d'un rôle « médico-économique » et la déstabilisation du système de rôle traditionnel 248

2.1. Inscrire la clinique dans les instruments de contrôle de gestion : le responsable de pôle – contrôleur de gestion 248

2.2. Concilier l'économique et la clinique dans les pratiques : les instruments de contrôle de gestion comme stratégie de pilotage médico-économique... 256

2.2.1. Les instruments de contrôle de gestion comme stratégie de gestion du personnel soignant : quand les cadres de santé demandent des comptes à la direction 257

2.2.2. Les instruments de contrôle de gestion comme stratégie d'optimisation des pratiques médicales et des modes d'organisation : quand les responsables de pôle questionnent les pratiques des médecins..... 265

Synthèse du cas..... 274

CHAPITRE VI. DISCUSSION ET CONTRIBUTIONS 279

Partie 1. Discussion et contributions sur un plan théorique..... 281

1. Les apports de l'ANT pour comprendre le rôle constitutif des instruments de gestion 281

1.1. Le pouvoir d'influence des instruments de gestion est conditionné à sa mise en association et distribué entre les acteurs..... 283

1.2. Le rôle habilitant des instruments de comptabilité et de contrôle 285

1.3. Le rôle constitutif de l'instrument de gestion est dépendant de la nature de l'attachement..... 287

2. Le rôle des instruments de gestion dans la constitution et l'évolution des rôles organisationnels 289

2.1. La construction et l'évolution des rôles de gestion par, et dans, les instruments de gestion 289

2.2. Les instruments de gestion comme vecteurs d'hybridation des rôles... 292

3. Contributions au cadre théorique de l'ANT : le concept de médiateur ... 294

Partie 2. Discussion et contributions sur un plan empirique..... 299

1. Le déploiement des instruments de gestion dans les établissements de santé 299

1.1. La conception des instruments de gestion 300

1.2. Le découplage entre les finalités de l'instrumentation et les moyens à l'œuvre..... 302

2. La tension entre les rôles des responsables de pôle et les rôles des directions fonctionnelles..... 303

CONCLUSION 309

BIBLIOGRAPHIE..... 315

ANNEXES..... 327

Annexe 1. Liste des personnes interrogées 328
Annexe 2. Guides d'entretien..... 330
Annexe 3. Caractéristiques des pôles cliniques et médicotechniques 336
Eléments caractéristiques des pôles..... 336
Pôles retenus pour le cas..... 337